

Ποιότητα ζωής μετά από αορτοστεφανιαία παράκαμψη Συγκριτική μελέτη

Α. Μερκούρης,¹
Δ. Πιστόλας,²
Β. Παπαγιαννάκη,³
Ε. Διακομποπούλου,⁴
Μ. Αργυρίου,⁵
Αικ. Ουζουνίδου,⁶
Ευ. Αποστολάκης⁷

¹Νοσηλεύτης, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου
Αθηνών, ΓΝΑ «Ευαγγελισμός», Αθήνα

²Νοσηλεύτης, Πρόεδρος Πανελληνίου
Καρδιολογικού Νοσηλευτικού Τομέα,
ΓΝΑ «Ευαγγελισμός», Αθήνα

³Νοσηλεύτρια, Υπεύθυνη Νοσηλευτικών
Ειδικοτήτων, ΓΝΑ «Ευαγγελισμός»,
Αθήνα

⁴Φυσικοθεραπεύτρια, Καρδιοχειρουργικό
Τμήμα, ΓΝΑ «Ευαγγελισμός», Αθήνα

⁵Καρδιοχειρουργός, Επιμελητής Α', Β'
ΚΡΧ, ΓΝΑ «Ευαγγελισμός», Αθήνα

⁶Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας,
ΓΝΑ «Ευαγγελισμός», Αθήνα

⁷Ιατρός, Επίκουρος Καθηγητής
Καρδιοχειρουργικής, Ιατρική Σχολή,
Πανεπιστήμιο Πατρών, Πάτρα

Λέξεις κλειδιά: Καρδιοχειρουργική,
αορτοστεφανιαία παράκαμψη, στεφανιαία νόσος, ποιότητα ζωής

Key words: Cardiovascular surgery, coronary artery by-pass grafting, coronary artery disease, quality of life

Περίληψη Σκοπός της έρευνας αυτής ήταν η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των ασθενών με αορτοστεφανιαία παράκαμψη πριν και 4 μήνες μετά την επέμβαση, έτσι ώστε να εντοπιστούν περιοχές για παρεμβάσεις και περαιτέρω βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας. Αποτελεί μέρος μιας μεγαλύτερης ερευνητικής προσπάθειας για τη διαχρονική αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των ασθενών μετά από αορτοστεφανιαία παράκαμψη. Η συλλογή των δεδομένων έγινε με συνέντευξη και χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο MACNEW για τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα της ζωής καρδιολογικών ασθενών. Το δείγμα αποτέλεσαν 120 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε αορτοστεφανιαία παράκαμψη (100 άνδρες, 20 γυναίκες). Η μέση ηλικία ήταν 63,13 έτη ($\pm 8,55$) και μέση διάρκεια νοσηλείας 14,2 ημέρες ($\pm 4,78$). Μετά την επέμβαση, παρατηρήθηκε μια σημαντική βελτίωση της φυσικής (+1,79, $P < 0,001$) και της κοινωνικής κατάστασης (+1,57, $P < 0,001$) των ασθενών. Η συναισθηματική κατάσταση παρουσίασε μια πολύ μικρή βελτίωση (+0,56, $P < 0,001$), ενώ η νοητική ικανότητα όπως μετρήθηκε με τρεις ξεχωριστές ερωτήσεις έδειξε να μειώνεται (-0,51, $P < 0,001$). Οι ασθενείς, 4 μήνες μετά την επέμβαση, είχαν χαμηλότερη αυτοπεποίθηση και ήταν περισσότερο εξαρτώμενοι από τους άλλους. Το φύλο, η ηλικία, η φυσική κατάσταση πριν την επέμβαση, και ο πόνος στο στήθος βρέθηκαν να συσχετίζονται με την ποιότητα ζωής πριν και μετά την επέμβαση. Η αξιολόγηση της ποιότητας της ζωής πρέπει να καθιερωθεί ως ένας επίσημος δείκτης αποτελεσματικότητας για την αξιολόγηση των θεραπευτικών παρεμβάσεων στη στεφανιαία νόσο. Είναι επιτακτική ανάγκη για την πολιτεία να σχεδιάσει και να εφαρμόσει ειδικά προγράμματα αποκατάστασης για να καλύψει τις εξατομικευμένες ανάγκες και να αυξήσει την ποιότητα ζωής των ασθενών μετά από την αορτοστεφανιαία παράκαμψη.

Abstract Quality of life after coronary artery by-pass grafting. Comparative study. A. Merkouris,¹ D. Pistolas,² V. Papagianaki,³ E. Diakomopoulou,⁴ M. Argiriou,⁵ A. Ouzounidou,⁶ E. Apostolakis.⁷ ¹RN, MS, PhD, ²RN, President, Greek Cardiovascular Nursing Society, ³RN, Coordinator, Nursing Specialty Department, ⁴Physiotherapist, Cardiac Surgery Department, ⁵MD, Cardiac Surgeon, B' Cardiac Surgery Department, ⁶RN, Director of Nursing Services, Evangelismos General Hospital of Athens, ⁷MD, Cardiac Surgeon, Assistant Professor, School of Medicine, University of Patras, Patras, Greece. Vema of Asklepios 2003, 2(3):147-158. The aim of this study was to assess the quality of life in elderly patients before and 4 months after coronary artery bypass graft (CABG) operation in order to identify areas for interventions and further improvement of the provided care. This is part of a bigger project to assess the quality of life in CABG patients over time. The collection of data was based on interviews by using the MACNEW heart disease health-related quality of life questionnaire. The study sample consisted of 120 cardiac artery bypass surgery patients (CABS) (100 men, 20 women) with a mean age of 63.13 years (± 8.55) and an average length of stay 14.2 days (± 4.78). There was a significant improvement of the physical (+1.79, $P < 0.001$) and social (+1.57, $P < 0.001$) state of the patients after the operation. The emotional state of the patients showed a very small improvement (+0.56, $P < 0.001$) and the cognitive ability, as it was measured by three questions, showed a decline (-0.51, $P < 0.001$). Patients, 4 months after the operation, exhibited a lower level of self-confidence and were more dependent on others. Sex, age, physical condition before the operation and chest pain were found to be related to the quality of life before and after the operation. The assessment of the quality of life has to be established as an official outcome indicator for the evaluation of therapeutic interventions of cardiac artery disease (CAD) patients. It is imperative that government plan and implement rehabilitation programs in order to cover the individual needs and enhance the quality of life of CABG patients.

Εισαγωγή

Η στεφανιαία νόσος αποτελεί για τις ΗΠΑ, αλλά και για τον υπόλοιπο δυτικό κόσμο, τη συχνότερη αιτία ανικανότητας (disability), αφού ευθύνεται για το 19% των συνολικών περιπτώσεων.¹ Επιπλέον, αποτελεί τη δεύτερη κατά σειρά αιτία θανάτου ετησίως, αφού οι τρεις συχνότερες κατά σειρά αιτίες θανάτου είναι: ο καρκίνος με 551.000, η στεφανιαία νόσος με 529.000 και τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια με 166.000 θανάτους.²

Τα τελευταία χρόνια, η τελειοποίηση των μεθόδων χειρουργικής προστασίας του μυοκαρδίου και η αξιοποίηση της τεχνολογίας για την αρτιότερη τεχνική υποστήριξη της επέμβασης έχουν βελτιώσει θεαματικά τα αποτελέσματα της αορτοστεφανιαίας παράκαμψης, έτσι ώστε αυτή να θεωρείται πλέον μια χειρουργική ρουτίνα για τη θεραπεία της στεφανιαίας νόσου. Η χειρουργική θνητότητα κυμαίνεται (για τις μη-επείγουσες περιπτώσεις) από 1,3 έως 2,6%,^{3,4} ο χρόνος παραμονής των ασθενών στο νοσοκομείο έχει μειωθεί σημαντικά (περίπου στις 7-9 ημέρες) και το μεγαλύτερο μέρος της αποκατάστασης του ασθενούς γίνεται στο σπίτι.⁵ Ποια είναι όμως η επίπτωση που αυτή έχει στη ζωή των ασθενών;

Μέχρι πρόσφατα η αξιολόγηση του αποτελέσματος των διαφόρων παρεμβάσεων σε ασθενείς με καρδιαγγειακή γινόταν με αρνητικό τρόπο και βασίζονταν σχεδόν αποκλειστικά σε αντικειμενικούς δείκτες όπως, συμπτώματα, σημεία, παρακλινικές και εργαστηριακές εξετάσεις.⁶ Σήμερα, η σύγχρονη ιατρική κοινότητα επικεντρώνει πλέον την προσοχή της τόσο στα αποτελέσματα των ιατρικών πράξεων, όσο και στις επιπτώσεις που έχουν αυτές στη ζωή του ασθενούς έχοντας αναγνωρίσει την ποιότητα ζωής των ασθενών ως ένα πολύ σημαντικό δείκτη αποτελέσματος.⁷ Είναι ενδεικτικό, ότι προκειμένου να εγκριθεί ένα νέο φάρμακο ή μια συσκευή από κάποιον διεθνή οργανισμό πρέπει η αξιολόγησή του να έχει συμπεριλάβει στους δείκτες αποτελεσματικότητας και την αξιολόγηση της ποιότητας της ζωής.⁶

Πότε όμως πρωτοεμφανίστηκε ο όρος «ποιότητα ζωής»; Τι σημαίνει; Πώς ορίζεται; Οι απαντήσεις σε αυτά τα ερωτήματα δεν είναι εύκολες. Και αυτό γιατί πολλοί όροι σχετίζονται με τη ποιότητα ζωής και συχνά χρησιμοποιούνται εναλλακτικά, όπως η κατάσταση υγείας, η ευεξία, η ικανοποίηση, η ευτυχία.⁷

Δεν υπάρχει βεβαιότητα για την προέλευση του όρου «ποιότητα ζωής». Ο Αριστοτέλης στο σύγγραμμά του τα Ηθικά Νικομάχεια,⁸ 2300 χρόνια πριν από εμάς, ασχολήθηκε εκτενώς με την έννοια της ευδαιμονίας, στην οποία απέδιδε, ότι και ο όρος ποιότητα ζωής. Τη θεωρούσε μια «ανεμπόδιστη επιδίωξη και επίτευξη έργου για την οποία προορίζεται κάθε άνθρωπος» και τη χαρακτήριζε ως «το πιο άριστο και το πιο ωραίο και το πιο ευχάριστο αγαθό». Επιπλέον, ο μεγάλος δάσκαλος και φιλόσοφος έδωσε μεγάλη έμφαση στον υποκειμενικό χαρακτήρα της ευδαιμονίας και τόνισε, ότι εξαρτάται

από τις πολιτισμικές και προσωπικές αξίες, και είναι δύσκολο να αξιολογηθεί αφού οι ανάγκες των ατόμων συνεχώς αλλάζουν:

*«περί δε της ευδαιμονίας, τι εστί, αμφισβητοῦσι και οἱ ὁμοῖοι
οἱ πολλοὶ τοὺς σοφοὺς ἀποδιδόασιν. οἱ μὲν γὰρ τῶν ἐναργῶν τι
καὶ φανερῶν, οἷον ἡδονὴν ἢ πλοῦτον ἢ τιμὴν· ἄλλοι δ' ἄλλο
πολλάκις δὲ καὶ ὁ αὐτὸς ἕτερον· νοσήσας μὲν γὰρ υγιείαν,
πενόμενος δὲ πλοῦτον».*

«Διαφωνούν, όμως, μεταξύ τους σχετικά με το τι είναι η ευδαιμονία και δεν την αποτιμούν με τον ίδιο τρόπο οι πολλοί και οι σοφοί. Διότι εκείνοι την κατατάσσουν στα απτά και φανερά πράγματα, όπως είναι η ηδονή ή ο πλούτος ή η τιμή, ενώ αυτοί την θεωρούν κάτι άλλο. Σε πολλές περιπτώσεις, ο ίδιος άνθρωπος έχει διαφορετική γνώμη, διότι όταν αρρωστήσει, θεωρεί την υγεία ευδαιμονία κι όταν είναι φτωχός, τα πλούτη».

Το ενδιαφέρον για τη μέτρηση της ποιότητας της ζωής στο χώρο της υγείας ουσιαστικά άρχισε τη δεκαετία του '30 με την εμφάνιση κάποιων ταξινομήσεων ή εργαλείων μέτρησης για τη λειτουργικότητα (functional status) των ασθενών, όπως η ταξινόμηση New York Heart Classification NYHA για την κατάταξη των καρδιολογικών ασθενών.⁹

Το 1946, με τον ορισμό της υγείας από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ως «μια κατάσταση πλήρους φυσικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο ως απουσία ασθένειας ή αναπηρίας»^{10,11} έγινε μια έμμεση αναφορά στην ποιότητα ζωής. Ο ορισμός όμως αυτός βοήθησε σημαντικά στη μετάβαση από ένα καθαρά βιολογικό ορισμό της νόσου σε έναν περισσότερο εμπειρικό ορισμό που λαμβάνει υπόψη τις υποκειμενικές εμπειρίες των ασθενών.¹² Άρχισε πλέον να γίνεται αντιληπτό και στους επαγγελματίες υγείας ότι η υγεία δεν σχετίζεται μόνο με τη φυσική κατάσταση και το σώμα του ανθρώπου.

Λίγο αργότερα τις δεκαετίες του '70 και του '80, οι οργανισμοί κοινωνικής προσφοράς, κυρίως στην Αμερική, αντιμετώπισαν έντονα ερωτηματικά¹³ και κάποιες πολιτικές και κοινωνικές αλλαγές οδήγησαν στην αλλαγή της στάσης των καταναλωτών των υπηρεσιών (και στο χώρο της υγείας) από ένα παθητικό σε ένα περισσότερο ενεργητικό ρόλο.¹⁴ Οι ασθενείς άρχισαν να ζητούν ολοένα και περισσότερη πληροφόρηση, να είναι περισσότερο κριτικοί απέναντι στις υπηρεσίες που τους προσφέρονται και να θέλουν να συμμετέχουν στο σχεδιασμό της φροντίδας και στη λήψη αποφάσεων.^{15,16} Την ίδια περίπου εποχή, μέσα σε αυτό το πνεύμα του καταναλωτισμού, προστέθηκε και η κίνηση των ψυχολόγων και κοινωνιολόγων για την αξιολόγηση κάποιων κοινωνικών δεικτών. Οδηγηθήκαμε έτσι σταδιακά από τον ατομικισμό στην έννοια της μεγιστοποίησης της κοινωνικής ευημερίας και στην υποκειμενική αξιολόγηση της ποιότητας της ζωής.¹⁷

Όμως, παρά το αυξημένο ενδιαφέρον και το μεγάλο αριθμό των ερευνών για την ποιότητα ζωής που παρατηρείται τα τελευταία χρόνια, δεν έχει βρεθεί ένας κοινά

αποδεκτός ορισμός για την έννοια αυτή.⁶ Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) έχει ορίσει ως ποιότητα ζωής: «τις ατομικές αντιλήψεις των ατόμων για τη θέση τους στη ζωή μέσα από το πρίσμα του πολιτισμικού πλαισίου όπου διαβιώνουν και σε σχέση με τους στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τα ενδιαφέροντά τους». Σύμφωνα πάντα με τον ΠΟΥ, η ποιότητα ζωής είναι μια ευρεία έννοια που ενσωματώνει με ένα πολύπλοκο τρόπο την φυσική υγεία, την ψυχολογική κατάσταση, το επίπεδο ανεξαρτησίας, τις κοινωνικές σχέσεις, τα προσωπικά πιστεύω και τη σχέση των ατόμων με βασικά χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος.¹⁸ Αυτή η προσέγγιση προσδίδει στην ποιότητα ζωής έναν πολυδιάστατο και υποκειμενικό χαρακτήρα που εξαρτάται από το πολιτισμικό, το κοινωνικό και το φυσικό περιβάλλον.

Στο χώρο της υγείας το ενδιαφέρον εστιάζεται στην αξιολόγηση των περιοχών εκείνων που σχετίζονται περισσότερο με την ασθένεια, ή τη θεραπεία και για αυτό επικράτησε ο όρος ποιότητα ζωής σε σχέση με την υγεία (σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής, *health-related quality of life*, HRQL).¹⁹ Οι όροι ποιότητα ζωής (*quality of life*), υποκειμενική κατάσταση υγείας (*subjective health status*), λειτουργικό επίπεδο (*functional status*) και σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής (*health-related quality of life*) χρησιμοποιούνται σήμερα εναλλακτικά για να εκφράσουν το ίδιο πράγμα.²⁰ Από όλους αυτούς όμως, ο πλέον δόκιμος όρος στο χώρο της υγείας ίσως είναι ο τελευταίος. Στην παρούσα μελέτη ο όρος ποιότητα ζωής αναφέρεται στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής.

Η ποιότητα ζωής που συσχετίζεται με την υγεία διαμορφώνεται κύρια από την κατάσταση υγείας, τη λειτουργικότητα, τις γνώσεις για τη νόσο, τις συνήθειες υγείας, τη χρήση των υπηρεσιών, το κοινωνικό υποστηρικτικό σύστημα, την ικανότητα προσαρμογής του ατόμου, την οικονομική του κατάσταση, την ψυχολογική του κατάσταση και το μορφωτικό επίπεδο του ατόμου.²¹ Σύμφωνα με τους Walker & Rosser²² η ποιότητα ζωής στον ιατρικό χώρο είναι μια έννοια που περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα από φυσικά και ψυχολογικά χαρακτηριστικά και περιορισμούς, που περιγράφουν την ικανότητα ενός ατόμου να λειτουργεί και να βρίσκει ικανοποίηση από αυτό. Γι' αυτό η ποιότητα αυτή συνεισφέρει και στην υποκειμενική και στην αντικειμενική ποιότητα ζωής. Ένας αρκετά πρακτικός ορισμός για τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητας της ζωής είναι αυτός που έχει δοθεί από τον Jones: «ποσοτικοποίηση της επίδρασης της νόσου στη καθημερινή ζωή και ευεξία με ένα επίσημο και τυποποιημένο τρόπο».²³

Σύμφωνα με τους περισσότερους ερευνητές, η αξιολόγηση της ποιότητας της ζωής πρέπει να συμπεριλάβει πολλές διαστάσεις^{6,7,24-26} και οπωσδήποτε υποκειμενικούς δείκτες.^{6,24,27} Έχουν προταθεί λοιπόν διάφορες διαστάσεις ή περιοχές (*dimensions, domains*) για την αξιολόγηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας

της ζωής και έχει αναπτυχθεί ένας μεγάλος αριθμός εργαλείων μέτρησης με τη μορφή ερωτηματολογίων που συμπληρώνεται είτε με συνέντευξη είτε από τους ίδιους τους ασθενείς. Αν και οι ερωτήσεις ποικίλλουν μερικές διαστάσεις εμφανίζονται στα περισσότερα από αυτά όπως είναι η φυσική, η συναισθηματική και η κοινωνική κατάσταση ή λειτουργικότητα καθώς και συγκεκριμένα συμπτώματα.

Τα ερωτηματολόγια μπορούν να διακριθούν σε γενικά και ειδικά για κάποιο νόσημα. Τα γενικά ερωτηματολόγια έχουν ως βασικό πλεονέκτημα τη δυνατότητα σύγκρισης και εφαρμογής σε οποιοδήποτε πληθυσμό και κύριο μειονέκτημα την πιθανή υποεκτίμηση της ποιότητας ζωής και τη χαμηλή ευαισθησία, δηλαδή την αδυναμία ανίχνευσης μικρών μεταβολών της.²⁸ Τα ειδικά ερωτηματολόγια εστιάζουν σε παραμέτρους που είναι σημαντικές για τα συγκεκριμένα προβλήματα υγείας και γι' αυτό φαίνεται να παρουσιάζουν περισσότερη ευαισθησία σε μικρές, αλλά ίσως σημαντικές για το άτομο, αλλαγές της ποιότητας της ζωής.^{28,29} Σε σχέση με τα γενικά, το μειονέκτημά τους είναι ότι δεν παρέχουν τη δυνατότητα σύγκρισης.

Από την ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας προκύπτει, ότι γενικά η αορτοστεφανιαία παράκαμψη βελτιώνει την ποιότητα ζωής των ασθενών μετά την επέμβαση, κύρια όσον αφορά τη φυσική κατάσταση και λειτουργία, αλλά και τη μείωση του σπηθαγχικού πόνου. Με βάση το ποσοστό των ασθενών που βελτιώθηκε η ποιότητα ζωής τους, οι περισσότεροι ερευνητές αναφέρουν ότι μόνο 15-37% των χειρουργηθέντων δεν παρουσιάζει βελτίωση μετά την αορτοστεφανιαία παράκαμψη.³⁰⁻³³

Αρκετές μελέτες έχουν διαπιστώσει ότι οι ασθενείς έναν έως τρεις μήνες μετά την επέμβαση παρουσιάζουν αρκετά συναισθηματικά προβλήματα και μειωμένη δραστηριότητα.^{34,35} Άλλες έρευνες έχουν δείξει, ότι την ίδια περίοδο εμφανίζονται προβλήματα νοητικής λειτουργίας όπως διαταραχές της μνήμης, της αντίληψης, της συγκέντρωσης της προσοχής κ.λπ.³⁶⁻³⁸ καθώς και ότι αυτά τα προβλήματα τα συσχετίζονται με χαμηλό επίπεδο ποιότητας ζωής.

Πολλές ερευνητικές ομάδες έχουν εστιάσει το ενδιαφέρον τους στην αξιολόγηση των αποτελεσμάτων μετά από αορτοστεφανιαία παράκαμψη και άλλων παρεμβάσεων, όπως η αγγειοπλαστική και η φαρμακευτική θεραπεία. Τα ευρήματα των περισσότερων μελετών διαπιστώνουν, ότι οι ασθενείς μετά από αορτοστεφανιαία παράκαμψη παρουσιάζουν μια καθυστέρηση στην επάνοδο της φυσικής τους κατάστασης (κύρια μέσα στο πρώτο τρίμηνο) αλλά έχουν πολύ καλύτερη ποιότητα ζωής μακροπρόθεσμα σε σχέση με τους ασθενείς που έχουν κάνει αγγειοπλαστική,³⁴ αφού οι τελευταίοι έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα για επανεμφάνιση σπηθαγχικού πόνου και ανάγκη για επανεπέμβαση εντός του πρώτου έτους.³⁹⁻⁴⁷

Ένα επίσης ενδιαφέρον εύρημα είναι η ύπαρξη μιας γραμμικής σχέσης μεταξύ της συναισθηματικής κατάστασης των ασθενών πριν και μετά από καρδιοχειρουργική

επέμβαση. Η σχέση αυτή έχει οδηγήσει τους ερευνητές στο συμπέρασμα, ότι είναι πολύ πιθανό να υπάρχει μια επιρρέπεια για εκδήλωση άγχους ή αλλιώς, ότι η εκδήλωση άγχους σχετίζεται περισσότερο με την προσωπικότητα του ασθενή και την ικανότητά του για προσαρμογή (coping).^{48,49} Τέλος, αρκετές μελέτες έχουν δείξει, ότι οι γυναίκες έχουν χειρότερη ποιότητα ζωής τόσο πριν όσο και μετά την επέμβαση.⁵⁰⁻⁵²

Η μελέτη αυτή αποτελεί το πρώτο στάδιο μιας μεγαλύτερης διαχρονικής μελέτης για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των ασθενών με αορτοστεφανιαία παράκαμψη. Σκοπός της συγκεκριμένης μελέτης λοιπόν ήταν: (α) η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των καρδιοχειρουργημένων ασθενών πριν και μετά την επέμβαση, και (β) η διερεύνηση των πιθανών συσχετίσεων της ποιότητας ζωής των ασθενών αυτών με δημογραφικούς και άλλους παράγοντες.

Υλικό και μέθοδος

Ο σχεδιασμός της έρευνας ήταν οιονεί-πειραματικός με μία ομάδα και δύο μετρήσεις: μία πριν και μία 4 μήνες μετά την παρέμβαση. Το δείγμα αποτέλεσαν όλοι οι ασθενείς που εισήχθησαν από τον Ιανουάριο έως τον Ιούνιο του 2002 στις δύο καρδιοχειρουργικές κλινικές ενός μεγάλου δημόσιου νοσοκομείου, εφόσον πληρούσαν τις προϋποθέσεις επιλογής, που ήταν: (α) στεφανιαία νόσος ενός, δύο ή τριών αγγείων, (β) εγχείριση αορτοστεφανιαίας παράκαμψης χωρίς άλλες ταυτόχρονες παρεμβάσεις όπως π.χ. αντικατάσταση βαλβίδας, ανεύρυσμα και (γ) ικανότητα επικοινωνίας.

Με την εισαγωγή στο νοσοκομείο μέλος της επιστημονικής ομάδας ενημέρωνε τους ασθενείς αρχικά για το σκοπό της έρευνας και τη διαδικασία. Στη συνέχεια ζητούσε τη συναίνεσή τους για τη συμμετοχή στην έρευνα, εφόσον πάντα διαβεβαίωνε για την ανωνυμία, τη δυνατότητα άρνησης συμμετοχής και διακοπής οποιαδήποτε χρονική στιγμή, χωρίς αυτό να έχει οποιαδήποτε επίπτωση στη νοσηλεία. Αμέσως μετά ο ασθενής συμπλήρωνε το ερωτηματολόγιο με προφορική συνέντευξη.

Η τελευταία επιλέχθηκε επειδή είναι περισσότερο αποτελεσματική στον ελληνικό πληθυσμό, και ειδικά για τους ασθενείς των οποίων η κατάσταση δεν το επιτρέπει.⁵³ Με την προφορική συνέντευξη, πέρα από τον υψηλό δείκτη ανταπόκρισης, γίνεται και μια προσωπική επαφή που εξασφαλίζει τη συνέχιση της συνεργασίας μετά την έξοδο του ασθενή από το νοσοκομείο. Προκειμένου να διασφαλιστεί ακόμα περισσότερο η συνεργασία των ασθενών μετά την έξοδο από το νοσοκομείο, έγινε μια ακόμα προσωπική επαφή πριν την έξοδό τους από το νοσοκομείο. Η δεύτερη συνέντευξη (στους 4 μήνες) έγινε τηλεφωνικά. Από τους ασθενείς του δείγματος ($N_{\text{αρχικό}} = 120$) ένας απεβίωσε και με έξη δεν κατέστη δυνατή η επικοινωνία (λόγω αλλαγής κατοικίας, λάθος τηλεφωνικός αριθμός κ.λπ.) ($N_{\text{4 μηνών}} = 113$). Τα δημογραφικά στοιχεία και όσα στοιχεία ήταν δυνατό να βρεθούν, συλλέχθηκαν από το φάκελο του ασθενούς. Η συνέντευξη βασίστηκε στο ερωτηματολόγιο MACNEW το οποίο μετράει τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής. Το ερωτηματολόγιο αυτό αναπτύχθηκε στις ΗΠΑ, είναι ειδικό για καρδιολογικούς ασθενείς, εύκολο στη συμπλήρωσή του και έχει πολύ καλές ψυχομετρικές ιδιότητες.⁵⁴⁻⁵⁹ Έχει μεταφραστεί σε 14 γλώσσες και, σύμφωνα με

πρόσφατες μελέτες, φαίνεται ότι υπερτερεί έναντι άλλων ειδικών ερωτηματολογίων.⁶⁰ Η μετάφραση του ερωτηματολογίου και η προσαρμογή του στην ελληνική γλώσσα πραγματοποιήθηκε σε συνεργασία με τους ερευνητές που το ανέπτυξαν. Η διαδικασία της μετάφρασης έγινε με τέτοιο τρόπο ώστε να διασφαλιστεί η εγκυρότητα του περιεχομένου. Αρχικά έγινε μετάφραση από τα Αγγλικά στα Ελληνικά από δύο μεταφραστές (έναν ιατρό και έναν μη ειδικό) και στη συνέχεια αντίστροφη μετάφραση από τα Ελληνικά στα Αγγλικά (πάλι από έναν ιατρό και έναν μη ειδικό). Οι μικρές διαφορές που παρατηρήθηκαν συζητήθηκαν μεταξύ των Ελλήνων ερευνητών και αυτών που ανέπτυξαν το ερωτηματολόγιο και αποφασίστηκαν κάποιες μικρές αλλαγές.⁶¹

Το ερωτηματολόγιο MACNEW αξιολογεί τρεις περιοχές ή διαστάσεις: τη φυσική, τη συναισθηματική και την κοινωνική και περιλαμβάνει 27 ερωτήσεις. Η βαθμολόγηση γίνεται με μια κλίμακα τύπου Likert 7 σημείων, με την οποία οι ασθενείς αξιολογούν τη συχνότητα που συνέβησαν κάποια γεγονότα ή αισθάνθηκαν κάποια πράγματα τις τελευταίες δύο εβδομάδες (συνά, πολύ συχνά, μερικές φορές, λίγες φορές, σπάνια, ποτέ). Για κάθε διάσταση υπολογίζεται μια τιμή με βάση τη μέση τιμή μιας ομάδας ερωτήσεων. Κάποιες ερωτήσεις συνεισφέρουν σε περισσότερες από μία διαστάσεις. Η ερώτηση για τη σεξουαλική δραστηριότητα (ερώτηση 27) δεν συνυπολογίστηκε, επειδή οι περισσότεροι ασθενείς ανέφεραν ότι δεν είχαν σεξουαλική δραστηριότητα.

Στο ερωτηματολόγιο προστέθηκαν τρεις ερωτήσεις σχετικές με τη νοτική (cognitive) κατάσταση των ασθενών (σύγχυση, αδυναμία συγκέντρωσης, μνήμη-συχνότητα λαθών) επειδή, έχει βρεθεί ότι αυτή επηρεάζεται συχνότερα μετά την επέμβαση. Πέραν των δημογραφικών στοιχείων (φύλο, ηλικία, τόπος κατοικίας, οικογενειακή κατάσταση, μορφωτικό επίπεδο) το ερωτηματολόγιο περιλάμβανε επίσης ερωτήσεις για τη διάγνωση (αριθμός αγγείων), το κληρονομικό ιστορικό, προηγούμενα καρδιακά προβλήματα (έμφραγμα), την παρουσία άλλων χρόνιων νοσημάτων, το κλάσμα εξώθησης και την ύπαρξη επιπλοκών κατά την άμεση μεταχειρητική περίοδο. Τέλος περιλάμβανε μια ερώτηση με την οποία οι ασθενείς αξιολογούσαν τις γνώσεις τους για τη νόσο.

Η επεξεργασία των δεδομένων έγινε με το στατιστικό πακέτο SPSS version 10. Τα περιγραφικά αποτελέσματα παρουσιάζονται με βάση τις μέσες τιμές και τη σταθερά απόκλιση. Για τις συγκρίσεις μεταξύ ομάδων και τη διερεύνηση των συσχετίσεων μεταξύ των διαφόρων μεταβλητών χρησιμοποιήθηκαν μη παραμετρικές δοκιμασίες, επειδή τα δεδομένα δεν ακολουθούσαν την κανονική κατανομή με βάση τη δοκιμασία Kolmogorov-Smirnov Z. Η σύγκριση μεταξύ των δύο διαδοχικών μετρήσεων έγινε με τη δοκιμασία Wilcoxon signed-rank. Οι διαφορές μεταξύ τριών ή περισσότερων ομάδων διερευνήθηκαν με τη δοκιμασία Kruskal-Wallis H test και των δύο ομάδων με τη δοκιμασία Mann-Whitney U. Οι συσχετίσεις μεταξύ μεταβλητών ελέγχθηκαν με τη δοκιμασία Spearman (rho).

Αποτελέσματα

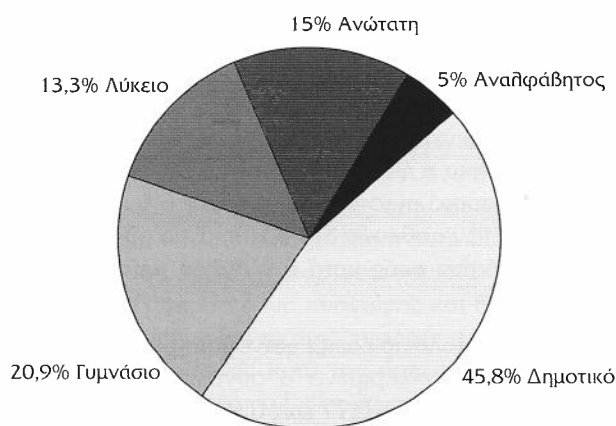
Η πλειοψηφία των ασθενών του δείγματος ήταν άνδρες ($N=100$, 83,3%), έγγαμοι ($N=99$, 82,5%), συνταξιούχοι ($N=74$, 67,9%) και είχαν ως τόπο μόνιμης κατοικίας την Αθήνα ($N=72$, 60%). Η μέση ηλικία ήταν 63,13 έτη, ενώ η διάμεσος 63,5 έτη ($SD=8,55$ $R=42-78$). Το μορφωτι-

κό επίπεδο ήταν σχετικά χαμηλό, με την πλειοψηφία να έχει μόνο υποχρεωτική εκπαίδευση (εικόνα 1).

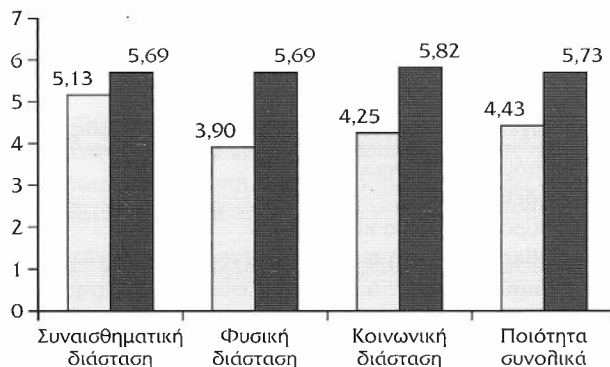
Οι περισσότεροι ασθενείς είχαν νόσο των τριών αγγείων ($N=74$, 61,7%) ενώ η μέση τιμή του κλάσματος εξώθησης ήταν 48,15 ($SD=9,83$). Επιπλοκές μετά την επέμβαση και πριν τη έξοδο από το νοσοκομείο παρουσίασαν 50 ασθενείς (41,67%). Μετεγχειρητικά και πριν την έξοδο από το νοσοκομείο επιπλοκές παρουσίασαν 68 ασθενείς (56,7%), με συχνότερη την κοιλιακή μαρμαρυγή (35%), την αναπνευστική ανεπάρκεια (5%), την αιμορραγία (4,3%) και το σύνδρομο χαμηλής καρδιακής παροχής (3,3%). Μετά την έξοδο από το νοσοκομείο επιπλοκές παρουσίασαν 8 ασθενείς (7%).

Ο συνολικός χρόνος νοσηλείας ήταν αρκετά μεγάλος (14,2 μέρες, $SD=4,78$ μέρες) κύρια λόγω του μεγάλου χρόνου νοσηλείας πριν το χειρουργείο ($MT=6,04$ ημέρες, $SD=4,34$ ημέρες). Παρατεταμένη νοσηλεία στην καρδιοχειρουργική μονάδα (>2 ημέρες) είχαν 10 ασθενείς (8,3%).

Η ποιότητα ζωής μετά την επέμβαση έδειξε πολύ μεγάλη βελτίωση ($+1,37$, $P<0,001$). Πιο συγκεκριμένα παρατηρήθηκε σημαντική βελτίωση της φυσικής ($+1,79$, $P<0,001$) και της κοινωνικής κατάστασης ($+1,57$, $P<0,001$) και μια μικρή σχετικά βελτίωση της συναισθηματικής κατάστασης ($+0,56$, $P<0,001$). Αντίθετα, η νοητική ικανότητα όπως μετρήθηκε με τρεις ξεχωριστές ερωτήσεις έδειξε να μειώνεται ($-0,51$, $P<0,001$). Ο πίνακας 1



Εικόνα 1. Μορφωτικό επίπεδο ασθενών (ποσοστιαία αναλογία).



Εικόνα 2. Ποιότητα ζωής και νοητική λειτουργία πριν και μετά την επέμβαση (Μέσες τιμές).

δείχνει τη μεταβολή στη νοητική κατάσταση των ασθενών μετά την επέμβαση.

Παρά τη βελτίωση που παρατηρήθηκε σε όλες τις διαστάσεις, στις ερωτήσεις 3, 4, 11, 13, 15, και 23 παρατηρήθηκε μια χειρότερηση στους 4 μήνες ($P<0,001$) (πίνακας 2). Οι ερωτήσεις 3, 4, και 15 σχετίζονται με την αυτοπεποίθηση του ασθενή ότι θα ξεπεράσει το πρόβλημά του ενώ οι υπόλοιπες 11, 13 και 23 σχετίζονται με την εξάρτηση του ασθενή από τους άλλους.

Οι γυναίκες ($N=19$) είχαν χειρότερη φυσική κατάσταση και ποιότητα ζωής τόσο πριν όσο και μετά την επέμβαση σε σχέση με τους άνδρες (πίνακας 3). Οι ηλικιωμένοι (>65 ετών) ($N=46$) είχαν λιγότερες γνώσεις (2,92–3,38, $P=0,02$), περισσότερα προβλήματα νοητικής λειτουργίας (6,31–6,57, $P=0,037$) και χειρότερη ποιότητα ζωής στους 4 μήνες (5,64–5,80, $P<0,05$).

Σημαντικό είναι το εύρημα ότι η ποιότητα ζωής πριν την επέμβαση δεν βρέθηκε να συσχετίζεται με την ποιότητα ζωής μετά από αυτή. Από τις διαστάσεις της ποιότητας πριν την επέμβαση, μόνο η φυσική κατάσταση φαίνεται, ότι σχετίζεται με την άμεση μετεγχειρητική περίοδο. Πιο συγκεκριμένα, όσοι ασθενείς είχαν καλύτερη φυσική κατάσταση (>3 , $N=61$) πριν την επέμβαση είχαν και καλύτερη ποιότητα ζωής 4 μήνες μετά (5,88–5,56, $P<0,01$).

Οι ασθενείς με χαμηλό κλάσμα εξώθησης (<40) είχαν δύο φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να παραμείνουν στην ΚΡΧ ΜΕΘ για διάστημα μεγαλύτερο των δύο

Πίνακας 1. Νοητική κατάσταση των ασθενών πριν και μετά την επέμβαση.

Πόσο συχνά τις τελευταίες δύο εβδομάδες νιώσατε:	Στους 4 μήνες (N=113)		
	Χειρότερηση	Βελτίωση	Καμιά μεταβολή
Σύγχυση, δηλαδή δυσκολία να καταλάβετε αυτά που γίνονται	35	–	78
Ότι δεν μπορείτε να συγκεντρωθείτε σε κάτι που κάνετε για πολύ ώρα	51	1	61
Ότι ξεχνάτε πρόσφατα γεγονότα, ή κάνετε λάθη περισσότερο απ' ό,τι συνηθίζατε στο παρελθόν πριν το πρόβλημα της καρδιάς	36	3	74
Σύνολο	60	2	51

Πίνακας 2. Μέσες τιμές (MT), σταθερές αποκλίσεις (ΣΑ) και διαφορές (Δ) μέσων τιμών στην ποιότητα ζωής πριν και 4 μήνες μετά την επέμβαση.

Πόσο συχνά τις τελευταίες δύο εβδομάδες αισθανθήκατε:	Πριν		Μετά		Διάφορα	
	MT	ΣΑ	MT	ΣΑ	Δ	P
1. Ανυπόμονος ή θυμωμένος	3,28	2,58	5,61	1,15	2,28	0,000
2. Ότι δεν αξίζετε	6,21	1,74	5,97	1,12	-0,23	0,148
3. Σίγουρος ότι θα τα καταφέρετε	6,28	1,42	5,01	1,62	-1,33	0,000
4. Αποθαρρυσμένος ή απογοητευμένος	5,97	1,93	5,56	1,21	-0,46	0,005
5. Χαλαρός, ήρεμος	4,23	2,50	5,14	1,41	0,86	0,003
6. Εξαντλημένος	4,73	2,59	5,30	1,20	0,62	0,014
7. Ικανοποιημένος από προσωπική ζωή	4,99	1,82	5,36	1,18	0,47	0,016
8. Ανήσυχος	4,28	2,57	5,75	1,24	1,40	0,000
9. Ένταση λαχανάσματος	4,34	2,18	5,81	1,41	1,55	0,000
10. Δακρυσμένος ή έτοιμος να κλάψετε	3,35	2,15	6,47	1,01	3,18	0,000
11. Περισσότερο εξαρτώμενος από άλλους	6,21	1,70	5,78	0,93	-0,38	0,010
12. Ανίκανος για κοινωνικές δραστηριότητες	3,48	2,79	5,97	1,03	2,56	0,000
13. Ότι οι άλλοι δεν μου έχουν εμπιστοσύνη	6,78	1,02	6,06	0,95	-0,70	0,000
14. Πόνο στο στήθος	4,34	2,38	1,78	1,15	1,49	0,000
15. Αβέβαιος, χωρίς αυτοπεποίθηση	6,20	1,62	5,74	1,10	-0,48	0,007
16. Πόνο ή κούραση στα πόδια	4,88	2,40	5,62	1,35	0,68	0,006
17. Περιορισμένος για συμμετοχή σε άσκηση ή σπορ	2,93	2,68	5,50	1,37	2,54	0,000
18. Αγωγή ή φόβο	5,32	2,11	5,66	1,31	0,40	0,161
19. Ζάλη	6,11	1,63	5,89	1,12	-0,21	0,074
20. Περιορισμένος γενικά	3,27	2,71	5,58	1,12	2,29	0,000
21. Αβέβαιος για την ποσότητα της σωματικής δραστηριότητας	3,13	2,70	5,61	1,08	2,48	0,000
22. Ότι η οικογένειά σας είναι υπερπροστατευτική	3,63	2,67	5,67	1,20	2,04	0,000
23. Ότι είστε βάρος στους άλλους	6,81	0,87	6,08	1,04	-0,72	0,000
24. Δεν κάνετε πράγματα με άλλους ανθρώπους	3,41	2,79	5,83	1,01	2,40	0,000
25. Περιορισμένος ως προς την κοινωνική δραστηριότητα	3,40	2,78	5,67	1,27	2,25	0,000
26. Περιορισμένος σωματικά	3,30	2,72	5,75	1,07	2,43	0,000

P-value Wilcoxon signed ranks test

Πίνακας 3. Φύλο και ποιότητα ζωής πριν και μετά την επέμβαση (μέσες τιμές).

Πριν την επέμβαση	Ανδρας	Γυναίκα	P
	MT	MT	
Συναισθηματική κατάσταση	5,20	4,77	0,139
Φυσική κατάσταση	4,09	2,96	0,003
Κοινωνική κατάσταση	4,37	3,67	0,097
Ποιότητα συνολικά	4,55	3,80	0,018
4 μήνες μετά			
Συναισθηματική κατάσταση	5,77	5,33	0,002
Φυσική κατάσταση	5,79	5,18	0,000
Κοινωνική κατάσταση	5,89	5,43	0,001
Ποιότητα συνολικά	5,82	5,31	0,000

P: Mann-Whitney U test

ημερών (RR=1,9, CI=1,1–3,2, P<0,05). Ενδιαφέρον όμως είναι ότι το κλάσμα εξώθησης πριν την επέμβαση δεν βρέθηκε να συσχετίζεται με την ποιότητα ζωής μετά από αυτή.

Πριν την επέμβαση 85 ασθενείς (71,4%) ανέφεραν πόνο στο στήθος κατά την εκτέλεση των καθημερινών δραστηριοτήτων τους, ενώ στους 4 μήνες ο αριθμός αυτός μειώθηκε στο 38 (33,6%). Η παρουσία σπασμωδικού πόνου βρέθηκε να συσχετίζεται με χειρότερη ποιό-

τητα ζωής τόσο πριν όσο και μετά την επέμβαση (Mann-Whitney U test, P<0,0001) (πίνακας 4).

Τέλος, προεγχειρητικά, περίπου 80% των ασθενών γνώριζαν τίποτα ή λίγα για τη νόσο, ενώ μετά την επέμβαση το ποσοστό αυτό μειώθηκε σε 19,6% (P<0,001). Οι γνώσεις των ασθενών δεν βρέθηκε να συσχετίζονται με την ποιότητα ζωής κατά την άμεση μετεγχειρητική περίοδο.

Το ερωτηματολόγιο έδειξε ικανοποιητικό βαθμό αξιοπιστίας. Πιο συγκεκριμένα ο συντελεστής Cronbach alpha κυμάνθηκε από 0,77 έως 0,93. Η εγκυρότητά του κρίνεται ως πολύ καλή για το συγκεκριμένο πληθυσμό αφού τα αποτελέσματα δείχνουν να επιβεβαιώνονται από τα ευρήματα των άλλων ερευνητών. Επιπρόσθετα φαίνεται να έχει ικανοποιητικό βαθμό ευαισθησίας αφού διαπιστώθηκαν σημαντικές διαφορές σε συγκεκριμένες διαστάσεις της φροντίδας.

Συζήτηση

Από τη διεθνή βιβλιογραφία φαίνεται, ότι υπάρχει συμφωνία των ερευνητών για το ρυθμό της βελτίωσης της ποιότητας της ζωής μετά την αορτοστεφανιαία παράκαμψη. Η ποιότητα της ζωής βελτιώνεται σε πολύ μεγάλο βαθμό 3–6 μήνες μετά την επέμβαση και η βελ-

Πίνακας 4. Συσχέτιση ποιότητας ζωής και παρουσίας στη-θαγγχικού πόνου (μέσες τιμές).

Πριν την επέμβαση	Στηθαγγχικός πόνος*	
	Ναι	Όχι
Συναισθηματική κατάσταση	4,84	5,54
Φυσική κατάσταση	3,16	4,91
Κοινωνική κατάσταση	3,73	4,95
Ποιότητα συνολικά	3,91	5,14
4 μήνες μετά		
Συναισθηματική κατάσταση	5,16	5,96
Φυσική κατάσταση	4,94	6,06
Κοινωνική κατάσταση	5,23	6,11
Ποιότητα συνολικά	5,11	6,05

* $P < 0,001$

P: Mann-Whitney U test

τίωση αυτή συνεχίζεται, αλλά με μικρότερο βαθμό έως τους 12 μήνες, όπου και η ποιότητα ζωής των ασθενών τείνει να εξισωθεί με αυτή του γενικού πληθυσμού.^{35,62-65} Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης επιβεβαίωσαν την τάση αυτή. Η συνολική βελτίωση ήταν πράγματι μεγάλη στους 4 μήνες ($\Delta = 1,31$, $P < 0,001$) και αφορούσε όλες τις διαστάσεις. Πρέπει βέβαια να τονιστεί το γεγονός, ότι η βελτίωση στη συναισθηματική κατάσταση μετά την επέμβαση ίσως να υπερεκτιμάται, καθώς, πριν την επέμβαση είναι λογικό οι ασθενείς να έχουν προσωρινά αυξημένο άγχος.

Σημαντικό εύρημα της παρούσας μελέτης αποτελεί το γεγονός, ότι παρά τη μικρή βελτίωση που παρατηρήθηκε στη συναισθηματική κατάσταση των ασθενών, σε συγκεκριμένες ερωτήσεις που αφορούσαν την αυτοπεποίθηση και την εξάρτηση του ασθενή από τους άλλους παρατηρήθηκε μια χειροτέρευση μετά την επέμβαση. Είναι διαπιστωμένο ότι κάθε χειρουργική παρέμβαση μπορεί να οδηγήσει σε αλλαγές στην ψυχολογική λειτουργικότητα και την οικογενειακή ζωή. Πόσο μάλλον μια επέμβαση όπως η αορτοστεφανιαία παράκαμψη που απαιτεί μακρό χρόνο ανάνηψης και βραδύ ρυθμό αποκατάστασης. Πραγματικά, πολλές έρευνες έχουν δείξει ότι οι ασθενείς κατά την άμεση μετεγχειρητική περίοδο αντιμετωπίζουν διάφορα συναισθηματικά προβλήματα.^{34,35,48,66}

Οι λόγοι για τους οποίους εμφανίζονται αυτά τα προβλήματα στη συναισθηματική κατάσταση των ασθενών είναι πολλοί. Αυτή καθαυτή η επέμβαση αποτελεί μια «πηγή» ποικίλων δυσμενών παραγόντων που έχουν διερευνηθεί σε βάθος και μπορεί να επηρεάσουν τον ασθενή μετά από αορτοστεφανιαία παράκαμψη.⁶⁷

α. Σημαντικός πόνος που πηγάζει από τα τραύματα, τις εξετάσεις και τη συνολική περιεγχειρητική αγωγή. Τυχόν επιπλοκές όπως λοιμώξεις των τραυμάτων, μακρά παραμονή στη μονάδα κ.λπ., είναι ευνόητο ότι θα επιμηκύνουν χρονικά την επίδραση αυτών των παραγόντων (εβδομάδες ή και μήνες).

β. Ο ψυχολογικός φόβος που πηγάζει από μια σειρά τραυματικών εμπειριών της περιεγχειρητικής περιόδου. Η ενημέρωση για τον κίνδυνο θανάτου ή των επιπλοκών, οι αντιλήψεις των συγγενών και των άλλων ασθενών για αυτούς τους κινδύνους απορροφούν την ψυχική του ισορροπία, ιδιαίτερα αν αυτή είναι εύθραυστη.

γ. Η σημαντική του αδυναμία κατά την άμεση μετεγχειρητική περίοδο, αλλά και η υποδεικνυόμενη από τους θεράποντες ιατρούς αποχή από τις δραστηριότητες για κάποιο διάστημα καλλιεργούν φόβο ή και την πεποίθηση ότι η κατάσταση αυτή θα παραταθεί ή και θα παραμείνει μόνιμη.

δ. Η «ιδιαιτέρη μεταχείρισή» του από το οικογενειακό αλλά και το κοινωνικό του περιβάλλον μετεγχειρητικά, συντελεί σε άλλοτε άλλο βαθμό να του εδραιώσει την πεποίθηση ότι έχει υποστεί μια ανεπανόρθωτη αναπηρία.

ε. Η προσωρινή σεξουαλική του ανεπάρκεια υπερτονίζει το αίσθημα της μειονεξίας του ασθενούς, χωρίς να ξέρουμε αν αυτό «πηγάζει» ή «προκαλεί» περαιτέρω ψυχολογικά προβλήματα.

στ. Η υποχρέωση για τακτές επανεξετάσεις κατά το μετεγχειρητικό διάστημα (που βέβαια σχετίζεται ευθέως και με την εμφάνιση σχετικών επιπλοκών) «στιγματίζει» τον ασθενή αφού του υπενθυμίζει αρκετά συχνά ότι ανήκει σε μια ιδιαίτερη μειονότητα (ομάδα υψηλού κινδύνου) μειονεξίας και κινδύνου.

ζ. Η αποχή από την εργασία και η μη ένταξή του στο «οικείο προεγχειρητικό περιβάλλον» του αναδεικνύει συνεχώς ότι «τίποτε πλέον δεν είναι όπως πριν». Ταυτόχρονα, η απώλεια εισοδήματος μπορεί να του δημιουργεί οικονομικά προβλήματα, πολλαπλασιάζοντας έτσι το άγχος του και την αίσθηση της εξάρτησής από τους άλλους.

Σημαντικό όμως ρόλο δεν παίζουν μόνο «εξωγενείς» παράγοντες αλλά και «ενδογενείς», όπως η προσωπικότητα του ασθενούς και η ικανότητά του να προσαρμοστεί στη νέα κατάσταση (coping style).^{48,49}

Εκτός από τις συναισθηματικές διαταραχές, την άμεση μετεγχειρητική περίοδο (3-4 μήνες μετά την επέμβαση) εντοπίζονται και διαταραχές της προσοχής, της μνήμης και της ικανότητας συγκέντρωσης.³⁶⁻³⁸ Όπως φαίνεται και από τη δική μας μελέτη, η μετεγχειρητική νοσητική λειτουργία των ασθενών, όπως αυτή μετρήθηκε με τις τρεις επιπρόσθετες ερωτήσεις, επιδεινώνεται σοβαρά και σχεδόν στους μισούς περίπου ασθενείς παρατηρήθηκε μια χειροτέρευση.

Αν δούμε τώρα τη διαφοροποίηση της ζωής σε σχέση με το φύλο, οι περισσότερες μελέτες αναφέρουν ότι οι γυναίκες έχουν χειρότερη ποιότητα ζωής μετά την αορτοστεφανιαία παράκαμψη.^{50,51,68,69} Υπάρχουν όμως και κάποιες άλλες που αναφέρουν ότι υπάρχει μια διαφοροποίηση μόνο κατά την άμεση μετεγχειρητική περίοδο

και για αυτό υποστηρίζουν, ότι οι γυναίκες δεν παρουσιάζουν παρά μόνο μια χρονική καθυστέρηση σε σχέση με τους άνδρες.^{31,35} Ελάχιστες πάντως είναι οι μελέτες εκείνες που δεν διαπιστώνουν κάποια διαφοροποίηση ως προς το φύλο.^{66,70,71}

Σύμφωνα με τη δική μας μελέτη οι γυναίκες μειονεκτούν εμφανώς. Προεγχειρητικά, ως προς τη φυσική κατάσταση υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά εις βάρος των γυναικών όχι όμως ως προς τη συναισθηματική ή την κοινωνική κατάσταση. Μετεγχειρητικά, στους 4 μήνες παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά σε βάρος των γυναικών και στις 3 διαστάσεις ($P=0,0001$). Αυτό το δεδομένο συμβαδίζει με την παρατήρηση ότι η στεφανιαία νόσος στις γυναίκες είναι βαρύτερη και συνοδεύεται από υψηλότερη θνησιμότητα (σχεδόν διπλάσια) και μετεγχειρητικές επιπλοκές.^{4,72}

Οι λόγοι για τους οποίους εμφανίζεται αυτή η διαφοροποίηση ως προς το φύλο είναι πολλοί. Οι γυναίκες έχουν καθυστερημένη χρονικά έναρξη της στεφανιαίας νόσου και γι' αυτό ίσως είναι μεγαλύτερης ηλικίας και πάσχουν και από άλλα νοσήματα.⁷³ Οι γυναίκες έχουν ανατομικές διαφορές σε σχέση με τους άνδρες. Οι στεφανιαίες αρτηρίες είναι μικρότερες και για αυτό το λόγο εμφανίζουν υψηλότερη χειρουργική θνητότητα και χειρότερη πρόγνωση για εμφάνιση στηθάγχης μετά από την αορτοστεφανιαία παράκαμψη.⁷⁴ Επίσης βιώνουν συχνότερα ψυχολογικά προβλήματα από τους άνδρες,⁷⁵ όπως φόβο και άγχος ιδιαίτερα πριν την επέμβαση.⁷⁶ Σύμφωνα με άλλους ερευνητές οι γυναίκες διαφέρουν ως προς τη στάση ζωής, βλέπουν την αορτοστεφανιαία παράκαμψη ως επακόλουθο της ηλικίας και όχι ως ένα απειλητικό γεγονός⁷⁷ και συμμορφώνονται σε μικρότερο βαθμό σε ένα υγιή τρόπο ζωής, σε σχέση πάντα με τους άνδρες.⁷⁸

Είναι γνωστό ότι η αορτοστεφανιαία παράκαμψη για τους υπερηλικες χαρακτηρίζεται από αυξημένη συγκριτικά θνητότητα και νοσηρότητα. Αυτό σχετίζεται με τις συνυπάρχουσες νόσους αλλά και την αρτηριοπάθεια που κατά κανόνα υπάρχει.^{72,79,80} Επίσης έχει βρεθεί, ότι οι ηλικιωμένοι ασθενείς έχουν μεγαλύτερη διάρκεια νοσηλείας και αυξημένη πιθανότητα για επιπλοκές μετά την επέμβαση,⁸¹ καθώς επίσης και περισσότερα συναισθηματικά και νοητικά προβλήματα κατά την άμεση μετεγχειρητική περίοδο.^{82,83} Πέραν όμως της δυσκολίας που έχουν οι ηλικιωμένοι ασθενείς να «επανέλθουν» αμέσως μετά την επέμβαση, δεν φαίνεται να υπάρχει συμφωνία ως προς την ποιότητα ζωής στη συνέχεια. Κάποιες μελέτες δείχνουν την ύπαρξη μιας χρονικής καθυστέρησης στην επάνοδο των ηλικιωμένων^{66,82} (όπως και στην περίπτωση των γυναικών), ενώ άλλες δε βρίσκουν καμιά διαφορά.^{35,84}

Από τη δική μας μελέτη επιβεβαιώθηκε, ότι οι ηλικιωμένοι ασθενείς (>65 ετών) έχουν περισσότερα προβλήματα νοητικής λειτουργίας. Πρέπει πάντως στο σημείο

αυτό να σημειώσουμε, ότι τα νέα δεδομένα δείχνουν ότι οι ηλικιωμένοι ασθενείς, ακόμα και σε ηλικία 80 ετών ή και μεγαλύτεροι έχουν να ωφεληθούν πολλά από την αορτοστεφανιαία παράκαμψη.^{79,81,85}

Σχετικά με τη φυσική κατάσταση των ασθενών και τη βαρύτητα της νόσου πριν την επέμβαση, έχει βρεθεί ότι η κακή φυσική κατάσταση των ασθενών όπως μετριέται κύρια με αντικειμενικούς δείκτες (χαμηλό κλάσμα εξώθησης, έντονη δύσπνοια, στηθαγχικός πόνος, ταξινόμηση κατά NYHA) έχει βρεθεί ότι συνδέεται κύρια με αυξημένη θνητότητα και συχνότητα επιπλοκών και παρατεταμένη νοσηλεία.^{33,86-88} Δεν υπάρχει όμως συμφωνία για την επίπτωση στην ποιότητα ζωής μακροπρόθεσμα. Στη δική μας μελέτη, η φυσική κατάσταση των ασθενών όπως αξιολογήθηκε από τους ίδιους τους ασθενείς πριν την επέμβαση φαίνεται να συσχετίζεται με την ποιότητα της ζωής μόνο κατά την άμεση μετεγχειρητική περίοδο. Δηλαδή οι ασθενείς που ανέφεραν κακή φυσική κατάσταση (<3) πριν την επέμβαση είχαν και χειρότερη ποιότητα ζωής όπως αυτή μετρήθηκε στους 4 μήνες μετά από αυτή.

Αυτό που καθορίζει σε μεγάλο βαθμό τη φυσική κατάσταση των ασθενών μετεγχειρητικά είναι η ύπαρξη πόνου στο στήθος. Στη δική μας μελέτη η αναφορά «στηθαγχικού πόνου» από τους ασθενείς ανήλθε στο 38%, ίσως λόγω της σύγχυσης με τον πόνο του τραύματος. Υπέρ αυτής της ερμηνείας συνηγορεί και το γεγονός ότι η φυσική κατάσταση στους 4 μήνες παρουσιάζει θεαματική βελτίωση σε στατιστικά σημαντικό επίπεδο ($P=0,0001$). Αν πράγματι το ποσοστό «αληθούς στηθάγχης» ήταν τόσο υψηλό (38%), η φυσική κατάσταση αλλά και η συνολική ποιότητα ζωής δεν θα παρουσίαζε την θεαματική αυτή βελτίωση. Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης επιβεβαίωσαν ότι ο στηθαγχικός (ή ο τραυματικός) πόνος πράγματι συσχετίζεται με την ποιότητα ζωής τόσο πριν όσο και μετά την επέμβαση.

Ένα άλλο εύρημα της παρούσας μελέτης είναι, ότι δεν βρέθηκε συσχέτιση μεταξύ της ποιότητας της ζωής πριν και μετά την επέμβαση. Αυτό το εύρημα μπορεί να ερμηνευθεί από το γεγονός, ότι οι περισσότεροι ασθενείς του δείγμάτος μας είχαν χαμηλή ποιότητα ζωής πριν ($MT=4,43$, $SD=1,38$), άρα μεγαλύτερο κέρδος και αρκετά υψηλότερη ποιότητα ζωής μετά την επέμβαση.

Οι συνυπάρχουσες νόσοι έχει βρεθεί ότι σχετίζονται, ειδικά σε ηλικιωμένα άτομα, με χειρότερα αποτελέσματα, όπως παρατεταμένη νοσηλεία, αυξημένη θνητότητα και συχνότητα επιπλοκών κ.λπ.⁸⁹ αλλά και με χειρότερη ποιότητα ζωής.^{50,68,69} Στη δική μας μελέτη δεν βρέθηκε κάποια συσχέτιση μεταξύ της ταυτόχρονης παρουσίας άλλων νόσων όπως είναι ο σακχαρώδης διαβήτης, η χρονία νεφρική ανεπάρκεια, η χρονία αποφρακτική πνευμονοπάθεια και της ποιότητας της ζωής. Ίσως βέβαια αυτό να οφείλεται στο μικρό σχετικά αριθμό του δείγματος και στη μη ύπαρξη αρκετού αριθμού ασθενών με συνυπάρχουσες νόσους ($N=27$).

Το χαμηλό επίπεδο γνώσεων των καρδιοχειρουργημένων ασθενών για τη νόσο τους έχει επιβεβαιωθεί και από πρόσφατη έρευνα που έγινε σε ένα δείγμα 91 Ελλήνων ασθενών που είχαν υποβληθεί σε εγχείριση ανοικτής καρδιάς.⁹⁰ Σύμφωνα με αυτή τη μελέτη οι ασθενείς κατά την έξοδό τους από το νοσοκομείο γνώριζαν πολύ λίγα για την αυτοφροντίδα τους, ιδιαίτερα για τα φάρμακα, καθώς και ότι θα ήθελαν να μάθουν πολύ περισσότερα σε ποσοστό 98,9%.⁹⁰

Η πληροφόρηση αποτελεί βασικό στοιχείο για την προστασία της αυτονομίας των ασθενών και έχει βρεθεί, ότι οι πληροφορημένοι ασθενείς προσαρμόζονται καλύτερα μετά από πολύπλοκες θεραπευτικές παρεμβάσεις.⁹¹ Η πληροφόρηση έχει επίσης βρεθεί ότι αυξάνει τη συμμόρφωση με τη θεραπεία, τη συχνότητα επιστροφής στην εργασία και μειώνει τις συναισθηματικές διαταραχές.^{92,93}

Είναι όμως σημαντικό ότι παρόλη τη σπουδαιότητα και παρά το γεγονός, ότι η πληροφόρηση των ασθενών και η συμμετοχή τους στη λήψη των αποφάσεων αποτελούν κοινούς στόχους των συστημάτων υγείας, στην καθημερινή πρακτική μέσα στα νοσοκομεία διαπιστώνεται η μη εφαρμογή τους με αποτέλεσμα να περιορίζεται σημαντικά η αυτονομία τους⁹⁴ και το βασικό τους δικαίωμα να αποφασίζουν τι θα γίνει στο σώμα τους.⁹⁵ Δυστυχώς, οι νοσηλευτές και οι υπόλοιποι επαγγελματίες υγείας, παρά το γεγονός ότι αναγνωρίζουν τη σημασία της πληροφόρησης των ασθενών και της προαγωγής της συμμετοχής τους στη λήψη των αποφάσεων, στην πράξη οδηγούν το νοσηλευόμενο ασθενή να υιοθετήσει ένα παθητικό και εξαρτώμενο ρόλο.^{16,94}

Προτάσεις-Συμπεράσματα

Στη χώρα μας, είναι γνωστό, ότι μετά την έξοδο του ασθενή από το νοσοκομείο, οι συγγενείς παρέχουν το μεγαλύτερο μέρος της φροντίδας αφού δεν υπάρχουν οι κατάλληλες υποδομές. Επιπρόσθετα, πολλά προβλήματα προκύπτουν από την οργάνωση της φροντίδας.⁹⁶⁻⁹⁸ Οι ασθενείς δεν είναι ικανοποιημένοι από την πληροφόρηση και την εκπαίδευση που έχουν και το σημαντικότερο δεν γνωρίζουν ποιος είναι ο αρμόδιος, ανάλογα με την περίπτωση, να τους τα παρέχει.^{98,99}

Ο τελικός στόχος όσων ασχολούνται με τον ασθενή που θα υποστεί αορτοστεφανιαία παράκαμψη δεν πρέπει να είναι η ταχύτερη έξοδος από το νοσοκομείο, αλλά η όσο το δυνατόν ταχύτερη επανένταξή του στο οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον. Για την επίτευξη του παραπάνω στόχου, δεν αρκεί η άριστη επιλογή των αγγείων-στόχων και μοσχευμάτων, η άψογη εκτέλεση της επέμβασης, η άρτια υποστήριξη στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, η επιμελής νοσηλεία και η έγκαιρη και επαρκής αντιμετώπιση των μετεγχειρητικών επιπλοκών. Χρειάζεται μια σειρά άλλων παρεμβάσεων τόσο πριν όσο και μετά την έξοδο των ασθενών από το νοσοκομείο που σχετίζονται με τη δευτερογενή πρόληψη και την αποκατάσταση των ασθενών.

Με βάση λοιπόν, τα πρώτα αυτά αποτελέσματα για τους ασθενείς με αορτοστεφανιαία παράκαμψη προτείνεται:

1. Εισαγωγή ενός *συστήματος διαχρονικής αξιολόγησης της ποιότητας της ζωής* και δημιουργία μιας βάσης δεδομένων για όλους τους ασθενείς. Η συνεχής αξιολόγηση θα διευκολύνει την επικοινωνία με τον ασθενή, τον έλεγχο και αναγνώριση προβλημάτων που πιθανά δεν είναι εμφανή (ιδιαίτερα την άμεση μετεγχειρητική περίοδο), τον καθορισμό προτεραιοτήτων, την παρακολούθηση των αλλαγών ή της ανταπόκρισης στη θεραπεία και τέλος τη συμμετοχή του ασθενή στη λήψη των κλινικών αποφάσεων. Επίσης θα δοθεί η δυνατότητα *αναγνώρισης των ασθενών «υψηλού κινδύνου»* με βάση δημογραφικά και κλινικά κριτήρια (π.χ. ηλικιωμένοι, γυναίκες) αλλά και των ασθενών με συναισθηματικά προβλήματα και αδυναμία προσαρμογής στη νέα κατάσταση (που αναμένεται να έχουν συγκριτικά χειρότερη ποιότητα ζωής μετεγχειρητικά) και να γίνουν οι ανάλογες παρεμβάσεις.
2. *Εξατομικευμένη υποστήριξη* της ομάδας ασθενών «υψηλού κινδύνου» που όπως δείχνουν τα ερευνητικά δεδομένα είναι κύρια οι γυναίκες και οι ηλικιωμένοι. Η υποστήριξη αυτή θα πρέπει να αρχίσει πριν την επέμβαση και να συμπεριλάβει εξατομικευμένη ψυχολογική υποστήριξη από ειδικούς. Επίσης, οι ασθενείς θα πρέπει να ενημερωθούν για τη «*φυσιολογική*» *καθυστέρηση της αποκατάστασης της υγείας* τους και για τις υπηρεσίες που θα είναι διαθέσιμες με την έξοδό τους από το νοσοκομείο.
3. Ιδιαίτερη έμφαση πρέπει να δοθεί στην *ενημέρωση και εκπαίδευση του ασθενή και των συγγενών* ή «σημαντικών άλλων» για τη νόσο, την εξέλιξή της, τα πιθανά προβλήματα, την αυτοφροντίδα, κ.λπ. Ο καλύτερα ενημερωμένος ασθενής έχει καλύτερη συναισθηματική κατάσταση μετεγχειρητικά, άρα και ποιότητα ζωής. Αρχικά θα πρέπει να αναγνωριστούν οι ασθενείς με χαμηλό επίπεδο γνώσεων. Η ενημέρωση θα πρέπει να παρέχεται, εκτός από το θεράποντα ιατρό, από συγκεκριμένα άτομα που θα έχουν ειδική εκπαίδευση για να αναλάβουν τη συνεχή εκπαίδευση του ασθενή και την επίλυση βασικών, καθημερινών προβλημάτων για παράδειγμα με ορισμό ενός *νοσηλευτή ως συνδέσμου-συντονιστή*, ο οποίος ύστερα από κατάλληλη εκπαίδευση, θα ενημερώνει και θα κατευθύνει τους ασθενείς στις διάφορες υπηρεσίες. Επίσης θα πρέπει να δίνεται στον ασθενή και τους συγγενείς έντυπο υλικό που θα εξηγήσει με απλά λόγια τη νόσο, τη μετεγχειρητική πορεία, την επίδραση των παραγόντων κινδύνου, την έγκαιρη αναγνώριση επιπλοκών, την αυτοφροντίδα κ.λπ. Σημαντικό στοιχείο της εκπαίδευσης θα πρέπει να είναι η *κατανόηση της σημασίας της αυτονομίας* του ασθενή.

4. *Ενημέρωση και εκπαίδευση του προσωπικού* (με συνέδρια, ημερίδες, προγράμματα κατάρτισης, συνεχιζόμενη εκπαίδευση κ.λπ.) σε θέματα δικαιωμάτων ασθενών και αποκατάστασης. Βασικός στόχος σε αυτά τα προγράμματα δεν πρέπει να είναι μόνο η αύξηση των γνώσεων και η απόκτηση δεξιοτήτων, αλλά και η *αλλαγή της στάσης του προσωπικού* σε σχέση με την ομαδική, και ασθενο-κεντρική προσέγγιση που θα πρέπει να ακολουθηθεί, τα δικαιώματα των ασθενών (αυτονομία, συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων, ενημέρωση, πληροφορημένη συναίνεση) και φυσικά τη σημασία της αξιολόγησης της ποιότητας της ζωής.
5. Δημιουργία *ειδικών προγραμμάτων αποκατάστασης* στα οποία η φροντίδα των ασθενών θα εξατομικεύεται με βάση τα αντικειμενικά κριτήρια αλλά και τις μετρήσεις της ποιότητας της ζωής. Η φροντίδα αυτή θα πρέπει να είναι *ομαδική και διεπιστημονική*. Σημαντικό στοιχείο της αποκατάστασης θα πρέπει να είναι προσπάθεια «*απεξάρτησης*» του ασθενή από την «*υπερπροστατευτική*» φροντίδα των συγγενών του.
6. Οι μετρήσεις της ποιότητας ζωής των ασθενών πρέπει να συμπεριληφθούν στους επίσημους δείκτες αποτελεσματικότητας της αορτοστεφανιαίας παράκαμψης και να ληφθούν υπόψη στη χάραξη πολιτικής στο χώρο της υγείας (για παράδειγμα με μετρήσεις ωφελιμότητας).

Κλείνοντας, θα πρέπει να τονίσουμε, ότι σημαντικός περιορισμός της μελέτης ήταν το μέγεθος του δείγματος εφόσον δεν προηγήθηκε ανάλυση ισχύος (power) έτσι ώστε να αποκλειστεί η πιθανότητα σφάλματος τύπου II, δηλαδή της εσφαλμένης αποδοχής της άκυρης υπόθεσης ότι δεν υπάρχει διαφορά για συγκεκριμένες παραμέτρους και χαρακτηριστικά των ασθενών. Επιπλέον, ο περιορισμός αυτός δεν επέτρεψε τη διεξαγωγή πολυμεταβλητών μοντέλων στατιστικής ανάλυσης. Δεν παύουν όμως, τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης να δίνουν σημαντικές πληροφορίες και να αποτελούν την αφετηρία για μια εκτεταμένη και συστηματική μελέτη της ποιότητας ζωής των ασθενών αυτών.

Βιβλιογραφία

1. NCHS, National Center for Health Statistics. Detailed diagnoses and procedures, National Hospital Discharge Survey, 1994. Vital and Health Statistics, Ser 13, Nr 127. DHHS pub No (PHS) 97-1788. US Printing Office 1997
2. NHLBI, National Heart, Lung, and Blood Institute. Morbidity and Mortality Chartbook on Cardiovascular. US Department of Health and Human Services, 2002
3. Treasure T. Risks and results of surgery. *Br Heart J* 1995, 74: 11-12
4. Edwards FH, Clark RE, Schwartz M. Coronary artery bypass grafting: The society of thoracic surgeons national database experience. *Ann Thorac Surg* 1994, 57:12-19
5. Wu CY. Assessment of postdischarge concerns of coronary artery bypass graft patients. *J Cardiovasc Nurs* 1995, 10:1-7
6. Kinney M, Burfitt S, Stullenbarger E et al. Quality of life in cardiac patient research: A meta-analysis. *Nurs Res* 1996, 45:173-180
7. Snoek FJ. Quality of life: a closer look at measuring patients' well being. *Diabetes Spectrum* 2000, 13:24-30
8. Αριστοτέλης Άπαντα. Ηθικά Νικομάχεια Α', Αρχαία Ελληνική Γραμματεία (τόμος 7ος). Μεταφραστική ομάδα Κάκτου. Αθήνα, Κάκτος 1993
9. Criteria Committee of the New York Heart Association. Nomenclature and criteria for diagnosis of diseases of the heart. New York, New York Heart Association, 1939
10. World Health Organisation. Targets for health for all. Copenhagen: WHO's Regional Office for Europe 1985
11. World Health Organization. Global strategy for health for all by the year 2000, Health for All Series (No 3). Geneva, WHO 1981
12. World Health Organization(WHO). Constitution of the World Health Organization. Basic Documents. Geneva WHO, 1948
13. Guzman PM, Sliepecevic EM, Lacey EP, Vitello EM, Matten MR, Woehle PL, Wright WR. Tapping patient satisfaction: A strategy for quality assessment. *Patient Educ Couns* 1988, 12:225-233
14. Vuori H. Patient satisfaction, an attribute or indicator of the quality of care? *Qual Rev Bull* 1987, 13:106-108
15. Merkouris A, Ifantopoulos J, Lanara V et al. Patient satisfaction: a key concept for evaluating and improving nursing services. *J Nurs Manag* 1999, 7:19-29
16. Merkouris A, Yfantopoulos J, Lanara V et al. Patient satisfaction: Developing an instrument to measure patient satisfaction with nursing care in Greece. *J Nurs Manag* 1999, 7:91-100
17. Prutkin JM, Feinstein JM. Quality-of-life measurements: Origin and pathogenesis. *Yale J Biol Med* 2002, 75:79-93
18. WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. *Soc Sci Med* 1998, 46:1569-1585
19. Lukkariinen H, Hentinen M. Assessment of quality of life with the Nottingham Health Profile among patients with coronary heart disease. *J Adv Nurs* 1997, 26:73-84
20. Fitzpatrick R, Fletcher A, Gore S et al. Quality of life measures in health care. I: applications and issues in assessment. *British Medical Journal* 1992, 305:1074-1077
21. Walker SR, Rosser RM (eds) *Quality of life assessment: Key issues in the 1990s*. London, Kluwer Academic, 1993
22. Walker SR, Rosser RM (eds) *Quality of life: Assessment and application, CMR Workshop*. Lancaster, MTP Press Ltd, 1987
23. Jones PW. Issues concerning health-related quality of life in COPD. *Chest* 1995, 107:187S-193S
24. Papadantonaki A, Stotts NA, Paul SM. Comparison of quality of life before and after coronary artery bypass surgery and percutaneous transluminal angioplasty. *Heart Lung* 1994, 23:45-52
25. Steine S, Laerum E, Eritslund J, Arnesen H. Predictors of enhanced well-being after coronary artery bypass surgery. *J Intern Med* 1996, 239:69-73
26. O'Boyle CA. Quality of life and cardiovascular medication. *Ir J Psychol* 1994, 15:126-147
27. Lukkariinen H. Quality of life in coronary artery disease. *Nurs Res* 1998, 47:337-341
28. Fitzpatrick R, Davey C, Buxtoii MJ et al. Evaluating patient-based outcome measures for use in clinical trials. *Health Technol Assess* 1998, 2:1-74
29. Υφαντόπουλος Γ, Σαρρής Μ. Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής. Μεθοδολογία μέτρησης. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής* 2001, 18:218-229

30. Kallis P, Unsworth-White J, Munsch C et al. Disability and distress following cardiac surgery in patients over 70 years of age. *Eur J Cardiothorac Surg* 1993, 7:306-311
31. King KB, Porter LA, Rowe MA. Functional, social, and emotional outcomes in women and men in the first year following coronary artery bypass surgery. *J Womens Health* 1994, 3:347-354
32. Chocron S, Etievent JP, Viel JF et al. Prospective study of quality of life before and after open heart operations. *Ann Thorac Surg* 1996, 61:153-157
33. Rumsfeld JS, MaWhinney S, McCarthy M Jr et al. Health-related quality of life as a predictor of mortality following coronary artery bypass graft surgery. *JAMA* 1999, 281:1298-1303
34. White RE, Frasure-Smith N. Uncertainty and psychologic stress after coronary angioplasty and coronary bypass surgery. *Heart Lung* 1995, 24:19-27
35. Barnason S, Zimmerman L, Anderson A et al. Functional status outcomes of patients with a coronary artery bypass graft over time. *Heart & Lung* 2000, 29:33-46
36. Bergh C, Backstrom M, Jonsson H et al. In the eye of both patient and spouse: memory is poor 1 to 2 years after coronary bypass and angioplasty. *Ann Thorac Surg* 2002, 74: 689-693
37. Keith JR, Puente AE, Malcolmson KL et al. Assessing postoperative cognitive change after cardiopulmonary bypass surgery. *Neuropsychology* 2002, 16:411-421
38. Newman MF, Kirchner JL, Phillips-Bute B et al. Longitudinal assessment of neurocognitive function after coronary artery bypass surgery. *N Engl J Med* 2001, 344:395-402
39. King SB, Lembo NJ, Weintraub WS et al. A randomized trial comparing coronary angioplasty with coronary bypass surgery: Emory Angioplasty versus Surgery Trial (EAST). *N Engl J Med* 1994, 331:1044-1050
40. Hamm CW, Reimers J, Ischinger T et al. A randomized study of coronary angioplasty compared with bypass surgery in patients with multivessel coronary disease: German Angioplasty Bypass Surgery Investigation (GABI). *N Engl J Med* 1994, 331:1037-1043
41. RITA Group. Coronary angioplasty versus coronary artery bypass surgery: the Randomized Intervention Treatment of Angina (RITA) trial. *Lancet* 1993, 341:573-580
42. CABRI Trial Participants. First year results of CABRI (Coronary Angioplasty versus Bypass Revascularization Investigation). *Lancet* 1995, 346:1179-1184
43. BARI, Bypass Angioplasty Revascularization Investigation (BARI) Investigators. Comparison of coronary bypass surgery with angioplasty in patients with multivessel disease. *N Engl J Med* 1996, 335:217-225
44. Rodriguez A, Bouillon F, Perez-Balino N et al. Argentine randomized trial of percutaneous transluminal coronary angioplasty versus coronary artery bypass surgery in multivessel disease (ERACI): In-hospital results and 1-year follow-up. *J Am Coll Cardiol* 1993, 22:1060-1067
45. Sim I, Gupta M, McDonald K et al. A meta-analysis of randomized trials comparing coronary artery bypass grafting with percutaneous transluminal coronary angioplasty in multivessel coronary artery disease. *Am J Cardiol* 1995, 76:1025-1029
46. Serruys PW, Unger F, Sousa JE et al. For the arterial revascularization therapies study group. Comparison of coronary-artery bypass surgery and stenting for the treatment of multivessel disease. *N Engl J Med* 2001, 344:1117-1124
47. Weintraub WS, Mauldin P, Becker E et al. Results from the emory angioplasty versus surgery trial. *Circulation* 1995, 92: 2831-2840
48. Edell-Gustafsson U, Hetta JE. Anxiety, depression and sleep in male patients undergoing coronary artery bypass surgery. *Scan J Caring Sci* 1999, 13:137-143
49. Duits AA, Boeke S, Taavns MA et al. Prediction of quality of life after coronary artery bypass graft surgery: a review and evaluation of multiple, recent studies. *Psychosom Med* 1997, 59:257-268
50. Permanyer MC, Brotons CC, Ribera SA et al. Outcomes of coronary artery surgery: determinants of quality of life related to postoperative health. *Rev Esp Cardiol* 2001, 54:607-616
51. Westin L, Carlsson R, Erhardt L et al. Differences in quality of life in men and women with ischemic heart disease. *Scand Cardiovasc J* 1997, 33:160-165
52. Simchen E, Galai N, Braun D et al. The IS CAB Consortium. Sociodemographic and clinical factors associated with low quality of life one year after coronary bypass operations: the Israeli coronary artery bypass study (ISCAB). *J Thorac Cardiovasc Surg* 2001, 121:909-919
53. Υφαντόπουλος Γ. Αξιολόγηση και μέτρηση της ποιότητας ζωής στην Ελλάδα με τη μέθοδο του EQ-15D. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 2001, 18:279-287
54. Oldridge N, Guyatt G, Jones N et al. Effects on quality of life with comprehensive rehabilitation after acute myocardial infarction. *Am J Cardiol* 1991, 67:1084-1089
55. Lim LL-Y, Valenti LA, Knapp JC et al. A self-administered quality of life questionnaire after acute myocardial infarction. *J Clin Epidemiol* 1993, 46:1249-1256
56. Valenti L, Lim L, Heller RF et al. An improved questionnaire for assessing quality of life after myocardial infarction. *Qual Life Res* 1996, 5:151-161
57. Hillers TK, Guyatt GH, Oldridge N et al. Quality of life after myocardial infarction. *J Clin Epidemiol* 1994, 47:1287-1296
58. Heller RF, Lim L, Valenti L et al. A randomised controlled trial of community based counselling among those discharged from hospital with ischaemic heart disease. *Aust NZ Med J* 1995, 25:362-364
59. McConnell TR, Laubach CA, Memon M et al. Quality of life and self-efficacy in cardiac rehabilitation patients over 70 years of age following acute myocardial infarction and bypass revascularization surgery. *Am J Geriatric Cardiol* 2000, 9:210-218
60. Dempster M, Donnelly M. Measuring the health related quality of life of people with ischaemic heart disease. *Heart* 2000, 83:641-644
61. Μερκούρης Α, Διακομοπούλου Ε, Πιστόλας Δ και συν. Ποιότητα ζωής μετά από αορτοστεφανιαία παράκαμψη: πιλοτική μελέτη. *Νοσηλευτική* 2002, 3:337-349
62. Ross AC, Ostrow L. Subjectively perceived quality of life after coronary artery bypass surgery. *Am J Crit Care* 2001, 10:11-16
63. Kiebzak GM, Pierson LM, Campbell M et al. Use of the SF36 general health status survey to document health-related quality of life in patients with coronary artery disease: effect of disease and response to coronary artery bypass graft surgery. *Lung* 2002, 31:207-213
64. Karlsson I, Berglin E, Pettersson G et al. Predictors of chest pain after coronary artery bypass grafting. *Scand Cardiovasc J* 1999, 33:289-294
65. Melo E, Antunes M, Ferreira PL. Quality of life in patients undergoing coronary revascularization. *Rev Port Cardiol* 2000, 19:889-906
66. Hunt J, Hendrata M, Myles PS. Quality of life 12 months after coronary artery bypass graft surgery. *Heart Lung* 2000, 29:401-411
67. Αποστολάκης Ε. Καρδιοχειρουργική: Η περιεγχειρητική αγωγή. Αθήνα 2003:71-72

68. Herlitz J, Wiklund I, Caidahl K et al. Determinants of an impaired quality of life five years after coronary artery bypass surgery. *Heart* 1999, 81:342-346
69. Herlitz J, Wiklund I, Sjolund H et al. Relief of symptoms and improvement of health-related quality of life five years after coronary artery bypass graft in women and men. *Clin Cardiol* 2001, 24:385-392
70. Allen JK, Fitzgerald ST, Swank RT et al. Functional status after coronary artery bypass grafting and percutaneous transluminal coronary angioplasty. *Am J Cardiol* 1990, 66:921-925
71. Raine RA, Black NA, Bowker TJ et al. Gender differences in the management and outcome of patients with acute coronary artery disease. *J Epidemiol Community Health* 2002, 56:791-797
72. Gersh B, Braunwald E, Rutherford J. Chronic coronary artery disease. In: Braunwald E (ed) *Heart Disease*. 5th ed. WB Saunders, 1997:1318-1321
73. Sjolund H, Wiklund I, Caidahl K et al. Improvement in quality of life differs between women and men after coronary artery bypass surgery. *J Intern Med* 1999, 5:445-454
74. Rahimtoola SH, Fessler CL, Grunkemeier GL et al. Survival 15 to 20 years after coronary bypass surgery for angina. *JACC* 1993, 21:151-157
75. Wiklund I, Herlitz J, Johansson S et al. Subjective symptoms and well-being differ in women and men after myocardial infarction. *Eur Heart J* 1993, 14:1315-1319
76. Koivula M, Paunonen-Ilmonen M, Tarkka MT et al. Gender differences and fears in patients awaiting coronary artery bypass grafting. *J Clin Nurs* 2001, 10:538-549
77. Hawthorne MH. Gender differences in recovery after coronary artery surgery. *Image J Nurs Sch* 1994, 26:75-80
78. Salmon B. Differences between men and women in compliance with risk factor reduction: before and after coronary artery bypass surgery. *J Vasc Nurs* 2001, 19:73-77
79. Chocron S, Rude N, Dussaury A et al. Quality of life after open-heart surgery in patients over 75 years old. *Age Ageing* 1996, 25:8-11
80. Flameng WJ, Herijgers P, Szecsi J et al. Determinants of early and late results of combined valve operations and coronary artery bypass grafting. *Ann Thorac Surg* 1996, 61:621-628
81. Vaca KJ, Lohmann DP, Moskoff ME. Cardiac surgery in the octogenarian: nursing implications. *Heart Lung* 1994, 23:413-422
82. MacDonald P, Stadnyk K, Cossett J et al. Outcomes of coronary artery bypass surgery in elderly people. *Can J Cardiol* 1998, 14:1215-1222
83. Khatri P, Babyak M, Clancy C et al. Perception of cognitive function in older adults following coronary artery bypass surgery. *Health Psychol* 1999, 18:301-306
84. Artinian NT, Duggan C, Miller P. Age differences in patient recovery patterns following coronary artery bypass surgery. *Am J Crit Care* 1993, 2:453-461
85. Fruitman DS, MacDougall CE, Ross DB. Cardiac surgery in octogenarians: can elderly patients benefit? Quality of life after cardiac surgery. *Ann Thorac Surg* 1999, 68:2129-2135
86. Connerney I, Shapiro PA, McLaughlin JS et al. Relation between depression after coronary artery bypass surgery and 12-month outcome: a prospective study. *Lancet* 2001, 358:1766-1771
87. Deiwick M, Tandler R, Mollhoff T et al. Heart surgery in patients aged eighty years and above: determinants of morbidity and mortality. *Thorac Cardiovasc Surg* 1997, 45:119-126
88. Herlitz J, Wiklund I, Sjolund H et al. Relief of symptoms and improvement of quality of life five years after coronary artery bypass grafting in relation to preoperative ejection fraction. *Qual Life Res* 2000, 9:467-476
89. Herlitz J, Caidahl K, Wiklund I et al. Impact of a history of diabetes on the improvement of symptoms and quality of life during 5 years after coronary artery bypass grafting. *J Diabetes Complications* 2000, 14:314-321
90. Μερκούρης Α, Βασταρδής Λ, Διακομποπούλου Ε και συν. Πληροφόρηση και περιεγχειρητική διδασκαλία καρδιοχειρουργημένων ασθενών. *Νοσηλευτική* 2001, 1:67-74
91. Leino-Kilpi H, Valimäki M, Arndt M et al. *Patient's Autonomy, Privacy and Informed Consent. Biomedical and Health Research*. Amsterdam, Netherlands, IOS Press, 2000
92. Jaarsma T, Kastermans M, Dassen T et al. Problems of cardiac patients in early recovery. *J Adv Nurs* 1995, 21:21-27
93. Chan V. Content areas for cardiac teaching: patients perceptions of the importance of teaching content after myocardial infarction. *J Adv Nurs* 1990, 15:1139-1145
94. McCormack B. How to promote quality of care and preserve patient autonomy. *Br J Nurs* 1993, 2:338-341
95. Schultz E. Privacy: the forgotten need. *Canadian Nurse* 1998, 73:33-34
96. Λεμονίδου Χ, Μερκούρης Α. Ο ρόλος του νοσηλευτή στον καθορισμό της πολιτικής υγείας. *Νοσηλευτική* 1998, 2:106-113
97. Λεμονίδου Χ, Μερκούρης Α. Συστήματα ταξινόμησης ασθενών στη νοσηλευτική. *Νοσηλευτική* 1996, 4:244-253
98. Μερκούρης Α, Λεμονίδου Χ. Μέτρηση ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας. *Νοσηλευτική* 1999, 1:6-15
99. Μερκούρης Α, Ουζουνίδου Α, Μουδερίδου Δ και συν. Αξιολόγηση της ικανοποίησης παθολογικών και χειρουργικών ασθενών από τη νοσηλευτική φροντίδα. *Νοσηλευτική* 2001, 3:74-84

Corresponding author: A. Merkouris, 2 Alopis street, GR-118 53 Athens
e-mail: anmerk@ath.forthnet.gr