

ΑΡΘΡΟ ΣΥΝΤΑΞΗΣ

Ποιότητα ζωής ασθενών μετά από αγγειοπλαστική

Οι καρδιαγγειακές παθήσεις (coronary artery disease, CAD) αποτελούν την πρωταρχική αιτία ανικανότητας και νοσηρότητας σε πολλές αναπτυγμένες χώρες και σύμφωνα με εκτιμήσεις μέχρι το 2020 αναμένεται να εξελιχθούν ως η κύρια αιτία οικονομικής επιβάρυνσης, παγκοσμίως.^{1,2,3}

Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας προκύπτει, ότι η αγγειοπλαστική αποτελεί τη σύγχρονη και προτιμότερη μέθοδο αντιμετώπισης του εμφράγματος σε πολλές χώρες του κόσμου, εφόσον το επιτρέπει η κατάσταση υγείας του ασθενή. Σύμφωνα με στοιχεία της Αμερικανικής Καρδιολογικής Εταιρείας στις Ηνωμένες Πολιτείες διενεργούνται περίπου 1.000.000 αγγειοπλαστικές, ετησίως, ενώ στην Ευρώπη περίπου 750.000, εκ των οποίων στις 610.000 επεμβάσεις τοποθετούνται ενδο-αυλικόι καθετήρες, stents.^{1,2,3}

Κατά τις τελευταίες δεκαετίες, το ενδιαφέρον των επαγγελματιών υγείας, έχει στραφεί στην εκτίμηση της ποιότητας ζωής των ασθενών μετά από αγγειοπλαστική, η οποία όμως είναι ιδιαίτερα δύσκολη διότι περιλαμβάνει τις υποκειμενικές εκτιμήσεις των ασθενών αυτών για την κατάσταση της υγείας τους, την ικανότητά τους για δραστηριότητες της καθημερινής ζωής καθώς και άλλες αλληλοεπιδρώμενες διαστάσεις. Επιπροσθέτως, ο βαθμός προσαρμογής των ασθενών προς τα νέα δεδομένα ζωής, η εξάρτηση από το περιβάλλον που επιβάλλει η νόσος, όπως επίσης και η προσωπικότητά τους ασκούν καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση της ποιότητας ζωής τους.^{4,5}

Στη βιβλιογραφία αναφέρεται, ότι εκτός από την ίδια τη νόσο και άλλοι παράγοντες συνευθύνονται για την ποιότητα ζωής των ασθενών μετά από αγγειοπλαστική, εκ των οποίων οι κυριότεροι είναι το φύλο, το κάπνισμα, η κατάθλιψη, η κατάσταση υγείας του ασθενή πριν την αγγειοπλαστική, και η επιμένουσα συμπτωματολογία στηθάγχης.^{4,5}

Τα αποτελέσματα των ερευνητικών μελετών, που εστιάζονται στην αναγνώριση διαφορών ως προς το φύλο που ευθύνονται για την διαμόρφωση της ποιότητας ζωής, είναι αντιφατικά. Μερικές μελέτες έχουν δείξει, ότι οι γυναίκες αξιολογούν φτωχότερη ποιότητα ζωής σε σχέση με τους άνδρες, ενώ άλλες όχι. Επίσης, έχουν δείξει, ότι όσο αυξάνεται η ηλικία στις γυναίκες τόσο μειώνεται η ποιότητα ζωής τους.⁶⁻⁸

Η κατάθλιψη αποτελεί σημαντικό παράγοντα που υπονομεύει την ποιότητα ζωής ασθενών με στεφανιαία νόσο παρά την επιτυχή αγγειοπλαστική. Συχνά όμως, είναι δύσκολο να διαγνωσθεί και συνεπώς να θεραπευτεί. Τα άτομα αυτά λόγω της ανικανότητάς τους να διατηρήσουν σχέσεις και

λειτουργικούς ρόλους, που ακολουθούσαν πριν την αγγειοπλαστική βιώνουν υψηλά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης.⁹⁻¹¹

Η πληρέστερη αξιολόγηση της ποιότητας ζωής μετά την αγγειοπλαστική απαιτεί συλλογή πληροφοριών που αφορούν τον πάσχοντα ως ολότητα πριν το επεισόδιο, συμπεριλαμβανομένων των σωματικών, ψυχολογικών και κοινωνικών διαστάσεων, όπως επίσης και της γενικότερης κουλτούρας και στάσης ζωής. Η γνώση και αξιολόγηση αυτών των παραγόντων αφενός καθορίζει τον βαθμό συμμόρφωσης των ασθενών προς τη νέα τάξη πραγμάτων, αφετέρου διευκολύνει τους επαγγελματίες υγείας κατά τον σχεδιασμό ενός προγράμματος εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας.^{1,3,5,12}

Τέλος, σε πολλές χώρες του κόσμου παρατηρούνται διαφορές στην αξιολόγηση της ποιότητας ζωής, οι οποίες πιθανόν να είναι αποτέλεσμα της χρήσης διαφορετικών διαγνωστικών οργάνων μέτρησης. Οι διαφορές αυτές καταδεικνύουν την αναγκαιότητα ενός παγκοσμίως κοινά αποδεκτού οργάνου μέτρησης της ποιότητας ζωής των ασθενών με στεφανιαία νόσο, το οποίο θα επιτρέψει σημαντικές συγκρίσεις μεταξύ των πληθυσμών. Επίσης, η διαφορετικότητα στην ερμηνεία των ευρημάτων ίσως να οφείλεται στο γεγονός, ότι με το πέρασμα του χρόνου οι ασθενείς συνθηκολογούν με την ιδέα της χρόνιας ασθένειας, με αποτέλεσμα, οι διαφορές κατά την μέτρηση της ποιότητας ζωής να μην αντανακλούν τις πραγματικές αλλαγές στην υγεία ή την κλινική τους εικόνα.¹² Οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να γνωρίζουν και να αξιολογούν τις επιδράσεις που επιφέρει η αγγειοπλαστική σε όλες τις παραμέτρους της ζωής των ασθενών προκειμένου να είναι σε θέση να σχεδιάσουν ένα εξατομικευμένο πρόγραμμα νοσηλευτικής φροντίδας, με την ενεργό συμμετοχή όχι μόνο του ίδιου του ασθενή αλλά και του υποστηρικτικού περιβάλλοντός του.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1) Στεφανάδης Χρ. Παθήσεις της καρδιάς. Εκδ. Πασχαλίδης, Αθήνα, 2005.
- 2) Διαδικτυακή σελίδα :www.opencalendar.gr. Πρόσβαση : 26-11-08.
- 3) Douglas S., Daly B., Kelley C., O'Toole E., Montenegro H. Chronically Critically Ill Patients: Health-Related Quality of Life and Resource Use After a Disease Management Intervention. *Am J Crit Care*. 2007; 16(5): 447-457.
- 4) Wong M., Chair S. Changes in health related quality of life following percutaneous coronary intervention: A longitudinal study. *International Journal of Nursing Studies*. 2007;44:1334-42.
- 5) Woods SL., Froelicher ES., Motzer SU., Bridges EJ. *Cardiac Nursing* 5th ed. Lippincott, Philadelphia, 2005.

- 6) Plach SK., Heidrich SM. Womens' perception of their social roles after heart surgery and coronary angioplasty. *Heart and Lung*. 2001;31:117-27.
- 7) Pettersen K., Reikvam A., Rollag A., Staven K. Understanding Sex differences in health related quality of life following myocardial infraction. *International Journal of Cardiology*. 2008;130:449-456.
- 8) Agewall S., Berglund M., Henareh L.Reduced quality of life after myocardial infraction in women compared to men. *Cln Cardiol*. 2004;27:271-74.
- 9) Stafford L.,Berk M., Reddy Pr., Jackson H. Comd depression and health-related quality of life in patients with coronary artery disease. *Journal of Psychosomatic Research*. 2007;62:401-10.
- 10) Mayou RA., Gill D., Thompson DR., Day A., Hicks N., Volmink J., Neil A. Depression and anxiety as predictors of outcome after myocardial infraction. *Psychosom Med*. 2000;62:212-9.
- 11) Fauerbach JA., Brush DE., Thombs BD., McCann UD., Fogel J., Ziegelestein RC. Depression following acute myocardial infraction: a prospective relationship with ongoing health and function. *Psychosomatics*.2005;46:335-61.
- 12) Murray SA., Manktelow K., Clifford C. The interplay between social and cultural context and perceptions of cardiovascular disease. *Journal of Advanced Nursing*. 2000;32:1224-33.

Πολυκανδριώτη Μ.

Καθηγήτρια Εφαρμογών, Νοσηλευτική Α, ΤΕΙ, Αθήνας