

**17^ο ΠΑΓΚΥΠΡΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΚΑΙ
ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ**

«Ισότητα, Ποιότητα και Ασφάλεια στη Φροντίδα Υγείας»

**ΤΙΤΛΟΣ: ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ
ΚΑΡΔΙΑΚΟ ΝΟΣΗΜΑ**

ΕΙΣΗΓΗΤΕΣ: Μ. Δημητρίου και Α. Μερκούρης

11 Νοεμβρίου 2010

ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΔΙΑΚΟ ΝΟΣΗΜΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή

Η παρούσα ερευνητική βιβλιογραφική ανασκόπηση φιλοδοξεί να εκτιμήσει την ποιότητα ζωής ασθενών με καρδιακά νοσήματα, όπως στεφανιαία νόσος και καρδιακή ανεπάρκεια καθώς και τους παράγοντες που την επηρεάζουν.

Σκοπός.

Η μελέτη επιχειρεί μια δυσκολή προσέγγιση του θέματος, με μια ποσοτική και μια υποκειμενική προσέγγιση της αξιολόγησης της ποιότητας ζωής της πιο πάνω ομάδας πληθυσμού, που αναδεικνύεται από συγκρίσεις στις απόψεις των ιδίων και αυτών που άμεσα εμπλέκονται στη φροντίδα τους.

Μεθοδολογία.

Η αναζήτηση των άρθρων συμπεριέλαβε τις βάσεις δεδομένων Google scholar, MEDLINE και ELSEVIER, με τις λέξεις κλειδιά: «ποιότητα ζωής» «έμφραγμα μυοκαρδίου», «αορτοστεφανιαία παράκαμψη», «καρδιακή νόσος και «καρδιακή ανεπάρκεια» σε όλους τους συνδυασμούς από το έτος 2005 μέχρι το 2010.

Αποτελέσματα.

Από την αναζήτηση της ερευνητικής βιβλιογραφίας, εντοπίστηκαν μελέτες γενικά αναφερόμενες στη ποιότητα ζωής από τις οποίες επιλέγηκαν δέκα άμεσα σχετιζόμενες με το θέμα. Οι μελέτες αυτές αναφέρονται στη ποιότητα ζωής των ασθενών με καρδιακό νόσημα όπως αναδεικνύονται μέσα από τις απόψεις και εμπειρίες τους και σύμφωνα με τις διαστάσεις των καθημερινών τους δραστηριοτήτων (της φυσικής, ψυχικής κατάστασης και του συναισθηματικού τομέα). Στη πλειοψηφία τους οι ερευνητές εντοπίζουν ομοιότητες ως προς την επιβάρυνση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής, την φυσική και συναισθηματική κατάσταση των καρδιολογικών ασθενών. Όσον αφορά δε το υποκειμενικό στοιχείο που βασίζεται στις αντιλήψεις των ιδίων, των ιατρών και των άμεσα εμπλεκόμενων στη φροντίδα τους, αυτές έχουν αρκετές ομοιότητες εκτός από μια μελέτη στην οποία φαίνεται ότι οι ιατροί υπερεκτιμούν την παρουσία πόνου με αποτέλεσμα να εκτιμάται ως πιο βεβαρημένη η φυσική τους κατάσταση.

Συμπεράσματα.

Η παρούσα μελέτη, αναμένεται να αναδείξει τυχόν ομοιότητες ή διαφορές στον τρόπο θεώρησης και εκτίμησης της ποιότητας ζωής των ατόμων με καρδιακά νοσήματα και να συμβάλει στην καλύτερη κατανόηση του θέματος, προσθέτοντας έτσι σημαντική γνώση σε ένα θέμα υγείας που αφορά ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού, δεδομένης και της αύξησης του προσδόκιμου επιβίωσης σε όλες τις ανεπτυγμένες χώρες.

QUALITY OF LIFE OF CARDIAC PATIENTS

ABSTRACT

Introduction.

The present research literature review, aims to evaluate the quality of life of patients with heart diseases such as coronary heart disease and heart failure and the related factors affecting it.

Aim.

The study attempts a twofold approach of the subject, a quantitative and a more objective one of the assessment of the quality of life of the above population group, as it emerges from the comparison of their own point of view and those who are directly involved in their care.

Methodology.

The method used for the literature review, is based on the data bases of Google scholar, MEDLINE and ELSEVIER using the key words “quality of life and chronic diseases, quality of life after myocardial infarction and by pass operation” from the year 2005 to 2010.

Results.

From the review of the research literature general studies have been isolated, referring to the quality of life, from which ten have been selected as directly related to the study's subject. These studies refer to the quality of life of the cardiac patients as they emerge from their own views and experiences and according to the dimensions of their everyday activities (physical, mental and emotional state). In their majority the researchers resulted in similarities as regards the burden of the health related quality of life, the physical and emotional state of the cardiac patients. As regards the subjective element that relies on their own views, their doctors and those directly involved to their care, these have several similarities except from one, in which the results showed that doctors overestimate the presence of pain and as a consequence their physical state.

Conclusion.

Finally, the present study, is expected to reveal any similarities or differences in the approach and evaluation of the quality of life of cardiac patients and contribute to the better understanding of the subject, adding a semantic knowledge on a health matter that refers to a great portion of the population, having in mind and the increase of the survival rate in all developed countries.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	5
1.1. Διατύπωση προβλήματος και περιοχή ενδιαφέροντος.....	5
1.2. Το επίκεντρο του ενδιαφέροντος και σημαντικότητα της μελέτης.....	5
1.3. Γενικός σκοπός	6
1.4. Ερευνητικά ερωτήματα.....	6
2. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ.....	6
2.1 Εννοιολογικό – Θεωρητικό πλαίσιο	6
2.1.1. Ορισμός της ποιότητας ζωής	7
2.1.2. Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής	8
2.1.3. Εργαλεία μέτρησης της ποιότητας ζωής.....	8
2.1.4. Ασθενείς με καρδιακό νόσημα.....	9
2.2. Ερευνητικό πλαίσιο.....	9
2.2.1. Ποιοτική έρευνα για την ποιότητα ζωής σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο	11
2.2.2. Ποσοτική έρευνα για την ποιότητα ζωής σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο	15
2.2.3. Ποσοτική έρευνα συσχέτισης για την ποιότητα ζωής σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο.....	18
2.2.4. Γενική συζήτηση.....	22
3. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	25
3.1. ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	25
3.2. ΑΓΓΛΟΦΩΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	25

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1. Διατύπωση προβλήματος και περιοχή ενδιαφέροντος

Η εξέλιξη και αναβάθμιση των σύγχρονων κοινωνιών βασίζεται κατά κύριο λόγο στα άτομα που τις αποτελούν. Είναι δηλαδή ανάλογη προς την αποδοτικότητα και παραγωγικότητα των πολιτών και έχει σχέση με την ποιότητα ζωής, το βιοτικό επίπεδο και την ευημερία που τους διακρίνει.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.), (1998), η ποιότητα ζωής ενός ατόμου καθορίζεται από τις προσωπικές του αντιλήψεις και πεποιθήσεις, ανάλογα με τη θέση του στη κοινωνία, την κουλτούρα, το κοινωνικό υπόβαθρο, τις προσδοκίες και τις ανησυχίες που τον διακατέχουν. Η Ευρωπαϊκή Ένωση υιοθετώντας αυτή την τοποθέτηση, προωθεί ευρέως την ανάπτυξη και εξέλιξη της έρευνας που αφορά την ποιότητα ζωής των ανθρώπων γιατί αποτελεί ένα σημαντικό εργαλείο στη βελτίωση των υπηρεσιών υγείας και της υγείας του πληθυσμού γενικότερα.

Αδιαμφισβήτητα η ποιότητα αποτελεί στόχο και ειδική μέριμνα όλων των οργανισμών που προσφέρουν υπηρεσίες, γιατί από αυτήν εξαρτάται η αποδοτικότητα, επάρκεια και βιωσιμότητα τους. Πόσο μάλλον στις υπηρεσίες υγείας που το κύριο αντικείμενο τους είναι η φροντίδα των πολιτών και των ευάλωτων ομάδων πληθυσμού, που χρειάζονται άμεση αντιμετώπιση για ικανοποίηση των βιολογικών τους αναγκών και βελτίωση της ποιότητας ζωής τους.

1.2. Το επίκεντρο του ενδιαφέροντος και σημαντικότητα της μελέτης

Τι γίνεται όμως με τις ευάλωτες ομάδες πληθυσμού που αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας? Ποια η ποιότητα ζωής και η ευημερία τους, ιδιαίτερα αν αυτές αντιμετωπίζουν καρδιακά νοσήματα? Σε αυτή την περίπτωση θα πρέπει οι υπηρεσίες υγείας να επικεντρώνονται στην βελτίωση της υγείας, στη πρόληψη επιπλοκών και να προωθούν μέτρα αύξησης της ποιότητας ζωής και ευημερίας τους.

Επιπλέον η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης και η γήρανση του πληθυσμού, έφερε μια αύξηση στις χρόνιες παθήσεις που σήμερα ταλανίζουν τις ανεπτυγμένες χώρες, όπως οι καρδιαγγειακές παθήσεις και ο καρκίνος. Επισημαίνεται ότι οι καρδιοπάθειες καταλαμβάνουν πλέον τη πρώτη και συνηθέστερη αιτία θανάτου του Κύπριου πολίτη αντιπροσωπεύοντας περίπου το 40%, ενώ ακολουθεί ο καρκίνος που αντιπροσωπεύει το 20% του ολικού αριθμού των θανάτων (Στατιστικές υγείας και νοσοκομείων – Health and hospital statistics 2001).

Παλαιότερα η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών υγείας και ο ορισμός της ποιότητας ζωής των ασθενών, περιλάμβανε αποκλειστικά αντικειμενικούς δείκτες με βάση αρνητικά κριτήρια. Σήμερα τίθενται πολλά

ερωτηματικά ως προς την ποιότητα ζωής των ασθενών και πως οι ίδιοι την αντιλαμβάνονται.

Η σύγχρονη θεραπευτική επικεντρώνει πλέον την προσοχή της τόσο στα αποτελέσματα των ιατρικών πράξεων, όσο και στις επιπτώσεις που αυτές έχουν στη ζωή του ασθενή (Μερκούρης και Αποστολάκης 2003). Έτσι η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής από τον ίδιο τον ασθενή καταλαμβάνει όλο και μεγαλύτερο ενδιαφέρον και χρησιμοποιείται πλέον ως βασικός δείκτης αποτελέσματος και σημαντικό κριτήριο για τη λήψη κλινικών αποφάσεων.

Φαίνεται λοιπόν ότι η ανάγκη για σωστή εκτίμηση και βελτίωση της ποιότητας ζωής του πληθυσμού, αποτελεί ένα σημαντικό πρόβλημα που πρέπει να απασχολήσει σοβαρά τις υπηρεσίες και τους επαγγελματίες της υγείας και θα πρέπει η ποιότητα ζωής των ασθενών να συνεκτιμάται λαμβάνοντας υπόψη και τις υποκειμενικές τους απόψεις.

1.3. Γενικός σκοπός

Η παρούσα μελέτη επιχειρεί μια δισκελή προσέγγιση του θέματος, με μια ποσοτική και μια υποκειμενική προσέγγιση της αξιολόγησης της ποιότητας ζωής της πιο πάνω ομάδας πληθυσμού, που αναδεικνύεται από συγκρίσεις στις απόψεις των ιδίων και αυτών που άμεσα εμπλέκονται στη φροντίδα τους, όπως αυτές διαφαίνονται από τις υπάρχουσες βιβλιογραφικές πηγές.

1.4. Ερευνητικά ερωτήματα

- A. Ποια τα αποτελέσματα των ερευνών με ποσοτική προσέγγιση στην εκτίμηση της ποιότητας ζωής των ασθενών με καρδιακό νόσημα;
- B. Ποια τα αποτελέσματα των ερευνών με ποιοτική προσέγγιση στην εκτίμηση των αντιλήψεων των συμμετεχόντων για τη ποιότητα ζωής τους;
- Γ. Υπάρχουν ομοιότητες ή διαφορές στα αποτελέσματα των δύο ερευνητικών προσεγγίσεων;

2. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Η βιβλιογραφική ανασκόπηση αναπτύσσεται σε δύο κύρια κεφάλαια με σκοπό την καλύτερη ανάπτυξη του θέματος. Το πρώτο αφορά το εννοιολογικό και θεωρητικό πλαίσιο, όπως αυτό αναδύεται από τη μελέτη της βιβλιογραφίας και το δεύτερο αφορά την εμπειρική έρευνα και τη στοιχειοθέτηση του ερευνητικού πλαισίου.

2.1 Εννοιολογικό – Θεωρητικό πλαίσιο

Η ποιότητα ζωής ενός ατόμου σε μια σύγχρονη και ανεπτυγμένη κοινωνία, αποτελεί σήμερα μια πολυδιάστατη έννοια που δύσκολα μπορεί να εκτιμηθεί μόνο με αντικειμενικά κριτήρια ή δείκτες αξιολόγησης. Αυτό είναι φανερό από την υπάρχουσα βιβλιογραφία καθότι ολοένα και περισσότεροι ερευνητές ασχολούνται με

το θέμα, προσδίδοντας του έτσι μια ευρύτερη και πολυθεματική προσέγγιση, τόσο από πλευράς σχεδιασμού όσο και από πλευράς μεθοδολογίας.

Σύμφωνα με τον Υφαντόπουλο (2001), παρουσιάζεται έντονο ενδιαφέρον από ερευνητές διαφορετικών επιστημών για τη ποιότητα ζωής και την ανάπτυξη μεθοδολογιών μέτρησης της κατά την τελευταία δεκαετία. Πολλοί μάλιστα εκτός από την άμεση εκτίμηση της ποιότητας ζωής των ατόμων μέσα από τις δικές τους αντιλήψεις, επιχειρούν αντικειμενικές μετρήσεις με τη χρήση διάφορων εργαλείων μέτρησης.

2.1.1. Ορισμός της ποιότητας ζωής

Όπως είναι φυσικό όταν επιχειρείται η ερμηνεία ενός πολυδιάστατου όρου, πολλά είναι τα στοιχεία που θα πρέπει να αναφερθούν. Κατά την Θεοφίλου (2010), ο όρος έχει δεχτεί πολλαπλές σημασιολογικές προσεγγίσεις, κυρίως όμως περικλείει παραμέτρους καλής ψυχικής, κοινωνικής και σωματικής κατάστασης του ατόμου, εστιάζοντας στην υποκειμενική του εκτίμηση. Περαιτέρω, ως μια πολυδιάστατη έννοια, συνδυάζει και άλλα σημαντικά στοιχεία σχετικά με τη φυσική, συναισθηματική, κοινωνική, λειτουργική και πνευματική ευεξία του ατόμου (Guyatt, 1993).

Όσον αφορά δε τις προσωπικές αντιλήψεις των ατόμων για τη ποιότητα ζωής τους, αυτές θεωρούνται ως υποκειμενικά συναισθήματα σχετικά με την κατάσταση ζωής τους, όσον αφορά τις ανάγκες, επιθυμίες και προσδοκίες τους από τις υπηρεσίες υγείας. Όπως υποστηρίζει και ο Zhao (2004), πρόκειται για τις αντιλήψεις που έχει ένα άτομο για τη ποιότητα ζωής του σε σχέση με διάφορους παράγοντες, όπως το εισόδημα, η κατοικία, το φύλο, οι υπηρεσίες, η κοινωνική και οικογενειακή κατάσταση.

Επιπλέον όρος «ποιότητα ζωής» αποτελεί μια γενική τοποθέτηση και πολλές φορές ευρίσκεται σε αντιδιαστολή με τον όρο «ευημερία», προκαλώντας μια διχογνωμία και αντιπαράθεση ως προς το τι ακριβώς αντιπροσωπεύουν. Αυτό στηρίζεται στο γεγονός ότι κατά κάποιο τρόπο η ποιότητα ζωής μπορεί να μετρηθεί και βασίζεται σε πιο αντικειμενικά κριτήρια σε αντίθεση με την ευημερία που καλύπτει περισσότερο την υποκειμενική άποψη των ατόμων.

Μια άλλη διάσταση της ερμηνείας του όρου σύμφωνα με τους Ventegodt et al (2003), ο όρος «ποιότητα ζωής» αναφέρεται για να καθορίσει την καλή ζωή, θεωρώντας την ως συνώνυμη της υψηλής ποιότητας ζωής. Σημειώνουν επίσης ότι η καλή ζωή, του πληθυσμού των δυτικών χωρών, είναι στενά συνδεδεμένη με τον πολιτισμό, το κοινωνικό και βιοτικό περιβάλλον και ερμηνεύεται υποκειμενικά από τους ίδιους, ως μια κατάσταση ευδαιμονίας και ικανοποίησης των ατομικών τους αναγκών.

Εν κατακλείδι, είναι γενικά αποδεκτό ότι η «ποιότητα ζωής» δεν είναι μια απλή έννοια αλλά ένα πολυδιάστατο φαινόμενο με πλούσιο περιεχόμενο και πολύπλευρη προσέγγιση. Έτσι όπως υποστηρίζει και ο McGree (2001), ένας πλήρης και ικανοποιητικός ορισμός της ποιότητας ζωής είναι δύσκολο να αποσαφηνιστεί με ακρίβεια. Η παρούσα μελέτη υιοθετεί ως την πλησιέστερη ερμηνεία προς τον όρο

«ποιότητα ζωής», τον ορισμό που της αποδίδει η δήλωση της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (Π.Ο.Υ.). Θεωρεί δηλαδή ότι ο όρος «ποιότητα ζωής», είναι μια ευρεία και πολύπλοκη έννοια που επηρεάζεται από τη σωματική υγεία του ατόμου, την ψυχολογική του κατάσταση, τις προσωπικές του πεποιθήσεις, τις κοινωνικές σχέσεις και τις σχέσεις του με το ευρύτερο περιβάλλον (Καραδήμας 2005; Lee et al 2004).

2.1.2. Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής

Και ενώ η έννοια της ποιότητας ζωής παραμένει ευρεία και πολυδιάστατη, σε αρκετές περιπτώσεις κρίνεται αναγκαία η προσέγγιση ενός πιο συγκεκριμένου τρόπου στη διατύπωση του ορισμού και της μέτρησης της. Έτσι σύμφωνα με τους Υφαντόπουλο και Σαρρή (2001), στα πλαίσια των σύγχρονων κλινικών ερευνών, χρησιμοποιείται μια πιο περιορισμένη έννοια της ποιότητας ζωής, η οποία περιλαμβάνει ειδικά τις πτυχές της ποιότητας της ζωής που σχετίζονται με την υγεία. Δεν αναφέρεται δηλαδή σε παραμέτρους όπως η ευτυχία, η ικανοποίηση, τα πρότυπα ζωής και το κλίμα του περιβάλλοντος, αλλά περιορίζεται σε ότι έχει σχέση με την υγεία.

Η πιο πάνω θεωρία άνοιξε το δρόμο για νέες τάσεις και προσεγγίσεις στην αξιολόγηση της ποιότητας ζωής οδηγώντας τους επαγγελματίες υγείας, να υιοθετήσουν στοιχεία που συνδέονται περισσότερο με την υγεία, ή τη θεραπεία. Έτσι επικράτησε ο όρος «σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής» (Health-related quality of life, HRQL), (Lukkarinen H, Hentinen M. 1997; Οικονόμου κ.α. 2001). Έκτοτε οι όροι «ποιότητα ζωής» και «σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής», χρησιμοποιήθηκαν διεξοδικά στην ιατρική βιβλιογραφία, εκφράζοντας σχεδόν την ίδια έννοια (Fitzpatrick R. et al 1992). Φαίνεται όμως ότι ο δεύτερος όρος που αναφέρεται στην σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής, να επικρατεί περισσότερο ως πιο κατάλληλος για τα ιατρικά δρώμενα (NHLBI, National Heart, Lung and Blood Institute, 2002). Κατά συνέπεια οι υπηρεσίες υγείας εστιάζουν την προσοχή τους σε τέτοιες προσεγγίσεις πάνω στις οποίες στηρίζουν την στρατηγική πολιτική τους, για την βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού.

2.1.3. Εργαλεία μέτρησης της ποιότητας ζωής

Τα κύρια εργαλεία μέτρησης της ποιότητας ζωής έχουν σχέση με δείκτες μέτρησης της λειτουργικότητας, των καθημερινών δραστηριοτήτων, της αξιολόγησης του πόνου, της μελέτης των ιατρικών θεραπευτικών παρεμβάσεων, της εκτίμησης της γενικής υγείας, της ψυχολογικής προσαρμογής, της επισκόπησης της υγείας και της επισκόπησης της επίδρασης της νόσου. Αυτές οι παράμετροι είναι μόνο μερικές προσεγγίσεις στην προσπάθεια εκτίμησης της ποιότητας ζωής, οι οποίες αποτέλεσαν δείκτες αξιολόγησης και δημιουργίας ειδικών και γενικών εργαλείων μέτρησης.

Τέτοια εργαλεία όπως αναφέρει ο Υφαντόπουλος (2001), είναι ο Δείκτης λειτουργικότητας Karnofsky, ο δείκτης λειτουργικότητας του WHO Performance Status, ο δείκτης των δραστηριοτήτων του καθημερινού βίου του (Katz Index of Activities of Daily Living), το ερωτηματολόγιο του McGill για τον πόνο (McGill Pain Questionnaire), η επισκόπηση υγείας του (Nottingham Health Profile), το ερωτηματολόγιο γενικής υγείας (General Health Questionnaire), η κλίμακα ψυχολογικής προσαρμογής στην αρρώστια (Psychological Adjustment to Illness Scale), η επισκόπηση της επίδρασης της αρρώστιας (Sickness Impact Profile), η

επισκόπηση της υγείας (SF-36 Health Survey) και η επισκόπηση υγείας EQ-5D (EuroQol). Υπάρχουν βέβαια πολύ περισσότερα εργαλεία μέτρησης της ποιότητας ζωής, τα οποία έχουν μεταφραστεί σε πολλές γλώσσες και έχουν δοκιμαστεί για την εγκυρότητα και αξιοπιστία τους. Όλα όμως χρησιμοποιούν αντικειμενικούς δείκτες αξιολόγησης της ποιότητας ζωής και παρόλο που ισχυρίζονται ότι καταγράφουν τις υποκειμενικές βιωματικές θέσεις των ασθενών, αρκετοί ερευνητές εντοπίζουν κενά όσον αφορά την ερμηνεία συσχέτισης της ποιότητας ζωής με άλλους κλινικούς και δημογραφικούς παράγοντες.

2.1.4. Ασθενείς με καρδιακό νόσημα

Η παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση επικεντρώθηκε στους ασθενείς με καρδιακό νόσημα και συγκεκριμένα σε αυτούς που έχουν στεφανιαία νόσο με ή χωρίς έμφραγμα του μυοκαρδίου. Συγκεκριμένα η αναζήτηση χρησιμοποίησε τις λέξεις κλειδιά «ασθενείς με στεφανιαία νόσο» και «patients with coronary heart disease» στον τίτλο των μελετών. Φαίνεται μάλιστα ότι γενικά οι ασθενείς μετά από στεφανιαίο νόσημα αξιολογούν αρκετά χαμηλά την σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής τους, η οποία επηρεάζεται όχι μόνο από τη νόσο αλλά και από άλλους παράγοντες όπως η ψυχολογική, η φυσική, οικογενειακή, πνευματική και οικονομική κατάσταση, των συμμετεχόντων. Όσον αφορά δε τις συγκριτικές μελέτες για τις διαφορές φύλου, φαίνεται ότι στην πλειοψηφία τους οι γυναίκες εκτιμούν ότι έχουν χειρότερη γενική υγεία, φυσική κατάσταση, λιγότερη ευημερία, περισσότερη κατάθλιψη, άγχος και χαμηλότερη αυτοεκτίμηση από ότι οι άνδρες συμμετέχοντες (McGee et al 2000; Norris et al 2004; Brink et al 2005; Soto et al 2005; Fauerbach et al 2005).

2.2. Ερευνητικό πλαίσιο

Η αναζήτηση των εμπειρικών ερευνητικών πηγών έγινε με τη χρήση των βάσεων δεδομένων «Biomedical central research, Psychi. Journal, Elsevier, Scopus research, Sprinkerlink και Willey». Χρησιμοποιήθηκαν λέξεις κλειδιά όπως «quality of life and heart disease, quality of life and coronary artery disease, health-related quality of life and heart disease, health-related quality of life and coronary artery disease and perceptions of patients with coronary disease and quality of life», από το 2005 μέχρι το 2010.

Εντοπίστηκαν 40 μελέτες με ευρύτερο όμως πεδίο ενδιαφέροντος, όσον αφορά την ποιότητα ζωής σε χρόνιες καρδιακές παθήσεις όπως στεφανιαία νόσος και καρδιακή ανεπάρκεια. Επίσης αρκετές μελέτες αξιολογούσαν την ποιότητα ζωής ασθενών μετά από παρεμβατικές μεθόδους στην αντιμετώπιση στεφανιαίας νόσου, όπως η αορτοστεφανιαία παράκαμψη. Από το σύνολο των μελετών που εντοπίστηκαν, 14 επικέντρωσαν αρκετά από τα χαρακτηριστικά στοιχεία του σκοπού και των στόχων της παρούσας μελέτης. Μετά όμως από την μελέτη των περιλήψεων, επελέγησαν εκείνες που θεωρήθηκαν ως οι πιο σημαντικές για να απαντήσουν τα ερωτήματα της παρούσας βιβλιογραφικής ανασκόπησης.

Το ενδιαφέρον δηλαδή, επικεντρώθηκε στην προσπάθεια εντοπισμού και ποσοτικών και ποιοτικών προσεγγίσεων για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των ασθενών με καρδιακό νόσημα. Δυστυχώς όμως ποιοτικές έρευνες δεν κατέστη δυνατόν να εντοπιστούν με την πιο πάνω αναζήτηση, με αποτέλεσμα να επιλεγούν 12 που αφορούσαν ποσοτικές έρευνες και 2 που αφορούσαν βιβλιογραφικές ανασκοπήσεις. Στην συνέχεια για να γίνει πιο συγκεκριμένο το θέμα και να απευθύνεται στον ίδιο πληθυσμό, το καρδιακό νόσημα περιορίστηκε στους ασθενείς με στεφανιαία νόσο, με ή χωρίς έμφραγμα του μυοκαρδίου.

Εντύπωση έκαναν οι δύο μελέτες βιβλιογραφικές ανασκοπήσεις, για την εκτενή αναφορά τους στην ανάπτυξη εργαλείων μέτρησης της ποιότητας ζωής και οι τρεις που αφορούσαν μέρος μιας ευρύτερης διαχρονικής μελέτης κοορτής του αρχείου «APPROACH», που διήρκεσε 20 χρόνια και διεξήχθη στην Alberta, μια μεγάλη γεωγραφική περιοχή του Καναδά. Η μία από τις τρεις, αφορούσε την ποιότητα ζωής γυναικών με στεφανιαία νόσο και οι δύο αφορούσαν την σύγκριση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής μεταξύ ανδρών και γυναικών μετά από στεφανιαία νόσο. Αυτό προκάλεσε έντονο ενδιαφέρον γιατί από την παρούσα αναζήτηση, δεν εντοπίστηκαν άλλες μελέτες συσχέτισης όσον αφορά τις διαφορές φύλου.

Έτσι παρόλο που εντοπίστηκαν 14 στο σύνολο μελέτες, επιλέγηκαν για την παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση μόνο οι δύο βιβλιογραφικές ανασκοπήσεις και οι τρεις της Alberta. Οι υπόλοιπες 9 παρόλο που ασχολήθηκαν με το θέμα της αξιολόγησης της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής των καρδιοπαθών, δεν αποτέλεσαν πεδίο ενδιαφέροντος για την παρούσα μελέτη, γιατί ήταν όλες ποσοτικές έρευνες, χρησιμοποιούσαν τα ίδια γνωστά εργαλεία μέτρησης, απευθύνονταν σε ασθενείς με διάφορα καρδιολογικά προβλήματα και είχαν περίπου τα ίδια αποτελέσματα.

Στην συνέχεια, σε μια προσπάθεια εντόπισης ποιοτικών ερευνών, η αναζήτηση έγινε με τη χρήση της μηχανής αναζήτησης «Pub-med» και χρησιμοποιώντας τις λέξεις κλειδιά “Qualitative [All fields] AND (“quality of life”[Mesh Terms] OR “quality” [All fields] AND “life” [All fields] σε προχωρημένη αναζήτηση για εντοπισμό ποιοτικών μελετών για την ποιότητα ζωής των ασθενών με στεφανιαία νόσο. Αρχικά εντοπίστηκαν 1212 μελέτες για τα τελευταία 10 χρόνια που γενικά αναφέρονταν στην ποιότητα ζωής σε ασθενείς με διάφορα νοσήματα και απευθύνονταν σε όλες τις ηλικίες πληθυσμού. Δυστυχώς και πάλιν δεν εντοπίστηκαν μελέτες με ποιοτική ερευνητική μεθοδολογία.

Στην συνέχεια με την χρήση των λέξεων «qualitative approach in quality of life and coronary disease research» εντοπίστηκαν 6 μελέτες. Ανάμεσα σε αυτές εντοπίστηκε μία καθαρά ποιοτική έρευνα, που διενεργήθηκε το 2001 στην Σουηδία, η οποία όμως επικεντρωνόταν περισσότερο στο πως η στεφανιαία νόσος επηρέασε τον τρόπο ζωής των ασθενών, παρά στο πως η νόσος επηρέασε την ποιότητας ζωής τους. Αυτή η τοποθέτηση είναι πιο περιορισμένη σε αλλαγές στο τρόπο ζωής και στους μηχανισμούς αντιμετώπισης. Μπορεί όμως κατ’ επέκταση να θεωρηθεί ως αναπόσπαστο τμήμα της ευρύτερης έννοιας της ποιότητας ζωής με γνώμονα την υγεία και τις επιπτώσεις της στον άνθρωπο.

Εντοπίστηκε επίσης μία που αφορούσε τριγωνισμό και διεξήχθη στην Φινλανδία το 2005, με σκοπό την κατανόηση της υποκειμενικής αντίληψης των συμμετεχόντων όσον αφορά την ποιότητα ζωής τους. Ακολούθως, ψάχνοντας στα “relative articles” ή

σχετικές μελέτες, εντοπίστηκαν ακόμα 2 μελέτες που δυστυχώς ενώ στον τίτλο αναφέρονταν σε αντιλήψεις των ασθενών για την ποιότητα ζωής τους, δεν ακολουθούσαν την ποιοτική προσέγγιση αλλά χρησιμοποιούσαν εργαλεία μέτρησης της ποιότητας ζωής όπως το SF-36 (short term), την κλίμακα για την ικανοποίηση από την ζωή (Life Scale Satisfaction) και άλλα σχετικά εργαλεία. Έτσι από πλευράς ποιοτικής προσέγγισης η παρούσα ανασκόπηση βασίστηκε στις δύο μελέτες που προαναφέρθηκαν.

Είναι εκπληκτικό ότι τα τελευταία 5 χρόνια, δυστυχώς δεν εντοπίστηκαν μελέτες ποιοτικής προσέγγισης όσον αφορά την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των ασθενών με στεφανιαίο νόσημα. Ακόμα και αυτή που εντοπίστηκε ως ποιοτική, βασικά δεν μελετούσε την ποιότητα ζωής των ασθενών με στεφανιαία νόσο, αλλά στόχευε περισσότερο στην εντόπιση παραγόντων που επηρεάζουν την αποκατάστασή τους. Θέλοντας λοιπόν να υπογραμμιστεί η σημαντικότητα της πιο πάνω παρατήρησης, η οποία επιβεβαιώνεται και μέσα από τις ποσοτικές μελέτες, η παρουσίαση των αποτελεσμάτων της ανασκόπησης θα αρχίσει με τις δύο «ποιοτικές μελέτες» που χρονολογικά προηγούνται και θα ακολουθήσουν οι τρεις που διεξήχθησαν στον Καναδά. Όσον αφορά την χρήση των δύο επισκοπήσεων αυτή φάνηκε χρήσιμη τόσο στο θεωρητικό και εννοιολογικό πλαίσιο της ανασκόπησης όσο και στην εντόπιση συγκριτικών δεικτών στα αποτελέσματα άλλων ερευνητικών μελετών.

2.2.1. Ποιοτική έρευνα για την ποιότητα ζωής σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο

Όπως ήδη αναφέρθηκε από την αναζήτηση, δυστυχώς δεν εντοπίστηκαν ποιοτικές μελέτες όσον αφορά την ποιότητα ζωής σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο. Η εντόπιση όμως της μελέτης της Bergman (2001) που έγινε στην Σουηδία, για την «ποιοτική έρευνα σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο: Μπορείς να το κάνεις αν κατευθύνεις το μυαλό σου σ' αυτό», θεωρήθηκε πολύ σημαντική για την κατανόηση του υπό μελέτη θέματος παρόλο που στον τίτλο δεν περιλαμβάνει τον όρο «ποιότητα ζωής». Επιπλέον η ερευνητική προσέγγιση στην πιο πάνω μελέτη, πιστεύεται ότι καταθέτει σημαντικά στοιχεία για την υποκειμενική αντίληψη των ασθενών με στεφανιαία νόσο και για το πώς βιώνουν τις αλλαγές που επιφέρει στη ζωή τους.

Ο εντοπισμός επίσης της διαχρονικής μελέτης με μεθοδολογικό τριγωνισμό για την ποιότητα ζωής της Lukkarinen (2005) που έγινε στην Φινλανδία, σημειώνει σημαντικά αποτελέσματα χαμηλής ποιότητας ζωής στους ασθενείς νεότερης ηλικίας με θεραπεία για στεφανιαία νόσο. Στην έλλειψη δε άλλων ποιοτικών προσεγγίσεων, το γεγονός ότι χρησιμοποιεί τριγωνισμό στην προσέγγιση του θέματος, την καθιστά εξαιρετικά ενδιαφέρονσα.

Για τους πιο πάνω λόγους, θα ακολουθήσει κάποια εκτενέστερη αναφορά στη μεθοδολογία της μελέτης της Bergman (2001) και εκείνης της Lukkarinen (2005).

2.2.1.1. Μελέτη Bergman (2001)

Σκοπός

Η μελέτη στόχευε στην απόκτηση αυξημένης γνώσης και καλύτερης κατανόησης στο τι σημαίνει επιβάρυνση μετά από στεφανιαία νόσο και στο πως επηρεάζει τον τρόπο ζωής των ασθενών.

Υπόβαθρο

Από την τεκμηρίωση της υπάρχουσας γνώσης, φαίνεται ότι η εκπαίδευση και η συμβουλευτική, αποτελούν σημαντικά στοιχεία στην αποκατάσταση των ασθενών με στεφανιαία νόσο. Εκείνο όμως που παραμένει υπό αμφισβήτηση είναι το γιατί οι ασθενείς ενώ πειθαρχούν προς την θεραπεία, προβάλλουν αντίσταση στο να αλλάξουν τον τρόπο ζωής τους. Γι αυτό και η απόκτηση αυτο-ελέγχου και συνειδητής απόφασης των ασθενών, στις αλλαγές του τρόπου ζωής, οδήγησε την ερευνήτρια στην περαιτέρω μελέτη του θέματος

Υλικό και μέθοδος

Η μελέτη χρησιμοποίησε ποιοτική προσέγγιση και προσωπικές συνεντεύξεις σε 8 ασθενείς με στεφανιαία νόσο για την κατάσταση ζωής και τις τυχόν ευκαιρίες ή εμπόδια που αντιμετώπισαν στο να προχωρήσουν σε αλλαγές στον τρόπο ζωής τους. Η επιλογή του δείγματος του πληθυσμού ήταν σκόπιμη ούτως ώστε όλοι οι συμμετέχοντες να έχουν στεφανιαία νόσο και να έχουν εγγραφεί στο νοσοκομείο της κομητείας κατά την περίοδο Νοεμβρίου 1997 μέχρι τον Απρίλιο του 1998. Αρχικά στάλθηκε με το ταχυδρομείο επιστολή με ενημέρωση για την μελέτη και έντυπο αποδοχής για το επόμενο στάδιο. Από τους 16 ασθενείς που επιλέγηκαν, μόνο 8 ανταποκρίθηκαν θετικά, τρεις γυναίκες και πέντε άνδρες ηλικίας 49-68 ετών. Η διενέργεια των συνεντεύξεων έγινε από την ίδια την ερευνήτρια, 6 μήνες μετά το επεισόδιο, χρησιμοποίησε οδηγό συνέντευξης και επέλεξε το σπίτι των συμμετεχόντων ή τα ειδικά δωμάτια συμβουλευτικής του νοσοκομείου για τον σκοπό αυτό. Αξιοσημείωτο είναι ότι με ευαισθησία αναφέρονται οι ηθικές παράμετροι διαστάσεις της ποιοτικής έρευνας, ενώ τονίζεται εμφαντικά η ενημερωμένη συγκατάθεση και η τήρηση του απορρήτου των ερευνητικών δεδομένων. Στην ανάλυση των ποιοτικών δεδομένων ακολουθήθηκε η ερμηνευτική προσέγγιση, μετά από συστηματική μελέτη των ακατέργαστων δεδομένων, περιγραφή και κατανόηση.

Αποτελέσματα

Τα αποτελέσματα ταξινομήθηκαν σε τρεις τομείς:

- 1) τις αιτίες στεφανιαίου νοσήματος, περιγράφοντας διαφορετικούς παράγοντες όπως κληρονομικότητα, και απαιτήσεις του τρόπου ζωής
- 2) δυσκολίες αποκατάστασης, όπως ερμηνεύτηκαν από τους ίδιους τους συμμετέχοντες, όπως αισθήματα σύγχυσης, αβεβαιότητας και θλίψης
- 3) 3) επιτυχής αποκατάσταση η οποία περιλαμβάνει δύο στοιχεία, την προσωπικότητα του κάθε ατόμου και την εξωτερική υποστήριξη

Όσον αφορά αυτές τις πιο πάνω κατηγορίες, φαίνεται ότι αποτελούν αλληλένδετες έννοιες, που επηρεάζουν η μία την άλλη και κατ' επέκταση τον τρόπο ζωής των συμμετεχόντων. Από τα συμφραζόμενα όμως των συμμετεχόντων, φαίνεται ότι η φυσική τους κατάσταση, η ψυχική και η κοινωνική έχουν επηρεαστεί από την νόσο.

Επιπλέον η εξασφάλιση αυτο-ελέγχου του τρόπου ζωής τους, φαίνεται να εξαρτάται τόσο από τους ίδιους όσο και από την στήριξη που δέχονται είτε από το οικογενειακό τους περιβάλλον ή από τους επαγγελματίες υγείας. Περαιτέρω οι συμμετέχοντες περιγράφουν ότι το αίσθημα καλής κατάστασης και προσαρμογής, το αισθάνθηκαν μετά που είχαν υιοθετήσει την άσκηση, την περίοδο ανάπαυσης και περισυλλογής στην ζωή τους.

Συμπέρασμα

Οι ασθενείς μπορεί να συμμορφώνονταν καλά όσον αφορά την προσέλευση τους για ιατρική παρακολούθηση, όμως όσον αφορά τις αλλαγές στον τρόπο ζωής τους, ήταν λιγότερο θετικοί. Η ερευνήτρια καταλήγει ότι η κατανόηση των παραγόντων που ωθούν τους ασθενείς σε μη συμμόρφωση για αλλαγή τρόπου ζωής, θα βοηθήσει στην εγκατάσταση εξατομικευμένης προσέγγισης. Περαιτέρω πιστεύει ότι οι νοσηλευτές μπορούν να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στην υποστήριξη των ασθενών για υιοθέτηση υγιούς τρόπου ζωής.

2.2.1.2. Μελέτη Lukkarinen (2005)

Σκοπός

Ο σκοπός της μελέτης ήταν να περιγράψει και κατανοήσει την υποκειμενική πτυχή της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής των ασθενών με στεφανιαία νόσο κατά την περίοδο μετά την έναρξη της νόσου, την πορεία της θεραπείας και την περίοδο της αποκατάστασης.

Υλικό και μέθοδος

Ακολουθήθηκε μεθοδολογικός τριγωνισμός και το σημαντικό των αποτελεσμάτων τόσο από την ποσοτική όσο και από την ποιοτική προσέγγιση, ήταν ότι αξιολογήθηκαν με μεθόδους μετα-ανάλυσης. Η διαχρονική ποσοτική μελέτη διεξήχθη κατά την διάρκεια του έτους μετά την έναρξη της νόσου, ενώ η ποιοτική προσέγγιση σε 19 άτομα, έγινε με θεματικές συνεντεύξεις ένα χρόνο μετά την θεραπεία στο σπίτι τους.

Πληθυσμός-δείγμα

Το δείγμα πληθυσμού απετέλεσαν 280 ασθενείς με στεφανιαία νόσο που έλαβαν μέρος στην διαχρονική αυτή μελέτη για την κατανόηση και ερμηνεία την υποκειμενικής πτυχής της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής τους. Η αξιολόγηση και μέτρηση έγινε μέσω ταχυδρομείου σε τρεις φάσεις, στην αρχή της μελέτης, στους έξι μήνες και στους δώδεκα. Επιπλέον εκτός από την σύλληψη της συνολικής εικόνας της ποιότητας ζωής των ασθενών, η διαχρονική αυτή μελέτη στόχευε στην εντόπιση των οποιονδήποτε αλλαγών στην γενικότερη κατάσταση της υγείας τους.

Η ερευνήτρια θεωρώντας ως ισοδύναμες και εξίσου σημαντικές τις δύο προσεγγίσεις, προχώρησε αρχικά στην συλλογή των ποσοτικών δεδομένων και μετά από ένα έτος προέβη στη λήψη των ποιοτικών δεδομένων με βάση την φαινομενολογική μεθοδολογία, με θεματικές συνεντεύξεις από 19 ασθενείς.

Αποτελέσματα -Συζήτηση

Τα αποτελέσματα της ποσοτικής ανάλυσης έδειξαν ότι τόσο οι άνδρες όσο και οι γυναίκες του δείγματος με νεαρότερη ηλικία, είχαν χαμηλότερη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής. Και ενώ ο μέσος όρος της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής των ασθενών, σημείωσε βελτίωση ως προς τις διαστάσεις του πόνου, δραστηριότητας και κίνησης, χειροτέρευσε όσον αφορά τις διαστάσεις της κοινωνικής απομόνωσης, του ύπνου και συναισθηματικών αντιδράσεων.

Από πλευράς του μεθοδολογικού τριγωνισμού, το πιο σημαντικό εύρημα ήταν ότι η ποιοτική προσέγγιση, προσέφερε έδαφος για κατανόηση όσον αφορά την χαμηλή ψυχολογικά σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής, όπως αυτή διαφάνηκε από την ποσοτική προσέγγιση. Έδειξε δηλαδή ότι ο πιο επιβαρυντικός παράγοντας για την ποιότητα ζωής των ασθενών, ήταν η ηλικία και οι σχετιζόμενες με την ηλικία καταστάσεις της ζωής τους. Επιπρόσθετα οι συνεντεύξεις που διενεργήθηκαν και η μέθοδος της φαινομενολογικής ψυχολογίας, βοήθησαν την ερευνήτρια να διεισδύσει στις καταστάσεις που βίωσαν οι συμμετέχοντες, όσον αφορά την σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα και την πορεία της ζωής τους, κάτι που δεν κατέστη δυνατόν να αναδειχθεί με το ερωτηματολόγιο. Πολύ σημαντικά στοιχεία της επιβάρυνσης της ποιότητας ζωής τους θεωρήθηκαν η οικογενειακή κατάσταση (διαζευγμένοι, χήροι), η οικονομική κατάσταση, η ηλικία και η έλλειψη εργασίας.

Ανάλυση δεδομένων

Τα ερωτηματολόγια κατευθύνονταν στο να συλλέξουν αντιλήψεις και προσωπικές εμπειρίες σε 3 διαφορετικές χρονικές περιόδους, ούτως ώστε να γίνει κατανοητή η πραγματικότητα του ασθενή για την εκάστοτε κατάσταση της ζωής του. Εκτός από την αρχική περιγραφική και ερμηνευτική ανάλυση, η ερευνήτρια προχώρησε σε φαινομενολογική ερμηνεία των ποιοτικών δεδομένων και μετά σε μετα-ανάλυση και των δύο προσεγγίσεων. Η ίδια υποστηρίζει ότι το εύρος και η σημαντικότητα των ποιοτικών δεδομένων ήταν ανεπανάληπτη, προσδίδοντας της μοναδική ευκαιρία στην αντίληψη της υποκειμενικής πραγματικότητας του ασθενή. Η μετα-ανάλυση βοήθησε στην ταυτόχρονη αξιολόγηση και των δύο μεθόδων τριγωνισμού, δημιουργώντας συσχετίσεις ανάμεσα στα αποτελέσματα των δύο βασιζόμενη σε πιθανά εξαγόμενα συμπεράσματα και αναστοχασμό.

Κριτική

Η επιλογή του χώρου διενέργειας των συνεντεύξεων στην μελέτη Bergman (2001) δεν ήταν σε όλους τους συμμετέχοντες η κατοικία τους. Είχε επιλέξει σε μερικές περιπτώσεις την εύκολη πρόσβαση στα ειδικά δωμάτια συμβουλευτικής των νοσοκομείων. Αντιθέτως η Lukkarinen (2005), διεξήγαγε όλες τις συνεντεύξεις στο οικείο περιβάλλον της κατοικίας των συμμετεχόντων. Η επιλογή για το οικείο περιβάλλον της κατοικίας πιστεύεται ότι προσφέρει περαιτέρω εξασφάλιση κλίματος εμπιστοσύνης και διείσδυσης στις προσωπικές πεποιθήσεις των συμμετεχόντων. Επιπλέον η παρουσία δεύτερου ερευνητή ή παρατηρητή, τόσο στην πρώτη όσο και στην δεύτερη μελέτη, θα προσέδιδε στην έρευνα μεγαλύτερη αξιοπιστία αλλά και αποφυγή επηρεασμού και καθοδήγησης των συμμετεχόντων, από τις προσωπικές εμπειρίες της ερευνήτριας. Πολύ σημαντικό επίσης θα ήταν αν εκτός από τις γενικές αντιλήψεις του δείγματος, αν η ερευνήτρια μπορούσε να διακρίνει τυχόν ομοιότητες

ή διαφορές στις αντιλήψεις των συμμετεχόντων σε σχέση με την ηλικία, το φύλο, την οικογενειακή κατάσταση και την κοινωνική στήριξη.

Η Lukkarinen (2005) από την άλλη πλευρά έλαβε υπόψη όλες τις πιθανές παραμέτρους και προέβη σε συσχετίσεις με άλλους παράγοντες όσον αφορά την ηλικία, γι αυτό και κατέληξε σε ακόμα πιο σημαντικά αποτελέσματα. Θα μπορούσε όμως και αυτή να προβεί σε συσχετίσεις όσον αφορά το φύλο και όχι μόνο την ηλικία. Εν κατακλείδι και οι δύο μελέτες είναι πολύ σημαντικές για την κατανόηση του θέματος της ποιότητας ζωής των ασθενών με στεφανιαία νόσο και είναι λυπηρό που δεν ακολούθησαν το παράδειγμα τους και άλλοι ερευνητές.

2.2.2. Ποσοτική έρευνα για την ποιότητα ζωής σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο

Οι τρεις ερευνητικές μελέτες που εντοπίστηκαν με ποσοτική μεθοδολογία, αποτελούσαν μέρος μιας διαχρονικής μελέτης κοορτής που διεξάχθηκε στην Alberta του Καναδά για 20 χρόνια και χρησιμοποίησαν πέραν του ενός εργαλείου μέτρησης της ποιότητας ζωής των ασθενών με στεφανιαία νόσο. Η πρώτη μελέτη είναι περιγραφική και ασχολείται αποκλειστικά με την σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής σε γυναίκες με στεφανιαία νόσο. Ενώ οι υπόλοιπες δύο είναι τύπου συσχέτισης και επικεντρώθηκαν στην εντόπιση διαφορών όσον αφορά την ποιότητα ζωής μεταξύ ανδρών και γυναικών.

2.2.2.1. Μελέτη για την σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής σε γυναίκες με στεφανιαία νόσο

Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής σε γυναίκες με στεφανιαία νόσο (Broddadottir et al 2009). Από το European journal of Cardiovascular Nursing 8 (2009) 18-25

Σκοπός

Ο σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής των γυναικών με στεφανιαία νόσο, που υποβάλλονταν σε καθετηριασμό στεφανιαίων. Συγκεκριμένα εξετάστηκαν η επίδραση της ηλικίας και των συμπτωμάτων κατάθλιψης στην σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής τους.

Διαχρονικά το αντικείμενο κλινικών μελετών ήταν η μέτρηση δεικτών νοσηρότητας και θνησιμότητας όσον αφορά την στεφανιαία νόσο. Ολοένα όμως και περισσότεροι ερευνητές ασχολούνται με την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής, θεωρώντας την ως καθοριστικός δείκτης της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο. Πιστεύεται ότι τέτοιες παρεμβάσεις όχι μόνον βελτιώνουν την ποιότητα ζωής αλλά και την παρατείνουν. Επιπλέον η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής είναι ο δείκτης ελέγχου της κατάσταση υγείας με τον οποίον ένα άτομο κατορθώνει να αντιμετωπίζει τα συμπτώματα που του προκαλεί η νόσος και να

ελέγχει την καθημερινή του δραστηριότητα την ικανότητα του να λειτουργεί, όσον αφορά την φυσική, ψυχολογική και κοινωνική κατάσταση (Broddadottir et al 2008).

Υλικό και μέθοδος

Η μέθοδος που ακολουθήθηκε ήταν τύπου κοορτικής προοπτικής μελέτης για να μπορέσει να εξεταστεί η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής σε γυναίκες με στεφανιαία νόσο στην Alberta του Καναδά.

Πληθυσμός-δείγμα

Η συλλογή δεδομένων έγινε από τη βάση δεδομένων, Alberta Provincial Project for Outcome Assessment in Coronary Heart Disease (APPROACH). Η πιο πάνω βάση δεδομένων είναι μια ευρείας κλίμακας καταχώρηση για όλους τους κατοίκους της Alberta που υποβλήθηκαν σε καθετηριασμό στεφανιαίων από τον Ιανουάριο του 1995. Τα στοιχεία περιλαμβάνουν κλινικές λεπτομέρειες σε σχέση με τους πιο πάνω ασθενείς.

Στο δείγμα συμπεριλήφθηκε ένα σύνολο από 1034 γυναίκες που υποβλήθηκαν σε καθετηριασμό στεφανιαίων μεταξύ Φεβρουαρίου του 2004 και Ιανουαρίου του 2005. Μία εβδομάδα μετά τον καθετηριασμό ταχυδρομήθηκαν ερωτηματολόγια που μετρούσαν τα συμπτώματα κατάθλιψης και την σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής τους.

Εργαλεία

Χρησιμοποιήθηκαν δύο εργαλεία αξιολόγησης της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής, το ένα αφορά το ερωτηματολόγιο του Seattle Angina Questionnaire (SAQ) και το δεύτερο αφορά το ερωτηματολόγιο EuroQol 5-Dimensional Instrument (EQ-5D). Το ερωτηματολόγιο του Seattle είναι ένα ειδικό μέτρο αξιολόγησης νόσου που αναπτύχθηκε συγκεκριμένα για την αξιολόγηση ασθενών με στεφανιαία νόσο. Αποτελείται από 19 στοιχεία που συγκροτούν 5 διαστάσεις, τους περιορισμούς στην φυσική κατάσταση, την σταθεροποίηση της στηθάγχης, τον έλεγχο της συχνότητας στηθάγχης, την ικανοποίηση από την θεραπεία, και την αντίληψη για την νόσο. Κάθε στοιχείο βαθμολογείται με μια τιμή από το 1 για την χαμηλότερη απόδοση λειτουργικότητας μέχρι το 6 που αντιπροσωπεύει την υψηλότερη απόδοση. Στο τέλος αθροίζονται οι τιμές και για τις 5 διαστάσεις. Δεν υπάρχει ολική βαθμολογία καθότι η κάθε διάσταση αντιπροσωπεύει μια ξεχωριστή παράμετρο λειτουργικότητας των ατόμων με στεφανιαία νόσο.

Το δεύτερο ερωτηματολόγιο, δηλαδή το EQ-5D είναι ένα γενικό εργαλείο για την περιγραφή της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής. Αποτελείται από 5 στοιχεία τα οποία αντιπροσωπεύουν τις 5 διαστάσεις της υγείας; δηλαδή της κινητικότητας, της αυτοφροντίδας, των συνηθισμένων δραστηριοτήτων, της δυσφορίας-πόνου και της ανησυχίας-κατάθλιψης. Για κάθε διάσταση η σοβαρότητα ταξινομείται σε 3 επίπεδα (το επίπεδο 1= αντιπροσωπεύει απουσία προβλήματος, το 2=αντιπροσωπεύει κάπως μέτριο πρόβλημα και το 3=αντιπροσωπεύει σοβαρό πρόβλημα. Το αποτέλεσμα της κατάστασης υγείας βαθμολογείται με ένα πενταψήφιο ψηφιακό αριθμό, ο οποίος ακολουθώς κατατάσσεται σε 1 από 243 πιθανά θεωρητικά προφίλ κατάστασης υγείας. Ένας απλός δείκτης τιμής έχει καθιερωθεί για το EQ-5D Health States όπου το 0 αντιπροσωπεύει τον θάνατο και το 1 αντιπροσωπεύει την πλήρη υγεία, έχει καθοριστεί από το περιγραφικό σύστημα EuroQol και βασίζεται στις εκτιμήσεις για την κατάσταση υγείας που εξάγονται από τον γενικό πληθυσμό. Επιπρόσθετα όσον αφορά την αξιολόγηση των συμπτωμάτων κατάθλιψης,

χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα του κέντρου επιδημιολογικών μελετών για την κατάθλιψη (Center for Epidemiological Studies Depression Scale = CES-D). Παρόλο που η κλίμακα CES-D, έχει σχεδιαστεί αρχικά για την αξιολόγηση των συμπτωμάτων κατάθλιψης στο γενικό πληθυσμό, μια μικρής εμβέλειας έκδοση της χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση συμπτωμάτων κατάθλιψης σε παθολογικά νοσούντες ενήλικες, συμπεριλαμβανομένων και εκείνων με στεφανιαία νόσο.

Η κλίμακα που χρησιμοποιείται στην μελέτη των Broddadottir και συν. (2009), αποτελείται από 10 παραμέτρους, πρόκειται δηλαδή για μια σύντομη περιγραφή της πιο πάνω κλίμακας. Η κάθε παράμετρος βαθμολογείται σε μια κλίμακα 4 βαθμών που ερμηνεύεται στην εμφάνιση συμπτωμάτων στον χρόνο και όπου το 0 αντιπροσωπεύει το σπάνια ή καθόλου (<1 μέρα), το 1 μερικό ή λίγο χρονικό διάστημα (1-2 μέρες), το 2 μερικές φορές ή μέτριο χρονικό διάστημα (3-4 μέρες) και το 3 σχεδόν διαρκώς (5-7 μέρες). Η ολική βαθμολογία αντιπροσωπεύει το εύρος της βαρύτητας των συμπτωμάτων της κατάθλιψης στους ασθενείς με στεφανιαία νόσο.

Ανάλυση δεδομένων

Διεξήχθηκε περιγραφική στατιστική για τους κοινωνικο-δημογραφικούς παράγοντες και οι κλίμακες μέτρησης των πιο πάνω εργαλείων που χρησιμοποιήθηκαν στη συλλογή δεδομένων. Στη συνέχεια έγινε κατηγοριοποίηση των υποκειμένων σε 3 ομάδες ανάλογα με την ηλικία. 32-59, 60-74 και 75-88, για σκοπούς συσχέτισης σύμφωνα με τις βαθμολογίες από τα εργαλεία μέτρησης και διεξήχθη η ανάλυση ANOVA. Επίσης εξετάστηκε η εγκυρότητα των βαθμολογιών σε σχέση με την τιμή Pearson.

Αποτελέσματα

Στην μελέτη κοορτής ανταποκρίθηκαν 437 γυναίκες με ποσοστό ανταπόκρισης (42,3%) που κατά την πλειοψηφία τους ήταν της λευκής φυλής και υπέρβαρες (94,3%). Περισσότερες δε από τις μισές είχαν υποβληθεί σε καθετηριασμό λόγω ασταθούς στηθάγχης. Από το σύνολο του δείγματος μόνο ένα 10,8%, υποβλήθηκε σε αορτοστεφανιαία παράκαμψη μετά τον καθετηριασμό.

Όσον αφορά την σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής, οι γυναίκες δήλωσαν μέτριου βαθμού περιορισμού στις φυσικές τους δραστηριότητες και ελάχιστου βαθμού στηθάγχη κατά την διεκπεραίωση τους. Φαίνεται μάλιστα ότι προοδευτικά χειροτερεύουν με την ηλικία όσον αφορά τις δραστηριότητες ενώ καμιά σημαντική διαφορά δεν διακρίνεται όσον αφορά την εμφάνιση στηθάγχης.

Περαιτέρω μετά από στάθμιση της βαθμολογίας της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής με κοινωνικο-δημογραφικούς και κλινικούς παράγοντες, τα συμπτώματα κατάθλιψης ήταν ο πιο έντονος δείκτης μέτρησης της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής; Η μεγάλη ηλικία συσχετίστηκε με την χειροτέρευση στην φυσική λειτουργικότητα και θετική αντίληψη της νόσου.

Όσον αφορά δε την κατάθλιψη η νεαρότερη ομάδα του δείγματος είχε την ψηλότερη βαθμολογία σε συμπτώματα κατάθλιψης σε σύγκριση με τις μεγαλύτερες σε ηλικία γυναίκες, με αποτέλεσμα η ολική σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής τους να είναι σε χειρότερη βαθμολογία.

Συμπέρασμα

Γενικά οι ίδιοι οι ερευνητές εντοπίζουν ως αδυναμία της μελέτης το μικρό δείγμα πληθυσμού και ότι οι μεταβλητές που αξιολογήθηκαν αντιστοιχούν σε μικρό ποσοστό του εύρους της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής. Υπογραμμίζουν λοιπόν ότι για την καλύτερη κατανόηση της σχέσης της ηλικίας, των συμπτωμάτων κατάθλιψης και της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής των γυναικών με στεφανιαία νόσο, χρειάζεται περαιτέρω έρευνα.

Κριτική

Παρόλο που χρησιμοποιήθηκαν 3 ερωτηματολόγια για την αξιολόγηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής των γυναικών της μελέτης Alberta APPROACH study, το γεγονός ότι δεν συμπεριληφθήκαν άλλοι παράγοντες όπως η οικογένεια, η οικονομική κατάσταση και άλλες επιβαρυντικές νόσοι όπως Σακχαρώδης Διαβήτης που είναι πολύ συχνός σε υπέρβαρο πληθυσμό, αφήνει αρκετά ερωτηματικά ως προς την αξιοπιστία της μελέτης. Μια μικρής κλίμακας ποιοτική προσέγγιση ίσως να αναδείκνυε προβλήματα και απόψεις πολύ διαφορετικές από ότι ελέγχουν οι κλίμακες αξιολόγησης, όπως για παράδειγμα η έλλειψη συντρόφου ή φροντιστή, ιδιαίτερα στις μεγαλύτερες ηλικίες.

Η επιλογή επίσης του χρόνου, μία εβδομάδα μετά τον καθετηριασμό ίσως είναι πολύ νωρίς για να αφήσει να διαφανούν οποιαδήποτε συμπτώματα κατάθλιψης. Το γεγονός δε ότι περιορίστηκε μόνο σε μια περιοχή του Καναδά που ίσως είναι πυκνοκατοικημένη (προσβάσιμο δείγμα), δεν είναι δυνατόν να χαρακτηρίζει όλο τον πληθυσμό. Σημαντικό σημείο αναφοράς είναι και η ταχυδρομική αποστολή των ερωτηματολογίων, που πιθανότατα να συμπληρώθηκαν με βοήθεια ή καθοδήγηση και ίσως να μην αντανακλούν την πραγματική κατάσταση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής του δείγματος. Πολύ σωστά λοιπόν οι ερευνητές συστήνουν περαιτέρω έρευνα στο υπό μελέτη θέμα.

2.2.3. Ποσοτική έρευνα συσχέτισης για την ποιότητα ζωής σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο

2.2.3.1. Μελέτες με διαφορές φύλου όσον αφορά την σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής σε άτομα με στεφανιαία νόσο

A) Οι γυναίκες με στεφανιαία νόσο αναφέρουν χειρότερα αποτελέσματα όσον αφορά την σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής τους από τους άνδρες (Norris CM et al 2004). Από το J. Health and Quality of Life Outcomes 2004; 2:21.

B) Οι διαφορές φύλου όσον αφορά τα αποτελέσματα της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής σε ασθενείς με επιβεβαιωμένη στεφανιαία νόσο (Norris CM et al (2008). Από το J. Circ Cardiovas. Qual and Outcomes. 2008;1:123-130.

Σκοπός

Πρόκειται και πάλι για μέρος της πιο πάνω μελέτης κοορτής που διεξήχθη στην Alberta του Καναδά με σκοπό την σύγκριση των αποτελεσμάτων της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής μεταξύ γυναικών και ανδρών, που τύγχαναν θεραπείας για στεφανιαία νόσο, ένα χρόνο μετά την υποβολή τους σε καθετηριασμό στεφανιαίων. Οι ερευνητές της A μελέτης, επεχείρησαν την διερεύνηση και συσχέτιση πιθανών

διαφορών όσον αφορά το φύλο, χρησιμοποιώντας ένα περιεκτικό δείγμα ασθενών με στεφανιαία νόσο και χρησιμοποιώντας ένα ειδικό για τη νόσο εργαλείο μέτρησης, για την αξιολόγηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής τους. Οι ερευνητές της Β μελέτης (ο κύριος ερευνητής είναι ο ίδιος), επικεντρώθηκαν στο ίδιο θέμα, σκοπό και πληθυσμό, επέλεξαν όμως εκτός από το Seattle Angina Questionnaire (SAQ), ακόμα τρία ερωτηματολόγια το EuroQol EQ-5D, το Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES- D short form) για την κατάθλιψη και το Medical Outcomes Study (MOS) για τον έλεγχο της κοινωνικής υποστήριξης. Με αυτόν τον τρόπο προσπάθησαν να αποκλείσουν τυχόν δημογραφικούς ή κλινικούς παράγοντες όπως κατάθλιψη και κοινωνική υποστήριξη, που υπεισέρχονταν και επηρέαζαν τα αποτελέσματα της μελέτης για να έχουν καλύτερη κατανόηση των διαφορών μεταξύ των δύο φύλων όσον αφορά την σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής τους.

Υλικό και μέθοδος

Η συλλογή δεδομένων για τα αποτελέσματα της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής των ασθενών, διενεργήθηκε με τη χρήση ενός αυτοσυμπληρούμενου ερωτηματολογίου που αποστάλθηκε με το ταχυδρομείο στους συμμετέχοντες ένα χρόνο μετά την υποβολή τους σε καθετηριασμό. Χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο του Seattle Angina Questionnaire (SAQ), που αξιολογεί 5 διαστάσεις της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής – Health Related Quality of Life (HRQOL), δηλαδή της ικανότητας άσκησης, της σταθεροποίηση στηθάγχης, της συχνότητας εμφάνισης στηθάγχης, της ποιότητας ζωής και της ικανοποίησης από την θεραπεία. Τα δεδομένα αντλήθηκαν όπως και στην προηγούμενη μελέτη από το αρχείο APPROACH. Την ίδια μεθοδολογία ακολούθησαν και οι ερευνητές της Β μελέτης με την διαφορά ότι χρησιμοποίησαν 4 ερωτηματολόγια όπως ήδη αναφέρθηκε.

Πληθυσμός-δείγμα

Τα υποκείμενα της μελέτης ήταν οι ενήλικες κάτοικοι της Alberta που συμμετείχαν με την συγκατάθεση τους στην μελέτη κοορτής APPROACH, από 18 ετών και άνω, με ισχαιμική καρδιοπάθεια, μετά από τον πρώτο τους καθετηριασμό στεφανιαίων, όπου διαπιστώθηκε ότι έχουν >50% απόφραξη σε 2 ή περισσότερες αρτηρίες.

Η συλλογή των αρχικών δεδομένων διενεργήθηκε από τους καρδιολόγους κατά την ώρα του καθετηριασμού και περιλάμβανε δημογραφικά στοιχεία και ιστορικό, που καταχωρείτο αμέσως σε ηλεκτρονικό υπολογιστή και μέσω διαδικτύου διοχετευόταν στο πανεπιστήμιο της Alberta. Αποκλείστηκαν της συμμετοχής ενήλικες με βεβαρημένο ιστορικό υγείας από άλλες νόσους όπως Σακχαρώδης διαβήτης, χρόνια νεφρική ανεπάρκεια και προηγούμενο έμφραγμα του μυοκαρδίου. Έπρεπε δηλαδή να συμπεριληφθούν ασθενείς που για πρώτη φορά υποβάλλονταν σε καθετηριασμό και θεραπεία στεφανιαίας νόσου, ούτως ώστε όταν παρέλθει ένα έτος από τον καθετηριασμό να γίνει η αξιολόγηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής τους. Το δείγμα πληθυσμού ήταν το ίδιο και για την Β μελέτη καθώς το αρχείο APPROACH της πιο πάνω μελέτης κοορτής, παρέχει έντυπο υλικό και στοιχεία για πρόσβαση στον πληθυσμό στόχο που πληροί τα κριτήρια της μελέτης.

Εργαλεία

Η συλλογή δεδομένων όπως και στην μελέτη των Broddadottir et al (2008), έγινε με την χρήση του ερωτηματολογίου του Seattle Angina Questionnaire (SAQ). Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο βασίζεται σε ερωτήσεις που εμπίπτουν σε πέντε διαστάσεις της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής των συμμετεχόντων και είναι ευαίσθητο όσον αφορά συγκεκριμένες κλινικές αλλαγές σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο. Είναι ευρέως διαδεδομένο, μεταφρασμένο σε 16 γλώσσες, αξιόπιστο και το έχει υιοθετήσει το Medical Outcomes Trust ως μέτρο αξιολόγησης των αποτελεσμάτων της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής των ασθενών με στεφανιαία νόσο.

Οι συμμετέχοντες είχαν δύο επιλογές για την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, η πρώτη αφορούσε την απάντηση τους μέσω ταχυδρομείου σε κλειστό φάκελο με γραμματόσημο που ήδη παρέλαβαν με το ερωτηματολόγιο ένα χρόνο μετά τον καθετηριασμό, ή να απαντήσουν τηλεφωνικά σε δωρεάν τηλεφωνική γραμμή. Όσοι δεν ανταποκρίθηκαν στην συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, έτυχαν δύο υπενθυμίσεων, στους 13 μήνες και στους 15 μήνες μετά τον καθετηριασμό.

Οι ερευνητές στην Β μελέτη εκτός από το ερωτηματολόγιο του Seattle Angina Questionnaire (SAQ), χρησιμοποίησαν ακόμα τρία ερωτηματολόγια όπως αναφέρεται και πιο πάνω για την εξασφάλιση μεγαλύτερης αξιοπιστίας. Από τα 4 ερωτηματολόγια το SAC και το EQ-5D περιλαμβάνουν 5 διαστάσεις που έχουν σχέση με την αξιολόγηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής των συμμετεχόντων, ενώ το CES- D περιλαμβάνει 10 στοιχεία που μετρούν την κατάθλιψη και το MOS περιλαμβάνει 5 διαστάσεις και 19 στοιχεία για την αξιολόγηση της κοινωνικής υποστήριξης. Η διαδικασία συλλογής δεδομένων που ακολουθήθηκε ήταν η ίδια όπως και στην μελέτη Α.

Ανάλυση δεδομένων

Χρησιμοποιήθηκε περιγραφική ανάλυση ενώ τα βασικά κλινικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων και αυτών που δεν ανταποκρίθηκαν συγκρίθηκαν με χρήση της ανάλυσης chi-square για τις κατηγοριοποιημένες μεταβλητές και χρησιμοποιήθηκε το t-test για τις συνεχείς μεταβλητές. Μετά την επιμέρους βαθμολογία των 5 διαστάσεων του εργαλείου SAQ, οι τιμές αθροίστηκαν και μετασχηματίστηκαν σε μια τιμή από το 0-100, αφαιρώντας την χαμηλότερη τιμή βαθμολόγησης, διαιρώντας με την τιμή της κλίμακας και πολλαπλασιάζοντας επί 100 για να δώσουν τις μεταβλητές των αποτελεσμάτων σε linear regression modeling. Στην συνέχεια με την άθροιση των επί μέρους τιμών και διαιρώντας με τον ολικό αριθμό των παραμέτρων, υπολογίστηκε η μέση τιμή για την κάθε παράμετρο. Στην μελέτη Β οι ερευνητές ακολούθησαν αρχικά τον ίδιο τρόπο ανάλυσης και μετά αφού εξέτασαν τις βαθμολογίες που σκόραραν οι συμμετέχοντες σε όλα τα ερωτηματολόγια, προχώρησαν σε αναλύσεις συσχέτισης ελέγχοντας κάθε φορά και μια μεταβλητή, ούτως ώστε να διαπιστώσουν τυχόν διαφορές φύλου όσον αφορά την σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής τους.

Αποτελέσματα

Στην μελέτη συμμετείχαν 3392 (78.1%) ασθενείς από τους 4,344 στους οποίους στάλθηκαν ερωτηματολόγια. Από αυτούς οι 3243 απέστειλαν συμπληρωμένα τα ερωτηματολόγια ενώ 149 δεν ανταποκρίθηκαν γιατί εν τω μεταξύ απεβίωσαν. Από τους συμμετέχοντες οι 2523 ήταν άνδρες και οι 720 ήταν γυναίκες. Γενικά οι άνδρες

σκόραραν σημαντικά καλύτερα αποτελέσματα όσον αφορά την σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής τους από τις γυναίκες του δείγματος, σε όλες τις διαστάσεις του ερωτηματολογίου (SAQ). Είχαν δηλαδή καλύτερη ικανότητα άσκησης, μεγαλύτερου βαθμού σταθεροποίηση της στηθάγχης, μικρότερη συχνότητα εμφάνισης στηθάγχης, καλύτερη ποιότητα ζωής και μεγαλύτερη ικανοποίηση από την θεραπεία που ακολουθούσαν. Επιπλέον οι γυναίκες είχαν εκδηλώσει σε μεγαλύτερη από τους άνδρες συχνότητα, καρδιακή ανεπάρκεια, υπέρταση και ασταθή στηθάγχη. Τα πιο πάνω αποτελέσματα συμφωνούν και με τα ευρήματα των Ghali et al (2002), στην μελέτη τους για τις διαφορές φύλου όσον αφορά την πρόσβαση για επαναιμάτωση μετά από καθετηριασμό. Όσον αφορά τα αποτελέσματα της μελέτης B, αρχικά συμφωνούν με την μελέτη A. Όμως μετά από την στάθμιση για δημογραφικούς και κλινικούς παράγοντες, διαφάνηκε ότι μόνο μερικώς μπορεί να ενοχοποιηθούν οι διαφορές φύλου για την χαμηλή βαθμολογία της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής των γυναικών της μελέτης. Σαν αποτέλεσμα οι ερευνητές εισηγούνται ως την καλύτερη πηγή άντλησης πληροφοριών για την κατανόηση και αναγνώριση διαφορών όσον αφορά την σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητας ζωής ατόμων σε αποκατάσταση μετά από στεφανιαία νόσο, την εκτίμηση του ρόλου και των αντιλήψεων ανδρών και γυναικών.

Συμπέρασμα

Οι γυναίκες ανέφεραν σταθερά χειρότερα αποτελέσματα όσον αφορά την σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής τους. Αυτό το αποτέλεσμα όμως, υπογραμμίζει ότι τυχόν συμπεράσματα που βασίζονται σε μελέτες που έγιναν σε ανδρικό πληθυσμό με στεφανιαία νόσο δεν μπορεί να είναι αξιόπιστα όσον αφορά τον γυναικείο πληθυσμό και ότι περισσότερες μελέτες χρειάζονται με έμφαση στις διαφορές του φύλου. Εν κατακλείδι οι ερευνητές και στις δύο μελέτες εισηγούνται περαιτέρω ερευνητική εξέταση των διαφορών όσον αφορά το φύλο και την ψυχοκοινωνική προσαρμογή των ασθενών με στεφανιαία νόσο για την καλύτερη κατανόηση του θέματος.

Κριτική

Σύμφωνα με τα γενικά αποτελέσματα της μελέτης οι γυναίκες του δείγματος σκόραραν σημαντικά χειρότερα αποτελέσματα όσον αφορά την σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής τους. Παρατηρείται ακόμα και από τους ίδιους τους ερευνητές, η αδυναμία στον αποκλεισμό άλλων παραγόντων που μπορεί να επηρέασαν την συσχέτιση μεταξύ ανδρών και γυναικών όσον αφορά την βαθμολογία για την σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής τους. Για παράδειγμα θα μπορούσαν να ληφθούν υπόψη κάποιοι ειδικοί δημογραφικοί και κλινικοί παράγοντες που πιθανόν να επηρεάζουν την ποιότητα ζωής όπως είναι ο διαφορετικός τρόπος περιγραφής της στηθάγχης και οι κοινωνικές συνθήκες που ίσως επηρεάζουν την εμφάνιση συμπτωμάτων κατάθλιψης. Το γεγονός επίσης, ότι η αξιολόγηση και μέτρηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής τους, έγινε μόνο μία φορά (μετά από ένα έτος από τον καθετηριασμό), δεν επιτρέπει την ακριβή περιγραφή ως προς τον χρόνο εκδήλωσης των συμπτωμάτων κατάθλιψης και ως εκ τούτου δεν μπορεί να καθοριστεί το ακριβές χρονικό σημείο επιβάρυνσης της ποιότητας ζωής τους. Η πρόταση των ερευνητών όμως για περαιτέρω έρευνα του θέματος, ούτως ώστε να γίνει σαφέστερη και πιο κατανοητή η οποιαδήποτε διαφορά στην αξιολόγηση της ποιότητας ζωής τους λόγω φύλου, επικροτείται και βρίσκει θετική ανταπόκριση.

Λαμβανομένου επίσης υπόψη, του μεγάλου ποσοστού ανταπόκρισης από τις γυναίκες του δείγματος και παρά τις διαφαινόμενες αδυναμίες που αναφέρθηκαν, η μελέτη αποτελεί σημαντικό ορόσημο και σημείο αναφοράς για τις διαφορές φύλου, στην διεθνή βιβλιογραφία.

Στην μελέτη Β οι ερευνητές προχώρησαν κατά πολύ από την μελέτη Α, διακρίνοντας διαφορές φύλου όσον αφορά την σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής με εκείνη των γυναικών να βρίσκεται σε χειρότερο επίπεδο, ειδικά όσον αφορά την κατάθλιψη και την κοινωνική υποστήριξη. Η εις βάθος μελέτη του θέματος και συμπερίληψη άλλων παραγόντων που μπορεί να επηρεάσουν την σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής καθώς και οι συσχετίσεις μεταξύ των 4 ερωτηματολογίων, έχουν προσθέσει σημαντική γνώση στο θέμα. Επιπλέον και οι ίδιοι έχουν αναγνωρίσει κάτι πολύ σημαντικό, ότι η ηλικία και το φύλο από μόνα τους μπορούν να επηρεάσουν την σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής και ότι ίσως ο καλύτερος τρόπος μελέτης σε περιπτώσεις συσχέτισης φύλων θα ήταν η μελέτη των αντιλήψεων και των ρόλων της κάθε ομάδας πληθυσμού.

2.2.4. Γενική συζήτηση

Είναι εμφανές από την πληθώρα των ερευνητικών μελετών και των εργαλείων αξιολόγησης που αναπτύχθηκαν, για την ποιότητα ζωής σε διάφορες ομάδες πληθυσμού, ότι οι ερευνητές αποδίδουν μεγάλη σημασία στο θέμα. Το γεγονός μάλιστα ότι το 50% περίπου του πληθυσμού στις ανεπτυγμένες χώρες μπορεί να αναπτύξει καρδιαγγειακή νόσο, καθιστά το θέμα της αξιολόγησης της ποιότητας ζωής των ασθενών με καρδιακό νόσημα εξαιρετικά σημαντικό και ενδιαφέρον.

Και ενώ οι ποσοτικές έρευνες με την χρήση διαφόρων εργαλείων μέτρησης είναι πολλές, οι ποιοτικές έρευνες είναι πολύ περιορισμένες. Ίσως το γεγονός ότι κάποια εργαλεία όπως το SF-36 και το ερωτηματολόγιο EQ-5D (EuroQol), αφήνουν να νοηθεί ότι αξιολογούν και μετρούν τις πεποιθήσεις των ασθενών για την ποιότητα ζωής τους, σε κάποιο βαθμό να ικανοποιεί το ερευνητικό ενδιαφέρον, προκαλώντας έτσι μεγαλύτερη έξαρση προς την ποσοτική έρευνα.

Το ίδιο συμβαίνει και για τις μελέτες συσχέτισης οι οποίες είναι περιορισμένες είτε στις διαφορές φύλου ή ηλικίας. Από την πιο πάνω βιβλιογραφική ανασκόπηση όμως των ποιοτικών δεδομένων, φάνηκε ότι ο παράγοντας οικογένεια και σχέσεις, επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό την ποιότητα ζωής των ασθενών με στεφανιαία νόσο, χωρίς όμως να εντοπιστούν ειδικές για το θέμα μελέτες.

Σκοπός

Ο σκοπός όλων των μελετών που εντοπίστηκαν ήταν η κατανόηση της προσαρμογής και αποκατάστασης των ασθενών με στεφανιαία νόσο, όπως αυτές διαφαίνονται μέσα από την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής τους. Επιπλέον στις ποιοτικές προσεγγίσεις υπογραμμίζεται η προσπάθεια διεύθυνσης στις προσωπικές αντιλήψεις των συμμετεχόντων, ενώ στις μελέτες συσχέτισης, το ζητούμενο ήταν η εντόπιση διαφορών φύλου σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο.

Υλικό και μέθοδος

Η επιλογή του πληθυσμού σε όλες τις μελέτες βασιζόταν σε Νοσοκομειακά αρχεία, όπου εύκολα υπήρχε πρόσβαση σε προσωπικά και ιατρικά στοιχεία ασθενών. Σε όλες τις περιπτώσεις οι μετρήσεις (ποιοτικές και ποσοτικές), έλαβαν χώρα τουλάχιστον έξι μέχρι δώδεκα μήνες μετά την έναρξη της νόσου. Η μοναδική περίπτωση στην οποία η μελέτη διεξήχθη μόνο μία εβδομάδα μετά τον καθετηριασμό, ήταν η μελέτη των Broddadottir et al (2009).

Τονίζεται επίσης ότι οι ποιοτική μελέτη της Bergman (2001), βασίστηκε σε συνεντεύξεις από 8 ασθενείς ενώ στην μελέτη Lukkarinen (2005), η ποιοτική προσέγγιση βασίστηκε σε θεματικές συνεντεύξεις από 19 ασθενείς. Όσον αφορά την ποσοτική προσέγγιση του θέματος η Lukkarinen (2005), διεξήγαγε μια διαχρονική μελέτη με 280 ασθενείς σε τρεις διαφορετικές χρονικές περιόδους, για σκοπούς μεθοδολογικού τριγωνισμού και μετα-αναλύσης.

Όσον αφορά τις ποσοτικές προσεγγίσεις των ερευνητών της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής σε ασθενείς που αντλήθηκαν από μια ευρείας κλίμακας μελέτη κοορτής στην Alberta του Καναδά, εκείνη των Broddadottir et al (2009), χρησιμοποίησε δύο ερωτηματολόγια, το ερωτηματολόγιο Seattle Angina Questionnaire (SAQ) και του EuroQol 5-Dimensional Instrument (EQ-5D. Στις μελέτες συσχέτισης για την εντόπιση διαφορών φύλου, στην πρώτη χρησιμοποιήθηκε και πάλι το ερωτηματολόγιο του Seattle Angina Questionnaire (SAQ), ενώ στην δεύτερη μελέτη των Norris et al (2008), χρησιμοποιήθηκαν ακόμα 3 ερωτηματολόγια για περισσότερη αξιοπιστία.

Αποτελέσματα

Στην μελέτη της Bergman (2001), οι ασθενείς μπορεί να συμμορφώνονταν καλά όσον αφορά την προσέλευση τους για ιατρική παρακολούθηση, όμως όσον αφορά τις αλλαγές στον τρόπο ζωής τους, ήταν λιγότερο θετικοί. Η ερευνήτρια καταλήγει ότι η κατανόηση των παραγόντων που ωθούν τους ασθενείς σε μη συμμόρφωση για αλλαγή τρόπου ζωής, θα βοηθήσει στην εγκατάσταση εξατομικευμένης προσέγγισης. Περαιτέρω πιστεύει ότι οι νοσηλευτές μπορούν να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στην υποστήριξη των ασθενών για υιοθέτηση υγιούς τρόπου ζωής.

Τα αποτελέσματα της ποσοτικής ανάλυσης της μελέτης Lukkarinen (2005), έδειξαν ότι τόσο οι άνδρες όσο και οι γυναίκες του δείγματος με νεαρότερη ηλικία, είχαν χαμηλότερη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής. Και ενώ ο μέσος όρος της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής των ασθενών, σημείωσε βελτίωση ως προς τις διαστάσεις του πόνου, δραστηριότητας και κίνησης, χειροτέρευσε όσον αφορά τις διαστάσεις της κοινωνικής απομόνωσης, του ύπνου και συναισθηματικών αντιδράσεων.

Από πλευράς του μεθοδολογικού τριγωνισμού, το πιο σημαντικό εύρημα ήταν ότι η ποιοτική προσέγγιση, προσέφερε έδαφος για κατανόηση όσον αφορά την χαμηλή ψυχολογικά σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής, όπως αυτή διαφάνηκε από την ποσοτική προσέγγιση.

Έδειξε δηλαδή ότι ο πιο επιβαρυντικός παράγοντας για την ποιότητα ζωής των ασθενών, ήταν η ηλικία και οι σχετιζόμενες με την ηλικία καταστάσεις της ζωής τους.

Επιπρόσθετα οι συνεντεύξεις που διενεργήθηκαν και η μέθοδος της φαινομενολογικής ψυχολογίας, βοήθησαν την ερευνήτρια να διεισδύσει στις καταστάσεις που βίωσαν οι συμμετέχοντες, όσον αφορά την σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα και την πορεία της ζωής τους, κάτι που δεν κατέστη δυνατόν να αναδειχθεί με το ερωτηματολόγιο. Πολύ σημαντικά στοιχεία της επιβάρυνσης της ποιότητας ζωής τους θεωρήθηκαν η οικογενειακή κατάσταση (διαζευγμένοι, χήροι), η οικονομική κατάσταση, η ηλικία και η έλλειψη εργασίας (Lukkarinen 2005).

Όσον αφορά την μελέτη των Broddadottir et al (2009), για την σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των γυναικών, οι ίδιες δήλωσαν μέτριου βαθμού περιορισμού στις φυσικές τους δραστηριότητες και ελάχιστου βαθμού στηθάγχη κατά την διεκπεραίωση τους. Φαίνεται μάλιστα ότι προοδευτικά χειροτερεύουν με την ηλικία όσον αφορά τις δραστηριότητες ενώ καμιά σημαντική διαφορά δεν διακρίνεται όσον αφορά την εμφάνιση στηθάγχης.

Περαιτέρω μετά από στάθμιση της βαθμολογίας της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής με κοινωνικο-δημογραφικούς και κλινικούς παράγοντες, τα συμπτώματα κατάθλιψης ήταν ο πιο έντονος δείκτης μέτρησης της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής, ενώ η μεγάλη ηλικία συσχετίστηκε με την χειροτέρευση στην φυσική λειτουργικότητα και θετική αντίληψη της νόσου.

Επιπλέον οι ίδιοι οι ερευνητές εντοπίζουν ως αδυναμία της μελέτης το μικρό δείγμα πληθυσμού και ότι οι μεταβλητές που αξιολογήθηκαν αντιστοιχούν σε μικρό ποσοστό του εύρους της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής. Υπογραμμίζουν λοιπόν ότι για την καλύτερη κατανόηση της σχέσης της ηλικίας, των συμπτωμάτων κατάθλιψης και της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής των γυναικών με στεφανιαία νόσο, χρειάζεται περαιτέρω έρευνα.

Όσον αφορά τα αποτελέσματα των δύο μελετών που ασχολούνται με την εντόπιση διαφορών στην ποιότητα ζωής ανδρών και γυναικών, στη πρώτη μελέτη φαίνεται ότι οι άνδρες σκόραραν σημαντικά καλύτερα αποτελέσματα όσον αφορά την σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής τους από τις γυναίκες του δείγματος, σε όλες τις διαστάσεις του ερωτηματολογίου (SAQ). Είχαν δηλαδή καλύτερη ικανότητα άσκησης, μεγαλύτερου βαθμού σταθεροποίηση της στηθάγχης, μικρότερη συχνότητα εμφάνισης στηθάγχης, καλύτερη ποιότητα ζωής και μεγαλύτερη ικανοποίηση από την θεραπεία που ακολουθούσαν. Επιπλέον οι γυναίκες είχαν εκδηλώσει σε μεγαλύτερη από τους άνδρες συχνότητα, καρδιακή ανεπάρκεια, υπέρταση και ασταθή στηθάγχη.

Όσον αφορά τα αποτελέσματα της μελέτης B, αρχικά συμφωνούν με την μελέτη A. Όμως μετά από την στάθμιση για δημογραφικούς και κλινικούς παράγοντες, διαφάνηκε ότι μόνο μερικώς μπορεί να ενοχοποιηθούν οι διαφορές φύλου για την χαμηλή βαθμολογία της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής των γυναικών της μελέτης.

Σαν αποτέλεσμα οι ερευνητές εισηγούνται ως την καλύτερη πηγή άντλησης πληροφοριών για την καλύτερη κατανόηση και αναγνώριση διαφορών όσον αφορά την σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητας ζωής ατόμων σε αποκατάσταση μετά από στεφανιαία νόσο, την εκτίμηση του ρόλου και των αντιλήψεων ανδρών και γυναικών, μέσα από μια ποιοτική προσέγγιση. Εν κατακλείδι πιστεύεται ότι η πρόταση για περαιτέρω διενέργεια ποιοτικής έρευνας στο θέμα της ποιότητας ζωής των ασθενών

με στεφανιαία νόσο, θα συμπληρώσει το υπάρχον έλλειμμα της βιβλιογραφίας και θα συμβάλει σημαντικά στην κατανόηση των παραγόντων που επηρεάζουν την υγεία και κατ' επέκταση την ποιότητα ζωής τους.

3. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

3.1. ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Μερκούρης, Α.Β., Αποστολάκης Ε.Ε., (2003). *Αορτοστεφανιαία παράκαμψη και ποιότητα ζωής*. Αθήνα: Αυτοέκδοση

Θεοφίλου, Π., (2010). *Ποιότητα ζωής στο χώρο της υγείας: Έννοια και αξιολόγηση*. *e-Περιοδικό Επιστήμης & Τεχνολογίας, e-Journal of Science & Technology (e-JST) (4), 5, July 2010*

Στατιστικές υγείας και νοσοκομείων – Health and hospital statistics (2001). <http://www.moh.gov.cy> Ημερομηνία πρόσβασης 30 Ιουλίου 2008

Οικονόμου Μ, Κοκκώση Μ, Τριανταφύλλου Ε, Χριστοδούλου Γ. (2001). *Ποιότητα ζωής και ψυχική υγεία – Εννοιολογικές προσεγγίσεις, κλινικές εφαρμογές και αξιολόγηση*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 18(3):239-53.

Υφαντόπουλος, Γ.Ν., (2007). *Μέτρηση της ποιότητας ζωής και το Ευρωπαϊκό υγειονομικό μοντέλο*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2007, 24 (Συμπλ 1)6-18

Υφαντόπουλος, Γ., Σαρρής, Μ., (2001). *Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής: Μεθοδολογία μέτρησης*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2001, 18(3):218-229

3.2. ΑΓΓΛΟΦΩΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Bergman E. (2001). *You can do it if you set your mind to it: a qualitative study of patients with coronary artery disease*. Blackwell Science Ltd, Journal of Advanced Nursing, 36(6), 733-741.

Brink E., Grankvist G., Karlson BW., Halleberg L.R., (2005). *Health-related quality of life in women and men one year after acute myocardial infarction*. Qual Life Res 2005; 14:749-57.

Broddadottir H., Jensen L., Norris C., Graham M. (2009). *Health-related quality of life in women with coronary artery disease*. European journal of Cardiovascular Nursing 8 (2009) 18-25

Fauerbach JA., Bush DE., Thombs BD., McCann UD., Gogel J., Ziegelstein RC. (2005). *Depression following acute myocardial infarction: a prospective relationship with ongoing health and function*. Psychosomatics 2005; 46:355-61.

Ghali WA., PD Faris, Galbraith PD, Norris CM, et al for the APPROACH investigators (2002). *Sex differences in access to coronary revascularization after cardiac catheterization: Importance of detailed clinical data*. Annals of Internal Medicine 2002, 136:723-732.

Guyatt, G., (1993). *Measurement of health-related quality of life in heart failure*. Journal of American college of cardiology; 22(4) (Supple A), 185A-191A.

McGee HM., Johnston M., Pollard B., Hevey D., (2000). *Does myocardial infarction have a greater impact on women than men? Testing hypothesis about the effects of gender role models and responsibilities*. Eur Rev Appl Psychol 2005; 50:333-40.

Lukkarinen H, Hentinen M. (1997). *Assessment of quality of life with the Nottingham Health Profile among patients with coronary heart disease*. J Adv Nurs 26:73-84.

Lukkarinen H. (2005). *Methodological triangulation showed the poorest quality of life in the youngest people following treatment of coronary artery disease: a Longitudinal study*. International Journal of Nursing Studies 42 (2005) 619-627.

Norris, CM., Ghali WA., Galbraith PD., et al. (2004). *Women with coronary artery disease report worse health-related quality of life outcomes compared to men*. Health and Quality of Life Outcomes 2004; 2:21.

Norris, CM., Spertus JA., et al. (2008). *Sex and Gender discrepancy in Health-related Quality of Life Outcomes Among Patients with Established Coronary artery Disease*. Journal of the American Heart Association. Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes 2008;1;123-130.

Soto M., Failde I., Marquez S., et al. (2005). *Physical and mental component summaries score of the SF-36 in coronary patients*. Qual Life Res 2005; 14:759-68.

Zhao, B., (2004). *Perceptions of quality of life and use of human services by households: A model*. PhD dissertation. College of agriculture at the university of Kentucky