

ΚΥΡΙΑΚΗ ΝΙΚΟΛΑΚΟΠΟΥΛΟΥ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: «Μελέτη της ποιότητας ζωής σε καρδιοχειρουργημένους ασθενείς έξι μήνες μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση και η συσχέτιση της ψυχολογικής κατάστασης με την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών»



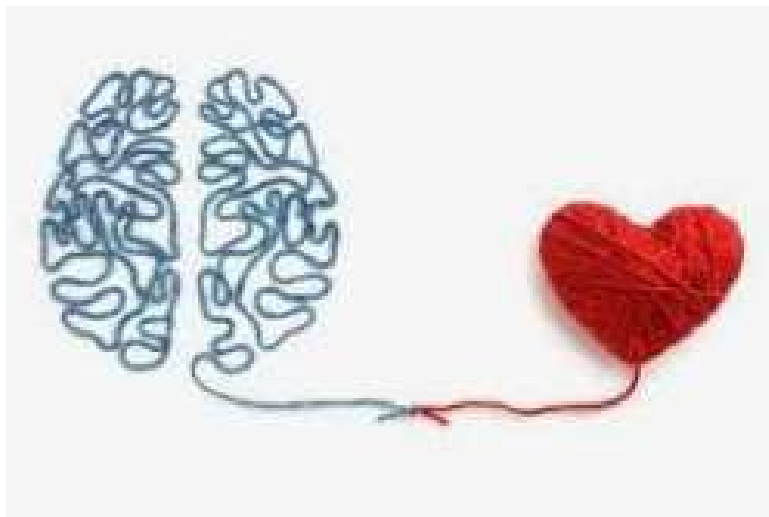
ΣΧΟΛΗ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

"Μελέτη της ποιότητας ζωής σε καρδιοχειρουργημένους ασθενείς 6 μήνες μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση και η συσχέτιση της ψυχολογικής κατάστασης με την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών."



ΚΥΡΙΑΚΗ ΝΙΚΟΛΑΚΟΠΟΥΛΟΥ

Νοσηλεύτρια Υπότροφος Ιδρύματος Ωνάση

Επιβλέπων Καθηγητής

Κυριάκος Σουλιώτης

ΑΘΗΝΑ, ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ 2020

ΚΥΡΙΑΚΗ ΝΙΚΟΛΑΚΟΠΟΥΛΟΥ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: «Μελέτη της ποιότητας ζωής σε καρδιοχειρουργημένους ασθενείς έξι μήνες μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση και η συσχέτιση της ψυχολογικής κατάστασης με την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών»

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: «Μελέτη της ποιότητας ζωής σε καρδιοχειρουργημένους ασθενείς έξι μήνες μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση και η συσχέτιση της ψυχολογικής κατάστασης με την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών»

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Σουλιώτης Κυριάκος, Επισκέπτης Καθηγητής Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ

Τούντας Ιωάννης, Καθηγητής Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ

Καντζανού Μαρία, Επίκουρος Καθηγήτρια Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: «Μελέτη της ποιότητας ζωής σε καρδιοχειρουργημένους ασθενείς έξι μήνες μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση και η συσχέτιση της ψυχολογικής κατάστασης με την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών»

Ευχαριστίες

Με την ολοκλήρωση της παρούσας εργασίας νιώθω την ανάγκη να ευχαριστήσω όλους εκείνους που με την συνεργασία τους και την κατανόηση τους βοήθησαν στο να πραγματοποιηθεί η συγκεκριμένη εργασία. Καταρχάς ευχαριστώ θερμά τον επιβλέποντα καθηγητή μου κ. Κυριακό Σουλιώτη για την αμέριστη βοήθεια του και την διάθεση του πολύτιμου χρόνου του. Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω την κ. Καπάκη Βασιλική για την ουσιαστική συμβολή της, τις πολύτιμες υποδείξεις της και την σταθερή παρουσία της οποιαδήποτε στιγμή χρειάστηκε. Τους αξιόλογους καθηγητές της σχολής που πραγματικά ο καθένας με την ξεχωριστή επιστημονική του κατάρτιση μου άνοιξε νέους ορίζοντες στην επαγγελματική μου σταδιοδρομία. Θα αποτελούσε παράλειψη να μην ευχαριστήσω το Ίδρυμα Ωνάση καθώς και το Ωνάσειο καρδιοχειρουργικό και Μεταμοσχευτικό Κέντρο και κάθε υπηρεσία του ξεχωριστά: Νοσηλευτική, Διοικητική, Ιατρική, για την συνεργασία τους και την βοήθεια τους στην επαγγελματική μου εξέλιξη. Τέλος ευχαριστώ θερμά την οικογένεια μου πολύτιμο παραστάτη που με την συνεχή υποστήριξη και ενθάρρυνση πραγματοποιείται ένας σκοπός ζωής.

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: «Μελέτη της ποιότητας ζωής σε καρδιοχειρουργημένους ασθενείς έξι μήνες μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση και η συσχέτιση της ψυχολογικής κατάστασης με την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών»

Πίνακας Περιεχομένων

Ευχαριστίες	4
ΠΙΝΑΚΑΣ ΕΙΚΟΝΩΝ.....	7
ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΙΝΑΚΩΝ	8
Περίληψη.....	9
Abstract	10
Κεφάλαιο 1 ^ο : Τα καρδιαγγειακά νοσήματα	11
1.1 Η φυσιολογική λειτουργία της καρδιάς	11
1.2 Η παθολογία των καρδιαγγειακών νοσημάτων	13
1.3 Η επιδημιολογία των καρδιαγγειακών νοσημάτων.....	14
1.4 Η αιτιοπαθογένεια των καρδιαγγειακών νοσημάτων	18
1.4.1 Η φυσική δραστηριότητα	18
1.4.2 Η συμβολή των ψυχολογικών παραγόντων.....	19
1.4.3 Οι διαταραχές του ύπνου	21
1.4.4 Η παχυσαρκία	22
1.4.5 Το μεταβολικό σύνδρομο	23
1.4.6 Η διατροφή.....	24
1.4.7 Η καπνιστική συνήθεια	25
1.4.8 Η περιβαλλοντική μόλυνση	26
1.4.9 Ο σύγχρονος τρόπος ζωής.....	27
1.5 Συννοσηρότητες και καρδιαγγειακά νοσήματα.....	29
1.6 Η θεραπευτική αντιμετώπιση των καρδιαγγειακών νοσημάτων.....	30
1.7 Η πρόγνωση των καρδιαγγειακών νοσημάτων.....	32
Κεφάλαιο 2 ^ο : Η ποιότητα της ζωής	36
2.1 Η έννοια της ποιότητας ζωής	36
2.2 Η μέτρηση της ποιότητας της ζωής.....	38
2.3 Χρόνια νόσος, αναπηρία και ποιότητα της ζωής.....	40
2.4 Η ποιότητα της ζωής των ασθενών με καρδιαγγειακά νοσήματα	41
Κεφάλαιο 3 ^ο : Καρδιαγγειακά νοσήματα, βιοσυμπεριφορικά μοντέλα και ποιότητα της ζωής ..	47
3.1 Τα βιοσυμπεριφορικά μοντέλα.....	47
3.2. Ο τρόπος επίδρασης των παραγόντων στο βιοσυμπεριφορικό μοντέλο των καρδιαγγειακών νοσημάτων.....	48

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: «Μελέτη της ποιότητας ζωής σε καρδιοχειρουργημένους ασθενείς έξι μήνες μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση και η συσχέτιση της ψυχολογικής κατάστασης με την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών»

3.3 Μετεγχειρητική ποιότητα της ζωής, βιοσυμπεριφορικές επιδράσεις και θνησιμότητα.....	53
3.3.1 Η έννοια της μετεγχειρητικής ποιότητας της ζωής.....	53
3.3.2 Οι παράγοντες που επιδρούν στην μετεγχειρητική ποιότητα της ζωής	54
3.3.3 Η επίδραση της μετεγχειρητικής ποιότητας της ζωής στην έκβαση της νόσου	56
3.4. Βιβλιογραφικό κενό της έως τώρα έρευνας	57
Κεφάλαιο 4.Μεθοδολογία έρευνας.....	59
4.2.Σχεδιασμός έρευνας.....	59
4.3.Πληθυσμός -Δείγμα	60
4.5.Εργαλεία ανάλυσης.....	61
4.6.Ηθικά ζητήματα	63
4.7.Αξιοπιστία και εγκυρότητα δεδομένων	63
4.8. Περιορισμοί-Προβλήματα έρευνας.....	64
Κεφάλαιο 5. Αποτελέσματα στατιστικής ανάλυσης.....	65
5.1.Ανάλυση συντελεστών Cronbach	65
5.2.Ανάλυση δείγματος ασθενών	65
5.3. Ποιότητα ζωής (SF-36) – αντιλήψεις ασθενών.....	68
5.3.1.Γενική υγεία	68
5.3.2. Κατάσταση σωματικής λειτουργικότητας ασθενών	71
5.3.3.Ο ρόλος της σωματικής λειτουργικότητας	72
5.3.4.Ο συναισθηματικός ρόλος.....	72
5.3.5.Ο ρόλος της κοινωνικής λειτουργικότητας.....	73
5.3.6.Ο ρόλος του σωματικού πόνου	75
5.3.7.Ζωτικότητα – Ψυχική υγεία	77
5.3.8.Ο ρόλος της κοινωνικής λειτουργικότητας.....	79
5.3.9.Γενική υγεία	80
5.3.10. Ανάλυση των 8 επιμέρους παραγόντων υγείας στο επίπεδο ζωής των ασθενών	81
5.3.11.Σωματική λειτουργικότητα και ψυχική υγεία.....	83
5.4. Συσχετίσεις – Επαγωγική στατιστική	85
5.4.1.Συσχέτιση ποιότητας ζωής με το φύλο των ασθενών.....	85
5.4.2.Συσχέτιση ποιότητας ζωής με την ηλικία των ασθενών	87
5.4.3.Συσχέτιση ποιότητας ζωής συμμετεχόντων και οικογενειακής τους κατάστασης.....	88
5.4.4.Συσχέτιση ποιότητας ζωής και μορφωτικού επιπέδου συμμετεχόντων.....	90

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: «Μελέτη της ποιότητας ζωής σε καρδιοχειρουργημένους ασθενείς έξι μήνες μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση και η συσχέτιση της ψυχολογικής κατάστασης με την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών»

Κεφάλαιο 6.Συμπεράσματα - Προτάσεις.....	92
---	-----------

Βιβλιογραφία.....	95
--------------------------	-----------

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ: ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ	109
--	------------

ΠΙΝΑΚΑΣ ΕΙΚΟΝΩΝ

Εικόνα 1. Αρχαιοελληνικό νόμισμα που χρονολογείται στα 282-263 π.χ., στο οποίο εικονίζεται με ακρίβεια το σχήμα της καρδιάς	28
Εικόνα 2: Κατανομή συμμετεχόντων ως προς το φύλο	66
Εικόνα 3:Ηλικία ασθενών	67
Εικόνα 4:Επίπεδο εκπαίδευσης συμμετεχόντων	68
Εικόνα 5: Γράφημα γενικής εικόνας υγείας συμμετεχόντων	69
Εικόνα 6:Γράφημα εξέλιξης κατά τους τελευταίους 6 μήνες της υγείας των συμμετεχόντων	70
Εικόνα 7:Γράφημα κοινωνικής λειτουργικότητας	74
Εικόνα 8: Σωματικός πόνος στους ασθενείς – συμμετέχοντες	75
Εικόνα 9: Σωματικός πόνος και καθημερινές εργασίες – επιρροή στους ασθενείς	76
Εικόνα 10: Επιρροή της ασθένειας στην κοινωνική λειτουργικότητα των συμμετεχόντων	79
Εικόνα 11: Μέσες τιμές για καθεμιά από τις 8 διαστάσεις υγείας στην ποιότητα ζωής των συμμετεχόντων	82
Εικόνα 12: Μέσες τιμές στους δείκτες ψυχικής και σωματικής λειτουργικότητας των ασθενών	85
Εικόνα 13: Ποιότητα ζωής ασθενών στις 2 γενικές διαστάσεις (σωματική και ψυχική λειτουργικότητα) σε σχέση με το φύλο	86
Εικόνα 14:Ποιότητα ζωής συμμετεχόντων για τις 2 συνολικές διαστάσεις σωματικής και ψυχικής υγείας ανά ηλικιακή κλάση	87
Εικόνα 15: Απεικόνιση συσχέτισης οικογενειακής κατάσταση (ύπαρξη ή όχι συζύγου) με τις γενικευμένες διαστάσεις ΠΖ (σωματική και ψυχική υγεία)	90
Εικόνα 16: Συσχέτιση μορφωτικού επιπέδου και ΠΖ για τις 2 γενικευμένες διαστάσεις υγείας	91

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: «Μελέτη της ποιότητας ζωής σε καρδιοχειρουργημένους ασθενείς έξι μήνες μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση και η συσχέτιση της ψυχολογικής κατάστασης με την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών»

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1.....	23
Πίνακας 2: Συντελεστής Cronbach για τις 8 διαστάσεις υγείας του ερωτηματολογίου SF-36	65
Πίνακας 3:Οικογενειακή κατάσταση συμμετεχόντων.....	67
Πίνακας 4:Αντίληψη γενικής ποιότητας ζωής ασθενών.....	69
Πίνακας 5:Εξέλιξη της γενικής κατάστασης υγείας των συμμετεχόντων	70
Πίνακας 6: Πίνακας ποσοστών επιρροής της καρδιαγγειακής ασθένειας στη σωματική λειτουργικότητα των συμμετεχόντων	71
Πίνακας 7: Ρόλος της σωματικής λειτουργικότητας στους ασθενείς - συμμετέχοντες.....	72
Πίνακας 8: Η επιρροή του συναισθηματικού παράγοντα στην ποιότητα ζωής των συμμετεχόντων.....	73
Πίνακας 9: Ο ρόλος της κοινωνικής λειτουργικότητας στους ασθενείς – συμμετέχοντες.....	74
Πίνακας 10: Ο ρόλος του σωματικού πόνου	75
Πίνακας 11: Η επιρροή του σωματικού πόνου στις καθημερινές εργασίες.....	76
Πίνακας 12: Ο ρόλος της ψυχικής υγείας και της ζωτικότητας.....	78
Πίνακας 13: Ο ρόλος της κοινωνικής λειτουργικότητας στους ασθενείς.....	79
Πίνακας 14: Ποσοστά απαντήσεων στις ερωτήσεις γενικής υγείας.....	80
Πίνακας 15:Μέσες τιμές, τυπικές αποκλίσεις και τυπικά σφάλματα για τις 8 διαστάσεις υγείας του ερωτηματολογίου SF36	81
Πίνακας 16: Σύγκριση αποτελεσμάτων παρούσας μελέτης με ελληνικές και διεθνείς μελέτες στο σύνολο του ελληνικού και τούρκικου πληθυσμού για την ποιότητα ζωής σε σχέση με τις 8 διαστάσεις υγείας.....	83
Πίνακας 17:Βαθμοί στο σύνολο των σωματικών και ψυχικών διαστάσεων του SF36	84
Πίνακας 18: Συσχέτιση ποιότητας ζωής στις 8 διαστάσεις υγείας και στις 2 γενικές και φύλου ασθενών	86
Πίνακας 19:Συσχέτιση διαστάσεων ποιότητας ζωής και ηλικίας συμμετεχόντων.....	88
Πίνακας 20: Συσχέτιση διαστάσεων ποιότητας ζωής και οικογενειακής κατάστασης συμμετεχόντων	89
Πίνακας 21: Συσχέτιση επιμέρους διαστάσεων υγείας με μορφωτικό επίπεδο συμμετεχόντων.....	91

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: «Μελέτη της ποιότητας ζωής σε καρδιοχειρουργημένους ασθενείς έξι μήνες μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση και η συσχέτιση της ψυχολογικής κατάστασης με την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών»

Περίληψη

Στόχος της παρούσας εργασίας είναι η μελέτη της ποιότητας ζωής σε καρδιοχειρουργημένους ασθενείς έξι μήνες μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση και η διερεύνηση εάν σχετίζεται η ψυχολογική τους κατάσταση με την πορεία της μετεγχειρητικής τους αποκατάστασης. Για το σκοπό αυτό, χρησιμοποιήθηκε το ευρέως αναγνωρισμένο ερωτηματολόγιο SF-36 το οποίο εξετάζει την ποιότητα ζωής ασθενών για οποιοδήποτε νόσημα, αν και στην παρούσα έρευνα θα εξειδικευτεί στα καρδιαγγειακά νοσήματα. Έγινε διαμοιρασμός του ερωτηματολογίου σε ασθενείς με καρδιαγγειακά νοσήματα από το Ιδιωτικό Ίδρυμα Ωνάσειο Καρδιολογικό και Μεταμοσχευτικό Κέντρο. Πραγματοποιήθηκε στατιστική επεξεργασία των αποτελεσμάτων των απαντήσεων των ερωτηματολογίων και μέσω αυτής διερευνήθηκαν οι κρίσιμοι παράγοντες που καθορίζουν την ποιότητα ζωής σε αυτά τα άτομα καθώς και αν υπάρχει κάποια συσχέτιση της ψυχολογικής τους κατάστασης με την μετεγχειρητική τους πορεία. Τέλος, εξετάστηκε και αν υπάρχει και κάποια κρίσιμη συσχέτιση της ποιότητας ζωής τους με διάφορους δημογραφικούς παράγοντες (ηλικία, μορφωτικό επίπεδο κλπ). Η παρούσα έρευνα έδειξε ότι οι ψυχολογικοί και οι σωματικοί παράγοντες ποιότητας ζωής συσχετίζονται με διάφορα δημογραφικά δεδομένα, όπως το φύλο, η ηλικία και η οικογενειακή κατάσταση. Επιπλέον, ένα κύριο στοιχείο ήταν το γεγονός ότι οι ψυχολογικοί παράγοντες ποιότητας ζωής ήταν εξίσου σημαντικοί με τους σωματικούς για την μετεγχειρητική κατάσταση των ασθενών. Τα συμπεράσματα αυτής της έρευνας μπορούν να χρησιμοποιηθούν προκειμένου να βελτιώσουν τον τρόπο νοσηλείας και μετεγχειρητικής αντιμετώπισης ατόμων που πάσχουν από τέτοιου είδους σοβαρά νοσήματα.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ: Μετεγχειρητική ποιότητα ζωής, καρδιαγγειακά νοσήματα, SF-36, Ψυχολογικός παράγοντας, Σωματικός Παράγοντας

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: «Μελέτη της ποιότητας ζωής σε καρδιοχειρουργημένους ασθενείς έξι μήνες μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση και η συσχέτιση της ψυχολογικής κατάστασης με την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών»

Abstract

The aim of the present study is to evaluate the quality of life in cardiac surgery patients six months after cardiac surgery and to investigate whether their psychological status is related to the course of their postoperative rehabilitation. To this end, the widely recognized SF-36 questionnaire was used to examine the quality of life of patients for any disease, although this study will focus on cardiovascular disease. The questionnaire was distributed to patients with cardiovascular disease from the Onasio Private Cardiology and Transplant Center. Statistical analysis of the results of the questionnaire responses was performed and the critical factors that determine the quality of life in these individuals were investigated and whether there was any correlation between their psychological status and their postoperative course. Finally, it was examined whether there is a critical correlation between their quality of life with various demographic factors (age, educational level, etc.). The present study showed that psychological and physical factors of quality of life are correlated with various demographic factors such as gender, age and marital status. In addition, a key element was the fact that psychological factors of quality of life were just as important as physical ones for the postoperative condition of patients. The findings of this study can be used to improve the treatment and postoperative treatment of people suffering from such serious illnesses.

Keywords: Postoperative quality of life, Cardiovascular Diseases, SF-36, Psychological Factor, Physical Factor

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: «Μελέτη της ποιότητας ζωής σε καρδιοχειρουργημένους ασθενείς έξι μήνες μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση και η συσχέτιση της ψυχολογικής κατάστασης με την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών»

Κεφάλαιο 1^ο: Τα καρδιαγγειακά νοσήματα

1.1 Η φυσιολογική λειτουργία της καρδιάς

Αναμφίβολα, η διασφάλιση της φυσιολογικής λειτουργίας της καρδιάς είναι αναγκαία για την εύθυμη λειτουργία του ανθρώπινου οργανισμού. Η συνειδητοποίηση της κεντρικής σημασίας του καρδιαγγειακού συστήματος για την ανθρώπινη υγεία εντοπίζεται ήδη στην προ του Ιπποκράτη εποχή, όταν ιατροί και φιλόσοφοι όπως ο Διογένης, ο Εμπεδοκλής και ο Ασκληπιός συνειδητοποίησαν και επεσήμαναν κεντρικό ρόλο που έχει στην διατήρηση της ανθρώπινης υγείας και ευεξίας (Loukas et al., 2007). (ΔΣΑΔΣΑ, 43)

Για την καλύτερη κατανόηση της παθολογικής οντότητας των καρδιαγγειακών νοσημάτων είναι αναγκαία η μελέτη της ίδιας της φυσιολογικής λειτουργίας της καρδιάς. Η καρδιά είναι το πρώτο όργανο του εμβρύου που δημιουργείται αμέσως μετά την σύλληψη και το τελευταίο που σταματά να λειτουργεί όταν επέρχεται ο θάνατος. Η καρδιά αποστέλλει διαρκώς οξυγονωμένο αίμα στα όργανα και τους ιστούς, καθώς και άλλες αναγκαίες ουσίες για την θρέψη και την φυσιολογική τους λειτουργία (Κρεμαστινός, 2007).

Η λειτουργία της καρδιάς είναι αδιάλειπτη και πραγματοποιείται ημέρα και νύχτα με παλμούς 60-75 ανά λεπτό. Σε κάθε τυπικό λεπτό της λειτουργίας της στέλνει 4 με 5 λίτρα αίματος στα περιφερειακά όργανα του οργανισμού. Σε περιπτώσεις δε κατά τις οποίες απαιτείται έντονη προσπάθεια από τον οργανισμό (π.χ. κατά την φυσική άσκηση), η ποσότητα αίματος αυξάνεται σε 15-20 λίτρα ανά λεπτό. Το αίμα ακολουθεί δύο διαφορετικές διαδρομές, αυτή της μεγάλης και της μικρής κυκλοφορίας. Η μικρή σχετίζεται με το αίμα που επιστρέφει από τα όργανα προς την καρδιά με την υποβοήθηση της κοιλότητας του δεξιού κόλπου. Από εκεί το αίμα μεταφέρεται στην καρδιά μέσω της τριγλώχινας βαλβίδας, η οποία και ανοίγει μέσω της πίεσης που ασκείται από το αίμα όταν συσσωρεύεται στον δεξιό κόλπο. Η δεξιά κοιλία είναι μια πιο μεγάλη κοιλότητα από τον δεξιό κόλπο, η οποία συστέλλεται κατά το άδειασμα του δεξιού κόλπου, ώστε να γεμίσει με αίμα η πρώτη (Κρεμαστινός, 2007)

.Η ασκούμενη από το αίμα πίεση οδηγεί στο άνοιγμα της πνευμονικής βαλβίδας, έχοντας ως αποτέλεσμα την κίνηση του αίματος προς την πνευμονική κυκλοφορία (πνευμονική αρτηρία, πνευμονικά τριχοειδή). Όταν το αίμα φτάσει στα τριχοειδή αγγεία του πνεύμονα, τότε ξεκινά η ανταλλαγή μεταξύ του διοξειδίου του άνθρακα και του οξυγόνου. Το αίμα οξυγονώνεται σε μεγαλύτερο βαθμό και στην συνέχεια επιστρέφει μέσω των πνευμονικών φλεβών στον αριστερό κόλπο. Στο στάδιο αυτό εντοπίζεται η έναρξη της μεγάλης κυκλοφορίας, όπου από τον αριστερό κόλπο, μέσω της μιτροειδούς βαλβίδας, το αίμα φτάνει στην αριστερή κοιλία. Στο σημείο αυτό,

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: «Μελέτη της ποιότητας ζωής σε καρδιοχειρουργημένους ασθενείς έξι μήνες μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση και η συσχέτιση της ψυχολογικής κατάστασης με την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών»

μέσω της βαλβίδας της αορτής, φτάνει στην αορτή, έχοντας ως αποτέλεσμα μια πορεία του αίματος προς τις αρτηρίες του συνόλου των μικρότερων αρτηριών των οργάνων του σώματος (Κρεμαστινός, 2007).

Κεντρικής σημασίας για την κατανόηση της καρδιαγγειακής λειτουργίας είναι και η επίγνωση για τον ίδιο τον καρδιακό μυ. Ο καρδιακός μυς έχει ως χαρακτηριστικό του γνώρισμα της γραμμωτές μυϊκές ίνες, οι οποίες διακρίνουν όλους τους μυς του κεντρικού νευρικού συστήματος, όπως για παράδειγμα των άκρων. Αντίθετα, οι μυς των οργάνων που υπόκεινται στην επίδραση του αυτόνομου νευρικού συστήματος είναι λείοι. Ο μυς της καρδιάς παρουσιάζει επομένως μεγάλη ιδιαιτερότητα εν σχέση με τους υπόλοιπους, καθώς είναι ο μοναδικός μυς του αυτόνομου νευρικού συστήματος ο οποίος δεν είναι λείος, αλλά γραμμωτός. Ένα άλλο χαρακτηριστικό του μυ αυτού είναι το ότι αποτελείται από μια πληθώρα συνενωμένων μυών. Ως εκ τούτου, η καρδιά εκλαμβάνεται ως ένας μοναδικός μυς και όχι ως ανεξάρτητες επιμέρους μυϊκές ίνες (Χατζημηνάς, 2001).

Ο μυς της καρδιάς ονομάζεται μυοκάρδιο. Εντός του μυοκαρδίου εντοπίζονται τέσσερις ινώδεις δάκτυλοι, οι οποίοι και συνιστούν των ινώδη σκελετό της καρδιάς. Ο ινώδης αυτός θύλακας που περικλείει τον καρδιακό μυ ονομάζεται περικάρδιο. Το περικάρδιο αποτελείται από δύο επιμέρους πέταλα, το περισπλάγγνιο και το περίτονο. Μεταξύ των δύο αυτών πετάλων μεσολαβεί η περικαρδιακή κοιλότητα, η οποία επιτρέπει στο μυοκάρδιο να διαστέλλεται και να συστέλλεται ελεύθερα (Χατζημηνάς, 2001).

Για την καλύτερη προστασία τους οι κοιλότητες της καρδιάς καλύπτονται από μια μεμβράνη, το ενδοκάρδιο. Η μεμβράνη αυτή αναδιπλώνεται ανάμεσα στον κόλπο και την κοιλιά, σχηματίζοντας τις κολποκοιλιακές βαλβίδες. Με όμοιο τρόπο το ενδοκάρδιο αναδιπλώνεται ανάμεσα στις κοιλίες και τις αρτηρίες ώστε να οδηγήσει στην σχηματισμό των μηννοειδών βαλβίδων (Χατζημηνάς 2001).

Συνολικότερα, η καρδιά αποτελείται από δύο τμήματα και δύο κοιλότητες, οδηγώντας στον σχηματισμό τεσσάρων διαφορετικών κοιλοτήτων. Οι δύο κοιλότητες αυτές βρίσκονται στο άνωθεν τμήμα της καρδιάς και ονομάζονται κόλποι, λειτουργώντας ως πρόσκαιροι αποθηκευτικοί χώροι του αίματος, ενώ οι άλλες δύο κοιλότητες, οι κοιλίες, λειτουργούν ως αντλίες, παρέχοντας έτσι το αίμα μέσω των αρτηριών στην περιφέρεια. Το δεξί τμήμα της καρδιάς παραλαμβάνει το αίμα από τις φλέβες και το αντλεί εν συνεχεία στους πνεύμονες. Κατά τον τρόπο αυτό, το αίμα από τις φλέβες παραλαμβάνει το οξυγόνο από τους πνεύμονες και επιστρέφει στο αριστερό τμήμα της καρδιάς, το οποίο με την σειρά του το αποστέλλει σε όλους τους ιστούς που απαιτείται οξυγόνο (Κυριακίδης, 2004).

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: «Μελέτη της ποιότητας ζωής σε καρδιοχειρουργημένους ασθενείς έξι μήνες μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση και η συσχέτιση της ψυχολογικής κατάστασης με την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών»

Κεντρικό ρόλο στην απρόσκοπτη ομαλή λειτουργία της καρδιάς έχουν οι βαλβίδες. Υπάρχουν δύο βαλβίδες ανάμεσα στους κόλπους και τις κοιλίες και δύο μεταξύ των κοιλιών και των αρτηριών που διοχετεύουν το αίμα στην περιφέρεια. Η τριγλώχινια είναι η βαλβίδα μεταξύ του δεξιού κόλπου και της δεξιάς κοιλίας, η μιτροειδής αυτή μεταξύ του αριστερού κόλπου και της αριστερής κοιλίας, η πνευμονική βαλβίδα μεταξύ της δεξιάς κοιλίας και της πνευμονικής αρτηρίας και η αορτική βαλβίδα αυτή μεταξύ της αριστερής κοιλίας και της αορτής. Αξίζει δε αναφοράς το ότι η αορτική βαλβίδα έχει κεντρική σημασία για τον άνθρωπο, αφού μεταφέρει το αίμα από την καρδιά σε όλους τους ιστούς του σώματος (Κυριακίδης, 2004).

Κεντρικό ρόλο για την φυσιολογική παροχή αίματος στους ιστούς του ανθρώπινου οργανισμού έχει η πίεση της αριστερής κοιλίας. Σε ένα υγιές άτομο η πίεση κατά την συστολή της αριστερής κοιλίας υπολογίζεται στα 120 mmHg, ενώ αυτή της δεξιάς κοιλίας στα 30 mmHg. Για τον λόγο αυτό, ο μυς της αριστερής κοιλίας είναι σημαντικά παχύτερος και ισχυρότερος από αυτόν της δεξιάς κοιλίας, αφού καλείται να ανταποκριθεί σε πιο απαιτητικές συνθήκες. Πράγματι, η αριστερή κοιλία είναι η περιοχή που εντοπίζονται και τα περισσότερα σχετικά με την καρδιακή ανεπάρκεια προβλήματα (Κυριακίδης 2004).

Για να είναι η λειτουργία της καρδιάς φυσιολογική θα πρέπει να πληρούνται ορισμένες προϋποθέσεις (Κρεμαστινός, 2007):

- Τα τοιχώματα της καρδιάς οφείλουν να είναι φυσιολογικά σε μέγεθος, να είναι ελαστικά και η συστολή τους να είναι φυσιολογική
- Το ηλεκτρικό ρεύμα της καρδιάς οφείλει να παράγεται αυτομάτως, να οδηγεί σε φυσιολογική διέγερση του μυοκαρδίου με στόχο την επίτευξη της συστολής του
- Η αιμάτωση από τις αρτηρίες οφείλει να πραγματοποιείται χωρίς να υπάρχουν στενώσεις ή βλάβες στα τοιχώματα
- Οι βαλβίδες πρέπει να ανοίγουν και να κλείνουν χωρίς στένωση ή ανεπάρκεια κατά την διαδικασία αυτή
- Η καρδιά οφείλει για να θεωρείται υγιής να μην παρουσιάζει ανωμαλίες που χρονοθετούνται στην γέννηση

1.2 Η παθολογία των καρδιαγγειακών νοσημάτων

Ένα μεγάλο ευρύ φάσμα διαταραχών διακρίνει τα καρδιαγγειακά νοσήματα, τα οποία αν και αφορούν συνολικά την καρδιά και τα αιμοφόρα αγγεία διαφέρουν σε μεγάλο βαθμό μεταξύ τους. Τα νοσήματα αυτά μπορούν να υποδιαιρεθούν στα κάτωθι:

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: «Μελέτη της ποιότητας ζωής σε καρδιοχειρουργημένους ασθενείς έξι μήνες μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση και η συσχέτιση της ψυχολογικής κατάστασης με την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών»

1. Στην στεφανιαία νόσο: Το συγκεκριμένο νόσημα αφορά την στένωση των αγγείων που ευθύνονται για την αιμάτωση του καρδιακού μυ, μια παθολογία που σχετίζεται σε μεγάλο βαθμό με την παρεμπόδιση της κυκλοφορίας του αίματος από τις αθηρωματικές πλάκες (Bhatia, 2010).
2. Το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο: Το επεισόδιο αυτό αφορά μια διαταραχή της ομαλής κυκλοφορίας αίματος στον εγκέφαλο. Προκαλείται τόσο από αιμορραγία των αγγείων στον εγκέφαλο, όσο και από διακοπή της αιματικής ροής του ανθρώπινου εγκεφάλου (Hinkle and Guanci, 2007).
3. Ανεύρυσμα: Το ανεύρυσμα αφορά την διόγκωση ή διάσταση τμήματος ενός αιμοφόρου αγγείου λόγω οργανικής πάθησης ή κάκωσης των τοιχωμάτων. Η διάμετρος του αιμοφόρου αγγείου ξεπερνά στο ανεύρυσμα έως και το 50% των φυσιολογικών τιμών (Syed and Lesch, 1997).
4. Η συγγενής καρδιοπάθεια: Η συγγενής καρδιοπάθεια αφορά τις διαταραχές της ίδιας της δομής του καρδιαγγειακού συστήματος. Για παράδειγμα, μια έμφυτη ανωμαλία των βαλβίδων μπορεί να χαρακτηριστεί ως συγγενής καρδιοπάθεια. Η έναρξη της συγγενούς καρδιοπάθειας χρονοθετείται επομένως στην κύηση και σχετίζεται σε μεγάλο βαθμό με λοιμώξεις, κακή θρέψη της εγκύου ή χρήση ουσιών (π.χ. αλκοόλ) (Tassabehji and Urban, 2006).
5. Φλεβική θρόμβωση και πνευμονική εμβολή: Στην περίπτωση αυτή πραγματοποιείται απόφραξη του φλεβικού δικτύου των κάτω άκρων με θρόμβους. Εν συνεχεία, οι θρόμβοι αποσπώνται και καταλήγουν στον πνεύμονα μέσω της κυκλοφορίας του αίματος. Συνεπώς, μειώνονται τα επίπεδα οξυγόνωσης του αίματος και προκαλούνται προβλήματα σε άλλα όργανα. Ως εκ τούτου, η πνευμονική εμβολή λόγω θρόμβωσης είναι ένα ιδιαίτερα σύνθετο νόσημα που επιδρά στην συνολικότερη ομαλή λειτουργία του ανθρώπινου οργανισμού (Τσιλιμιδός and Μαρίνης, 2013).
6. Ρευματική καρδιοπάθεια: Η ρευματική καρδιοπάθεια αφορά την καταστροφή του μη της καρδιάς και των βαλβίδων. Η αιτιοπαθογένεια της ρευματικής καρδιοπάθειας αποδίδεται στην λοίμωξη με ομάδα Α β- αιμολυτικού στρεπτόκοκκου (Marijon et al., 2012).
7. Λοιπά νοσήματα του καρδιαγγειακού συστήματος: Πέραν των ανωτέρω, υπάρχουν και ορισμένα πιο σπάνια καρδιαγγειακά νοσήματα, όπως τα ανευρύσματα του εγκεφάλου και οι όγκοι της καρδιάς (Moynihan, 2015).

1.3 Η επιδημιολογία των καρδιαγγειακών νοσημάτων

Ως προς την επιδημιολογία των καρδιαγγειακών νοσημάτων, αυτά θεωρούνται αναμφίβολα ένα νόσημα της σύγχρονης εποχής, και ως εκ τούτου έχουν καταστεί αντικείμενο μελέτης και έρευνας κυρίως τους τελευταίους δύο αιώνες. Ωστόσο, η θεώρηση αυτή δεν είναι απαραίτητα ορθή λόγω

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: «Μελέτη της ποιότητας ζωής σε καρδιοχειρουργημένους ασθενείς έξι μήνες μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση και η συσχέτιση της ψυχολογικής κατάστασης με την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών»

στοιχείων που καταδεικνύουν την υπολογίσιμη συχνότητα των καρδιαγγειακών νοσημάτων και σε παλαιότερες εποχές. Το πρώτο επιχείρημα υπέρ αυτής της θέσης αφορά την ανάπτυξη της καρδιολογίας στην αρχαία Ελλάδα, μέσω παρατηρήσεων και ανάπτυξης θεραπευτικών μεθόδων από ιατρούς όπως ο Ιπποκράτης (Katz and Katz, 1962). Καθώς επομένως οι αρχαίοι Έλληνες είχαν αναπτύξει θεραπευτικές αντιμετώπισεις για τα καρδιαγγειακά νοσήματα, αυτό συνεπάγεται το ότι τα καρδιαγγειακά νοσήματα απασχολούσαν έντονα την τότε ιατρική κοινότητα, πιθανώς λόγω της υπολογίσιμης συχνότητάς τους. Ένα άλλο επιχείρημα σχετίζεται με τις αναλύσεις αρχαιολογικών ευρημάτων που μαρτυρούν την εμφάνιση των καρδιαγγειακών νοσημάτων και την υπολογίσιμη συχνότητα αυτών ταυτόχρονα με την εμφάνιση του ανθρώπου στην γη. Για παράδειγμα, η αθηροσκλήρωση παρατηρείται ιδιαίτερα συχνά σε μούμιες γυναικών της Αιγύπτου από την περίοδο 2011-1570 μ.Χ. (Alia Abdelfattah et al., 2013).

Με βάση τα ανωτέρω, φαίνεται πως τα καρδιαγγειακά νοσήματα παρατηρούνται ήδη από τα αρχαία χρόνια. Ωστόσο, η συστηματική και επιδημιολογικού χαρακτήρα μελέτη αυτών έχει πραγματοποιηθεί κατά τον 20^ο και 21^ο αιώνα ακριβώς λόγω της ανάπτυξης της επιστήμης της επιδημιολογίας, η οποία επέτρεψε την αποτύπωση της συχνότητας νοσημάτων που έως τότε ήταν γνωστά, αλλά δεν ήταν γνωστός ο βαθμός στον οποίο συναντιόνταν στον γενικό πληθυσμό (Aschengrau and Seage, 2014).

Παρ' όλα αυτά, δεν οφείλει να θεωρηθεί πως η συχνότητα των καρδιαγγειακών νοσημάτων παραμένει σταθερή κατά τις τελευταίες δεκαετίες. Αναμφίβολα, το μεγαλύτερο μέρος της επιδημιολογικής έρευνας και εξέτασης σχετικά με την καρδιακή νόσο έχει επικεντρωθεί στην μελέτη της στεφανιαίας νόσου. Η συχνότητα της νόσου είναι σημαντικά υψηλότερη σε σχέση με το παρελθόν. Υπολογίζεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας πως εν σχέση με τα αντίστοιχα δεδομένα του 1990 η συχνότητα έχει τουλάχιστον διπλασιαστεί (Global Burden of Disease Study 2013 Collaborators, 2015).

Ένας μεγάλος σκεπτικισμός έχει αναπτυχθεί γύρω από την αύξηση της συχνότητας των καρδιαγγειακών νοσημάτων. Υποστηρίζεται πως κεντρικό ρόλο έχει η αύξηση του προσδόκιμου ζωής, η οποία και έχει ως αποτέλεσμα την εμφάνιση μιας σειράς χρόνιων νοσημάτων όπως τα καρδιαγγειακά και οι νεοπλασίες που δεν θα εμφανίζονταν αν ο άνθρωπος ζούσε λιγότερο, όπως συνέβαινε σε προηγούμενες εποχές. Υπολογίζεται μάλιστα πως το 52.5% της αύξησης της συχνότητας των καρδιαγγειακών νοσημάτων μπορεί να αποδοθεί στην αύξηση του προσδόκιμου ζωής του ανθρώπου (Roth et al., 2015).

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: «Μελέτη της ποιότητας ζωής σε καρδιοχειρουργημένους ασθενείς έξι μήνες μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση και η συσχέτιση της ψυχολογικής κατάστασης με την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών»

Η βαθύτερη μελέτη της θνησιμότητας οδηγεί στην διαπίστωση σημαντικών διαφορών μεταξύ των επιμέρους εξεταζόμενων κρατών. Για παράδειγμα, η πιθανότητα θανάτου από στεφανιαία νόσο για έναν άντρα ηλικίας κάτω των 65 ετών που διαμένει στην Ουκρανία είναι 14 φορές υψηλότερη εν σχέση με έναν άντρα της ίδιας ηλικίας που διαμένει στην Γαλλία. Η διαφορά των κρατών στην θνησιμότητα λόγω της νόσου έχει επίσης μεταβληθεί σημαντικά κατά τις τελευταίες δεκαετίες. Το 1979 η Γαλλία, η Ισπανία, Η Πορτογαλία και η Ρουμανία αποτελούσαν τις πέντε χώρες με τα πιο χαμηλά ποσοστά θνησιμότητας λόγω στεφανιαίας νόσου σε άντρες κάτω των 65 ετών στην Ευρώπη. Το 1989 η Ελλάδα υποχώρησε στην έβδομη θέση της κατάταξης, ενώ δέκα χρόνια αργότερα βρέθηκε στην 17^η και το 2005 στην δέκατη όγδοη, κάτι που σημαίνει την αύξηση της θνησιμότητας εν σχέση με τις άλλες χώρες. Παρ' όλα αυτά, ο συνολικός αριθμός θανόντων λόγω της νόσου δεν άλλαξε σημαντικά μεταξύ αυτών των ετών, καταδεικνύοντας μια σταθερότητα στην θνησιμότητα την στιγμή που οι υπόλοιπες χώρες της Ευρώπης κατάφερναν να διαχειριστούν την θνησιμότητα λόγω της στεφανιαίας νόσου (Pyrgakis, 2009).

Η αύξηση της συχνότητας αποδίδεται όμως και σε μεγάλο βαθμό στην αύξηση της συχνότητας νοσογόνων συμπεριφορών όπως η καπνιστική συνήθεια, η καθιστική ζωή και η κακής ποιότητας διατροφή (Shiroma and Lee, 2010). Οι συμπεριφορές αυτές αυξήθηκαν κατά την διάρκεια του 20^{ου} αιώνα ως απόρροια σημαντικών κοινωνιολογικών αλλαγών και του ριζικού μετασχηματισμού του τρόπου εργασίας και ζωής του ανθρώπου. Για παράδειγμα, η απόκτηση οχημάτων ιδιωτικής χρήσης από τον μέσο άνθρωπο οδήγησε στον περιορισμό των μετακινήσεων με τα πόδια και ως εκ τούτου στον περιορισμό των επιπέδων της φυσικής του δραστηριότητας (Zunft et al., 1999).

Στην Ελλάδα, η επιδημιολογία της στεφανιαίας νόσου δεν οφείλει να αντιμετωπιστεί αποκομμένα από τις μεταβολές της συχνότητας των παραγόντων κινδύνου που ευθύνονται για την νόσο. Ανάμεσα στο 1990 και το 2000 καταγράφηκε μια σημαντική αύξηση της καπνιστικής συνήθειας στην Ελλάδα, αρκετά υψηλότερη από την ήπια αυξητική τάση που παρατηρήθηκε στις λοιπές ευρωπαϊκές χώρες. Αντίθετα, η φυσική δραστηριότητα αυξήθηκε, καθώς μεγαλύτερα τμήματα του πληθυσμού αρχίσανε να γυμνάζονται. Καμία σημαντική διαφοροποίηση δεν παρατηρήθηκε ως προς την υγιεινή διατροφή, ενώ αξίζει αναφοράς το ότι αυξήθηκε στο μεσοδιάστημα αυτό η επίγνωση για τις συμπεριφορές που έχουν μια σημαντική προκλητική επίδραση στην στεφανιαία νόσο (Steptoe et al., 2002).

Στην Ελλάδα, τα καρδιαγγειακά νοσήματα παρουσιάζουν, όπως και στον υπόλοιπο κόσμο, μια σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ των επιμέρους ηλικιακών ομάδων. Έχει υπολογιστεί πως περίπου το 90% των καρδιαγγειακών νοσημάτων και των θανάτων εξ' αυτών αφορά τα άτομα άνω των 60 ετών, με ένα μικρό ποσοστό να αφορά τα νεότερα σε ηλικία άτομα (Σαρμακοπούλου, 2014).

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: «Μελέτη της ποιότητας ζωής σε καρδιοχειρουργημένους ασθενείς έξι μήνες μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση και η συσχέτιση της ψυχολογικής κατάστασης με την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών»

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η συγκριτική εικόνα της θνησιμότητας των καρδιαγγειακών νοσημάτων στην Ελλάδα σε σχέση με άλλες κοινές αιτίες θανάτου. Διαχρονικά, η θνησιμότητα λόγω καρδιαγγειακών είναι σχεδόν διπλάσια από την θνησιμότητα των νεοπλασιών, με τα καρδιαγγειακά να αποτελούν έτσι την πρώτη αιτία θνησιμότητας για τους κατοίκους της χώρας. Ωστόσο, αν εξεταστούν οι θάνατοι ανά ηλικιακή υπο-ομάδα, η αυξημένη συχνότητα των καρδιαγγειακών παρουσιάζεται και σε αυτή την περίπτωση έντονα για τα άτομα ηλικίας άνω των 60 ετών. Πιο συγκεκριμένα, στα άτομα ηλικίας ως 60 ετών η πρώτη αιτία θανάτου είναι τα κακοήγη νεοπλάσματα, με τα καρδιαγγειακά να παρουσιάζονται ως η πρώτη αιτία θανάτου μετά την ηλικία των 60 ετών (Σαρμακοπούλου, 2014).

Το ότι τα καρδιαγγειακά νοσήματα αποτελούν την πρώτη αιτία θνησιμότητας στην Ελλάδα δεν σημαίνει το ότι οι πολιτικές δημόσιας υγείας είναι ανεπιτυχής. Αντιθέτως, στις αποτελεσματικές πολιτικές της δημόσιας υγείας και στην βελτίωση των θεραπευτικών αντιμετώπισεων οφείλει να αποδοθεί η σημαντική μείωση της θνησιμότητας λόγω καρδιαγγειακών από τις αρχές της δεκαετίας του 2000 ως και σήμερα. Πιο συγκεκριμένα, στην περίπτωση της ισχαιμικής καρδιακής νόσου η θνησιμότητα μειώθηκε ως και κατά 25% από τις αρχές της δεκαετίας του 2000 ως και το 2010, ακολουθώντας μια σταθερή πορεία στην συνέχεια. Παρομοίως, και η θνησιμότητα από αγγειακή εγκεφαλική νόσο παρουσιάζει μια ανάλογη εικόνα από τις αρχές της δεκαετίας του 2000 ως και το 2010, με μια μείωση περίπου της τάξης του 25%, ενώ τα ποσοστά επίσης διατηρούνται σταθερά από εκεί και έπειτα (Μίχας, 2017). Έτσι, φαίνεται πως η θνησιμότητα λόγω καρδιαγγειακών νοσημάτων στην Ελλάδα έχει μειωθεί, παρά το ότι παραμένουν η πρώτη αιτία θνησιμότητας στην χώρα.

Ωστόσο, η σταθεροποίηση της θνησιμότητας των καρδιαγγειακών κατά την δεκαετία του 2010 έχει αποτελέσει αντικείμενο προβληματισμού. Πιο συγκεκριμένα, η σταθεροποίηση αυτή μπορεί να αποδοθεί στην επίδραση της οικονομικής κρίσης στο σύστημα υγείας, η οποία είχε ως αποτέλεσμα την περικοπή πόρων για την πρωτοβάθμια φροντίδα, την μείωση των προληπτικών συμπεριφορών από μέρους των πολιτών και την αύξηση του ψυχοκοινωνικού στρες, το οποίο σχετίζεται με τα καρδιαγγειακά νοσήματα (Καϊτελίδου και Καλογεροπούλου, 2013). Ως εκ τούτου, η σταθεροποίηση της θνησιμότητας λόγω των καρδιαγγειακών δεν οφείλει να θεωρηθεί ως ένα τέλμα της δημόσιας υγείας και των πολιτικών πρόληψης, παρά ως ένα σημείο αδυναμίας της δημόσιας υγείας λόγω των συνθηκών που αναδύθηκαν κατά την περίοδο της δημοσιονομικής προσαρμογής της χώρας.

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: «Μελέτη της ποιότητας ζωής σε καρδιοχειρουργημένους ασθενείς έξι μήνες μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση και η συσχέτιση της ψυχολογικής κατάστασης με την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών»

1.4 Η αιτιοπαθογένεια των καρδιαγγειακών νοσημάτων

Η παθολογία της καρδιάς δεν αποτελεί παρά ένα «σύμπτωμα» που απορρέει από διάφορες άλλες συμπεριφορές και στοιχεία του τρόπου ζωής του ανθρώπου, τα οποία και αποτελούν την αιτία για την εμφάνιση των καρδιαγγειακών νοσημάτων. Η μελέτη στο πεδίο της επίδρασης παραγόντων στην εμφάνιση παραγόντων όπως τα καρδιαγγειακά απαιτεί αυστηρής μεθοδολογίας έρευνες που να συνδέονται με ανάλογες παθοφυσιολογικές επιδράσεις, ώστε να αποκλείεται η παρουσία συγχυτικών μεταβλητών (Aschengrau and Sage, 2014). Για παράδειγμα, στην βιβλιογραφία αναφέρονται ακόμα και παράγοντες όπως η ύπαρξη σκύλου, που σχετίζονται σε στατιστικά σημαντικό βαθμό με μια προστατευτική επίδραση έναντι της εμφάνισης καρδιαγγειακών νοσημάτων. Ωστόσο, απουσία ενός σαφούς αιτοπαθολογικού μονοπατιού που να επεξηγεί την ανάπτυξη της νόσου, οι επιδράσεις αυτές οφείλουν να αποδοθούν περισσότερο σε πιθανώς συγχυτικούς παράγοντες και όχι στην εκάστοτε μεταβλητή. Για παράδειγμα, στην περίπτωση ιδιοκτησίας σκύλου οι επιδράσεις επεξηγούνται μάλλον από το καθημερινό περπάτημα συνοδεία του σκύλου, το οποίο αποτελεί επομένως την μεταβλητή που έχει διαφοροποιητική επίδραση στην πιθανότητα εμφάνισης των καρδιαγγειακών νοσημάτων (Christian et al., 2018; Dunn et al., 2018). Οι κυριότερες από τις μεταβλητές με μια ανεξάρτητη προκλητική επίδραση στην εμφάνιση των καρδιαγγειακών νοσημάτων είναι οι παρακάτω:

1.4.1 Η φυσική δραστηριότητα

Έχει διαπιστωθεί πως όσο υψηλότερα τα επίπεδα φυσικής δραστηριότητας, τόσο μικρότερη η πιθανότητα εμφάνισης καρδιαγγειακών νοσημάτων. Η επίδραση αυτή ισχύει για το σύνολο των καρδιαγγειακών νοσημάτων, είναι δε ακόμα εντονότερη στην περίπτωση της στεφανιαίας νόσου εν σχέση με το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (Kohl, 2001). Σύμφωνα μάλιστα με μια συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση 33 διαφορετικών μελετών με δείγμα 883.372 συμμετεχόντων, η φυσική δραστηριότητα δύναται να οδηγήσει σε μια μείωση του ρίσκου θνησιμότητας από καρδιαγγειακά νοσήματα ως και κατά 35% (Nocon et al., 2008). Συνολικότερα, η σχέση αυτή περιγράφεται στην βιβλιογραφία ως dose-response. Η συγκεκριμένη ορολογία καταδεικνύει αφ' ενός πως υψηλότερα επίπεδα φυσικής δραστηριότητας συνεπάγονται και μια μεγαλύτερη ευεργετική επίδραση και αφ' ετέρου πως η φυσική δραστηριότητα αποτελεί ένα είδος θεραπευτικής παρέμβασης για τον περιορισμό των πιθανοτήτων ανάπτυξης καρδιαγγειακών νοσημάτων (Kohl, 2001).

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: «Μελέτη της ποιότητας ζωής σε καρδιοχειρουργημένους ασθενείς έξι μήνες μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση και η συσχέτιση της ψυχολογικής κατάστασης με την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών»

1.4.2 Η συμβολή των ψυχολογικών παραγόντων

Η καταθλιπτική συμπτωματολογία επιδρά στον καρδιακό ρυθμό, στην λειτουργία υποδοχέων αιμοπεταλίων, στην απορρύθμιση της ομαλής λειτουργίας της κοιλίας της καρδιάς. Οι επιδράσεις αυτές διαμεσολαβούνται από την επίδραση της κατάθλιψης στον άξονα υπόφυσης, υποθαλάμου και επινεφριδίων, η ομαλή λειτουργία του οποίου απορρυθμίζεται από τα καταθλιπτικά συμπτώματα, έχοντας εν συνεχεία ως συνέπεια την απορρύθμιση της συνολικότερης ομαλής λειτουργίας του παρασυμπαθητικού νευρικού συστήματος, συμπεριλαμβανομένης και της καρδιαγγειακής λειτουργίας (Musselman et al., 1998). Πέραν ωστόσο της άμεσης αυτής επίδρασης, υπάρχει και μια έμμεση επίδραση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στην ανάπτυξη των καρδιαγγειακών νοσημάτων. Πιο συγκεκριμένα, η καταθλιπτική συμπτωματολογία οδηγεί σε αυξημένη υιοθέτηση συμπεριφορών που δεν προάγουν την υγεία, όπως η καπνιστική συνήθεια, οι οποίοι με την σειρά τους οδηγούν σε ένα περαιτέρω πολλαπλασιασμό του κινδύνου εμφάνισης καρδιαγγειακών νοσημάτων (Joynt et al., 2003). Επομένως, παρατηρείται τόσο μια άμεση επίδραση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στην ίδια την καρδιαγγειακή λειτουργία, όσο και μια έμμεση επίδραση μέσω της ενίσχυσης των νοσογόνων συμπεριφορών που με την σειρά τους έχουν μια αρνητική επίδραση στην καρδιαγγειακή λειτουργία.

Εκτός της κατάθλιψης, η ύπαρξη άλλων σοβαρών κλινικά σημαντικών ψυχιατρικών νοσημάτων, όπως για παράδειγμα η σχιζοφρένεια, επίσης έχει συνδεθεί με την εμφάνιση καρδιαγγειακών νοσημάτων. Σε μια μετα-ανάλυση 3.211.768 ασθενών και 113.383.368 υγιών μαρτύρων διαπιστώθηκε πως η ύπαρξη κλινικά σημαντικών ψυχιατρικών νοσημάτων συνδεόταν με 1.7 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο για ανάπτυξη καρδιαγγειακών νοσημάτων (Corell et al., 2017).

Πέραν των κλινικά σημαντικών ψυχικών διαταραχών, επίδραση των ψυχικών παραγόντων έχει να κάνει και με την προσωπικότητα του ατόμου εν σχέση με τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Πράγματι, ένας μεγάλος όγκος της βιβλιογραφίας στο πεδίο της ψυχολογίας της υγείας αφορά τον εντοπισμό δομών της προσωπικότητας που συνδέονται με την εμφάνιση χρόνιων νοσημάτων, και ιδιαίτερα καρδιαγγειακών (Di Matteo and Martin, 2002). Μία από τις πρώτες θεωρίες που αναπτύχθηκαν σε αυτό το πεδίο είναι αυτή για την σύνδεση της προσωπικότητας τύπου Α με την υγεία του καρδιαγγειακού συστήματος. Παράγοντες όπως η ευερεθιστότητα, η επιθετικότητα και ο θυμός συνδέθηκαν μέσω της θεωρίας αυτής με αυξημένη πιθανότητα ανάπτυξης της καρδιαγγειακής νόσου (Razzini et al., 2008). Όπως επισημαίνουν οι Di Matteo and Martin (2002), η θεωρία αυτή αναπτύχθηκε στην αρχή βάσει εμπειρικών παρατηρήσεων, καθώς ο βαθμός φθοράς στις καρέκλες ασθενών που προσέρχονταν στις υπηρεσίες υγείας ιατρών στις Ηνωμένες Πολιτείες ήταν πολύ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: «Μελέτη της ποιότητας ζωής σε καρδιοχειρουργημένους ασθενείς έξι μήνες μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση και η συσχέτιση της ψυχολογικής κατάστασης με την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών»

μεγαλύτερος για τους καρδιολόγους εν σχέση με τις καρέκλες ιατρών άλλων ειδικοτήτων. Έτσι, υπήρξε μια πρώτη «υποψία» σχετικά με αυξημένα επίπεδα ευερεθιστότητας από μέρους των ασθενών αυτών, η οποία και θεωρήθηκε ως υπεύθυνη για την φθορά στις καρέκλες.

Ένας δεύτερος τύπος προσωπικότητας που έχει συνδεθεί με την ανάπτυξη καρδιαγγειακών νοσημάτων είναι ο τύπος D. Ο συγκεκριμένος τύπος έχει σχετιστεί σε μεγάλο βαθμό με την στεφανιαία νόσο. Ο τύπος αυτός αφορά την αρνητική συναισθηματική διάθεση και την ψυχοκοινωνική απόσυρση (Razzini et al., 2008). Διάφορες μελέτες έχουν επιχειρήσει να διερευνήσουν το κατά πόσο η θεωρία αυτή επιβεβαιώνεται από αντίστοιχα ερευνητικά δεδομένα, μεταξύ των οποίων και δύο μελέτες στον ελληνικό πληθυσμό. Στην πιο πρόσφατη εξ' αυτών των ερευνών, η οποία ήταν μια ανάλυση ασθενών-μαρτύρων, διαπιστώθηκε πως η συχνότητα της προσωπικότητας του τύπου D στους καρδιαγγειακούς ασθενείς ήταν 51%, ενώ στους υγιείς μάρτυρες 13% (Christodoulou et al., 2013). Στην δεύτερη ελληνική μελέτη, επίσης ασθενών μαρτύρων, διαπιστώθηκε πως η συχνότητα της προσωπικότητας τύπου D για τους ασθενείς ήταν 44% και για τους μάρτυρες 15% (Tziallas et al., 2011). Ως εκ τούτου, φαίνεται πως η προσωπικότητα τύπου D συνδέεται με την ανάπτυξη και εμφάνιση καρδιαγγειακών νοσημάτων, και συγκεκριμένα στεφανιαίας νόσου.

Πέραν επομένως της κατάθλιψης, για την οποία το παθοφυσιολογικό μοντέλο που οδηγεί από την ψυχική νόσο στην νοσηρότητα παρουσιάζεται ανωτέρω, απαιτείται και η εξέταση της παθοφυσιολογικής επίδρασης της συνολικότερης επιβάρυνσης της ψυχικής υγείας του ατόμου στην πρόκληση καρδιαγγειακών νοσημάτων. Η συνολικότερη επιβάρυνση της ψυχικής υγείας οδηγεί σε απώλεια της ομοιοστατικής λειτουργίας και στην μη φυσιολογική απόκριση του συμπαθητικού και του παρασυμπαθητικού συστήματος λόγω της απορρύθμισης της ψυχικής υγείας. Κεντρικό ρόλο έχει η διαρκής μεταβλητότητα του καρδιακού ρυθμού, η συμπαθητικοαδρενεργική ενεργοποίηση, η ενεργοποίηση του άξονα υποθαλάμου, υπόφυσης και επινεφριδίων, όπως και στην περίπτωση της κατάθλιψης, η οποία που οδηγεί σε υπερκορτιζολαιμία, η απορρύθμιση του ανοσοποιητικού εξ' αιτίας της απελευθέρωσης των προ-φλεγμονωδών κυτοκινών και χημειοκινών και η ενεργοποίηση των αιμοπεταλίων και η υπερπηκτικότητα (Halaris, 2013).

Εκ των ανωτέρω, ο κεντρικότερος ίσως ρόλος οφείλει να αποδοθεί στην φλεγμονώδη αντίδραση, η οποία λαμβάνει χώρα στο σύνολο των ψυχικών νοσημάτων και των διαταραχών της ψυχικής υγείας. Η φλεγμονώδης αντίδραση συνδέεται με την ενδοθηλιακή δυσλειτουργία, που αποτελεί ένα προστάδιο της αθηροσκλήρωσης και της αθηροθρόμβωσης (Halaris, 2013).

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: «Μελέτη της ποιότητας ζωής σε καρδιοχειρουργημένους ασθενείς έξι μήνες μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση και η συσχέτιση της ψυχολογικής κατάστασης με την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών»

Τα ανωτέρω δεν σημαίνουν ωστόσο πως η επίδραση των ψυχικών νοσημάτων και των διαταραχών της ψυχικής υγείας στην πρόκληση των καρδιαγγειακών νοσημάτων είναι απόλυτα κοινή. Για παράδειγμα, στην περίπτωση ύπαρξης έντονου στρες κεντρική σημασία έχει ο ρόλος των γλυκοκορτικοειδών, μια επίδραση που δεν συναντάται σε τόσο μεγάλο βαθμό στις λοιπές διαταραχές της ψυχικής υγείας (Nijm and Jonasson, 2009). Ωστόσο, στην περίπτωση της μετατραυματικής διαταραχής του στρες η επίδραση στην πρόκληση των καρδιαγγειακών νοσημάτων αποδίδεται στην υπερκορτιζολαιμία, η οποία και οδηγεί στην αθηροσκλήρωση (Boscarino, 2011).

Με βάση τα παραπάνω, φαίνεται πως οι διαταραχές της ψυχικής υγείας έχουν μια κεντρική επίδραση στην πρόκληση της χρόνιας νόσου, η οποία όμως δύναται να είναι και ετερογενής ως προς την εκάστοτε διαταραχή της ψυχικής υγείας που εξετάζεται.

1.4.3 Οι διαταραχές του ύπνου

Οι διαταραχές του ύπνου δύνανται να οφείλονται τόσο σε ψυχικά αίτια (π.χ. γενικευμένο άγχος) ή σε άλλες παθολογικές καταστάσεις. Συνολικότερα, η μεταβολή του ύπνου παρατηρείται σε μεγάλο βαθμό κατά την πορεία προς το γήρας (π.χ. περιορισμός διάρκειας) ως απόρροια ευρύτερων φυσιολογικών αλλαγών του ανθρώπινου οργανισμού, με αποτέλεσμα το να συμπίπτει η ηλικία που ο άνθρωπος είναι σε υψηλό ρίσκο για την εμφάνιση καρδιαγγειακών νοσημάτων με την ηλικία των σημαντικών αυτών μεταβολών (Λύκουρας και συνεργάτες, 2011). Ως εκ τούτου, η μεταβολή του ύπνου συνπαρατηρείται χρονικά με την περίοδο της ζωής στην οποία ο κίνδυνος ανάπτυξης καρδιαγγειακών νοσημάτων είναι υψηλότερος.

Αρχικώς, η μικρή διάρκεια ύπνου ανά ημέρα αποτελεί έναν ανεξάρτητο παράγοντα που συνδέεται με τα μελλοντικά καρδιαγγειακά επεισόδια και την ανάπτυξη καρδιαγγειακών νοσημάτων. Υπολογίζεται πως η χρονική διάρκεια ύπνου μικρότερη των 7 ωρών την ημέρα αποτελεί ένα προδιαθεσιακό παράγοντα για την εμφάνιση καρδιαγγειακών νοσημάτων (Mullington et al., 2009). Παρομοίως, η υπνική άπνοια επίσης αποτελεί έναν προδιαθεσιακό παράγοντα για την εμφάνιση καρδιαγγειακών νοσημάτων (Shahar et al., 2001). Η επίδραση αυτή φαίνεται να διαμεσολαβείται από την πρόκληση υποξίας και εν συνεχεία υπέρτασης λόγω της μειωμένης πρόσληψης οξυγόνου κατά την διάρκεια του ύπνου (Roux et al., 2000). Συνολικότερα, φαίνεται πως οποιαδήποτε διαταραχή του ύπνου, είτε σχετίζεται με φυσιολογικά, είτε με παθολογικά αίτια, έχει επίδραση στον κίνδυνο ανάπτυξης καρδιαγγειακών νοσημάτων.

Η επίδραση των διαταραχών του ύπνου στην ανάπτυξη καρδιαγγειακών νοσημάτων καταδεικνύεται και από επιδημιολογικές μελέτες που εξετάζουν τη σχέση αυτή. Μια σχετική μελέτη είναι η “Sleep

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: «Μελέτη της ποιότητας ζωής σε καρδιοχειρουργημένους ασθενείς έξι μήνες μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση και η συσχέτιση της ψυχολογικής κατάστασης με την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών»

Heart Study”. Η συγκεκριμένη μελέτη επιχείρησε να συσχετίσει την αναπνοή κατά τον ύπνο με την εμφάνιση καρδιαγγειακών νοσημάτων, εξετάζοντας ένα δείγμα 6.424 ατόμων του γενικού πληθυσμού. Στη μελέτη αυτή οι συμμετέχοντες χωρίστηκαν σε τρεις ομάδες, με βάση τον βαθμό στον οποίο η αναπνοή τους παρουσίαζε μη φυσιολογικό ρυθμό κατά τον ύπνο. Η μελέτη αυτή διαπίστωσε έναν σχετικό κίνδυνο 0.98 για την πρώτη ομάδα που είχε φυσιολογικές τιμές και 1.28 και 1.42 για τις υπόλοιπες δύο, καταδεικνύοντας πως η διαβάθμιση των προβλημάτων της αναπνοής κατά τον ύπνο συνεπάγεται και μια διαβάθμιση του ρίσκου ανάπτυξης καρδιαγγειακών νοσημάτων (Shahar et al., 2001).

Σε μια άλλη σχετική ανάλυση της ίδιας κοορτής εξετάστηκε η επίδραση του συνδρόμου ανήσυχων ποδιών κατά τον ύπνο στην εμφάνιση καρδιαγγειακών νοσημάτων. Μέσω της συγκεκριμένης ανάλυσης καταδείχθηκε πως το σύνδρομο αυτό συνδεόταν με έναν λόγο αναλογιών ανάπτυξης καρδιαγγειακών νοσημάτων 2.07 (Winkelman et al., 2008). Κατά συνέπεια, και η συγκεκριμένη διαταραχή του ύπνου έχει μια επιβαρυντική επίδραση στην ανάπτυξη καρδιαγγειακών νοσημάτων.

Μια άλλη σημαντική επιδημιολογική μελέτη είναι η “Cardiovascular Health Study” (N=5.201), η οποία επίσης έχει διεξαχθεί στις Ηνωμένες Πολιτείες και στόχευσε στην αποτύπωση της επίδρασης των διαταραχών του ύπνου σε άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών. Στη μελέτη αυτή διαπιστώθηκε πως τα άτομα που έπασχαν από στηθάγχη είχαν και 1.6 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα εν σχέση με τους υπολοίπους συμμετέχοντες να πάσχουν από μια οποιαδήποτε διαταραχή του ύπνου (Newman et al., 1997).

Με βάση τα ανωτέρω, φαίνεται πως οι διαταραχές του ύπνου συνδέονται στενά με την εμφάνιση καρδιαγγειακών νοσημάτων.

1.4.4 Η παχυσαρκία

Η παχυσαρκία συνδέεται σε μεγάλο βαθμό με την ανάπτυξη καρδιαγγειακών νοσημάτων. Παράγοντες όπως ο λόγος μέσης/περιφέρειας, ο λόγος μέσης/ισχίου και ο δείκτης μάζας σώματος έχουν ενοχοποιηθεί για την πρόκληση των καρδιαγγειακών νοσημάτων. Η επίδραση των παραγόντων αυτών στην εμφάνιση των καρδιαγγειακών διαμεσολαβείται από την αυξημένη αρτηριακή πίεση, τις αυξημένες τιμές γλυκόζης, την δυσλιπιδαιμία και την συνολικότερη φλεγμονώδη αντίδραση του οργανισμού, έχοντας ως αποτέλεσμα την ανάπτυξη καρδιαγγειακών νοσημάτων και επεισοδίων (Bastien et al., 2014).

Το ανωτέρω μοντέλο παρέχει πράγματι ένα ικανό επεξηγηματικό πλαίσιο για την εμφάνιση των καρδιαγγειακών επεισοδίων. Ωστόσο, αυτό δεν σημαίνει πως δεν υπάρχουν και άλλοι επιμέρους

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: «Μελέτη της ποιότητας ζωής σε καρδιοχειρουργημένους ασθενείς έξι μήνες μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση και η συσχέτιση της ψυχολογικής κατάστασης με την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών»

παράγοντες της παχυσαρκίας που να επιδρούν μέσα από πιο σύνθετα αιτιοπαθογενετικά μονοπάτια. Πιο συγκεκριμένα, το λίπος σε επιμέρους όργανα σημαίνει και την αρνητική επίδραση σε κάποιων εκ των διαμεσολαβητών που εμπλέκονται στην πρόκληση των καρδιαγγειακών νοσημάτων (Bastien et al., 2014):

- Το λίπος στο πάγκρεας οδηγεί σε φλεγμονώδη αντίδραση
- Το αυξημένο λίπος στο συκώτι αυξάνει την παραγωγή γλυκόζης
- Το λίπος στα νεφρά αυξάνει την αρτηριακή πίεση
- Η συγκέντρωση λίπους στους μυς αυξάνει την αντίσταση στην ινσουλίνη
- Η αύξηση του λίπους του καρδιακού μυ αυξάνει την πιθανότητα καρδιακής ανεπάρκειας
- Το λίπος του περιαγγειακού συστήματος πολλαπλασιάζει την πιθανότητα τοπικής φλεγμονής
- Το σπλαχνικό λίπος αυξάνει συνολικά την παραγωγή φλεγμονωδών κυτοκινών

Συνολικότερα, η επιβάρυνση του καρδιακού μυ λόγω της παχυσαρκίας έχει ως αποτέλεσμα την ανάπτυξη μιας σειράς αποκρίσεων από μέρους του προκειμένου να αποκτήσει ένα προσαρμοστικό πλεονέκτημα έναντι του αυξημένου αυτού φορτίου. Η ανάπτυξη των καρδιαγγειακών νοσημάτων αποτελεί επομένως να συνέπεια της μη φυσιολογικής αυτής προσαρμοστικής προσπάθειας του καρδιαγγειακού μυ να ανταπεξέλθει στις συνθήκες αυτές (Bastien et al., 2014).

1.4.5 Το μεταβολικό σύνδρομο

Αν και τα καρδιαγγειακά νοσήματα είτε εν πολλοίς ασυμπτωματικά πριν την εμφάνισή τους, η ανάπτυξή τους οφείλει να θεωρηθεί ως μια προοδευτική διαδικασία κατά την οποία αυξάνονται οι τιμές επιμέρους σχετιζόμενων με αυτά παραγόντων. Στο πλαίσιο αυτό, κεντρικό ρόλο έχει το μεταβολικό σύνδρομο. Για την διάγνωση του μεταβολικού συνδρόμου οφείλουν να πληρούνται τουλάχιστον τρεις από τις κάτωθι προϋποθέσεις (Alberti et al., 2005):

Πίνακας 1

Τα διαγνωστικά κριτήρια του μεταβολικού συνδρόμου

Περιφέρεια μέσης	$\geq 94\text{cm}$ για άνδρες και $\geq 80\text{cm}$ για γυναίκες
Τριγλυκερίδια	$\geq 150\text{ mg}$ ή να είναι σε φαρμακευτική αγωγή για τριγλυκερίδια $<40\text{ mg}$ για άνδρες και $<50\text{ mg}$ για γυναίκες ή να είναι σε φαρμακευτική
HDL χοληστερίνη	μείωση χοληστερίνης

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: «Μελέτη της ποιότητας ζωής σε καρδιοχειρουργημένους ασθενείς έξι μήνες μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση και η συσχέτιση της ψυχολογικής κατάστασης με την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών»

Αρτηριακή πίεση	$\geq 130/80$ mm Hg ή να ακολουθεί αντι-υπερτασική αγωγή
Σάκχαρο νηστείας	≥ 100 mg ή να βρίσκεται σε φαρμακευτική αγωγή για υψηλό σάκχαρο. Διαταραχές στο μεταβολισμό γλυκόζης

Όπως καταδεικνύουν επιδημιολογικές αναλύσεις, η ύπαρξη μεταβολικού συνδρόμου αποτελεί έναν πολύ ισχυρό προδιαθεσιακό παράγοντα για την εμφάνιση καρδιαγγειακών νοσημάτων. Πιο συγκεκριμένα, μια μετά-ανάλυση 87 διαφορετικών μελετών με μεγάλο δείγμα ασθενών (N=951.083) κατέληξε στο ότι το μεταβολικό σύνδρομο σχετιζόταν με μια αύξηση του κινδύνου ανάπτυξης καρδιαγγειακών νοσημάτων κατά 2.35 φορές (Mottillo et al., 2010). Το μεταβολικό σύνδρομο συνιστά έναν κίνδυνο για την δημόσια υγεία όχι μόνο λόγω της ισχυρής αυτής επίδρασης στην καρδιαγγειακή υγεία, αλλά και λόγω του ότι αφορά ένα σημαντικό ποσοστό του γενικού πληθυσμού. Χαρακτηριστικό είναι το ότι μια σχετική έρευνα στον γενικό πληθυσμό των Ηνωμένων Πολιτειών για την περίοδο 2003-2012 κατέληξε σε μια συχνότητα της τάξης του 33% (Aguilar et al., 2015). Ως εκ τούτου, μεγάλα τμήματα του γενικού πληθυσμού διακρίνονται από ένα σύνδρομο το οποίο έχει μια πολύ ισχυρή σύνδεση με την καρδιαγγειακή νοσηρότητα.

1.4.6 Η διατροφή

Αναμφίβολα, η διατροφή έχει μελετηθεί σε πολύ μεγάλο βαθμό στην επίδρασή της στην εμφάνιση των καρδιαγγειακών νοσημάτων. Το ενδιαφέρον για την σχέση της διατροφής με την εμφάνιση των καρδιαγγειακών νοσημάτων έγινε πιο έντονο κατά τα τέλη του 20^{ου} αιώνα, λόγω της αυξημένης γνώσης σχετικά με την επίδραση της μεσογειακής διατροφής στην εμφάνιση των καρδιαγγειακών νοσημάτων. Υποστηρίζεται πως τόσο η μεσογειακή διατροφή, όσο και άλλες διατροφές με παρόμοια χαρακτηριστικά, όπως αυτή της Okinawa στην Ιαπωνία, έχουν μια προστατευτική επίδραση έναντι της εμφάνισης καρδιαγγειακών νοσημάτων (Ziegler and Sidani, 2011).

Η ευεργετική επίδραση της μεσογειακής διατροφής αποδίδεται στην αναλογία των ω-3 και ω-6 λιπαρών οξέων. Με όρους βιοχημείας, ένα λιπαρό οξύ είναι ένα καρβοξυλικό οξύ με μια μακριά αλφαιατική αλυσίδα, το οποίο είναι είτε κορεσμένο, είτε ακόρεστο (Calder, 2015). Τα πιο συνηθισμένα λιπαρά οξέα έχουν έναν ζυγό αριθμό ατόμων άνθρακα, από 12 ως 28. Τα λιπαρά οξέα

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: «Μελέτη της ποιότητας ζωής σε καρδιοχειρουργημένους ασθενείς έξι μήνες μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση και η συσχέτιση της ψυχολογικής κατάστασης με την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών»

συνήθως παράγονται από τριγλυκερίδια ή φωσφολιπίδια. Τα ακόρεστα λιπαρά οξέα έχουν διπλούς δεσμούς άνθρακα, ενώ τα κορεσμένα δεν έχουν διπλούς δεσμούς. Διαφοροποιούνται επίσης ως προς το μέγεθος καθώς έχουμε οξέα με λιγότερα από 6 άτομα άνθρακα, μεταξύ 6 και 12, μεταξύ 13 και 21 και άνω των 22.

Μια συγκεκριμένη κατηγορία αποτελούν τα λεγόμενα απαραίτητα λιπαρά οξέα, στα οποία ανήκουν τα ω-3 και ω-6. Τα συγκεκριμένα λιπαρά οξέα δεν μπορούν να παραχθούν από το ανθρώπινο σώμα και ως εκ τούτου απαιτείται η λήψη τους μέσω της τροφής. Τα ω-3 αποτελούν πολυακόρεστα λιπαρά οξέα με ένα διπλό δεσμό στο τρίτο μόριο άνθρακα από το τέλος της αλυσίδας. Υπάρχουν τρεις επιμέρους τύποι ω-3 λιπαρών. Το α-λινολεϊκό οξύ που βρίσκεται σε φυτικά έλαια, το εικοσαπεντοϊκό οξύ και το δοκοσαεξαενοϊκό οξύ. Σχετικά με τα ω-6, αποτελούν μια κατηγορία προφλεγμονώδων και αντιφλεγμονώδων πολυακόρεστων λιπαρών οξέων, τα οποία έχουν ως κοινό τους χαρακτηριστικό έναν τελικό διπλό δεσμό άνθρακα στην έκτη από το τέλος θέση της αλυσίδας (Bolsover et al., 2004). Υπάρχει μεγάλος όγκος δεδομένων που υποστηρίζει την ανάγκη διατήρησης ενός λόγου ω-6 προς ω-3 λιπαρών οξέων κοντά στη μονάδα τη στιγμή που οι περισσότερες δίαιτες στα κράτη του ανεπτυγμένου κόσμου καταγράφουν λόγους ακόμα και 15/1. Τέτοιου τύπου δίαιτες προάγουν την ανάπτυξη καρδιαγγειακών νοσημάτων, νεοπλασιών και νοσημάτων του ανοσοποιητικού συστήματος, ενώ αντίθετα η αναλογική αύξηση των ω-3 έχει προστατευτικά οφέλη. Σχετικά με την πρόληψη της καρδιαγγειακής νόσου, ένας λόγος 4/1 σχετίζεται με μείωση της συνολικής θνησιμότητας κατά 70% (Simopoulos, 2000; 2002; 2008).

Με βάση τα παραπάνω, φαίνεται πως η συμβολή της διατροφής στην καρδιαγγειακή υγεία είναι αδιαμφισβήτητη και πως οποιαδήποτε παρέκκλιση από τα πρότυπα της υγιεινής διατροφής συνεπάγεται και μια αύξηση του κινδύνου εμφάνισης καρδιαγγειακών νοσημάτων.

1.4.7 Η καπνιστική συνήθεια

Αναμφίβολα, η καπνιστική συνήθεια έχει συνδεθεί σε πολύ μεγάλο βαθμό με την ανάπτυξη των χρόνιων νοσημάτων, και ιδίως των καρδιαγγειακών και των νεοπλασιών. Είναι πλέον ευρέως αποδεκτό το ότι τόσο το ενεργητικό, όσο και το παθητικό κάπνισμα πολλαπλασιάζουν την πιθανότητα ανάπτυξης καρδιαγγειακών νοσημάτων (Ambrose and Barua, 2004). Ιστορικά, η εκτίναξη της συχνότητας της εξάρτησης από τη νικοτίνη παρατηρείται κατά τη περίοδο του Πρώτου Παγκόσμιου Πολέμου, όπου πραγματοποιήθηκε μαζική προμήθεια των στρατιωτών που μάχονταν στα μέτωπα με μεγάλες ποσότητες τσιγάρων. Οι στρατιώτες των Ηνωμένων Πολιτειών, οι οποίοι ως

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: «Μελέτη της ποιότητας ζωής σε καρδιοχειρουργημένους ασθενείς έξι μήνες μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση και η συσχέτιση της ψυχολογικής κατάστασης με την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών»

τότε κατανάλωναν άλλες μορφές καπνού, βρέθηκαν να καπνίζουν ακόμα και πάνω από 50 τσιγάρα την ημέρα στα πεδία των μαχών, αναπτύσσοντας έντονη εξάρτηση από την νικοτίνη (Brandt, 2007). Η αύξηση της καπνιστικής συνήθειας σε αυτούς τους στρατιώτες οδήγησε στην ανάπτυξη καρδιαγγειακών προβλημάτων και ιδίως αθηροσκλήρωσης, με τις συνέπειες αυτές να παρατηρούνται και να καταγράφονται από τους ιατρούς της εποχής (Strong, 1986).

Όπως υποστηρίζεται μέσω μιας πρόσφατης συστηματικής ανασκόπησης και μετά-ανάλυσης 88 διαφορετικών μελετών, μεταξύ όλων των συμπεριφορών του τρόπου ζωής, η καπνιστική συνήθεια έχει την ισχυρότερη σχέση με την καρδιαγγειακή υγεία (Peng et al., 2018). Η επίδραση της καπνιστικής συνήθειας οφείλεται στην αθηροσκλήρωση, έχοντας έτσι ως συνέπεια την εμφάνιση θρομβώσεων (Ambrose and Barua, 2004), ενώ οι καπνιστές έχουν επίσης υψηλότερες τιμές ομοκυστεΐνης και C-αντιδρώσας πρωτεΐνης (Bazzano et al., 2003). Ωστόσο, αξίζει αναφοράς το ότι οι επιδράσεις αυτές δεν οφείλονται στην ίδια την νικοτίνη, αλλά σε άλλες ουσίες που συμπεριλαμβάνονται στον καπνό, όπως για παράδειγμα το μονοξείδιο του άνθρακα (Benowitz, 1997).

Η συμβολή της καπνιστικής συνήθειας στην ανάπτυξη των καρδιαγγειακών νοσημάτων καταδεικνύεται και μέσω των αποτελεσμάτων ερευνών που εξετάζουν την επίδραση πολιτικών της δημόσιας υγείας στον έλεγχο της καπνιστικής συνήθειας. Χαρακτηριστική είναι η περίπτωση της Ρωσίας, όπου μια επιθετική πολιτική του κράτους προς τις βιομηχανίες καπνού μέσω της υπερφορολόγησης οδήγησε σε μείωση της καπνιστικής συνήθειας κατά 21.5% μεταξύ του 2009 και του 2016, οδηγώντας σε μια παράλληλη μείωση της επίπτωσης των καρδιαγγειακών νοσημάτων στην χώρα (Gambaryan et al., 2018).

1.4.8 Η περιβαλλοντική μόλυνση

Η περιβαλλοντική μόλυνση έχει επίσης μελετηθεί ως προς τη σχέση της με την πρόκληση των καρδιαγγειακών νοσημάτων. Η έκθεση σε περιβαλλοντική μόλυνση οδηγεί σε ανάπτυξη αρρυθμίας, προαγωγή της αθηροσκλήρωσης και της φλεγμονώδους αντίδρασης του οργανισμού, παράγοντες που σχετίζονται με την ανάπτυξη καρδιαγγειακών νοσημάτων (Brook et al., 2004; Peters et al., 2000). Η πιο ισχυρή σύνδεση είναι αυτή μεταξύ της περιβαλλοντικής μόλυνσης και της καρδιακής ανεπάρκειας, ενώ υπάρχουν επίσης ορισμένες πιο αδύναμες συσχετίσεις μεταξύ της περιβαλλοντικής μόλυνσης και άλλων καρδιαγγειακών νοσημάτων, όπως το έμφραγμα του μυοκαρδίου, η αρρυθμία και τα εγκεφαλικά επεισόδια (Atkinson et al., 2013). Υπολογίζεται μάλιστα πως για κάθε αύξηση 10-

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: «Μελέτη της ποιότητας ζωής σε καρδιοχειρουργημένους ασθενείς έξι μήνες μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση και η συσχέτιση της ψυχολογικής κατάστασης με την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών»

$\mu\text{g}/\text{m}^3$ της μόλυνσης στον αέρα, παρατηρείται μια αύξηση της καρδιαγγειακής θνησιμότητας κατά 8-18% (Pope et al., 2003). Συνεπώς, η περιβαλλοντική μόλυνση έχει μια επίσης επιβαρυντική επίδραση στην εμφάνιση των καρδιαγγειακών νοσημάτων.

1.4.9 Ο σύγχρονος τρόπος ζωής

Όλες οι ανωτέρω μεταβλητές με ανεξάρτητη προκλητική επίδραση καταδεικνύουν πως ο σύγχρονος τρόπος ζωής μπορεί να θεωρηθεί ως συνολικά υπεύθυνος για την εμφάνιση των καρδιαγγειακών νοσημάτων. Πράγματι, όλες οι ανωτέρω καταστάσεις, δηλαδή η έλλειψη φυσικής δραστηριότητας, η κακή διατροφή, η παχυσαρκία, το στρες και οι διαταραχές του ύπνου είναι προφανές ότι αποτελούν καταστάσεις που σχετίζονται με τον σύγχρονο τρόπο ζωής. Πολλοί επομένως μελετητές του ζητήματος αποδίδουν την αύξηση της επίπτωσης και της θνησιμότητας των καρδιαγγειακών νοσημάτων σε έναν εν γένει μετασχηματισμό του τρόπου ζωής του σύγχρονου ανθρώπου. Το μοντέλο αυτό περιλαμβάνει όλες αυτές τις ανεξάρτητες μεταβλητές που έχουν μια επίδραση σε επίπεδο παθοφυσιολογίας και μπορούν να ομαδοποιηθούν σε ένα κοινό πλαίσιο εξέτασης (Δαρβίρη, 2009).

Η μελέτη της επεξηγηματικής ισχύς αυτής της θεωρίας συναντά διάφορα εμπόδια. Το κυριότερο ίσως, από μεθοδολογικής απόψεως, εμπόδιο είναι η αδυναμία ύπαρξης δεδομένων από προηγούμενες εποχές που ο σημερινός τρόπος ζωής ήταν απών, ώστε τα δεδομένα αυτά να αποτελέσουν αντικείμενο συγκριτικής εξέτασης και ανάλυσης. Παρ' όλα αυτά, η μελέτη αυτών δεν οφείλει να θεωρηθεί ως ασύνδετη από την προσπάθεια εξαγωγής μιας συμπερασματολογίας για την επίδραση του σύγχρονου τρόπου ζωής στην εμφάνιση καρδιαγγειακών νοσημάτων. Ένα παράδειγμα κοινωνίας παλαιότερων αιώνων με μεγάλη συμμόρφωση στις συμπεριφορές υγείας είναι αυτό της κλασικής Αθήνας. Στην συγκεκριμένη κοινωνία υπήρχε μια μεγάλη συμμόρφωση στα πρότυπα της σημερινής μεσογειακής διατροφής, έλλειψη στρες και μεγάλη έμφαση στην φυσική δραστηριότητα ως ενός τρόπου διατήρησης της υγείας και της ευεξίας. Εκτιμάται πως η σπάνια αναφορά σε χρόνια νοσήματα, συμπεριλαμβανομένων και των καρδιαγγειακών, αποτελεί μια ένδειξη για την χαμηλή συχνότητα αυτών στην συγκεκριμένη κοινωνία, στην οποία υπήρχε μάλιστα αυξημένη επίγνωση για την επίδραση συμπεριφορών όπως η διατροφή στην ανθρώπινη υγεία και ευεξία (Skiadas and Lascaratos, 2001).

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: «Μελέτη της ποιότητας ζωής σε καρδιοχειρουργημένους ασθενείς έξι μήνες μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση και η συσχέτιση της ψυχολογικής κατάστασης με την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών»

Εικόνα 1. Αρχαιοελληνικό νόμισμα που χρονολογείται στα 282-263 π.χ., στο οποίο εικονίζεται με ακρίβεια το σχήμα της καρδιάς



Ωστόσο, απαιτούνται πιο μεθοδολογικά αξιόπιστες προσεγγίσεις για την διερεύνηση της επεξηγηματικής ισχύς της θεωρίας του σύγχρονου τρόπου ζωής. Μια λύση για την διερεύνηση της επίδρασης του σύγχρονου τρόπου ζωής είναι η εξέταση πληθυσμών ιθαγενών, οι οποίοι δεν έχουν ακολουθήσει τον τρόπο ζωής των μετά της βιομηχανικής επανάστασης κοινωνικών. Χαρακτηριστική είναι μια σχετική έρευνα στην Χιλή, στην οποία εξετάστηκε ένας πληθυσμός ιθαγενών ως προς τους παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση καρδιαγγειακών νοσημάτων. Στην μελέτη αυτή διαπιστώθηκε πως η συχνότητα της υπέρτασης στο εξεταζόμενο δείγμα ήταν 18.5% (Vargas et al., 2016). Καθώς το αντίστοιχο ποσοστό του επιπολασμού της υπέρτασης είναι 44% για τις χώρες της Ευρώπης και 28% για τις χώρες της Βόρειας Αμερικής (Wolf-Maier et al., 2003), η διαφορά αυτή οφείλει να θεωρηθεί πως υποστηρίζει την θεωρία του σύγχρονου τρόπου ζωής.

Η θεωρία αυτή επιβεβαιώνεται και από μια συστηματική ανασκόπηση που διερεύνησε την συχνότητα της υπέρτασης σε διαφορετικές περιοχές του κόσμου με βάση τον βαθμό συμμόρφωσής τους με τον σύγχρονο δυτικό πολιτισμό και τα σχετικά πρότυπα ζωής. Όπως καταδεικνύεται από την μελέτη, τα ποσοστά της υπέρτασης ήταν πολύ χαμηλότερα για τις χώρες που δεν είχαν προσαρμοστεί σε αυτό τον τρόπο ζωής εν σχέση με αυτές που παρουσίαζαν μια υψηλή συμμόρφωση. Η χαμηλότερη συχνότητα καταγράφηκε στις επαρχιακές περιοχές της Ινδίας, όπου η συχνότητα της υπέρτασης είναι 3.4% για τους άντρες και 72.5% για τις γυναίκες, ενώ η υψηλότερη στην Πολωνία, όπου η συχνότητα είναι 68.9% για τους άντρες και 72.5% για τις γυναίκες (Kearney et al., 2004).

Η επιχειρηματολογία περί επίδρασης του τρόπου ζωής στην επιδημιολογική διαφοροποίηση της εικόνας των καρδιαγγειακών νοσημάτων ισχυροποιείται και από την εξέταση της διαφοράς της

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: «Μελέτη της ποιότητας ζωής σε καρδιοχειρουργημένους ασθενείς έξι μήνες μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση και η συσχέτιση της ψυχολογικής κατάστασης με την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών»

επίπτωσης και της θνησιμότητας αυτών σε περιοχές του κόσμου όπου οι κοινωνιολογικές αυτές αλλαγές εντατικοποιήθηκαν κατά τις τελευταίες δεκαετίες. Έτσι, δεν είναι τυχαίο πως οι μεγαλύτερες αυξήσεις των συχνοτήτων αυτών παρατηρούνται σε περιοχές του αναπτυσσόμενου κόσμου, όπως η Ανατολική Ασία (Roth et al., 2015).

Με βάση τα παραπάνω επιχειρήματα, φαίνεται πως οι διαφοροποιήσεις του τρόπου ζωής έχουν μια καθοριστική επίδραση στην διακύμανση των παραγόντων κινδύνου για την εμφάνιση των καρδιαγγειακών νοσημάτων, επιβεβαιώνοντας έτσι την θεωρία του σύγχρονου τρόπου ζωής.

1.5 Συννοσηρότητες και καρδιαγγειακά νοσήματα

Τα καρδιαγγειακά νοσήματα παρουσιάζουν ορισμένες συχνές συννοσηρότητες. Οι κυριότερες από τις συννοσηρότητες των καρδιαγγειακών νοσημάτων είναι οι παρακάτω:

- Η Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια (Χ.Α.Π.): Το καρδιαγγειακό και το αναπνευστικό σύστημα είναι στενά συνδεδεμένα. Όπως υποστηρίζεται μάλιστα μέσω μιας σχετικής μετά-ανάλυσης της βιβλιογραφίας, ο σχετικός κίνδυνος ενός ασθενούς με ΧΑΠ για εμφάνιση καρδιαγγειακών νοσημάτων είναι 2.1 ως 5 φορές μεγαλύτερος εν σχέση με αυτόν ενός ατόμου δίχως Χ.Α.Π. (Müllerova et al., 2013).
- Ο σακχαρώδης διαβήτης: Υπάρχει μια ιδιαίτερα συχνά παρατηρούμενη συχνότητα μεταξύ του σακχαρώδους διαβήτη και των καρδιαγγειακών νοσημάτων. Η συννοσηρότητα αυτή οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στους κοινούς αιτιακούς παράγοντες πρόκλησης των δύο αυτών χρόνιων νοσημάτων. Για παράδειγμα, η έλλειψη φυσικής δραστηριότητας και ο επιβαρυσμένος δείκτης μάζας σώματος αποτελούν κοινούς παράγοντες κινδύνου τόσο για την ανάπτυξη καρδιαγγειακών νοσημάτων, όσο και διαβήτη (Grundy et al., 1999).
- Η ρευματοειδής αρθρίτιδα: Συχνά οι ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα παρουσιάζουν εν συνεχεία καρδιαγγειακά νοσήματα (Del Rincón et al., 2001). Και στην περίπτωση αυτή οι επιδράσεις φαίνεται να επεξηγούνται καλύτερα από ένα μοντέλο κοινών παραγόντων κινδύνου, όπως η μειωμένη έκθεση στον ήλιο που συνεπάγεται χαμηλή πρόσληψη βιταμίνης D, παράγοντες που ευθύνονται τόσο για την εμφάνιση των καρδιαγγειακών νοσημάτων, όσο και αυτοάνοσων νοσημάτων, όπως η ρευματοειδής αρθρίτιδα (Holick, 2004).
- Οι νεοπλασίες: Στην περίπτωση ασθενών με νεοπλασίες η ανάπτυξη καρδιαγγειακών νοσημάτων είναι ιδιαίτερα συχνή, λόγω του αυξημένου στρες που συνεπάγεται η νόσος, της τοξικότητας της χημειοθεραπείας και των κοινών παραγόντων κινδύνου (π.χ. αυξημένος

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: «Μελέτη της ποιότητας ζωής σε καρδιοχειρουργημένους ασθενείς έξι μήνες μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση και η συσχέτιση της ψυχολογικής κατάστασης με την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών»

δείκτης μάζας σώματος) που ευθύνονται τόσο για ορισμένες μορφές καρκίνου, όσο και για την εμφάνιση καρδιαγγειακών νοσημάτων (De Marco et al., 2000; Ogle et al., 2000).

- Οι λοιπές νόσοι που αφορούν το αγγειακό σύστημα, όπως η αιμοφιλία (Pocoski et al., 2014).

1.6 Η θεραπευτική αντιμετώπιση των καρδιαγγειακών νοσημάτων

Η θεραπευτική αντιμετώπιση των καρδιαγγειακών νοσημάτων πραγματοποιείται ήδη από τους αρχαίους χρόνους. Στην αρχαία Αίγυπτο αναπτύσσονται φαρμακοθεραπευτικές αντιμετώπισεις για γνωστά στους τότε ιατρούς καρδιαγγειακά νοσήματα, όπως η αρρυθμία και το ανεύρυσμα αορτής. Οι αρχαίοι αιγύπτιοι ιατροί χρησιμοποιούσαν τουλάχιστον 700 διαφορετικά φάρμακα για την θεραπεία των νοσημάτων που είχαν αναγνωρίσει, αν και δεν έχουν διασωθεί πληροφορίες για τα φάρμακα που χρησιμοποιούσαν συγκεκριμένα για τα καρδιαγγειακά νοσήματα (Willerson and Teaff, 1996).

Στην σύγχρονη ιατρική, κεντρικό ρόλο στην αντιμετώπιση των καρδιαγγειακών νοσημάτων έχουν οι χειρουργικές επεμβάσεις. Οι πρώτες χειρουργικές επεμβάσεις καταγράφονται τον 19^ο αιώνα. Οι πρώτες εξ' αυτών πραγματοποιούνται στο περικάρδιο, από ιατρούς όπως ο Francisco Romero και ο Henry Dalton. Ιστορικά, η πρώτη χειρουργική επέμβαση στην καρδιά πραγματοποιείται από τον Alex Cappelén το 1895 στο Όσλο, στην οποία ο ασθενής πέθανε τρεις ημέρες αργότερα λόγω επιπλοκών. Η πρώτη επιτυχημένη επέμβαση αποδίδεται στον Ludwig Rehn και πραγματοποιήθηκε στην Φρανκφούρτη της Γερμανίας το 1896, ένα χρόνο δηλαδή αργότερα μετά την ανεπιτυχή επέμβαση του Cappelén. Ως σημείο σταθμός στην ιστορία της καρδιοχειρουργικής θεωρείται επίσης το 1953, έτος κατά το οποίο πραγματοποιείται η πρώτη προσπάθεια χειρουργείου ανοιχτής καρδιάς από τον John Gibbon (Shumacker, 1992).

Στην σύγχρονη χειρουργική αντιμετώπιση, κεντρικό ρόλο έχει η επέμβαση αορτοστεφανιαίας παράκαμψης. Η συγκεκριμένη επέμβαση οδηγεί σε παράκαμψη της στένωσης, δηλαδή του στενού σημείου από το οποίο δεν περνά το αίμα από την αρτηρία, και σε καθοδήγηση του αίματος από άλλες αρτηρίες. Μια άλλη μέθοδος είναι η αγγειοπλαστική, η οποία πρόκειται για διάνοιξη της στενωμένης αρτηρίας με ειδικό μπαλόνι και τοποθέτηση στη συνέχεια ενός μεταλλικού σκελετού-νάρθηκα, ώστε να διατηρηθεί η στεφανιαία αρτηρία ανοικτή (Κρεμαστινός, 2007).

Οι διαφορετικές θεραπευτικές επεμβάσεις συνεπάγονται και έναν διαφοροποιημένο κίνδυνο σχετικής με το χειρουργείο θνησιμότητας. Η αορτοστεφανιαία παράκαμψη αποτελεί την μέθοδο με την μικρότερη πιθανότητα θνησιμότητας (2%). Η θνησιμότητα είναι χαμηλή και για τις άλλες χειρουργικές επεμβάσεις, καθώς ακόμα και σε πιο σύνθετες επεμβάσεις η θνησιμότητα δεν ξεπερνά το 8 με 11% (Szelkowski et al., 2015).

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: «Μελέτη της ποιότητας ζωής σε καρδιοχειρουργημένους ασθενείς έξι μήνες μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση και η συσχέτιση της ψυχολογικής κατάστασης με την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών»

Προκειμένου η χειρουργική επέμβαση να είναι αποτελεσματική, απαιτείται η εξέταση μιας σειράς παραγόντων προ του χειρουργείου, ώστε να εκτιμηθεί η πιθανότητα επιτυχίας μιας ενδεχόμενης χειρουργικής επέμβασης. Οι παράγοντες του ιστορικού του ασθενούς που συνυπολογίζονται προ του χειρουργείου είναι οι παρακάτω (Sannakkaki et al., 2018):

1. Το ίδιο το καρδιολογικό ιστορικό και το σύνολο των πιθανώς σχετιζόμενων με την πάθηση παραγόντων (π.χ. αρτηριοσκλήρωση)
2. Η αναπνευστική υγεία του ασθενούς
3. Η ηλικία του, καθώς η πιθανότητα επιτυχημένων επεμβάσεων είναι μικρότερη σε πιο ηλικιωμένους ασθενείς
4. Η πιθανή ύπαρξη νεφρικής ανεπάρκειας
5. Η κακή διατροφή
6. Η παχυσαρκία
7. Οι διαταραχές του κεντρικού νευρικού συστήματος

Κεντρικό επίσης ρόλο στην απόφαση του χειρουργείου έχει η κλινική εξέταση του ασθενούς. Η κλινική εξέταση μπορεί να πληροφορήσει την ιατρική και νοσηλευτική ομάδα για πιθανούς κινδύνους που ενδεχομένως να συνεπάγεται η επέμβαση, οι οποίοι και δεν διαφαίνονται απαραίτητα μέσω του ιστορικού του ασθενούς. Για παράδειγμα, το τεστ του Άλεν, μια εξέταση της ροής του αίματος δια μέσου των αρτηριών με την χρήση των χεριών του κλινικού ιατρού, μπορεί να παρέχει πληροφορίες σχετικά με την επικινδυνότητα μιας χειρουργικής επέμβασης (Sannakkaki et al., 2018).

Για την καλύτερη δυνατή διαπίστωση και ταξινόμηση του κινδύνου μιας καρδιοχειρουργικής επέμβασης χρησιμοποιούνται και διάφορες σχετικές κλίμακες. Μια κλίμακα που χρησιμοποιείται ευρέως είναι το Rockwood Frailty Index. Το συγκεκριμένο τεστ οδηγεί σε 6 διαφορετικά σκορ που καταδεικνύουν το βαθμό συνολικής λειτουργικότητας του ασθενούς. Υποστηρίζεται μάλιστα πως όσο υψηλότερα είναι τα σκορ της λειτουργικότητας βάση αυτού του τεστ, τόσο μεγαλύτερη είναι και η πιθανότητα μιας επιτυχούς καρδιοχειρουργικής επέμβασης (Manaktala et al., 2013).

Κύριος στόχος των ανωτέρω αξιολογήσεων δεν οφείλει να θεωρηθεί πως είναι η απόφαση για χειρουργική επέμβαση ή όχι, αφού αυτή ενδεχομένως να είναι επιβεβλημένη. Αντίθετα, στόχος της προεγχειρητικής αξιολόγησης είναι η βαθύτερη γνώση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού για το ακριβές προφίλ του ασθενούς, με βάση το οποίο ενδεχομένως να υπάρξουν τροποποιήσεις της σχεδιαζόμενης επέμβασης με στόχο την αύξηση της αποτελεσματικότητάς της (Sannakkaki et al., 2018).

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: «Μελέτη της ποιότητας ζωής σε καρδιοχειρουργημένους ασθενείς έξι μήνες μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση και η συσχέτιση της ψυχολογικής κατάστασης με την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών»

Πέραν των χειρουργικών επεμβάσεων, ιδιαίτερο επιστημονικό ενδιαφέρον παρουσιάζει και η μεταμόσχευση καρδιάς. Η πρώτη μεταμόσχευση καρδιάς πραγματοποιείται σε σκύλους το 1945 στην Σοβιετική Ένωση (Cheremisova et al., 2017) και δύο δεκαετίες αργότερα αρχίζει και εφαρμόζεται σε ανθρώπους. Η χρήση της μεθόδου αυτής σε ανθρώπους πραγματοποιήθηκε προοδευτικά και από το 1968 έως το 1981 πραγματοποιήθηκαν μόλις 227 μεταμοσχεύσεις σε όλο τον κόσμο (Pennock et al., 1982). Ωστόσο, παρά την πρόοδο των θεραπευτικών αντιμετώπισεων η μεταμόσχευση καρδιάς παραμένει ακόμα και σήμερα μια σπάνια χρησιμοποιούμενη θεραπευτική επιλογή (Ashraf & Sharif, 2013). Ως κύριο εμπόδιο θεωρείται η υψηλή πιθανότητα επιπλοκών μετά την μεταμόσχευση, όπως η άρνηση του οργανισμού να δεχθεί το μόσχευμα, η ανάπτυξη σακχαρώδους διαβήτη, νεοπλασιών και νεφρικής ανεπάρκειας, επιπλοκές ιδιαίτερα συχνές μετά την μεταμόσχευση (Bhagra et al, 2018).

Η επίδραση των σύγχρονων θεραπευτικών παρεμβάσεων στην αντιμετώπιση των καρδιαγγειακών νοσημάτων είναι δύσκολο να μελετηθεί, καθώς παράλληλα με τις διαρκείς εξελίξεις των θεραπευτικών αντιμετώπισεων παρατηρείται και μια επιδημιολογικού χαρακτήρα διακύμανση των συμπεριφορών υγείας που συνδέονται με την θνησιμότητα των ασθενών, κάνοντας έτσι δύσκολη την μελέτη της διαφοράς των αντιμετώπισεων στην έκβαση της υγείας των ασθενών. Η πιο μεθοδολογικά αξιόπιστη ίσως έρευνα που να έχει μελετήσει αυτές τις επιδράσεις είναι μια ανάλυση διαφορετικών κοορτών στην Σκωτία, στην οποία πραγματοποιήθηκε εξάλειψη της πιθανής συγχυτικής επίδρασης παραγόντων όπως η καπνιστική συνήθεια, που επίσης σχετίζονται με την έκβαση της νόσου. Η μελέτη αυτή διαπίστωσε πως το 1994 η θνησιμότητα των καρδιαγγειακών νοσημάτων ήταν μικρότερη κατά 15.234 θανάτους εν σχέση με τα αντίστοιχα δεδομένα που είχαν καταγραφεί το 1975 και πως το 40% αυτής της επίδρασης οφειλόταν αποκλειστικά στην βελτίωση των θεραπευτικών επεμβάσεων (Capewell et al., 1999).

1.7 Η πρόγνωση των καρδιαγγειακών νοσημάτων

Η μελέτη της πρόγνωσης της καρδιαγγειακής νόσου είναι ιδιαίτερα σύνθετη και εξαρτάται από την συνεκτίμηση μιας σειράς παραγόντων κινδύνου και σχετικών τεστ στα οποία ο κλινικός ιατρός μπορεί να υποβάλει τον ασθενή. Τα τεστ αυτά μπορούν να περιγραφούν γενικώς με τον ευρύ ορισμό “stress tests”. Το πιο χαρακτηριστικό ίσως stress test είναι αυτό του διάδρομου άσκησης, όπου ο κλινικός ιατρός παρατηρεί την διακύμανση μεταβλητών της καρδιαγγειακής λειτουργίας κατά την διάρκεια του τεστ ή και μετά από αυτό. Οι μεταβλητές αυτές είναι οι ακόλουθες (Miller, 2008):

1. Η χρονική διάρκεια κατά την οποία ο ασθενής μπορεί να ανταπεξέλθει σε άσκηση μιας συγκεκριμένης έντασης

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: «Μελέτη της ποιότητας ζωής σε καρδιοχειρουργημένους ασθενείς έξι μήνες μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση και η συσχέτιση της ψυχολογικής κατάστασης με την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών»

2.Η σχετική με την άσκηση υπόταση

3.Η σχετική με την άσκηση υπέρταση

4.Η πιθανή αδυναμία της καρδιάς να αυξήσει τους παλμούς κατά την διάρκεια της άσκησης

5.Ο χρόνος που απαιτείται για την επαναφορά του καρδιακού ρυθμού σε φυσιολογικά επίπεδα

6.Οι αρρυθμίες κατά την άσκηση

Η κάθε μεταβλητή έχει ορισμένες σχετικές τιμές όπου πάνω ή κάτω από αυτές μπορεί να προβλεφθεί η μελλοντική καρδιαγγειακή θνησιμότητα. Για παράδειγμα, η αδυναμία του ασθενούς να αυξήσει τους παλμούς κατά την άσκηση σε ένα ποσοστό μεγαλύτερο από 80% σε σχέση με τις αναμενόμενες βάση της ηλικίας του τιμές υποδηλώνει μια πιθανή αρνητική έκβαση της υγείας του στο άμεσο μέλλον (Miller, 2008).

Οι μεταβλητές αυτές έχουν επίσης μια διττή προβλεπτική ιδιότητα. Πράγματι, όπως προαναφέρθηκε, η πρόβλεψη των μελλοντικών καρδιαγγειακών επεισοδίων και η καρδιαγγειακή θνησιμότητα είναι εφικτή μέσω αυτών. Εξίσου σημαντικό όμως οφείλει να θεωρηθεί και το ότι οι μεταβλητές αυτές δύνανται να οδηγήσουν σε πρόβλεψη της συνολικότερης έκβασης της υγείας των ασθενών με καρδιαγγειακά νοσήματα. Ως εκ τούτου, το συγκεκριμένο stress test έχει ιδιαίτερη αξία στην κλινική πρακτική (Miller, 2008).

Η πρόγνωση της νόσου εξαρτάται από διάφορους προϋπάρχοντες κλινικούς παράγοντες της υγείας του ασθενούς. Για παράδειγμα, η θνησιμότητα είναι μεγαλύτερη για τους ασθενείς που έχουν υπέρταση σε σχέση με αυτούς που δεν έχουν (Staessen et al., 2001). Η πρόγνωση των ασθενών με καρδιαγγειακά νοσήματα σχετίζεται επίσης με την πιθανή παρουσία μεταβολικού συνδρόμου, το οποίο αποτελεί άλλωστε και έναν προδιαθεσιακό παράγοντα για την ανάπτυξη των καρδιαγγειακών νοσημάτων. Όπως υποστηρίζεται μέσω μιας σχετικής ανάλυσης της πρόγνωσης ασθενών με στεφανιαία νόσου που είχαν ή δεν είχαν μεταβολικό σύνδρομο, αυτοί με το μεταβολικό σύνδρομο είχαν έναν κίνδυνο καρδιαγγειακής θνησιμότητας 1.7 φορές μεγαλύτερο εν σχέση με τους υπολοίπους (Espinola-Klein et al., 2007a).

Η πρόβλεψη της πρόγνωσης είναι επίσης εφικτή μέσω τιμών βιοχημικών δεικτών, οι οποίες ανιχνεύονται μέσω σχετικών εξετάσεων. Σχετικά με αυτό το ζήτημα, φαίνεται πως η θνησιμότητα μπορεί να προβλεφθεί με βάση τους παράγοντες που σε πρώτο στάδιο εμπλέκονται στο παθοφυσιολογικό μονοπάτι της ανάπτυξης των καρδιαγγειακών νοσημάτων. Για παράδειγμα, οι υψηλές τιμές LP(a) αφ' ενός ενοχοποιούνται σε πρώτο στάδιο για την ανάπτυξη των καρδιαγγειακών νοσημάτων, αφ' ετέρου σχετίζονται σε σημαντικό βαθμό με την έκβαση αυτών (Tsimikas, 2006). Παρομοίως, η ενδοθηλιακή δυσλειτουργία έχει κεντρική ρόλο στην ανάπτυξη των καρδιαγγειακών

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: «Μελέτη της ποιότητας ζωής σε καρδιοχειρουργημένους ασθενείς έξι μήνες μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση και η συσχέτιση της ψυχολογικής κατάστασης με την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών»

νοσημάτων, ενώ έντονη δυσλειτουργία συνδέεται με νέα καρδιαγγειακά επεισόδια και θνησιμότητα (Gonzalez and Selwyn, 2003).

Ένας από τους σημαντικότερους δείκτες που σχετίζεται με την θνησιμότητα είναι οι τιμές της IL-18. Υπολογίζεται πως υψηλές τιμές IL-18 συνδέονται με ένα αυξημένο κίνδυνο θνησιμότητας από καρδιαγγειακά κατά 2.8 φορές (Espinola-Klein et al., 2007b). Συνολικότερα, οι υψηλές τιμές σε βιοχημικούς δείκτες που υποδηλώνουν φλεγμονή, όπως C-αντιδρώσα πρωτεΐνη και IL-6, σχετίζονται με χειρότερη πρόγνωση. Άλλοι παράγοντες που υποδηλώνουν μια κακή πρόγνωση είναι η αντίσταση στην ινσουλίνη, οι υψηλές τιμές ομοκυστεΐνης και οι υψηλές τιμές ινωδογόνου (Gerszten et al., 2008).

Μια προβλεπτική επίδραση έχουν και οι ψυχικές διαταραχές που επίσης αποτελούν έναν παράγοντα που σχετίζεται με την εμφάνιση της καρδιαγγειακής νόσου και έχουν επίδραση και στην έκβαση της ασθένειας. Όπως υποστηρίζεται από μια σχετική μετά-ανάλυση, η ύπαρξη κλινικά σημαντικών ψυχιατρικών διαταραχών συνεπάγεται έναν κίνδυνο θνησιμότητας από στεφανιαία νόσο αυξημένο κατά 1.54 φορές σε σχέση με όσους ασθενείς με καρδιαγγειακά νοσήματα δεν έχουν ψυχιατρικές διαταραχές, έναν κίνδυνο 1.64 φορές μεγαλύτερο για θάνατο από αγγειοεγκεφαλικές παθήσεις και έναν κίνδυνο 2.10 φορές μεγαλύτερο για θάνατο από συγγενή καρδιοπάθεια (Corell et al., 2017). Επιπροσθέτως, και οι διαταραχές του ύπνου, με κυριότερη την υπνική άπνοια, σχετίζονται με μελλοντικά καρδιαγγειακά επεισόδια και συνακόλουθη θνησιμότητα (Moore et al., 2001).

Η πορεία των καρδιαγγειακών νοσημάτων εξαρτάται επίσης από την συμμόρφωση του ασθενούς σε γενικότερα πρότυπα προαγωγής της υγείας. Κεντρικό ρόλο έχει η μεσογειακή διατροφή, λόγω του ότι αποτελεί ένα διατροφικό πρότυπο σχετιζόμενο με την καρδιαγγειακή υγεία. Η μεσογειακή διατροφή έχει μια σημαντική προστατευτική επίδραση έναντι της εμφάνισης μελλοντικών καρδιαγγειακών νοσημάτων για ασθενείς με έμφραγμα του μυοκαρδίου, βελτιώνοντας έτσι την πρόγνωση της ασθένειάς τους (De Lorgeril et al., 1999).

Καθοριστικό ρόλο έχει επομένως η συμμόρφωση του ασθενούς σε πρότυπα υγιεινής διατροφής. Η συμμόρφωση του ασθενούς σε πρότυπα υγιεινής διατροφής είναι εφικτή όχι μόνο μέσω πρωτοβουλιών από μέρους του για συμμόρφωση σε γενικές αρχές υγιεινής διατροφικής συμπεριφοράς, αλλά και μέσω της συμμετοχής του σε οργανωμένα διατροφικά προγράμματα για απώλεια βάρους. Όπως μάλιστα υποστηρίζεται μέσω μιας συστηματικής ανασκόπησης και μετά-ανάλυσης της υπάρχουσας βιβλιογραφίας σχετικά με αυτό το ζήτημα, η συμμετοχή ασθενών με καρδιαγγειακά νοσήματα σε τέτοια προγράμματα συνεπάγεται και μια μείωση του ρίσκου θνησιμότητας κατά 7% (Ma et al., 2017). Υποστηρίζεται μάλιστα πως αυτή η επίδραση

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: «Μελέτη της ποιότητας ζωής σε καρδιοχειρουργημένους ασθενείς έξι μήνες μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση και η συσχέτιση της ψυχολογικής κατάστασης με την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών»

διαμεσολαβείται από την μείωση της αρτηριακής πίεσης μέσα από τις διατροφικές αναπροσαρμογές, λόγω του κεντρικού ρόλου που αυτές έχουν στην ρύθμισή τους (Semlitsch et al., 2016).

Τέλος, ο κεντρικότερος ίσως παράγοντας που σχετίζεται με την πρόγνωση των καρδιαγγειακών νοσημάτων είναι η συμμόρφωση προς τις θεραπευτικές αγωγές. Η θεραπευτική αγωγή είναι σημαντική για την επίδραση στην έκβαση των λιγότερο απειλητικών καταστάσεων (π.χ. υπέρταση), αλλά και των μεγάλης επικινδυνότητας (π.χ. έμφραγμα του μυοκαρδίου). Για τον λόγο αυτό, η συμμόρφωση στην φαρμακευτική αγωγή από μέρους του ασθενούς είναι υψίστης σημασίας, καθώς επιδρά άμεσα στην πρόγνωση της νόσου (Frishman, 2007). Η συμμόρφωση στην αγωγή είναι ωστόσο μια σύνθετη διαδικασία, η οποία και εξαρτάται από πλήθος παραμέτρων. Υποστηρίζεται πως η ψυχική υγεία του ασθενούς έχει καθοριστικό ρόλο, καθώς ασθενείς με έντονο άγχος ή κατάθλιψη παρουσιάζουν μειωμένη συμμόρφωση στην αγωγή τους ή και την εγκαταλείπουν ολοκληρωτικά (Gehi et al., 2005). Καθοριστικό ρόλο έχει επίσης η συνθετότητα της αγωγής. Οι ασθενείς παρουσιάζουν υψηλή συμμόρφωση προς απλές φαρμακευτικές αγωγές, ενώ οι πιο σύνθετες φαρμακοθεραπευτικές αντιμετωπίσεις οδηγούν σε σημαντικά χαμηλότερη συμμόρφωση. Έτσι, κεντρικής βαρύτητας θεωρείται η απλοποίηση των αγωγών, κυρίως μέσω της χορήγησης ενός μόνο φαρμάκου, μία και μόνο φορά μέσα στην ημέρα (Frishman, 2007). Παρά τις κοινές αυτές για τους ασθενείς επιδράσεις, η προώθηση της συμμόρφωσης στην φαρμακευτική αγωγή οφείλει να θεωρείται ως μια αυστηρά εξατομικευμένη διαδικασία, στην οποία ο νοσηλευτής οφείλει να αναγνωρίζει τα εμπόδια της συμμόρφωσης από μέρους του ασθενούς και να βρίσκει πρακτικούς και ευέλικτους τρόπους μέσω των οποίων αυτά μπορούν να αντιμετωπιστούν (Albert, 2008).

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: «Μελέτη της ποιότητας ζωής σε καρδιοχειρουργημένους ασθενείς έξι μήνες μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση και η συσχέτιση της ψυχολογικής κατάστασης με την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών»

Κεφάλαιο 2^ο: Η ποιότητα της ζωής

2.1 Η έννοια της ποιότητας ζωής

Η έννοια της ποιότητας της ζωής συνιστά ένα πεδίο έντονου διαλόγου μεταξύ των μελετητών του ζητήματος. Στην βιβλιογραφία συναντώνται αρκετές διαφορετικές αντιλήψεις σχετικά με την έννοια της ποιότητας της ζωής. Όπως υποστηρίζει ο Lamau (1992), η ποιότητα της ζωής αναφέρεται στα χαρακτηριστικά, τις συνθήκες και τους τομείς της ζωής που είναι αναγκαίοι ώστε το άτομο να λειτουργεί ως ένα ανεξάρτητο και αυτόνομο ον. Κατά τη θεώρηση αυτή επομένως η ποιότητα της ζωής συνιστά μια αναγκαία προϋπόθεση για την πραγμάτωση των στόχων και επιδιώξεων του ατόμου.

Μια άλλη ιδιαίτερα ενδιαφέρουσα θεώρηση είναι αυτή του Hörnquist, (1981). Σύμφωνα με το προτεινόμενο από αυτόν μοντέλο, η ποιότητα της ζωής σχετίζεται κατά άμεσο τρόπο με το αίσθημα ικανοποίησης από τη ζωή, αφού άτομα με υψηλότερη ποιότητα ζωής είναι αυτά που αντιμετωπίζουν με ικανοποίηση τις διάφορες πτυχές της ζωής τους. Η ποιότητα της ζωής είναι κατά τον ορισμό αυτό και μια έννοια πολυδιάστατη, αφού σχετίζεται με το βαθμό ικανοποίησης ως προς τις σωματικές, ψυχολογικές, κοινωνικές και υλικές ανάγκες του ατόμου. Το άτομο που καλύπτει όλες τις ανωτέρω πτυχές με αποτελεσματικότητα απολαμβάνει υψηλά επίπεδα ικανοποίησης και ποιότητας της ζωής. Η θεώρηση του Hörnquist δίνει επομένως ιδιαίτερη έμφαση στην υποκειμενική αντίληψη του ατόμου για την ποιότητα της ζωής του, αφού η ποιότητα της ζωής θεωρείται ως έννοια σύμφυτη με την έννοια της ικανοποίησης από τη ζωή.

Μια άλλη θεώρηση είναι αυτή των Flece and Perry (1995). Σε σύμπλευση με την ανωτέρω θεώρηση, και οι συγκεκριμένοι μελετητές εντοπίζουν πέντε διαστάσεις, οι οποίες είναι οι παρακάτω:

- Αυτή της σωματικής υγείας, εννοώντας την απουσία κάποιας χρόνιας νόσου και ανικανότητας
- Αυτή της υλικής ευημερίας, με την έννοια της επάρκειας των πόρων και αγαθών που απαιτούνται για τη διαβίωση του ατόμου.
- Αυτή της κοινωνικής ευημερίας, η οποία αφορά την ύπαρξη ενός υγιούς κοινωνικού δικτύου από συγγενείς και φίλους με τους οποίους το άτομο διατηρεί στενές κοινωνικές σχέσεις.
- Αυτή της συναισθηματικής ευημερίας, εννοώντας την απουσία ψυχικών νοσημάτων και την ύπαρξη ενός ικανοποιητικού επιπέδου ψυχικής υγείας και ευεξίας.
- Της αυτοανάπτυξης, εννοώντας την διαρκή υπαρξιακού χαρακτήρα εξέλιξη του ατόμου κατά μήκος της πορείας της ζωής.

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: «Μελέτη της ποιότητας ζωής σε καρδιοχειρουργημένους ασθενείς έξι μήνες μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση και η συσχέτιση της ψυχολογικής κατάστασης με την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών»

Με βάση τα ανωτέρω, φαίνεται πως η έννοια της ποιότητας της ζωής είναι πολυδιάστατη, αφού δεν συναντάται στη βιβλιογραφία ένας κεντρικός και καθολικά αποδεκτός ορισμός σχετικά με το ζήτημα. Ο προβληματισμός αυτός αναπτύσσεται και από τη Δαρβίρη (2009), η οποία επισημαίνει πως ακόμα και σε ενδοεπιστημονικούς διαλόγους για το ζήτημα παρατηρείται μια σημαντική ετερογένεια των θεωρήσεων περί της ποιότητας της ζωής. Όπως ωστόσο επισημαίνει ένα καθολικά αποδεκτό στοιχείο της έννοιας αυτής από τους μελετητές του ζητήματος είναι το ότι η ποιότητα της ζωής είναι μια πτυχή πολυδιάστατη και πως αναφέρεται σε αρκετές επιμέρους πτυχές της ζωής του ατόμου.

Η ιδιαίτερη σημαντικότητα της ποιότητας της ζωής καταδεικνύεται και από τις επιρροές που έχει στην κατάσταση της υγείας του ανθρώπου. Όπως υποστηρίζεται από διαφορετικές μεταξύ τους επιδημιολογικές μελέτες, η ποιότητα της ζωής συνιστά έναν ισχυρό προβλεπτικό παράγοντα της θνησιμότητας τόσο για υγιή άτομα, όσο και για άτομα που πάσχουν από χρόνια νοσήματα (Dominick et al., 2002; Loon et al., 2017).

Με βάση τα παραπάνω, η σχέση της ποιότητας της ζωής με την έκβαση της υγείας υπαγορεύει την ανάγκη μελέτης παραγόντων που σχετίζονται με διαφοροποιήσεις της ποιότητας της ζωής. Ένας τέτοιος παράγοντας είναι το φύλο. Αν και κατά την παιδική ηλικία τα αγόρια και τα κορίτσια έχουν ίδια επίπεδα ποιότητας ζωής, στην περίοδο μετά την ενηλικίωση η ποιότητα της ζωής των γυναικών είναι χαμηλότερη από αυτή των αντρών (Bisegger et al., 2005). Για τη διαφοροποίηση αυτή έχουν προταθεί συγκεκριμένοι επεξηγηματικοί μηχανισμοί. Σύμφωνα με έναν εξ' αυτών, η ποιότητα της ζωής είναι χαμηλότερη για τις γυναίκες σε σχέση με τους άντρες λόγω του υψηλού επιπολασμού των ψυχικών νοσημάτων, όπως οι αγχώδεις και καταθλιπτικές διαταραχές (Linzer et al., 1996). Κατά συνέπεια, το φύλο συνιστά ένα παράγοντα με διαμορφωτική επίδραση στα επίπεδα της ποιότητας ζωής του ανθρώπου.

Ένας επιπρόσθετος παράγοντας που έχει διαπιστωθεί ότι διαφοροποιεί την ποιότητα της ζωής του γενικού πληθυσμού είναι το εκπαιδευτικό επίπεδο. Όπως υποστηρίζεται από μια σχετική ανάλυση των Ross and Van Willigen (1997), όσοι έχουν υψηλό εκπαιδευτικό επίπεδο έχουν και υψηλότερα επίπεδα ποιότητας της ζωής. Μάλιστα, η επίδραση αυτή παρατηρείται για όλες τις επιμέρους πτυχές της ποιότητας της ζωής και πιθανώς να είναι απόρροια της υποκειμενικής ευεξίας (π.χ. ψυχικής, αλλά και της ύπαρξης περισσότερων υλικών αγαθών λόγω της σχέσης του εκπαιδευτικού επιπέδου με το εισόδημα.

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: «Μελέτη της ποιότητας ζωής σε καρδιοχειρουργημένους ασθενείς έξι μήνες μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση και η συσχέτιση της ψυχολογικής κατάστασης με την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών»

Η ποιότητα της ζωής σχετίζεται επίσης με τις κοινωνικές σχέσεις και αλληλεπιδράσεις του ατόμου. Η ποιότητα της ζωής είναι υψηλότερη για αυτούς που έχουν περισσότερες φιλικές σχέσεις και όσους διατηρούν επαφές με τους γείτονες τους, επιδράσεις που είναι μάλιστα εντονότερες σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, που ενδεχομένως να βιώνουν περιορισμούς ως προς τις διαπροσωπικές τους επαφές και μειωμένη ποιότητα ζωής (Gabriel and Bowling, 2004). Επιπλέον, όσοι είναι άγαμοι έχουν χαμηλότερο επίπεδο ποιότητας ζωής εν σχέση με τους παντρεμένους (Michelson et al., 2000).

2.2 Η μέτρηση της ποιότητας της ζωής

Στις ανθρωπιστικές και κοινωνικές επιστήμες, αλλά και στις επιστήμες υγείας, μια κυρίαρχη τάση στη μεθοδολογία έρευνας είναι ο επιστημονικός θετικισμός. Κατά τον επιστημονικό θετικισμό, οι έννοιες και τα φαινόμενα των επιστημών αυτών οφείλουν να μπορούν να αποτελέσουν αντικείμενο μέτρηση κατά τρόπο που προσομοιάζει σε αυτό των θετικών επιστημών (Robson, 2002). Έτσι, αν μια έννοια ή κατάσταση έχει υπόσταση, τότε οφείλει να μπορεί να αποτελεί και αντικείμενο μέτρησης. Κυρίαρχο ρόλο στη μέτρηση των στάσεων, αντιλήψεων και πεποιθήσεων των ατόμων έχουν τα ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς, τα οποία και αποτελούν ιδιαίτερα δημοφιλή τρόπο μέτρησης αυτών των παραμέτρων (Σταλίκας και συνεργάτες, 2012).

Ως προς τη μέτρηση της ποιότητας της ζωής, υπάρχουν ορισμένα ιδιαίτερα δημοφιλή και ευρέως χρησιμοποιούμενα στην επιδημιολογική έρευνα ερωτηματολόγια. Ένα εξ' αυτών των ερωτηματολογίων είναι το Short Form (36) Health Survey (SF-36) (Brazier et al., 1992; Maratia et al., 2016). Το συγκεκριμένο εργαλείο μέτρησης μετρά ένα ιδιαίτερα ευρύ φάσμα παραμέτρων της ποιότητας της ζωής. Μάλιστα, λόγω της μέτρησης μιας σειράς ψυχικών και σωματικών συμπτωμάτων των αποκρινόμενων, όπως η ναυτία, ο εμετός, η δύσπνοια, ο περιορισμός της όρεξης και οι γαστρεντερικές διαταραχές, η χρήση του εν λόγω εργαλείου είναι εφικτή και σε κλινικούς πληθυσμούς, παρ' ότι η κατασκευή και η κύρια χρήση του συγκεκριμένου εργαλείου αφορά το γενικό πληθυσμό (Fredheim et al., 2007).

Μια άλλη κατηγορία ερωτηματολογίων αυτοαναφοράς για την ποιότητα της ζωής αφορά αυτά που έχουν αναπτυχθεί με στόχο την εξέταση της ποιότητας της ζωής ασθενών που πάσχουν από κάποιο χρόνιο και απειλητικό για την ζωή νόσημα. Το χαρακτηριστικότερο ίσως ερωτηματολόγιο αυτής της κατηγορίας είναι το European Organization for Research and Treatment of Cancer- Quality of Life - 30 (EORTC QLQ-C30), το οποίο αποτελεί το συχνότερα χρησιμοποιούμενο ερωτηματολόγιο για τη μελέτη της ποιότητας της ζωής των ογκολογικών ασθενών (Maratia et al., 2016). Το EORTC QLQ-

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: «Μελέτη της ποιότητας ζωής σε καρδιοχειρουργημένους ασθενείς έξι μήνες μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση και η συσχέτιση της ψυχολογικής κατάστασης με την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών»

C30 χρησιμοποιεί μια σειρά από ερωτήσεις σχετικά με τον πόνο, τη λειτουργικότητα, τη συναισθηματική προσαρμογή, τη κόπωση, τη γενικότερη κατάσταση της υγείας, τη ναυτία, τον εμετό, τον περιορισμό της όρεξης, τη δύσπνοια, τις γαστρεντερικές διαταραχές και την ποιότητα του ύπνου. Οι αποκρίσεις στο εργαλείο αυτό λαμβάνουν τιμές με εύρος από 1 (καθόλου) ως και 4 (πάντα). Ο χρόνος ανάκλησης του εργαλείου αυτού είναι η τελευταία μία εβδομάδα. Κατά συνέπεια, το ερωτηματολόγιο αυτό μετρά και αξιολογεί ένα ιδιαίτερα ευρύ φάσμα της ποιότητας της ζωής των ασθενών που πάσχουν από καρκίνο (Aaronsen et al., 1993).

Η ανάπτυξη εργαλείων μέτρησης της ποιότητας της ζωής σε ασθενείς με χρόνια νοσήματα ανταποκρίνεται όχι μόνο σε ανάγκες της έρευνας, αλλά και της κλινικής πρακτικής. Για παράδειγμα, επί δεκαετίες οι καρδιολόγοι είχαν διαπιστώσει την έκπτωση της ποιότητας ζωής των ασθενών τους μετά από καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις. Ωστόσο, λόγω της απουσίας σχετικών μετρήσεων αδυνατούσαν να καταλήξουν σε τρόπους μέσω των οποίων η ποιότητα της ζωής των ασθενών αυτών θα μπορούσε να μετρηθεί. Η ανάπτυξη μετρήσεων που αξιολογούσαν συγκεκριμένα την ποιότητα της ζωής των ασθενών με καρδιαγγειακά νοσήματα οδήγησε σε μετρήσεις με μεγαλύτερη αποδοχή από τους καρδιολόγους, οι οποίες και χρησιμοποιήθηκαν σε μεγαλύτερο βαθμό στην κλινική πρακτική (Mayou and Bryant, 1993).

Ένας άλλος τρόπος μέτρησης της ποιότητας ζωής είναι οι κλινικές συνεντεύξεις. Στη κλινική συνέντευξη ο συνεντευκτής προχωρά σε μια σειρά ερωτήσεων που εξετάζουν το ζήτημα που τον ενδιαφέρει. Οι συνεντεύξεις αυτές δύνανται να είναι μη δομημένες, πλήρως δομημένες ή ημι-δομημένες (Robson, 2002). Η χρήση συνεντεύξεων για τη μέτρηση της ποιότητας της ζωής πραγματοποιείται κυρίως στο πλαίσιο της αποτίμησης παρεμβάσεων που στοχεύουν στη διερεύνηση επιδράσεων στην ποιότητα της ζωής (Bigelow et al., 1990).

Παρά την δυνατότητα για μέτρηση μιας σειράς από διαφορετικές πτυχές της ποιότητας της ζωής, τα ανωτέρω εργαλεία διακρίνονται από το αρνητικό της αυξημένης χρονικής απαίτησης από τον αποκρινόμενο για την συμπλήρωσή τους. Για τον λόγο αυτό, συναντώνται στη βιβλιογραφία και μετρήσεις μέσω των οποίων η ποιότητα της ζωής αξιολογείται σε μικρότερο χρονικό διάστημα. Μάλιστα, σε ορισμένες έρευνες χρησιμοποιείται ακόμα και μία μόνο ερώτηση για την μέτρηση της συνολικής ποιότητας της ζωής των αποκρινόμενων. Όπως υποστηρίζεται από μια σχετική μελέτη των de Boer et al (2004), η μέτρηση αυτή παρουσιάζει σχετικά έντονη θετική συσχέτιση με ψυχομετρικά εργαλεία που μετρούν την ποιότητα της ζωής ($r=0.70-0.72$), καταδεικνύοντας πως ως ένα βαθμό η χρήση μιας ερώτησης με μορφή κλίμακας Likert για τη μέτρηση της ποιότητας της ζωής ενδεχομένως να είναι αξιόπιστη.

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: «Μελέτη της ποιότητας ζωής σε καρδιοχειρουργημένους ασθενείς έξι μήνες μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση και η συσχέτιση της ψυχολογικής κατάστασης με την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών»

Με βάση τα παραπάνω, η ποιότητα της ζωής μπορεί να μετράται μέσω ερωτηματολογίων αυτοαναφοράς που απευθύνονται στο γενικό πληθυσμό, μέσω ερωτηματολογίων αυτοαναφοράς που απευθύνονται σε κλινικούς πληθυσμούς και μέσω ερωτήσεων με μορφή κλίμακας Likert. Η εκάστοτε εξ' αυτών των κατηγοριών μέτρησης συνοδεύεται από ορισμένα θετικά στοιχεία και μειονεκτήματα. Για παράδειγμα, η μέτρηση μέσω ερωτηματολογίων ποιότητας της ζωής που επικεντρώνονται στο νόσημα έχει το πλεονέκτημα της εξέτασης της ποιότητας της ζωής συγκεκριμένα υπό το πρίσμα της χρόνιας νόσου, αλλά συνεπάγεται περιορισμένη δυνατότητα σύγκρισης των δεδομένων εν σχέση με το γενικό πληθυσμό (Patrick and Deyo, 1989).

2.3 Χρόνια νόσος, αναπηρία και ποιότητα της ζωής

Ένα ιδιαίτερα ενδιαφέρον πεδίο έρευνας αφορά την εξέταση της ποιότητας της ζωής των ατόμων με χρόνια νόσο και αναπηρία. Η αναπηρία αποτελεί μια έννοια που χρησιμοποιείται συχνά κατά την αναφορά σε χρόνια νοσήματα, χωρίς να είναι ακριβείς οι επιδράσεις της στην υγεία. Κατά την Bradby (2009), παρατηρείται μια διαφοροποίηση μεταξύ της ανεπάρκειας, που συνιστά ένα σωματικό χαρακτηριστικό το οποίο αφορά την έλλειψη σχετικά με κάποια κινητική ικανότητα ή αισθητηριακή αντίληψη του οργανισμού και την ανεπάρκεια, που αφορά τους περιορισμούς των δραστηριοτήτων του ατόμου.

Το συγκεκριμένο μοντέλο, κατά το οποίο η αναπηρία διαφοροποιείται από την ανεπάρκεια, περιγράφεται στη βιβλιογραφία ως το κοινωνικό μοντέλο της αναπηρίας. Στο κοινωνικό μοντέλο της αναπηρίας αυτή αποδίδεται σε παράγοντες κοινωνικούς, οικονομικούς, συμπεριφορικούς και σωματικούς, παρά στην παθολογική οντότητα της ανεπάρκειας, μειώνοντας έτσι τη βαρύτητα της παθολογίας, η οποία αφορά περισσότερο την ιατρική επιστήμη και όχι τις κοινωνικές επιστήμες, χρέος των οποίων είναι η ενασχόληση με την έννοια της αναπηρίας και όχι της παθολογικής υπόστασης της νόσου (Bradby, 2009).

Η ανωτέρω θεώρηση είναι σύμφωνη και με άλλες κοινωνικού χαρακτήρα προσεγγίσεις του ζητήματος της αναπηρίας και βασίζεται στην αρκετά δημοφιλή θεώρηση του Albrecht (2001). Βάση για τις απόψεις αυτές είναι η έρευνα της υγείας και της νόσου υπό μια σκοπιά κοινωνιολογική (Chaska, 1977).

Κατά τη θεώρηση του Davis (1995), η αναπηρία είναι μια κοινωνιογνωστικά κατασκευασμένη αναπαράσταση. Έτσι, η αναπηρία αποτελεί την απόρροια μιας διαδικασίας κατηγοριοποίησης της λειτουργικότητας των άλλων. Μέσω της διαδικασίας αυτής τα άτομα με υψηλότερο βαθμό λειτουργικότητας κατηγοριοποιούνται ως ανάπηρα, ενώ τα άτομα που αντιμετωπίζουν κινητικά και

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: «Μελέτη της ποιότητας ζωής σε καρδιοχειρουργημένους ασθενείς έξι μήνες μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση και η συσχέτιση της ψυχολογικής κατάστασης με την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών»

σωματικά προβλήματα ως ανάπηρα. Με τη θεώρηση του Davis συμφωνούν και άλλοι μελετητές του ζητήματος της αναπηρίας. Για παράδειγμα, ο Abberley (1991) αποδέχεται τον όρο της αναπηρίας όταν οδηγεί σε περιορισμούς της λειτουργικότητας για το άτομο και του Söder (1987), ο οποίος επίσης αποδέχεται τον ορισμό της αναπηρίας μόνο στη περίπτωση της ύπαρξης περιορισμών της λειτουργικότητας του ατόμου εξ' αιτίας του σωματικού προβλήματος που αντιμετωπίζει. Ως εκ τούτου, οι παραπάνω ορισμοί μπορεί να θεωρηθεί πως προσανατολίζονται περισσότερο στην μελέτη της κοινωνικής πτυχής της αναπηρίας.

Η επεξηγηματική ισχύς των κοινωνικών θεωρήσεων της αναπηρίας υπογραμμίζεται και μέσω του συνυπολογισμού των κοινωνικών πτυχών αυτής ακόμα και στο πλαίσιο των ιατρικών αντιμετωπίσεων του ζητήματος. Χαρακτηριστική είναι η θεώρηση της Altman (2014), κατά την οποία η εξέταση των κοινωνικών πτυχών της αναπηρίας στην επιδημιολογική μελέτη του φαινομένου είναι αναγκαία, καθώς εκτιμά ότι η αναπηρία ορίζεται ή και αυξάνεται από τους κοινωνικούς περιορισμούς εξ' αιτίας της ύπαρξης της σωματικής νόσου. Κατά συνέπεια, φαίνεται πως υπάρχει μια σύνδεση της κοινωνικής με την ιατρική διάσταση της αναπηρίας, χωρίς ωστόσο οι επεξηγήσεις αυτές να είναι αμοιβαία αποκλειόμενες και αντιθετικές, παρά αλληλοσυμπληρωματικές. Συνολικότερα, η θεώρηση της αναπηρίας ως μιας κατάστασης που δεν αντιμετωπίζεται διπολικά (ύπαρξη ή μη ύπαρξη), αλλά ως μιας κατάστασης που διακρίνεται από διαφορετικά επίπεδα διαφοροποίησης συνεπάγεται διαφοροποιημένες επιδράσεις στην ποιότητα της ζωής των ατόμων. Ως εκ τούτου, η μελέτη διαφορετικών βιωμάτων της νόσου ατόμων που έχουν ένα κοινό κλινικό προφίλ είναι επιτακτική, υπογραμμίζοντας την αναγκαιότητα έμφασης στη μελέτη της ποιότητας της ζωής τους (Bradby, 2009).

2.4 Η ποιότητα της ζωής των ασθενών με καρδιαγγειακά νοσήματα

Η μέτρηση της ποιότητας της ζωής των ασθενών με καρδιαγγειακά νοσήματα παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον λόγω του ότι η νόσος και οι θεραπευτικές της αντιμετωπίσεις έχουν συνδεθεί με έκπτωση της ποιότητας της ζωής των ασθενών. Έτσι, η μέτρηση της ποιότητας της ζωής συνηθίζεται εδώ και δεκαετίες στις μελέτες εξέτασης της έκβασης των θεραπευτικών αντιμετωπίσεων των ασθενών με καρδιαγγειακά νοσήματα (Wenger et al., 1984).

Ως προς τα καρδιαγγειακά νοσήματα, η επιστήμη της ψυχομετρίας καθυστέρησε να ανταποκριθεί στην αναγκαιότητα ανάπτυξης συγκεκριμένων μετρήσεων για την αξιολόγηση της ποιότητας της ζωής των ασθενών αυτών. Έτσι, η ανάπτυξη ερωτηματολογίων συγκεκριμένα για την ποιότητα της ζωής ασθενών με καρδιαγγειακά νοσήματα πραγματοποιήθηκε σε ένα μεταγενέστερο στάδιο

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: «Μελέτη της ποιότητας ζωής σε καρδιοχειρουργημένους ασθενείς έξι μήνες μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση και η συσχέτιση της ψυχολογικής κατάστασης με την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών»

έρευνας εν σχέση με χρόνια νοσήματα όπως η αρθρίτιδα και τα καρδιαγγειακά. Μάλιστα, προ της ανάπτυξης συγκεκριμένων εργαλείων μέτρησης οι καρδιολόγοι βασίζονταν στη χρήση κλινικών συνεντεύξεων και εμπειρικών παρατηρήσεων για την εξέταση της ποιότητας της ζωής των ασθενών με καρδιαγγειακά νοσήματα (Mayou and Bryant, 1993).

Η κατασκευή και χορήγηση συγκεκριμένων εργαλείων μέτρησης της ποιότητας της ζωής αντιμετωπίστηκε επίσης με σκεπτικισμό από ένα μεγάλο μερίδιο της επιστημονικής κοινότητας των καρδιολόγων και γενικότερα των ιατρών. Ο σκεπτικισμός αυτός ήταν απόρροια της αμφισβήτησης του κατά πόσο τα εργαλεία αυτά μπορούν να οδηγήσουν σε αξιόπιστη μέτρηση της ποιότητας της ζωής των ασθενών και στο κατά πόσο τα εργαλεία αυτά μετρούν το σύνολο των εξεταζόμενων πτυχών της ποιότητας της ζωής των ασθενών με καρδιαγγειακά νοσήματα. Για τους ανωτέρω λόγους η επιφυλακτική αντιμετώπιση των μετρήσεων αυτών από τους καρδιολόγους συνεχίστηκε ακόμα και μετά την ανάπτυξη σχετικών μετρήσεων, έχοντας ως αποτέλεσμα την περιορισμένη χορήγησή τους στην ερευνητική και κλινική πρακτική (Mayou and Bryant, 1993).

Αναμφίβολα, η ποιότητα της ζωής των ασθενών με καρδιαγγειακά νοσήματα παρουσιάζει έκπτωση μετά την διενέργεια σχετικών επεμβάσεων. Όπως υποστηρίζεται από μια μελέτη σε 6.384 ασθενείς από 22 χώρες οι οποίοι έπασχαν από στεφανιαία νόσο, στηθάγχη, καρδιακή ανεπάρκεια και έμφραγμα του μυοκαρδίου, η ποιότητα της ζωής παρουσιάζει σημαντική μείωση μετά τις όποιες θεραπευτικές επεμβάσεις, με το βαθμό επίδρασης να είναι μεταξύ 0.37–0.64 (Oldrige et al., 2012). Από επιδημιολογικής και στατιστικής απόψεως, οι συγκεκριμένοι δείκτες επίδρασης καταδεικνύουν μια μέτρια ως ισχυρή επίδραση (Campbell and Machin, 1999), οδηγώντας στο συμπέρασμα πως η επίδραση των επεμβάσεων στην ποιότητα της ζωής των ασθενών είναι μη αμελητέα.

Η επιδείνωση της ποιότητας της ζωής των ασθενών με καρδιαγγειακά νοσήματα μετά από σχετικές επεμβάσεις δεν αφορά ωστόσο το σύνολο των ασθενών, καθώς υπάρχουν ορισμένες υποκατηγορίες αυτών που η ποιότητα της ζωής τους βελτιώνεται. Χαρακτηριστικό είναι το παράδειγμα των ασθενών με ηλικία άνω των 80 ετών, των οποίων τα επίπεδα της ποιότητας της ζωής τους βελτιώνονται μετά την επέμβαση. Στη περίπτωση αυτή μπορεί να θεωρηθεί πως η βελτίωση της ποιότητας της ζωής οφείλεται στην ύπαρξη σημαντικών λειτουργικών περιορισμών για τη συγκεκριμένη υπο-ομάδα ασθενών προ της επέμβασης, οι οποίοι και περιορίζονται μετά την περάτωση αυτής (Huber et al., 2007).

Επιπλέον σημείο που αξίζει έμφασης ως προς τη μελέτη της διαφοροποίησης της ποιότητας της ζωής των ασθενών με καρδιαγγειακά νοσήματα είναι η διαφοροποίηση της επίδρασης επιμέρους που έχουν επιμέρους δημογραφικοί παράγοντες. Όπως υποστηρίζεται από μια σχετική ανάλυση της

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: «Μελέτη της ποιότητας ζωής σε καρδιοχειρουργημένους ασθενείς έξι μήνες μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση και η συσχέτιση της ψυχολογικής κατάστασης με την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών»

βιβλιογραφίας σε ασθενείς με έμφραγμα του μυοκαρδίου, η ποιότητα της ζωής είναι χαμηλότερη (Σιάφκου, 2014):

- Για όσους έχουν ηλικία μικρότερη των 65 ετών
- Για όσους νοσηλεύονται για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα
- Για αυτούς που αντιμετωπίζουν λόγω της κατάστασης της υγείας τους έναν υψηλότερο κίνδυνο θνησιμότητας κατά την επέμβαση
- Για όσους έχουν μια σημαντικότερη κλινική εκδήλωση της νόσου

Ένα άλλο κεντρικό ζήτημα της ποιότητας της ζωής των ασθενών με καρδιαγγειακά νοσήματα αφορά τη σταθερότητα των μετρήσεων. Όπως υποστηρίζεται από μια σχετική μελέτη παρακολούθησης της ποιότητας της ζωής των ασθενών μετά από καρδιαγγειακές επεμβάσεις στους 3, 6 και 12 μήνες μετά την επέμβαση, η μεγαλύτερη έκπτωση της ποιότητας της ζωής παρατηρείται στους τρεις μήνες, με τις τιμές αυτής να αυξάνονται στην συνέχεια. Ωστόσο, η αύξηση αυτή δεν είναι ιδιαίτερα σημαντική, παρά μικρή, με τις τιμές της ποιότητας της ζωής να παρουσιάζουν επομένως μια σχετική σταθερότητα κατά τον ένα πρώτο χρόνο μετά τις καρδιαγγειακές επεμβάσεις (Jonkman et al., 1998). Δεν οφείλει όμως να θεωρηθεί ως η έκπτωση της ποιότητας της ζωής των ασθενών παρατηρείται μόνο μετά από επεμβάσεις που συνεπάγονται αυξημένο ρίσκο θνησιμότητας για τους ασθενείς ή οδηγούν σε σημαντικούς περιορισμούς της λειτουργικότητας. Ιδιαίτερα διαφωτιστική είναι μια σχετική έρευνα ασθενών-μαρτύρων με δείγμα 8.000 άτομα στη Σουηδία στην οποία εξετάστηκε η διαφορά της ποιότητας ζωής ατόμων με υπέρταση εν σχέση με τους υπόλοιπους. Στη συγκεκριμένη έρευνα που πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του SF-36 καταδείχθηκε πως η ποιότητα της ζωής των ασθενών με καρδιαγγειακά νοσήματα ήταν χαμηλότερη για όσους έπασχαν από υπέρταση εν σχέση με τους υπόλοιπους. Μάλιστα, ένα ιδιαίτερα ενδιαφέρον εύρημα ήταν το ότι η στατιστικά σημαντική διαφορά εντοπίστηκε σε όλες ανεξαιρέτως τις πτυχές της ποιότητας της ζωής των ασθενών, καταδεικνύοντας την πολυδιάστατη επίδραση της υπέρτασης στη ποιότητα της ζωής τους (Bardage and Isacson, 2001).

Με βάση τα ανωτέρω, θα μπορούσε να θεωρηθεί πως η έκπτωση της ποιότητας της ζωής των ασθενών με υπέρταση παρατηρείται λόγω των θεραπευτικών επεμβάσεων, όπως παρατηρείται και για τα λοιπά καρδιαγγειακά νοσήματα. Ωστόσο, οι θεραπευτικές επεμβάσεις φαίνεται πως έχουν μάλλον μια ευεργετική παρά μια επιβαρυντική επίδραση στην ψυχική υγεία των ασθενών που πάσχουν από καρδιαγγειακά νοσήματα. Πιο συγκεκριμένα, σε μια σχετική μελέτη εξέτασης της διαφοράς της ποιότητας της ζωής προ και μετά τη χορήγηση φαρμακοθεραπευτικών αντιμετώπισεων για τη καταπολέμηση της υπέρτασης διαπιστώθηκε πως μετά τη χορήγηση της αγωγής οι ασθενείς

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: «Μελέτη της ποιότητας ζωής σε καρδιοχειρουργημένους ασθενείς έξι μήνες μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση και η συσχέτιση της ψυχολογικής κατάστασης με την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών»

είχαν αυξημένη ποιότητα ζωής σε γενικότερο επίπεδο, αλλά και σε επιμέρους παραμέτρους, όπως για παράδειγμα η σεξουαλική ποιότητα της ζωής, η συναισθηματική ποιότητα της ζωής και η σχετική με τον ύπνο ποιότητα της ζωής (Beto and Bansal, 1992). Ως εκ τούτου, μπορεί να θεωρηθεί πως η έκπτωση της ποιότητας της ζωής των ασθενών με υπέρταση παρατηρείται λόγω της ίδιας της ιατρικής παθολογίας των ασθενών, μετά την έναρξη του νοσήματος, και πως η χορήγηση της αγωγής οδηγεί σε περιορισμό των αρνητικών συνεπειών προς τους ασθενείς.

Και στους ασθενείς με καρδιαγγειακά νοσήματα επιβεβαιώνονται οι διαφυλικές διαφορές της ποιότητας της ζωής, όπως αυτές έχουν καταγραφεί στο γενικό πληθυσμό των υγιών ατόμων. Πιο συγκεκριμένα, σε μια σχετική μελέτη με δείγμα 1.382 ασθενών και των δύο φύλων με καρδιακή ανεπάρκεια διαπιστώθηκε πως οι γυναίκες είχαν χαμηλότερες τιμές ικανοποίησης από τη ζωή, από τη κατάσταση της σωματικής ευεξίας και χαμηλότερες τιμές κοινωνικής και συναισθηματικής ευεξίας (Riedinger et al., 2001). Σε μια ακόλουθη έρευνα 536 ασθενών με στεφανιαία νόσο οι διαφυλικές διαφορές επίσης επιβεβαιώνονται, αφού το συνολικό σκορ της ποιότητας της ζωής ήταν χαμηλότερο για τις γυναίκες της έρευνας εν σχέση με τους άντρες (Emery et al., 2004). Ως εκ τούτου, οι διαφυλικές διαφορές σχετικά με τη ποιότητα της ζωής φαίνεται πως ισχύουν και σε ασθενείς με καρδιαγγειακά νοσήματα.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον έχει η διαφοροποίηση της επίδρασης άλλων δημογραφικών παραγόντων ως προς άλλες πτυχές της ποιότητας της ζωής των ασθενών με καρδιαγγειακά νοσήματα. Όπως υποστηρίζεται μέσω μιας σχετικής μελέτης σε δείγμα 237 ατόμων με υπέρταση, όσο υψηλότερη η ηλικία, τόσο χαμηλότερη η σωματική ποιότητα της ζωής των ασθενών. Επιπλέον, το εκπαιδευτικό επίπεδο είχε μια επίσης στατιστικά σημαντική σχέση, καθώς τα άτομα με υψηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο είχαν και υψηλότερες τιμές σωματικής ποιότητας ζωής. Επίσης, στατιστικά σημαντική επίδραση παρατηρήθηκε και για την οικογενειακή κατάσταση, με τους παντρεμένους να έχουν μια υψηλότερη σωματική ποιότητα ζωής εν σχέση με τους υπόλοιπους. Ωστόσο, στη περίπτωση της ψυχικής ποιότητας της ζωής μόνο το εκπαιδευτικό επίπεδο και η οικογενειακή κατάσταση είχαν στατιστικά σημαντικές επιδράσεις, καθώς δεν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές επιδράσεις για την ηλικία των ασθενών (Bhandari et al., 2016).

Πέραν των κοινωνικοδημογραφικών παραγόντων που σχετίζονται τις διαφορές αυτές, ένα άλλο μέρος της βιβλιογραφίας έχει επικεντρωθεί στην εξέταση άλλων ψυχικών παραγόντων που διαφοροποιούν τα επίπεδα της ποιότητας της ζωής των ασθενών με καρδιαγγειακά νοσήματα. Σύμφωνα με μια σχετική ανασκόπηση διαφορετικών μελετών που συναντώνται στη βιβλιογραφία, ένας εκ των κεντρικότερων παραγόντων είναι η προσωπικότητα του ατόμου, δηλαδή ο σταθερός

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: «Μελέτη της ποιότητας ζωής σε καρδιοχειρουργημένους ασθενείς έξι μήνες μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση και η συσχέτιση της ψυχολογικής κατάστασης με την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών»

τρόπος πρόσληψης της πραγματικότητας και απόκρισης σε αυτή. Μάλιστα, ορισμένοι τύποι προσωπικότητας των ασθενών με καρδιαγγειακά σχετίζονται με σημαντικά χαμηλότερη ποιότητα ζωής. Ο ενδεικτικότερος τύπος αυτής της κατηγορίας είναι η προσωπικότητα τύπου D. Ο συγκεκριμένος τύπος προσωπικότητας αφορά την αναστολή έκφρασης των συναισθημάτων και τον περιορισμό των κοινωνικών αλληλεπιδράσεων των ασθενών. Έτσι, οι ασθενείς με προσωπικότητα τύπου D έχουν χαμηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής εν σχέση με τους υπόλοιπους (Pedersen and Denollet, 2003).

Ιδιαίτερα διαφωτιστική ως προς τις επιμέρους πτυχές της ποιότητας της ζωής που επηρεάζονται ή που δεν επηρεάζονται για τους ασθενείς με καρδιαγγειακά νοσήματα είναι μια σχετική μελέτη σε δείγμα 100 ασθενών στην Ελλάδα. Στη μελέτη αυτή εξετάστηκε μια πληθώρα επιμέρους αποτελεσμάτων. Η συγκεκριμένη έρευνα κατέληξε στο ότι οι ασθενείς με καρδιαγγειακά νοσήματα (Κίτσου και Μπέλλου, 2013):

- δε νιώθουν ανεπαρκείς ή αισθάνονται πως δεν αξίζουν
- δεν έχουν απολέσει τις ελπίδες τους όσον αφορά στο να ξεπεράσουν τη νόσο τους
- σπάνια αισθάνονται αποθαρρημένοι ή απογοητευμένοι
- πέρα από το πρόβλημα της καρδιοπάθειας, έχουν να αντιμετωπίσουν και την ένταση και την έλλειψη ηρεμίας
- δεν αντιμετωπίζουν ιδιαίτερα συχνά δυσκολία στην προσπάθειά τους να ηρεμήσουν
- δεν αντιμετωπίζουν έντονο λαχάνιασμα κατά τις καθημερινές τους δραστηριότητες
- βρίσκονται σε σχετικά καλή κατάσταση ψυχικής υγείας
- δε νιώθουν συχνά ή και ποτέ εξαρτώμενοι από την υποστήριξη άλλων ατόμων
- δε νιώθουν συχνά ότι δεν μπορούν να ανταποκριθούν στις συνηθισμένες τους κοινωνικές δραστηριότητες λόγω της νόσου
- δεν αισθάνονται ιδιαίτερα συχνά ότι οι άλλοι δεν τους έχουν πια την ίδια εμπιστοσύνη όπως τους είχαν προ της εμφάνισης της νόσου
- δεν αισθάνονται ιδιαίτερα συχνά αβέβαιοι για τον εαυτό τους ή ότι τους λείπει αυτοπεποίθηση
- αισθάνονται ενόχληση από πόνο ή κούραση στα πόδια λίγες φορές έως συχνά
- η νόσος τους δεν τους εμποδίζει σε μεγάλο βαθμό να κάνουν ασκήσεις ή σπορ
- δεν νιώθουν ιδιαίτερα συχνά αγωνία ή φόβο
- δεν αντιμετωπίζουν προβλήματα ζάλης ζάλη ιδιαίτερα

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: «Μελέτη της ποιότητας ζωής σε καρδιοχειρουργημένους ασθενείς έξι μήνες μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση και η συσχέτιση της ψυχολογικής κατάστασης με την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών»

- αισθάνονται σε γενικές γραμμές μια αβεβαιότητα ως προς τον αναγκαίο με βάση την κατάσταση της υγείας τους βαθμό φυσικής άσκησης που απαιτείται
- αισθάνονται αρκετά συχνά ότι η οικογένειά τους είναι υπερπροστατευτική προς αυτούς
- δε αντιμετωπίζουν συχνά ή και ποτέ το συναίσθημα ότι είναι βάρος στους υπόλοιπους
- δεν αισθάνονται ιδιαίτερα συχνά πως δεν είναι σε θέση να έχουν κοινωνική δραστηριότητα λόγω της κατάστασης της υγείας τους
- δεν αισθάνονται ιδιαίτερα συχνά ότι το πρόβλημα της καρδιοπάθειας που αντιμετωπίζουν έχει περιορίσει ή επηρεάσει την σεξουαλική τους δραστηριότητα
- αισθάνονται σε γενικές γραμμές λίγο έως αρκετά περιορισμένοι
- αισθάνονται ως ένα βαθμό πως έχουν περιοριστεί σωματικά λόγω του προβλήματος της νόσου τους

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: «Μελέτη της ποιότητας ζωής σε καρδιοχειρουργημένους ασθενείς έξι μήνες μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση και η συσχέτιση της ψυχολογικής κατάστασης με την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών»

Κεφάλαιο 3^ο: Καρδιαγγειακά νοσήματα, βιοσυμπεριφορικά μοντέλα και ποιότητα της ζωής

3.1 Τα βιοσυμπεριφορικά μοντέλα

Αναμφίβολα, κατά το δεύτερο μισό του 20^{ου} αιώνα το ενδιαφέρον της ψυχολογίας της υγείας επικεντρώνεται στο βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο, κατά το οποίο οι ψυχολογικοί, βιολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες διαμορφώνουν από κοινού την εμφάνιση και την έκβαση των χρόνιων νοσημάτων. Μάλιστα, μπορεί να θεωρηθεί πως σε μεγάλο βαθμό η ίδια η ψυχολογία της υγείας αναπτύχθηκε και διαμορφώθηκε ακριβώς λόγω της ανάπτυξης του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου επεξήγησης της χρόνιας νόσου και της δημοτικότητας αυτού από επαγγελματίες υγείας άλλων ειδικοτήτων (Di Matteo and Martin, 2002).

Το βιοσυμπεριφορικό μοντέλο εμφανίζεται στον 21^ο αιώνα ως απόρροια και φυσική συνέχεια της ανάπτυξης του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου. Η ουσιαστική διαφοροποίηση του μοντέλου αυτού από το βιοψυχοκοινωνικό δεν έγκειται σε μια μορφή εναλλακτικών και αμοιβαία αποκλειόμενων μεταξύ τους επεξηγήσεων, αφού το βιοσυμπεριφορικό μοντέλο δέχεται την διαμορφωτική επίδραση των βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων στην εμφάνιση της χρόνιας νόσου. Η διαφοροποίηση του μοντέλου αυτού συνίσταται στο ότι βασίζει τις επεξηγήσεις του όχι μόνο στις επιδημιολογικά παρατηρούμενες σχέσεις, αλλά και στα παθοφυσιολογικά μονοπάτια που επεξηγούν τις σχέσεις αυτές και αποτελούν τον μηχανισμό επίδρασης από τον επιδημιολογικά παρατηρούμενο παράγοντα ως και την έκβαση στην ανθρώπινη υγεία (Καραδήμας, 2005).

Μια κεντρική παραδοχή του μοντέλου αυτού είναι οι κοινές επιβαρυντικές επιδράσεις που έχει η συμπεριφορά στην ανθρώπινη υγεία. Μέσω μιας σχετικής ανασκόπησης της βιβλιογραφίας οι Cruess et al (2004) κατέδειξαν πως το στρες, τα καταθλιπτικά συμπτώματα, η ανεπαρκής κοινωνική υποστήριξη και οι ανεπαρκείς συμπεριφορές υγείας είχαν μια κοινή επιβαρυντική επίδραση στην πρόγνωση χρόνιων νοσημάτων όπως τα καρδιαγγειακά, οι νεοπλασίες και ο ιός HIV. Ως εκ τούτου, φαίνεται πως οι συμπεριφορές και οι καταστάσεις που δεν προάγουν την υγεία, παρά την νοσηρότητα, είναι κατά το μοντέλο αυτό κοινές για διαφορετικά μεταξύ τους χρόνια νοσήματα.

Με βάση τα ανωτέρω, παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον η μελέτη των επιβαρυντικών αυτών συμπεριφορικών παραγόντων που σχετίζονται με την αρνητική επίδραση στην έκβαση της υγείας ασθενών με καρδιαγγειακά νοσήματα, αλλά και γενικότερα.

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: «Μελέτη της ποιότητας ζωής σε καρδιοχειρουργημένους ασθενείς έξι μήνες μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση και η συσχέτιση της ψυχολογικής κατάστασης με την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών»

3.2. Ο τρόπος επίδρασης των παραγόντων στο βιοσυμπεριφορικό μοντέλο των καρδιαγγειακών νοσημάτων

Η διαμόρφωση ενός βιοσυμπεριφορικού μοντέλου που να επεξηγεί την επίδραση παραμέτρων της ποιότητας της ζωής των ασθενών στην έκβαση της νόσου είναι ιδιαίτερα επιτακτική. Ο λόγος για την αναγκαιότητα αυτή απορρέει από μεθοδολογικούς στοχασμούς σχετικά με το κατά πόσο η ποιότητα της ζωής μπορεί να υποστηριχτεί ως προς την επίδρασή της στην έκβαση της υγείας των ασθενών χωρίς τον συνυπολογισμό της επίδρασης των φυσιολογικών αλλαγών που ενδεχομένως προκαλούνται εξ' αυτής. Συνολικότερα, όπως υποστηρίζουν οι Aschengrau and Seage (2012), δεν αρκεί η απλή γνώση σχετικά με έναν παράγοντα κινδύνου που σχετίζεται με μια έκβαση της υγείας για την απόδοση μιας αιτιακής επίδρασης στον παράγοντα αυτό. Αντίθετα, είναι αναγκαία η αποτύπωση ενός φυσιολογικού «μονοπατιού» που θα επεξηγεί την επίδραση της έκθεσης σε έναν παράγοντα κινδύνου σε μια συγκεκριμένη έκβαση της υγείας και θα αποκλείει την πιθανότητα επίδρασης συγχυτικών μεταβλητών. Έτσι, η αποτύπωση του μηχανισμού οδηγεί και σε ισχυροποίηση της συμπερασματολογίας για την αιτιακή απόδοση μιας έκβασης της υγείας σε έναν συγκεκριμένο παράγοντα.

Ένας επιπλέον λόγος για τον οποίο η διατύπωση των βιοσυμπεριφορικών μηχανισμών είναι αναγκαία για τους ασθενείς με καρδιαγγειακά νοσήματα είναι η ενοχοποίηση κοινών παραγόντων που ευθύνονται για την θνησιμότητα αυτών και του γενικού πληθυσμού. Για παράδειγμα, η κατάθλιψη αποτελεί συνδέεται με μεγαλύτερο σχετικό κίνδυνο θνησιμότητας ανεξάρτητα από την ύπαρξη ή όχι καρδιαγγειακών νοσημάτων (Cuijpers and Smit, 2002). Έτσι, η ανάπτυξη ενός παθοφυσιολογικού μονοπατιού που θα επεξηγεί την επίδραση της κατάθλιψης στην καρδιαγγειακή λειτουργία είναι επιτακτική.

Η προσωπικότητα έχει εξεταστεί ως ένας παράγοντας επεξήγησης των βιοσυμπεριφορικών επιδράσεων για τους ασθενείς με καρδιαγγειακά νοσήματα. Ο ρόλος της προσωπικότητας στην επίδραση στην ανθρώπινη βιολογία έχει μελετηθεί συστηματικά μετά την δεκαετία του 1960, τόσο λόγω της ανάπτυξης των ιατρικών μεθόδων που επέτρεψαν την αποτελεσματικότερη μελέτη των βιολογικών μεταβολών, όσο και λόγω της ανάπτυξης των θεωριών γύρω από την ίδια την προσωπικότητα (Καραδήμας, 2005).

Η επίδραση της προσωπικότητας στην υγεία πραγματοποιείται μέσω των εξής τρόπων (Smith and Gallo, 2001):

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: «Μελέτη της ποιότητας ζωής σε καρδιοχειρουργημένους ασθενείς έξι μήνες μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση και η συσχέτιση της ψυχολογικής κατάστασης με την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών»

- Μέσω της επίδρασης της προσωπικότητας σε συμπεριφορές υγείας, όπως είναι η καπνιστική συνήθεια, η άσκηση κτλ
- Μέσω της άμεσης επίδρασης που έχει βιοφυσιολογική βάση
- Μέσω του τρόπου αντίληψης και αντίδρασης των ασθενών για τη νόσο, επηρεάζοντας έτσι τα επίπεδα συμμόρφωσης

Ως προς τα καρδιαγγειακά νοσήματα, ο ρόλος της προσωπικότητας έχει μελετηθεί συγκεκριμένα μέσω του τύπου προσωπικότητας A, όπως αναφέρεται και ανωτέρω. Ωστόσο, στα βιοσυμπεριφορικά μοντέλα η προσωπικότητα τύπου A δεν έχει μελετηθεί απλώς ως μια ανεξάρτητη μεταβλητή που σχετίζεται με αυξημένο ρίσκο εμφάνισης καρδιαγγειακών νοσημάτων και θνησιμότητας εξ' αιτίας αυτών, αλλά ως μια μεταβλητή με αιτιακή επίδραση στην πρόκληση της νοσηρότητας και της θνησιμότητας λόγω των βιοφυσιολογικών αλλαγών τις οποίες συνεπάγεται για τους νοσούντες (Καραδήμας, 2005).

Αξιίζει αναφοράς το ότι η βιοσυμπεριφορική μελέτη της σχέσης της προσωπικότητας τύπου A με τα καρδιαγγειακά νοσήματα οδήγησε σε ασύμφωνα ευρήματα με αυτά που παρατηρούνταν μέσα από τις επιδημιολογικού χαρακτήρα έρευνες και τις σχετικές θεωρίες που είχαν αναπτυχθεί από ψυχολόγους. Για παράδειγμα, ενώ ο Smith (1992) διαπιστώνει μέσω μιας σχετικής έρευνας την επιβαρυντική επίδραση της προσωπικότητας τύπου A στην ανάπτυξη στηθάγχης, αρτηριοσκλήρυνσης και εμφράγματος του μυοκαρδίου, μεταγενέστερες μελέτες έχουν οδηγήσει σε διάψευση αυτών των υποθέσεων, οδηγώντας έτσι σε απόρριψη του συγκεκριμένου βιοσυμπεριφορικού μηχανισμού επεξήγησης της σχέσης της προσωπικότητας τύπου A με τα καρδιαγγειακά νοσήματα (Marks et al., 2000).

Μεταγενέστερες έρευνες επικεντρώθηκαν στα αντιφατικά αυτά ευρήματα με στόχο την αποτελεσματικότερη αποτύπωση του βιοσυμπεριφορικού μηχανισμού που ευθύνεται για τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Ιδιαίτερα ενδιαφέρουσα είναι μια σχετική μελέτη των Krantz and McCeney (2002). Σύμφωνα με την έρευνα αυτή, η επίδραση της προσωπικότητας τύπου A δεν επεξηγείται από τα ανωτέρω βιοσυμπεριφορικά μονοπάτια και πρόκειται για μια συγχυτική μεταβλητή άλλων αιτιακών παραγόντων. Πιο συγκεκριμένα, όπως διαπίστωσαν, παράγοντες της συναισθηματικής ποιότητας της ζωής των ασθενών, όπως ο θυμός και τα αρνητικά συναισθήματα, φαίνεται να επεξηγούν αποτελεσματικότερα τις βιολογικά παρατηρούμενες επιδράσεις που έως τότε θεωρούνταν πως οφείλονται στην προσωπικότητα τύπου A.

Με βάση τα ανωτέρω, ο βιοσυμπεριφορικός μηχανισμός της προσωπικότητας στην πορεία των καρδιαγγειακών νοσημάτων οφείλει να θεωρηθεί ως μη αρκετά ισχυρός. Ωστόσο, η διαπίστωση

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: «Μελέτη της ποιότητας ζωής σε καρδιοχειρουργημένους ασθενείς έξι μήνες μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση και η συσχέτιση της ψυχολογικής κατάστασης με την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών»

αυτή είναι ακόμα πιο ενδιαφέρουσα, καθώς αναδεικνύει την αναγκαιότητα περαιτέρω μελέτης επιμέρους παραγόντων της συναισθηματικής ποιότητας της ζωής των ασθενών που μέχρι ενός σημείου θεωρούταν πως ήταν παράμετροι της προσωπικότητας αυτών, ενώ οι συναισθηματικές αυτές καταστάσεις φαίνεται να έχουν μια αυτόνομη επίδραση στην πορεία των καρδιαγγειακών νοσημάτων.

Λόγω της μειωμένης επεξηγηματικής ισχύς της προσωπικότητας, ο ρόλος της κατάθλιψης και του στρες έχει μελετηθεί εκτενώς ως προς την επίδραση στην καρδιαγγειακή υγεία και νοσηρότητα. Αρχικώς, όπως υποστηρίζουν οι Joint et al (2003), η επίδραση της κατάθλιψης φαίνεται να επεξηγείται μέσα από έναν μηχανισμό που είναι ιδιαίτερα πολυσύνθετος. Κεντρικό ρόλο στον μηχανισμό αυτό έχει η ανεπαρκής απόκριση στους στρεσογόνους παράγοντες του εξωτερικού περιβάλλοντος, η οποία και ενεργοποιεί τον μηχανισμό αντίδρασης στο στρες. Έτσι, το άτομο που θεωρεί πως αδυνατεί να ανταποκριθεί στο σύνολο των προκλήσεων του εξωτερικού του περιβάλλοντος απελευθερώνει την ορμόνη ACTH και άλλα κορτικοειδή. Κατά τον τρόπο αυτό, ευνοείται η ανάπτυξη υπερχοληστερολαιμίας, υπερτριγλυκιδεμίας και υπέρτασης (Musselman et al., 1998).

Ένας άλλος τρόπος μέσω του οποίου η κατάθλιψη επιδρά στα καρδιαγγειακά νοσήματα αφορά στην απορρύθμιση του συμπαθοαδρεναλινικού νευρικού συστήματος του οργανισμού. Έτσι, μέσω της απόκρισης στο στρες και των εντολών που μεταφέρονται από πλευράς του υποθαλάμου του εγκεφάλου προκαλείται η απορρύθμιση του συμπαθοαδρεναλινικού συστήματος του οργανισμού. Η απορρύθμιση αυτή οδηγεί στην απελευθέρωση κατεχολαμινών, οι οποίες ευθύνονται για την εμφάνιση της ισχαιμικής νόσου και της καρδιακής ανεπάρκειας (Musselman et al., 1998).

Συνολικότερα, η υπερενεργοποίηση του αυτόνομου νευρικού συστήματος οφείλεται για την πορεία και την έκβαση της καρδιαγγειακής νόσου. Έτσι, τα άτομα που έχουν υπερενεργοποίηση του αυτόνομου νευρικού συστήματος παρουσιάζουν και αυξημένο αριθμό καρδιακών παλμών ανά λεπτό εν σχέση με τους υπόλοιπους ασθενείς. Παρομοίως, παρατηρείται και μια αυξημένη αρτηριακή πίεση, η οποία επίσης ενοχοποιείται για την αρνητική έκβαση της καρδιαγγειακής νόσου (Musselman et al., 1998). Ως εκ τούτου, φαίνεται πως η υπερενεργοποίηση του αυτόνομου νευρικού συστήματος, η οποία και αποτελεί μέρος της απόκρισης του οργανισμού απέναντι στο στρες, αποτελεί παράγοντα ο οποίος συνδέεται με την αρνητική έκβαση της νόσου λόγω των επιδράσεων που έχουν η αυξημένη αρτηριακή πίεση και ο υψηλός αριθμός παλμών ανά λεπτό σε ασθενείς με καρδιαγγειακά νοσήματα.

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: «Μελέτη της ποιότητας ζωής σε καρδιοχειρουργημένους ασθενείς έξι μήνες μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση και η συσχέτιση της ψυχολογικής κατάστασης με την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών»

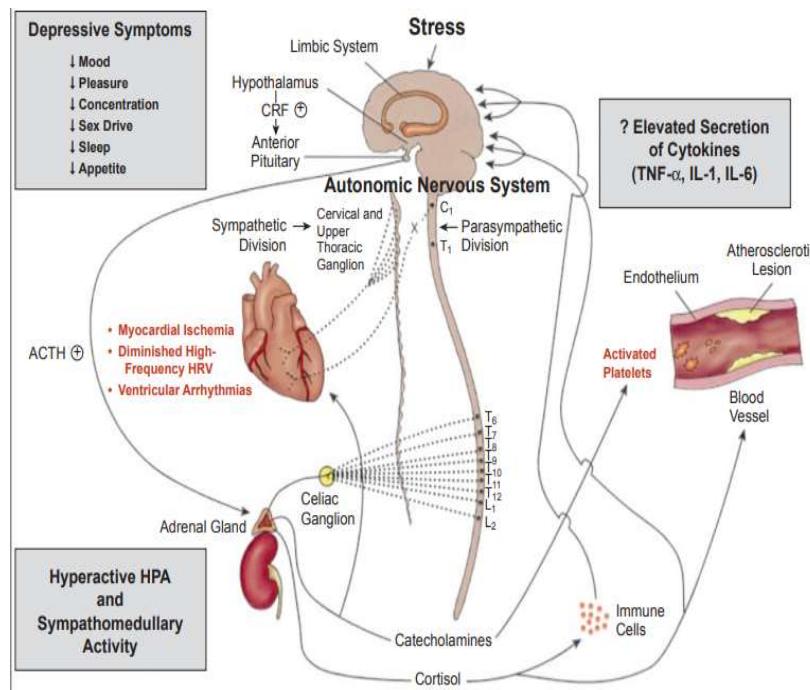
Υποστηρίζεται επίσης πως έναν ιδιαίτερα κεντρικό ρόλο στην πορεία της νόσου έχουν και τα αιμοπετάλια. Όπως όλοι οι μηχανισμοί που επιχειρούν να επεξηγήσουν την επίδραση των ψυχικών παραγόντων στην έκβαση της νόσου, έτσι και ο συγκεκριμένος αναπτύχθηκε αρχικώς μέσω της ερμηνείας των αποτελεσμάτων επιδημιολογικών μελετών που κατέδειξαν μια σχέση μεταξύ της δυσλειτουργίας των συγκεκριμένων υποδοχέων και της καρδιαγγειακής νόσου. Στο πλαίσιο αυτό, αρχικώς διαπιστώθηκε πως άτομα με μεγάλη πύξη αιμοπεταλίων είχαν υψηλότερο και εντονότερο ψυχολογικό φορτίο. Εν συνεχεία, μεταγενέστερες έρευνες με την ίδια στόχευση διερεύνησαν περαιτέρω τη σχέση αυτή για να οδηγηθούν στην διαπίστωση πως η πύξη των αιμοπεταλίων σχετίζεται με την εμφάνιση θρομβώσεων, οδηγώντας έτσι στην ανάπτυξη εμφράγματος του μυοκαρδίου και άλλων καρδιαγγειακών επιπλοκών για τους ασθενείς που πάσχουν από καρδιαγγειακά νοσήματα. Κατά τον τρόπο αυτό, ένας μηχανισμός επίδρασης των ψυχικών παραγόντων στην έκβαση της νόσου είναι αυτός των αιμοπεταλίων (Musselman et al., 1998).

Ένας άλλος τρόπος μέσω του οποίου η κατάθλιψη και το στρες παρεμποδίζουν την υγιή καρδιαγγειακή λειτουργία αφορά τις κυτοκίνες. Κατά την απόκριση σε ένα στρεσογόνο ερέθισμα προκαλείται έκκριση και απελευθέρωση κυτοκινών (π.χ. ιντερλευκίνες) λόγω της φλεγμονώδους αντίδρασης που προκαλείται. Οι κυτοκίνες αυτές συνδέονται επίσης με παρεμπόδιση της φυσιολογικής καρδιαγγειακής λειτουργίας και την ανάπτυξη χρόνιας νοσηρότητας. Πιο συγκεκριμένα, οι κυτοκίνες αποτελούν ειδικούς επιγενείς μηχανισμούς που προωθούν την ανάπτυξη θρομβώσεων. Ως εκ τούτου, ένας άλλος μηχανισμός μέσω του οποίου το στρες και η κατάθλιψη επιδρούν στην εμφάνιση χρόνιων νοσημάτων αφορά τις κυτοκίνες που εκκρίνονται και απελευθερώνονται στον οργανισμό (Musselman et al., 1998).

Συνολικότερα, η πολυδιάστατη αυτή επίδραση της κατάθλιψης και του στρες στην καρδιαγγειακή υγεία παρουσιάζεται λεπτομερώς από τους Musselman et al. (1998) στην ακόλουθη εικόνα.

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: «Μελέτη της ποιότητας ζωής σε καρδιοχειρουργημένους ασθενείς έξι μήνες μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση και η συσχέτιση της ψυχολογικής κατάστασης με την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών»

Εικόνα 2. Η επίδραση του στρες και της κατάθλιψης στην καρδιαγγειακή λειτουργία



Αξίζει επίσης αναφορά στο ότι τα ευρήματα που επιβεβαιώνουν την επίδραση της κατάθλιψης και του στρες στην έκβαση της καρδιαγγειακής νόσου δια των ανωτέρω βιοσυμπεριφορικών οδών προέρχονται από μελέτες με υψηλή μεθοδολογική αξιοπιστία. Πιο συγκεκριμένα, στις μελέτες αυτές πραγματοποιείται έλεγχος της συγχυτικής επίδρασης άλλων παραγόντων που ενδεχομένως να σχετίζονται και αυτοί με την έκβαση της νόσου, όπως το φύλο, η ηλικία, το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, αλλά και οι λοιπές καρδιαγγειακές επιπλοκές και νόσοι, όπως για παράδειγμα η προϋπάρχουσα υπέρταση. Έτσι, οι μελέτες αυτές οδηγούν σε υψηλής αξιοπιστίας ευρήματα πως προς τα βιοσυμπεριφορικά μονοπάτια που αποτυπώνονται (Καραδήμας, 2005).

Επιπλέον, οφείλει να αναφερθεί το ότι η κατάθλιψη των ασθενών με καρδιαγγειακά νοσήματα είναι ένα ιδιαίτερα σημαντικό ζήτημα λόγω του ότι οι επιδράσεις αυτής ενδεχομένως να αφορούν ένα ιδιαίτερα υπολογίσιμο ποσοστό ασθενών που πάσχουν από αυτά. Αξίζει αναφοράς το ότι έχει υπολογιστεί πως περίπου το 1/4 ως και 1/3 των ασθενών με καρδιαγγειακά νοσήματα πάσχει από κατάθλιψη (Marano et al., 2001). Έτσι, οι αρνητικές συνέπειες της κατάθλιψης για τους ασθενείς με καρδιαγγειακά νοσήματα ενδεχομένως να αφορούν ένα ιδιαίτερα υπολογίσιμο ποσοστό αυτών.

Οι ανωτέρω μεταβλητές και οι παράμετροι της ψυχικής υγείας, όπως η κατάθλιψη και το στρες, έχουν μια ιδιαίτερα ικανοποιητική επεξηγηματική ισχύ στις βιοσυμπεριφορικές επιδράσεις που παρατηρούνται για τους ασθενείς με καρδιαγγειακά νοσήματα, επεξηγώντας μάλιστα άλλες συγχυτικές επιδράσεις, όπως αυτές του τύπου προσωπικότητας. Μάλιστα, αξίζει αναφοράς το ότι η

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: «Μελέτη της ποιότητας ζωής σε καρδιοχειρουργημένους ασθενείς έξι μήνες μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση και η συσχέτιση της ψυχολογικής κατάστασης με την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών»

κατάθλιψη και το στρες αποτελούν μεταβλητές που εντοπίζονται στον βιοσυμπεριφορικό μηχανισμό της έκβασης των καρδιαγγειακών νοσημάτων και επεξηγούν άλλες συγχυτικές επιδράσεις που δεν περιορίζονται απαραίτητα στο πεδίο της ψυχικής υγείας. Για παράδειγμα, όπως υποστηρίζει ο Hamer (2012), η φυσική δραστηριότητα έχει πράγματι μια βιοσυμπεριφορική επίδραση στην έκβαση των καρδιαγγειακών νοσημάτων. Ωστόσο, όπως επισημαίνει, οι επιδράσεις της φυσικής δραστηριότητας δεν εντοπίζονται τόσο στις φυσιολογικές αλλαγές που προκαλούνται λόγω της ίδιας της άσκησης, όσο στις θετικές επιδράσεις στην ψυχική υγεία των ασθενών λόγω της φυσικής δραστηριότητας. Έτσι, οι ασθενείς που μπορούν και ασκούνται χαίρονται περισσότερο από τους υπόλοιπους ακριβώς λόγω της ίδιας της δυνατότητάς τους να μπορούν να ασκούνται. Ως εκ τούτου, και η περίπτωση της φυσικής δραστηριότητας αναδεικνύει τις βιοσυμπεριφορικές επιδράσεις της ψυχικής υγείας στην έκβαση της καρδιαγγειακής νόσου.

3.3 Μετεγχειρητική ποιότητα της ζωής, βιοσυμπεριφορικές επιδράσεις και θνησιμότητα

3.3.1 Η έννοια της μετεγχειρητικής ποιότητας της ζωής

Όπως αναφέρεται και ανωτέρω, οι μετρήσεις της ποιότητας της ζωής διαφοροποιούνται για τους ασθενείς με χρόνια νοσήματα λόγω μιας διαφοροποίησης της ίδιας της έννοιας της ποιότητας της ζωής. Έτσι, οι παράμετροι της ποιότητας της ζωής του γενικού πληθυσμού ενδεχομένως να μην είναι οι ίδιοι με τις παραμέτρους της ποιότητας της ζωής των ασθενών με καρδιαγγειακά νοσήματα. Στο πλαίσιο αυτό, οι Jenkins et al (1990) έχουν διαμορφώσει ένα μοντέλο επεξήγησης του τρόπου ανάπτυξης της ποιότητας της ζωής για τους ασθενείς αυτούς. Κατά το μοντέλο αυτό, η ποιότητα της ζωής των ασθενών με καρδιαγγειακά νοσήματα που υποβάλλονται σε χειρουργικές επεμβάσεις συνίσταται στις κάτωθι διαστάσεις:

- Στο ηθικό του ασθενούς, εννοώντας την συναισθηματική του διάθεση και τη γενικότερη κατάσταση της ψυχικής του υγείας. Έτσι, παράμετροι της ψυχικής υγείας όπως η εχθρότητα, το άγχος και το αίσθημα του αβοήθητου (helplessness) συνδιαμορφώνουν τη συγκεκριμένη παράμετρο.
- Στην αίσθηση επανόδου στην προγενέστερη κατάσταση. Η συγκεκριμένη παράμετρος είναι υποκειμενικά αντιλαμβανόμενη και εκφράζει το σύνολο των όσων ο ασθενής θεωρεί πως έκανε στην προηγούμενη περίοδο και των όσων διαμόρφωσαν την ταυτότητά του ως άτομο. Έτσι, ασθενείς που θεωρούν για παράδειγμα πως πλέον δεν μπορούν να εκτελέσουν μια βαριά σωματική εργασία ενώ προηγουμένως μπορούσαν, βιώνουν έκπτωση ως προς τη συγκεκριμένη παράμετρο της ποιότητας της ζωής τους.

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: «Μελέτη της ποιότητας ζωής σε καρδιοχειρουργημένους ασθενείς έξι μήνες μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση και η συσχέτιση της ψυχολογικής κατάστασης με την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών»

- Η τρίτη παράμετρος της ποιότητας ζωής των ασθενών έχει να κάνει με τη νευροψυχολογική τους λειτουργικότητα. Συνεπώς, ασθενείς που βιώνουν έκπτωση των νευροψυχολογικών τους επιδόσεων μετά το χειρουργείο (π.χ. έκπτωση της μνήμης) έχουν και χαμηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής.
- Η τέταρτη διάσταση της ποιότητας της ζωής έχει να κάνει με την κοινωνική υποστήριξη. Ο ασθενής αναζητά μετά το χειρουργείο επιβεβαίωση πως δεν παρουσιάζεται μια αρνητική μεταβολή των οικογενειακών του σχέσεων μετά το χειρουργείο (π.χ. συζυγικών) λόγω της πιθανής αδυναμίας του να ανταποκριθεί στους κοινωνικούς ρόλους που ανταποκρινόταν στην πριν το χειρουργείο περίοδο. Επιπροσθέτως, οι ασθενείς που αντιλαμβάνονται πως το οικογενειακό και κοινωνικό τους περιβάλλον τους στηρίζει διαμορφώνουν μέσω της στήριξης αυτής μια ικανοποιητική μετεγχειρητική ποιότητα ζωής.
- Η τελευταία διάσταση της ποιότητας της ζωής των μετεγχειρητικών ασθενών έχει να κάνει με τις οικονομικές τους δυνατότητες στην μετεγχειρητική περίοδο. Πράγματι, η χειρουργική επέμβαση ενδεχομένως να συνεπάγεται αυξημένο κόστος για τον ασθενή, αλλά και ανικανότητα για εργασία με βάση τις προγενέστερες απαιτήσεις της επαγγελματικής του ζωής. Έτσι, οι ασθενείς ενδεχομένως να οδηγούνται σε μείωση του βιοτικού τους επιπέδου λόγω των συνεπειών που συνεπάγεται το χειρουργείο. Ως εκ τούτου, οι οικονομικές δυσκολίες μετά το χειρουργείο αντανakλούν μια έκπτωση της ποιότητας της ζωής των ασθενών.

3.3.2 Οι παράγοντες που επιδρούν στην μετεγχειρητική ποιότητα της ζωής

Ένα κεντρικό αντικείμενο προβληματισμού έχει αποτελέσει το κατά πόσο μετά το χειρουργείο παρατηρείται μια μείωση της ποιότητας της ζωής των ασθενών με καρδιαγγειακά νοσήματα. Ο προβληματισμός αυτός αποτέλεσε και αντικείμενο μιας σχετικής έρευνας στην οποία συγκρίθηκαν τα σκορ της ποιότητας της ζωής ασθενών που είχαν υποβληθεί σε καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις εν σχέση με αυτά του γενικού πληθυσμού. Όπως καταδείχθηκε από τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας, η ποιότητα της ζωής των ασθενών ήταν μεν χαμηλότερη από αυτή του γενικού πληθυσμού, ωστόσο η διαφορά αυτή δεν ήταν ιδιαίτερα μεγάλη (Stoll et al., 2000). Μια επιπρόσθετη μελέτη που εξέτασε το ζήτημα αυτό επίσης συνηγορεί υπέρ του μικρού ποσοστού των ασθενών που βιώνει σημαντική έκπτωση της ποιότητας της ζωής μετά το χειρουργείο. Όπως υποστηρίζεται από τους Hawkes and Mortensen (2006) μέσω της εξέτασης ενός σχετικού δείγματος ασθενών που υποβλήθηκαν σε αγγειοπλαστική των στεφανιαίων αρτηριών και αορτοστεφανιαία παράκαμψη, η

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: «Μελέτη της ποιότητας ζωής σε καρδιοχειρουργημένους ασθενείς έξι μήνες μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση και η συσχέτιση της ψυχολογικής κατάστασης με την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών»

μείωση της ποιότητας της ζωής μετά το χειρουργείο συναντιόταν μόλις στο 1/3 των ασθενών. Έτσι, φαίνεται πως οι χειρουργικές αυτές επεμβάσεις έχουν μεν μια αρνητική επίδραση στην ποιότητα της ζωής, η οποία όμως δεν είναι ιδιαίτερα έντονη, ούτε αφορά την πλειοψηφία των ασθενών. Μάλιστα, για την πλειονότητα των ασθενών η ποιότητα της ζωής βελτιώνεται σημαντικά στην μετά τη χειρουργική επέμβαση περίοδο, ακόμα και εάν προ του χειρουργείου οι ασθενείς αυτοί είχαν έναν ιδιαίτερα υψηλό κίνδυνο θνησιμότητας και ως εκ τούτου διακρίνονταν από πτωχή σωματική υγεία (Tabesh et al., 2014)

Αναμφίβολα, μια σχετική υπόθεση θα μπορούσε να είναι πως η ποιότητα της ζωής μετά το χειρουργείο εξαρτάται από παράγοντες όπως ο βαθμός επεμβατικότητας των χειρουργικών αντιμετώπισεων. Καθώς μάλιστα κατά την δεκαετία του 1990 εντατικοποιήθηκε η χρήση των λιγότερο επεμβατικών μεθόδων, θεωρήθηκε πως οι μέθοδοι αυτοί θα συνεπάγονταν λιγότερο πόνο και καλύτερη ποιότητα ζωής για τους ασθενείς. Ωστόσο, αναλύσεις μεταξύ ατόμων που θεραπεύτηκαν με επεμβατικές και με λιγότερο επεμβατικές μεθόδους δεν κατέδειξαν μια διαφορά στα επίπεδα της ποιότητας της ζωής τους μετά το χειρουργείο (Walther et al., 1999).

Κεντρικό ρόλο στην διαφοροποίηση των επιπέδων της ποιότητας της ζωής των ασθενών μετά τις καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις έχει ο χρόνος. Πράγματι, όπως καταδεικνύεται μέσω μιας μελέτης σε ασθενείς που είχαν υποβληθεί σε επέμβαση αορτοστεφανιαίας παράκαμψης, η ποιότητα της ζωής μειωνόταν μετά το χειρουργείο και επανερχόταν περίπου στα ίδια επίπεδα 6 μήνες μετά το πέρας της επέμβασης. Κατά συνέπεια, η χρονική διαφοροποίηση καταδεικνύει το ότι οι επεμβάσεις σχετίζονται με έκπτωση της ποιότητας της ζωής και πως υπάρχει ένα αναγκαίο χρονικό διάστημα που απαιτείται για την επάνοδο σε «φυσιολογικά» επίπεδα ποιότητας της ζωής (Lidquist et al., 2003).

Ένας επιπλέον παράγοντας που σχετίζεται με τη διαφοροποίηση των επιπέδων της ποιότητας της ζωής μετά το χειρουργείο είναι ο βαθμός του αντιλαμβανόμενου τραυματικού γεγονότος της χειρουργικής επέμβασης. Πιο συγκεκριμένα, όπως καταδεικνύεται μέσω μιας σχετικής μελέτης σε δείγμα ασθενών που είχαν υποβληθεί σε καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις (N=80), όσοι είχαν μετατραυματική διαταραχή του στρες μετά το χειρουργείο είχαν και χαμηλότερα επίπεδα ποιότητας της ζωής εν σχέση με τους υπολοίπους (Stoll et al., 2000). Υποστηρίζεται μάλιστα πως οι ασθενείς αντιλαμβάνονται ως τραυματικό το γεγονός της επέμβασης βάσει των στρεσογόνων εμπειριών τους στον χώρο του χειρουργείου. Έτσι, ασθενείς που βιώνουν έντονο στρες προ της επέμβασης αναπτύσσουν και έντονο μετατραυματικό στρες μετά την επέμβαση (Schelling et al., 2003).

Οι προσδοκίες των ασθενών προ της χειρουργικής επέμβασης επίσης διαμορφώνουν τα επίπεδα της ποιότητας της ζωής τους μετά το πέρας αυτής. Σε μια σχετική μελέτη ασθενών με καρδιαγγειακά

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: «Μελέτη της ποιότητας ζωής σε καρδιοχειρουργημένους ασθενείς έξι μήνες μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση και η συσχέτιση της ψυχολογικής κατάστασης με την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών»

νοσήματα που υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση εξετάστηκε η επίδραση του βαθμού αισιοδοξίας που είχαν προ της επέμβασης στην ποιότητα της ζωής μετά το χειρουργείο. Στη μελέτη αυτή διαπιστώθηκε πως οι ασθενείς με υψηλότερη αισιοδοξία είχαν και καλύτερη ποιότητα της ζωής, καταδεικνύοντας έτσι την αιτιακή και διαμορφωτική επίδραση της συγκεκριμένης παραμέτρου στα επίπεδα της ποιότητας της ζωής τους (Fitzgerald et al., 1993).

Σε μια άλλη σχετική μελέτη εξετάστηκε η βιοσυμπεριφορική επίδραση της κακής διατροφής των ασθενών με καρδιαγγειακά νοσήματα. Και σε αυτή τη μελέτη διαπιστώθηκε πως η συμπεριφορά υγείας που μελετιόταν, δηλαδή η κατανάλωση πρόχειρου φαγητού, σχετιζόταν με την ψυχική υγεία των ασθενών. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης, διαπιστώθηκε πως όσο εντονότερο το στρες των ασθενών, τόσο μεγαλύτερη και η πιθανότητά τους για κακή διατροφή (Riefel and Carlson, 2002).

Συνολικότερα, τα ανωτέρω στοιχεία καταδεικνύουν πως η διάσταση της ψυχικής υγείας της ποιότητας της ζωής των ασθενών σχετίζεται με ένα πλήθος βιοσυμπεριφορικών επιδράσεων. Ανεξαρτήτως του εάν οι επιδράσεις αυτές είναι άμεσες βιοσυμπεριφορικές επιδράσεις της ψυχικής υγείας ή έμμεσες, η ψυχική υγεία των ασθενών έχει έναν κεντρικό ρόλο στις βιοσυμπεριφορικά προκαλούμενες επιδράσεις (Klein et al., 2004).

Οφείλει ωστόσο να επισημανθεί το ότι η μελέτη της επίδρασης βιοσυμπεριφορικών παραμέτρων, όπως η κατάθλιψη, στην ποιότητα της ζωής των ασθενών με καρδιαγγειακά νοσήματα ενδεχομένως να συναντά σοβαρούς περιορισμούς. Ο κεντρικότερος ίσως περιορισμός απορρέει από την αξιοπιστία των ίδιων των μετρήσεων που χρησιμοποιούνται για την μέτρηση της κατάθλιψης. Σύμφωνα μάλιστα με μια σχετική έρευνα σε καρδιαγγειακούς ασθενείς, ο επιπολασμός των ασθενών δίχως κατάθλιψη καταγράφηκε στο 92.5% με βάση το ερωτηματολόγιο Beck Depression Inventory-III (BDI-III), ενώ με βάση την υποκλίμακα κατάθλιψης του The Patient Health Questionnaire (PHQ-9) ο ίδιος επιπολασμός εντοπίστηκε στο 62.5%. Ακόμα, με βάση το (BDI-III) μόλις το 1% του δείγματος είχε κλινικά σημαντική κατάθλιψη, ενώ σύμφωνα με το PHQ-9 ο επιπολασμός ήταν 6% (Morys et al., 2016). Έτσι, φαίνεται πως διαφορετικές μετρήσεις της κατάθλιψης οδηγούν σε ολοκληρωτικά διαφορετικές συχνότητες, προκαλώντας σύγχυση και μειώνοντας την αξιοπιστία μέτρησης του συγκεκριμένου φαινομένου.

3.3.3 Η επίδραση της μετεγχειρητικής ποιότητας της ζωής στην έκβαση της νόσου

Η σχέση της ποιότητας της ζωής με την έκβαση της νόσου είναι γνωστή εδώ και αρκετές δεκαετίες. Οι Jenkins et al (1990) διαμορφώνοντας πριν από περίπου τρεις δεκαετίες ένα σχετικό θεωρητικό

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: «Μελέτη της ποιότητας ζωής σε καρδιοχειρουργημένους ασθενείς έξι μήνες μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση και η συσχέτιση της ψυχολογικής κατάστασης με την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών»

μοντέλο για την έννοια της ποιότητας της ζωής των ασθενών μετά το χειρουργείο επισημαίνουν ως αναγκαιότητα τη μελέτη της λόγω της σχέσης της με την έκβαση της νόσου. Έτσι, θεωρούν πως η έννοια της ποιότητας ζωής των μετεγχειρητικών ασθενών οφείλει να μελετάται με τελικό στόχο την αναδιαμόρφωση των θεραπευτικών αντιμετώπισεων, ώστε να προτιμώνται οι επεμβάσεις με τον μικρότερο βαθμό αρνητικής επίδρασης στην ποιότητα της ζωής των ασθενών, λόγω της αιτιακής της επίδρασης στο ρίσκο θνησιμότητας αυτών.

Η έρευνα στο πεδίο αυτό αναδεικνύει ένα ιδιαίτερο ενδιαφέρον σχετικά με τη μελέτη της ποιότητας της ζωής των ασθενών με καρδιαγγειακά νοσήματα. Σε μια σχετική μελέτη μιας κοορτής ασθενών με καρδιαγγειακά νοσήματα δεν καταγράφηκε κάποια στατιστικά σημαντική επίδραση της ποιότητας της ζωής τους στην θνησιμότητα, παρά μόνο ορισμένων επιμέρους παραμέτρων αυτής, όπως η όρεξη για φαγητό και η αυτοαναφερόμενη υγεία (Tibblin et al., 1993). Αντίθετα, όπως υποστηρίζεται μέσω μιας σχετικής ανάλυσης ενός δείγματος 22.229 ασθενών που είχαν υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση, οι χαμηλές τιμές στις διαστάσεις της ποιότητας της ζωής που σχετίζονταν με την ψυχική και τη σωματική υγεία των ασθενών συνδέονταν με έναν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακών επεισοδίων (Pinheiro et al., 2019). Μπορεί επομένως να θεωρηθεί πως αν και η ποιότητα της ζωής δεν έχει γενικά μια ιδιαίτερα σημαντική επίδραση στην έκβαση της καρδιαγγειακής νόσου, η επίδραση αυτή παρατηρείται και οφείλει να θεωρηθεί ως πρωταρχικής σημασίας ειδικά για τον υποπληθυσμό των όσων έχουν υποβληθεί σε καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις.

3.4. Βιβλιογραφικό κενό της έως τώρα έρευνας

Με βάση την παραπάνω βιβλιογραφική επισκόπηση, μπορούμε να οδηγηθούμε σε ορισμένες κεντρικές διαπιστώσεις για το υπό μελέτη ζήτημα. Μια πρώτη διαπίστωση αφορά την ίδια την σχέση ανάμεσα στην ποιότητα της ζωής και τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Φαίνεται πως τόσο η ποιότητα της ζωής, όσο και παράμετροι αυτής (π.χ. συναισθηματική ευεξία) σχετίζονται με την έκβαση των καρδιαγγειακών νοσημάτων. Μάλιστα, αξίζει αναφοράς το ότι η συγκεκριμένη επίδραση επεξηγείται μέσω διαφορετικών μηχανισμών, όπως η μειωμένη συμμόρφωση στην συνιστώμενη αγωγή, η υιοθέτηση νοσογόνων συμπεριφορών που δεν προάγουν την υγεία, αλλά και η ίδια η παθοφυσιολογική επίδραση της χαμηλής ποιότητας ζωής στην καρδιαγγειακή υγεία.

Παρά τα ανωτέρω, η έως τώρα έρευνα δεν έχει επικεντρωθεί επαρκώς στην εξέταση ορισμένων επιμέρους παραμέτρων του φαινομένου. Έτσι, στις έως τώρα μελέτες οι καρδιαγγειακοί ασθενείς αντιμετωπίζονται περισσότερο ως μια ομάδα ενιαία, παρά με βάση επιμέρους ιατρικές παραμέτρους

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: «Μελέτη της ποιότητας ζωής σε καρδιοχειρουργημένους ασθενείς έξι μήνες μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση και η συσχέτιση της ψυχολογικής κατάστασης με την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών»

που ενδεχομένως να οδηγούν στον σχηματισμό υπο-ομάδων που οφείλουν να μελετώνται αυτόνομα. Ως εκ τούτου, δεν υπάρχουν έως τώρα αρκετές έρευνες που να έχουν μελετήσει συγκεκριμένα την ποιότητα της ζωής των καρδιαγγειακών ασθενών μετά από σχετικές χειρουργικές επεμβάσεις, ώστε να εξαχθούν σχετικά συμπεράσματα.

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: «Μελέτη της ποιότητας ζωής σε καρδιοχειρουργημένους ασθενείς έξι μήνες μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση και η συσχέτιση της ψυχολογικής κατάστασης με την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών»

Κεφάλαιο 4.Μεθοδολογία έρευνας

4.1.Ερευνητικοί σκοποί-ερωτήματα

Η παρούσα έρευνα έχει σκοπό να μελετήσει τους παράγοντες που επηρεάζουν θετικά ή αρνητικά την πορεία ασθενών με καρδιαγγειακά νοσήματα. Θα τεθεί ως χρονικός ορίζοντας της σύγκρισης της υφιστάμενης κατάστασης στους 6 μήνες που είναι ένα διάστημα επαρκές για να κριθεί αν η πορεία ενός ασθενούς όσον αφορά την υγεία του έχει βελτιωθεί ή όχι. Εξετάζεται κατά πόσον είναι σε θέση ο ασθενής να διεξάγει μια πλήρως φυσιολογική ζωή με φυσικές και πνευματικές δραστηριότητες που μπορεί να κάνει και ο μέσος υγιής άνθρωπος. Συνεπώς, θα εξεταστεί ποιοι ήταν οι παράγοντες που τον βοήθησαν ή τον εμπόδισαν να βελτιώσει την κατάσταση της υγείας του. Επιπλέον, θα διερευνηθεί η στάση που έχουν οι ασθενείς όσον αφορά την ψυχολογία τους, αν δηλαδή έχουν επιτύχει σε αυτήν την κρίσιμη περίοδο της ζωής τους να επαναφέρουν σε θετικό πρόσημο την ψυχολογία τους ή αν δεν τα καταφέρνουν και ποιοι είναι οι λόγοι που συντελούν σε αυτό πέραν της ίδιας της σοβαρής πάθησης που αποτελεί αναμφίβολα ένα μεγάλο ψυχολογικό σοκ για οποιονδήποτε άνθρωπο. Τέλος, θα ερευνηθεί αν συνδέεται η ίδια η ψυχολογία με την φυσική κατάσταση των ασθενών και πόσο τους επηρεάζει στο να υιοθετούν εν γένει υγιείς συνήθειες για το σώμα τους ή όχι. Με βάση τους ερευνητικούς σκοπούς της μελέτης διατυπώνονται τα παρακάτω ερευνητικά ερωτήματα:

- 1.Επηρεάζουν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά (ηλικία, μορφωτικό επίπεδο, φύλο, εισόδημα κλπ) την πορεία των ασθενών με καρδιαγγειακά νοσήματα;
- 2.Ποια είναι η μέση κατάσταση των ασθενών με καρδιαγγειακά νοσήματα σε σχέση με τους περασμένους 6 μήνες; Έχει βελτιωθεί, έχει χειροτερεύσει ή έχει μείνει στάσιμη;
- 3.Επηρεάζει η ψυχολογία την υιοθέτηση θετικών ή αρνητικών συνθηκών για την σωματική υγεία των ασθενών;
- 4.Επηρεάζουν (θετικά ή αρνητικά) οι πνευματικές και σωματικές δραστηριότητες την στην εξέλιξη της ασθένειας των ασθενών με καρδιαγγειακά νοσήματα;
5. Επηρεάζει η ποιότητα ζωής την εξέλιξη των καρδιαγγειακών νοσημάτων σε ασθενείς;

4.2.Σχεδιασμός έρευνας

Η παρούσα έρευνα είναι πρωτογενής, ποσοτική, περιγραφική και συσχέτισης με χρήση ερωτηματολογίου. Η ποσοτική έρευνα μπορεί να οριστεί ως η εξήγηση των φαινομένων συλλέγοντας αριθμητικά δεδομένα και αναλύοντας τα μαθηματικά (Muijs, 2004). Ο όρος

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: «Μελέτη της ποιότητας ζωής σε καρδιοχειρουργημένους ασθενείς έξι μήνες μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση και η συσχέτιση της ψυχολογικής κατάστασης με την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών»

πρωτογενής έγκειται στο ότι θα συλλεχθούν πρωτότυπα δεδομένα (Gratton και Jones, 2010), δηλαδή «συλλέγονται από πρώτο χέρι και δεν βρίσκονται σε βιβλίο, βάση δεδομένων ή σε περιοδικό» (Driscoll, 2011) με σκοπό να ανακαλυφθεί κάτι νέο (Lowe, 2011). Μεγάλο πλεονέκτημα των ποσοτικών ερευνών είναι ότι μπορούν να αποθηκεύσουν αρκετές πληροφορίες σε σύντομο χρονικό διάστημα και να προκύχουν αντικειμενικά συμπεράσματα (Cohen, Manion & Morrison, 2007), τα οποία μπορούν να γενικευτούν αν η δειγματοληψία δεν είναι μεροληπτική (Creswell, 2013) δηλαδή μπορεί να θεωρηθεί το δείγμα αντιπροσωπευτικό του πληθυσμού (Φαρμάκης, 2017).

4.3.Πληθυσμός -Δείγμα

Η παρούσα έρευνα απευθύνεται σε άτομα με καρδιαγγειακά νοσήματα που έχουν νοσηλευτεί για μικρό ή μεγαλύτερο διάστημα κατά τους τελευταίους 6 μήνες στο Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο. Συγκεκριμένα στην παρούσα έρευνα συμμετείχαν 363 άτομα με καρδιαγγειακά νοσήματα (επιχειρήθηκε οι συμμετέχοντες να είναι περίπου 10πλάσιοι από το σύνολο των ερωτήσεων που περιείχε το ερευνητικό εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε SF36, το οποίο θα αναλυθεί παρακάτω) στην πλειοψηφία άτομα ηλικίας 45-80 ετών. Οι περισσότεροι ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα 65-75 ετών και ήταν περίπου μοιρασμένοι όσον αφορά το φύλο. Οι περισσότεροι δεν κατείχαν τον βασικό τίτλο σπουδών από ΑΕΙ/ΤΕΙ (κάτοχοι μονάχα τίτλου βασικής εκπαίδευσης δημοτικού – γυμνασίου) και η πλειονότητα ήταν συνταξιούχοι. Η έρευνα έλαβε χώρα κατά τους μήνες Μάιο –Σεπτέμβριο του 2019 και ελήφθη η σχετική άδεια και από το Ωνάσειο αλλά και από καθέναν από τους συμμετέχοντες για να απαντήσει στο ερωτηματολόγιο που του εδόθη.

4.4.Διαδικασία-Μέθοδος συλλογής δεδομένων

Η έρευνα διεξήχθη συλλέγοντας δεδομένα με τη χρήση του ερωτηματολογίου από άτομα που είχαν νοσηλευτεί στο Ωνάσειο κατά τους τελευταίους 6 μήνες διεγνωσμένα με κάποιο καρδιαγγειακό νόσημα. Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε περιλαμβάνει 43 ερωτήσεις χωρισμένες σε 5 ομάδες. Η πρώτη ομάδα αφορά τα δημογραφικά στοιχεία των ασθενών και περιλαμβάνει 7 ερωτήσεις, η δεύτερη την αντιλαμβανόμενη εικόνα του ασθενούς για την υγεία του σε σχέση με το περασμένο χρόνο και περιλαμβάνει 2 ερωτήσεις, η 3^η ενότητα εξετάζει επί του παρόντος την ποιότητα ζωής των ασθενών και περιλαμβάνει 10 ερωτήσεις, η 4^η ενότητα εξετάζει την πορεία του ασθενούς τον τελευταίο μήνα όσον αφορά την ποιότητα της ζωής του στο διάστημα αυτό και περιλαμβάνει 7 ερωτήσεις, ενώ η 5^η ενότητα εξετάζει την ίδια την αντίληψη του ασθενούς σε ψυχικό επίπεδο για το αν η υγεία του το τελευταίο μήνα έχει βελτιωθεί, χειροτερεύσει ή έχει μείνει στάσιμη.

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: «Μελέτη της ποιότητας ζωής σε καρδιοχειρουργημένους ασθενείς έξι μήνες μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση και η συσχέτιση της ψυχολογικής κατάστασης με την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών»

Όλες οι ενότητες εκτός της 1ης αποτελούνται από ερωτήσεις τύπου Likert πενταβάθμιας κλίμακας από 1-5, 1-6 ή 1-3. Τα δεδομένα συλλέχτηκαν με χρήση ερωτηματολογίου σε έντυπη μορφή. Η διαδικασία συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων διήρκεσε 5-15 λεπτά.

4.5.Εργαλεία ανάλυσης

Για τη σύνταξη του ερωτηματολογίου χρησιμοποιήθηκε το διεθνώς αναγνωρισμένο εργαλείο SF36. Τα εργαλεία της ομάδας SF εν γένει θεωρούνται από τη διεθνή βιβλιογραφία ως τα πιο ευρέως χρησιμοποιούμενα όσον αφορά ψυχομετρικές έρευνες, ως εκ τούτου κρίθηκε και αυτή ως η κατάλληλη επιλογή για την παρούσα έρευνα. Με περισσότερες από 41.000.000 έρευνες που ελήφθησαν και πάνω από 32.000 άδειες που έχουν εκδοθεί μέχρι σήμερα, οι SF Health Surveys είναι τα πιο ευρέως χρησιμοποιούμενα εργαλεία PRO στον κόσμο. Τα εν λόγω εργαλεία γενικά είναι κατάλληλα είτε αν ο ερευνητής εργάζεται με μεγάλους πληθυσμούς είτε με ξεχωριστούς ασθενείς.

Οι έρευνες υγείας SF-36, SF-12 και SF-8 μετράνε τους ίδιους οκτώ τομείς υγείας για ενήλικες ηλικίας 18 ετών και άνω. Παρέχουν αποτελέσματα ψυχομετρικών περιλήψεων φυσικών συνιστωσών (PCS) και βαθμολογίας ψυχολογικών συνιστωσών (MCS).

Αυτές οι έρευνες απευθύνονται σε ενήλικες ηλικίας 18 ετών και άνω και μπορούν να εκτελεσθούν με απλές δομημένες συνεντεύξεις ή απευθείας διαμοιρασμό έντυπων ερωτηματολογίων. Οι μεταφράσεις των εργαλείων είναι διαθέσιμες για πολλές γλώσσες και χώρες.

Το ερωτηματολόγιο δημιουργήθηκε κατά τη διάρκεια της Μελέτης Ιατρικών Αποτελεσμάτων (MOS) προκειμένου να αξιολογηθεί η γενική κατάσταση υγείας διαφόρων ομάδων ασθενών (Stewart et al. 1988; Ware & Sherbourne, 1992; Ware 1996). Η λεγόμενη μακρά έκδοση MOS αποτελείται από 149 ερωτήσεις που ομαδοποιούνται σε 16 κατηγορίες. Με βάση αυτή την έκδοση, αναπτύχθηκε το ερωτηματολόγιο SF-36. αποτελείται από 36 ερωτήσεις που ομαδοποιούνται σε 8 τομείς: φυσική λειτουργία (PF), περιορισμοί ρόλου λόγω σωματικών προβλημάτων υγείας (RP), σωματικός πόνος (BP), γενική υγεία (GH), ζωτικότητα (VT) (SF), περιορισμοί ρόλου λόγω συναισθηματικών προβλημάτων (RE, ρόλος-συναισθηματική) και ψυχικής υγείας (MH). Οι τομείς μπορούν να ομαδοποιηθούν σε δύο συνοπτικές κλίμακες που περιγράφουν τα φυσικά (PCS, φυσική συνιστώσα συνόλων) και ψυχικά (MCS, συνθετικά στοιχεία συνθετικής συνιστώσας) (Klocek, 2006). Το PCS περιλαμβάνει τους τομείς PF, RP, BP και GH, ενώ το MCS περιλαμβάνει τους τομείς RE, SF, MH και VT.

Οι περισσότερες πρόσφατες αναλύσεις χρησιμοποιούν τη δεύτερη έκδοση του ερωτηματολογίου (SF-36 v.2) που δημιουργήθηκε το 1998 με βάση το SF-36. Οι αλλαγές που εισήχθησαν στη δεύτερη

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: «Μελέτη της ποιότητας ζωής σε καρδιοχειρουργημένους ασθενείς έξι μήνες μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση και η συσχέτιση της ψυχολογικής κατάστασης με την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών»

έκδοση περιλαμβάνουν λεξικές αλλαγές στα ερωτήματα 3 και 4 σχετικά με την επιρροή της σωματικής υγείας και των συναισθηματικών προβλημάτων στην καθημερινή ζωή του ερωτώμενου, οι απαντήσεις "ναι" και "όχι" αντικαταστάθηκαν με απαντήσεις που επιτρέπουν στον ερωτώμενο να υποδείξει το βαθμό η επιρροή. Επιπλέον, ο αριθμός των πιθανών απαντήσεων στους τομείς "Ζωτικότητα" και "Ψυχική Υγεία" μειώθηκε από 6 σε 5. Το SF-36 v.2 περιλαμβάνει μια ερώτηση που δεν έχει σχέση με το σκορ, σχετικά με τη μεταβολή του γενικού, αυτο-αντιληπτή υγεία κατά τη διάρκεια του περασμένου έτους. Η εισαγωγή αυτών των αλλαγών βελτίωσε την αξιοπιστία και την εγκυρότητα του ερωτηματολογίου. το έντυπο είναι επίσης ευκολότερο να κατανοηθεί και να συμπληρωθεί (Ware et al. 2002). Με βάση μια επισκόπηση των μελετών που διεξήχθησαν κατά την τελευταία δεκαετία, μπορεί κανείς να υποθέσει ότι το ερωτηματολόγιο είναι ένα από τα πιο συχνά χρησιμοποιούμενα εργαλεία για την αξιολόγηση της επίδρασης διαφόρων καρδιαγγειακών παθήσεων ή ιατρικών παρεμβάσεων στην ποιότητα ζωής των ασθενών (Graf et al. 2003;Lalonde et al.2004;Szygula et al.2005). Τα πλεονεκτήματά του περιλαμβάνουν καλή εσωτερική συνοχή και σύντομο χρονικό διάστημα για την απάντηση στις ερωτήσεις (περίπου 15 λεπτά). Στην Πολωνία, το ερωτηματολόγιο SF-36 επικυρώθηκε από τους Jarema et al. (1997) από το Ινστιτούτο Ψυχιατρικής και Νευρολογίας στη Βαρσοβία. Στην παρούσα έρευνα το SF-36 χρησιμοποιήθηκε κατόπιν μετάφρασης με τη χρήση της μεθόδου back-forward translation, σε σύμπλευση με προγενέστερες οδηγίες της σχετικής βιβλιογραφίας (Maneesriwongul & Dixon, 2004).

Οι βαθμολογίες βαθμονομούνται έτσι ώστε το 50 να είναι το μέσο σκορ ή ο κανόνας. Αυτό το σκορ που βασίζεται σε κανόνες επιτρέπει τη σύγκριση μεταξύ των τριών ερευνών και των περισσότερων από 19.000 μελετών που δημοσιεύθηκαν τα τελευταία 20 χρόνια. Αυτή η βιβλιογραφία περιλαμβάνει μελέτες εκατοντάδων ασθενειών, καταστάσεων και πληθυσμών και ενισχύει σε μεγάλο βαθμό την ικανότητα ερμηνείας των δεδομένων της μελέτης υγείας του SF σε νέες μελέτες.

Μέσω στατιστικής ανάλυσης είναι εφικτή η μελέτη της συσχέτισης μεταξύ διαφόρων μεταβλητών (Hayes, 2013). Η ανάλυση πραγματοποιήθηκε στο πρόγραμμα στατιστικής ανάλυσης IBM SPSS 24, ενώ χρησιμοποιήθηκε και το λογισμικό Microsoft office Excel 2016 για σχεδιασμό γραφημάτων.

Πραγματοποιήθηκε Περιγραφική και Επαγωγική Στατιστική. Στην Περιγραφική Στατιστική οι ποιοτικές-κατηγορικές μεταβλητές της έρευνας παρουσιάστηκαν με χρήση σχετικών συχνοτήτων (ποσοστών) ενώ για τις ποσοτικές μεταβλητές χρησιμοποιήθηκε ο αμερόληπτος εκτιμητής της μέσης τιμής και της τυπικής απόκλισης. Στην Επαγωγική Στατιστική μελετήθηκαν τα ερευνητικά ερωτήματα.

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: «Μελέτη της ποιότητας ζωής σε καρδιοχειρουργημένους ασθενείς έξι μήνες μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση και η συσχέτιση της ψυχολογικής κατάστασης με την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών»

Στο 1ο, 2ο, 3ο και 4ο ερευνητικό ερώτημα χρησιμοποιήθηκαν τα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης των μέσων τιμών, αφού πρώτα πραγματοποιήθηκαν ομαδοποιήσεις ερωτήσεων με κοινό περιεχόμενο με χρήση της μέσης τιμής και εφόσον υπήρξε και ικανοποιητική εσωτερική αξιοπιστία μέσω του Cronbach Alpha. Τα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης της μέσης τιμής δίνονται από τον τύπο $(\bar{x} - z_{\alpha/2} * s/\sqrt{n}, \bar{x} + z_{\alpha/2} * s/\sqrt{n})$, όπου $\alpha=5\%$ η στάθμη σημαντικότητας, $\bar{x}$ η μέση τιμή, s η τυπική απόκλιση και n το μέγεθος του δείγματος.

Στο 5ο ερευνητικό ερώτημα χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης Pearson, ο οποίος παίρνει τιμές στο διάστημα $[-1,1]$ όπου τιμές κοντά στο 1 υποδηλώνουν θετική συσχέτιση ενώ τιμές κοντά στο -1 αρνητική συσχέτιση. Τιμές κοντά στο 0 υποδηλώνουν ανυπαρξία συσχέτισης. Η αρχική υπόθεση είναι ότι οι μεταβλητές είναι γραμμικά ασυσχέτιστες και η εναλλακτική ότι είναι γραμμικά συσχετισμένες.

Η στάθμη σημαντικότητας σε όλα τα τεστ ορίστηκε στο 5%. Συνεπώς η αρχική υπόθεση γίνεται δεκτή όταν $p\text{-value} \geq 0,05$ και απορρίπτεται όταν $p\text{-value} < 0,05$. (Σιώμκος & Μαύρος, 2008).

4.6. Ηθικά ζητήματα

Τα θέματα ηθικής δεοντολογίας θεωρούνται ιδιαίτερα σημαντικά στην ψυχολογία των συμμετεχόντων και απαραίτητα να ληφθούν υπόψιν από τον ερευνητή (Koocher, & Keith-Spiegel, 1998) όπως ορίζει η Αμερικανική ψυχολογική εταιρεία (APA, 2001) αλλά και η Βρετανική (BPS, 2014). Συγκεκριμένα οι κανόνες που τηρήθηκαν ήταν οι ακόλουθοι:

- Πριν απαντήσουν στις ερωτήσεις οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν για τη διαδικασία, τους ερευνητικούς στόχους και ότι η συμμετοχή τους είναι εθελοντική και ανώνυμη
- Διασαφηνίστηκε το δικαίωμα των συμμετεχόντων να αποχωρήσουν από την έρευνα όποτε και αν το θελήσουν ακόμη και μετά την ολοκλήρωση της.
- Διασαφηνίστηκε ότι οι απαντήσεις τους θα χρησιμοποιηθούν μόνο για ερευνητικούς σκοπούς αλλά και για μελλοντικές έρευνες.
- Η διαδικασία συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων ξεκίνησε μετά την γραπτή συγκατάθεση τους για συμμετοχή στην έρευνα.

4.7. Αξιοπιστία και εγκυρότητα δεδομένων

Η αξιοπιστία και η εγκυρότητα των δεδομένων ελέγχθηκε με τον συντελεστή αξιοπιστίας Cronbach Alpha. Για να χαρακτηρίσουμε ένα ερωτηματολόγιο αξιόπιστο θα πρέπει ο δείκτης αξιοπιστίας Cronbach Alpha να είναι μεγαλύτερος του 0,70. (Nunnally & Bernstein, 1994, Tavakol & Dennick, 2011: 54 Vaske, Beaman & Sponarski, n.d.: 5-6 Pallant, 2005: 90). Για το ερωτηματολόγιο υπήρχε

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: «Μελέτη της ποιότητας ζωής σε καρδιοχειρουργημένους ασθενείς έξι μήνες μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση και η συσχέτιση της ψυχολογικής κατάστασης με την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών»

μεγάλη αξιοπιστία με τις τιμές του Cronbach Alpha να είναι μεγαλύτερες από 0,776 σε όλες τις επιμέρους κλίμακες.

4.8. Περιορισμοί-Προβλήματα έρευνας

Οι περιορισμοί της έρευνας εγκρίνεται στο γεγονός ότι δεν πραγματοποιήθηκε follow up έρευνα για έλεγχο της σταθερότητας των μετρήσεων και ότι το σύνολο των ασθενών προέρχονταν από το ίδιο καρδιοχειρουργικό ίδρυμα, καθιστώντας έτσι την έρευνα χωρικά περιορισμένη.

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: «Μελέτη της ποιότητας ζωής σε καρδιοχειρουργημένους ασθενείς έξι μήνες μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση και η συσχέτιση της ψυχολογικής κατάστασης με την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών»

Κεφάλαιο 5. Αποτελέσματα στατιστικής ανάλυσης

5.1.Ανάλυση συντελεστών Cronbach

Στην μελέτη της παρούσας μεταπτυχιακής εργασίας, ο συντελεστής εσωτερικής αξιοπιστίας Cronbach's Alpha κυμάνθηκε σε τιμές πάνω από 0.75 για όλες τις διαστάσεις υγείας του ερωτηματολογίου SF-36. Ένας συντελεστής Cronbach's Alpha με τιμές που κυμαίνονται μεταξύ του 0.8-0.9 θεωρείται εν γένει επαρκής προκειμένου να εξασφαλισθεί η αξιοπιστία του ερωτηματολογίου (Fitzpatrick 1994), ενώ πρέπει να σημειωθεί ότι συντελεστής $\alpha > 0.7$ θεωρείται ικανοποιητικός σε περιπτώσεις όπως της παρούσας μελέτης που έχουμε αξιολογική κλίμακα με περισσότερες από 14 ερωτήσεις (Cortina 1993).

Πίνακας 2: Συντελεστής Cronbach για τις 8 διαστάσεις υγείας του ερωτηματολογίου SF-36

A/A	Διάσταση (αριθμός ερωτήσεων)	Cronbach a
1	Γενική υγεία (5)	0,77
2	Φυσική (σωματική) λειτουργικότητα (10)	0,93
3	Ρόλος φυσικής λειτουργικότητας (4)	0,96
4	Συναισθηματικός ρόλος (3)	0,97
5	Κοινωνική λειτουργικότητα (2)	0,8
6	Σωματικός πόνος (2)	0,91
7	Ζωτικότητα (4)	0,84
8	Ψυχική υγεία (5)	0,87

5.2.Ανάλυση δείγματος ασθενών

Όπως έχει ήδη αναφερθεί στο κεφάλαιο της μεθοδολογίας, ο υπολογισμός του μεγέθους δείγματος έγινε με βάση τον αριθμό των ερωτήσεων του κορμού του ερωτηματολογίου (36 κύριες ερωτήσεις, εξαιρώντας αυτές των δημογραφικών δεδομένων). Σύμφωνα με διάφορες μελέτες στη διεθνή βιβλιογραφία (Fitzpatrick, 1994) ένας απλός κανόνας για τον επιθυμητό αριθμό ασθενών είναι να αποτελούν το δεκαπλάσιο των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου. Στον αρχικό αριθμό του δείγματος $N=360 = 36 \cdot 10$ προστέθηκε ένα 5% για τυχόν απώλειες και έτσι έφθασε τα $360 + 5\% = 378$ άτομα. Ο τελικός αριθμός των συμμετεχόντων ασθενών στο δείγμα ανήλθε σε $N=362$ ($N=195$ άνδρες και $N=167$ γυναίκες), με συνολικό ποσοστό ανταπόκρισης 95.6%, που είναι αρκετά ψηλό και μπορεί να αποδοθεί εν μέρει στην προσωπική επαφή με τα υποκείμενα. Αφενός λειτούργησε θετικά το στοιχείο ότι υπήρχε σαφής φόρμα ενημέρωσης του ασθενούς – υποψήφιου συμμετέχοντα περί των σκοπών της έρευνας, της εμπιστευτικότητας και της ανωνυμίας των στοιχείων και του δικαιώματός του να μη λάβει μέρος ακόμα και αν έχει ξεκινήσει να απαντάει τις ερωτήσεις, αφετέρου ήταν εξίσου θετικό

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: «Μελέτη της ποιότητας ζωής σε καρδιοχειρουργημένους ασθενείς έξι μήνες μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση και η συσχέτιση της ψυχολογικής κατάστασης με την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών»

στοιχείο ότι έγινε απόπειρα από μέρους της ερευνήτριας να έχει προσωπική επαφή με τους ασθενείς, να κερδίσει την εμπιστοσύνη τους και να τους δημιουργήσει ένα φιλικό κλίμα που δεν θα ήταν εφικτό εάν ελάμβαναν μέσω ταχυδρομείου ή ενός e mail ένα απρόσωπο φύλλο ερωτηματολογίου.

Η πλειονότητα των συμμετεχόντων ασθενών με καρδιαγγειακές νόσους, σύμφωνα με την ακόλουθη Εικόνα 2 ήταν άνδρες (N=195), με ποσοστό 53.86% επί του συνόλου του δείγματος σε σύγκριση με το 46.14% που ήταν γυναίκες (N=167). Επίσης, η κατανομή αυτή δε βρίσκεται μεν σε συμφωνία και με τα αντίστοιχα ποσοστά (%) επισκεψιμότητας στις καρδιολογικές κλινικές σύμφωνα με πρόσφατη μελέτη της American Heart Association (AHA,2019) η οποία υποστηρίζει ότι η πλειονότητα των ατόμων που αντιμετωπίζουν καρδιαγγειακά νοσήματα είναι επί του παρόντος γυναίκες, ωστόσο τα ποσοστά ήταν πολύ μοιρασμένα και αφετέρου το δείγμα ήταν μικρό σε σχέση με τον συνολικό πληθυσμό πασχόντων στην Ελλάδα, ως εκ τούτου είναι φυσιολογική αυτή η μικρή παρέκκλιση όσον αφορά το φύλο των ασθενών.

Εικόνα 2: Κατανομή συμμετεχόντων ως προς το φύλο



Η μέση ηλικία των ασθενών του δείγματος ήταν $66,1 \pm 6,37$ έτη. Η εικόνα 3 παρουσιάζει την κατανομή των ασθενών ανά ηλικία, σύμφωνα με τρεις ηλικιακές ομάδες του δείγματος. Η επιλογή των ομάδων αυτών έγινε επειδή η ερευνήτρια στην πρώτη ομάδα (45-60 ετών) που βρίσκεται κοντά στην αφυπηρέτηση (οι περισσότεροι εξ αυτών δεν είναι συνταξιούχοι άρα έχει ενδιαφέρον να εξεταστεί πώς συνεχίζουν την καθημερινή τους ζωή και την εργασία τους) και στην τρίτη (άνω των 75 ετών) επειδή παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον λόγω του προσδόκιμου επιβίωσης. Να σημειωθεί ότι τα νεαρότερα άτομα που συμμετείχαν ήταν 45 ετών (ένας άντρας και μια γυναίκα) και οι πιο ηλικιωμένοι που συμμετείχαν είχαν ηλικία 89 και 91 έτη (άντρας και γυναίκα αντιστοίχως).

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: «Μελέτη της ποιότητας ζωής σε καρδιοχειρουργημένους ασθενείς έξι μήνες μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση και η συσχέτιση της ψυχολογικής κατάστασης με την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών»

Εικόνα 3: Ηλικία ασθενών



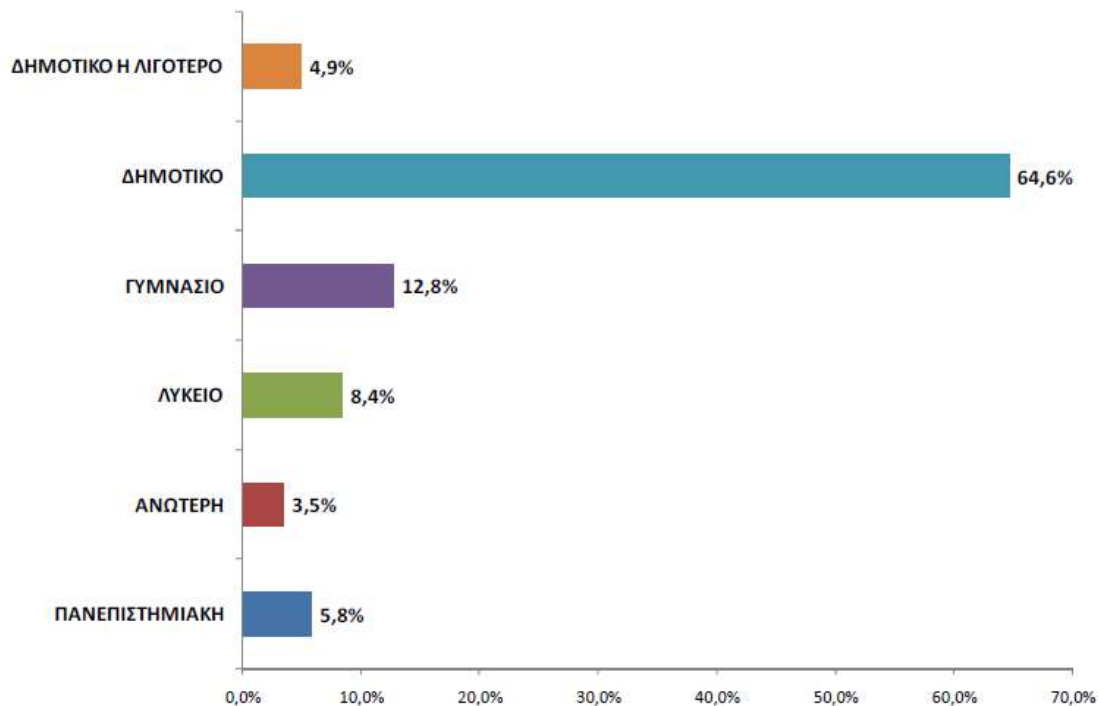
Στον Πίνακα 3, παρατίθενται τα δεδομένα που αφορούν στην οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων ασθενών. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 77.35% ήταν έγγαμοι, το μικρότερο ποσοστό (2.21%) είχαν οι διαζευγμένοι, ακολουθούμενοι από τους άγαμους (3.31%) και τους χήρους/χήρες (17,13%). Ένας παράγοντας υπό εξέταση στη συνέχεια θα είναι και κατά πόσον η ύπαρξη ή μη οικογενειακού περιβάλλοντος, βοηθάει στην αποκατάσταση των ατόμων με καρδιαγγειακά νοσήματα.

Πίνακας 3: Οικογενειακή κατάσταση συμμετεχόντων

	Αριθμός (N)	Ποσοστό (%)
Έγγαμος/η	280	77,35%
Διαζευγμένος/η	8	2,21%
Άγαμος/η	12	3,31%
Χήρος/α	62	17,13%
Σύνολο	362	100,00%

Ένα ενδιαφέρον στοιχείο του δείγματος συμμετεχόντων έχει σχέση με το επίπεδο εκπαίδευσης των ασθενών που ήταν αρκετά χαμηλό, αφού περίπου οι 7 στους 10 (69,5%), είχαν επίπεδο εκπαίδευσης τουλάχιστον δημοτικής. Σημειώνεται ότι η υποχρεωτική εκπαίδευση στην Ελλάδα καλύπτει και τη γυμνασιακή εκπαίδευση, τούτο όμως είναι προϊόν της εκπαιδευτικής πολιτικής των τελευταίων δεκαετιών, που σημαίνει ότι ενδεχομένως δεν έχει καλύψει μια πληθώρα από ηλικιωμένους συμμετέχοντες που είναι άλλωστε και η κύρια ομάδα που εξετάζεται για την παρούσα έρευνα. Παρόλα αυτά ένα ποσοστό περίπου 9%, είχε ανώτερη και πανεπιστημιακή εκπαίδευση.

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: «Μελέτη της ποιότητας ζωής σε καρδιοχειρουργημένους ασθενείς έξι μήνες μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση και η συσχέτιση της ψυχολογικής κατάστασης με την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών»



Εικόνα 4: Επίπεδο εκπαίδευσης συμμετεχόντων

5.3. Ποιότητα ζωής (SF-36) – αντιλήψεις ασθενών

Ακολουθώς γίνεται περιγραφή στην ποιότητα ζωής των συμμετεχόντων και κύριο εργαλείο έρευνας είναι η αντίληψη που έχουν οι ίδιοι οι ασθενείς όπως καταγράφεται διαμέσου των διαφόρων ερωτήσεων του ερωτηματολογίου SF-36. Η περιγραφή σχετίζεται με τις 36 ερωτήσεις του ερωτηματολογίου SF-36, στις 8 επιμέρους διαστάσεις υγείας και στις 2 συνολικές βαθμολογίες για τη συνολική σωματική και ψυχική υγεία.

5.3.1. Γενική υγεία

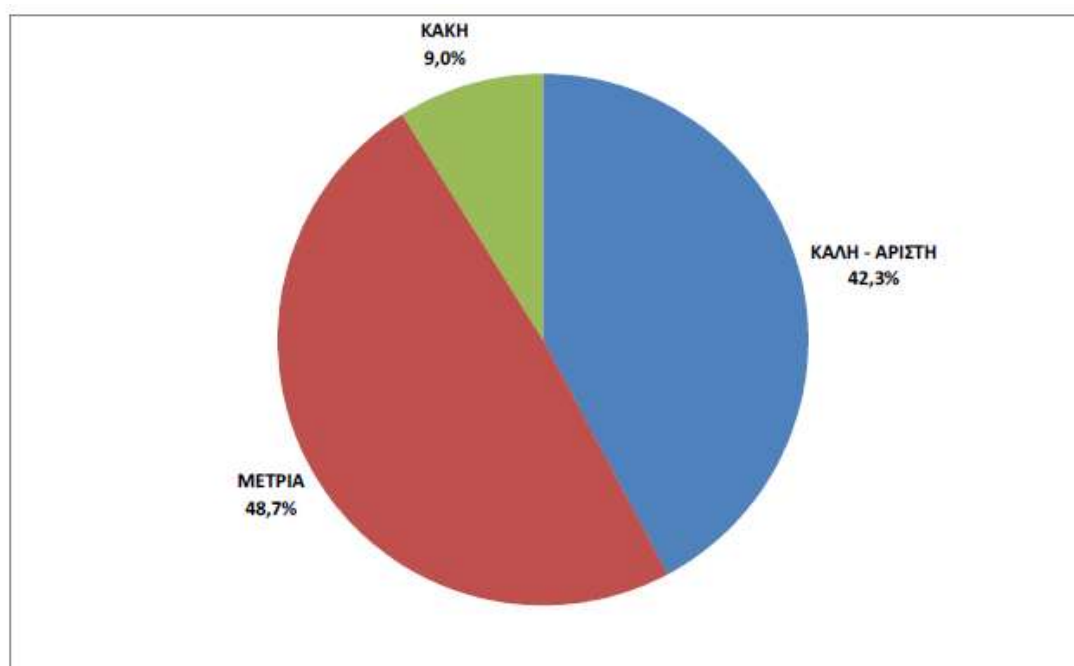
Ήταν ενδιαφέρον το στοιχείο που προέκυψε πως το 42,3% από τους συμμετέχοντες απάντησε πως η γενική τους υγεία ήταν καλή μέχρι και άριστη, ενώ ένα μικρό ποσοστό της τάξης του 9,0% απάντησε πως η γενική κατάσταση της υγείας του ήταν κακή. Τούτο το εύρημα από μόνο του είναι σημαντικό καθώς καταδεικνύει ότι σε γενικές γραμμές 6 μήνες μετά την επέμβαση για την καρδιαγγειακή ασθένεια, ένα πολύ μεγάλο ποσοστό ασθενών δηλώνει ικανοποιημένο από τη γενική κατάσταση της υγείας του, άρα τούτο το διάστημα του μισού έτους είναι καταρχήν επαρκές για τη γενική αποκατάσταση.

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: «Μελέτη της ποιότητας ζωής σε καρδιοχειρουργημένους ασθενείς έξι μήνες μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση και η συσχέτιση της ψυχολογικής κατάστασης με την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών»

Πίνακας 4: Αντίληψη γενικής ποιότητας ζωής ασθενών

Ερώτηση 1. Γενικά, θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι:

	%
Άριστη	2,9
Πολύ καλή	8,7
Καλή	30,7
Μέτρια	48,7
Κακή	9,0
Σύνολο	100,0



Εικόνα 5: Γράφημα γενικής εικόνας υγείας συμμετεχόντων

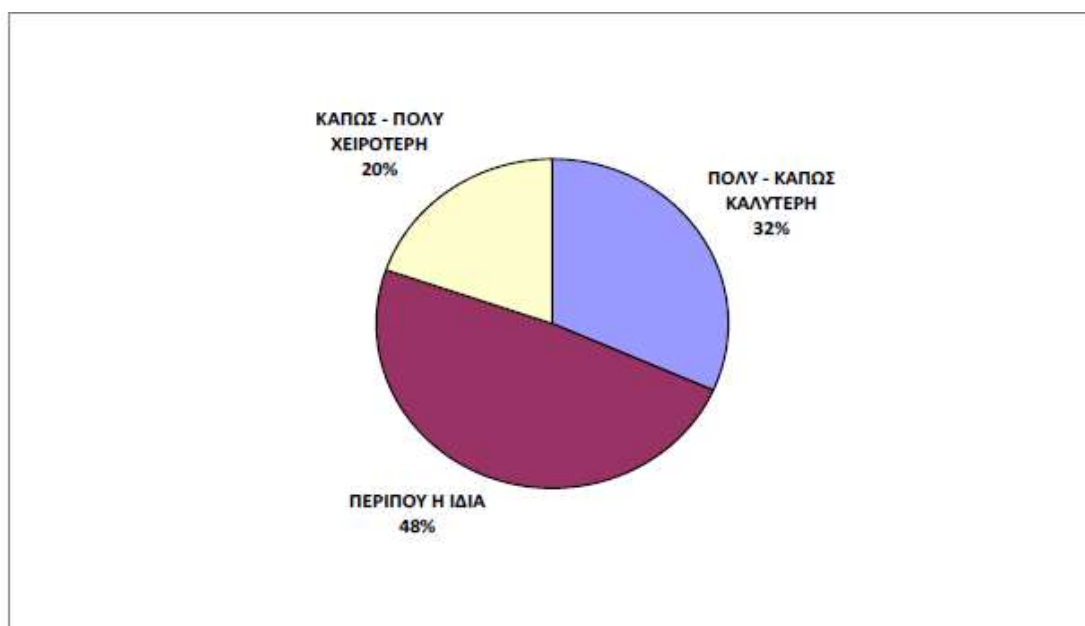
Οι μισοί περίπου ασθενείς με ποσοστό 48% απάντησαν σε σχέση με την κατάσταση της ότι η υγείας τους ήταν περίπου η ίδια, ενώ το 20% δήλωσαν ότι ήταν κάπως καλύτερα έως πολύ καλύτερα σε σύγκριση με ένα χρόνο πριν.

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: «Μελέτη της ποιότητας ζωής σε καρδιοχειρουργημένους ασθενείς έξι μήνες μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση και η συσχέτιση της ψυχολογικής κατάστασης με την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών»

Πίνακας 5: Εξέλιξη της γενικής κατάστασης υγείας των συμμετεχόντων

Ερώτηση 2. Σε σύγκριση με ένα χρόνο πριν, γενικά πως θα αξιολογούσατε την υγεία σας τώρα;

	%	Άθροιση/Συχνότητα (%)
Πολύ καλύτερη τώρα από ένα χρόνο πριν	3,8	3,8
Κάπως καλύτερη	15,9	19,7
Περίπου η ίδια	48,7	68,4
Κάπως χειρότερη	27,3	95,7
Πολύ χειρότερη	4,3	100,0
Σύνολο	100,0	



Εικόνα 6: Γράφημα εξέλιξης κατά τους τελευταίους 6 μήνες της υγείας των συμμετεχόντων

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: «Μελέτη της ποιότητας ζωής σε καρδιοχειρουργημένους ασθενείς έξι μήνες μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση και η συσχέτιση της ψυχολογικής κατάστασης με την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών»

5.3.2. Κατάσταση σωματικής λειτουργικότητας ασθενών

Από τον επόμενο πίνακα που σχετίζεται με τις καθημερινές δραστηριότητες των συμμετεχόντων και καταδεικνύει αν αυτές έχουν μεταβληθεί λόγω της βεβαρυμένης κατάστασης της υγείας των ασθενών, ήταν εμφανές πως τα αποτελέσματα ήταν εν τέλει αναμενόμενα. Πιο συγκεκριμένα, παρατηρήθηκε πως το ποσοστό δυσκολίας είχε άμεση αναλογία με το πόσο έντονη ήταν η δραστηριότητα. Για παράδειγμα, περισσότερο από το 50% των συμμετεχόντων περιορίζονταν σε μεγάλο βαθμό σχετικά με την έντονη δραστηριότητα με ποσοστό 60,3%, στο περπάτημα >1 km με ποσοστό 53,9% και όταν ανέβαιναν σειρές από σκαλοπάτια με ποσοστό 51,6%. Εν αντιθέσει, σχετικά με τις ήπιες σωματικές δραστηριότητες, ήταν πολύ αυξημένο το ποσοστό των ασθενών που απάντησαν ότι δεν ένιωθαν κανένα περιορισμό. Επι παραδείγματι, περπάτημα για μήκος 100 μέτρα δεν ήταν ικανό να επηρεάσει τους ασθενείς σε ποσοστό 50,7% και το ντύσιμο – μπάνιο είχε ακόμα πιο υψηλά ποσοστά που ανέρχονταν στο 68,4%. Παραιτέρω, σχετικά με τη μεταφορά προϊόντων από σούπερμάρκετ ή λαϊκές και τη διαδικασία του σκυψίματος ή του γονατίσματος, το 67% των ασθενών περίπου απάντησαν ότι δεν ένιωσαν κανέναν απολύτως περιορισμό.

Πίνακας 6: Πίνακας ποσοστών επιρροής της καρδιοαγγειακής ασθένειας στη σωματική λειτουργικότητα των συμμετεχόντων

Ερώτηση 3. Οι παρακάτω προτάσεις περιέχουν δραστηριότητες που μπορεί να κάνετε κατά τη διάρκεια μιας συνηθισμένης ημέρας. <u>Η τωρινή κατάσταση της υγείας σας, σας περιορίζει</u> σε αυτές τις δραστηριότητες; Εάν ναι, πόσο;			
Συνήθεις καθημερινές δραστηριότητες	ΝΑΙ Με περιορίζει πολύ (%)	ΝΑΙ Με περιορίζει λίγο (%)	ΟΧΙ Δεν με περιορίζει καθόλου (%)
Έντονη δραστηριότητα	60,3	26,4	13,3
Μέτρια δραστηριότητα	35,4	37,1	27,5
Μεταφορά αγαθών από αγορά	29,3	33,3	37,4
Ανέβασμα σειρών σκαλοπάτια	51,6	31,6	16,8
Ανέβασμα μιας σειράς σκαλοπάτια	31,9	36,2	31,6
Γονάτισμα/Σκύψιμο	31,3	34,2	34,5
Περπάτημα > 1 km	53,9	21,2	24,9
Περπάτημα μερικών 100δων μέτρων	35,7	27,2	37,1
Περπάτημα 100 μέτρων	24,1	25,2	50,7
Μπάνιο/ένδυση	7,5	24,1	68,4

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: «Μελέτη της ποιότητας ζωής σε καρδιοχειρουργημένους ασθενείς έξι μήνες μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση και η συσχέτιση της ψυχολογικής κατάστασης με την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών»

5.3.3.Ο ρόλος της σωματικής λειτουργικότητας

Από τον Πίνακα που ακολουθεί, είναι προφανές ότι η πλειονότητα των συμμετεχόντων (ποσοστά με διακύμανση από 50-59%) απάντησαν πως κατέβαλαν μικρή προσπάθεια προκειμένου να διεκπαιρεύσουν τις καθημερινές τους δραστηριότητες από μερικές φορές έως καθόλου.

Πίνακας 7: Ρόλος της σωματικής λειτουργικότητας στους ασθενείς - συμμετέχοντες

Ερώτηση 4. Τις <u>τελευταίες 4 εβδομάδες</u> , πόσο συχνά είχατε κάποια από τα παρακάτω προβλήματα στη δουλειά σας ή σε άλλες συνηθισμένες καθημερινές δραστηριότητες <u>ως αποτέλεσμα της κατάστασης της σωματικής σας υγείας</u> :					
Ρόλος σωματικής λειτουργικότητας	Συνεχώς (%)	Τις περισσότερες φορές (%)	Μερικές φορές (%)	Λίγες φορές (%)	Καθόλου (%)
Μείωση χρόνου δραστηριότητας	22,0	19,4	19,4	12,2	27,0
Καταφέρατε λιγότερα	20,3	24,3	18,3	14,2	22,9
Περιορίσατε το είδος της Δουλειάς ή Δραστηριοτήτων	22,9	24,9	14,5	15,7	22,0
Δυσκολία διεκπεραίωσης Δραστηριοτήτων	22,9	25,5	14,8	12,8	24,1

5.3.4.Ο συναισθηματικός ρόλος

Ένα βασικό εύρημα που ανακύπτει από τον επόμενο Πίνακα, είναι πως η πλειονότητα των συμμετεχόντων (ποσοστά άνω του 58%) απάντησαν πως είχαν μειώσει κατά το ελάχιστο το χρόνο που διέθεταν στις εργασίες τους ή τις καθημερινές τους δραστηριότητες λόγω προβλημάτων

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: «Μελέτη της ποιότητας ζωής σε καρδιοχειρουργημένους ασθενείς έξι μήνες μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση και η συσχέτιση της ψυχολογικής κατάστασης με την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών»

συναισθηματικής φύσεις που είχαν ανακúψει λόγω της κατάστασης της υγείας τους. Οι απαντήσεις τους κυμάνθηκαν στα εξής: μερικές φορές, λίγες ή καθόλου.

Πίνακας 8: Η επιρροή του συναισθηματικού παράγοντα στην ποιότητα ζωής των συμμετεχόντων

Ερώτηση 5. Τις <u>τελευταίες 4 εβδομάδες</u> , πόσο συχνά είχατε κάποια από τα παρακάτω προβλήματα στη δουλειά σας ή σε άλλες συνηθισμένες καθημερινές δραστηριότητες <u>ως αποτέλεσμα οποιουδήποτε συναισθηματικού προβλήματος</u> (όπως επειδή νιώσατε μελαγχολία ή άγχος):					
Ρόλος συναισθηματικός	Συνεχώς (%)	Τις περισσότερες φορές (%)	Μερικές φορές (%)	Λίγες φορές (%)	Καθόλου (%)
Μείωση χρόνου δραστηριότητας	20,0	22,0	18,3	11,6	28,1
Κάνατε λιγότερα από όσα θα θέλατε	20,3	20,3	18,3	14,8	26,4
Κάνατε τη δουλειά λιγότερο προσεκτικά από ότι συνήθως	21,2	20,9	17,7	11,9	28,4

5.3.5.Ο ρόλος της κοινωνικής λειτουργικότητας

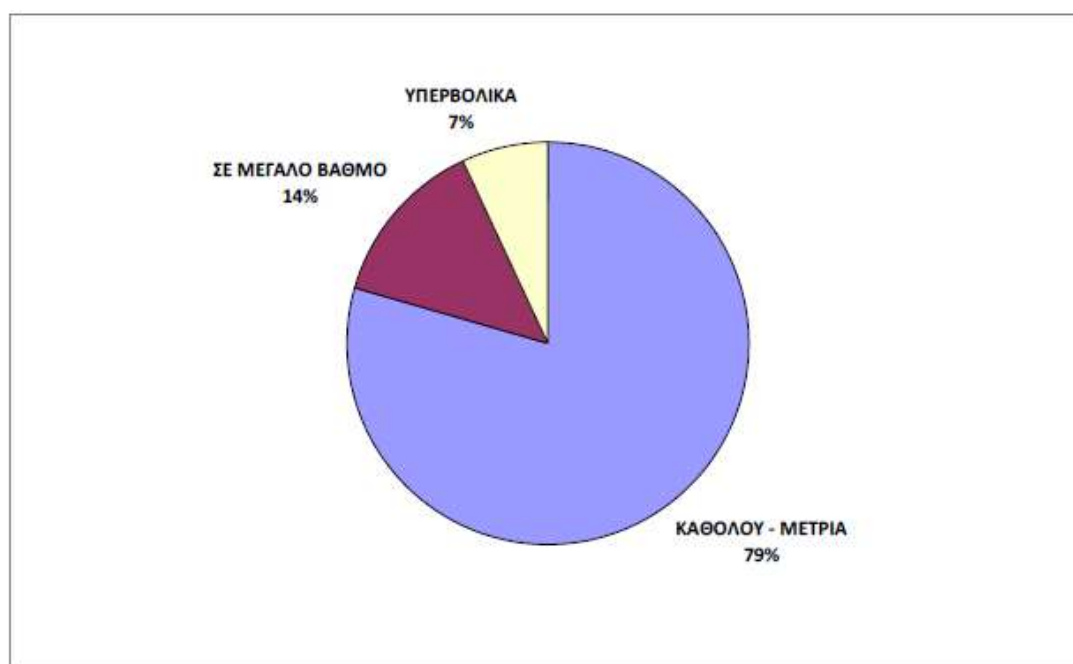
Είναι προφανές από τον Πίνακα που ακολουθεί καθώς και από το αντίστοιχο Γράφημα 8, ότι οι περισσότεροι ασθενείς – συμμετέχοντες με ποσοστό που προσεγγίζει το 80%, απάντησαν πως δεν υπάρχει μεταβολή στις κοινωνικές τους δραστηριότητες και οι δηλώσεις τους ήταν: μέτρια, λίγο ή καθόλου. Ελάχιστοι εξ αυτών (συγκεκριμένα ποσοστό που ανήλθε στο 7%) υποστήριξε ότι οι κοινωνικές δραστηριότητες είχαν επηρεαστεί σε υπερβολικό βαθμό.

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: «Μελέτη της ποιότητας ζωής σε καρδιοχειρουργημένους ασθενείς έξι μήνες μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση και η συσχέτιση της ψυχολογικής κατάστασης με την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών»

Πίνακας 9: Ο ρόλος της κοινωνικής λειτουργικότητας στους ασθενείς – συμμετέχοντες

Ερώτηση 6. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, σε ποιο βαθμό επηρέασε η κατάσταση της σωματικής σας υγείας ή συναισθηματικά σας προβλήματα τις συνηθισμένες κοινωνικές σας δραστηριότητες με την οικογένεια, τους φίλους, τους γείτονες σας ή με άλλες κοινωνικές ομάδες;

Κοινωνική λειτουργικότητα	%
Καθόλου	38.3
Ελάχιστα	17.4
Μέτρια	23.8
Σε Μεγάλο Βαθμό	13.6
Υπερβολικά	7.0
Σύνολο	100.0



Εικόνα 7:Γράφημα κοινωνικής λειτουργικότητας

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: «Μελέτη της ποιότητας ζωής σε καρδιοχειρουργημένους ασθενείς έξι μήνες μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση και η συσχέτιση της ψυχολογικής κατάστασης με την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών»

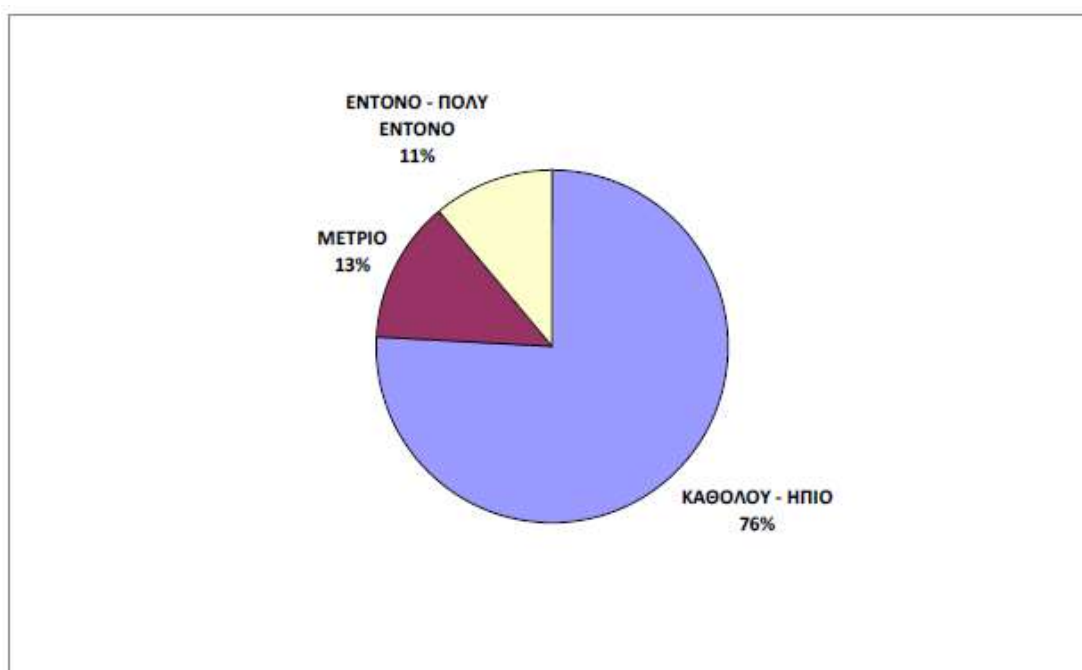
5.3.6.Ο ρόλος του σωματικού πόνου

Από τον Πίνακα και την Εικόνα που ακολουθεί, είναι εμφανές ότι οι ασθενείς κατά πλειοψηφία (ποσοστό άνω του 75%) απάντησαν ότι ένιωσαν πόνο ήπιο ή και καθόλου, ενώ αντίθετα μόνο το 4% απάντησαν πως ένιωσαν πολύ έντονο πόνο.

Πίνακας 10: Ο ρόλος του σωματικού πόνου

Ερώτηση 7. Πόσο σωματικό πόνο νιώσατε τις τελευταίες 4 εβδομάδες:

Σωματικός πόνος	%
Καθόλου	51.3
Πολύ ήπιο	15.9
Ήπιο	8.7
Μέτριο	13.0
Έντονο	7.2
Πολύ έντονο	3.9
Σύνολο	100.0



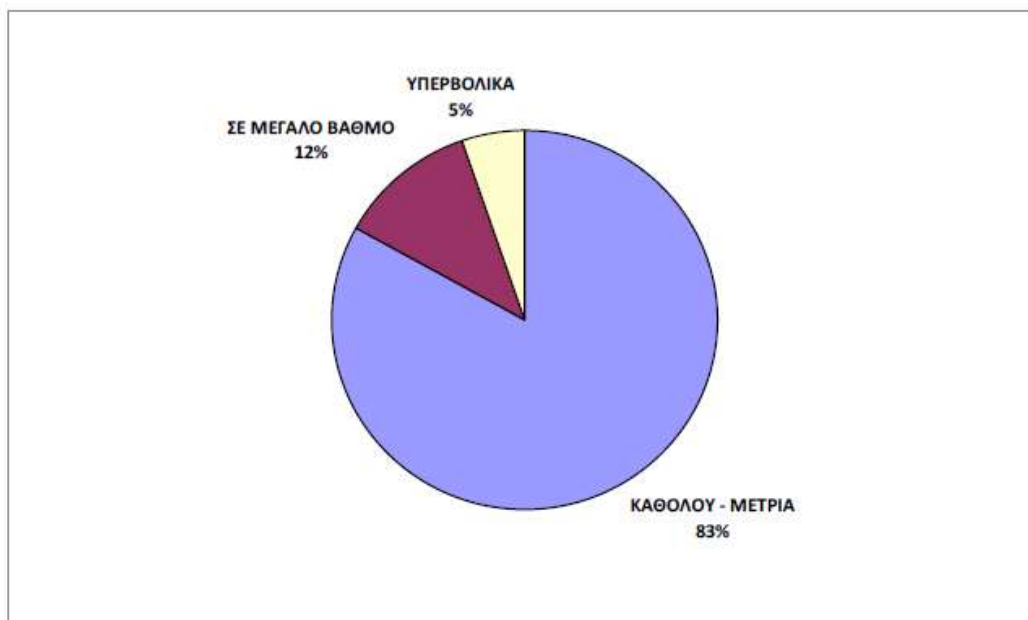
Εικόνα 8: Σωματικός πόνος στους ασθενείς – συμμετέχοντες

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: «Μελέτη της ποιότητας ζωής σε καρδιοχειρουργημένους ασθενείς έξι μήνες μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση και η συσχέτιση της ψυχολογικής κατάστασης με την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών»

Η πλειονότητα των συμμετεχόντων (83% σε ακριβές ποσοστό) απάντησαν ότι οι πόνοι επηρεάζουν τις καθημερινές τους δραστηριότητες εντός και εκτός σπιτιού καθόλου ως και μέτρια, ενώ ένα πολύ μικρό ποσοστό απάντησαν πως οι καθημερινές τους εργασίες έχουν επηρεαστεί σε υπερβολικό ποσοστό (5% του συνόλου).

Πίνακας 11: Η επιρροή του σωματικού πόνου στις καθημερινές εργασίες

Ερώτηση 8. <u>Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, πόσο επηρέασε ο πόνος τη συνηθισμένη εργασία σας (τόσο την εργασία έξω από το σπίτι όσο και μέσα σε αυτό);</u>	
Σωματικός πόνος	%
Καθόλου	56.2
Λίγη	17.7
Μέτρια	11.0
Σε μεγάλο βαθμό	10.4
Υπερβολική	4.7
Σύνολο	100.0



Εικόνα 9: Σωματικός πόνος και καθημερινές εργασίες – επιρροή στους ασθενείς

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: «Μελέτη της ποιότητας ζωής σε καρδιοχειρουργημένους ασθενείς έξι μήνες μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση και η συσχέτιση της ψυχολογικής κατάστασης με την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών»

5.3.7.Ζωτικότητα – Ψυχική υγεία

Από τον Πίνακα που ακολουθεί, είναι εμφανές πως τόσο η ζωτικότητα όσο και η ψυχική υγεία των ασθενών, παρέμεινε σε ικανοποιητικό επίπεδο, ενώ μάλιστα η πλειονότητα εξ αυτών απάντησαν πως είχαν αυξημένη ζωτικότητα και το συναισθηματικό τους επίπεδο ήταν πολύ καλό. Πιο ειδικά, σε σχέση με τη μεταβλητή της ζωτικότητας ένα αυξημένο μέρος των ασθενών (60-65%) ένιωθαν συνεχώς ή μερικές φορές ενεργητικότητα και ζωντάνια, ενώ αντίθετα, ένα χαμηλό ποσοστό της τάξης του 10-20% απάντησαν πως δεν είχαν καθόλου ζωντάνια. Σε σχέση με τη μεταβλητή της ψυχικής υγείας, οι περισσότεροι συμμετέχοντες (70-75% εξ αυτών) ανέφεραν ότι ένιωθαν εκνευρισμένοι καθόλου ή μερικές φορές και μονάχα λίγοι (7-10%) απάντησαν ότι ήταν διαρκώς εκνευρισμένοι και με πεσμένη ψυχολογία. Επιπροσθέτως, το 60,0% των συμμετεχόντων απάντησαν ότι πολλές φορές ή και διαρκώς ένιωθαν το συναίσθημα της ευτυχίας ενώ μόνο 6% εξ αυτών απάντησαν πως δεν ήταν καθόλου ευτυχισμένοι.

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: «Μελέτη της ποιότητας ζωής σε καρδιοχειρουργημένους ασθενείς έξι μήνες μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση και η συσχέτιση της ψυχολογικής κατάστασης με την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών»

Πίνακας 12: Ο ρόλος της ψυχικής υγείας και της ζωτικότητας

Ερώτηση 9. Οι παρακάτω ερωτήσεις αναφέρονται στο πώς αισθανόσαστε και στο πώς τα πράγματα πήγαιναν με σας τις τελευταίες 4 εβδομάδες. Για κάθε ερώτηση, παρακαλείστε να δώσετε εκείνη την απάντηση που πλησιάζει περισσότερο σε ότι αισθανθήκατε. <u>Τις τελευταίες 4 εβδομάδες</u> , για πόσο χρονικό διάστημα.....					
Ζωτικότητα και ψυχική υγεία	Συνεχώς (%)	Τις περισσότερες φορές (%)	Μερικές φορές (%)	Λίγες φορές (%)	Καθόλου (%)
Αισθανόσασταν γεμάτος ζωντάνια	11,0	26,4	28,4	20,3	13,9
Είχατε πολύ εκνευρισμό	9,9	14,2	16,5	31,0	28,4
Αισθανόσασταν τόσο πεσμένος ψυχολογικά που τίποτε δεν μπορούσε να σας φτιάξει το κέφι	7,0	18,3	15,4	27,0	32,5
Αισθανόσασταν ηρεμία και γαλήνη	18,8	31,0	23,5	15,0	10,7
Είχατε πολλή ενεργητικότητα	11,3	27,5	24,3	18,8	18,0
Αισθανόσασταν κακοκεφιά και μελαγχολία	8,1	18,6	21,4	26,7	25,2
Αισθανόσασταν εξάντληση	12,2	21,4	21,2	23,5	21,7
Ήσασταν ευτυχισμένος	21,7	38,3	20,3	13,6	6,1
Αισθανόσασταν κούραση	16,2	21,7	21,2	24,3	16,5

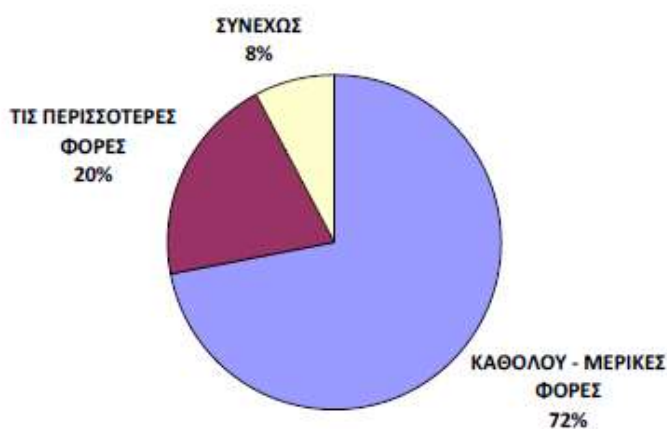
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: «Μελέτη της ποιότητας ζωής σε καρδιοχειρουργημένους ασθενείς έξι μήνες μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση και η συσχέτιση της ψυχολογικής κατάστασης με την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών»

5.3.8.Ο ρόλος της κοινωνικής λειτουργικότητας

Ένα ποσοστό 72% των ασθενών απάντησαν πως εντοπίζουν επιρροή στις κοινωνικές τους δραστηριότητες λόγω της επιβαρυνμένης κατάστασης της υγείας τους μερικές φορές ή και καθόλου, ενώ μόλις το 8% ανέφεραν ότι η επιρροή ήταν διαρκής και συνεχόμενη.

Πίνακας 13: Ο ρόλος της κοινωνικής λειτουργικότητας στους ασθενείς

Ερώτηση 10. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, για πόσο χρονικό διάστημα επηρέασαν τις κοινωνικές σας δραστηριότητες (π.χ. επισκέψεις σε φίλους, συγγενείς κλπ.) η κατάσταση της <u>σωματικής σας υγείας ή συναισθηματικά σας προβλήματα</u>:	
Κοινωνική λειτουργικότητα	%
Συνεχώς	7.8
Τις περισσότερες φορές	20.3
Μερικές φορές	19.1
Λίγες φορές	20.0
Καθόλου	32.8
Σύνολο	100.0



Εικόνα 10: Επιρροή της ασθένειας στην κοινωνική λειτουργικότητα των συμμετεχόντων

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: «Μελέτη της ποιότητας ζωής σε καρδιοχειρουργημένους ασθενείς έξι μήνες μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση και η συσχέτιση της ψυχολογικής κατάστασης με την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών»

5.3.9.Γενική υγεία

Ένα σεβαστό ποσοστό των ασθενών (πλειονότητα κατά 55,2%), σύμφωνα με τον ακόλουθο Πίνακα, απάντησαν ότι εκτιμούσαν τις περισσότερες φορές «λάθος» έως «εντελώς λάθος» ότι αρρώστιασαν λίγο ευκολότερα από άλλους, αντιθέτως το 10,7% απάντησαν πως το έβρισκαν «εντελώς σωστό». Επιπροσθέτως, οι ασθενείς με ποσοστό 48,1%, απάντησαν πως εκτιμούσαν τις περισσότερες φορές «σωστό» έως «εντελώς σωστό» ότι είχαν τα ίδια καλά επίπεδα υγείας με τους γνωστούς τους. Αντιθέτως, το 13,9% απάντησαν πως αυτή η δήλωση ήταν «εντελώς λάθος». 25% των συμμετεχόντων απάντησαν πως εκτιμούσαν τις περισσότερες φορές «λάθος» έως «εντελώς λάθος» πως η υγεία τους θα χειροτερεύσει, ενώ το 11,0% απάντησαν ότι τούτη η δήλωση ήταν «εντελώς σωστή». Αρκετά μεγάλο ποσοστό μπορεί να θεωρηθεί και το 43,5% των ασθενών που απάντησαν πως δεν είχαν γνώση αν η υγεία τους θα πήγαινε καλύτερα ή χειρότερα. Επιπλέον, περίπου ½ των ασθενών απάντησαν (45.2%) ότι εκτιμούσαν τις περισσότερες φορές «σωστό» έως «εντελώς σωστό» πως η υγεία τους ήταν εξαιρετική, ενώ το 15,4% δήλωσαν ότι αυτό ήταν «εντελώς λάθος». Το γενικό συμπέρασμα είναι πως οι περισσότεροι εκ των συμμετεχόντων έχουν την εκτίμηση πως είναι πολύ υγιής και σε πολύ καλά επίπεδα γενικής υγείας.

Πίνακας 14: Ποσοστά απαντήσεων στις ερωτήσεις γενικής υγείας

Ερώτηση 11. Πόσο ΑΛΗΘΙΝΕΣ ή ΨΕΥΔΕΙΣ είναι οι παρακάτω προτάσεις στη δική σας περίπτωση;					
Γενική υγεία	Εντελώς αλήθεια (%)	Τις περισσότερες φορές αλήθεια (%)	Δεν ξέρω (%)	Τις περισσότερες φορές ψέμα (%)	Εντελώς ψέμα (%)
Μου φαίνεται ότι αρρωσταίνω λίγο ευκολότερα από άλλους	10,7	22,3	10,7	22,6	33,6
Είμαι υγιής όσο όλοι οι γνωστοί μου	14,5	33,6	16,8	21,2	13,9
Περιμένω ότι η υγεία μου θα χειροτερεύσει	11,9	19,1	43,5	14,5	11,0
Η υγεία μου είναι εξαιρετική	12,2	33,0	11,0	28,4	15,4

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: «Μελέτη της ποιότητας ζωής σε καρδιοχειρουργημένους ασθενείς έξι μήνες μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση και η συσχέτιση της ψυχολογικής κατάστασης με την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών»

5.3.10. Ανάλυση των 8 επιμέρους παραγόντων υγείας στο επίπεδο ζωής των ασθενών

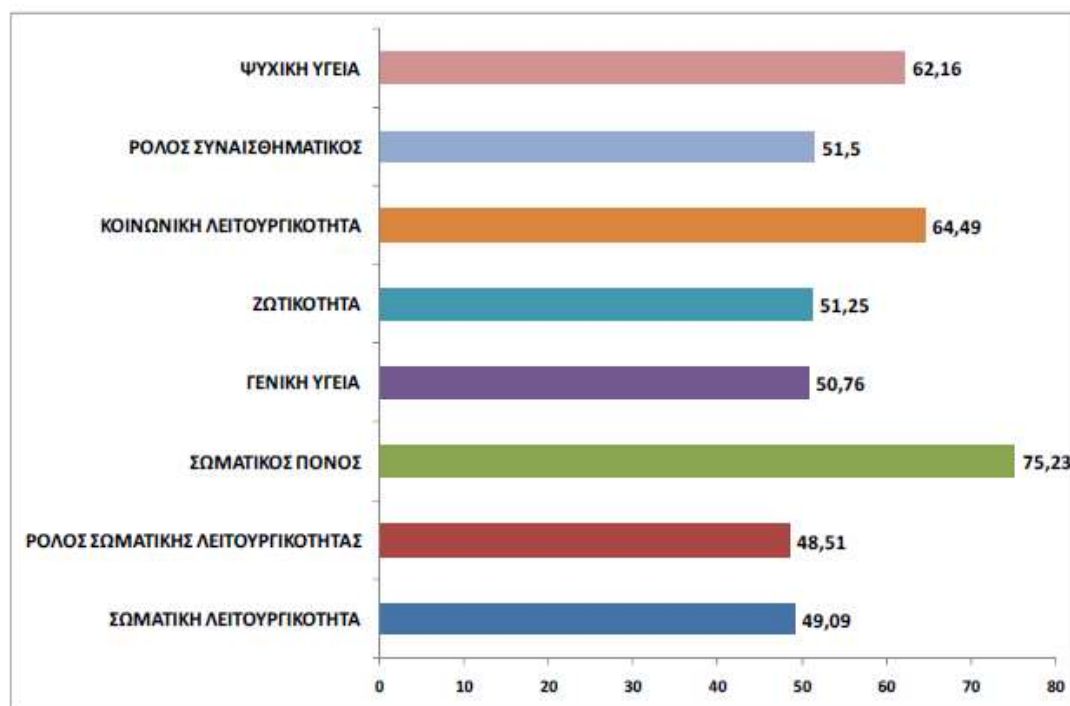
Είναι ξεκάθαρο από τους πίνακες και τα γραφήματα που ακολουθούν, πως το επίπεδο ποιότητας ζωής των συμμετεχόντων βρίσκεται εντός των «φυσιολογικών» ορίων για κάθε διάσταση υγείας που αναλύεται από το ερωτηματολόγιο SF-36. Επιπροσθέτως, σε 3 από τις 8 συνολικά διαστάσεις (σωματικός πόνος, ψυχική υγεία, κοινωνική λειτουργικότητα) οι συμμετέχοντες απάντησαν με πολύ αυξημένα ποσοστά υψηλού επιπέδου ζωής. Οι μέσες τιμές μάλιστα στις παραπάνω κατηγορίες ήταν οι εξής: MT Σωματικού Πόνου=75,23, MT Κοινωνικής Λειτουργικότητας=64,49 και MT Ψυχικής Υγείας=62,16. Τούτο καταδεικνύει πως η ποιότητα ζωής τους στις εν λόγω διαστάσεις υγείας ήταν σε εξίσου υψηλά επίπεδα που θα εντόπιζε κανείς σε έρευνα για άτομα που δεν πάσχουν από πρόβλημα υγείας. Πολύ υψηλή ποιότητα ζωής παρουσιάζεται επιπλέον στις διαστάσεις του σωματικού πόνου (75,23), την κοινωνική λειτουργικότητα (64,49) και την ψυχική υγεία (62,16), ενώ αρκετά χαμηλότερη για τη σωματική λειτουργικότητα (49,09), τη γενική υγεία (50,76), την ζωτικότητα (51,25) και τον συναισθηματικό ρόλο (51,50).

Πίνακας 15: Μέσες τιμές, τυπικές αποκλίσεις και τυπικά σφάλματα για τις 8 διαστάσεις υγείας του ερωτηματολογίου SF36

Διαστάσεις Υγείας	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	Τυπικό Σφάλμα
Σωματική Λειτουργικότητα	49,09	31,24	1,68
Ρόλος Σωματικής Λειτουργικότητας	48,51	35,47	1,91
Σωματικός Πόνος	75,23	30,22	1,62
Γενική Υγεία	50,76	22,59	1,21
Ζωτικότητα	51,25	26,39	1,42
Κοινωνική Λειτουργικότητα	64,49	30,02	1,61
Συναισθηματικός Ρόλος	51,50	36,64	1,97
Ψυχική Υγεία	62,16	25,39	1,37

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: «Μελέτη της ποιότητας ζωής σε καρδιοχειρουργημένους ασθενείς έξι μήνες μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση και η συσχέτιση της ψυχολογικής κατάστασης με την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών»

Καθώς δεν υφίστανται τιμές με τυποποιημένη μορφή για τον ελλαδικό χώρο, προκειμένου να συγκριθούν τα ποσοστά που βρέθηκαν από την παρούσα έρευνα με τους υφιστάμενους δείκτες στην Ελλάδα, παρουσιάζονται ακολούθως τα αποτελέσματα 3 μελετών που έκαναν χρήση του ίδιου ερωτηματολογίου και εργαλείου έρευνας (SF-36) στον ελληνικό πληθυσμό και στον τούρκικο πληθυσμό. (Pappa et al. 2005, Demiral et al. 2006, Τούντας και συν. 2007).



Εικόνα 11: Μέσες τιμές για καθεμιά από τις 8 διαστάσεις υγείας στην ποιότητα ζωής των συμμετεχόντων

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: «Μελέτη της ποιότητας ζωής σε καρδιοχειρουργημένους ασθενείς έξι μήνες μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση και η συσχέτιση της ψυχολογικής κατάστασης με την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών»

Πίνακας 16: Σύγκριση αποτελεσμάτων παρούσας μελέτης με ελληνικές και διεθνείς μελέτες στο σύνολο του ελληνικού και τούρκικου πληθυσμού για την ποιότητα ζωής σε σχέση με τις 8 διαστάσεις υγείας

Επιμέρους Διαστάσεις Υγείας	Παρούσα Μελέτη	Hellas Health	Έρευνα Ελληνικού SF-36	Τουρκικός Πληθυσμός
Σωματική Λειτουργικότητα	49,09	56,65	55,5	56,3
Ρόλος Σωματικής Λειτουργικότητας	48,51	54,80	56,0	64,0
Σωματικός Πόνος	75,23	62,03	60,69	70,3
Γενική Υγεία	50,76	53,93	48,4	62,8
Ζωτικότητα	51,25	52,77	52,71	60,9
Κοινωνική Λειτουργικότητα	64,49	66,69	64,31	83,7
Συναισθηματικός Ρόλος	51,50	66,96	69,35	86,5
Ψυχική Υγεία	62,16	60,73	60,63	72,0

Πηγή: Τούντας, και συν., 2007, Pappa, et al., 2005, Demiral, et al., 2006.

Από τη σύγκριση που φαίνεται στον Πίνακα 16, είναι εμφανές πως οι τιμές για κάθε διάσταση υγείας είναι κατάτι χαμηλότερες σε σχέση με αυτές που αφορούν το σύνολο του πληθυσμού, κάτι που είναι απολύτως αναμενόμενο, καθώς η παρούσα έρευνα απευθύνθηκε σε άτομα που πάσχουν από χρόνια και πολύ σοβαρό νόσημα. Η διάσταση του συναισθηματικού ρόλου εμφανίζεται με τις χαμηλότερες τιμές (MT=51,50 vs 66,96 και 69,35) και αντιστοίχως πολύ υψηλότερες οι τιμές για το σωματικό πόνο (MT=72,23 vs 62,03 και 60,69). Εκ των αποτελεσμάτων των ερευνών σχετικά με τον πληθυσμό της Ελλάδας, είναι εμφανές πως το επίπεδο ποιότητας ζωής στη χώρα είναι κάπως χαμηλότερο σε σχέση με το αντίστοιχο επίπεδο του Τούρκικου πληθυσμού και για τις 8 διαστάσεις υγείας.

5.3.11. Σωματική λειτουργικότητα και ψυχική υγεία

Ο ακόλουθος πίνακας και το αντίστοιχο γράφημα, απεικονίζουν ποια είναι η βαθμολογία των συμμετεχόντων για τις δύο γενικές διαστάσεις υγείας: ψυχική και σωματική. Όπως αναφέρθηκε στη θεωρία, το SF36 έχει 4 διαστάσεις υγείας που αντιστοιχούν στη σωματική υγεία και άλλες 4 που αντιστοιχούν στην ψυχική υγεία. Όπως αναφέρεται σε διάφορες έρευνες στη διεθνή βιβλιογραφία (πχ.

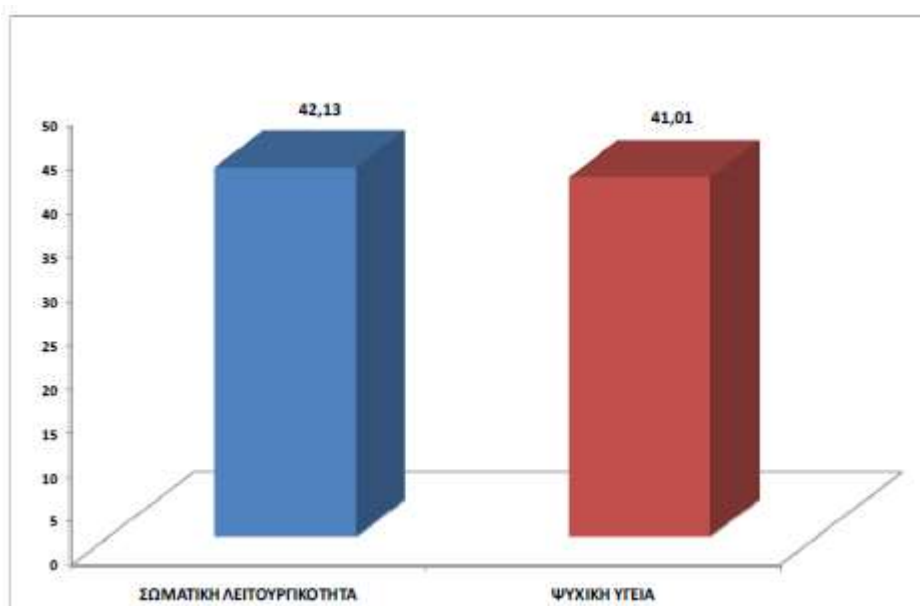
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: «Μελέτη της ποιότητας ζωής σε καρδιοχειρουργημένους ασθενείς έξι μήνες μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση και η συσχέτιση της ψυχολογικής κατάστασης με την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών»

Ware, Kosinski and Dewey 2000) οποιαδήποτε μέση τιμή σκορ βρίσκεται εντός των ορίων [47-53] μπορεί να εκτιμηθεί ως φυσιολογική. Σε περίπτωση που η μέση τιμή είναι μικρότερη του 47, αυτό συνεπάγεται πως έχει επηρεαστεί η ανάλογη λειτουργικότητα ορίων, αφού ενδεικτικά βρίσκονται σε καλύτερο επίπεδο. Πρέπει σίγουρα σε αυτό το σημείο να γίνει η επισημάνση πως το σκορ αυτό (47) πρέπει να ληφθεί χαμηλότερο γιατί μεγάλος παράγοντας είναι και η ηλικία του δείγματος που ούτως ή άλλως είναι από 45 έτη και άνω, συνεπώς υπάρχει σχεδόν αναπόφευκτα και μια σχετική ψυχική και σωματική φθορά που είναι επακόλουθο του χρόνου και όχι της ασθένειας αυτής καθεαυτής. Με βάση τα όσα αναφέρθηκαν παρουσιάστηκαν μέσες τιμές: 42.13 και 41.01 για τη σωματική και την ψυχική υγεία αντιστοίχως, που μπορούν να θεωρηθούν ότι αντιστοιχούν σε ένα επίπεδο ποιότητας ζωής τουλάχιστον ικανοποιητικό. Πρέπει ωστόσο να παρατηρηθεί το γεγονός πως οι ανωτέρω βαθμολογίες καθώς δεν υφίστανται νόρμες που αφορούν τον πληθυσμό στην Ελλάδα, υπολογίστηκαν με βάση τη μεθοδολογία που δίδεται από τους συγγραφείς του εργαλείου SF36 που είναι γενικές και δεν εξειδικεύουν με συντελεστές βαρύτητας για την εκάστοτε χώρα, άρα και τα συμπεράσματα που προκύπτουν σε αυτό το σημείο θα πρέπει να εξεταστούν ως μια ένδειξη και όχι ως κάτι γενικευμένο, καθώς υπάρχουν ούτως ή άλλως αρκετές ασάφειες και επιφυλάξεις για το συγκεκριμένο πολυπαραγοντικό πρόβλημα.

Πίνακας 17: Βαθμοί στο σύνολο των σωματικών και ψυχικών διαστάσεων του SF36

Συνολικές Διαστάσεις Υγείας	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	Τυπικό Σφάλμα
Σωματική Λειτουργικότητα	42,13	10,52	10,52
Ψυχική Υγεία	41,01	14,31	14,31

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: «Μελέτη της ποιότητας ζωής σε καρδιοχειρουργημένους ασθενείς έξι μήνες μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση και η συσχέτιση της ψυχολογικής κατάστασης με την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών»



Εικόνα 12: Μέσες τιμές στους δείκτες ψυχικής και σωματικής λειτουργικότητας των ασθενών

5.4. Συσχετίσεις – Επαγωγική στατιστική

5.4.1. Συσχέτιση ποιότητας ζωής με το φύλο των ασθενών

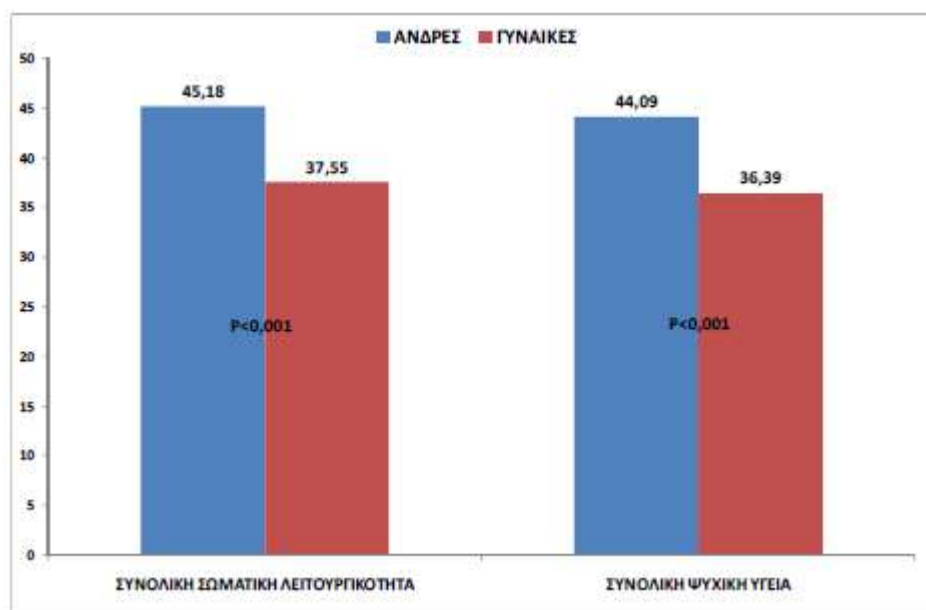
Όπως φαίνεται στον ακόλουθο Πίνακα ο οποίος απεικονίζει τι αντίληψη είχαν οι συμμετέχοντες για την υγεία του σε σχέση με το φύλο τους, παρουσιάζεται το γεγονός πως οι ασθενείς αντρικού φύλου εμφάνιζαν υψηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής και μάλιστα εμφανίστηκε και στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση ($P=0,000$) σε σχέση με τις γυναίκες – συμμετέχοντες και για τις 8 διαστάσεις του ερωτηματολογίου. Όπως μάλιστα παρατηρείται συνολικά, οι άνδρες παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ($P<0,001$) στις 2 συνολικές διαστάσεις της ποιότητας ζωής εν συγκρίσει με τις γυναίκες στο δείγμα. Μάλιστα οι άντρες παρουσιάζουν μέση τιμή $MT=45,18$ και $MT=44,09$ για τους συνολικούς δείκτες σωματικής λειτουργικότητας και ψυχικής υγείας κατ'αντιστοιχία.

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: «Μελέτη της ποιότητας ζωής σε καρδιοχειρουργημένους ασθενείς έξι μήνες μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση και η συσχέτιση της ψυχολογικής κατάστασης με την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών»

Πίνακας 18: Συσχέτιση ποιότητας ζωής στις 8 διαστάσεις υγείας και στις 2 γενικές και φύλου ασθενών

Ποιότητα ζωής και φύλο					
Διαστάσεις Υγείας	Άνδρες		Γυναίκες		
	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	p*
Σωματική Λειτουργικότητα	59,28	29,21	33,80	27,85	0,000
Ρόλος Σωματικής Λειτουργικότητας	55,07	35,83	38,68	32,65	0,000
Σωματικός Πόνος	82,31	26,67	64,62	32,15	0,000
Γενική Υγεία	56,81	21,55	41,69	21,10	0,000
Ζωτικότητα	58,42	25,07	40,49	24,69	0,000
Κοινωνική Λειτουργικότητα	70,53	28,24	55,43	30,43	0,000
Ρόλος Συναισθηματικός	58,53	36,41	40,94	34,51	0,000
Ψυχική Υγεία	68,53	23,96	52,61	24,53	0,000
Συνολική Σωματική Λειτουργικότητα	45,18	9,44	37,55	10,43	0,000
Συνολική Ψυχική Υγεία	44,09	13,80	36,39	13,85	0,000

* T-test & Mann-Whitney U

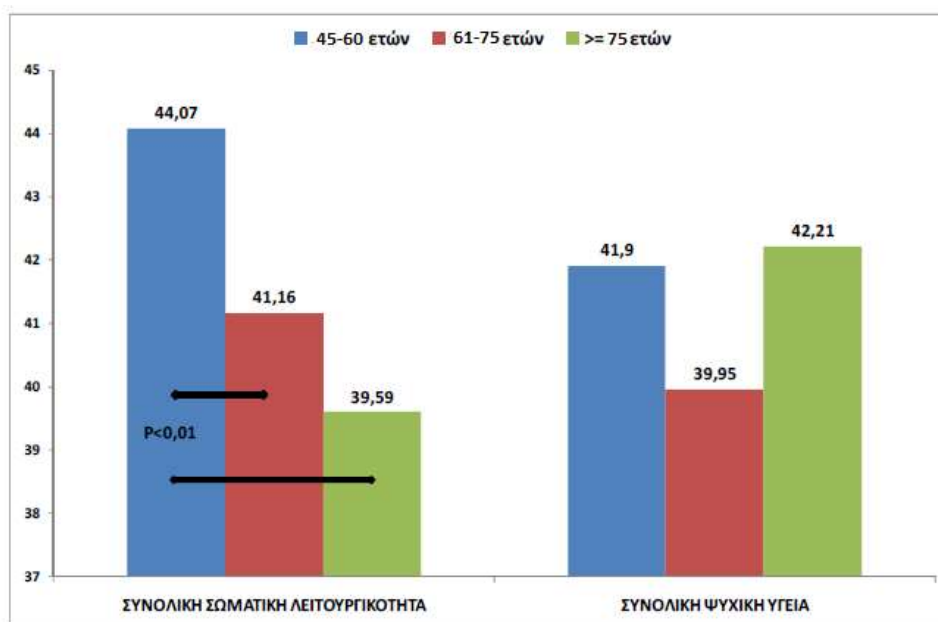


Εικόνα 13: Ποιότητα ζωής ασθενών στις 2 γενικές διαστάσεις (σωματική και ψυχική λειτουργικότητα) σε σχέση με το φύλο

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: «Μελέτη της ποιότητας ζωής σε καρδιοχειρουργημένους ασθενείς έξι μήνες μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση και η συσχέτιση της ψυχολογικής κατάστασης με την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών»

5.4.2.Συσχέτιση ποιότητας ζωής με την ηλικία των ασθενών

Προέκυψε αρνητική συσχέτιση σε μικρό βαθμό μεταξύ της ηλικίας των ασθενών και των διαστάσεων της ΠΖ όσον αφορά τη διάσταση τη διάσταση της σωματικής λειτουργικότητας (Pearson = -0,17 και Spearman = -0,18 $P<0,01$) και της συνολικής σωματικής λειτουργικότητας (Pearson = -0,16 και Spearman = -0,17 $P<0,01$). Τούτο συνεπάγεται ότι για τις 2 αυτές διαστάσεις ΠΖ για μεγαλύτερες ηλικίες παρουσιάζεται πιο χαμηλό επίπεδο ΠΖ. Ακολουθώντας, έγινε κατηγοριοποίηση της ηλικίας σε 3 κλάσεις: ασθενείς 45-60 ετών, ασθενείς 61-75 ετών και ≥ 75 ετών. Εκτελέσθηκε η δοκιμασία one way-ANOVA για τον έλεγχο των διαφορών. Στον Πίνακα και το Γράφημα που ακολουθεί, απεικονίζονται τα αποτελέσματα σε σχέση με τις αντιλήψεις των ερωτηθέντων ανά ηλικιακή κλάση και ανά διάσταση υγείας. Οι δύο στατιστικές δοκιμές (one way – ANOVA και Kruskal-Wallis) έδωσαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη διάσταση που τη σωματική λειτουργικότητα ($P=0,004$) και την συνολική βαθμολογία για τη σωματική λειτουργικότητα ($P=0,007$). Όπως κατέδειξαν οι Post hoc δοκιμασίες (Bonferroni, Scedge), η διαφορά που εντοπίστηκε σχετιζόταν με την ηλικιακή κλάση των συμμετεχόντων από 61-75 ετών που απάντησαν δίδοντας υψηλότερο επίπεδο Ποιότητας Ζωής σε σχέση με τις 2 άλλες κλάσεις ηλικίας. ($P<0,001$). Εντυπωσιακό είναι το γεγονός πως παρότι δεν εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στη διάσταση της συνολικής ψυχικής υγείας, η ενδιάμεση ηλικιακή ομάδα των 61-75 χρόνων εμφάνιζε πιο χαμηλή ποιότητας ζωής, ενώ οι πιο ηλικιωμένοι συμμετέχοντες στην κλάση άνω των 75 ετών εμφάνιζαν καλύτερες βαθμολογίες.



Εικόνα 14: Ποιότητα ζωής συμμετεχόντων για τις 2 συνολικές διαστάσεις σωματικής και ψυχικής υγείας ανά ηλικιακή κλάση

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: «Μελέτη της ποιότητας ζωής σε καρδιοχειρουργημένους ασθενείς έξι μήνες μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση και η συσχέτιση της ψυχολογικής κατάστασης με την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών»

Πίνακας 19: Συσχέτιση διαστάσεων ποιότητας ζωής και ηλικίας συμμετεχόντων

Διαστάσεις Υγείας	45-60 ετών		61-75 ετών		>=75 ετών		P*	P**
	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση		
Σωματική Λειτουργικότητα	55,72	30,61	45,43	31,49	41,74	28,93	0,004	0,004
Ρόλος Σωματικής Λειτουργικότητας	54,08	33,96	45,35	36,09	42,73	36,24	0,054	0,055
Σωματικός Πόνος	77,33	28,73	73,91	30,86	73,53	32,64	0,573	0,589
Γενική Υγεία	53,12	22,35	48,71	22,48	51,00	23,54	0,241	0,210
Ζωτικότητα	53,71	26,27	49,89	26,93	48,55	24,58	0,352	0,342
Κοινωνική Λειτουργικότητα	66,85	29,54	62,42	29,81	64,83	32,42	0,443	0,429
Ρόλος Συναισθηματικός	56,34	35,46	47,10	36,86	52,71	38,31	0,090	0,105
Ψυχική Υγεία	63,48	24,28	60,88	26,39	62,79	25,29	0,667	0,730
Συνολική Σωματική Λειτουργικότητα	44,07	10,25	41,16	10,78	39,59	9,51	0,013	0,007
Συνολική Ψυχική Υγεία	41,90	13,24	39,95	14,83	42,21	15,57	0,419	0,419

* One way – ANOVA ** Kruskal-Wallis H

5.4.3. Συσχέτιση ποιότητας ζωής συμμετεχόντων και οικογενειακής τους κατάστασης

Με βάση το υψηλό ποσοστό των ασθενών που ήταν έγγαμοι (81,2%) έγινε κατηγοριοποίηση σε δύο κατηγορίες: με σύζυγο ή χωρίς. Επιπλέον, σε μικρότερο ποσοστό ήταν άγαμοι (0,7%), διαζευγμένοι (1,2%) και χήροι/χήρες (17,1%). Ο Πίνακας που ακολουθεί εμφανίζει τις 8 διαστάσεις υγείας στην ποιότητα ζωής των συμμετεχόντων και η παράμετρος που εξετάζεται είναι η παρουσία ή η απουσία συζύγου. Όπως προέκυψε από τις στατιστικές δοκιμές T-test & Mann-Whitney U, εμφανίστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές σε 5 εκ των 8 διαστάσεων υγείας. Συγκεκριμένα: στη σωματική λειτουργικότητα ($P=0,00$), το σωματικό πόνο ($P=0,023$), το ρόλο σωματικής λειτουργικότητας και τη γενική υγεία (ίδια τιμή συσχέτισης $P=0,038$), και την ψυχική υγεία ($P=0,049$), με τους συμμετέχοντες που είχαν παρόντα τον/την σύζυγο, να παρουσιάζουν σαφέστερα πιο υψηλό επίπεδο ΠΖ σε σχέση με εκείνους που δεν τον είχαν.

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: «Μελέτη της ποιότητας ζωής σε καρδιοχειρουργημένους ασθενείς έξι μήνες μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση και η συσχέτιση της ψυχολογικής κατάστασης με την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών»

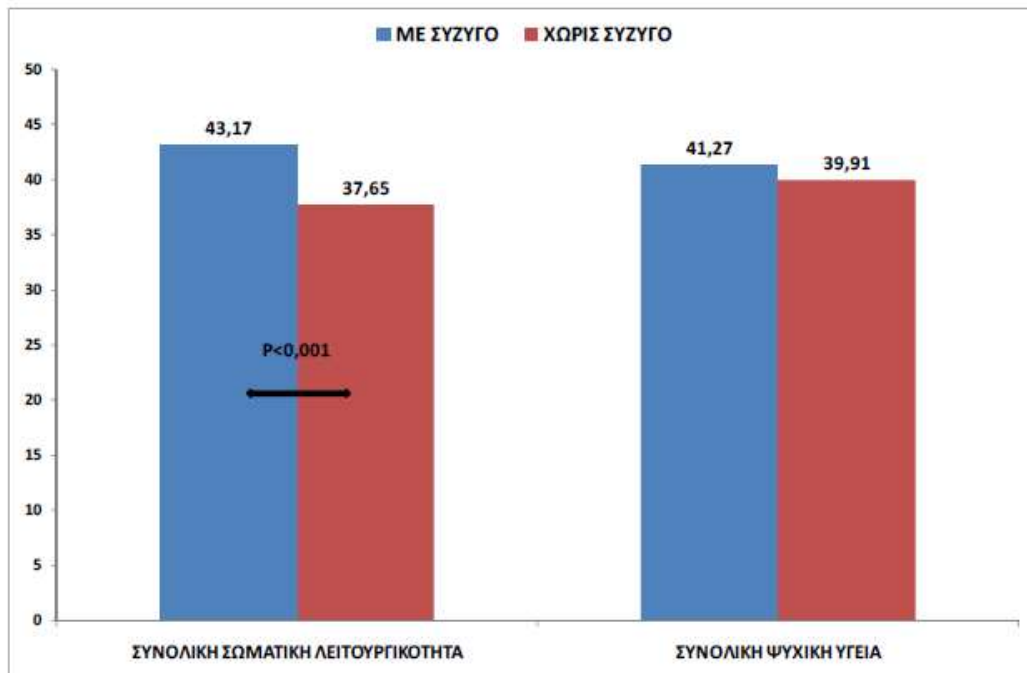
Το Γράφημα που ακολουθεί, απεικονίζει οπτικά τι αποτελέσματα έδωσαν οι στατιστικές δοκιμές T-test & Mann-Whitney U αναφορικά με τις 2 γενικευμένες βαθμολογίες και την Ποιότητα Ζωής των συμμετεχόντων που είχαν ή όχι σύζυγο. Εκ των αποτελεσμάτων προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά στη συνολική διάσταση της σωματικής λειτουργικότητας ($P<0,001$) με τους ασθενείς που είχαν σύζυγο να έχουν δηλώσει υψηλότερο επίπεδο ποιότητας ζωής ($MT=43,17$) σε σύγκριση με εκείνους που δεν είχαν ($MT=37,65$). Επιπλέον, αναλογικά με την ψυχική υγεία παρότι δεν υπήρξε που κάποια στατιστικά σημαντική διαφορά, είναι εμφανές που οι συμμετέχοντες με σύζυγο παρουσίαζαν και υψηλότερα επίπεδα ΠΖ ($MT=41,27$) σε σύγκριση με εκείνους που δεν είχαν ($MT=39,91$).

Πίνακας 20: Συσχέτιση διαστάσεων ποιότητας ζωής και οικογενειακής κατάστασης συμμετεχόντων

Ποιότητα ζωής και οικογενειακή κατάσταση						
Διαστάσεις Υγείας	Με Σύζυγο		Χωρίς Σύζυγο		P*	P**
	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση		
Σωματική Λειτουργικότητα	52,45	30,56	34,62	30,19	0,000	0,000
Ρόλος Σωματικής Λειτουργικότητας	50,40	35,57	40,38	34,13	0,040	0,038
Σωματικός Πόνος	76,93	29,69	67,94	31,60	0,031	0,023
Γενική Υγεία	52,01	22,21	45,35	23,60	0,032	0,038
Ζωτικότητα	52,43	26,26	46,15	26,58	0,084	0,068
Κοινωνική Λειτουργικότητα	65,76	29,18	59,04	33,11	0,104	0,130
Ρόλος Συναισθηματικός	51,90	36,56	49,74	37,24	0,669	0,591
Ψυχική Υγεία	63,55	24,73	56,15	27,44	0,034	0,049
Συνολική Σωματική Λειτουργικότητα	43,17	10,21	37,65	10,73	0,000	0,000
Συνολική Ψυχική Υγεία	41,27	13,87	39,91	16,12	0,491	0,637

* T-test ** Mann-Whitnev U

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: «Μελέτη της ποιότητας ζωής σε καρδιοχειρουργημένους ασθενείς έξι μήνες μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση και η συσχέτιση της ψυχολογικής κατάστασης με την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών»

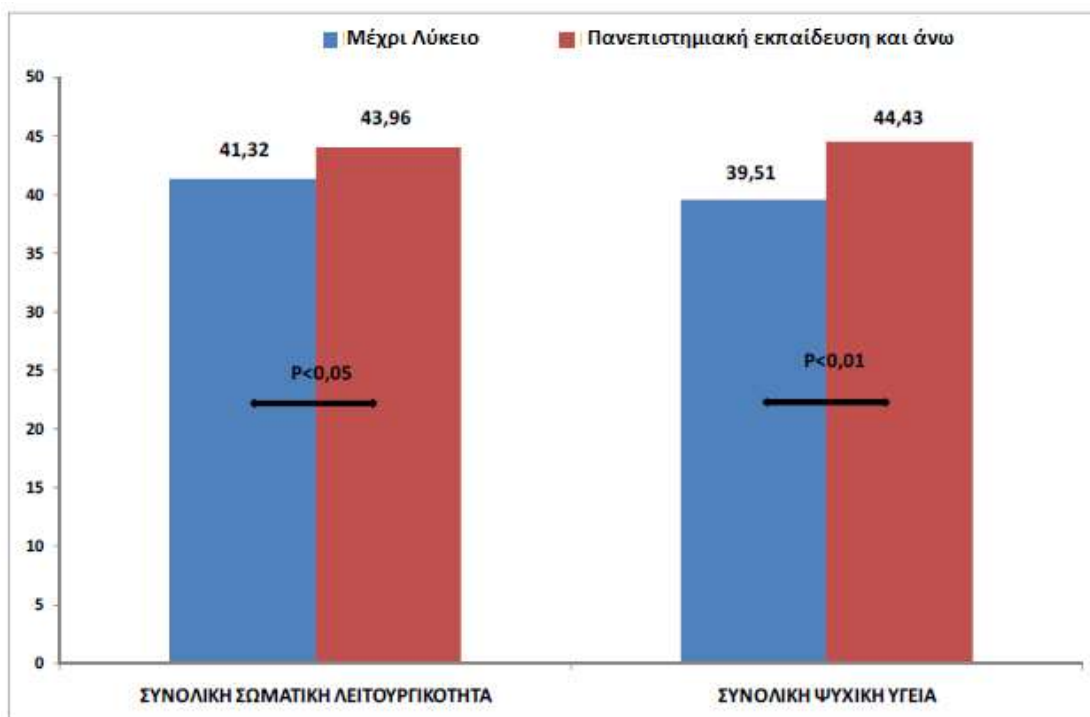


Εικόνα 15: Απεικόνιση συσχέτισης οικογενειακής κατάστασης (ύπαρξη ή όχι συζύγου) με τις γενικευμένες διαστάσεις ΠΖ (σωματική και ψυχική υγεία)

5.4.4.Συσχέτιση ποιότητας ζωής και μορφωτικού επιπέδου συμμετεχόντων

Όπως φαίνεται στον Πίνακα και το Γράφημα που ακολουθεί αναφορικά με την ποιότητα ζωής των συμμετεχόντων σχετιζόμενη με τις 2 γενικευμένες κατηγορίες του επιπέδου εκπαίδευσης (βασική εκπαίδευση μέχρι λύκειο – πανεπιστημιακή εκπαίδευση και άνω), βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά για το σύνολο των επιμέρους διαστάσεων υγείας με συμπερίληψη και των 2 συνολικών βαθμολογιών ($P=0,000-0,04$) πέραν της διάστασης που αφορούσε την κοινωνική λειτουργικότητα όπου και παρουσιάστηκε οριακό αποτέλεσμα στη στατιστική δοκιμασία. Αναφορικά με τις 2 γενικευμένες διαστάσεις ψυχικής και σωματικής υγείας βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά με $MT=43,96$ ($P<0,05$) και $MT=44,43$ ($P<0,01$) αντίστοιχα, με τους ασθενείς που είχαν πανεπιστημιακή και άνω εκπαίδευση να έχουν δηλώσει υψηλότερο επίπεδο Ποιότητας Ζωής σε σχέση με όσους είχαν απλά την βασική εκπαίδευση.

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: «Μελέτη της ποιότητας ζωής σε καρδιοχειρουργημένους ασθενείς έξι μήνες μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση και η συσχέτιση της ψυχολογικής κατάστασης με την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών»



Εικόνα 16: Συσχέτιση μορφωτικού επιπέδου και ΠΖ για τις 2 γενικευμένες διαστάσεις υγείας

Πίνακας 21: Συσχέτιση επιμέρους διαστάσεων υγείας με μορφωτικό επίπεδο συμμετεχόντων

Ποιότητα ζωής και επίπεδο εκπαίδευσης						
Διαστάσεις Υγείας	Μέχρι Λύκειο		Ανώτατη εκπαίδευση		p*	p**
	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση		
Σωματική Λειτουργικότητα	46,23	30,70	55,62	31,62	0,010	0,012
Ρόλος Σωματικής Λειτουργικότητας	44,87	33,88	56,85	37,72	0,004	0,007
Σωματικός Πόνος	73,18	30,24	79,91	29,77	0,057	0,028
Γενική Υγεία	49,07	22,34	54,62	22,80	0,036	0,049
Ζωτικότητα	49,19	25,21	55,95	28,49	0,028	0,033
Κοινωνική Λειτουργικότητα	62,55	29,96	68,93	29,83	0,069	0,067
Ρόλος Συναισθηματικός	47,78	35,68	60,00	37,56	0,004	0,006
Ψυχική Υγεία	59,15	24,82	69,05	25,44	0,001	0,000
Συνολική Σωματική Λειτουργικότητα	41,32	10,42	43,96	10,57	0,032	0,020
Συνολική Ψυχική Υγεία	39,51	14,19	44,43	14,06	0,003	0,003

* T-test **Mann-Whitney U

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: «Μελέτη της ποιότητας ζωής σε καρδιοχειρουργημένους ασθενείς έξι μήνες μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση και η συσχέτιση της ψυχολογικής κατάστασης με την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών»

Κεφάλαιο 6. Συμπεράσματα - Προτάσεις

Σε σχέση με τα ποσοτικά δεδομένα φαίνεται ότι οι αντιλήψεις των ασθενών για την σωματική και ψυχική τους υγεία συγκλίνουν, βαθμολογώντας στο ίδιο περίπου επίπεδο την ΠΖ. Οι διαφορές που εντοπίστηκαν στις επιμέρους διαστάσεις υγείας αφορούν περισσότερο στη σωματική λειτουργικότητα και τη γενική υγεία. Σε αυτά τα αποτελέσματα κατέληξε και η ανάλυση περιεχομένου των ποιοτικών δεδομένων που συμφωνούν με όλες τις άλλες διαστάσεις. Όπως προαναφέρθηκε αυτό φαίνεται να οφειλόταν σε κάπως πιο αντικειμενική ή αυστηρή αξιολόγηση εκ μέρους των συγγενών. Φάνηκε επίσης ότι η ΠΖ των ασθενών επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες, όπως την ηλικία, το φύλο, το επίπεδο εκπαίδευσης, την παρουσία συζύγου ή άλλου ατόμου από το στενό οικογενειακό του περιβάλλον κλπ. Επιπλέον, οι συμμετέχοντες έδωσαν αποτελέσματα που κατέδειξαν πως το επίπεδο της ποιότητας ζωής τους, τόσο ως προς τα ποσοτικά όσο και τα ποιοτικά δεδομένα ήταν χαμηλότερο του γενικού πληθυσμού, αλλά σε ικανοποιητικά επίπεδα συγκρινόμενο με τα όρια σε 2 μελέτες για τον ελληνικό και τουρκικό πληθυσμό. Το γεγονός ότι το επίπεδο της ποιότητας ζωής των ασθενών με στεφανιαία νόσο βρέθηκε χαμηλότερο από το γενικό πληθυσμό των 2 αυτών χωρών, σχετίζεται με την ηλικία και την ύπαρξη συνοδών νοσημάτων όπως υποστηρίζεται και από την σχετική βιβλιογραφία. Συστήνεται όμως περαιτέρω έρευνα που να καλύπτει σε μεγαλύτερη έκταση τον πληθυσμό, περιλαμβάνοντας και τα ιδιωτικά νοσηλευτήρια και άλλες εθνικότητες αφού σύμφωνα με την πρόσφατη απογραφή πληθυσμού του 2011, ο σημερινός πληθυσμός της Ελλάδας έχει μια αύξηση 20% που οφείλεται στην παρουσία αλλοδαπών. Επιπλέον η έρευνα θα πρέπει να επεκτείνεται και στη συλλογή ποιοτικών δεδομένων για την εις βάθος μελέτη του θέματος. Όσον αφορά τη σύγκριση με το γενικό πληθυσμό, οι νόρμες θα πρέπει να αναβαθμιστούν για την Ελλάδα αλλά και για την ΕΕ (υπάρχει επί του παρόντος μόνο νόρμα για τον Αμερικάνικο Πληθυσμό και το Ερωτηματολόγιο SF36).

Σε σχέση με τα αποτελέσματα των ποιοτικών δεδομένων που προέκυψαν από γενικές συνεντεύξεις στη διάρκεια της απάντησης των ερωτηματολογίων, αρκετοί ασθενείς και συγγενείς εξέφρασαν παράπονα για την καθυστέρηση στα ραντεβού, στην ιατρική παρακολούθηση και στη δημιουργία δομών στην κοινότητα για την καλύτερη παρακολούθησή τους. Εύρημα που επιβεβαιώνεται από την υπάρχουσα βιβλιογραφία (Asadi-Lari et al. 2004). Δεδομένης και της αναγνώρισης, ότι οι ηλικιωμένοι αντιμετωπίζουν και άλλα προβλήματα υγείας, που τους καθιστά ευάλωτη ομάδα πληθυσμού, θα έπρεπε το κράτος να προβεί στα ανάλογα μέτρα στήριξης και φροντίδας. Επιπλέον, ένα ιδιαίτερο συμπέρασμα που προέκυψε από τις συναντήσεις με τους ασθενείς

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: «Μελέτη της ποιότητας ζωής σε καρδιοχειρουργημένους ασθενείς έξι μήνες μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση και η συσχέτιση της ψυχολογικής κατάστασης με την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών»

αλλά δεν μπορεί να απεικονισθεί στο ερωτηματολόγιο καθώς δεν υπήρχε αντίστοιχο πεδίο, ήταν το γεγονός ότι η ΠΖ των ανδρών ήταν αισθητά βελτιωμένη σε περίπτωση που το καρδιαγγειακό τους νόσημα δεν στεκόταν εμπόδιο στη σεξουαλική τους ζωή, ενώ αντιθέτως πιο ουδέτερα ήταν τα αντίστοιχα αποτελέσματα για της γυναίκες συμμετέχουσες. Προτείνεται στο μέλλον σε ένα εργαλείο έρευνας που θα αναπτυχθεί, αν τοποθετηθούν και οι κατάλληλες ερωτήσεις ώστε να συνυπολογίζεται και αυτός ο παράγοντας.

Αναλυτικότερα με βάση τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, συστήνεται όπως γίνουν οι κάτωθι παρεμβάσεις:

1) Εισαγωγή ενός συστήματος διαχρονικής αξιολόγησης της ποιότητας της ζωής και δημιουργία μιας βάσης δεδομένων για όλους τους ασθενείς. Η συνεχής αξιολόγηση θα διευκολύνει την επικοινωνία με τον ασθενή, τον έλεγχο και αναγνώριση προβλημάτων, τον καθορισμό προτεραιοτήτων, την παρακολούθηση των αλλαγών ή της ανταπόκρισης στη θεραπεία και τέλος τη συμμετοχή του ασθενή στη λήψη των κλινικών αποφάσεων. Επίσης, θα δοθεί η δυνατότητα αναγνώρισης των ασθενών «υψηλού κινδύνου» με βάση δημογραφικά και κλινικά κριτήρια (π.χ. ηλικιωμένοι, γυναίκες, ασθενείς με άλλα νοσήματα, παρουσία χρόνιων νοσημάτων), αλλά και των ασθενών με συναισθηματικά προβλήματα και αδυναμία προσαρμογής στη νέα κατάσταση, έτσι ώστε να γίνουν οι ανάλογες παρεμβάσεις

2) Εξατομικευμένη υποστήριξη της ομάδας ασθενών «υψηλού κινδύνου», που όπως δείχνουν τα ερευνητικά δεδομένα είναι κύρια οι γυναίκες και οι ηλικιωμένοι. Επίσης, οι ασθενείς θα πρέπει να ενημερωθούν για τη «φυσιολογική» καθυστέρηση της αποκατάστασης της υγείας τους και για τις υπηρεσίες που θα είναι διαθέσιμες με την έξοδό τους από το νοσοκομείο.

3) Ιδιαίτερη έμφαση πρέπει να δοθεί στην ενημέρωση και εκπαίδευση του ασθενή και των συγγενών του για τη νόσο, την εξέλιξή της, τα πιθανά προβλήματα, την αυτοφροντίδα, κτλ. Ο καλύτερα ενημερωμένος ασθενής έχει καλύτερη συναισθηματική κατάσταση, άρα και καλύτερη ποιότητα ζωής. Αρχικά, θα πρέπει να αναγνωριστούν οι ασθενείς με χαμηλό επίπεδο γνώσεων. Η ενημέρωση θα πρέπει να παρέχεται, εκτός από το θεράποντα ιατρό, από συγκεκριμένα άτομα που θα έχουν ειδική εκπαίδευση για να αναλάβουν τη συνεχή εκπαίδευση του ασθενή και την επίλυση βασικών, καθημερινών προβλημάτων π.χ. με τον ορισμό ενός νοσηλευτή ως συνδέσμου- συντονιστή, ο οποίος ύστερα από κατάλληλη εκπαίδευση, θα ενημερώνει και θα κατευθύνει τους ασθενείς στις διάφορες υπηρεσίες. Αυτή η ρύθμιση θα μπορούσε να συντελέσει στη δημιουργία διευρυμένων δομών στην κοινότητα ως συνέχεια της κοινοτικής νοσηλευτικής φροντίδας. Επίσης, θα πρέπει να δίνεται στον ασθενή και τους συγγενείς έντυπο υλικό που θα εξηγεί με απλά λόγια τη νόσο, την

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: «Μελέτη της ποιότητας ζωής σε καρδιοχειρουργημένους ασθενείς έξι μήνες μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση και η συσχέτιση της ψυχολογικής κατάστασης με την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών»

μετεγχειρητική πορεία, την επίδραση των παραγόντων κινδύνου, την έγκαιρη αναγνώριση επιπλοκών, την αυτοφροντίδα κτλ, ώστε η αναγκαία πληροφορία να είναι πάντα διαθέσιμη.

4) Ενημέρωση και εκπαίδευση του προσωπικού (με συνέδρια, ημερίδες, προγράμματα κατάρτισης, συνεχιζόμενη εκπαίδευση κτλ) σε θέματα δικαιωμάτων ασθενών και αποκατάστασης. Βασικός στόχος σε αυτά τα προγράμματα δεν πρέπει να είναι μόνο η αύξηση των γνώσεων και η απόκτηση δεξιοτήτων, αλλά και η αλλαγή της στάσης του προσωπικού σε σχέση με την ομαδική και ασθενο-κεντρική προσέγγιση που θα πρέπει να ακολουθηθεί, τα δικαιώματα των ασθενών και φυσικά τη σημασία της αξιολόγησης της ποιότητας της ζωής.

5) Δημιουργία ειδικών προγραμμάτων αποκατάστασης στα οποία η φροντίδα των ασθενών θα εξατομικεύεται με βάση τα αντικειμενικά κριτήρια αλλά και τις μετρήσεις της ποιότητας της ζωής. Η φροντίδα αυτή θα πρέπει να είναι ομαδική και διεπιστημονική. Σημαντικό στοιχείο της αποκατάστασης θα πρέπει να είναι προσπάθεια «απεξάρτησης» του ασθενή από την «υπερπροστατευτική» φροντίδα των συγγενών του.

6) Οι μετρήσεις της ποιότητας ζωής των ασθενών πρέπει να συμπεριληφθούν στους επίσημους δείκτες αποτελεσματικότητας των χειρουργικών επεμβάσεων σε καρδιαγγειακά νοσήματα και να ληφθούν υπόψη στη χάραξη πολιτικής στο χώρο της υγείας.

Κλείνοντας, θα πρέπει να τονιστεί ότι παρόλη την οικονομική κρίση που αντιμετωπίζει σήμερα η Ευρώπη, η πρόκληση για την αύξηση της παραγωγικότητας και μείωσης του κόστους στον τομέα της υγείας, είναι η επίτευξη μιας ισορροπίας μεταξύ της συνεχούς επιδίωξης για νέες γνώσεις και της εφαρμογής εκείνων των γνώσεων που έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικές και συνεισφέρουν πραγματικά στη βελτίωση της φροντίδας των πολιτών και ιδιαίτερα των ηλικιωμένων πολιτών.

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: «Μελέτη της ποιότητας ζωής σε καρδιοχειρουργημένους ασθενείς έξι μήνες μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση και η συσχέτιση της ψυχολογικής κατάστασης με την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών»

Βιβλιογραφία

Ελληνική

- Δαρβίρη, Χ. (2009). *Προαγωγή Υγείας*. Εκδόσεις Πασχαλίδης, Νοσηλευτική βιβλιοθήκη: Αθήνα.
- Καραδήμας, Ε. (2005). *Ψυχολογία της Υγείας: Θεωρία και Κλινική Πράξη*. Αθήνα: Εκδόσεις Τυπωθήτω.
- Καϊτελίδου, Δ. και Καλογεροπούλου, Μ. (2013). Οικονομική κρίση και «βόμβα» νοσηρότητας στην Ελλάδα. *Νοσηλεία και Έρευνα*, 37(12), σσ. 254-265.
- Κίτσου, Γ., & Μπέλλου, Μ. (2013). *Ποιότητα Ζωής Ατόμων με Καρδιακό Νόσημα*. Α.Τ.Ε.Ι. Καλαμάτας, Σχολή Διοίκησης και Οικονομίας, Τμήμα Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας, Διπλωματική Εργασία.
- Κρεμαστινός, Δ. (2007). *Αναζητώντας τα Μυστικά της Καρδιάς*. Αθήνα: Εκδόσεις Λιβάνη.
- Κυριακίδης, Μ. (2004). *Εις Υγείαν και Καλή Καρδιά*. Αθήνα: Εκδοτικός Οίκος Α.Α. Λιβάνη.
- Λύκουρας, Ε., Πολίτης, Α., Γουρνέλλης, Ρ. και Μαΐλλης, Α. (2011). *Στοιχεία Ψυχογηριατρικής*. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα.
- Μίχας, Γ. (2017). Η Θνησιμότητα λόγω Ισχαιμικής Καρδιοπάθειας και Αγγειακής Εγκεφαλικής Νόσου στην Ελλάδα Κατά τη Διάρκεια των Ετών 2001-2012. *Ελληνική Καρδιολογική Επιθεώρηση*, 56(3), σσ. 236-238.
- Τσιλιμιδός, Γ. και Μαρίνης, Α. (2013). Ανασκόπηση της διαγνωστικής και θεραπευτικής προσέγγισης της πνευμονικής εμβολής. *Επιστημονικά Χρονικά*, 18(2), σσ. 88-91.
- Σαρμακοπούλου, Σ. (2014). *Η θνησιμότητα ανά αιτία θανάτου στην Ελλάδα την περίοδο 1990-2010. ΑΤΕΙ Πελοποννήσου, Τμήμα Διοίκησης Επιχειρήσεων και Οργανισμών*. Διπλωματική Εργασία.
- Σιάφκου, Λ. (2014). *Ποιότητα ζωής μετά από έμφραγμα μυοκαρδίου*. Τμήμα Νοσηλευτικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Διπλωματική Εργασία.
- Σταλίκας, Α., Τριλίβα, Σ. και Ρούσση, Π. (2012). *Τα ψυχομετρικά εργαλεία στην Ελλάδα*. Εκδόσεις Πεδίο.
- Τούντας, και συν. 2007, “Η Υγεία του Ελληνικού πληθυσμού”. Αθήνα
- Χατζημηνάς Ι. (2001). *Εργοφυσιολογία, Φυσιολογία: Η βιολογική μηχανή που λέγεται μυς*. Διαθέσιμο στο: http://www.fa3.gr/arthra/18_muscle_bio_machine.htm Τελευταία πρόσβαση: 22.10.2018

Ξενόγλωσση

- Aaronson, N. K., Ahmedzai, S., Bergman, B., Bullinger, M., Cull, A., Duez, N. J. and Kaasa, S. (1993). The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: «Μελέτη της ποιότητας ζωής σε καρδιοχειρουργημένους ασθενείς έξι μήνες μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση και η συσχέτιση της ψυχολογικής κατάστασης με την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών»

life instrument for use in international clinical trials in oncology. *JNCI: Journal of the National Cancer Institute*, 85(5), pp. 365-376.

Abberley, P. (1991). *Handicapped by Numbers. A critique of the OPCS Disability Surveys* (No. 9). Bristol: Bristol Polytechnic.

Abdelfattah, A., Allam, A. H., Wann, S., Thompson, R. C., Abdel-Maksoud, G., Badr, I. and Sutherland, L. (2013). Atherosclerotic cardiovascular disease in Egyptian women: 1570 BCE–2011 CE. *International journal of cardiology*, 167(2), pp. 570-574.

Aguilar, M., Bhuket, T., Torres, S., Liu, B. and Wong, R. J. (2015). Prevalence of the metabolic syndrome in the United States, 2003-2012. *Jama*, 313(19), pp. 1973-1974.

Albert, N. M. (2008). Improving medication adherence in chronic cardiovascular disease. *Critical care nurse*, 28(5), pp. 54-64.

Alberti, K. G. M., Zimmet, P. and Shaw, J. (2005). The metabolic syndrome—a new worldwide definition. *The Lancet*, 366(9491), pp. 1059-1062.

Ambrose, J. A. and Barua, R. S. (2004). The pathophysiology of cigarette smoking and cardiovascular disease: an update. *Journal of the American college of cardiology*, 43(10), pp. 1731-1737.

Albrecht, G.L. (2001). Disability: Sociological Aspects. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*, pp. 3710–3713.

Altman, B.M. (2014). Definitions, concepts, and measures of disability. *Ann Epidemiol*, 24(1), pp. 2-7.

Aschengrau, A. and Seage, G.R. (2014). *Essentials of Epidemiology in Public Health*, Third Edition. Jones & Bartlett Learning.

Ashraf, O. and Sharif, H. (2015). Cardiac failure, transplantation and donation: current perspectives. *The Journal of cardiovascular surgery*, 56(4), pp. 661-669.

Atkinson, R. W., Carey, I. M., Kent, A. J., van Staa, T. P., Anderson, H. R. and Cook, D. G. (2013). Long-term exposure to outdoor air pollution and incidence of cardiovascular diseases. *Epidemiology*, 24(1), pp. 44-53.

Bardage, C. and Isacson, D. G. (2001). Hypertension and health-related quality of life: an epidemiological study in Sweden. *Journal of clinical epidemiology*, 54(2), pp. 172-181.

Bastien, M., Poirier, P., Lemieux, I. and Després, J. P. (2014). Overview of epidemiology and contribution of obesity to cardiovascular disease. *Progress in cardiovascular diseases*, 56(4), pp. 369-381.

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: «Μελέτη της ποιότητας ζωής σε καρδιοχειρουργημένους ασθενείς έξι μήνες μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση και η συσχέτιση της ψυχολογικής κατάστασης με την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών»

- Bazzano, L. A., He, J., Muntner, P., Vupputuri, S. and Whelton, P. K. (2003). Relationship between cigarette smoking and novel risk factors for cardiovascular disease in the United States. *Annals of Internal Medicine*, 138(11), pp. 891-897.
- Benowitz, N. L. (1997). The role of nicotine in smoking-related cardiovascular disease. *Preventive medicine*, 26(4), pp. 412-417.
- Beto, J. A. and Bansal, V. K. (1992). Quality of life in treatment of hypertension: A metaanalysis of clinical trials. *American Journal of Hypertension*, 5(3), pp. 125-133.
- Bhagra, S. K., Pettit, S. and Parameshwar, J. (2018). Cardiac transplantation: indications, eligibility and current outcomes. *Heart*, pp 1–9.
- Bhandari, N., Bhusal, B. R., Takma, K. C. and Lawot, I. (2016). Quality of life of patient with hypertension in Kathmandu. *International Journal of Nursing Sciences*, 3(4), pp. 379-384.
- Bhatia, S. K. (2010). Coronary Artery Disease. In *Biomaterials for Clinical Applications* (pp. 23-49). Springer, New York, NY.
- Bigelow, D. A., Gareau, M. J. and Young, D. J. (1990). A quality of life interview. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 14(2), pp. 94-98.
- Bisegger, C., Cloetta, B., von Bisegger, U., Abel, T. and Ravens-Sieberer, U. (2005). Health-related quality of life: gender differences in childhood and adolescence. *Sozial-und Präventivmedizin*, 50(5), pp. 281-291.
- Boscarino, J. A. (2011). Post-traumatic stress disorder and cardiovascular disease link: time to identify specific pathways and interventions. *American Journal of Cardiology*, 108(7), pp. 1052-1053.
- Bradby, H. (2009). *Medical Sociology: An Introduction*. Sage Publications.
- Brandt, A. (2007). *The Cigarette Century: The Rise, Fall, and Deadly Persistence of the Product That Defined America*. New York: Basic Books.
- Brazier, J.E., Harper, R., Jones, N.M., et al. (1992). Validating the SF-36 health survey questionnaire: new outcome measure for primary care. *BMJ*, 305(6846), pp. 160-4.
- Brook, R. D., Franklin, B., Cascio, W., Hong, Y., Howard, G., Lipsett, M. and Tager, I. (2004). Air pollution and cardiovascular disease: a statement for healthcare professionals from the Expert Panel on Population and Prevention Science of the American Heart Association. *Circulation*, 109(21), pp. 2655-2671.
- Campbell, M.J. and Machin, D. (1999). *Medical Statistics: A Commonsense Approach*. 3rd edition. West Sussex, England: John Wiley & Sons.

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: «Μελέτη της ποιότητας ζωής σε καρδιοχειρουργημένους ασθενείς έξι μήνες μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση και η συσχέτιση της ψυχολογικής κατάστασης με την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών»

Capewell, S., Morrison, C. E. and McMurray, J. J. (1999). Contribution of modern cardiovascular treatment and risk factor changes to the decline in coronary heart disease mortality in Scotland between 1975 and 1994. *Heart*, 81(4), pp. 380-386.

Chaska, N.L. (1977). Medical sociology for whom. *Mayo ClinProc*, 52(12), pp. 813-8.

Cheremisova, D. A., & Kordzaya, E.L. and Glyantsev. S.P. (2017). Professor Nilokai Petrovich Sinitsyn (1900-1972). Surgeon, Physiologist, Experimental Transplantologists and Cardiac Surgeon. *Vestnik Transplantologii I Iskusstvennyh Organov*, 19(4), pp. 151-168.

Christian, H., Bauman, A., Epping, J. N., Levine, G. N., McCormack, G., Rhodes, R. E. and Westgarth, C. (2018). Encouraging dog walking for health promotion and disease prevention. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 12(3), pp. 233-243.

Christodoulou, C., Douzenis, A., Mommersteeg, P. M., Rallidis, L., Poullos, A., Efstathiou, V. and Kremastinos, D. T. (2013). A case-control validation of Type D personality in Greek patients with stable coronary heart disease. *Annals of general psychiatry*, 12(1), pp. 38.

Correll, C. U., Solmi, M., Veronese, N., Bortolato, B., Rosson, S., Santonastaso, P. and Pigato, G. (2017). Prevalence, incidence and mortality from cardiovascular disease in patients with pooled and specific severe mental illness: a large-scale meta-analysis of 3,211,768 patients and 113,383,368 controls. *World Psychiatry*, 16(2), pp. 163-180.

Cuijpers P. and Smit F. (2002). Excess mortality in depression: a meta-analysis of community studies. *J Affect Disord*, 72 (3), pp. 227-36.

Davis, L.J. (1995). *Enforcing Normalcy. Disability, Deafness and the Body*. New York: Verso.

de Boer, A. G., van Lanschot, J. J., Stalmeier, P. F., van Sandick, J. W., Hulscher, J. B., de Haes, J. C. and Sprangers, M. A. (2004). Is a single-item visual analogue scale as valid, reliable and responsive as multi-item scales in measuring quality of life?. *Quality of Life Research*, 13(2), pp. 311-320.

De Lorgeril, M., Salen, P., Martin, J. L., Monjaud, I., Delaye, J. and Mamelle, N. (1999). Mediterranean diet, traditional risk factors, and the rate of cardiovascular complications after myocardial infarction: final report of the Lyon Diet Heart Study. *Circulation*, 99(6), pp. 779-785.

De Marco, M. F., Janssen-Heijnen, M. L. G., Van der Heijden, L. H. and Coebergh, J. W. W. (2000). Comorbidity and colorectal cancer according to subsite and stage: a population-based study. *European Journal of Cancer*, 36(1), pp. 95-99.

Del Rincón, I., Williams, K., Stern, M. P., Freeman, G. L. and Escalante, A. (2001). High incidence of cardiovascular events in a rheumatoid arthritis cohort not explained by traditional cardiac risk

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: «Μελέτη της ποιότητας ζωής σε καρδιοχειρουργημένους ασθενείς έξι μήνες μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση και η συσχέτιση της ψυχολογικής κατάστασης με την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών»

factors. *Arthritis & Rheumatism: Official Journal of the American College of Rheumatology*, 44(12), pp. 2737-2745.

Di Matteo, M.R. and Martin, L.R. (2002). *Health Psychology*. Person Education: Boston.

Dominick, K. L., Ahern, F. M., Gold, C. H. and Heller, D. A. (2002). Relationship of health-related quality of life to health care utilization and mortality among older adults. *Aging clinical and experimental research*, 14(6), pp. 499-508.

Dunn, S. L., Sit, M., DeVon, H. A., Makidon, D. and Tintle, N. L. (2018). Dog Ownership and Dog Walking: The Relationship With Exercise, Depression, and Hopelessness in Patients With Ischemic Heart Disease. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 33(2), pp. E7-E14.

Emery, C. F., Frid, D. J., Engebretson, T. O., Alonzo, A. A., Fish, A., Ferketich, A. K. and Stern, S. L. (2004). Gender differences in quality of life among cardiac patients. *Psychosomatic medicine*, 66(2), pp. 190-197.

Espinola-Klein, C., Rupprecht, H. J., Bickel, C., Post, F., Genth-Zotz, S., Lackner, K. and AtheroGene Investigators. (2007a). Impact of metabolic syndrome on atherosclerotic burden and cardiovascular prognosis. *The American journal of cardiology*, 99(12), pp. 1623-1628.

Espinola-Klein, C., Rupprecht, H. J., Bickel, C., Lackner, K., Schnabel, R., Munzel, T. and AtheroGene Investigators. (2007b). Inflammation, atherosclerotic burden and cardiovascular prognosis. *Atherosclerosis*, 195(2), pp. e126-e134.

Felce, D. and Perry, J. (1995). Quality of life: its definition and measurement. *Res Dev Disabil*, 16(1), pp. 51-74.

Fitzgerald, T. E., Tennen, H., Affleck, G. and Pransky, G. S. (1993). The relative importance of dispositional optimism and control appraisals in quality of life after coronary artery bypass surgery. *Journal of Behavioral Medicine*, 16(1), pp. 25-43.

Fredheim, O.M., Borchgrevink, P.C., Saltnes, T. and Kaasa, S. (2007). Validation and comparison of the health-related quality-of-life instruments EORTC QLQ-C30 and SF-36 in assessment of patients with chronic nonmalignant pain. *J Pain Symptom Manage*, 34(6), pp. 657-65.

Frishman, W. H. (2007). Importance of medication adherence in cardiovascular disease and the value of once-daily treatment regimens. *Cardiology in review*, 15(5), pp. 257-263.

Gabriel, Z. and Bowling, A. (2004). Quality of life from the perspectives of older people. *Ageing & Society*, 24(5), pp. 675-691.

Gambaryan, M., Reeves, A., Deev, A., et al. (2018). Effects of tobacco control policy on cardiovascular morbidity and mortality in Russia. *Eur J Public Health*, 28(suppl_2), pp. 14-16.

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: «Μελέτη της ποιότητας ζωής σε καρδιοχειρουργημένους ασθενείς έξι μήνες μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση και η συσχέτιση της ψυχολογικής κατάστασης με την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών»

Gehi, A., Haas, D., Pipkin, S. and Whooley, M. A. (2005). Depression and medication adherence in outpatients with coronary heart disease: findings from the Heart and Soul Study. *Archives of internal medicine*, 165(21), pp. 2508-2513.

Gerszten, R. E. and Wang, T. J. (2008). The search for new cardiovascular biomarkers. *Nature*, 451(7181), pp. 949.

Global Burden of Disease Study 2013 Collaborators. (2015). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*, 386(9995), pp. 743-800.

Gonzalez, M. A. and Selwyn, A. P. (2003). Endothelial function, inflammation, and prognosis in cardiovascular disease. *The American journal of medicine*, 115(8), pp. 99-106.

Graf J, Koch M, Dujardin R, Kersten A, Janssens U. Health-related quality of life before, 1 month after, and 9 months after intensive care in medical cardiovascular and pulmonary patients. *Crit Care Med*. 2003;31:2163–2169.

Grundy, S. M., Benjamin, I. J., Burke, G. L., Chait, A., Eckel, R. H., Howard, B. V. and Sowers, J. R. (1999). Diabetes and cardiovascular disease: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association. *Circulation*, 100(10), pp. 1134-1146.

Halaris, A. (2013). Inflammation, heart disease, and depression. *Current psychiatry reports*, 15(10), pp. 400.

Hamer, M. (2012). Psychosocial stress and cardiovascular disease risk: the role of physical activity. *Psychosomatic Medicine*, 74(9), pp. 896-903.

Hawkes, A. L. and Mortensen, O. S. (2006). Up to one third of individual cardiac patients have a decline in quality of life post-intervention. *Scandinavian Cardiovascular Journal*, 40(4), pp. 214-218.

Hinkle, J. L. and Guanci, M. M. (2007). Acute ischemic stroke review. *Journal of neuroscience nursing*, 39(5), pp. 285-293.

Holick, M. F. (2004). Sunlight and vitamin D for bone health and prevention of autoimmune diseases, cancers, and cardiovascular disease. *The American journal of clinical nutrition*, 80(6), pp. 1678S-1688S.

Hörnquist, J.O. (1981). The concept of quality of life. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 10(2), pp. 57-61.

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: «Μελέτη της ποιότητας ζωής σε καρδιοχειρουργημένους ασθενείς έξι μήνες μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση και η συσχέτιση της ψυχολογικής κατάστασης με την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών»

Huber, C. H., Goeber, V., Berdat, P., Carrel, T. and Eckstein, F. (2007). Benefits of cardiac surgery in octogenarians—a postoperative quality of life assessment. *European journal of cardio-thoracic surgery*, 31(6), pp. 1099-1105.

Jarema M, Bury R, Koniecznyńska Z, Zaborowski B, Cikowska G, Kunicka A, et al. Porównanie oceny jakości życia chorych objętych różnymi formami opieki psychiatrycznej. *Psychiatria Polska*. 1997;31:585–594.

Jenkins, C. D., Jono, R. T., Stanton, B. A. and Stroup-Benham, C. A. (1990). The measurement of health-related quality of life: major dimensions identified by factor analysis. *Social Science & Medicine*, 31(8), pp. 925-931.

Jonkman, E. J., De Weerd, A. W. and Vrijens, N. L. H. (1998). Quality of life after a first ischemic stroke: Long-term developments and correlations with changes in neurological deficit, mood and cognitive impairment. *Acta Neurologica Scandinavica*, 98(3), pp. 169-175.

Joynt, K. E., Whellan, D. J. and O'Connor, C. M. (2003). Depression and cardiovascular disease: mechanisms of interaction. *Biological psychiatry*, 54(3), pp. 248-261.

Katz, A. M., and Katz, P. B. (1962). Disease of the heart in the works of Hippocrates. *Heart*, 24(3), pp. 257-264.

Kearney, P. M., Whelton, M., Reynolds, K., Whelton, P. K. and He, J. (2004). Worldwide prevalence of hypertension: a systematic review. *Journal of hypertension*, 22(1) pp. 11-19.

Klein, L. C., Faraday, M. M., Quigley, K. S. and Grunberg, N. E. (2004). Gender Differences in Biobehavioral Aftereffects of Stress on Eating, Frustration, and Cardiovascular Responses 1. *Journal of Applied Social Psychology*, 34(3), pp. 538-562.

Klocek M. Kwestionariusze jakości życia w chorobach układu sercowo-naczyniowego. In: Kawecka-Jaszcz K, Klocek M, Tobiasz-Adamczyk B, editors. Jakość życia w chorobach sercowo-naczyniowych. Poznań: *Termedia*; 2006.

Kohl, H. W. (2001). Physical activity and cardiovascular disease: evidence for a dose response. *Medicine and science in sports and exercise*, 33(6), pp. S472-S483.

Krantz, D.S. and McCeney, M.K. (2002). Effects of psychological and social factors on organic disease: A critical assessment of research and coronary heart disease. *Annual Review of Psychology*, 53, pp. 341-369.

Lalonde L, O'Connor A, Joseph L, Grover SA. Canadian Collaborative Cardiac Assessment Group. Health-related quality of life in cardiac patients with dislipidemia and hypertension. *Qual Life Res*. 2004;13:793–804.

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: «Μελέτη της ποιότητας ζωής σε καρδιοχειρουργημένους ασθενείς έξι μήνες μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση και η συσχέτιση της ψυχολογικής κατάστασης με την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών»

- Lamau, L. (1992). The Idea of Quality of life in the Health Field. The Quality of life in the Mediterranean Countries. *Fist Mediterranean Meeting in Bioethics, Istituto Siciliano di Bioetica*, pp. 47-68.
- Lindquist, R., Dupuis, G., Terrin, M. L., Hoogwerf, B., Czajkowski, S., Herd, J. A. and Shumaker, S. (2003). Comparison of health-related quality-of-life outcomes of men and women after coronary artery bypass surgery through 1 year: findings from the POST CABG Biobehavioral Study. *American heart journal*, 146(6), pp. 1038-1044.
- Linzer, M., Spitzer, R., Kroenke, K., Williams, J. B., Hahn, S. and Brody, D. (1996). Gender, quality of life, and mental disorders in primary care: results from the PRIME-MD 1000 study. *The American journal of medicine*, 101(5), pp. 526-533.
- Loon, I. N., Bots, M. L., Boereboom, F. T., et al. (2017). Quality of life as indicator of poor outcome in hemodialysis: relation with mortality in different age groups. *BMC nephrology*, 18(1), pp. 217.
- Loukas, M., Tubbs, R. S., Louis Jr, R. G., Pinyard, J., Vaid, S. and Curry, B. (2007). The cardiovascular system in the pre-Hippocratic era. *International journal of cardiology*, 120(2), pp. 145-149.
- Ma, C., Avenell, A., Bolland, M., Hudson, J., Stewart, F., Robertson, C. and MacLennan, G. (2017). Effects of weight loss interventions for adults who are obese on mortality, cardiovascular disease, and cancer: systematic review and meta-analysis. *bmj*, 359, pp. j4849.
- Manaktala, S., Rockwood, T. and Adam, T. J. (2013). Validation of pre-operative patient self-assessment of cardiac risk for non-cardiac surgery: foundations for decision support. In *AMIA Annual Symposium Proceedings* (Vol. 2013, p. 931). American Medical Informatics Association.
- Marano, G., Harnic, D., Lotrionte, M., Biondi-Zoccai, G., Abbate, A., Romagnoli, E. and Mazza, M. (2009). Depression and the cardiovascular system: increasing evidence of a link and therapeutic implications. *Expert review of cardiovascular therapy*, 7(9), pp. 1123-1147.
- Maratia, S., Cedillo, S. and Rejas, J. (2016). Assessing health-related quality of life in patients with breast cancer: a systematic and standardized comparison of available instruments using the EMPRO tool. *Quality of Life Research*, 25(10), pp. 2467-2480.
- Marks, D.F., Murray, M., Evants, B. and Willig, C. (2000). *Health Psychology: Theory, Research and Practice*. London: Sage.
- Marijon, E., Mirabel, M., Celermajer, D. S. and Jouven, X. (2012). Rheumatic heart disease. *The Lancet*, 379(9819), pp. 953-964.

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: «Μελέτη της ποιότητας ζωής σε καρδιοχειρουργημένους ασθενείς έξι μήνες μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση και η συσχέτιση της ψυχολογικής κατάστασης με την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών»

- Mayou, R. and Bryant, B. (1993). Quality of life in cardiovascular disease. *British heart journal*, 69(5), pp. 460.
- Michelson, H., Bolund, C., Nilsson, B. and Brandberg, Y. (2000). Health-related quality of life measured by the EORTC QLQ-C30: reference values from a large sample of the Swedish population. *Acta Oncologica*, 39(4), pp. 77-484.
- Miller, T. D. (2008). Exercise treadmill test: estimating cardiovascular prognosis. *Cleveland Clinic journal of medicine*, 75(6), pp. 424-430.
- Moore, T., Franklin, K. A., Holmstrom, K., Rabben, T. and Wiklund, U. (2001). Sleep-disordered breathing and coronary artery disease: long-term prognosis. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 164(10), pp. 1910-1913.
- Morys J.M., Bellwon J., Adamczyk K., Gruchała M. (2016). Depression and anxiety in patients with coronary artery disease, measured by means of self-report measures and clinician-rated instrument. *Kardiologia Pol*, 74 (1): pp. 53-60.
- Moynihan, T.J. (2015). Heart cancer: Is there such a thing? Διαθέσιμο στο <https://www.mayoclinic.org/heart-cancer/expert-answers/faq-20058130> Τελευταία πρόσβαση 23.10.2018
- Müllerova, H., Agusti, A., Erqou, S. and Mapel, D. W. (2013). Cardiovascular comorbidity in COPD: systematic literature review. *Chest*, 144(4), pp. 1163-1178.
- Mullington, J. M., Haack, M., Toth, M., Serrador, J. M. and Meier-Ewert, H. K. (2009). Cardiovascular, inflammatory, and metabolic consequences of sleep deprivation. *Progress in cardiovascular diseases*, 51(4), pp. 294-302.
- Musselman, D. L., Evans, D. L. and Nemeroff, C. B. (1998). The relationship of depression to cardiovascular disease: epidemiology, biology, and treatment. *Archives of general psychiatry*, 55(7), pp. 580-592.
- Newman, A. B., Enright, P. L., Manolio, T. A., Haponik, E. F., Wahl, P. W. and Cardiovascular Health Study Research Group. (1997). Sleep disturbance, psychosocial correlates, and cardiovascular disease in 5201 older adults: the Cardiovascular Health Study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 45(1), pp. 1-7.
- Nijm, J. and Jonasson, L. (2009). Inflammation and cortisol response in coronary artery disease. *Annals of medicine*, 41(3), pp. 224-233.

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: «Μελέτη της ποιότητας ζωής σε καρδιοχειρουργημένους ασθενείς έξι μήνες μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση και η συσχέτιση της ψυχολογικής κατάστασης με την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών»

- Nocon, M., Hiemann, T., Müller-Riemenschneider, F., Thalau, F., Roll, S. and Willich, S. N. (2008). Association of physical activity with all-cause and cardiovascular mortality: a systematic review and meta-analysis. *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation*, 15(3), pp. 239-246.
- Ogle, K. S., Swanson, G. M., Woods, N. and Azzouz, F. (2000). Cancer and comorbidity: redefining chronic diseases. *Cancer*, 88(3), pp. 653-663.
- Oldridge, N., Höfer, S., McGee, H., Conroy, R., Doyle, F., Saner, H. and HeartQoL Project Investigators). (2014). The HeartQoL: Part II. Validation of a new core health-related quality of life questionnaire for patients with ischemic heart disease. *European journal of preventive cardiology*, 21(1), pp. 98-106.
- Patrick, D. L. and Deyo, R. A. (1989). Generic and disease-specific measures in assessing health status and quality of life. *Medical care*, pp. S217-S232.
- Pedersen, S. S. and Denollet, J. (2003). Type D personality, cardiac events, and impaired quality of life: a review. *European journal of cardiovascular prevention & rehabilitation*, 10(4), pp. 241-248.
- Peng, Y., Cao, S., Yao, Z. and Wang, Z. (2018). Prevalence of the cardiovascular health status in adults: a systematic review and meta-analysis. *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases*, pii: S0939-4753(18)30250-3.
- Pennock, J. L., Oyer, P. E., Reitz, B. A., Jamieson, S., Bieber, C. P., Wallwork, J. and Shumway, N. E. (1982). Cardiac transplantation in perspective for the future. Survival, complications, rehabilitation, and cost. *The Journal of thoracic and cardiovascular surgery*, 83(2), pp. 168-177.
- Peters, A., Liu, E., Verrier, R. L., Schwartz, J., Gold, D. R., Mittleman, M. and Dockery, D. W. (2000). Air pollution and incidence of cardiac arrhythmia. *Epidemiology*, 11(1), pp. 11-17.
- Pinheiro, L.C., Reshetnyak, E., Sterling, M.R., Richman, J.S., Kern, L.M. and Safford, M.M. (2019). Using health-related quality of life to predict cardiovascular disease events, *Qual Life Res*, 2019 Jan 10. [Epub ahead of print]
- Pocoski, J., Ma, A., Kessler, C. M., Boklage, S., & Humphries, T. J. (2014). Cardiovascular comorbidities are increased in US patients with haemophilia A: a retrospective database analysis. *Haemophilia*, 20(4), pp. 472-478.
- Pope III, C. A., Burnett, R. T., Thurston, G. D., Thun, M. J., Calle, E. E., Krewski, D. and Godleski, J. J. (2004). Cardiovascular mortality and long-term exposure to particulate air pollution: epidemiological evidence of general pathophysiological pathways of disease. *Circulation*, 109(1), pp. 71-77.
- Pyrgakis, V. N. (2009). Smoking and cardiovascular disease. *Hellenic J Cardiol*, 50(3), pp. 231-4.

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: «Μελέτη της ποιότητας ζωής σε καρδιοχειρουργημένους ασθενείς έξι μήνες μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση και η συσχέτιση της ψυχολογικής κατάστασης με την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών»

- Razzini, C., Bianchi, F., Leo, R., Fortuna, E., Siracusano, A. and Romeo, F. (2008). Correlations between personality factors and coronary artery disease: from type A behaviour pattern to type D personality. *Journal of Cardiovascular Medicine*, 9(8), pp. 761-768.
- Riedinger, M. S., Dracup, K. A., Brecht, M. L., Padilla, G., Sarna, L. and Ganz, P. A. (2001). Quality of life in patients with heart failure: do gender differences exist?. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 30(2), pp. 105-116.
- Riegel, B. and Carlson, B. (2002). Facilitators and barriers to heart failure self-care. *Patient education and counseling*, 46(4), pp. 287-295.
- Robson, C. (2002). *Real World Research: A Resource for Social Scientists and Practitioner-Researchers*. 2nd ed. Malden, MA: Blackwell.
- Ross, C. E. and Van Willigen, M. (1997). Education and the subjective quality of life. *Journal of health and social behavior*, pp. 275-297.
- Roth, G. A., Forouzanfar, M. H., Moran, A. E., Barber, R., Nguyen, G., Feigin, V. L. and Murray, C. J. (2015). Demographic and epidemiologic drivers of global cardiovascular mortality. *New England Journal of Medicine*, 372(14), pp. 1333-1341.
- Roux, F., D'Ambrosio, C. and Mohsenin, V. (2000). Sleep-related breathing disorders and cardiovascular disease. *The American journal of medicine*, 108(5), pp. 396-402.
- Sannakki, S., Sannakki, D., Echebarria, J. J. and Patteril, M. (2018). Preoperative assessment for cardiac surgery. *Anaesthesia & Intensive Care Medicine*, 19(7), pp. 339-345.
- Schelling, G., Richter, M., Roozendaal, B., Rothenhäusler, H. B., Krauseneck, T., Stoll, C. and Kapfhammer, H. P. (2003). Exposure to high stress in the intensive care unit may have negative effects on health-related quality-of-life outcomes after cardiac surgery. *Critical care medicine*, 31(7), pp. 1971-1980.
- Semlitsch, T., Jeitler, K., Berghold, A., Horvath, K., Posch, N., Poggenburg, S. and Siebenhofer, A. (2016). Long-term effects of weight-reducing diets in people with hypertension. *The Cochrane Library*.
- Shahar, E., Whitney, C. W., Redline, S., Lee, E. T., Newman, A. B., Javier Nieto, F. and Samet, J. M. (2001). Sleep-disordered breathing and cardiovascular disease: cross-sectional results of the Sleep Heart Health Study. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 163(1), pp. 19-25.
- Shiroma, E. J. and Lee, I. M. (2010). Physical activity and cardiovascular health: lessons learned from epidemiological studies across age, gender, and race/ethnicity. *Circulation*, 122(7), pp. 743-752.

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: «Μελέτη της ποιότητας ζωής σε καρδιοχειρουρηγμένους ασθενείς έξι μήνες μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση και η συσχέτιση της ψυχολογικής κατάστασης με την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών»

- Shumacker, H.B. (1992). *The evolution of cardiac surgery*. Indiana University Press.
- Simopoulos, A. P. (2000). Human requirement for N-3 polyunsaturated fatty acids. *Poultry science*, 79(7), pp. 961-970.
- Simopoulos, A. P. (2008). The importance of the omega-6/omega-3 fatty acid ratio in cardiovascular disease and other chronic diseases. *Experimental biology and medicine*, 233(6), pp. 674-688.
- Simopoulos, A. P. (2002). The importance of the ratio of omega-6/omega-3 essential fatty acids. *Biomedicine & pharmacotherapy*, 56(8), pp. 365-379.
- Skiadas, P. K. and Lascaratos, J. G. (2001). Dietetics in ancient Greek philosophy: Plato's concepts of healthy diet. *European journal of clinical nutrition*, 55(7), pp. 532.
- Smith, T.W. (1992). Hostility and health: current status of a psychosomatic hypothesis. *Health Psychology*, 11, pp. 139-150.
- Smith, T.W. and Gallo, L.C. (2001). *Personality traits as risk factors for physical illness*. In A. Baum, T.A. Revenson & J.E. Singer (Eds.), *Handbook of health psychology* (pp. 139-172). Hillsdale, N.J.: Erlbaum.
- Söder, M. (1987). Relative definition of handicap: implications for research. *Ups J Med Sci Suppl*, 44, pp. 24-9.
- Staessen, J. A., Asmar, R., De Buyzere, M., Imai, Y., Parati, G., Shimada, K. and Verdecchia, P. (2001). Task Force II: Blood pressure measurement and cardiovascular outcome. *Blood pressure monitoring*, 6(6), pp. 355-370.
- Stephoe, A., Wardle, J., Cui, W., Bellisle, F., Zotti, A. M., Baranyai, R. and Sanderman, R. (2002). Trends in smoking, diet, physical exercise, and attitudes toward health in European university students from 13 countries, 1990–2000. *Preventive medicine*, 35(2), pp. 97-104.
- Stewart AL, Hays R, Ware JE. The MOS Short-Form general health survey: Reliability and validity in a patient population. *Med Care*. 1988;26:724–732.
- Stoll, C., Schelling, G., Goetz, A. E., Kilger, E., Bayer, A., Kapfhammer, H. P. and Peter, K. (2000). Health-related quality of life and post-traumatic stress disorder in patients after cardiac surgery and intensive care treatment. *The Journal of thoracic and cardiovascular surgery*, 120(3), pp. 505-512.
- Strong, J. P. (1986). Coronary atherosclerosis in soldiers. *Journal of the American Medical Association*, 256(20), pp. 2863-2866.
- Syed, M. and Lesch, M. (1997). Coronary artery aneurysm: a review. *Progress in cardiovascular diseases*, 40(1), pp. 77-84.

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: «Μελέτη της ποιότητας ζωής σε καρδιοχειρουργημένους ασθενείς έξι μήνες μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση και η συσχέτιση της ψυχολογικής κατάστασης με την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών»

Szelkowski, L. A., Puri, N. K., Singh, R. and Massimiano, P. S. (2015). Current trends in preoperative, intraoperative, and postoperative care of the adult cardiac surgery patient. *Current problems in surgery*, 52(1), pp. 531-569.

Szygula-Jurkiewicz B, Zembala M, Wilczek K, Wojnicz R, Poloński L. Health-related quality of life after percutaneous coronary intervention versus coronary artery bypass graft surgery in patients with acute coronary syndromes without ST-segment elevation: 12-month follow up. *Eur J Cardiothorac Surg*. 2005;27:882–886

Tabesh, H., Tafti, H. A., Ameri, S., Jalali, A. and Kashanivahid, N. (2014, December). Evaluation of quality of life after cardiac surgery in high-risk patients. In *The heart surgery forum* (Vol. 17, No. 6, pp. E277-81).

Tassabehji, M. and Urban, Z. (2006). Congenital Heart Disease. In *Congenital Heart Disease* (pp. 129-156). Humana Press.

Tibblin, G., Svärdsudd, K., Welin, L., Erikson, H. and Larsson, B. (1993). Quality of life as an outcome variable and a risk factor for total mortality and cardiovascular disease: a study of men born in 1913. *Journal of hypertension. Supplement: official journal of the International Society of Hypertension*, 11(4), pp. S81-6.

Tsimikas, S. (2006). Oxidative biomarkers in the diagnosis and prognosis of cardiovascular disease. *The American journal of cardiology*, 98(11), pp. S9-S17.

Tziallas, D., Kostapanos, M. S., Skapinakis, P., Milionis, H. J., Athanasiou, T., Elisaf, M. S. and Mavreas, V. (2011). The association between Type D personality and the metabolic syndrome: a cross-sectional study in a University-based outpatient lipid clinic. *BMC research notes*, 4(1), pp. 105.

Vargas, P. M., Saavedra, S. P., Araya, M. A. V. and Saavedra, W. P. (2016). Prevalence of cardiovascular risk factors in a rural Aymara population from northern Chile. *Revista medica de Chile*, 144(9), pp. 1144-1149.

Walther, T., Falk, V., Metz, S., Diegeler, A., Battellini, R., Autschbach, R. and Mohr, F. W. (1999). Pain and quality of life after minimally invasive versus conventional cardiac surgery. *The Annals of thoracic surgery*, 67(6), pp. 1643-1647.

Ware JE, Kosinski M, Dewey JE. Changes between version 1 and version 2. In: Ware JE, Kosinski M, Dewey JE, editors. *How to score version 2 of the SF-36 Health Survey* (Standard and Acute forms) Lincoln: Quality Metric Incorporation; 2002

Ware JE. The SF-26 Health Survey. In: Spilker B, editor. *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials*. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers; 1996. pp. 337–345.

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: «Μελέτη της ποιότητας ζωής σε καρδιοχειρουργημένους ασθενείς έξι μήνες μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση και η συσχέτιση της ψυχολογικής κατάστασης με την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών»

Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*. 1992;30:473–483

Wenger, N. K., Mattson, M. E., Furberg, C. D. and Elinson, J. (1984). Assessment of quality of life in clinical trials of cardiovascular therapies. *American Journal of Cardiology*, 54(7), pp. 908-913.

Willerson, J. T. and Teaff, R. (1996). Egyptian contributions to cardiovascular medicine. *Texas Heart Institute Journal*, 23(3), pp. 191.

Winkelman, J. W., Shahar, E., Sharief, I. and Gottlieb, D. J. (2008). Association of restless legs syndrome and cardiovascular disease in the Sleep Heart Health Study. *Neurology*, 70(1), pp. 35-42.

Wolf-Maier, K., Cooper, R. S., Banegas, J. R., Giampaoli, S., Hense, H. W., Joffres, M. and Stegmayr, B. (2003). Hypertension prevalence and blood pressure levels in 6 European countries, Canada, and the United States. *Jama*, 289(18), pp. 2363-2369.

Ziegler, C. C. and Sidani, M. A. (2011). Diets for successful aging. *Clinics in geriatric medicine*, 27(4), pp. 577-589.

Zunft, H. J. F., Ulbricht, G., Pokorný, J., Sekula, W., Szponar, L. and Abaravicius, J. A. (1999). Nutrition, physical activity and health status in Middle and East European countries. *Public health nutrition*, 2(3a), pp. 437-441.

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: «Μελέτη της ποιότητας ζωής σε καρδιοχειρουργημένους ασθενείς έξι μήνες μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση και η συσχέτιση της ψυχολογικής κατάστασης με την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών»

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ: ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ

1. ΦΥΛΟ 1. Άρρεν ☐ 2. Θήλυ ☐				
2. ΗΛΙΚΙΑ _____				
3.ΒΑΡΟΣ (σε kg) _____ 4.ΚΑΠΝΙΣΤΗΣ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐ έως 1πακ./ημ. ☐ 1,5 πακ./ημ. ☐ 2,5 πακ./ημ. ☐ 3 & άνω πακ./ημ. ☐				
5. α. Οικογενειακή κατάσταση: 1. Έγγαμος ☐ 2. Άγαμος ☐ 3. Συζεί με τον / την σύντροφο ☐ 4. Διαζευγμένος ☐ 5. Χήρος ☐				
β. Αριθμός μελών οικογενείας _____				
6. Επίπεδο μόρφωσης του : 1. Κατώτερη εκπαίδευση ☐ 2. Μέση εκπαίδευση ☐ 3. Ανώτερη εκπαίδευση ☐ 4. Ανώτατη εκπαίδευση ☐ 5. Μεταπτυχιακά ☐				
7. Επαγγελματική κατάσταση : 1.Εργάτης ☐ 2.Ελεύθερος Επαγγελματίας ☐ 3.Ιδιωτικός Υπάλληλος ☐ 4.Δημόσιος Υπάλληλος ☐ 5.Άνεργος ☐ 6.Συνταξιούχος ☐				
7.Εισοδηματίας ☐ 8.Φοιτητής/στρατιώτης ☐ 9.Νοικοκυρά ☐ 10. Ανίκανος για εργασία ☐				

ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ SF-36

1.Σε γενικές γραμμές, θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι : 1 Άριστη ☐ , 2 Πολύ καλή ☐ , 3 Καλή ☐ , 4 Μέτρια ☐ , 5 Κακή ☐				
2.Κάνοντας σύγκριση με την κατάστασή σας πριν από ένα χρόνο που κατατάσσετε την υγεία σας σε γενικές γραμμές τώρα:				
1. Πολύ καλύτερα ☐ 2.Κάπως καλύτερα ☐ 3. Τα ίδια ☐ 4. Κάπως χειρότερα ☐ 5. Πολύ χειρότερα ☐				

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: «Μελέτη της ποιότητας ζωής σε καρδιοχειρουργημένους ασθενείς έξι μήνες μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση και η συσχέτιση της ψυχολογικής κατάστασης με την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών»

<i>Τώρα η υγεία σας, σας περιορίζει....</i>	1.πολύ	2.λίγο	3.καθόλου
3.Να κάνετε έντονες σωματικές δραστηριότητες π.χ. τρέξιμο, σήκωμα βαριών αντικειμένων, συμμετοχή σε επίπονα αθλήματα	☐	☐	☐
4.Να κάνετε μέτριες σωματικές δραστηριότητες π.χ. Μετακίνηση τραπεζιού, χρήση ηλεκτρικής σκούπας, περίπατο	☐	☐	☐
5.Να σηκώνετε ή να μεταφέρετε σακουλές με ψώνια από το σούπερ μάρκετ	☐	☐	☐
6. Να ανεβαίνετε αρκετούς ορόφους από τις σκάλες	☐	☐	☐
7. Να ανεβαίνετε έναν όροφο από τις σκάλες	☐	☐	☐
8. Να σκύβετε ή να γονατίζετε	☐	☐	☐
9. Να περπατάτε περισσότερο από 1 χιλιόμετρο	☐	☐	☐
10. Να περπατάτε αρκετά τετράγωνα	☐	☐	☐
11. Να περπατάτε ένα τετράγωνο	☐	☐	☐
12. Να πλένεστε ή να ντύνεστε μόνος /η σας	☐	☐	☐

ΚΥΡΙΑΚΗ ΝΙΚΟΛΑΚΟΠΟΥΛΟΥ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: «Μελέτη της ποιότητας ζωής σε καρδιοχειρουργημένους ασθενείς έξι μήνες μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση και η συσχέτιση της ψυχολογικής κατάστασης με την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών»

Τον τελευταίο μήνα η υγεία σας, σας ανάγκασε	1. Συνεχώς	2. Τις περισσότερες φορές	3. Μερικές φορές	4. Λίγες φορές	5. Καθόλου
13. Μειώσατε τον χρόνο που διαθέσατε για την εργασία σας ή τις άλλες ασχολίες σας	☐	☐	☐	☐	☐
14. Κάνατε λιγότερα πράγματα από όσο θα θέλατε	☐	☐	☐	☐	☐
15. Περιορίσατε το είδος της εργασίας ή των άλλων ασχολιών	☐	☐	☐		
16. Χρειαστήκατε να κάνετε μεγαλύτερη προσπάθεια για να εκτελέσετε την εργασία σας ή τις άλλες ασχολίες σας	☐	☐	☐	☐	☐
Τον τελευταίο μήνα είχατε κάποιο πρόβλημα ψυχολογικής κατάστασης π.χ. εάν αισθανθήκατε καταθλιπτικά ή αγχωμένα σας ανάγκασε να	1. Συνεχώς	2. Τις περισσότερες φορές	3. Μερικές φορές	4. Λίγες φορές	5. Καθόλου
17. Μειώσατε το χρόνο που διαθέτατε για την εργασία σας ή τις άλλες ασχολίες σας	☐	☐	☐	☐	☐
18. Κάνατε λιγότερα πράγματα από όσο θα θέλατε	☐	☐	☐	☐	☐
19. Δεν κάνατε εργασία ή τις άλλες εργασίες σας τόσο προσεκτικά όπως συνήθως	☐	☐	☐	☐	☐

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: «Μελέτη της ποιότητας ζωής σε καρδιοχειρουργημένους ασθενείς έξι μήνες μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση και η συσχέτιση της ψυχολογικής κατάστασης με την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών»

20 Τον τελευταίο μήνα κατά πόσο η υγεία σας ή η ψυχολογική σας κατάσταση επηρέασαν τις συνηθισμένες κοινωνικές σας δραστηριότητες με την οικογένεια, τους φίλους τους γείτονες ή άλλους;	1.Καθόλου ☐	2.Λίγο ☐	3. Μέτρια ☐	4.Αρκετά ☐	5.Πάρα πολύ ☐	
21. Τον τελευταίο μήνα πόσο σωματικό πόνο είχατε	☐	☐	☐	☐	☐	
22. Τον τελευταίο μήνα κατά πόσο ο σωματικός σας πόνος επηρέασε τη συνηθισμένη εργασία σας εντός και εκτός σπιτιού	☐	☐	☐	☐	☐	
Οι παρακάτω ερωτήσεις αναφέρονται στο πως αισθάνεστε και πως σας πήγαν τα πράγματα τον τελευταίο μήνα. Πόσο συχνά τον τελευταίο μήνα						
	Συνέχεια	Πολύ συχνά	Αρκετά συχνά	Μερικές φορές	Σπάνια	Ποτέ
23. Αισθανθήκατε γεμάτος ζωτικότητα	☐	☐	☐	☐	☐	☐
24. Ήσασταν πολύ νευρικός	☐	☐	☐	☐	☐	☐
25. Αισθανθήκατε τόσο άσχημα που τίποτα δεν μπορούσε να σας δώσει λίγη χαρά	☐	☐	☐	☐	☐	☐
26. Αισθανθήκατε ήρεμα και γαλήνια	☐	☐	☐	☐	☐	☐
27. Είχατε μεγάλη ενεργητικότητα	☐	☐	☐	☐	☐	☐
28. Αισθανθήκατε απογοητευμένος και μελαγχολικός	☐	☐	☐	☐	☐	☐
29. Αισθανθήκατε εξαντλημένος	☐	☐	☐	☐	☐	☐
30. Νιώσατε ευτυχισμένος	☐	☐	☐	☐	☐	☐
31. Αισθανθήκατε κουρασμένος	☐	☐	☐	☐	☐	☐

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: «Μελέτη της ποιότητας ζωής σε καρδιοχειρουργημένους ασθενείς έξι μήνες μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση και η συσχέτιση της ψυχολογικής κατάστασης με την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών»

32. Τον τελευταίο μήνα πόσο συχνά η υγεία σας ή η ψυχολογική σας κατάσταση επηρέασαν τις κοινωνικές σας δραστηριότητες π.χ με φίλους, συγγενείς κλπ	Συνέχεια ☐	Πολύ συχνά ☐	Μερικές φορές ☐	Σπάνια ☐	Ποτέ ☐
<i>Ποιο σωστό ή λάθος είναι για σας οι παρακάτω ερωτήσεις</i>	Εντελώς σωστό	Μάλλον σωστό	Δεν γνωρίζω	Μάλλον λάθος	Εντελώς λάθος
33. Νομίζω ότι αρρωσταίνω	☐	☐	☐	☐	☐
34. Είμαι υγιής όπως κάθε άλλος που γνωρίζω	☐	☐	☐	☐	☐
35. Περιμένω ότι η υγεία μου θα χειροτερέψει	☐	☐	☐	☐	☐
36. Η υγεία μου είναι εξαιρετική	☐	☐	☐	☐	☐

Σας ευχαριστώ για τη συνεργασία

☐ ☐