

2. Ποιότητα Ζωής Ασθενών με Καρδιαγγειακά Νοσήματα (Πιλοτική Έρευνα)

Γ. Βεσκούκη ¹, Ι.Ρίζου ², Γ.Γαλλιού ³

1 Τμήμα Επισκεπτών- τριών Υγείας, Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Αθηνών

2 Παιδιατρικό Τμήμα, Κέντρο Υγείας Μαρκοπούλου Αττικής

3. Καρδιολογική Κλινική, Νοσοκομείο Παμμακάριστος

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΣΚΟΠΟΣ: Τα καρδιαγγειακά νοσήματα αποτελούν μια από τις βασικότερες αιτίες θανάτου αλλά και αναπηρίας τόσο στις δυτικές χώρες, όσο και στην Ελλάδα. Αναμφίβολα η εμφάνισή τους αποτελεί τροχοπέδη στην ομαλή πορεία της ζωής των ασθενών και η αρνητική επίδρασή τους είναι εμφανής σε όλες τις διαστάσεις της καθημερινότητάς τους. Αναγνωρίζοντας λοιπόν την σημασία της μέτρησης της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής ατόμων με χρόνια νόσημα, η παρούσα μελέτη είχε στόχο τη διερεύνηση της ποιότητας ζωής ασθενών που πάσχουν από καρδιαγγειακά νοσήματα.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Στην έρευνα συμμετείχαν 150 ασθενείς (Μέση ηλικία = 68.15, SD= 11.35) εκ των οποίων το 64% ήταν άντρες. Οι ασθενείς έπασχαν από ένα από τα παρακάτω νοσήματα: οξύ στεφανιαίο σύνδρομο, στηθάγχη, κολπική μαρμαρυγή, καρδιακή ανεπάρκεια. Κάποιοι είχαν δύο από τα παραπάνω νοσήματα σε συνδυασμό. Για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής τους χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο «επισκόπηση υγείας SF-36».

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Φαίνεται ότι η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των ασθενών επηρεάζεται σημαντικά με την εκδήλωση ενός καρδιαγγειακού νοσήματος αφού συνολικά 58.19 (SD = 19.75) και ανά κλίμακα του SF-36 βρέθηκαν χαμηλές μέσες τιμές. Περισσότερο φαίνεται να επηρεάζεται αρνητικά η ποιότητα ζωής των ασθενών από τον σωματικό πόνο που νιώθουν, 50.02 (SD = 29.85), ενώ λιγότεροι φαίνεται να είναι οι περιορισμοί των δραστηριοτήτων των ασθενών λόγω συναισθηματικών προβλημάτων 67.00 (SD = 30.57).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας είναι ουσιαστικά μια επιβεβαίωση των όσων γνωρίζουν όσοι επαγγελματίες υγείας εργάζονται με ασθενείς που πάσχουν από κάποιο καρδιαγγειακό νόσημα. Η παρούσα έρευνα αποτελεί το πρώτο στάδιο για το σχεδιασμό προγράμματος αγωγής υγείας, που στόχο θα έχει τη βελτίωση της ποιότητας ζωής ατόμων με καρδιοπάθειες.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στη Ελλάδα, όπως και σχεδόν σε όλες τις ανεπτυγμένες χώρες, τα νοσήματα της καρδιάς και των αγγείων αποτελούν την κυριότερη αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας στη μέση και μεγάλη ηλικία. Τα καρδιαγγειακά νοσήματα οδηγούν σε σημαντικού βαθμού αναπηρία και μείωση της παραγωγικότητας των ασθενών όμως παρά το παραπάνω στην Ελλάδα είναι ελάχιστες οι μελέτες που αξιολογούν την ποιότητα ζωής ατόμων με καρδιαγγειακά νοσήματα. Επιπρόσθετα στην Ελλάδα, παρόλο που κατά τη διάρκεια των επισκέψεων των ασθενών για τον προγραμματισμένο έλεγχο υγείας τους στον ιατρό δίνονται κάποιες συμβουλές που αφορούν στις συμπεριφορές που επηρεάζουν τα επίπεδα υγείας τους, δεν υπάρχουν οργανωμένα προγράμματα αγωγής υγείας που να στοχεύουν στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών με καρδιαγγειακά νοσήματα.

Ποιότητα ζωής και υγεία:

Πολλές θεραπείες χρόνιων ασθενειών δεν είναι ικανές να θεραπεύσουν τον πάσχοντα αλλά είναι ικανοποιητικές στο να τον ανακουφίζουν από δυσάρεστα συμπτώματα, να τον διατηρούν στη ζωή και να επιβραδύνουν την άσχημη πορεία της νόσου. Σε περιπτώσεις σαν αυτές, επιτακτική ήταν και είναι η ανάγκη μελέτης της ποιότητας ζωής των ασθενών αυτών.[1]

Ποιότητα ζωής είναι μια γενική, πλούσια σε περιεχόμενο και αφηρημένη έννοια, που έχει απασχολήσει την ανθρωπότητα από αρχαιότατων χρόνων. Είναι δύσκολο να οριστεί και αναμφίβολα αποτελεί μία πολυδιάστατη μεταβλητή που μπορεί να οριστεί με διαφορετικό τρόπο από τα διαφορετικά επιστημονικά πεδία και θεωρητικά εμπιρεύει όλες τις διαστάσεις ή πλευρές της ζωής ενός ατόμου.[2,3]

Στο τέλος του 20ου αιώνα υποστηρίχθηκε ότι για την αποσαφήνιση και τον εννοιολογικό προσδιορισμό της, ήταν απαραίτητο να μετρηθεί

με διαφορετικούς τρόπους χρησιμοποιώντας συνδυασμό αντικειμενικών και υποκειμενικών δεικτών.[4,5]

Οι περισσότερες μελέτες υιοθέτησαν έναν μεγάλο αριθμό δεικτών σε θέματα υγείας, στέγασης, εργασίας, ψυχαγωγίας εγκληματικότητας, όμως σε τελική ανάλυση αυτό που προέκυψε είναι ότι η ποιότητα ζωής δεν μπορεί να αντικειμενικοποιηθεί αφού η επιλογή των δεικτών, η παρουσία τους και η ερμηνεία τους εμπεριέχουν ούτως η άλλως κάποιο βαθμό υποκειμενικότητας και επομένως η έννοια της ποιότητας ζωής συνδέεται με την υποκειμενική εκτίμηση σωματικής, ψυχολογικής και κοινωνικής ευεξίας.[6,7]

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας όρισε την ποιότητα ζωής ως την αντίληψη των ατόμων για την θέση τους στη ζωή, στο πλαίσιο του πολιτισμού και των συστημάτων αξιών μέσα στο οποίο ζουν και σε σχέση με τους στόχους τους, τις προσδοκίες τους, τα πρότυπά τους, και τις ανησυχίες τους.[8]

Αξίζει να σκεφτόμαστε την υγεία ως την κατάσταση εκείνη που επιτρέπει στο άτομο να απολαμβάνει όσο γίνεται περισσότερο τη χαρά της ζωής, να εργάζεται δημιουργικά και να υπηρετεί με τον καλύτερο δυνατό τρόπο την ανθρωπότητα. Η ταύτιση της υγείας με την απουσία της αρρώστιας αποτελεί έκφραση μετριότητας. Η υγεία είναι ποιότητα ζωής που σηματοδοτεί έμπνευση και συνεχή δημιουργικότητα.[8]

Είναι σαφές ότι το επίπεδο υγείας συνδέεται άρρηκτα με το επίπεδο ποιότητας ζωής και άρα η μέτρηση του επιπέδου υγείας είναι αλληλένδετη με την μέτρηση της ποιότητας ζωής.[9]

Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής:

Στο πλαίσιο των κλινικών ερευνών χρησιμοποιείται μια περισσότερο περιορισμένη έννοια της ποιότητας ζωής η οποία περιλαμβάνει τις πλευρές της ποιότητας ζωής που σχετίζονται με την υγεία, δηλαδή τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής.[10]

Θα λέγαμε ότι πρόκειται για μια πολυδιάστατη έννοια με διττό χαρακτήρα, που αφορά στις θετικές και στις αρνητικές όψεις της ευεξίας και της ζωής και περιλαμβάνει τη σωματική, την ψυχική και την κοινωνική υγεία.[11]

Η διατήρηση ή η ανάκτηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής είναι πολύ σημαντικός στόχος σε ασθένειες όπου δεν υπάρχει θεραπεία αλλά η ιατρική παρέμβαση συνδέεται με τον έλεγχο των συμπτωμάτων και την πορεία της νόσου.[11]

Η γρήγορη ανάπτυξη και η καθέρωση νέων θεραπευτικών ιατρικών πράξεων παράτασης ή βελτίωσης της ζωής των ασθενών σε τελικό στάδιο ή με χρόνια νοσήματα διέγειρε το ενδιαφέρον των γιατρών και των άλλων επιστημόνων υγείας τα τελευταία 20 χρόνια για την μελέτη της ποιότητας ζωής των ασθενών προκειμένου να ερευνηθούν τυχόν θετικές ή αρνητικές επιπτώσεις από τις ιατρικές πράξεις.[12,13]

Είναι σημαντικό να μετρούμε την ποιότητα ζωής σε ασθενείς με σοβαρά προβλήματα υγείας γιατί η

ποιότητα ζωής είναι το σημαντικότερο σημείο για να κριθεί η αποτελεσματικότητα μιας θεραπείας. Με αυτόν τον τρόπο βιώνεται καλύτερα η εξέλιξη της νόσου και από το γιατρό και από τον ασθενή ώστε να μπορούν να υπάρξουν βελτιωτικές παρεμβάσεις στο χώρο της υγείας.[14]

Επίσης η μέτρηση της ποιότητας ζωής χρησιμοποιείται εκτεταμένα ως δείκτης αξιολόγησης των θεραπευτικών παρεμβάσεων και στρατηγικών που έχουν ως σκοπό και τη βελτίωση της ψυχικής υγείας.[15]

Είναι γνωστό ότι οι χρόνιες νόσοι, εκτός από την νοσηρότητα, δημιουργούν προβλήματα στην καθημερινή ζωή του πάσχοντος και επηρεάζουν την οικογενειακή κατάσταση, τη συναισθηματική ζωή και άλλες παραμέτρους της καθημερινότητας. Η επίδραση αυτή εξαρτάται από πολλούς παράγοντες όπως παράγοντες ανεξάρτητους από την βαρύτητα της νόσου και της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας αλλά και σχετικούς με την προσωπικότητα του, το φύλο την κοινωνικοοικονομική κατάσταση, και τέλος τη στάση του απέναντι στην αρρώστια. Σε αυτό το σημείο τοποθετείται η μελέτη της ποιότητα ζωής που περιλαμβάνει αφενός την προσωπική εμπειρία ενός ατόμου για τη ζωή του και αφετέρου την εκτίμηση εξωτερικών παραγόντων που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής.[16]

Σημείο αφετηρίας όλων των παραπάνω οφείλει να είναι η θεωρία και στη συνέχεια η μεθοδολογία μέτρησης της ποιότητας ζωής και η αρχική θεωρία είναι εκείνη που καθοδηγεί το σχεδιασμό των οργάνων μέτρησης. Ο ορισμός της ποιότητας ζωής είναι αποφασιστικής σημασίας για την εκτίμηση της και ένας σωστός και πλήρης ορισμός μειώνει σημαντικά την πιθανότητα παρερμηνείας των αποτελεσμάτων μέτρησης. Οι ερωτήσεις λοιπόν των οργάνων μέτρησης θα πρέπει να δίνουν ένα σύνολο εναλλακτικών απαντήσεων σε κλίμακα διαβάθμισης, ώστε να καθίσταται δυνατή η συζήτηση των προστιθέμενων αποτελεσμάτων.[15]

Μια μεθοδολογία μέτρησης της ποιότητας ζωής που λαμβάνει υπόψη της υποκειμενικές και αντικειμενικές διαστάσεις της και που αποσκοπεί στην επιστημονική διερεύνησή της με τη χρήση ερωτηματολογίων, οφείλει να επιτύχει την ικανοποίηση των βασικών απαιτήσεων και προϋποθέσεων της έρευνας.[13]

Εξίσου σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι τα τελευταία χρόνια η ανάπτυξη ειδικών εργαλείων αξιολόγησης της ποιότητας ζωής σε σχέση με την ασθένεια είναι ραγδαία. Παράλληλα όμως με τον αριθμό ειδικών εργαλείων αυξάνεται και η δυσκολία επιλογής του κατάλληλου κάθε φορά εργαλείου για τον υπό μελέτη πληθυσμό.[17,18,19] Σε πολλές ανασκοπήσεις γίνεται κριτική για την αποτυχία ερευνητών ή κλινικών γιατρών να επιλέξουν και να εφαρμόσουν κατάλληλα όργανα μέτρησης για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής των ασθενών.[17]

Τα ερωτηματολόγια αυτά βασίζονται σε ένα κοινό θεωρητικό υπόβαθρο σύμφωνα με το οποίο πέρα

από τη διαπίστωση της καλής λειτουργίας των οργανικών συστημάτων σημαντική κρίνεται και η ανάγκη αξιολόγησης της γενικής ευεξίας και της λειτουργικότητας του ατόμου σε όλους τους τομείς της ζωής του.[2,12,14]

Ένα από τα πλέον γνωστά ερωτηματολόγια είναι η Επισκόπηση Υγείας SF-36 (SF-36 Health Survey), ένα πολλαπλών εφαρμογών και μικρής σχετικά έκτασης γενικό όργανο μέτρησης, που χρησιμοποιείται σε πολλές χώρες για την αυτοεκτίμηση της ποιότητας ζωής και τη σύγκριση του επιπέδου υγείας διαφόρων ομάδων του πληθυσμού, υγιών και ασθενών, διαφορετικών κατηγοριών ή μεταξύ διαφορετικών θεραπευτικών μεθόδων μιας κατηγορίας ασθενών.[20,21]

Το ερωτηματολόγιο «επισκόπηση υγείας SF-36» έχει μεταφραστεί στα Ελληνικά σύμφωνα με την προβλεπόμενη από το έργο IQOLA διαδικασία και έχει γίνει μελέτη για την εγκυροποίηση και προτυποποίησή του. Στην Ελλάδα, η χρήση του ερωτηματολογίου «επισκόπηση υγείας SF-36» σε μελέτες ποιότητας ζωής του γενικού πληθυσμού ή ομάδων ασθενών είναι, μέχρι σήμερα, αρκετά περιορισμένη.[22-29]

ΣΚΟΠΟΣ

Η παρούσα μελέτη είχε κύριο σκοπό μια πρώτη διερεύνηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής ατόμων που πάσχουν από καρδιαγγειακά νοσήματα ενώ ταυτόχρονα αποτέλεσε βάση για σχεδιασμό προγράμματος παρέμβασης με σκοπό τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων αυτών.

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ

Τον πληθυσμό-στόχο της μελέτης απετέλεσαν 150 ασθενείς που νοσηλεύτηκαν στην καρδιολογική κλινική ενός Γενικού Νοσοκομείου των Αθηνών. Στη μελέτη συμμετείχαν ασθενείς που νοσηλεύτηκαν στην καρδιολογική κλινική και οι οποίοι είχαν αναρρώσει πλήρως.

Εργαλείο μέτρησης

Για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο «επισκόπηση υγείας SF-36» και όλα τα δεδομένα συλλέχτηκαν από μια ερευνήτρια μέσω προσωπικής συνέντευξης. Το ερωτηματολόγιο «επισκόπηση υγείας SF-36» περιλαμβάνει οκτώ κλίμακες μέτρησης αποτελούμενες από 2 έως 10 ερωτήσεις η καθεμιά. Συγκεκριμένα οι οκτώ κλίμακες είναι:

1. Σωματική Λειτουργικότητα (ΣΛ) με 10 ερωτήσεις
2. Κοινωνική Λειτουργικότητα (ΚΛ) με 2 ερωτήσεις
3. Σωματικός Πόνος (ΣΠ) με 2 ερωτήσεις
4. Ψυχική Υγεία (ΨΥ) με 5 ερωτήσεις
5. Ζωτικότητα (ΖΤ) με 4 ερωτήσεις
6. Ρόλος Συναισθηματικός (ΡΣΘ) με 3 ερωτήσεις
7. Ρόλος Σωματικός (ΡΣ) με 4 ερωτήσεις και
8. Γενική Υγεία (ΓΥ) με 5 ερωτήσεις

Υπάρχει μία ακόμα ερώτηση, που αναφέρεται στη μεταβολή της υγείας και δεν συμπεριλαμβάνεται στην κατασκευή κάποιας κλίμακας. Οι οκτώ

επιμέρους κλίμακες διαμορφώνουν περιληπτικές μετρήσεις σε δύο γενικότερες κλίμακες, της σωματικής και της ψυχικής υγείας.[22,23,30]

Στατιστική ανάλυση

Η διερεύνηση των ευρημάτων της έρευνάς μας πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του στατιστικού πακέτου Statistical Package for Social Sciences (SPSS) v. 17.

Ηθικά θέματα

Προκειμένου να πραγματοποιηθεί η μελέτη μας ελήφθη έγκριση από το Επιστημονικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου. Επιπρόσθετα, όλοι οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν τόσο για το σκοπό και στόχο της μελέτης, διαβεβαιώθηκαν για την τήρηση ανωνυμίας και ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων και προσωπικών απαντήσεων και διατηρούσαν το δικαίωμα απόσυρσης οιαδήποτε στιγμή το επιθυμούσαν.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Χαρακτηριστικά δείγματος

Μέσος όρος ηλικίας των ασθενών ήταν τα 68.15 έτη (SD= 11.35) και το 64% ήταν άντρες. Στο δείγμα μας το 39% των ασθενών είχαν Οξύ Στεφανιαίο Σύνδρομο, το 28% έπασχαν από Στηθάγχη, το 20% είχαν Κολπική Μαρμαρυγή, το 10% Καρδιακή Ανεπάρκεια και το 2.7% είχαν δύο από τα παραπάνω νοσήματα σε συνδυασμό.

Ποιότητα ζωής

Συνολικά, η ποιότητα ζωής των ασθενών βρέθηκε ότι είναι 58.19 (SD = 19.75). Πιο συγκεκριμένα οι τιμές ανά κλίμακα, όπως φαίνεται και στον πίνακα 1, ήταν οι εξής:

1. Σωματική Λειτουργικότητα 64.42 (SD = 26.17),
2. Κοινωνική Λειτουργικότητα 62.42 (SD = 28.61),
3. Σωματικός Πόνος 50.02 (SD = 29.85),
4. Ψυχική Υγεία 55.06 (SD = 18.07),
5. Ζωτικότητα 55.91 (SD = 24.70),
6. Ρόλος Συναισθηματικός 67.00 (SD = 30.57),
7. Ρόλος Σωματικός 58.08 (SD = 33.18) και
8. Γενική Υγεία 52.46 (SD = 19.82).

Πίνακας 1: Κλίμακες ποιότητας ζωής καρδιοπαθών σύμφωνα με το ερωτηματολόγιο SF-36

ΚΛΙΜΑΚΑ	ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ	ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ
Σωματική λειτουργικότητα	64.42	26.17
Κοινωνική λειτουργικότητα	62.42	28.61
Σωματικός πόνος	50.2	29.85
Ψυχική υγεία	55.06	18.07
Ζωτικότητα	55.91	24.70
Ρόλος συναισθηματικός	67.00	30.57
Ρόλος σωματικός	58.08	33.18
Γενική υγεία	52.46	19.82

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης είναι ουσιαστικά μια επιβεβαίωση όσων ήδη γνωρίζουν οι επαγγελματίες υγείας αναφορικά με την επίδραση ενός καρδιαγγειακού νοσήματος στην ποιότητα ζωής των ασθενών.

Στην παρούσα μελέτη όλες οι επιμέρους κλίμακες του ερωτηματολογίου έχουν χαμηλές μέσες τιμές γεγονός που υποδηλώνει ότι η συνολική ποιότητα ζωής επηρεάζεται σημαντικά με την εμφάνιση ενός καρδιαγγειακού νοσήματος. Το εύρημα αυτό επιβεβαιώνεται και από άλλες μελέτες που έχουν διεξαχθεί σε παρόμοιο πληθυσμό στο εξωτερικό ανεξάρτητα από την εφαρμοζόμενη μεθοδολογία.. Με βάση τα ευρήματα της παρούσας μελέτης περισσότερο απ' όλα φαίνεται να επηρεάζεται αρνητικά η ποιότητα ζωής από τον σωματικό πόνο. Ίσως αυτό το αποτέλεσμα να ήταν διαφορετικό αν οι ασθενείς δεν εξετάζονταν στον χώρο του νοσοκομείου αλλά προσεγγίζονταν κάποιες μέρες μετά την έξοδό τους από αυτό σε ποιο οικείο περιβάλλον.

Λίγοι φαίνεται να είναι οι περιορισμοί των ρόλων των ασθενών λόγω συναισθηματικών προβλημάτων. Το εύρημα αυτό μπορεί να οφείλεται στο ότι οι ασθενείς όταν βρίσκονται στο νοσοκομείο ανησυχούν και εστιάζουν περισσότερο την προσοχή τους στα οργανικά και όχι στα ψυχολογικά προβλήματά τους και έτσι θεώρησαν ότι δεν επηρεάστηκε ο ρόλος τους λόγω συναισθηματικών αλλά λόγω σωματικών προβλημάτων.

Συγκρίνοντας τα αποτελέσματά μας με αυτά της μελέτης των Παππά, Κοντοδημόπουλου και Νιάκα[23] που έγινε σε υγιή πληθυσμό, όπως φαίνεται και στον πίνακα 2, παρατηρούμε τη μεγάλη διαφορά στην ποιότητα ζωής των δύο ομάδων.

Πιο συγκεκριμένα η μεγαλύτερη διαφορά στις μέσες τιμές ήταν στην κλίμακα του Σωματικού Πόνου (ΣΠ) όπου οι ασθενείς με καρδιαγγειακά νοσήματα είχαν 50.02 (SD = 29.85) και ο υγιής πληθυσμός είχε 72.98 (SD= 31.66).

Η μικρότερη διαφορά παρατηρήθηκε στη Ζωτικότητα (ΖΤ) με τους ασθενείς με καρδιαγγειακά νοσήματα να έχουν 55.91 (SD = 24.70), ενώ ο υγιής πληθυσμός έχει 66.53 (SD = 22.39).

Η παρούσα μελέτη είχε κάποιους περιορισμούς που αν είχαν αντιμετωπιστεί ίσως είχαμε διαφορετικά αποτελέσματα. Αρχικά το δείγμα μας αν ήταν μεγαλύτερο και περισσότερο ομοιογενές (π.χ. μόνο ασθενείς με στηθάγχη) ίσως είχαμε διαφοροποίηση των αποτελεσμάτων.

Πίνακας 2: Σύγκριση αποτελεσμάτων ποιότητας ζωής μεταξύ καρδιοπαθών και υγιούς πληθυσμού, σύμφωνα με το ερωτηματολόγιο SF-36

ΚΛΙΜΑΚΑ	ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΣ		ΥΓΙΗΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ	
	ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ	SD	ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ	SD
Σωματική λειτουργικότητα	64.42	26.17	80.76	25.62
Κοινωνική λειτουργικότητα	62.42	28.61	82.05	28.12
Σωματικός πόνος	50.2	29.85	72.98	31.66
Ψυχική υγεία	55.06	18.07	68.23	21.26
Ζωτικότητα	55.91	24.70	66.53	22.39
Ρόλος συναισθηματικός	67.00	30.57	81.53	36.31
Ρόλος σωματικός	58.08	33.18	79.74	37.72
Γενική υγεία	52.46	19.82	67.46	23.54

Επιπρόσθετα αν η προσέγγιση των ασθενών δεν γινόταν στο χώρο του νοσοκομείου αλλά κατ' οίκον ίσως να είχαμε διαφορετικά αποτελέσματα.

Εν κατακλείδι: αναμφίβολα το γεγονός ότι δεν υπάρχει και δεύτερη μέτρηση της ποιότητας ζωής (π.χ. πριν ή 3 μήνες μετά την προσέλευση των ασθενών μας στο νοσοκομείο) δεν μας επιτρέπει να έχουμε μια ολοκληρωμένη εικόνα για το πώς ακριβώς επιδρά η ασθένεια στην ποιότητα ζωής καθώς και για το ποιο άλλοι παράγοντες (στους οποίους ενδεχομένως μπορούμε να παρέμβουμε) συμβάλλουν με τη σειρά τους στην επιδείνωση της συνολικής κατάστασης υγείας.

Παρόλα αυτά αυτή η προσέγγιση των ασθενών και η συζήτηση μαζί τους, εκτός από την πρώτη ανίχνευση του προβλήματος, δημιούργησε ένα συναίσθημα ενδιαφέροντος εκ μέρους του ιατρικού προσωπικού το οποίο, όπως και οι ίδιοι οι ασθενείς ανέφεραν, τους έκανε να νιώσουν την ανθρώπινη πλευρά της νοσοκομειακής περίθαλψης και αυτό από μόνο του θεωρούμε ότι είναι σημαντικό.

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας είναι ουσιαστικά μια επιβεβαίωση των όσων γνωρίζουν όσοι επαγγελματίες υγείας εργάζονται με ασθενείς που πάσχουν από κάποιο καρδιαγγειακό νόσημα. Ενδιαφέρον θα ήταν στο μέλλον να δούμε πιο από τα καρδιαγγειακά νοσήματα έχει την καλύτερη και πιο την χειρότερη ποιότητα ζωής.

Επιτακτική κρίνουμε την ανάγκη Σχεδιασμού, Εφαρμογής και Αξιολόγησης Προγραμμάτων Αγωγής Υγείας που στόχο θα έχουν τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών αυτών αλλά και των οικογενειών τους και ευχόμαστε η παρούσα μελέτη να αποτελέσει τη βάση τέτοιων Προγραμμάτων στο μέλλον.

SUMMARY

AIM: heart disease is one of the leading causes of death and disability in Western countries and in Greece as well. Undoubtedly the appearance of cardiac disease becomes an obstacle and has an obvious negative effect on every aspect of the daily living of patients. Recognizing the importance of measuring health-related quality of life of people with a chronic disease, the present research aimed in investigating the quality of life of patients with heart disease.

METHODS: A total of 150 patients with heart disease were included (Mean age = 68.15, SD= 11,35) of which 64% were male. The patients suffered from one of the following conditions: acute coronary syndrome, angina, atrial fibrillation and heart failure. Some suffered from two of the above mentioned conditions. In order to evaluate quality of life, the SF-36 questionnaire was used.

RESULTS: It appeared that health related quality of life is severely affected by the appearance of heart disease (M total = 58.19, SD = 19.75). It seems that the overall quality of life is mainly affected by physical pain (M physical pain = 50.02, SD = 29.85) and that there are less activity limitations due to emotional stress (M emotional problems = 67.00, SD = 30.57).

CONCLUSIONS: The results of the present study are in a way a confirmation of what health professionals dealing with patients with heart disease from long know. Our findings are similar to previous research. The present study is the first phase of a health promotion program that will aim in the improvement of quality of life of patients with heart diseases.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Fayers PM., Machin D., Quality of Life. Assessment, Analysis and Interpretation, Wiley & Sons, New York 2006
2. Υφαντόπουλος Γ., Μέτρηση της ποιότητας ζωής και το Ευρωπαϊκό υγειονομικό μοντέλο, Αρχ. Ελλην. Ιατρ., Αθήνα 2007: 24(Συμπ.1): 6 – 18
3. Yfantopoulos J., Health-related quality of life, Part I and II, Guest Editor J. Yfantopoulos, Arch Hellen Med 2001c, Vol. 18 and 19
4. Zautra A., Goodhart D., Quality of life indicators, A Review of the literature, Commun Mental Health Rev, 1979: 4:1-10
5. Lehman F., Instruments for measuring quality of life in mental illness. In: Katsching H., Freeman H., Santorius N., (eds), Quality of life in Mental Disorders, John Wiley & Sons Ltd., West Sussex England, 1997: 79-80
6. Τζινιέρη-Κοκκώση Μ., Ποιότητα ζωής – ιατρική - ψυχικές διαταραχές, Ψυχιατρική κλινική Πανεπιστημίου – Προγράμματα προαγωγής υγείας, Αθήνα 2007-2008
7. Committee of the Regions, Evaluation Quality of life in European regions and cities, Monograph serious office for official Publications of the European communities
8. Αυλωνίτη Ε., Ποιότητα ζωής και υπνική άπνοια, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή.
9. Τούντας Γ., Κοινωνία και Υγεία, Οδυσσέας, Αθήνα 2006
10. Yfantopoulos J. Measuring of quality and the European health model. Archives of Hellenic medicine 2008, 25(suppl. 1):1-7
11. Γείτονα Μ., Κάβουρα Μ., Βανδώρου Χ., et al. Οικονομική αξιολόγηση και ποιότητα ζωής. Οικονομική αξιολόγηση της τεχνολογίας υγείας: Φαρμακοοικονομία και λήψη αποφάσεων. Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Θεσσαλίας, Βόλος 2004:130-146
12. Yfantopoulos J, Quality of life and QALYS in the measurement of health, Archives of Hellenic Medicine, Athens 2001: 18(2): 114 – 130
13. Υφαντόπουλος Γ., Σαρρής Μ., Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής. Μεθοδολογία μέτρησης, Αρχ. Ελλην. Ιατρ., Αθήνα 2001: 18(3): 218 – 229
14. Κατσάνος Κ. Χ., Τσιάνος Ε. Β., Βασικές αρχές μελέτης με ερωτηματολόγιο της ποιότητας ζωής των ασθενών με Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Πάθηση του Εντέρου, Ιατρική, Αθήνα 1999: 76(3): 238 – 247
15. Οικονόμου Μ., Κοκκώση Μ., Τριαντάφυλλου Ε., et al. Ποιότητα Ζωής και Ψυχική Υγεία, Εννοιολογικές προσεγγίσεις, κλινικές εφαρμογές και αξιολόγηση. Αρχ. Ελλην. Ιατρ., 2001: 18(3): 239-253
16. Μουγιάς ΓΑ, Πάλλης ΑΓ, Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής στις φλεγμονώδεις εντεροπάθειες με ειδικά ερωτηματολόγια - Το παράδειγμα των χειρουργικών επεμβάσεων, Αρχ. Ελλην. Ιατρ., 2001: 18(3):267-271
17. Polonsky Wh., Understanding and assessing diabetes specific quality of life, Diabetes Spectrum 2000: 13: 36
18. Garratt AM., Schmidt L., Fitzpatrick R., Patient - assessed health outcome measures for diabetes. A structured review Diabetes med 2002: 19: 1-11
19. Garret A., Schmidt I., Mackintosh A., et al. Quality of life measurement, bibliographic study of patient assessed health outcome measures, Br Med S, 2002: 324: 1417
20. Brazier JE., Harper R., Jones MB., Validating the SF – 36 Health Survey Questionnaire: new