

Κλινική Έρευνα

Η Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής σε Ασθενείς με Στεφανιαία Νόσο και Καρδιακή Ανεπάρκεια σε ένα Δημόσιο Γενικό Νοσοκομείο

ΧΡΙΣΤΙΝΑ ΣΠΥΡΑΚΗ¹, ΔΑΦΝΗ ΚΑΪΤΕΛΙΔΟΥ², ΒΑΣΙΛΙΚΗ ΠΑΠΑΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ², ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ ΠΡΕΖΕΡΑΚΟΣ³, ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΜΑΝΙΑΔΑΚΗΣ⁴

¹ Γενικό Νοσοκομείο «Άγιος Νικόλαος», Κρήτη

² Τμήμα Νοσηλευτικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

³ Κέντρο Επαγγελματικής Κατάρτισης, Δήμος Αθηναίων ΑΕ

⁴ Οικονομικό Τμήμα, Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Λέξεις ευρετηρίου:
Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής, στεφανιαία νόσος, καρδιακή ανεπάρκεια, SF-36, EQ-5D, συντηρητική θεραπεία καρδιακών παθήσεων.

Ημερ. παραλαβής εργασίας:
11 Φεβρουαρίου 2008
Ημερ. αποδοχής:
9 Απριλίου 2007

Διεύθυνση
Επικοινωνίας:
Νικόλαος
Μανιαδάκης

Μουσών 29
115 24 Αθήνα
e-mail:
nmaniadakis@yahoo.com

Σκοπός: στην παρούσα έρευνα παρουσιάζονται δεδομένα που αφορούν στην μέτρηση της ποιότητας ζωής ασθενών με στεφανιαία νόσο και καρδιακή ανεπάρκεια, παθήσεις που αποτελούν σημαντικό μέρος των εισαγωγών μιας Καρδιολογικής Κλινικής.

Μεθοδολογία: Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε 153 ασθενείς της Καρδιολογικής Κλινικής ενός δευτεροβάθμιου νοσοκομείου της Κρήτης. Τα εργαλεία μέτρησης της ποιότητας ζωής SF-36 και EQ-5D χρησιμοποιήθηκαν προκειμένου να εκτιμηθεί η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των ασθενών κατά την εισαγωγή, την έξοδο και ένα μήνα μετά την έξοδο από το νοσοκομείο.

Αποτελέσματα: Η στεφανιαία νόσος και η καρδιακή ανεπάρκεια επηρεάζουν όλες τις διαστάσεις της ποιότητας της ζωής, όπως για παράδειγμα τη σωματική, τη συναισθηματική, την κοινωνική και τη γενική κατάσταση της υγείας. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι ελάχιστα βελτιώθηκε η ποιότητα της ζωής των ασθενών με τη θεραπευτική φαρμακευτική αγωγή.

Συμπεράσματα: Η μέτρηση της ποιότητας ζωής αποτελεί σημαντικό παράγοντα για την εκτίμηση της αντικειμενικής και υποκειμενικής κατάστασης υγείας του ατόμου με καρδιοπάθεια και πρέπει να λαμβάνεται υπόψη. Η παρούσα μελέτη έδειξε ότι οι ασθενείς υποφέρουν σημαντικά, η ποιότητα της ζωής τους μειώνεται ενώ βελτιώνεται ελάχιστα μετά την αντιμετώπιση στο νοσοκομείο και τη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής.

Η στεφανιαία νόσος (ΣΝ) και η καρδιακή ανεπάρκεια (ΚΑ) περιλαμβάνονται στις συχνότερες αιτίες θανάτου στις αναπτυγμένες χώρες και χαρακτηρίζονται για το υψηλό κόστος θεραπευτικής αντιμετώπισης τους και το οικονομικό βάρος που επιβάλλουν στα συστήματα υγείας.¹ Ωστόσο, εκτός από τις κλινικές και τις οικονομικές επιπτώσεις, η ΣΝ και η ΚΑ επηρεάζουν σημαντικά και την ποιότητα ζωής των ασθενών που πάσχουν από αυτές. Η σχετιζό-

μενη με την υγεία ποιότητα ζωής (Health Related Quality of Life) χρησιμοποιείται συχνά σε μελέτες ως ένας ιδιαίτερα σημαντικός παράγοντας αξιολόγησης των ασθενών. Αποτελεί ένα πολύ-παραγοντικό στοιχείο και δείκτη της ευημερίας, που επηρεάζεται από τη σωματική, πνευματική, συναισθηματική και κοινωνική ζωή και κατάσταση των ασθενών.^{2,3} Είναι αξιοσημείωτο ότι όλο και περισσότερο χρησιμοποιείται προκειμένου να εκτιμηθεί η γενική κατάσταση της υγείας του

γενικού πληθυσμού ή των ασθενών, καθώς επίσης για να αξιολογηθούν οι επιπτώσεων διαφόρων κλινικών παρεμβάσεων.

Η εκτίμηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής των ασθενών με ΣΝ και ΚΑ είναι ιδιαίτερα ενδιαφέρουσα, καθότι έχει σημαντική επίπτωση στη φυσική, κοινωνική, πνευματική αλλά και συνολική υγεία και ευημερία των ασθενών. Η ύπαρξη ΣΝ συνήθως συνοδεύεται από προκάρδιο άλγος και έχει σημαντικές επιπτώσεις στην ικανότητα σωματικής άσκησης, επιφέρει ψυχολογικές διαταραχές και μπορεί να οδηγήσει σε προβλήματα αϋπνίας και εύκολης κόπωσης. Επιπρόσθετα έχει εκτιμηθεί ότι το ένα τρίτο των ασθενών με ΣΝ πάσχουν από σοβαρή κατάθλιψη ενώ ένα μεγάλο ποσοστό πάσχει από υποκλινική κατάθλιψη.⁴ Για το λόγο αυτό οι πρόσφατες θεραπευτικές προσεγγίσεις εστιάζονται στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων καθώς και στην βελτίωση της λειτουργικής ικανότητας και της ποιότητας ζωής των ασθενών.^{5,6}

Από την άλλη πλευρά η ΚΑ αποτελεί σοβαρότατο και σύνθετο πρόβλημα δημόσιας υγείας στις αναπτυγμένες χώρες, αφού τα τελευταία χρόνια έχει σημειωθεί μια εντυπωσιακή αύξηση της επίπτωσης της νόσου, ενώ δυστυχώς η πρόγνωση για την αντιμετώπιση της παραμένει απογοητευτική. Η κλινική εικόνα της καρδιακής ανεπάρκειας χαρακτηρίζεται συνήθως από δύσπνοια, αίσθημα αδυναμίας και κόπωσης και περιορισμένη κινητικότητα με αποτέλεσμα την αρνητική επίπτωση στην ποιότητα ζωής των ασθενών. Με βάση τα παραπάνω η βελτίωση της ποιότητας ζωής αποτελεί έναν πολύ σημαντικό στόχο κατά τη διαχείριση ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια.^{7,8} Είναι αξιοσημείωτο ότι σε πρόσφατη μελέτη αξιολόγησης ποιότητας ζωής, οι μισοί περίπου ασθενείς προτίμησαν να υιοθετήσουν μία θεραπεία που βελτιώνει την ποιότητα ζωής τους ακόμη και αν αυτή η επιλογή οδηγούσε σε μείωση του προσδόκιμου ζωής.⁹ Σύμφωνα με άλλες μελέτες η συμμόρφωση των ασθενών στη θεραπεία εμφανίζεται περισσότερο βελτιωμένη σε ασθενείς με καλύτερη ποιότητα ζωής.¹⁰

Από τα παραπάνω προκύπτει ότι η εκτίμηση της ποιότητας ζωής είναι ιδιαίτερα σημαντική για την αρχική αξιολόγηση των ασθενών με ΣΝ και ΚΑ, καθώς και για την διαχρονική εξέλιξη τους μετά την αντιμετώπιση και την παροχή διαφόρων θεραπευτικών παρεμβάσεων. Ένας επιπρόσθετος λόγος για την εκπόνηση της συγκεκριμένης μελέτης, είναι ο συνεχώς αυξανόμενος επιπολασμός στην Ελλάδα, γεγονός που ενισχύει την άποψη ότι η καλύτερη διαχείριση των συγκεκριμένων ασθενειών και η βελ-

τίωση της ζωής των ασθενών θα έχουν σημαντική επίπτωση στο συνολικό κοινωνικό όφελος.

Στα πλαίσια αυτά, σκοπός της παρούσης έρευνας είναι η μέτρηση της ποιότητας ζωής ασθενών με στεφανιαία νόσο και καρδιακή ανεπάρκεια. Υπάρχουν πολλά γενικά αλλά και ειδικά εργαλεία μέτρησης της ποιότητας ζωής με συχνές εφαρμογές σε διάφορες καταστάσεις υγείας.^{11,12} Στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκαν δύο ευρέως γνωστά γενικά εργαλεία μέτρησης ποιότητας ζωής, με στόχο την αυτοαξιολόγηση ασθενών που εισήχθησαν σε ένα δημόσιο νοσοκομείο της χώρας.

Η μεθοδολογία της έρευνας

Πρόκειται για μία μελέτη παρατήρησης σε δείγμα 153 ασθενών με στεφανιαία νόσο και καρδιακή ανεπάρκεια, που νοσηλεύτηκαν στην Καρδιολογική Κλινική ενός Γενικού Νοσοκομείου της Κρήτης (Αγ. Νικολάου). Οι ασθενείς δέχτηκαν ελεύθερα, μετά από πλήρη ενημέρωση, να συμμετέχουν στην έρευνα. Η συλλογή των δεδομένων ξεκίνησε το Σεπτέμβριο του 2005 και ολοκληρώθηκε τον Απρίλιο του 2006. Τα δύο γενικά εργαλεία εκτίμησης της ποιότητας ζωής που χρησιμοποιήθηκαν για την αυτοαξιολόγηση εκ μέρους των ασθενών της ποιότητας ζωής τους ήταν το SF-36 και το EQ-5D. Η υλοποίηση της μελέτης έλαβε χώρα σε τρία στάδια. Κατά το πρώτο στάδιο (Στάδιο Α), πραγματοποιήθηκε η πρώτη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων των ασθενών κατά την ημέρα εισαγωγής τους στην Καρδιολογική Κλινική. Το δεύτερο στάδιο (Στάδιο Β) της έρευνας πραγματοποιήθηκε κατά την έξοδο των ασθενών από το νοσοκομείο και το τρίτο στάδιο πραγματοποιήθηκε με τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων έναν μήνα μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο (Στάδιο Γ). Στα πρώτα δύο στάδια η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε μέσω προσωπικών συνεντεύξεων με τους ασθενείς (το ρόλο του συνεντευκτή είχε ο πρώτος συγγραφέας που είναι ιατρός) ενώ στο τρίτο στάδιο η επικοινωνία με τους ασθενείς ήταν τηλεφωνική. Επιπρόσθετα συνελέχθησαν πληροφορίες για τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του υπό μελέτη πληθυσμού όπως για παράδειγμα την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, το επίπεδο εκπαίδευσης και την επαγγελματική απασχόληση. Η μέση βαθμολογία των διαστάσεων του SF-36 εκτιμήθηκε με βάση το SF-36 v. 1.0 μοντέλο, ενώ η εκτίμηση του EQ-5D βασίστηκε στο μοντέλο του Dolan-N3. Τα δεδομένα αναλύθηκαν με το στατιστικό πακέτο SPSS-11.0.

Αποτελέσματα

Κατά την εισαγωγή στο νοσοκομείο (στάδιο Α) συμπληρώθηκαν 104 ερωτηματολόγια από ασθενείς με ΣΝ και 49 ερωτηματολόγια από ασθενείς με ΚΑ. Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των δύο ομάδων ασθενών παρουσιάζονται στον Πίνακα 1. Στις ομάδες ασθενών με ΣΝ και ΚΑ τα ποσοστά των ανδρών είναι 60% and 57% αντίστοιχα. Επιπλέον, το 74% and 82% αντιστοίχως έχουν ηλικία άνω των 65 ετών και ποσοστά 76% και 86% αντίστοιχα είναι απόφοιτοι υποχρεωτικής εκπαίδευσης, ενώ σε ποσοστό 76% και 84% αντιστοίχως είναι συνταξιούχοι. (Πίνακας 1)

Μετά την εξαίρεση 6 ασθενών με ΣΝ οι οποίοι πέθαναν ή εισήχθησαν σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο του νησιού, λόγω σοβαρής επιδείνωσης της κατάστασης υγείας τους, μελετήθηκαν 98 (94%) ασθενείς κατά την έξοδό τους από το νοσοκομείο (στάδιο Β) and 94 (91%) ένα μήνα μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο (στάδιο Γ). Για αντίστοιχους λόγους από την ομάδα των ασθενών με ΚΑ μελετήθηκαν τελικά 47 (96%) ασθενείς κατά τα στάδια Β και Γ. Η μέση βαθμολογία των 8 διαστάσεων του SF-36 φαίνονται στον Πίνακα 2 και στο σχήμα 1 για τους ασθενείς με ΣΝ και ΚΑ αντίστοιχως. Είναι άξιο να αναφερθεί ότι η μέση βαθμολογία και στις δύο ομάδες ασθενών είναι πολύ χαμηλή με τη μέση βαθμολογία των ασθενών με ΚΑ να είναι πολύ χαμηλότερη από την αντίστοιχη της ομάδας ασθενών με ΣΝ.

Συγκεκριμένα και στις δύο ομάδες ασθενών η βαθμολογία ήταν μικρότερη του 60. Οι διαστάσεις της ποιότητας ζωής: φυσική λειτουργία, φυσικός ρόλος, γενική υγεία και συναισθηματικός ρόλος είναι χαμηλότερες από τις διαστάσεις κοινωνική λειτουργία, σωματικός πόνος, ζωτικότητα και διανοητική

Πίνακας 1. Δημογραφικά Στοιχεία Ασθενών

| Χαρακτηριστικά Ασθενών | ΣΝ Ν (%) | ΚΑ Ν (%) |
|---------------------------------|----------|----------|
| Φύλο | | |
| Άνδρες | 62 (60) | 28 (57) |
| Γυναίκες | 42 (40) | 21 (43) |
| Ηλικία | | |
| 35-44 έτη | 3 (3) | 0 (0) |
| 45-54 έτη | 8 (8) | 2 (4) |
| 55-64 έτη | 16 (15) | 7 (14) |
| 65-74 έτη | 37 (36) | 11 (22) |
| > 74 έτη | 40 (38) | 29 (60) |
| Οικογενειακή κατάσταση | | |
| Έγγαμος/η | 81 (77) | 39 (80) |
| Χήρος/α | 19 (19) | 9 (18) |
| Διαζευγμένος/η | 2 (2) | 0 (0) |
| άγαμος/η | 2 (2) | 1 (2) |
| Επίπεδο Εκπαίδευσης | | |
| Υποχρεωτικό | 79 (76) | 42 (86) |
| Δευτεροβάθμιο | 22 (21) | 7 (14) |
| Τριτοβάθμιο Τεχνολογικό | 2 (2) | 0 (0) |
| Τριτοβάθμιο Πανεπιστημιακό | 1 (1) | 0 (0) |
| Επαγγελματική Απασχόληση | | |
| Συνταξιούχος | 79 (76) | 40 (84) |
| Εργαζόμενος/η | 19 (18) | 8 (16) |
| Οικιακά | 4 (4) | 1 (2) |
| Ατομικό Εισόδημα | 102 (98) | |
| < 3,000 € | 43 (41) | 28 (57) |
| 3,000-10,000 € | 29 (28) | 11 (22) |
| 10,000-30,000 € | 3 (3) | 0 (0) |
| >30,000 € | 0 (0) | 0 (0) |
| Δεν απαντώ | 29 (28) | 10 (20) |

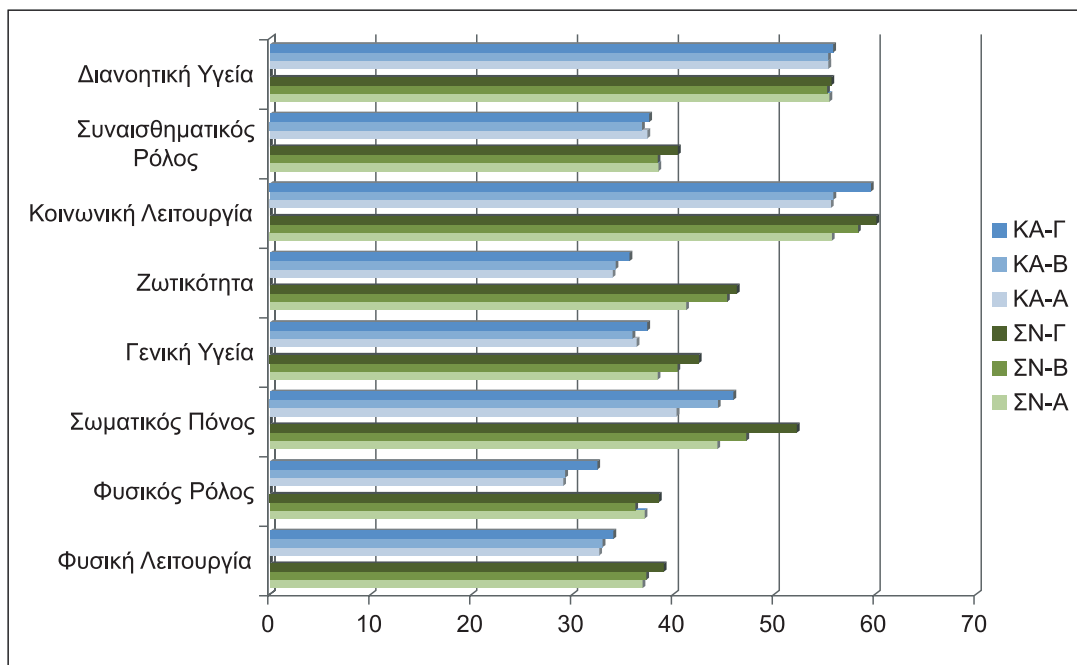
ΣΝ: Στεφανιαία Νόσος, ΚΑ: Καρδιακή Ανεπάρκεια

υγεία, και στις δύο ομάδες ασθενών. Αυτό υποδεικνύει ότι επηρεάζεται η φυσική κατάσταση των ασθενών περισσότερο από ότι επηρεάζεται η κοινωνική και διανοητική κατάστασή τους και ο σωματικός πόνος.

Και στις δύο ομάδες ασθενών υπάρχει μια μικρή

Πίνακας 2. Μέσες Εκτιμήσεις SF-36 Ανά Στάδιο και Ομάδα Ασθενών

| | Ασθενείς με Στεφανιαία Νόσο | | | Ασθενείς με Καρδιακή Ανεπάρκεια | | |
|-----------------------|-----------------------------|-------|-------|---------------------------------|-------|-------|
| | A | B | C | A | B | C |
| Φυσική Λειτουργία | 36,94 | 37,30 | 39,04 | 32,65 | 32,98 | 34,04 |
| Φυσικός Ρόλος | 37,14 | 36,22 | 38,56 | 29,08 | 29,26 | 32,45 |
| Σωματικός Πόνος | 44,35 | 47,22 | 52,23 | 40,31 | 44,40 | 45,94 |
| Γενική Υγεία | 38,44 | 40,39 | 42,52 | 36,35 | 35,94 | 37,40 |
| Ζωτικότητα | 41,26 | 45,31 | 46,28 | 33,98 | 34,26 | 35,64 |
| Κοινωνική Λειτουργία | 55,70 | 58,29 | 60,11 | 55,61 | 55,85 | 59,57 |
| Συναισθηματικός Ρόλος | 38,51 | 38,44 | 40,43 | 37,41 | 36,88 | 37,59 |
| Διανοητική Υγεία | 55,46 | 55,22 | 55,66 | 55,35 | 55,32 | 55,83 |



Σχήμα 1. Μέσες Εκτιμήσεις SF-36 Ανά Στάδιο και Ομάδα Ασθενών

αλλά όχι στατιστικά σημαντική βελτίωση σε όλες τις διαστάσεις της ποιότητας ζωής, κατά το διάστημα που μεσολαβεί μεταξύ της εισαγωγής στο νοσοκομείο και ένα μήνα μετά. Η συνολική συνοπτική κλίμακα φυσικής υγείας για τους ασθενείς με ΣΝ ήταν 29,22 στο στάδιο Α, 40,28 στο στάδιο Β και 43,09 στο στάδιο Γ και συνεπώς υπάρχει βελτίωση. Η συνολική συνοπτική κλίμακα διανοητικής υγείας για ασθενείς με ΣΝ ήταν 47,73 στο στάδιο Α, 49,32 στο στάδιο Β και 50,62 στο στάδιο Γ και συνεπώς υπάρχει στασιμότητα. Η συνολική συνοπτική κλίμακα φυσικής υγείας για ασθενείς με ΚΑ ήταν 34,60 στο στάδιο Α, 35,65 στο στάδιο Β και 37,46 στο στάδιο Γ, γεγονός που υποδηλώνει μια, μικρότερη σε σχέση με τους ασθενείς με ΣΝ, τάση για βελτίωση. Τέλος η συνολική συνοπτική κλίμακα διανοητικής υγείας για ασθενείς με ΚΑ ήταν 45,59 στο στάδιο Α, 45,58 στο στάδιο Β και 47,16 στο στάδιο Γ και άρα υπάρχει στασιμότητα. Στα πλαίσια αυτά παρατηρείται μια μικρή βελτίωση στην φυσική κατάσταση των ασθενών, η οποία δεν είναι στατιστικά σημαντική, αλλά μένει να αξιολογηθεί αναφορικά με το κατά πόσο είναι σημαντική από την κλινική σκοπιά και την σκοπιά της ποιότητας ζωής.

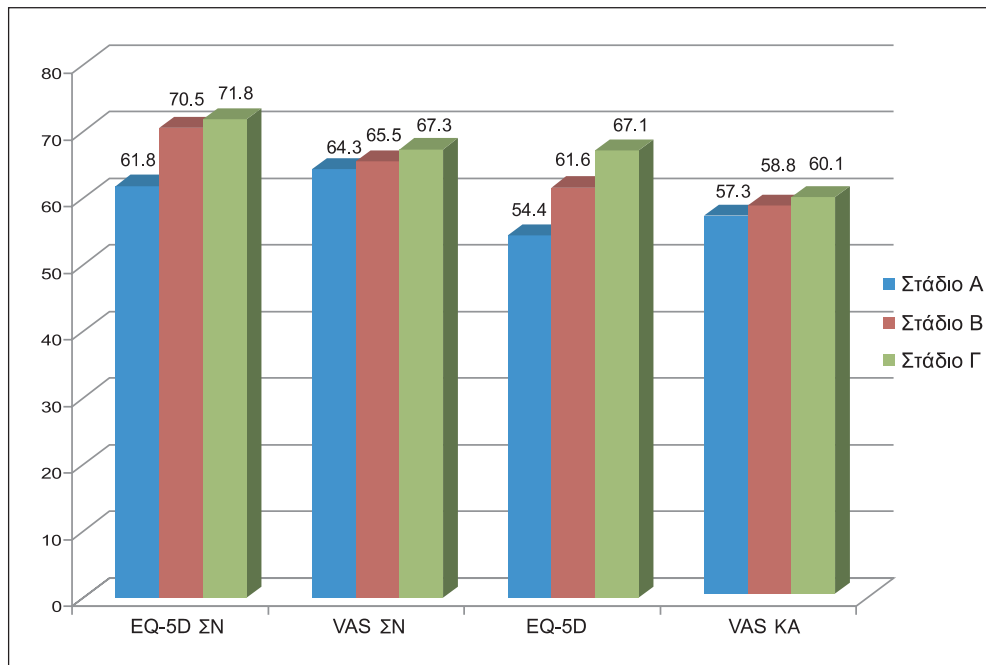
Στον Πίνακα 3 και σχήμα 2 παρουσιάζονται τα στοιχεία από το EQ-5D και την Αναλογική Κλίμακα ή αλλιώς θερμοόμετρο ανά στάδιο και ομάδα ασθενών. Τα στοιχεία βρίσκονται σε απόλυτη συμφωνία

Πίνακας 3. Εκτιμήσεις EQ-5D και Visual Analog Scale

| | Ασθενείς με Στεφανιαία Νόσο | | Ασθενείς με Καρδιακή Ανεπάρκεια | |
|----------|-----------------------------|------|---------------------------------|------|
| | EQ-5D | VAS | EQ-5D | VAS |
| Στάδιο Α | 0,618 | 64,3 | 0,544 | 57,3 |
| Στάδιο Β | 0,705 | 65,5 | 0,616 | 58,8 |
| Στάδιο Γ | 0,718 | 67,3 | 0,671 | 60,1 |

με τα στοιχεία και τις εκτιμήσεις του SF-36, καθότι υποδεικνύουν χαμηλή ποιότητα ζωής και μικρές βελτιώσεις κατά το διάστημα μετά την έξοδο από το νοσοκομείο και τη χορήγηση συντηρητικής φαρμακευτικής αγωγής.

Είναι αξιοσημείωτο ότι υπολογίστηκε υψηλή θετική και στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στις εκτιμήσεις του SF-36, του the EQ-5D και του Visual Analogue Scale (VAS) σε όλα τα στάδια αξιολόγησης και στις δυο ομάδες ασθενών. Αυτό υποδηλώνει ότι και τα δυο εργαλεία μέτρησης ποιότητας ζωής μπορεί να χρησιμοποιηθούν εξίσου αποτελεσματικά στην αξιολόγηση ασθενών με καρδιακή νόσο. Είναι αξιοσημείωτο ότι το EQ-5D εμφανίζεται να έχει μεγαλύτερη ευαισθησία αναφορικά με το Visual Analogue Scale (VAS).



Σχήμα 2. Εκτιμήσεις EQ-5D και Visual Analog Scale.

Συζήτηση

Στη μελέτη αυτή αξιολογήθηκε η ποιότητα ζωής ασθενών με ΣΝ και ΚΑ, πριν και μετά την εισαγωγή σε νοσοκομείο και την εφαρμογή συντηρητικής θεραπείας, με τη χρήση δύο γενικών εργαλείων μέτρησης ποιότητας ζωής, του SF-36 και του EQ-5D. Και οι δύο ομάδες ασθενών παρουσίασαν χαμηλές βαθμολογίες, που υποδηλώνουν αντιστοίχως χαμηλή ποιότητα ζωής. Οι ασθενείς με ΚΑ είχαν μικρότερη μέση βαθμολογία από τους ασθενείς με ΣΝ, γεγονός που οφείλεται στη μεγαλύτερη σοβαρότητα και στη χειρότερη πρόγνωση της ΚΑ. Μια μικρή αλλά όχι στατιστικά σημαντική βελτίωση παρατηρήθηκε κατά το στάδιο Β όπως και κατά το στάδιο Γ και στις δύο ομάδες ασθενών, η οποία πιθανώς οφείλεται στην χορηγηθείσα θεραπεία.

Η ΣΝ είναι μία από τις κυριότερες αιτίες θνησιμότητας, θνητότητας και ανικανότητας, επηρεάζοντας πολλούς τομείς της υγείας του ατόμου (φυσικό, διανοητικό και κοινωνικό) καθώς και τη συνολική του ευημερία.¹³ Σύγχρονες θεραπείες της ΣΝ εστιάζουν όχι μόνο στη βελτίωση του προσδόκιμου επιβίωσης αλλά και στα συμπτώματα, τις λειτουργίες και την ποιότητα της ζωής των ασθενών. Ως εκ τούτου, η βελτίωση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής είναι πρωταρχικής σημασίας στη διαδικασία λήψεως κλινικών αποφάσεων και στην αξιολόγηση και τον καθορισμό των καλύτερων θεραπευτικών προσεγγίσεων.¹⁴

Καθώς οι μετρήσεις αυτές περιγράφουν ή χαρακτηρίζουν τις εμπειρίες των ασθενών ως συνέπεια της φροντίδας υγείας, είναι χρήσιμα και σημαντικά βοηθήματα στις παραδοσιακές μετρήσεις των φυσιολογικών και βιολογικών παραμέτρων της κατάστασης υγείας και πρέπει να συνεκτιμούνται.^{15,16}

Αρκετές μελέτες έχουν δείξει χαμηλές βαθμολογίες στην ποιότητα ζωής των ασθενών στους 3,6,12,28 μήνες μετά από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου.¹⁷⁻¹⁹ Άλλες μελέτες έχουν δείξει ότι η ΣΝ συσχετίζεται με την ύπαρξη ήπιων ή και σοβαρών διανοητικών διαταραχών όπως η κατάθλιψη και το άγχος.²⁰ Σύμφωνα με πρόσφατη μετα-ανάλυση, σε ορισμένες κατηγορίες ασθενών με ΣΝ, συγκεκριμένες ιατρικές παρεμβάσεις, όπως είναι η διαδερμική ενδοαυλική επαναγγείωση των στεφανιαίων αγγείων (αγγειοπλαστική), δεν προσφέρουν κανένα επιπλέον όφελος, συγκρινόμενες με την συντηρητική θεραπεία, τόσο ως προς τη θνητότητα όσο και ως προς τη γενικότερη εξέλιξη της νόσου.²¹ Αντίθετα, παρατηρήθηκε σημαντική βελτίωση τόσο αναφορικά με τα συμπτώματα όσο και στην ποιότητα ζωής των ασθενών μετά από την αγγειοπλαστική.²² Σε αυτές τις περιπτώσεις η ποιότητα ζωής των ασθενών και οι μεταβολές της μετά τις όποιες παρεμβάσεις αποτελεί

αποφασιστικό παράγοντα για την επιλογή της μιας ή της άλλης μεθόδου θεραπείας.

Όσον αφορά στους ασθενείς με ΚΑ, η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής θεωρείται ότι είναι μειωμένη σε σχέση με εκείνη των ασθενών με ΣΝ και γίνεται ακόμη χειρότερη καθώς η νόσος εξελίσσεται. Πρόσφατη μελέτη έδειξε ότι ασθενείς με ΚΑ είχαν χαμηλότερη βαθμολογία, κατά 30%, σε όλες τις διαστάσεις του SF-36 συγκρινόμενοι με το γενικό πληθυσμό, εύρημα το οποίο συμφωνεί με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης.²³ Μελέτες έχουν επίσης δείξει ότι ασθενείς με ΚΑ δεν βιώνουν σημαντική επιδείνωση μόνο της φυσικής τους κατάστασης, αλλά και της διανοητικής τους, ενώ παράλληλα υποφέρουν από κατάθλιψη. Σύμφωνα με πρόσφατη μελέτη, ασθενείς με σοβαρή ΚΑ, βρέθηκε ότι έχουν ποιότητα ζωής ως προς τη διανοητική τους κατάσταση, ανάλογη με των ασθενών που πάσχουν από βαριά κατάθλιψη.²³

Επιπλέον, σε πρόσφατη μεγάλη μελέτη σε οκτώ χώρες, στην οποία έλαβαν μέρος ασθενείς με χρόνια νοσήματα, αξιολογήθηκε με το SF-36 η φυσική κατάσταση της υγείας τους και η τελική κατάταξη, από εκείνη με την μικρότερη έως εκείνη με την μεγαλύτερη αρνητική επίπτωση στην ποιότητα ζωής, ήταν ως εξής: αλλεργίες, υπέρταση, στεφανιαία νόσος, διαβήτης, χρόνια αναπνευστική ανεπάρκεια, καρδιακή ανεπάρκεια και αρθρίτιδα.²⁴ Όσον αφορά στην διανοητική κατάσταση αυτών των ασθενών, πάντοτε σύμφωνα με το SF-36, η κατάταξη των ασθενών είχε ως εξής: διαβήτης, αλλεργίες, αρθρίτιδα, υπέρταση, στεφανιαία νόσος και καρδιακή ανεπάρκεια.²⁴ Οι κοινωνικές δραστηριότητες των ασθενών με ΚΑ επίσης επηρεάζονται δυσμενώς, αφού σύμφωνα με την Κλίμακα Κοινωνικής Λειτουργίας οι μέσες βαθμολογίες μειώνονται. Πρόσφατη μελέτη έδειξε ότι μειωμένη κοινωνική δραστηριότητα που οφείλεται σε μειωμένες κοινωνικές επαφές με την οικογένεια, τους συγγενείς και τους φίλους επιδεινώνουν τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής, την εξέλιξη της νόσου και τη θνητότητα.²⁵ Η εκπαίδευση του ασθενούς και η ορθή διαχείριση της ΚΑ και των παραγόντων κινδύνου μπορεί να μειώσει τη διάρκεια νοσηλείας στο νοσοκομείο καθώς και τη θνητότητα και να βελτιώσει και τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των ασθενών.²⁶

Σε συγκριτική μελέτη που αφορούσε μέτρηση ποιότητας ζωής, με τη χρήση του SF-36 και άλλων εργαλείων μέτρησης της ποιότητας ζωής, σε ασθενείς μετά από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου ή αορτοστεφανιαία παράκαμψη, ένα φαινόμενο «ορο-

φής» παρατηρήθηκε στις κλίμακες της κοινωνικής λειτουργίας και του συναισθηματικού ρόλου.²⁷ Έχει επίσης αναφερθεί σε σχέση με το SF-36 το γεγονός ότι οι κλίμακες του σωματικού πόνου και της κοινωνικής λειτουργίας συνίστανται μόνο σε δυο ερωτήσεις η καθεμιά, με συνέπεια η οποιαδήποτε αλλαγή στις απαντήσεις να μεταβάλλει σημαντικά το σκορ σε σχέση με κλίμακες οι οποίες περιλαμβάνουν πολλές ερωτήσεις, διευκρινίζοντας καλύτερα έτσι την υπό εξέταση διάσταση της ποιότητας ζωής.²⁷ Επίσης, ορισμένοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι η Κλίμακα Διανοητικής Υγείας και η Κλίμακα Γενικής Υγείας δεν ανταποκρίνονται ικανοποιητικά σε μεταβολές της νόσου. Ωστόσο, σε ανασκόπηση 10 ερευνών αξιολόγησης της ποιότητας ζωής ασθενών με ΣΝ με τη χρήση του SF-36, το ερωτηματολόγιο εμφανίζεται να έχει καλές ψυχομετρικές ιδιότητες και να έχει ιδιαίτερα καλή ανταπόκριση σε συγκεκριμένες ομάδες ασθενών όπως είναι οι ηλικιωμένοι.^{28,29}

Στην παρούσα μελέτη της ποιότητας ζωής, η χρήση του SF-36 φαίνεται ότι χαρακτηρίζεται από καλή ανταπόκριση σε ασθενείς με ΣΝ και ΚΑ, δεν παρατηρούνται φαινόμενα «οροφής» (ceiling) και τα αποτελέσματα είναι ανάλογα αντίστοιχων μελετών που έχουν γίνει σε άλλες χώρες. Το EQ-5D είχε επίσης ικανοποιητική απόδοση και τα αποτελέσματα είναι συμβατά με αντίστοιχα της σχετικής βιβλιογραφίας, τόσο σε ασθενείς με ΣΝ όσο και σε ασθενείς με ΚΑ.³⁰ Μελέτες έχουν δείξει ότι το EQ-5D έχει περιορισμένη περιγραφική ικανότητα και μειωμένη ευαισθησία σε μεταβολές της νόσου, εξαιτίας του περιορισμένου αριθμού και του είδους των ερωτήσεων και απαντήσεων που περιλαμβάνει, συγκρινόμενο με το ερωτηματολόγιο SF-36.^{31,32} Ωστόσο, έχει το πλεονέκτημα ότι δίνει την δυνατότητα να εκτιμηθεί ένας γενικός δείκτης ευημερίας του ασθενούς. Για τον λόγο αυτό και τα δυο εργαλεία είναι χρήσιμα στην αξιολόγηση των ασθενών και εξαιτίας αυτού υπάρχουν ήδη αρκετές εφαρμογές στους στην Ελλάδα.³³⁻⁴⁹ Καμία ωστόσο από αυτές τις εφαρμογές δεν αναφέρεται στο πεδίο και τους ασθενείς του παρόντος άρθρου, το οποίο στα πλαίσια αυτά συμπληρώνει άλλες μελέτες αξιολόγησης καρδιολογικών ασθενών.⁵⁰⁻⁵⁵

Συμπεράσματα

Η μέτρησης της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας της ζωής, παρέχει την δυνατότητα στους λειτουργούς του τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας να αξιολογούν την κατάσταση της υγείας των ασθε-

νών, να αντιλαμβάνονται τις παραμέτρους που την επηρεάζουν και να εκτιμούν τις επιπτώσεις των θεραπευτικών τους παρεμβάσεων. Η παρούσα μελέτη σύντομης παρατήρησης σε ένα μικρό δείγμα ασθενών που εισήχθησαν σε ένα μικρό περιφερειακό γενικό νοσοκομείο ασφαλώς χαρακτηρίζεται από πολλές αδυναμίες. Ωστόσο, παρά τους περιορισμούς της, έδειξε ότι οι ασθενείς με στεφανιαία νόσο και καρδιακή ανεπάρκεια έχουν χαμηλή ποιότητα ζωής και το επίπεδο της ποιότητας της ζωής του βελτιώνεται οριακά, όχι όμως σημαντικά, μετά την παροχή νοσοκομειακής, ιατρικής και φαρμακευτικής φροντίδας.

Βιβλιογραφία

- Leal J, Luengo-Fernández R, Gray A, Petersen S, Rayner M. Economic burden of cardiovascular diseases in the enlarged European Union. *Eur Heart J*. 2006; 27: 1610-1619.
- Ware JE Jr, Gandek B. Overview of the SF-36 Health Survey and the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. *J Clin Epidemiol* 1998; 51: 903-912.
- Brink E, Grankvist G, Karlson BJ, Hallberg RM. Health-related quality of life in women and men one year after acute myocardial infarction. *Qual Life Res*. 2005; 14: 749-757.
- Rudisch B, Nemeroff CB. Epidemiology of comorbid coronary artery disease and depression. *Biol Psychiatry*. 2003; 54: 227-240.
- Thompson DR, Meadows KA, Lewin RJP. Measuring quality of life in patients with coronary heart disease. *Eur Heart J*. 1998; 19: 693-695.
- Mayou R, Bryant B. Quality of life in cardiovascular disease. *Br Heart J*. 1993; 6: 460-466.
- Krumholz HM, Baker DW, Ashton CM, et al. Evaluating quality of care for patients with heart failure. *Circulation*. 2000; 101: 122-140.
- Doba N, Tomiyama H, Nakayama T. Drugs, heart failure and quality of life: what are we achieving? What should we be trying to achieve? *Drugs Aging*. 1999; 14: 153-163.
- Rector TS, Tschumperlin LK, Kubo SH, et al. Using the living with heart failure questionnaire to ascertain patients' perspectives on improvement in quality of life versus risk of drug-induced death. *J Cardiac Failure*. 1995; 1: 201-206.
- Swenson RJ, Clinch JJ. Assessment of quality of life in patients with cardiac disease: the role of psychosomatic medicine. *J Psychosom Res* 2000; 48: 405-415.
- Thompson DR, Yu CM. Quality of life in patients with coronary heart disease-I: Assessment tools. *Health Qual Life Outcomes*. 2003; 1: 42.
- Smith HJ, Taylor R, Mitchell A. A comparison of four quality of life instruments in cardiac patients: SF-36, QLI, QLMI, and SEIQoL. *Heart*. 2000; 84: 390-394.
- Mayou R, Bryant B. Quality of life in cardiovascular disease. *Br Heart J*. 1993; 6: 460-466.
- Treasure T. The measurement of health related quality of life. *Heart*. 1999; 81: 331-332.
- Wilson IB, Cleary PD. Linking clinical variables with health-related quality of life. A conceptual model of patient outcomes. *JAMA*. 1995; 273: 59-65.
- Fallowfield L. *The Quality of Life: The Missing Link in Health Care*. London: Souvenir Press; 1990.
- Brown N, Melville M, Gray D, et al. Quality of life four years after acute myocardial infarction: short form 36 scores compared with a normal population. *Heart*. 1999; 81: 352-358.
- Beck CA, Joseph L, Belisle P, Pilote L. QOLAMI Investigators (Quality of life in acute myocardial infarction). Predictors of quality of life 6 months and 1 year after acute myocardial infarction. *Am Heart J*. 2001; 142: 271-279.
- Brink E, Karlson BW, Hallberg LRM. Health experience of first-time myocardial infarction: factors influencing women's and men's health related quality of life after five months. *Psychol Health & Med*. 2002; 7: 5-16.
- Penninx B, Beekman A, Honig A, et al. Depression and cardiac mortality: results from a community based longitudinal study. *Arch Gen Psychiatry*. 2001; 58: 221-227.
- Katritsis DG, Ioannidis JPA. Percutaneous Coronary Intervention Versus Conservative Therapy in Nonacute Coronary Artery Disease: A Meta-Analysis. *Circulation*. 2005; 111: 2906-2912.
- TIME Investigators. Trial of invasive versus medical therapy in elderly patients with chronic symptomatic coronary-artery disease (TIME): a randomised trial. *Lancet*. 2001; 358: 951-957.
- Juenger J, Schellberg D, Kraemer S, et al. Health related quality of life in patients with congestive heart failure: comparison with other chronic diseases and relation to functional variables. *Heart*. 2002; 87: 235-241.
- Alonso J, Ferrer M, Gandek B, et al. Health-related quality of life associated with chronic conditions in eight countries: results from the international quality of life assessment (IQOLA) project. *Quality of Life Research*. 2004; 13: 283-298.
- Murberg TA, Bru E. Social relationships and mortality in patients with congestive heart failure. *J Psychosom Res*. 2001; 51: 521-527.
- Fonarow GC, Stevenson WL, Walden JA, et al. Impact of a comprehensive heart failure management program on hospital readmission and functional status of patients with advanced heart failure. *JACC*. 1997; 30: 725-732.
- Smith HJ, Taylor R, Mitchell A. A comparison of four quality of life instruments in cardiac patients: SF-36, QLI, QLMI, and SEIQoL. *Heart*. 2000; 84: 390-394.
- Dempster M, M Donnelly M. Measuring the health related quality of life of people with ischaemic heart disease. *Heart*. 2000; 83: 641-644.
- Lyons RA, Perry HM, Littlepage BN. Evidence for the validity of the Short-form 36 Questionnaire (SF-36) in an elderly population. *Age & Ageing*. 1994; 23: 182-184.
- van Stel HF, Buskens E. Comparison of the SF-6D and the EQ-5D in patients with coronary heart disease. *Health Qual Life Outcomes*. 2006; 4: 20.
- Brazier J, Jones N, Kind P. Testing the validity of the Euroqol and comparing it with the SF-36 health survey questionnaire. *Qual Life Res*. 1993; 2: 169-180.
- Jenkinson C, Gray A, Doll H, Lawrence K, Keoghane S, Layte R. Evaluation of index and profile measures of health status in a randomized controlled trial. Comparison of the Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey, EuroQol, and disease specific measures. *Med Care*. 1997; 35: 1109-1118.
- Ringe JD, Christodoulakos GE, Mellström D, Petto H, Nickelsen T, Marín F, Pavo I. Patient compliance with alendronate, risedronate and raloxifene for the treatment of os-

- teoporosis in postmenopausal women. *Current Medical Research and Opinion*. November 2007; 23: 2677-2687.
34. Kontodimopoulos N, Niakas D. An estimate of lifelong costs and QALYs in renal replacement therapy based on patients' life expectancy. *Health Policy*. 2008; 86: 85-96.
 35. Kontodimopoulos N, Niakas D. Determining the basic psychometric properties of the Greek KDQOL-SF. *Qual Life Res*. 2005; 14: 1967-1975.
 36. Papadopoulos AA, Kontodimopoulos N, Frydas A, Ikonomakis E, Niakas D. Predictors of health-related quality of life in type II diabetic patients in Greece. *BMC Public Health*. 2007; 7: 186.
 37. Balaska A, Moustafellos P, Gourgiotis S, et al. Changes in health-related quality of life in Greek adult patients 1 year after successful renal transplantation. *Exp Clin Transplant*. 2006; 4: 521-524.
 38. Pappa E, Niakas D. Assessment of health care needs and utilization in a mixed public-private system: the case of the Athens area. *BMC Health Serv Res*. 2006; 6: 146.
 39. Lavdaniti M, Patiraki E, Dafni U, Katapodi M, Papatanasoglou E, Sotiropoulou A. Prospective assessment of fatigue and health status in Greek patients with breast cancer undergoing adjuvant radiotherapy. *Oncology Nursing Forum* 2006; 33: 603-610.
 40. Faresjö A, Anastasiou F, Lionis C, Johansson S, Wallander MA, Faresjö T. Health-related quality of life of irritable bowel syndrome patients in different cultural settings. *Health Qual Life Outcomes*. 2006; 4: 21.
 41. Anagnostopoulos F, Niakas D, Pappa E. Construct validation of the Greek SF-36 Health Survey. *Qual Life Res*. 2005; 14: 1959-1965.
 42. Pappa E, Kontodimopoulos N, Niakas D: Validating and norming of the Greek SF-36 Health Survey. *Qual Life Res*. 2005; 14: 1433-1438.
 43. Argyriou AA, Papapetropoulos S, Polychronopoulos P, Concordilas M, Argyriou K, Heras P. Psychosocial effects and evaluation of the health-related quality of life in patients suffering from well-controlled epilepsy. *J Neurol*. 2004; 251: 310-313.
 44. Pallis AG, Vlachonikolis IG, Mouzas IA. Quality of life of Greek patients with inflammatory bowel disease. Validation of the Greek translation of the inflammatory bowel disease questionnaire. *Digestion* 2001; 63: 240-246.
 45. Themistocleous GS, Goudelis G, Kyrou I, et al. Translation into Greek, cross-cultural adaptation and validation of the Disabilities of the Arm, Shoulder, and Hand Questionnaire (DASH). *J Hand Ther*. 2006; 19: 350-357.
 46. Tountas Y, Demakakos P, Yfantopoulos Y, Aga J, Houliara L and Pavi E. The health related quality of life of the employees in the Greek hospitals: assessing how healthy are the health workers. *Health Qual Life Outcomes*. 2003; 1: 61.
 47. Korovessis P, Dimas A, Lambiris E. The significance of correlation of radiographic variables and MOS short-form health survey for clinical decision in symptomatic low back pain patients. *Stud Health Technol Inform*. 2002; 91: 325-331.
 48. Rachiotis G, Behrakis PK, Vasiliou M, et al: Quality of life and smoking among industrial workers in Greece. *Med. Lav*. 2006; 97: 44-50.
 49. Grivas TB, Vasiliadis E, Papadakis SA, Mouzakis V, Segos D. Quality of life after surgical decompression of lumbar spinal stenosis with and without instrumentation. *Stud Health Technol Inform*. 2006; 123: 456-460.
 50. Andrikopoulos G, Pipilis A, Goudevenos J, et al. HELIOS Study Investigators. Epidemiological characteristics, management and early outcome of acute myocardial infarction in Greece: the HELlenic Infarction Observation Study. *Hellenic J Cardiol*. 2007; 48: 325-334.
 51. Panagiotakos DB, Fitzgerald AP, Pitsavos C, Pipilis A, Graham I, Stefanadis C. Statistical modelling of 10-year fatal cardiovascular disease risk in Greece: the HellenicSCORE (a calibration of the ESC SCORE project). *Hellenic J Cardiol*. 2007; 48: 55-63.
 52. Pitsavos C, Kourlaba G, Panagiotakos DB, Stefanadis C. GREecs Study Investigators. Factors associated with delay in seeking health care for hospitalized patients with acute coronary syndromes: the GREecs study. *Hellenic J Cardiol*. 2006; 47: 329-336.
 53. Kallergis EM, Vardas PE. Primary prevention of sudden cardiac death: apart from the defibrillator, what is important in patients with myocardial infarction or heart failure? *Hellenic J Cardiol*. 2007; 48: 89-93.
 54. Vaina S, Stefanadis C. Treatment of multi-vessel coronary artery disease. What is the optimal revascularisation approach? What do we know, what will we learn? *Hellenic J Cardiol*. 2007; 48: 1-4.
 55. Laoutaris ID, Dritsas A, Brown MD, et al. Inspiratory muscle training in a patient with left ventricular assist device. *Hellenic J Cardiol*. 2006; 47: 238-241.