



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΑΤΡΩΝ**
UNIVERSITY OF PATRAS

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Έμφραγμα Μυοκαρδίου και ποιότητα ζωής- Ανασκόπηση αρθρογραφίας



ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ: ΣΚΟΡΔΑ ΕΥΓΕΝΙΑ

ΕΠΟΠΤΕΥΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΚΑ ΜΠΑΝΙΑ ΘΕΟΦΑΝΗ

ΑΙΓΙΟ- 2021

“Myocardial infarction and quality of life- Review”

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένεια μου και τους φίλους μου για την υποστήριξη και την κατανόηση καθ' όλη τη διάρκεια την πτυχιακής μου αλλά και της σταδιοδρομίας μου. Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω ιδιαίτερα την Καθηγήτρια μου Κα. Μπανιά Θεοφανή για την βοήθεια της, τις χρήσιμες συμβουλές της όλο αυτό το διάστημα και για την κατανόηση της.

Στη μνήμη της μητέρας μου.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία με τίτλο «Έμφραγμα μυοκαρδίου και ποιότητα ζωής» δημιουργήθηκε στα πλαίσια της ολοκλήρωσης του προπτυχιακού προγράμματος σπουδών στο Πανεπιστήμιο Πατρών, τμήμα Φυσικοθεραπείας με έδρα το Αίγιο.

Το έμφραγμα του μυοκαρδίου ανήκει στα οξεία στεφανιαία σύνδρομα. Περισσότερο από 1,2 εκατομμύρια άνθρωποι διαγιγνώσκονται με έμφραγμα μυοκαρδίου κάθε χρόνο και αναφέρονται περίπου 1,5 εκατομμύρια θάνατοι κάθε έτος. Η ποιότητα ζωής των ασθενών με έμφραγμα μυοκαρδίου επηρεάζεται ιδιαίτερω, με διάφορες κλίμακες και ερωτηματολόγια που υπάρχουν θα μπορέσουμε να κατανοήσουμε την επίδραση που έχει η ψυχοκοινωνική τους κατάσταση στην υγεία τους.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Το Έμφραγμα του Μυοκαρδίου αποτελεί μια από τις πιο συχνές αιτίες θανάτου παγκοσμίως. Ανήκει στα οξεία στεφανιαία σύνδρομα και χαρακτηρίζεται από την μερική ή την ολική ισχαιμική νέκρωση του μυοκαρδίου. Η ποιότητα ζωής των ασθενών επηρεάζεται ιδιαίτερα κυρίως από ψυχοκοινωνικούς και άλλους παράγοντες ποιότητας της ζωής.

Σκοπός: Να μελετηθούν παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ασθενών μετά από έμφραγμα μυοκαρδίου, αμιγώς αλλά και σε συνδυασμό με άλλους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες. Σκοπός επίσης ήταν, να αξιολογηθεί η ποιότητα ζωής των ασθενών.

Μεθοδολογία: Για την εκπόνηση της παρούσας ανασκόπησης αρθρογραφίας χρησιμοποιήθηκαν οι βάσεις δεδομένων όπως το Pub Med, το Google Scholar, στις οποίες βάσεις δεδομένων έγινε αναζήτηση επιστημονικών άρθρων με λέξεις κλειδιά σχετικές με το έμφραγμα μυοκαρδίου και ποιότητα ζωής. Επίσης ορισμένα συγγράμματα σχετικά με το Έμφραγμα του μυοκαρδίου, την ποιότητα ζωής, καθώς και τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες θα διαβαστούν για περαιτέρω πληροφορίες

Αποτελέσματα: Υπήρξαν σημαντικές διαφορές ανάμεσα στα δυο φύλα με τις γυναίκες να εμφανίζουν χειρότερη ποιότητα ζωής. Τα άτομα που είχαν κάποια κοινωνική, επαγγελματική, συναισθηματική υποστήριξη ήταν πιο πιθανόν να επιστρέψουν στην δουλειά τους και εμφάνισαν μικρότερα ποσοστά οξείας διαταραχής. Επίσης όσοι ασθενείς δεν είχαν και άλλες νοσηρότητες είχαν καλύτερη ποιότητα ζωής.

Λέξεις-Κλειδιά: Συνδυασμός δύο λέξεων ή μονών λέξεων έγινε στην αναζήτηση ως εξής: Οξύ Έμφραγμα Μυοκαρδίου (Acute Myocardial Infarction AND quality of life) ή (A.M.I AND quality of life, Έμφραγμα μυοκαρδίου (Myocardial infarction,M.I), Έμφραγμα μυοκαρδίου και ποιότητα ζωής (Myocardial infarction AND quality of life)

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	iii
ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	iv
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	v
ΠΙΝΑΚΑΣ ΕΙΚΟΝΩΝ	vi
ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ.....	vi
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	1
Α΄ ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	2
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ^ο	2
1.1 Ανατομία καρδιάς	2
1.2 Κοιλότητες καρδιάς.....	2
1.3 Οι βαλβίδες της καρδιάς.....	2
1.4. Οι στιβάδες τοιχώματος της καρδιάς	3
1.5 Καρδιακή παροχή.....	3
1.6 Νεύρωση καρδιάς.....	4
1.7 Η κυκλοφορία του αίματος	5
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ^ο	6
2.1 Έμφραγμα Μυοκαρδίου	6
2.2 Παράγοντες κινδύνου.....	7
2.3 Κλινική εικόνα	8
2.4 Εξέταση-διάγνωση.....	9
2.5. Θεραπευτική Προσέγγιση	10
2.6 Πρόληψη	12
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ^ο	13
3.1 Ορισμός ποιότητας ζωής.....	13
3.2 Ο ψυχοκοινωνικός αντίκτυπος στο Έμφραγμα Μυοκαρδίου	13
Β. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	15
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο.....	15
4.1. Αξιολόγηση ποιότητας ζωής	15

Ερωτηματολόγιο WHOQOL-BREF	19
4.2 Ποιότητα ζωής μετά από έμφραγμα μυοκαρδίου	19
4.3 Παρεμβάσεις βελτίωσης ποιότητας ζωής σχετικά με την υγεία	20
4.4 Ο ρόλος του Φυσικοθεραπευτή στην βελτίωση ποιότητας ασθενών μετά από έμφραγμα μυοκαρδίου.....	26
Συζήτηση-Συμπεράσματα.....	29
Βιβλιογραφία-αρθρογραφία.....	30

ΠΙΝΑΚΑΣ ΕΙΚΟΝΩΝ

Εικόνα 1- Οι βαλβίδες της καρδιάς.....	3
Εικόνα 2- Η κυκλοφορία του αίματος.....	5
Εικόνα 3- Αθηροσκλήρωση	7
Εικόνα 4- Τα συμπτώματα του εμφράγματος μυοκαρδίου	9
Εικόνα 5- Τοποθέτηση μπαλονιού στη φραγμένη αρτηρία	11
Εικόνα 6- Τοποθέτηση stent στη στεφανιαία αρτηρία.....	11
Εικόνα 7- Κλίμακα Νοσοκομειακού Άγχους και Κατάθλιψης (HADS).	17
Εικόνα 8- Ερωτηματολόγιο Υγείας Ασθενούς (PHQ-9).....	18

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

AMI=Acute myocardial infarction=έμφραγμα μυοκαρδίου

STEMI= Myocardial infarction with ST-segment= Έμφραγμα μυοκαρδίου με ανάσπαση του διαστήματος ST

N-STEMI= Myocardial infarction without ST elevation= Έμφραγμα μυοκαρδίου χωρίς ανάσπαση του διαστήματος ST

ΗΚΓ= Ηλεκτροκαρδιογράφημα

MI= Myocardial infarction

EM= Έμφραγμα μυοκαρδίου

ΟΣΣ= Οξύ στεφανιαίο σύνδρομο

ΣΥΠΖ= Ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στο οξύ στεφανιαίο σύνδρομο (ΟΣΣ) ανήκουν, το έμφραγμα μυοκαρδίου με ανάσπαση του διαστήματος ST, έμφραγμα μυοκαρδίου χωρίς ανάσπαση του διαστήματος ST και η ασταθής στηθάγχη. Οι πρώτες δύο περιπτώσεις είναι πιο σοβαρές διότι ανιχνεύονται ποσότητες τροπονίνης στην κυκλοφορία του αίματος λόγω εκτεταμένης βλάβης που έχει υποστεί το μυοκάρδιο. Το έμφραγμα του μυοκαρδίου είναι μια κατάσταση η οποία προκαλείται από την αιφνίδια απόφραξη ενός κλάδου των στεφανιαίων αρτηριών λόγω ρήξης ή διάβρωσης της αθηρωματικής πλάκας και σχηματισμού θρόμβου, ο οποίος αποκλείει πλήρως την υπεύθυνη στεφανιαία αρτηρία με αποτέλεσμα τη διακοπή της κυκλοφορίας του αίματος. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τη νέκρωση μιας περιοχής του μυοκαρδίου. Το έμφραγμα του μυοκαρδίου προσβάλλει συνήθως τους άνδρες μεταξύ των ηλικιών 50 και 60 ετών. Η κύρια αιτία του εμφράγματος του μυοκαρδίου είναι η απόφραξη της αρτηρίας που τροφοδοτεί με αίμα την καρδιά. Στις περισσότερες περιπτώσεις το έμφραγμα μυοκαρδίου χαρακτηρίζεται από έντονη δυσφορία και πόνο στο στήθος. Ο κίνδυνος θανάτου από έμφραγμα του μυοκαρδίου είναι ανάλογος με την ηλικία του ασθενούς. Η πλειονότητα των θανάτων συμβαίνει εντός των πρώτων ωρών από το έμφραγμα. . Αν και η συχνότητα και η επίπτωση αυτής της πάθησης εξακολουθούν να είναι αρκετά υψηλές, έχουν μειωθεί σημαντικά τα προηγούμενα 30 χρόνια. Η γρήγορη διάγνωση και θεραπεία είναι πολύ σημαντική. Τα άτομα με έμφραγμα μυοκαρδίου θα πρέπει να αλλάξουν τον τρόπο ζωής τους και τις καθημερινές τους συνήθειες σύμφωνα με τις οδηγίες των ειδικών.

Το έμφραγμα του μυοκαρδίου είναι ένα στρεσογόνο, απειλητικό για τη ζωή περιστατικό που έχει χαρακτηριστεί ως τραυματικό γεγονός και έχει συνδεθεί με το σύνδρομο μετατραυματικού στρες. Τα συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους είναι συχνά στα άτομα με ΕΜ και συνδέονται άμεσα με την χαμηλή ποιότητα ζωής. Επιπρόσθετα μπορούν να αυξήσουν τα ποσοστά θνησιμότητα σε ασθενείς με ΕΜ.

Η ψυχολογία και η ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών παίζει αρκετά σημαντικό ρόλο τόσο στην εξέλιξη όσο και στη πλήρη αποκατάσταση του εμφράγματος. Για αυτό επομένως το λόγο είναι σημαντικό να μελετηθεί πιο αναλυτικά η σχέση της ποιότητα ζωής των ασθενών και του εμφράγματος του μυοκαρδίου.

Τα μέτρα ποιότητας ζωής (QOL) έχουν γίνει ένα σημαντικό μέρος της αξιολόγησης των αποτελεσμάτων υγείας. Για πληθυσμούς με χρόνια νόσο, η μέτρηση της ποιότητας ζωής παρέχει έναν ουσιαστικό τρόπο προσδιορισμού του αντίκτυπου της υγειονομικής περίθαλψης όταν δεν είναι δυνατή η θεραπεία.

Α΄ ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

1.1 Ανατομία καρδιάς

Η καρδιά είναι ένα κοίλο όργανο με κωνικό σχήμα, μοιάζει σαν μια γροθιά. Ζυγίζει περίπου 200-425 γραμμάρια. Καθημερινά διαστέλλεται και συστέλλεται πάνω από 100.000 φορές αντλώντας περίπου 7,571 λίτρα αίματος. Το εξωτερικό σχήμα της καρδιάς αποτελείται από την πρόσθια επιφάνεια, την οπίσθια επιφάνεια την βάση και την κορυφή της καρδιάς. Η πρόσθια επιφάνεια χωρίζεται σε δύο μέρη στο κοιλιακό μέρος (άνω και πίσω) και στο κοιλιακό μέρος (κάτω και μπροστά). Μέσα από το κοιλιακό και το κοιλιακό μέρος διέρχονται η αορτή και η πνευμονική αρτηρία. Η κάτω επιφάνεια της καρδιάς ακουμπάει στο διάφραγμα. Η οπίσθια επιφάνεια της καρδιάς χωρίζεται σε δυο μέρη, στον αριστερό κόλπο που βρίσκεται προς τα πίσω και στις δύο κοιλίες που βρίσκονται μπροστά. Η βάση της καρδιάς βρίσκεται προς τα άνω πίσω και δεξιά. Στον δεξιό κόλπο καταλήγουν δύο μεγάλες φλέβες η άνω και η κάτω φλέβα ενώ στον αριστερό κόλπο καταλήγουν τέσσερις πνευμονικές φλέβες. Από αυτές τις φλέβες οι δύο βρίσκονται δεξιά (δεξιές πνευμονικές φλέβες) και οι άλλες δύο βρίσκονται αριστερά (αριστερές πνευμονικές φλέβες). Η κορυφή της καρδιάς βρίσκεται προς τα αριστερά κάτω και μπροστά. Παράγοντες όπως το φύλο και η ηλικία μπορεί να επηρεάζουν το σχήμα της καρδιάς (Κατρίτση και Κελέκη, 2007).

1.2 Κοιλότητες καρδιάς

Η καρδιά αποτελείται από τέσσερις κοιλότητες, οι δύο κοιλότητες που βρίσκονται στο πάνω μέρος της καρδιάς λέγονται κόλποι ενώ οι δύο κοιλότητες που είναι στο κάτω μέρος ονομάζονται κοιλίες και επικοινωνούν μεταξύ τους από το κολποκοιλιακό στόμιο. Οι δύο κόλποι, ο αριστερός και ο δεξιός, χωρίζονται από το μεσοκολπικό διάφραγμα, ενώ οι δυο κοιλίες, η αριστερή και η δεξιά, χωρίζονται από το μεσοκοιλιακό διάφραγμα (Platzer et al, 2015).

1.3 Οι βαλβίδες της καρδιάς

Αποτελούνται από τις κολποκοιλιακές και από τις μηννοειδείς βαλβίδες:

A. Κολποκοιλιακές βαλβίδες

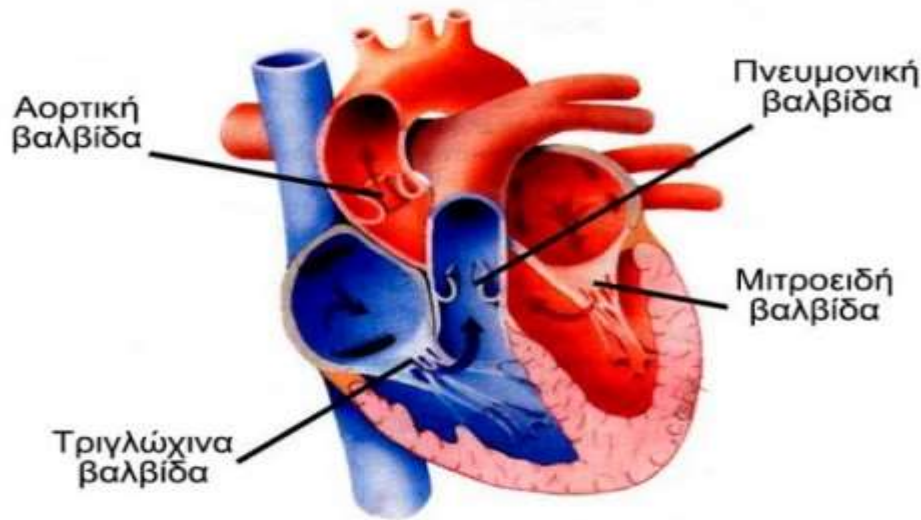
Στις κολποκοιλιακές βαλβίδες ανήκουν:

- Η **τριγλώχινη**, η οποία αποτελείται από τη πρόσθια, την οπίσθια και τη διαφραγματική τριγλώχινη.
- Η **διγλώχινη** (μιτροειδής) η οποία αποτελείται από τη πρόσθια και την οπίσθια διγλώχινη.

B. Μηννοειδείς βαλβίδες

Στις μηννοειδείς βαλβίδες υπάρχουν:

- Η **πνευμονική** που απαρτίζεται από τη πρόσθια μηννοειδή , τη δεξιά και την αριστερή μηννοειδή γλώχινη
- Η **αορτική** που αποτελείται από την οπίσθια την δεξιά και την αριστερή γλώχινη (Κωλέτης, 2015).



Εικόνα 1- Οι βαλβίδες της καρδιάς

Πηγή: healthyliving.gr

1.4. Οι στιβάδες τοιχώματος της καρδιάς

Οι στιβάδες της καρδιάς είναι 3, το επικάρδιο το μυοκάρδιο και το ενδοκάρδιο. Το μυοκάρδιο χωρίζεται σε κοιλιακό και σε κολπικό μυοκάρδιο. Το κολπικό έχει την επιτολής και την εντο βάθη στιβάδα. Η επιτολής στιβάδα εξαπλώνεται πάνω από τους δυο κόλπους με την πρόσθια πλευρά της να είναι παχύτερη από την οπίσθια. Η εντο βάθη στιβάδα είναι χαρακτηριστική για κάθε κόλπο. Το κοιλιακό τοίχωμα αποτελείται από μια εξωτερική υποεπικαρδιακή στιβάδα, μια μέση μυϊκή και μια υποενδοκαρδιακή στιβάδα. Τα τοιχώματα των κόλπων έχουν λεπτότερο μυοκάρδιο από ότι τα τοιχώματα των κοιλιών. Το τοίχωμα της αριστερής κοιλίας είναι παχύτερο από της αριστερής κοιλίας. Το ενδοκάρδιο είναι η εσωτερική επιφάνεια του μυοκαρδίου και αποτελείται από μια στιβάδα ενδοθηλίου και μια στιβάδα συνδετικού ιστού. Το επικάρδιο είναι η εξωτερική επιφάνεια του μυοκαρδίου είναι λείο και σχηματίζεται από το μεσοθήλιο (Platzer et al., 2009).

1.5 Καρδιακή παροχή

Ο όγκος του αίματος που αντλείται από την καρδιά ανά λεπτό αναφέρεται ως καρδιακή παροχή (ΚΠ) και είναι η μέθοδος με την οποία το αίμα κυκλοφορεί σε όλο το σώμα, ιδίως στον εγκέφαλο και σε άλλα βασικά όργανα. Όταν η ζήτηση του σώματος για οξυγόνο μεταβάλλεται, όπως κατά τη διάρκεια της άσκησης, τόσο η καρδιακή συχνότητα (HR) όσο και ο όγκος του εγκεφαλικού επεισοδίου διαμορφώνονται ώστε να προσαρμόζεται η καρδιακή παροχή. Ως αποτέλεσμα, ένας περίπλοκος μηχανισμός που συνδυάζει το αυτόνομο

νευρικό σύστημα, ενδοκρινικές και παρακρινικές οδούς σηματοδότησης ρυθμίζει την καρδιακή παροχή. Επειδή η καρδιά αντλεί αίμα για να θρέψει κάθε ιστό του σώματος, οποιαδήποτε καρδιαγγειακή δυσλειτουργία έχει τη δυνατότητα να προκαλέσει σημαντική νοσηρότητα και θνησιμότητα (Jordan.k, 2021).

1.5.1 Παροχή αίματος

Δύο στεφανιαίες αρτηρίες τροφοδοτούν με αίμα την καρδιά: η αριστερή στεφανιαία αρτηρία και η δεξιά στεφανιαία αρτηρία. Το 80 % της ροής του αίματος προς τον καρδιακό μυ μεταφέρεται από την αριστερή στεφανιαία αρτηρία. Πρόκειται για μια βραχεία αρτηρία με δύο κλάδους: την αριστερή πρόσθια κατιούσα αρτηρία, η οποία τροφοδοτεί με αίμα το μεσοκοιλιακό διάφραγμα και το παρακείμενο τμήμα του πρόσθιου τοιχώματος της αριστερής κοιλίας, και την περιφερική στεφανιαία αρτηρία, η οποία τροφοδοτεί με αίμα τα πλάγια και οπίσθια τμήματα της αριστερής κοιλίας.

Η δεξιά στεφανιαία αρτηρία και οι κλάδοι της τροφοδοτούν με αίμα τη δεξιά κοιλία, τον δεξιό κόλπο και το κάτω τοίχωμα της αριστερής κοιλίας. Οι στεφανιαίες αρτηρίες και οι φλέβες διέρχονται παράλληλα προς την επιφάνεια της καρδιάς. Ο στεφανιαίος κόλπος, ο οποίος διατρέχει την αριστερή οπίσθια κολποκοιλιακή αύλακα και ανοίγει στον δεξιό κόλπο, συγκεντρώνει την πλειονότητα των στεφανιαίων φλεβών. Άλλες μικρές φλέβες, γνωστές ως θεμέλιες φλέβες, ανοίγουν απευθείας σε κάθε μία από τις τέσσερις κοιλότητες της καρδιάς (Chaudhry, Miao & Rehman, 2020).

1.6 Νεύρωση καρδιάς

Το αυτόνομο νευρικό σύστημα διαχωρίζεται στο συμπαθητικό και στο παρασυμπαθητικό νευρικό σύστημα. Σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης, τα συμπαθητικά νεύρα ταξιδεύουν προς την καρδιά και νευρώνουν τον φλεβόκομβο και τον κολποκοιλιακό κόμβο για να ενισχύσουν τον ρυθμό και τη δύναμη των συστολών. Σε συνθήκες ηρεμίας, τα παρασυμπαθητικά νεύρα νευρώνουν τον φλεβόκομβο και τον κολποκοιλιακό κόμβο για να μειώσουν τον καρδιακό ρυθμό, να μειώσουν την ισχύ της συστολής και να συστέλλουν τις στεφανιαίες αρτηρίες, εξοικονομώντας έτσι ενέργεια. Ένα κύκλωμα δύο νευρώνων συνδέει το συμπαθητικό και το παρασυμπαθητικό νεύρο. Αυτοί οι δύο νευρώνες συνάπτονται κάπου στη μέση, σχηματίζοντας μια δομή γνωστή ως γάγγλιο. Οι νευρώνες του συμπαθητικού νευρικού συστήματος εκφύονται από τον νωτιαίο μυελό και από τα οκτώ τμήματα του αυχενικού και τα πέντε πρώτα τμήματα του θωρακικού νωτιαίου μυελού. Πιστεύεται ότι όλοι οι νευρώνες προς την καρδιά συνάπτονται μόνο σε δύο σημεία: στο μέσο αυχενικό γάγγλιο και στο αυχενικό-θωρακικό γάγγλιο. Στη συνέχεια, πλήθος ιών εκφύονται από αυτά τα γάγγλια και καταλήγουν στην καρδιά ως συμπαθητικά καρδιακά νεύρα. Οι παρασυμπαθητικοί νευρώνες εκφύονται απευθείας από τον εγκέφαλο ως τμήμα του πνευμονογαστρικού νεύρου. Το πνευμονογαστρικό νεύρο και οι κλάδοι του αποτελούν το παρασυμπαθητικό τμήμα των καρδιακών νεύρων που πηγαίνουν προς την καρδιά. Τα συμπαθητικά και παρασυμπαθητικά καρδιακά νεύρα διαπλέκονται μεταξύ τους. Επιπλέον, τα νεύρα της δεξιάς και της αριστερής πλευράς επικαλύπτονται συνολικά, και δημιουργείται μια κοινή νεύρωση σχηματίζοντας τα καρδιακά πλέγματα. Το ραχιαίο καρδιακό πλέγμα βρίσκεται πίσω από το τόξο της αορτής κοντά στη διακλάδωση της τραχείας. Το κοιλιακό πλέγμα βρίσκεται μπροστά από την αορτή. Τα νεύρα από τα καρδιακά πλέγματα εκτείνονται

στους κόλπους και τις κοιλίες, στον ιγνυακό κόμβο, στον κολποκοιλιακό κόμβο, στις στεφανιαίες αρτηρίες και στα μεγάλα αγγεία. Πιστεύεται γενικά ότι υπάρχει συμπαθητική και παρασυμπαθητική νευρώση του μυοκαρδίου που σχηματίζει ένα δίκτυο από τους κόλπους προς τις κοιλίες (Iaizzo,2005)

1.7 Η κυκλοφορία του αίματος

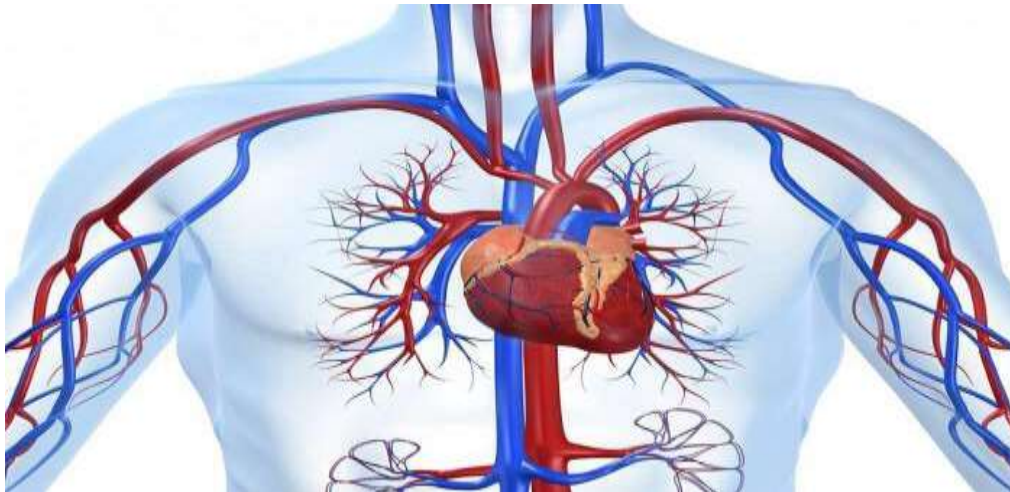
Δύο είναι η κυκλοφορίες που πραγματοποιείται η κυκλοφορία του αίματος ,η συστηματική (μεγάλη) και η πνευμονική (μικρή).

A. Συστηματική κυκλοφορία

Η αριστερή κοιλία εξωθεί το οξυγονωμένο αίμα μέσω της αορτής η οποία παρέχει αίμα στις αρτηρίες του οργανισμού. Το αίμα των αρτηριών θα καταλήξει στα τριχοειδή αγγεία εκεί πραγματοποιείται η ανταλλαγή αερίων αφήνοντας το οξυγόνο και παίρνοντας το διοξείδιο του άνθρακα. Το μη οξυγονωμένο αίμα μέσω φλεβών επιστρέφει στην καρδιά και στον δεξιό κόλπο μέσω της άνω και κάτω κοίλης φλέβας και στο τέλος καταλήγει στη δεξιά κοιλία.

B. Πνευμονική κυκλοφορία

Ξεκινάει από την δεξιά κοιλία όπου υπάρχει η πνευμονική αρτηρία. Η πνευμονική αρτηρία είναι η μόνη που έχει φλεβικό αίμα, έτσι παρέχει το φλεβικό αίμα στους πνεύμονες για να γίνει η ανταλλαγή των αερίων. Οι πνευμονικές φλέβες παίρνουν το οξυγονωμένο αίμα και το μεταφέρουν αρχικά στον αριστερό κόλπο και τελικά στην αριστερή κοιλία (Παπασιδέρης, 2014).



Εικόνα 2- Η κυκλοφορία του αίματος

Πηγή: Proionta-tis-fisis.com

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

2.1 Έμφραγμα Μυοκαρδίου

Το οξύ Έμφραγμα του Μυοκαρδίου (Acute Myocardial Infarction, AMI) γνωστό και ως καρδιακή προσβολή προκαλείται από νέκρωση κυττάρων του μυοκαρδίου που οφείλεται από οξεία ισχαιμική θρόμβωση μίας ή περισσότερων στεφανιαίων αρτηριών. Σε έμφραγμα του μυοκαρδίου παρατηρείται μια κατάσταση αύξησης ή μείωσης (ή και τα δυο) μιας εξέτασης αίματος (Troponin I ή T) που έχει σαν αποτέλεσμα βλάβη του μυοκαρδίου. Υπάρχουν δύο είδη, το έμφραγμα μυοκαρδίου με ανάσπαση του διαστήματος ST (Myocardial infarction with ST-Segment, STEMI) σε αυτή τη περίπτωση υπάρχει πλήρη απόφραξη αθηρωματικής πλάκας λόγω θρόμβου που εμποδίζει τη ροή αίματος σε μια μεγάλη στεφανιαία αρτηρία. Υπάρχει και το έμφραγμα μυοκαρδίου χωρίς ανάσπαση του διαστήματος ST (myocardial infarction without ST elevation, N-STEMI) όπου υπάρχει μερική απόφραξη μικρότερης στεφανιαίας αρτηρίας λόγω θρόμβου (Κωλέτης, 2015; Saleh & Ambrose, 2018).

Το έμφραγμα του μυοκαρδίου μπορεί να είναι «σιωπηλό» και να μη γίνει αντιληπτό ή μπορεί να είναι ένα καταστροφικό γεγονός που οδηγεί σε αιμοδυναμική επιδείνωση και αιφνίδιο θάνατο. Τα περισσότερα εμφράγματα του μυοκαρδίου οφείλονται σε υποκείμενη στεφανιαία νόσο, την κύρια αιτία θανάτου στις Ηνωμένες Πολιτείες. Με την απόφραξη των στεφανιαίων αρτηριών, το μυοκάρδιο στερείται του οξυγόνου. Η ανισορροπία μεταξύ προσφοράς και ζήτησης οξυγόνου οδηγεί σε ισχαιμία του μυοκαρδίου και μερικές φορές μπορεί να οδηγήσει σε έμφραγμα του μυοκαρδίου. Το ιστορικό του ασθενούς, τα ηλεκτροκαρδιογραφικά ευρήματα και οι αυξημένοι βιοδείκτες ορού βοηθούν στην αναγνώριση των ισχαιμικών συμπτωμάτων (Ojha & Dhamoon, 2021).

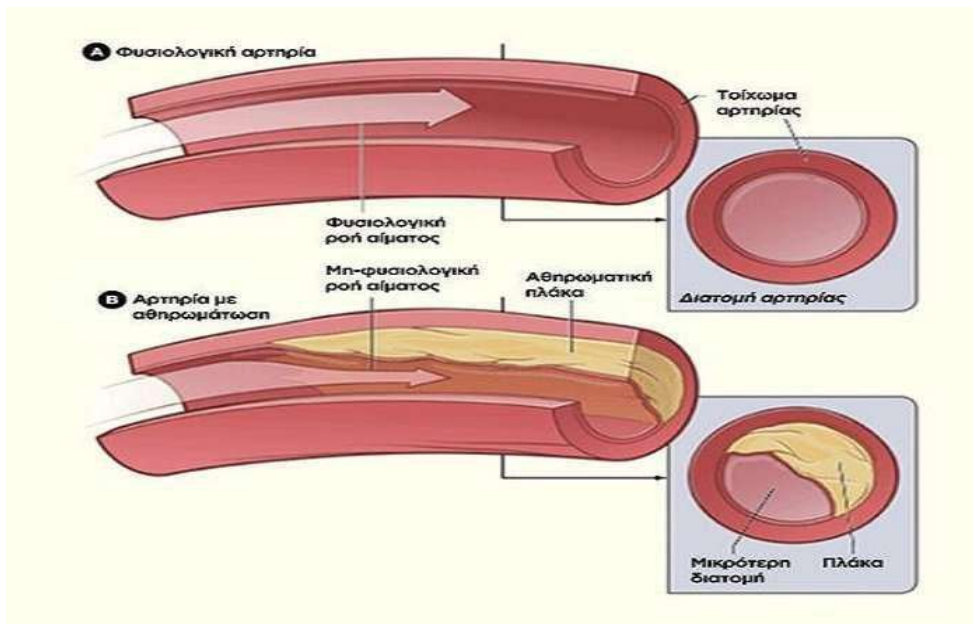
2.1.1 Παθογένεια

Η πιο κοινή αιτία καρδιαγγειακής νόσου είναι η αθηροσκλήρωση. Οι συχνότεροι παράγοντες κινδύνου για την αθηροσκλήρωση είναι η υπερχοληστερολαιμία, η υπέρταση και το κάπνισμα. Αυτοί οι παράγοντες κινδύνου συνδέονται με μια κοινή διαδικασία που περιλαμβάνει οξειδωση και φλεγμονή στο αρτηριακό τοίχωμα, η οποία οδηγεί με την πάροδο του χρόνου στο σχηματισμό λιπώδους-ινώδους αλλοίωσης.

Το φυσικό τραύμα και η φλεγμονή προκαλούν ρήξη της βλάβης, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε κλινικά συμβάντα όπως καρδιακές προσβολές και εγκεφαλικά επεισόδια, ή μπορεί να υποχωρήσει με την ανάπτυξη της πλάκας.

Η C-αντιδρώσα πρωτεΐνη, ένας φλεγμονώδης δείκτης, χρησιμοποιείται για την παρακολούθηση της εξέλιξης. Ο φλεγμονώδης δείκτης CD40 και η πρωτεΐνη καρδιακών μυοϊνών τροπονίνη είναι και οι δύο πρώιμοι δείκτες καρδιακής προσβολής (Scott, 2004).

Το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου είναι ένα αποτέλεσμα της ανισορροπίας μεταξύ προσφοράς και ζήτησης οξυγόνου στο μυοκάρδιο. Προκαλείται από αθηροσκλήρωση των στεφανιαίων αρτηριών, δημιουργείται ισχαιμία και νέκρωση του μυοκαρδίου λόγω της μειωμένης ροής του αίματος η οποία ξεκινάει από το ενδοκάρδιο και συνεχίζει προς τα έξω. Άλλα αίτια εμφράγματος μπορεί να είναι η μειωμένη παροχή οξυγόνου που θα δημιουργήσει υπόταση και αναιμία. (Marschall & Greganti, 2015).



Εικόνα 3- Αθηροσκλήρωση

Πηγή: Proionta-tis-fisis.com

2.1.2 Ταξινόμηση βάσει βλάβης του μυοκαρδίου

Η ταξινόμηση γίνεται βάσει της αιτίας της βλάβης του μυοκαρδίου:

Τύπος 1: Βλάβη σχετιζόμενη με πρωτοπαθή μυοκαρδιακή ισχαιμία ύστερα από πρωταρχικό στεφανιαία απόφραξη όπως η διάβρωση ή η ρήξη μιας πλάκας.

Τύπος 2: Βλάβη σχετιζόμενη με μυοκαρδιακή ισχαιμία λόγω ανισορροπίας προσφοράς/ζήτησης.

Τύπος 3: Βλάβη με συμπτώματα μυοκαρδιακής ισχαιμίας που μπορεί να προκαλέσουν ξαφνικό θάνατο.

Τύπος 4: Έμφραγμα μυοκαρδίου που σχετίζεται με διαδερμική ενδοστεφανιαία παρέμβαση η από στεντ θρόμβωσης (Charman, 2016).

2.2 Παράγοντες κινδύνου

Όταν αναφερόμαστε σε κάποιον παράγοντα κινδύνου για οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου συνήθως εννοούμε κάποιο ψυχολογικό, φυσιολογικό ή γενετικό στοιχείο που προδιαθέτει ένα άτομο να αναπτύξει μια ασθένεια. Οι παράγοντες κινδύνου χωρίζονται σε ελεγχόμενους και μη ελεγχόμενους

Οι ελεγχόμενοι παράγοντες είναι:

- Υψηλή Αρτηριακή Πίεση
- Υψηλή Χοληστερόλη
- Διαβήτης
- Κάπνισμα
- Παχυσαρκία
- Έλλειψη φυσικών δραστηριοτήτων
- Ανθυγιεινή διατροφή
- Άγχος

Οι μη ελεγχόμενοι παράγοντες είναι (Hajar, 2017):

- Η ηλικία
- Το φύλο
- Η φυλή
- Η κληρονομικότητα

2.3 Κλινική εικόνα

Αν και τα ίδια κλινικά χαρακτηριστικά ποικίλουν από ασθενή σε ασθενή, ως προς την βαρύτητα τους, υπάρχουν και διαφορές ως προς τα ειδικά και μη ειδικά συμπτώματα που μπορεί να εμφανίσει κάποιος ασθενής. Συνήθως κατά τη διάρκεια ενός εμφράγματος μυοκαρδίου παρατηρείται έντονος, σταθερός πόνος με οπίσθοστερνική εντόπιση που μπορεί να επεκτείνεται σε όλο το θώρακα, τη γνάθο, τα δύο άνω άκρα ή στην μέσο-ωμοπλατιαία χώρα. (Ντάναγου και Κορωνάιος, 2015)

Τα επιπλέον κύρια συμπτώματα είναι:

- Εφίδρωση
- Ναυτία
- Ωχρότητα
- Δύσπνοια
- 20-60% των ατόμων έχουν από τις προηγούμενες ημέρες κάποια από τα παραπάνω συμπτώματα.
- Περισσότερο από 40% των ασθενών έχουν ως πρώτο σύμπτωμά τους τον αιφνίδιο θάνατο

Μπορεί κάποιο από τα συμπτώματα να υπερτερεί από τον σύνηθε πόνο στο στήθος. Μη ειδικά συμπτώματα εμφανίζονται συνήθως σε άτομα υψηλού κινδύνου όπως ηλικιωμένοι ή οι διαβητικοί, οι οποίοι θα πρέπει να εξετάζονται για έμφραγμα μυοκαρδίου ακόμα και αν έχουν ήπια συμπτώματα.



Εικόνα 4- Τα συμπτώματα του εμφράγματος μυοκαρδίου

Πηγή: healthtalki.unhealthcare.org

2.4. Εξέταση-Διάγνωση

Η πρώτη προσέγγιση γίνεται με την εξέταση του ασθενή, πρέπει να εντοπιστούν τα αίτια που προκαλούν ισχαιμία στο μυοκάρδιο. Η εξέταση της πίεσης του αίματος και των ζωτικών σημείων είναι αρκετά χρήσιμη καθώς και ευρήματα όπως χρόνια υπέρταση, νικοτίνη στα δάχτυλα, αδυναμία στα άκρα και μπερδεμένη ομιλία βοηθούν στο να εντοπισθούν ασθενείς υψηλού κινδύνου.

Ένα από τα πρώτα κύρια μέσα διάγνωσης του εμφράγματος είναι το ηλεκτροκαρδιογράφημα (ΗΚΓ), το οποίο μετρά την ηλεκτρονική δραστηριότητα της καρδιάς. Σημεία που είναι ενδεικτικά για έμφραγμα μυοκαρδίου σε ένα ΗΚΓ είναι: η καταγραφή εμφράγματος του μυοκαρδίου, η καταγραφή έκτατων κοιλιακών συστολών καθώς και η εμφάνιση διαταραχών στη μορφολογία S-T.

2.4.1 Έλεγχος καρδιακών βιοδεικτών

Η τροπονίνη (I ήT) και η κρεατίνη κινάση (CK-MB) είναι ενδοκυττάρια πρωτεΐνες που ύστερα από τον θάνατο των καρδιακών μυοκυττάρων απελευθερώνονται στην κυκλοφορία του αίματος. Τα τελευταία χρόνια προτιμάται μόνο η χρήση της τροπονίνης διότι έχει υψηλότερη ευαισθησία από την κρεατίνη κινάση. Τις πρώτες 3-6 ώρες αφότου εμφανιστούν τα πρώτα συμπτώματα του εμφράγματος ,τα επίπεδα της τροπονίνης αυξάνονται σημαντικά και παραμένουν αυξημένα για 7-14 ημέρες μετά το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου.

2.4.2 Συμπληρωματική Διάγνωση

Τα τελευταία χρόνια στις συμπληρωματικές και διαγνωστικές προσεγγίσεις έχουν προστεθεί:

- Το υπερηχογράφημα 2 διαστάσεων, είναι χρήσιμο διότι εντοπίζει τις σιωπηρές περιοχές που δεν γίνεται σύσπαση μυοκαρδίου λόγω ισχαιμίας ή νέκρωσης και που τις εμφανίζει και το ΗΚΓ
- Το Πυρηνικό σπινθηρογράφημα

- Η Καρδιακή μαγνητική τομογραφία για να βρεθεί η ισχαιμική περιοχή (Marschall and Greganti, 2015)

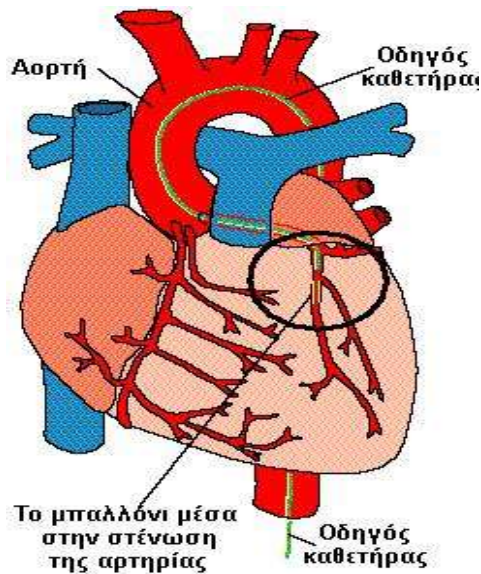
2.5. Θεραπευτική Προσέγγιση

Η επαναιμάτωση του εμφράγματος μπορεί να γίνει είτε φαρμακευτικά είτε επεμβατικά. Στη φαρμακευτική αντιμετώπιση συνήθως περιλαμβάνονται:

- **Τα θρομβολυτικά** που βοηθούν στη διάλυση ενός θρόμβου αίματος που εμποδίζει μια αρτηρία.
- **Η νιτρογλυκερίνη**, η οποία βελτιώνει τη ροή του αίματος διευρύνοντας προσωρινά τα αιμοφόρα αγγεία.
- **Τα αντιαιμοπεταλιακά φάρμακα**, τα οποία βοηθούν στην πρόληψη του σχηματισμού θρόμβων στο αίμα.
- **Οι β-αναστολείς**, οι οποίες βοηθούν στη χαλάρωση των μυών της καρδιάς και επιβραδύνουν τον καρδιακό ρυθμό. Επίσης μειώνουν την αρτηριακή πίεση.
- **Οι αναστολείς του μετατρεπτικού ενζύμου της αγγειοτενσίνης (ΜΕΑ)**, οι οποίες διευρύνουν τα αιμοφόρα αγγεία και βελτιώνουν τη ροή του αίματος, επιτρέποντας στην καρδιά να λειτουργεί καλύτερα.
- **Οι αναστολείς των υποδοχέων της αγγειοτενσίνης (ARBs)** βοηθούν στον έλεγχο της αρτηριακής πίεσης.
- **Οι στατίνες** μειώνουν την ποσότητα της χοληστερόλης που κινείται στο αίμα και μπορεί να σταθεροποιήσουν τις πλάκες, καθιστώντας λιγότερο πιθανό να σπάσουν.

Η φαρμακευτική αποκατάσταση γίνεται με αντιθρομβωτικά και αντιαιμοπεταλιακά φάρμακα καθώς και σε συνδυασμό αυτών με ασπιρίνη για καλύτερα αποτελέσματα. Σε ασθενείς αυξημένου κινδύνου προτείνεται η χορήγηση αναστολέων της IIb/IIIa γλυκοπρωτεΐνης διότι μειώνει την θνησιμότητα και τις επιπλοκές που προκαλεί η διαδερμική στεφανιαία παρέμβαση(PCI).Η αντιαιμοπεταλιακή θεραπεία χορηγείται συνήθως κατά την εμφάνιση του εμφράγματος η κατά την εμφύτευση stent για την μείωση της θρόμβωσης (Shi & Smith, 2018).

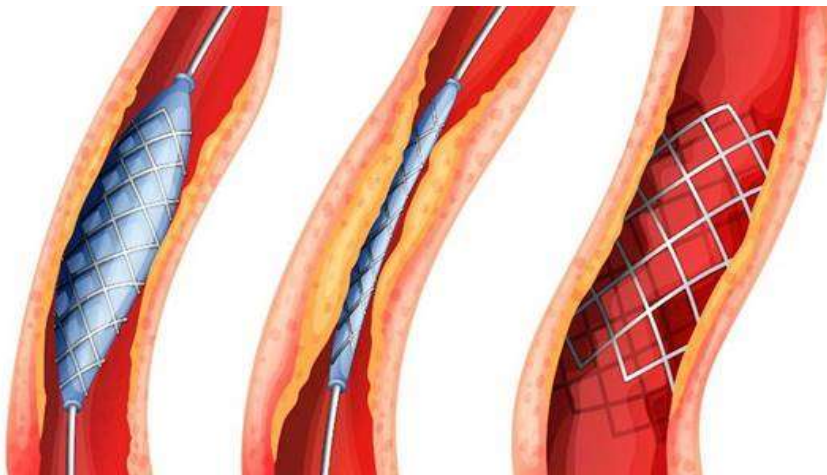
Η επεμβατική αποκατάσταση αποτελείται από τη διαδερμική στεφανιαία παρέμβαση (Percutaneous Coronary Intervention, PCI) η οποία είναι η πρώτη επιλογή και έχει την πιο έγκυρη επαναιμάτωση του μυοκαρδίου. Κατά τη διάρκεια της PCI, ένας λεπτός, εύκαμπτος σωλήνας με ένα μπαλόνι στην άκρη του περνά μέσα από ένα αιμοφόρο αγγείο στη στενή ή φραγμένη στεφανιαία αρτηρία. Μόλις τοποθετηθεί, το μπαλόνι φουσκώνεται για να σπρώξει την πλάκα στο τοίχωμα της αρτηρίας. Αυτό αποκαθιστά τη ροή του αίματος μέσω της αρτηρίας.



Εικόνα 5- Τοποθέτηση μπαλονιού στη φραγμένη αρτηρία

Πηγή: Hellenic-society-of-cardiology.com

Κατά τη διάρκεια της PCI, ένα σύνθετο stent μπορεί να τοποθετηθεί στη στεφανιαία αρτηρία για να τη βοηθήσει να παραμείνει ανοιχτή. Το stent είναι ένας μικρός διχτυωτός σωλήνας που υποστηρίζει το τοίχωμα της εσωτερικής αρτηρίας



Εικόνα 6- Τοποθέτηση stent στη στεφανιαία αρτηρία

Πηγή: Hellenic-society-of-cardiology.com

Περιλαμβάνει επίσης τη παρέμβαση Αορτοστεφανιαίας Παράκαμψης (Coronary Artery Bypass Graft, CABG) αν και είναι σημαντική δεν είναι η πρώτη επιλογή για την αντιμετώπιση του εμφράγματος, αρκετές φορές πραγματοποιείται ύστερα από ανεπιτυχή PCI,

προσφέρει πλήρη επαναιμάτωση του μυοκαρδίου και όχι μεμονωμένα στο σημείο της βλάβης.

Κατά τη διάρκεια της CABG, μια υγιής αρτηρία ή φλέβα από το σώμα συνδέεται ή μεταμοσχεύεται με την φραγμένη στεφανιαία αρτηρία. Η μοσχευμένη αρτηρία ή φλέβα παρακάμπτει το φραγμένο τμήμα της στεφανιαίας αρτηρίας. Αυτό δημιουργεί μια νέα διαδρομή για το πλούσιο σε οξυγόνο αίμα να ρέει στον καρδιακό μυ.

Αν και συνήθως χρησιμοποιείται η PCI όλες οι επεμβάσεις μειώνουν τις συνέπειες της ισχαιμίας, της νοσηρότητα καθώς και της θνησιμότητας.

2.6 Πρόληψη

Οι διατροφικές συνήθειες παίζουν εξίσου σημαντικό ρόλο και στην πρόληψη και στην αποκατάσταση του εμφράγματος του μυοκαρδίου. Προτείνεται η κατανάλωση τροφών που είναι πλούσιες σε θρεπτικά συστατικά, βιταμίνες και σε άλλες φυτικές ίνες. Επίσης γαλακτοκομικά τρόφιμα χαμηλών λιπαρών, δημητριακά ολικής άλεσης, ψάρια και πουλερικά. Χρειάζεται η μείωση της υψηλής χοληστερόλης στο αίμα, η μείωση υψηλής αρτηριακής πίεσης καθώς και η αποφυγή χρήσης αλκοόλ. Η διατήρηση ενός υγιές βάρους είναι σημαντική εξίσου σημαντική είναι και η σωματική άσκηση σε καθημερινό επίπεδο. Συνιστάται επίσης η διακοπή καπνίσματος και η μείωση του άγχους (Shi & Smith, 2018).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

3.1 Ορισμός ποιότητας ζωής

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ) η ποιότητα ζωής συνδέεται με τον χώρο της υγείας, όπου υγεία ορίζεται ως η φυσική, ψυχική και κοινωνική ευεξία με την απουσία κάθε είδους ασθένειας (Haraldstad et al., 2019).

Η υγεία που συνδέεται με την ποιότητα ζωής βασίζεται στις ανάγκες του καθενός δηλαδή περιλαμβάνει την προσωπική ικανοποίηση, τους προσωπικούς στόχους, προσδοκίες και ανησυχίες για αυτό και για να αξιολογηθούν όλες αυτές οι έννοιες που περιβάλουν την ποιότητα ζωής χρειάζονται κάποιες ειδικές κλίμακες και ερωτηματολόγια (Milad & John, 2016)

HRQOL(Health-Related to Quality of Life) είναι μια έννοια που συνδέει την ποιότητα ζωής με την υγεία. Η κατάσταση υγείας ενός ανθρώπου μπορεί να επηρεάσει την ζωή και τη λειτουργία του. Η HRQOL δείχνει τον αντίκτυπο της νόσου και της θεραπείας στη ζωή ενός ασθενή όπως ο ίδιος το αντιλαμβάνεται. Περιλαμβάνει τέσσερις διαστάσεις, τις σωματικές και κινητικές δεξιότητες, την ψυχική κατάσταση, τις κοινωνικές και οικονομικές συνθήκες καθώς και την σωματική αντίληψη (Sosnowski, 2017)

Ο όρος "ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία" αναφέρεται στα μέρη της ζωής των ανθρώπων που επηρεάζονται από την προσωπική τους υγεία, καθώς και στις ενέργειες που αποσκοπούν στη διατήρηση ή τη βελτίωση της υγείας τους. Πρόκειται για μια υποκειμενική αξιολόγηση της κατάστασης της υγείας ενός ατόμου που επικεντρώνεται στο πώς ένα συγκεκριμένο πρόβλημα υγείας επηρεάζει την ικανότητά του να ζει μια ευτυχισμένη ζωή. Με άλλα λόγια, είναι μια έννοια που περιλαμβάνει τη σωματική, ψυχική και κοινωνική υγεία και περιλαμβάνει τόσο τις θετικές όσο και τις κακές πτυχές της ευημερίας και της ύπαρξης. Επιπλέον, η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής είναι ένας δυναμικός όρος, η αξιολόγηση του οποίου μεταβάλλεται καθώς μεταβάλλονται η υγεία, οι σχέσεις, οι εμπειρίες και οι ρόλοι του ατόμου,(Υφαντόπουλος, 2007).

3.2 Ο ψυχοκοινωνικός αντίκτυπος στο Έμφραγμα Μυοκαρδίου

Η κατάθλιψη (μερικές φορές γνωστή ως κλινική κατάθλιψη ή σοβαρή καταθλιπτική διαταραχή) είναι μια κοινή νόσος της διάθεσης που μπορεί να έχει καταστροφικές επιπτώσεις. Θεωρείται ότι κάποιος έχει κατάθλιψη όταν εμφανίζει συμπτώματα πάνω από 2 εβδομάδες. τα κύρια συμπτώματα της κατάθλιψης είναι η θλίψη, η απώλεια ενδιαφέροντος, οι αλλαγές στο φαγητό, τα προβλήματα ύπνου, η κόπωση, η άσκοπη σωματική δραστηριότητα ή οι επιβραδυνόμενες κινήσεις, το αίσθημα αναξιοπρέπειας ή ενοχής, η δυσκολία στη σκέψη και οι

σκέψεις αυτοκτονίας . Διαφέρει από τις τυπικές συναισθηματικές αλλαγές που συμβαίνουν με την πάροδο του χρόνου, καθώς και από τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι άνθρωποι στην καθημερινή ζωή (Smolderen, 2017).

Περιβαλλοντικοί, ψυχολογικοί και γενετικοί παράγοντες θα μπορούσαν να διαδραματίσουν ρόλο στις πολύπλοκες αλληλεπιδράσεις που οδηγούν στην κατάθλιψη . Εάν υπήρξε ένα πρόσφατο γεγονός που άλλαξε τη ζωή, οικογενειακό ιστορικό, συνταγογραφούμενα φάρμακα ή κάποιο πρόβλημα υγείας, η κατάθλιψη είναι πιο πιθανό να εμφανιστεί. (Κοο, 2018).

Η κατάθλιψη, το άγχος και το έμφραγμα μυοκαρδίου συνήθως εμφανίζονται μαζί, αυτές οι δυο ψυχολογικές έννοιες σχετίζονται με τη κακή ποιότητα ζωής και μπορεί να αυξήσουν 3-4 φορές την θνησιμότητα των ασθενών με ΕΜ. Το 4,5-9,3% των γυναικών καθώς και το 2,3-3,2% των ανδρών εμφανίζουν κατάθλιψη μετά από το έμφραγμα. Τα πρώτα συμπτώματα εμφανίζονται τις πρώτες 48-72 ώρες μετά από το έμφραγμα και εντός 5-6 ημερών συνήθως εξαφανίζονται αλλά πια το 81% μετά από 12 μήνες έχουν ακόμα κατάθλιψη και το 76% έχουν ακόμα άγχος (Kala et al., 2016).

Το άγχος είναι μια από τις πιο κοινές ψυχιατρικές διαταραχές με επιπολασμό 7,4%..Εκδηλώνεται ως μια κατάσταση που αποτελείται από ένα σύνθετο γνωστικό, συναισθηματικό, φυσιολογικό και συμπεριφορικό σύστημα απόκρισης Το άγχος συνήθως συνδέεται με τον φόβο. Ο φόβος είναι μια αυτόματη νευροφυσιολογική κατάσταση που χαρακτηρίζεται απο ένα αίσθημα φυγής κατά τη διάρκεια μιας κατάστασης του παρόντος (Chand & Marwaha, 2021).

Αν και δεν έχουν βρεθεί τα παθοφυσιολογικά αίτια που να συνδέουν τα άγχος και την κατάθλιψη με το έμφραγμα μυοκαρδίου(ΕΜ) πιθανολογείται ότι τα αίτια είναι ψυχοβιολογικά και ίσως ευθύνεται σε αλλαγές στο αυτόνομο νευρικό σύστημα και στο ανοσοποιητικό σύστημα. Άλλα αίτια μπορεί να είναι ο ανθυγιεινός τρόπος ζωής και η καθυστέρηση αναζήτησης ιατρικής βοήθειας. Παρατηρείται πως πολλοί ασθενείς δεν θεωρούν αυτά τα συμπτώματα αρκετά σημαντικά έτσι ώστε να προβούν σε θεραπεία (Alexandri, 2017).

Έναν σημαντικό ρόλο στην ποιότητα ζωής έχει η εργασία ,διότι βοηθάει στην ανάρρωση και στη προσαρμογή του ασθενή μετά από έμφραγμα μυοκαρδίου καθώς του προσφέρει ικανοποίηση και παραγωγικότητα. Είναι σημαντικό να αναφερθεί πως υπό φυσιολογικές συνθήκες το 80% των ασθενών επιστρέφει στην εργασία του μετά από 12 μήνες αλλά όσοι ασθενείς εμφανίζουν κατάθλιψη είναι λιγότερο πιθανόν να επιστρέψουν (Ο'neil, Sanderson & Oldenburg, 2010).

B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο

4.1. Αξιολόγηση ποιότητας ζωής

Η αξιολόγηση γίνεται συνήθως με κλίμακες, στις οποίες καλούνται οι ασθενείς και σπανιότερα μέλος της οικογένειας στην περίπτωση που δεν μπορεί ο ασθενής να συμπληρώσει τις απαντήσεις σε ερωτήσεις σχετικά με την ποιότητα ζωής του.

Τα ερωτηματολόγια, όπως και κάθε παρόμοιο εργαλείο μέτρησης, πρέπει να διαθέτουν συγκεκριμένα ψυχομετρικά χαρακτηριστικά, ώστε να μπορούν να θεωρούνται αξιόπιστα και να μπορούν να παρέχουν χρήσιμες πληροφορίες. Τα χαρακτηριστικά αυτά είναι η αξιοπιστία, η εγκυρότητα, η ειδικότητα, η ανταποκρισιμότητα και η ευαισθησία.

- **Αξιοπιστία (reliability).** Η αξιοπιστία ενός οργάνου μέτρησης ποιότητας ζωής δείχνει την ακρίβεια και τη συνέπεια της μέτρησης ως προς το θέμα το οποίο μελετά καθώς και το εύρος μεταβλητότητας των αποτελεσμάτων από τυχαίους παράγοντες της ζωής των ατόμων.
- **Εγκυρότητα (validity).** Η εγκυρότητα ενός ερωτηματολογίου είναι πιο δύσκολο να εντοπιστεί απ' ό,τι η αξιοπιστία του, καθώς απαιτεί διαδοχικές συσχετίσεις μετρήσεων. Ειδικότερα, όταν το ερωτηματολόγιο έχει αντικειμενικά προφανή έννοια, είναι εύκολα κατανοητό και σχετίζεται άμεσα με το σκοπό της μελέτης, τότε εξασφαλίζεται η εγκυρότητα έκφρασης (face validity). Στη συνέχεια, αν η σύνθεση του ερωτηματολογίου ή της συνέντευξης έχει ευρύτητα και βάθος σε απόλυτη συνάφεια με το σκοπό της μέτρησης, τότε το όργανο μέτρησης χαρακτηρίζεται από εγκυρότητα περιεχομένου (content validity). Επιπλέον, αν ένα όργανο μέτρησης έχει σχεδιαστεί για να παρέχει μετρήσεις ως προς κάποιο εξωτερικό κριτήριο, η δυσκολία ως προς την εγκυρότητά του στην περίπτωση αυτή έγκειται στην αξιοπιστία και την εγκυρότητα του κριτηρίου (criterion validity). Επιθυμητή είναι επίσης η δομική εγκυρότητα του οργάνου μέτρησης, το οποίο επιλέγεται για να διακρίνει και να καταγράφει διαφοροποιήσεις μεταξύ των πληθυσμιακών ομάδων (construct validity).
- **Ειδικότητα (specificity).** Η ειδικότητα ενός οργάνου μέτρησης της ποιότητας ζωής εξετάζει την ικανότητα να διακρίνει διαφορετικούς πληθυσμούς ασθενών, π.χ. άτομα με καλή ποιότητα ζωής και άτομα με κακή ποιότητα ζωής, τα οποία ανήκουν σε διαφορετικές υπό έρευνα ομάδες.
- **Ανταποκρισιμότητα (responsiveness).** Η έννοια της ανταποκρισιμότητας δείχνει το βαθμό ευαισθησίας ενός δείκτη να εντοπίζει αλλαγές στο φυσικό, το ψυχικό και το κοινωνικό επίπεδο υγείας. Η ανταποκρισιμότητα θεωρείται χρήσιμη κατά τη μέτρηση του επιπέδου υγείας, όταν χρησιμοποιείται για να εξετάσει την επίδραση μιας ιατρικής παρέμβασης.
- **Ευαισθησία (sensitivity).** Τέλος, η ευαισθησία μελετά την ακρίβεια της κλίμακας μέτρησης και το δείχνει αν υπάρχουν αλλαγές ή διαφοροποιήσεις από τη χρήση της κλίμακας. (Υφαντόπουλος, 2007)

Μερικά από τα ερωτηματολόγια που αξιολογούν την ποιότητα ζωής είναι:

Το ερωτηματολόγιο Sf-36.

Αποτελείται από 36 ερωτήσεις. Χωρίζεται σε 8 ενότητες που αντιπροσωπεύουν τις συχνότερα μετρούμενες διαστάσεις υγείας: τη φυσική λειτουργία, τον σωματικό ρόλο, τον σωματικό πόνο, τη γενική υγεία, τη ζωτικότητα, την κοινωνική λειτουργία, τον συναισθηματικό ρόλο και την ψυχική υγεία (Lins & Carvalho, 2016).

Το ερωτηματολόγιο SAQ

Το ερωτηματολόγιο Στηθάγχης του Σιάτλ (Seattle Angina Questionnaire) αξιολογεί τη συχνότητα των συμπτωμάτων στηθάγχης καθώς και την ποιότητα ζωής των ασθενών. Επίσης αξιολογεί τα συμπτώματα στηθάγχης των προηγούμενων 4 εβδομάδων. Αποτελείται από 19 στοιχεία 5 διαστάσεων αξιολογεί τον σωματικό περιορισμό, την σταθερότητα της στηθάγχης, την συχνότητα της στηθάγχης, την αντίληψη της ασθένειας και της ποιότητας της ζωής. Βαθμολογείται από 0-100 βαθμούς και η υψηλότερη βαθμολογία σημαίνει ότι υπάρχουν λιγότερα συμπτώματα (Mark, 2016)

Η κλίμακα HADS

Η κλίμακα Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) είναι μια κλίμακα αυτοαξιολόγησης η οποία στοχεύει στη μέτρηση των συμπτωμάτων του άγχους και της κατάθλιψης. Αποτελείται από 14 στοιχεία, 7 στοιχεία για την υποκλίμακα του άγχους και 7 στοιχεία για την υποκλίμακα της κατάθλιψης και κάθε στοιχείο μιας κλίμακα βαθμολογείται από 0-3 βαθμούς (Djukanovic et al, 2017)

Νοσοκομειακή Μέτρηση Άγχους και Κατάθλιψης (HADS)

Όνομα: _____ Ημερομηνία: _____

Οι κλινικοί ιατροί είναι σε επένδυση ότι τα συναισθήματα παίζουν ένα σημαντικό ρόλο στις περισσότερες ασθένειες. Αν ο/η κλινικός/ή ιατρός σας γνωρίζει σχετικά μ' αυτά τα συναισθήματα, θα είναι σε θέση να σας βοηθήσει περισσότερο.

Αυτό το ερωτηματολόγιο είναι σχεδιασμένο ώστε να βοηθήσει τον κλινικό ιατρό σας να γνωρίσει πώς αισθάνεστε. Διαβάστε κάθε παρακάτω ερώτημα και υπογραμμίστε την απάντηση η οποία είναι πληρέστερη στα συναισθήματά σας της προηγούμενης εβδομάδας. Ανοητήστε τους αριθμούς οι οποίοι είναι τυπωμένοι στο περιθώριο του ερωτηματολογίου.

Μην προβληματιστείτε πολύ για τις απαντήσεις σας, η άμεση αυτοπόκρισή σας σε κάθε ένα από τα ερωτήματα θα είναι πιθανότατα αντιπροσωπευτικότερη από μια μακρόχρονη και αναλυμένη απάντηση.

ΔΙΠΛΩΣΤΕ ΕΛΩ		ΔΙΠΛΩΣΤΕ ΕΛΩ	
A	D	A	D
	Νιώθω ανήσυχος ή τρομαγμένος		Νιώθω σαν να έχουν πέσει οι ρυθμοί μου
3	Τον περισσότερο καιρό		Σχεδόν όλο τον καιρό
2	Πολύ καιρό		Πολύ συχνά
1	Από καιρό σε καιρό, περιστασιακά		Μερικές φορές
0	Καθόλου		Καθόλου
	Εξοικουθώ να απολαμβάνω τα πράγματα που συνήθιζα να απολαμβάνω		Αντιμετωπίζω κάποιο συναισθημα φόβου σαν να έχω «παταλούδες» στο στομάχι μου
0	Σχεδόν πάντα, στον ίδιο βαθμό		Καθόλου
1	Όχι στον ίδιο βαθμό		Περιστασιακά
2	Λίγο μόνο		Αρκετά συχνά
3	Καθόλου		Πολύ συχνά
	Αντιμετωπίζω κάποιο συναισθημα φόβου σαν να πρόκειται κάτι τρομακτικό να συμβεί		Έχασα το ενδιαφέρον για την εμφάνισή μου
3	Ακριβώς, μάλιστα σε σοβαρό βαθμό		Ακριβώς
2	Ναι, αλλά όχι τόσο σοβαρά		Δεν τη φροντίζω όσο θα έπρεπε
1	Ελάχιστα, αλλά δεν μ' ανησυχεί		Όχι, δεν τη φροντίζω όσο θα έπρεπε
0	Καθόλου		Την φροντίζω όπως πάντοτε
	Μπορώ να γελάω και να βλέπω τη χαριτωτή όψη των πραγμάτων		Νιώθω νευρικός κι ανήσυχος, σαν να πρέπει συνέχεια να κινούμαι
0	Βεβαίως, έτσι όπως πάντα μπορούσα		Μάλιστα σε πολύ μεγάλο βαθμό
1	Μάλλον όχι τόσο, όπως στο παρελθόν		Σε αρκετά μεγάλο βαθμό
2	Σίγουρα όχι τώρα τόσο πολύ		Όχι σε τόσο μεγάλο βαθμό
3	Καθόλου		Καθόλου
	Ανήσυχες σκέψεις περνούν από το μυαλό μου		Προσμένω με χαρά διάφορα πράγματα
3	Πάρα πολύ καιρό		Τόσο όπως και στο παρελθόν
2	Πολύ καιρό		Μάλλον λιγότερο από όσο συνήθιζα
1	Όχι τόσο συχνά		Σίγουρα λιγότερο από ότι συνήθιζα
0	Πολύ λίγο		Καθόλου
	Νιώθω κεφάτος		Αντιμετωπίζω αιφνίδια συναισθήματα πανικού
3	Ποτέ		Πρόσφατα πολύ συχνά
2	Όχι συχνά		Αρκετά συχνά
1	Μερικές φορές		Όχι τόσο συχνά
0	Τον περισσότερο καιρό		Καθόλου
A	D	A	D
	Μπορώ να κάθωμαι άνετα και να νιώθω χαλαρωμένος		Μπορώ να απολαμβάνω ένα ενδιαφέρον βιβλίο ή ένα ραδιοφωνικό/τηλεοπτικό πρόγραμμα
0	Ακριβώς		Συχνά
1	Συνήθως		Μερικές φορές
2	Όχι συχνά		Όχι συχνά
3	Καθόλου		Πολύ σπάνια

Τώρα ελέγξτε ότι έχετε απαντήσει σε όλες τις ερωτήσεις

ΣΥΝΟΛΟ

Αυτή η φόρμα μπορεί να αναπαραχθεί για χρήση, μίση στο πλαίσιο των κανόνων αγοράς και μόνο σύμφωνα με τους όρους που αναφέρονται στη συμφωνία αδείας από τον εκδότη, HADS copyright © R.P. Swath and A.S. Zigmond, 1983, 1992, 1994. Τα στοιχεία της φόρμας καταχώρησης έχουν δημοσιευθεί πρωτοτύπως στην Acta Psychiatrica Scandinavica, 67, 361-370, πνευματική ιδιοκτησία (copyright) © Munksgaard International Publishers Ltd, Copenhagen, 1983. Δημοσιεύθηκε από την Εταιρεία MforNelson Pub Co Ltd, 414 Chiswick High Road, London W4 5TE, UK. Με την επιφύλαξη παντός δικαιώματος. Η Εταιρεία MforNelson είναι μέλος του ομίλου Granada Licensing Limited και ελέγχει στην Εταιρεία ITV plc HADS Greek.

Εικόνα 7- Κλίμακα Νοσοκομειακού Άγχους και Κατάθλιψης (HADS).

Πηγή: Psychiatriki.Journal.gr

Το ερωτηματολόγιο EQ-5D

Το EuroQoL-5 dimension είναι ένα ερωτηματολόγιο που περιγράφει και αξιολογεί την φυσική, τη κοινωνική, τη συναισθηματική και την ψυχική κατάσταση υγείας και χωρίζεται σε 5 επίπεδα. Αξιολογεί τη κινητικότητα, την αυτό-φροντίδα, τις δραστηριότητες, τον πόνο, τη δυσφορία, το άγχος και την κατάθλιψη.

Το ερωτηματολόγιο PHQ-9

Το 9-item Patient Health Questionnaire είναι ένα ερωτηματολόγιο που αξιολογεί τα συμπτώματα της κατάθλιψης. Το PHQ-9 έχει τεκμηριωμένη χρησιμότητα ως ένα εργαλείο αξιολόγησης της κατάθλιψης στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας με αποδεκτή αξιοπιστία, εγκυρότητα, ευαισθησία και εξειδίκευση. Πέραν της χρήσης του ως διαγνωστικού εργαλείου, το PHQ-9 μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί ως εργαλείο μέτρησης της βαρύτητας της κατάθλιψης κατά την παρακολούθηση της θεραπευτικής ανταπόκρισης. Βαθμολογείται από 0-27 βαθμούς με το 0 να αντιστοιχεί σε κανένα καταθλιπτικό σύμπτωμα και το 27 να αντιστοιχεί σε σοβαρά καταθλιπτικά συμπτώματα. Οι βαθμολογίες από 15-19 υποδηλώνουν μείζονα κατάθλιψη με μέτρια προς σοβαρά συμπτώματα. Οι ερωτήσεις του ερωτηματολογίου περιλαμβάνουν ερωτήσεις όπως «νιώθετε κουρασμένος ή έχετε λίγη ενέργεια;», «έχετε πρόβλημα να αποκοιμηθείτε ή να συνεχίσετε τον ύπνο σας ή κοιμάστε υπερβολικά;»

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ (PHQ-9)				
Τις τελευταίες 2 εβδομάδες, πόσο συχνά εσφαλθήκατε αν: αποκοιμηώσαστε στην ταχυδρομική ή τηλεφωνική σας (Υποδείξτε την απάντησή σας με ένα "1-4")	Καθόλου	Λιγότερες μέρες	Ποσότητα προς τις μέρες	Χρειάζομαι αυτή μέρα
1. Μερό ενδοφύρον ή λίγη απόλαυση στις δραστηριότητές σου	0	1	2	3
2. Νιώθετε καταβεβλημένος(η), καταβεβλημένος(η) ή απελπισμένος(η)	0	1	2	3
3. Έχετε πρόβλημα να αποκοιμηθείτε ή να συνεχίσετε τον ύπνο σας ή κοιμάστε υπερβολικά	0	1	2	3
4. Νιώθετε κουρασμένος(η) ή έχετε λίγη ενέργεια	0	1	2	3
5. Έχετε λίγη όρεξη ή τρώτε υπερβολικά	0	1	2	3
6. Νιώθετε άσχημα για τον εαυτό σας ή ότι έχετε αποτύχει ή ότι έχετε απογοητεύσει τον εαυτό σας ή την οικογένειά σας	0	1	2	3
7. Έχετε πρόβλημα συγκέντρωσης σε κάποια ενέργεια, έσως όσον αφοράτε την εμφάνισή ή όσον παρακολουθείτε τηλέοραση	0	1	2	3
8. Κινείστε ή μιλάτε τόσο αργά που άλλοι άνθρωποι θα το παρατηρούσαν. Η το αντίθετο – έχετε τόσο ανδραγαθία(η) ή νευρικό(η), που κανείς πολύ περισσότερο από το συνηθισμένο	0	1	2	3
9. Σκεπτόσαστε ότι θα ήταν καλύτερο αν είχατε πεθάνει ή σκεπτόσαστε να τραυματίσετε εαυτό στον εαυτό σας με κάποια τρόπο	0	1	2	3
Για κάθε οραμα 0 + _____ + _____ + _____ = Total Score: _____				
Εάν επιλέξετε <u>απούσα</u> προβλήματα, πόση <u>δυσκολία</u> προέβλεψαν τα προβλήματα αυτά στη δουλειά σας, στις οικιακές εργασίες σας ή στην επικοινωνία σας με άλλα άτομα:				
Καμία δυσκολία	Μικρή δυσκολία	Μεγάλη δυσκολία	Υπερβολική δυσκολία	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Συντάχθηκε από τους δoκτορες Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, και κλισία με τους συνεργάτες τους με
 εκπαιδευτική επιχορήγηση από την Pfizer Inc. Δεν αποτελεί όργανο για αυτοπαράγνωση, διάγνωση, εμφάνιση ή άλλους.

Εικόνα 8- Ερωτηματολόγιο Υγείας Ασθενούς (PHQ-9).

Πηγή: medicalrecords.gr

Ερωτηματολόγιο WHOQOL-BREF

Το World Health Organization quality of life(WHOQOL-BREF) είναι ένα όργανο 26 ειδών που αποτελείται από τέσσερις τομείς: ο πρώτος τομέας αφορά την σωματική υγεία και περιλαμβάνεται ο πόνος και η δυσφορία, η φαρμακευτική αγωγή και η θεραπεία, η κινητικότητα, η ενέργεια και κόπωση, ο ύπνος και η ξεκούραση, οι καθημερινές δραστηριότητες, η ικανότητα εργασίας. Ο δεύτερος τομέας αφορά την ψυχολογία και περιλαμβάνει τα θετικά συναισθήματα, τα αρνητικά συναισθήματα, τη αυτοεκτίμηση, την μνήμη και τη συγκέντρωση, την εικόνα σώματος, την πνευματικότητα, τη θρησκεία και τις προσωπικές πεποιθήσεις. Ο τρίτος τομέας αφορά τις κοινωνικές σχέσεις και αποτελείται από τις προσωπικές σχέσεις και την πρακτική κοινωνική υποστήριξη. Ο τέταρτος τομέας αφορά το περιβάλλον και περιλαμβάνονται οι οικονομικοί πόροι, οι πληροφορίες και οι δεξιότητες, το οικιακό περιβάλλον, η πρόσβαση στην υγεία και στην κοινωνική φροντίδα, η σωματική ασφάλεια και η ασφάλεια, το φυσικό περιβάλλον και μεταφορά (Gholami, 2013)

Κλίμακα QOLS

Το Quality of life scale ήταν αρχικά ένα όργανο 15 σημείων που μέτρησε πέντε εννοιολογικούς τομείς της ποιότητας ζωής: υλική και σωματική ευεξία, σχέσεις με άλλους ανθρώπους, κοινωνικές, κοινοτικές και αστικές δραστηριότητες, προσωπική ανάπτυξη και ολοκλήρωση και αναψυχή. Μετά από περιγραφική έρευνα που ρώτησε τα άτομα με χρόνια ασθένεια σχετικά με τις αντιλήψεις τους για την ποιότητα ζωής, το εργαλείο επεκτάθηκε για να συμπεριλάβει ένα ακόμη στοιχείο: Ανεξαρτησία, ικανότητα να κάνετε για τον εαυτό σας. Έτσι, το QOLS στην παρούσα μορφή του περιέχει 16 στοιχεία. Είναι αξιόπιστο και για χρόνιες παθήσεις

Το QOLS βαθμολογείται αθροίζοντας τη βαθμολογία σε κάθε στοιχείο για να προκύψει μια συνολική βαθμολογία για το όργανο. Οι βαθμολογίες μπορεί να κυμαίνονται από 16 έως 112. Οι βαθμολογίες QOLS αθροίζονται έτσι ώστε μια υψηλότερη βαθμολογία υποδηλώνει υψηλότερη ποιότητα ζωής (Burckhardt&Anderson, 2003).

4.2 Ποιότητα ζωής μετά από έμφραγμα μυοκαρδίου

Η έννοια της υγείας και της ευημερίας είναι υποκειμενική. Η οπτική γωνία του ίδιου του ασθενούς και η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής του αποτελούν σημαντική παράμετρο για την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της υγείας, της αποτελεσματικότητας . Αρκετές κλινικές μελέτες έχουν δείξει ότι το έμφραγμα του μυοκαρδίου προκαλεί μείωση της κοινωνικής και ψυχολογικής σωματικής λειτουργικότητας των ασθενών που πάσχουν. Οι αλλαγές αυτές επηρεάζουν την ποιότητα ζωής του ασθενούς και μπορεί να επηρεάσουν την ικανότητά του να εκτελεί ακόμη και απλές καθημερινές εργασίες.

Οι ασθενείς με έμφραγμα του μυοκαρδίου αντιμετωπίζουν πολλά προβλήματα που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής τους, τα προβλήματα αυτά μπορούν να ξεπεραστούν και να ελεγχθούν με την τήρηση της τροποποίησης του τρόπου ζωής και του θεραπευτικού σχήματος. Η τροποποίηση του τρόπου ζωής και η καρδιακή αποκατάσταση μετά το έμφραγμα του μυοκαρδίου είναι απαραίτητη λόγω του σχετικά υψηλού κινδύνου υποτροπής και της ανάγκης για μακροχρόνια τροποποίηση του τρόπου ζωής και των παραγόντων κινδύνου μετά το έμφραγμα του μυοκαρδίου.

Η ποιότητα ζωής της υγείας δεν αφορά μόνο την προσωπική κατάσταση της υγείας των ανθρώπων, αλλά και τη σωματική και ψυχική τους κατάσταση, καθώς και ψυχολογικές μεταβλητές όπως οι κοινωνικές και λειτουργικές σχέσεις και το επίπεδο ελευθερίας τους. Οι τομείς που επηρεάζονται από την ποιότητα ζωής είναι:

- Ο ψυχολογικός τομέας

Ο επιπολασμός του άγχους και της κατάθλιψης σε ασθενείς με έμφραγμα του μυοκαρδίου ποικίλλει, αλλά είναι ευρέως αναγνωρισμένο ότι οι πρώτες εβδομάδες της ανάρρωσης στο σπίτι είναι μια αγχωτική εμπειρία περίπου οι μισοί από αυτούς τους ασθενείς αναφέρουν ότι βιώνουν κατάθλιψη και άγχος κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου.

- Η κοινωνική υποστήριξη

Η αντιλαμβανόμενη κοινωνική στήριξη και τα στρεσογόνα γεγονότα της ζωής έχουν ανεξάρτητες σημαντικές επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής των ασθενών όσον αφορά την υγεία.

- Ο τομέας της ανεξαρτησίας

Η απώλεια της ανεξαρτησίας και η αδυναμία εκτέλεσης κοινωνικών ρόλων θα έχει αρνητική επίδραση στην ποιότητα ζωής του ατόμου ως προς την υγεία. Η απώλεια της μυϊκής δύναμης και κινητικότητας και η κοινωνική απομόνωση μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά η μία την άλλη.

- Ο πνευματικός τομέας

Αξιολόγηση της σχέσης σε καρδιοπαθείς μεταξύ πίστης, αντιμετώπισης και ποιότητας ζωής. Τα απειλητικά για τη ζωή και τραυματικά περιστατικά, όπως το έμφραγμα του μυοκαρδίου, μπορεί να οδηγήσουν σε μια πραγματική κρίση που επηρεάζει τους ασθενείς τόσο σωματικά όσο και πνευματικά, ψυχικά και κοινωνικά (Peerdwod, 2021).

4.3 Παρεμβάσεις βελτίωσης ποιότητας ζωής σχετικά με την υγεία

Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής (ΣΥΠΖ) είναι μια πολυδιάστατη έννοια που περιλαμβάνει αυτοαναφερόμενες μετρήσεις της σωματικής και ψυχικής υγείας. Έχει βρεθεί ότι η ΣΥΠΖ αποτελεί ανεξάρτητο προγνωστικό παράγοντα θανάτου και μελλοντικών καρδιακών επεισοδίων σε ασθενείς με ΕΜ. Στην οξεία φάση του ΕΜ, η έμφαση συχνά δίνεται στη σωματική υγεία- ωστόσο, μετά την έξοδο από το νοσοκομείο ή λαμβάνοντας

υπόψη τις μακροπρόθεσμες επιπτώσεις, η ΣΥΠΖ γίνεται σημαντικός παράγοντας που αντανακλά τις επιπτώσεις της νόσου σε διάφορες πτυχές της ζωής του ασθενούς. Ορισμένες μελέτες προτείνουν την ΣΥΠΖ ως δείκτη θεραπευτικής ανταπόκρισης. Η κατανόηση αυτή είναι σημαντική για να συμβάλει στη βελτιστοποίηση της διαχείρισης του ΕΜ και να βοηθήσει τους ασθενείς να επιστρέψουν σε μια φυσιολογική ενεργό ζωή και να επιτύχουν τις απαιτούμενες αλλαγές στον τρόπο ζωής.

Οι επαγγελματίες υγείας είναι σε μοναδική θέση να παρεμβαίνουν και να υποστηρίζουν τους ασθενείς καθώς αναρρώνουν από το Έμφραγμα Μυοκαρδίου. Ενώ οι ιατρικές παρεμβάσεις, η θρομβολυτική θεραπεία και η στεφανιαία αγγειοπλαστική έχουν σημαντικό ρόλο στην επιβίωση των ασθενών με Έμφραγμα Μυοκαρδίου (Kang et al, 2016).

Σε μια μελέτη που αξιολόγησε την ποιότητα ζωής σε ασθενείς μετά από ελάχιστη στεφανιαία επέμβαση, οι ασθενείς κλήθηκαν να απαντήσουν στην ερώτηση «Ποιά είναι η τρέχουσα ποιότητα ζωής σε σύγκριση με τη προεγχειρητική τους περίοδο;», χρησιμοποιώντας μια απλή κλίμακα Likert 5 επιπέδων. Στο επίπεδο (1) αναφερόταν σημαντική επιδείνωση, στο (2) απλή επιδείνωση, στο (3) καμία μεταβολή, στο (4) βελτίωση, και στο (5) σημαντική βελτίωση. Ύστερα τους ζητήθηκε να συμπληρώσουν μια έκδοση του ερωτηματολογίου WHOWQOL-BREF (World Health Organization Quality Of Life-Bref), όπου 26 ερωτήσεις του αφορούσαν: (1) τη σωματική υγεία, (2) τη ψυχολογική υγεία, (3) τις κοινωνικές σχέσεις και (4) το περιβάλλον, ενώ σε άλλες 24 αναφέρθηκαν: (1) η συνολική ποιότητα ζωής και (2) η γενική υγεία. Σαν αποτέλεσμα, η μελέτη αυτή έδειξε ότι το 75,7% των ασθενών έδειξαν βελτιωμένη ποιότητα ζωής και υπήρξε καλή συσχέτιση της Κλίμακας Likert με της WHOWQOL-BREF (Krzych et.al, 2018).

Σε μια άλλη μελέτη που σύγκρινε την υγεία σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 και έμφραγμα μυοκαρδίου δόθηκαν ερωτηματολόγια για την ποιότητα ζωής τους, πριν την έξοδο τους από το νοσοκομείο και πριν την έναρξη της ινσουλίνης για τους διαβητικούς, όπου αξιολογήθηκαν βάση της κλίμακας αξιολόγησης RS (Rating Scale) και μέσω PGWB (Psychological General Well-Being), ενός επιδημιολογικού μέτρου της ποιότητα ζωής που επικεντρώνεται στη ψυχική υγεία. Η κλίμακα RS αποτελείται από μια ευθεία κατακόρυφη κλίμακα που είναι αριθμημένη από το 0-100, όπου 0= θάνατος και 100= τέλεια υγεία. Έτσι, οι ασθενείς κλήθηκαν να επισημάνουν την τρέχουσα κατάσταση υγείας τους στη κάθετη γραμμή μεταξύ 0 και 100. Το PGWB αποτελείται από 22 ερωτήσεις που αξιολογούν (1) το άγχος, (2) την κατάθλιψη, (3) τη ζωτικότητα, (4) τη γενική υγεία, (5) τον αυτοέλεγχο και (6) την ευεξία. Κάθε στοιχείο ισούται με 6 βαθμούς και αξιολογείται με τη συνολική βαθμολογία, όπου 132= η υψηλότερη βαθμολογία άρα και η υψηλότερη αίσθηση ευεξίας. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως όσοι είχαν χαμηλή τιμή είχαν κάποια συνοσηρότητα και μικρότερα επίπεδα ψυχικής ευημερίας. Αν και στην πλειοψηφία της μελέτης ήταν άνδρες, φάνηκε πως οι γυναίκες είχαν χαμηλότερη ποιότητα ζωής με περισσότερες πιθανότητες θνησιμότητας (Venskutonyte et.al, 2013).

Μία μελέτη εξέτασε τις επιπτώσεις της οξείας διαταραχής στρες μετά από έμφραγμα του μυοκαρδίου, καθώς και την τυχόν μειωμένη ποιότητα ζωής που προκαλείται από το μετατραυματικό στρες. Για τον σκοπό αυτό, συγκέντρωσαν ασθενείς με ΕΜ από τρεις ισραηλινές μονάδες εντατικής θεραπείας καρδιολογικών περιστατικών, τους χωρίστηκαν σε τρεις περιόδους και τους ανέλυσαν. Διερεύνησαν 173 ασθενείς για μία εβδομάδα στην πρώτη φάση, 116 ασθενείς για επτά μήνες στη δεύτερη φάση και 90 ασθενείς για οκτώ μήνες στην τρίτη φάση. Οι ασθενείς αυτοί έπρεπε να πληρούν ορισμένα διαγνωστικά κριτήρια για την ΕΜ, όπως συγκεκριμένα καρδιακά ένζυμα, να είναι κάτω των 70 ετών και να μην έχουν άλλη

απειλητική για τη ζωή ασθένεια ως παράγοντα επιλογής. Στην αρχή υπήρχαν 245 άτομα που πληρούσαν το κριτήριο. Οι 196 από αυτούς αξιολογήθηκαν στη φάση 1 της νοσηλείας τους με ποσοστό ανταπόκρισης 80 %. 4 ασθενείς που συμμετείχαν στη φάση 1 πέθαναν πριν προχωρήσουν στη φάση 2, 23 δεν μπόρεσαν να συμμετάσχουν και 53 απορρίφθηκαν. Πριν από τη φάση 3, 22 ασθενείς πέθαναν και επιπλέον ασθενείς αποσύρθηκαν για διάφορους λόγους. Οι κατοικίες των ασθενών χρησιμοποιήθηκαν κατά τη διάρκεια των φάσεων 2 και 3. Επειδή από τα δεδομένα των συμμετεχόντων λείπουν βασικές λεπτομέρειες και αποτελέσματα, στην παρούσα μελέτη περιλαμβάνονται δεδομένα για 173 ασθενείς. Οι μέθοδοι που χρησιμοποιήθηκαν ήταν το Stanford Acute Stress Reaction Questionnaire (SASRQ) ένα ερωτηματολόγιο που αποτελείται από 28 στοιχεία που περιγράφουν τα συμπτώματα διαταραχής του στρες και μέσω της κλίμακας likert 6 βαθμών οι ασθενείς έπρεπε να απαντήσουν με βαθμολογία πόσο ενοχλητικό ήταν το καθένα από τα συμπτώματα. Για να ταξινομηθούν οι ασθενείς ως πάσχοντες της οξείας διαταραχής του στρες θα έπρεπε να αναφέρουν τουλάχιστον ένα ενοχλητικό σύμπτωμα, ένα αναπόφευκτο σύμπτωμα και ένα σύμπτωμα υπερδιέγερσης. Άλλο εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε ήταν το inventory Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) μια κλίμακα αυτοαναφοράς που αποτελείται από συμπτώματα μετα-τραυματικού στρες. Επίσης χρησιμοποιήθηκε και η κλίμακα short form 36 για την προσδιορίσει την ποιότητα ζωής και αξιολογούσε την σωματική, την επαγγελματική, την κοινωνική, τη συναισθηματική λειτουργία των ασθενών.

Μια άλλη μελέτη αξιολόγησε την καρδιακή αυτό-αποτελεσματικότητα και την ποιότητα ζωής ασθενών με στεφανιαία νόσο. Δόθηκαν δείγματα σε 275 ασθενείς και μερικά από τα απαιτούμενα που θα έπρεπε να είχαν οι ασθενείς που συμμετείχαν είναι να είναι >18 ετών, να είχαν ιστορικό καρδιακής ισχαιμικής νόσου και να μην είχαν ιστορικό εμφράγματος πριν από 6 μήνες. Για αυτήν τη μελέτη χρησιμοποιήθηκαν τρεις κλίμακες για την αξιολόγηση της καρδιακής αυτό-αποτελεσματικότητας: 1)η κλίμακα αντιλαμβανόμενης αποτελεσματικότητας στην αλληλεπίδραση ασθενούς-ιατρού (PEPPI-5) με 5 στοιχεία- 2) η κλίμακα αυτό-αποτελεσματικότητας για τη διαχείριση χρόνιων ασθενειών (SEMCD-6) με 6 στοιχεία- και 3) η κλίμακα καρδιακής αυτό-αποτελεσματικότητας του Sullivan (SCSES) με 13 στοιχεία. Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής (ΣΥΠΖ) μεταξύ των ασθενών με στεφανιαία νόσο αξιολογήθηκε με τη χρήση της έκδοσης 5 επιπέδων του ερωτηματολογίου EuroQoL 5-dimensions (EQ-5D-5 L) και της οπτικής αναλογικής κλίμακας Euroqol (EQ VAS). Αξιολογήθηκαν και κάποια δημογραφικά και ιατρικά χαρακτηριστικά. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι τα χαμηλότερα επίπεδα αυτο-αποτελεσματικότητας και οι φτωχότερες αλληλεπιδράσεις ασθενούς-ιατρού προέβλεπαν κακή ΣΥΠΖ.

Μία μελέτη που είχε ως στόχο να βρει τις διαφορές με βάση το φύλο στο άγχος και την κατάθλιψη μετά από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου αξιολογούσε τα επίπεδα κατάθλιψης και άγχους σε ασθενείς που είχαν έμφραγμα μυοκαρδίου εντός του πρώτου μήνα. Έκαναν σύγκριση μεταξύ αυτών με διάφορους παράγοντες κινδύνου. Σκοπός επίσης ήταν να καθοριστούν διαφορές ή ομοιότητες μεταξύ των 2 φύλων. Οι μέθοδοι που χρησιμοποιήθηκαν για την μελέτη ήταν μερικές δημογραφικές ερωτήσεις, κλινικά χαρακτηριστικά καθώς και η κλίμακα αξιολόγησης άγχους και κατάθλιψης Hospital Anxiety And Depression Scale (HADS). Στην μελέτη συμμετείχαν 160 ασθενείς από τους οποίους οι 101 ήταν άνδρες και οι 59 ήταν γυναίκες. Υπήρχαν κάποια κριτήρια ένταξης όπως η κατοχή πλήρους κατανόησης των οδηγιών της έρευνας, ηλικία >18, και οι ασθενείς να μην ξεπερνούν τις 31 μέρες από τότε που υπέστη το έμφραγμα μυοκαρδίου. Σημαντικό κριτήριο επίσης ήταν η διάγνωση του εμφράγματος που θα έπρεπε να είχε επαληθευτεί με 2 από τα 3 τυπικά κριτήρια του εμφράγματος που είναι ο πόνος στο στήθος, η παρουσίαση του ΗΚΓ και οι αυξημένοι καρδιακή βιοδείκτες. Τα αποτελέσματα της μελέτης ήταν ότι οι γυναίκες εμφάνιζαν

περισσότερα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης από τους άνδρες. Στους άνδρες η υψηλότερη βαθμολογία κατάθλιψης συσχετίστηκε με το διαβήτη και με τη σωματική αδράνεια ενώ η υψηλότερη βαθμολογία για το άγχος συσχετίστηκε με το κάπνισμα. Στις γυναίκες η υπερχοληστερολαιμία συσχετίστηκε τόσο με την κατάθλιψη όσο και με το άγχος ενώ η σωματική αδράνεια είχε υψηλότερη βαθμολογία με την κατάθλιψη.

Μια μελέτη αξιολόγησε τη ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία των ασθενών που επέζησαν από οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου σε 30 ημέρες. Συμμετείχαν 1.261 ασθενείς. Ως μέτρα αξιολόγησης δόθηκαν ερωτηματολόγια SAQ 30 ημέρες μετά το εξιτήριο και συλλέχθηκαν δεδομένα που σχετίζουν την ποιότητα ζωής με την υγεία των συμμετεχόντων μέσω της δοκιμής ACS QUICK (Acute Coronary Syndrome Quality Improvement in Kerala). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα η μέση ηλικία των ασθενών ήταν 60,8%. Οι περισσότεροι ήταν άνδρες και παρουσίαζαν έμφραγμα του μυοκαρδίου με ανάσπαση ST ενώ οι γυναίκες που ήταν ηλικιακά μεγαλύτερες από τους άνδρες δεν εμφάνισαν έμφραγμα με ST.

Μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε είχε ως στόχο να συγκρίνει νεαρές γυναίκες και νεαρούς άνδρες ως προς την επιστροφή τους στη εργασία μετά από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου. Στην μελέτη αυτή συμμετείχαν 160 ασθενείς με έμφραγμα μυοκαρδίου εντός 12 μηνών. Ο μέσος όρος ηλικίας των ατόμων ήταν από 18-55 χρονών. Χρησιμοποιήθηκαν δεδομένα από την μελέτη VIRGO (Variation in Recovery: Role of Gender on Outcomes of Young Acute Myocardial Infarct Patients) για να εξεταστούν οι διαφορές των φύλων κατά την επιστροφή τους στη δουλειά. Αλλά μέτρα που εξετάστηκαν είναι τα κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά (δηλαδή η ηλικία, το φύλο, η οικονομική κατάσταση κτλ) και μερικά μέτρα υγείας όπως η υπέρταση, ο διαβήτης, η σύντομη βαθμολόγηση με το sf-12 ερωτηματολόγιο, το κάπνισμα και αν υπήρχε πριν στεφανιαία νόσο. Αξιολογήθηκαν επίσης τα επαγγελματικά χαρακτηριστικά (τύπος εργασίας, πόσες ώρες εργάζονταν τη βδομάδα κτλ.), καθώς και οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες. Η κατάθλιψη αξιολογήθηκε από το ερωτηματολόγιο PHQ-9, το στρες από την κλίμακα PSS-14 (14-item Perceived Stress Scale) και η κοινωνική υποστήριξη με την κλίμακα ESSI (Social Support Inventory). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα οι νεαρές γυναίκες ήταν λιγότερο πιθανόν να γυρίσουν στην εργασία τους σε σχέση με τους άνδρες της ίδιας ηλικίας.

Πηγή	Σκοπός	Δεδομένα	Αποτελέσματα
(Krzych et.al, 2018)	Η αξιολόγηση των αντικειμενικών και υποκειμενικών εννοιών της ποιότητας ζωής των ασθενών ύστερα από χειρουργική επέμβαση.	Τύπος: Προοπτική μελέτη παρατήρησης. (1998-2010) Δείγμα: Από 705 ασθενείς Περιβάλλον: Κέντρο καρδιοχειρουργικής κλινικής, Πολωνία. Εργαλεία μέτρησης: likert scale για υποκειμενική μέτρηση, WHOQOL-BREF για αντικειμενική μέτρηση	Πολύ καλή συσχέτιση μεταξύ των δυο μέτρων αξιολόγησης της ποιότητας ζωής. Το 75,7% έχει καλύτερη ποιότητα ζωής σε σχέση με την προεγχειρητική περίοδο.
(Venskutonyte et.al, 2013)	Η βαθμολόγηση της συνολικής υγείας των ασθενών από τους ίδιους καθώς και η αξιολόγηση της ψυχικής τους ευημερίας, πριν από την έξοδό τους από το νοσοκομείο και πριν την έναρξη της ινσουλίνης.	Τύπος: Υπομελέτη Δείγμα: N 465 Περιβάλλον: Από 28 θεραπευτικά κέντρα 4 χωρών, Δανία, Φιλανδία, Νορβηγία και Σουηδία Εργαλεία μέτρησης: Rating scale και RGWB	Το 68% ήταν άνδρες. Ο μέσος όρος ηλικίας ήταν 68 ετών Το rating scale αναγνώρισε αρκετούς ασθενείς με αυξημένο κίνδυνο. Θνησιμότητας
(Ginzburg & Dor, 2011)	Να αξιολογηθούν οι επιπτώσεις της οξείας διαταραχής του στρες μετά από έμφραγμα του μυοκαρδίου, καθώς και η τυχόν μειωμένη ποιότητα ζωής που προκαλείται από το μετατραυματικό στρες.	Τύπος: Μελέτη Δείγμα: N=173 την 1 ^η εβδομάδα, N=116 τους 7 μήνες, N=90 8 χρόνια μετά το έμφραγμα. Περιβάλλον: Σε 3 μονάδες εντατικής θεραπείας στο Ισραήλ. Εργαλεία Μέτρησης: -SASRQ -PTSD -Short Form 26	Αν και οι περισσότεροι ασθενείς με οξεία διαταραχή στρες επιδεικνύουν μια τάση ανάκαμψης, η πρόβλεψη επανατραυματικού στρες αμέσως μετά το έμφραγμα παραμένει δείκτης μακροπρόθεσμων δυσκολιών προσαρμογής

(Aya Barham et al, 2019)	Να αξιολογηθεί η καρδιακή αυτό-αποτελεσματικότητα και η ποιότητα ζωής σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο.	<p>Τύπος: μελέτη</p> <p>Δείγμα: N=275 ασθενείς</p> <p>Περιβάλλον: Νοσοκομείο Al-Watani και Εθνικό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Al-Najah</p> <p>Εργαλεία μέτρησης: - PEPPI-5 -SEMCD-6 -SCSES -EQ-5D-5L -EQ-VAS</p>	<p>Ο μέσος όρος ηλικίας ήταν 59,51 χρονών.</p> <p>Οι πιο νεαρές ηλικίες είχαν υψηλότερα ποσοστά ποιοτικής ζωής.</p> <p>Οι περισσότεροι από τους ασθενείς ήταν άνδρες, μη καπνιστές και με χαμηλό εισόδημα.</p>
(Serpytis et al, 2018)	<p>Η αξιολόγηση των επιπέδων κατάθλιψης και άγχους σε ασθενείς με ΕΜ τον πρώτο μήνα.</p> <p>Βασικές διαφορές ή/και ομοιότητες μεταξύ των φύλων.</p>	<p>Τύπος: μελέτη</p> <p>Δείγμα: N=160</p> <p>Περιβάλλον: ίδρυμα τριτοβάθμιας φροντίδας</p> <p>Εργαλεία μέτρησης: -Κλίμακα HADS</p>	<p>Το 71,4% των γυναικών και το 60,4% των ανδρών είχαν και οι δύο συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης.</p> <p>Η κλίμακα HADS ήταν πιο υψηλή στις γυναίκες.</p> <p>Οι άνδρες που εμφάνισαν κατάθλιψη ήταν νεώτεροι από αυτούς που δεν εμφάνισαν κατάθλιψη.</p>
(Huffman, 2020)	Αξιολόγηση της ποιότητας που σχετίζεται με την υγεία σε ασθενείς που επέζησαν από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου σε 30 μέρες.	<p>Τύπος: Υπομελέτη</p> <p>Δείγμα: N=1.261</p> <p>Περιβάλλον: 21 νοσοκομεία στη Κεράλα, Ινδία</p> <p>Εργαλεία Μέτρησης: -ACS QUICK -SAQ</p>	<p>Πάνω από τους 2 στους 5 εμφάνισαν στηθάγχη μετά την έξοδο τους από το νοσοκομείο.</p> <p>Οι πιο ηλικιωμένοι ανέφεραν μεγαλύτερους σωματικούς περιορισμούς και χαμηλότερη ποιότητα ζωής.</p>

			Η δοκιμή ACS QUICK βελτίωσε την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία.
(Dreyer et al, 2017)	Να αναφερθούν οι διαφορές των φύλων κατά την επιστροφή τους στη δουλειά 12 μήνες μετά το έμφραγμα μυοκαρδίου.	<p>Τύπος: Μελέτη</p> <p>Δείγμα: N=1.680</p> <p>Περιβάλλον: 103 νοσοκομεία της ΗΠΑ, 24 νοσοκομεία της Ισπανίας και 3 νοσοκομεία της Αυστραλίας</p> <p>Εργαλεία Μέτρησης: VIRGO -PHQ-9 -ESSI -PSS-14</p>	Το 86% επέστρεψε στην δουλειά του. Σύμφωνα με τα επαγγελματικά χαρακτηριστικά οι γυναίκες δούλευαν λιγότερο και σύμφωνα με τα μέτρα υγείας οι γυναίκες ήταν πιο πιθανόν να έχουν διαβήτη και χαμηλότερη ποιοτική ζωή.

4.4 Ο ρόλος του Φυσικοθεραπευτή στην βελτίωση ποιότητας ασθενών μετά από έμφραγμα μυοκαρδίου

Τα στοιχεία δείχνουν ότι η άσκηση μετά από καρδιακά συμβάντα επηρεάζει θετικά στο επίπεδο ποιότητας ζωής και έχει επίσης σημαντικό ευεργετικό ρόλο στην τροποποίηση της νοσηρότητας και της θνησιμότητας. Η καρδιακή αποκατάσταση αποτελεί αναπόσπαστο συστατικό της φροντίδας για ασθενείς που έχουν υποστεί οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, μετά από επεμβατικές στεφανιαίες επεμβάσεις και για αυτούς με χρόνια σταθερή στηθάγχη. Αν και τις τελευταίες τέσσερις δεκαετίες η σωματική άσκηση έχει αναλάβει σημαντικό ρόλο στην υγειονομική περίθαλψη ασθενών με στεφανιαία νόσο, η καρδιακή αποκατάσταση δεν συνίσταται αποκλειστικά στην τακτική άσκηση. Η ολοκληρωμένη καρδιακή αποκατάσταση θα πρέπει να περιλαμβάνει τα ακόλουθα στοιχεία: κλινική αξιολόγηση, βελτιστοποίηση φαρμακοθεραπείας, σωματική άσκηση, ψυχολογική αποκατάσταση, αξιολόγηση και μείωση των παραγόντων κινδύνου στεφανιαίας νόσου, τροποποίηση του τρόπου ζωής και εκπαίδευση των ασθενών. Η ολοκληρωμένη καρδιακή αποκατάσταση θα πρέπει να αντιμετωπίζεται από την καθορισμένη ομάδα (ιατρός, φυσιοθεραπευτής, νοσηλεύτης, ψυχολόγος, διαιτολόγος, κοινωνικός λειτουργός) αμέσως μετά την οξεία φάση του εμφράγματος του μυοκαρδίου και θα πρέπει να περιλαμβάνει

εξατομικευμένα προγράμματα σχεδιασμένα για τη βελτιστοποίηση της φυσικής, ψυχολογικής, κοινωνικής και συναισθηματικής κατάστασης. Το σύγχρονο μοντέλο ολοκληρωμένης καρδιακής αποκατάστασης θα πρέπει να ξεκινήσει όσο το δυνατόν νωρίτερα, να συνεχιστεί για τον απαιτούμενο χρόνο, να σταδιοποιηθεί σωστά και να εξατομικευτεί ανάλογα με την κλινική κατάσταση των ασθενών (Piotrowicz & Wolszakiewicz, 2008).

Ο σκοπός μιας μελέτης ήταν η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία μετά από ένα πρόγραμμα καρδιακής αποκατάστασης σε ασθενείς μετά από ΜΙ. Τα προγράμματα αποκατάστασης που αναλύθηκαν περιελάμβαναν ένα πρόγραμμα άσκησης υπό επίβλεψη με καταγραφή της ποσότητας σωματικής δραστηριότητας και τηλεφωνική παρακολούθηση. Οι ασκήσεις περιλάμβαναν την καρδιοαναπνευστική φυσική κατάσταση, περπάτημα, κολύμπι, ισορροπία, δύναμη καθώς και ασκήσεις με αντίσταση. Η καρδιακή αποκατάσταση βασίζεται σε μέτρα που έχουν σχεδιαστεί για να βοηθήσουν τους ασθενείς να ελαχιστοποιήσουν τον χρόνο ανάρρωσης μετά από ένα καρδιακό επεισόδιο και να μεγιστοποιήσουν τη σωματική, κοινωνική και ψυχολογική απόδοση. Αυτές οι παρεμβάσεις στοχεύουν στην προώθηση της υγιούς συμπεριφοράς προκειμένου να ανακουφίσουν τα συμπτώματα και να μειώσουν τους περιορισμούς.

Τα αποτελέσματα έδειξαν βελτίωση μετά από καρδιακή αποκατάσταση στις διαστάσεις της σωματικής δραστηριότητας, της συναισθηματικής αντίδρασης και εξάρτησης. Βελτίωση υπήρξε και στις διαστάσεις της φυσικής λειτουργίας καθώς και του σωματικού-συναισθηματικού πόνου.

Φαίνεται ότι η ποσότητα της σωματικής δραστηριότητας που εκτελείται συνδέεται στενά με την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία από σωματικούς και συναισθηματικούς όρους. Επομένως, όσο μεγαλύτερη είναι η συχνότητα και η διάρκεια των προγραμμάτων φυσικής δραστηριότητας, τόσο υψηλότερα είναι τα επίπεδα βελτίωσης της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία. Επιπλέον, η πρόωμη έναρξη άσκησης χαμηλού επιπέδου πριν την έξοδο από το νοσοκομείο είναι ασφαλής για εκτέλεση σε ασθενείς μετά από έμφραγμα μυοκαρδίου, οδηγώντας σε σημαντική βελτίωση στην ανοχή στην άσκηση. Ως εκ τούτου, η έγκαιρη άσκηση υπό την καθοδήγηση εκπαιδευμένων επαγγελματιών υγείας θα μπορούσε να αυξήσει θετικά τα ποσοστά βελτίωσης της ποιότητας ζωής. Η διαρκής σωματική δραστηριότητα είναι εξίσου σημαντική για την ποιότητα ζωής (Chacon.M, 2021).

Μία μελέτη είχε σαν σκοπό Να αξιολογήσει τη μακροπρόθεσμη επίδραση ενός προγράμματος καρδιακής αποκατάστασης και πρόληψης στην ποιότητα ζωής μετά από έμφραγμα μυοκαρδίου. Το πρόγραμμα καρδιακής αποκατάστασης και πρόληψης χωρίζονταν σε τέσσερις φάσεις. Η πρώτη φάση αφορούσε ένα πρόγραμμα περιπατητικής ενδο νοσοκομειακής περίθαλψης (από 7-14 ημέρες). Η δεύτερη φάση αφορούσε ένα πρόγραμμα εκπαίδευσης και ασκήσεων εξωτερικών ασθενών 2 φορές/εβδομάδα για έως 8 εβδομάδες. Περιλάμβανε την μείωση βάρους και βελτίωση πολλών παραγόντων κινδύνου καθώς επίσης και καρδιακή αερόβια προπόνηση (διάδρομο, κωπηλασία και προπόνηση με βάρη από τους φυσικοθεραπευτές. Η Τρίτη φάση περιλάμβανε πρόγραμμα με ασκήσεις για το σπίτι 6 μηνών. Η τέταρτη φάση περιλάμβανε μια μακροχρόνια περίοδο συντήρησης μέχρι το τέλος του 2 έτους αφότου είχε προηγηθεί το έμφραγμα. Η αξιολόγηση ποιότητας ζωής έγινε κυρίως μέσω του ερωτηματολογίου sf-36 και άλλων ερωτηματολογίων και στις τέσσερις φάσεις της αποκατάστασης. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν πως η φυσιολογική λειτουργία, ο σωματικός ρόλος, η ζωτικότητα, η ψυχική υγεία και ο συναισθηματικός ρόλος βελτιώθηκαν μετά από την δεύτερη φάση της αποκατάστασης. Οι ασθενείς εμφάνισαν λιγότερη ανησυχία και ήταν λιγότερο καταθλιπτικοί. Οι ειδικοί αποκατάστασης της υγείας

μέσω της αερόβιας προπόνησης συμβάλλουν θετικά τόσο στη ποιότητα ζωής όσο και στην φυσική κατάσταση των ασθενών μετά από έμφραγμα μυοκαρδίου (Man. Yu et al,2004).

Μια μελέτη που αξιολογούσε τις επιδράσεις ενός ολοκληρωμένου προγράμματος καρδιακής αποκατάστασης στην ποιότητα ζωής ασθενών με έμφραγμα μυοκαρδίου αναφερόταν σε ασθενείς που είχαν συμμετέχει σε ένα πρόγραμμα αποκατάστασης διάρκειας 8 εβδομάδων. Οι συμμετέχοντες είχαν συνολικά 24 συνεδρίες 3/εβδομάδα. Κάθε συνεδρία γινόταν υπο την επίβλεψη ιατρών και φυσικοθεραπευτών και αποτελούταν από 10-20 λεπτά προθέρμανσης και από 20-40 λεπτά αερόβιας άσκησης με τη χρήση διάδρομου και στατικού ποδήλατου. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι βελτιώθηκε πολύ η φυσική λειτουργία, ο σωματικός περιορισμός, ο σωματικός πόνος και η γενικευμένη υγεία μετά από 8 εβδομάδες ολοκληρωμένης αποκατάστασης.

Η ικανότητα άσκησης βελτίωσε σημαντικά την ικανότητα των ασθενών να πραγματοποιούν τις καθημερινές τους δραστηριότητες, την εργασία τους και άλλα, αυτό είχε σαν αποτέλεσμα την βελτίωση της ποιότητας ζωής τους (Saeidi et al, 2013).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Οι καρδιαγγειακές παθήσεις είναι η κύρια αιτία θανάτου παγκοσμίως. Ειδικότερα, το έμφραγμα του μυοκαρδίου (ΕΜ) είναι ένα απειλητικό για τη ζωή γεγονός που προκαλείται από πλήρη απόφραξη μιας αρτηρίας που παρέχει αίμα, οξυγόνο και θρεπτικά συστατικά στην καρδιά. Η παρούσα συστηματική ανασκόπηση μελέτησε 7 έρευνες που σύγκριναν την ποιότητα ζωής των ατόμων που έχουν υποστεί Έμφραγμα Μυοκαρδίου και ανέφεραν ποια είναι η σχέση μεταξύ της ποιότητας ζωής με διάφορους παράγοντες που επηρεάζουν τα άτομα αυτά. Τα αποτελέσματα από τις μελέτες αυτές ήταν παρόμοια. Αυτό που έγινε αντιληπτό σχεδόν σε όλες τις μελέτες είναι ότι οι γυναίκες εμφάνισαν χαμηλότερη ποιοτική ζωή από τους άνδρες και ότι πιο δύσκολα θα επέστρεφαν στην δουλειά τους. Επίσης σύμφωνα με τις μελέτες οι ασθενείς με έμφραγμα μυοκαρδίου που είχαν και συνωδά προβλήματα υγείας για παράδειγμα διαβήτη εμφάνισαν χαμηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής από αυτούς που δεν είχαν συνωδά προβλήματα. Η ηλικία επίσης φαίνεται να επηρεάζει την ποιότητα ζωής (ΠΖ) καθώς οι πιο νεαρές ηλικίες είχαν καλύτερη ΠΖ από τους ηλικιωμένους. Ο ρόλος του φυσικοθεραπευτή είναι πολύ σημαντικός καθώς συμβάλει στην βελτίωση της σωματικής και ψυχολογικής υγείας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ-ΑΡΘΡΟΓΡΑΦΙΑ

1. Κωλέττης, Θ., 2015. *Παθοφυσιολογία της καρδιάς*. Αθήνα: Εκδόσεις Κάλλιπος.
2. Ντάναγου, Μ. και Κορωνάιος, Α., 2015. *ΟΞΕΑ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΣΥΝΔΡΟΜΑ ΣΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ*. Σε Κουτσούκου, Α., Βασιλειάδης, Ι., Ροβίνα, Ν., Ποντικής, Κ., Ντάναγου, Μ., Αυγεροπούλου, Σ., Κυριακοπούλου, Μ. και Ρωμανού, Β. *Βασικές αρχές εντατικής θεραπείας*. Αθήνα: Εκδόσεις Κάλλιπος.
3. Παπασιδέρης, Φ., 2014. *Το ανθρώπινο σώμα: Στοιχεία Ανατομίας και Φυσιολογίας*.
4. Marschall, S., Runge, Greganti, M, Andrew, 2015. *Παθολογία Βασικές Αρχές*. Nicosia, Cyprus: Broken Hill Publishers LTD: 165,168-173.
5. Iaizzo, P., (Ed.) 2005. *Handbook of cardiac anatomy, physiology, and devices*. New Jersey: Humana Press.
6. Frotscher, M., Platzer, W, Kahle, W, Fritsch, H, Kuhnel, W., 2009. *Εγχειρίδιο Περιγραφικής Ανατομικής, Εσωτερικά Όργανα II*. Nicosia, Cyprus: Broken Hill Publishers.
7. Alexandri, A., Georgiadi, E., Mattheou, P., & Polikandrioti, M., 2017. Factors associated with anxiety and depression in hospitalized patients with first episode of acute myocardial infarction. *Archives of medical sciences. Atherosclerotic diseases*, 2, e90–e99.
8. Chapman, A., R., 2016. Assessment and classification of patients with myocardial injury and infarction in clinical practice. *Heart*, 103(1), pp. 10-18.
9. Haraldstad, K., Wahl, A., Andenæs, R., Andersen, J., R., Andersen, M., H., Beisland, M., J., E, Borge, C., R., Engebretsen, E., Eisemann, M., Halvorsrud, L., Hanssen, T., A., Haugstvedt, A., Haugland, T., Johansen, V., A., Larsen, M., H., Løvereide, L., Løyland, B., Kvarme, L., G., Moons, P., Norekvål, T., M., Ribu, L., Rohde, G., E., Urstad K., H., Helseth S. and the LIVSFORSK network, 2019. A systematic review of quality of life research in medicine and health sciences. *Qual Life Res*, 28(10), pp. 2641-2650.
10. Kala, P., Hudakova, N., Jurajda, M., Kasperek, T., Ustohal, L., Parenica, J., Sebo, M., Holicka, M., & Kanovsky, J., 2016. Depression and Anxiety after Acute Myocardial Infarction Treated by Primary PCI. *PloS one*, 11(4), e0152367.
11. O’Neil A., Sanderson K. and Oldenburg B., 2010. Depression as predictor of work resumption following myocardial infarction (MI): a review of recent research evidence. *Health Qual Life Outcomes*, 8, p. 95.
12. Saleh, M. and Ambrose, J., A., 2018. Understanding myocardial infarction. *F1000Res*, 7: (F1000 Faculty Rev)-1378.
13. Krzych, L., J., Lach, M., Joniec, M., Cisowski, M. and Bochenek, A., 2018. The Likert scale is a powerful tool of quality of life assessment among patients after minimally invasive coronary surgery. *Kardiochir Torakochirurgia Pol*, 15(2): 130-134.
14. Venskutonyte, L., Brismar, K., Öhrvik, J., Rydén, L. and Kjellström, B., 2013. Self-rated health predicts outcome in patients with type 2 diabetes and myocardial infarction: a DIGAMI 2 quality of life sub-study. *Randomized Controlled Trial*, 10(4), pp. 361-367.
15. Shi, W.Y. & Smith, J.A. (2018). Role of Coronary Artery Bypass Surgery in Acute Myocardial Infarction. *Primary Angioplasty*, pp.211–221.

16. Koo S. K., 2018. Depression Status in Korea. *Osong public health and research perspectives*, 9(4), 141–142.
17. Serpytis, P., Navickas, P., Lukaviciute, L., Navickas, A., Aranauskas, R., Serpytis, R., Deksnyte, A., Glaveckaite, S., Petrulioniene, Z., & Samalavicius, R., 2018. Gender-Based Differences in Anxiety and Depression Following Acute Myocardial Infarction. *Arquivos brasileiros de cardiologia*, 111(5), 676–683.
18. Djukanovic, I., Carlsson, J., & Årestedt, K., 2017. Is the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) a valid measure in a general population 65-80 years old? A psychometric evaluation study. *Health and quality of life outcomes*, 15(1), 193.
19. Lins, L., & Carvalho, F. M., 2016. SF-36 total score as a single measure of health-related quality of life: Scoping review. *SAGE open medicine*, 4.
20. Sosnowski, R., Kulpa, M., Ziętałewicz, U., Wolski, J. K., Nowakowski, R., Bakuła, R., & Demkow, T., 2017. Basic issues concerning health-related quality of life. *Central European journal of urology*, 70(2), pp. 206–211.
21. Schweikert, B., Hunger, M., Meisinger, C., König, H., Gapp, O. & Holle, R., 2009. Quality of life several years after myocardial infarction: comparing the MONICA/KORA registry to the general population, *European Heart Journal*, 30(4), pp. 436–443.
22. Dreyer, R. P., Xu, X., Zhang, W., Du, X., Strait, K. M., Bierlein, M., Bucholz, E. M., Geda, M., Fox, J., D'Onofrio, G., Lichtman, J. H., Bueno, H., Spertus, J. A., & Krumholz, H. M., 2016. Return to Work After Acute Myocardial Infarction: Comparison Between Young Women and Men. *Circulation. Cardiovascular quality and outcomes*, 9(2), S45–S52.
23. Chaudhry R, Miao JH, Rehman A. 2020. Physiology, Cardiovascular. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.
24. Scott, J., 2004. Pathophysiology and biochemistry of cardiovascular disease. *Current Opinion in Genetics & Development*, pp. 271-279.
25. Ginzburg, K., Tsachi E., 2011. Posttraumatic stress syndromes and health-related quality of life following myocardial infarction: 8-year follow-up. *General Hospital Psychiatry*, (6), pp. 565-571.
26. Peerdwod N. A. H., 2021. Quality of Life For Patients With Myocardial Infarction: Article Review. *Mosul Journal of Nursing*, 9(1), pp. 86-100.
27. Kang, K., Gholizadeh, L., Inglis, S. and Han, H., 2016. Interventions that improve health-related quality of life in patients with myocardial infarction. *Quality of Life Research*, 25(11), pp.2725-2737.
28. Huffman, M. D., Mohanan, P. P., Devarajan, R., Baldrige, A. S., Kondal, D., Zhao, L., Ali, M., Spertus, J. A., Chan, P. S., Natesan, S., Abdullakutty, J., Krishnan, M. N., Tp, A., Renga, S., Punnoose, E., Unni, G., Prabhakaran, D., Lloyd-Jones, D. M., & ACS QUIK Investigators, 2019. Health-Related Quality of Life at 30 Days Among Indian Patients With Acute Myocardial Infarction. *Circulation. Cardiovascular quality and outcomes*, 12(2).

29. Barham, A., Ibraheem, R. & Zyoud, S.H., 2019 Cardiac self-efficacy and quality of life in patients with coronary heart disease: *a cross-sectional study from Palestine. BMC Cardiovasc Disord* 19, pp.290 .
30. Mark, D. B., Anstrom, K. J., Sheng, S., Baloch, K. N., Daniels, M. R., Hoffmann, U., Patel, M. R., Cooper, L. S., Lee, K. L., Douglas, P. S., & PROMISE Investigators, 2016. Quality-of-Life Outcomes With Anatomic Versus Functional Diagnostic Testing Strategies in Symptomatic Patients With Suspected Coronary Artery Disease: *Results From the PROMISE Randomized Trial. Circulation*, 133(21).
31. Burckhardt, C. S., & Anderson, K. L., 2003. The Quality of Life Scale (QOLS): reliability, validity, and utilization. *Health and quality of life outcomes*, 1, 60.
32. Υφαντόπουλος ΓΝ, 2007 Μέτρηση της ποιότητας ζωής και το ευρωπαϊκό υγειονομικό μοντέλο. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 2: 6-18
33. Gholami, A., Jahromi, LM, Zarei, E., & Dehghan, A.,2013. Εφαρμογή του WHOQOL-BREF στη Μέτρηση της Ποιότητας Ζωής στο Υγειονομικό Προσωπικό. *International journal of preventive medicine* , 4 (7), 809–817.
34. Yu, C.-M., Lau, C.-P., Chau, J., McGhee, S., Kong, S.-L., Cheung, B. M.-Y., & Li, L. S.-W. 2004. A short course of cardiac rehabilitation program is highly cost effective in improving long-term quality of life in patients with recent myocardial infarction or percutaneous coronary intervention. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 85(12), 1915–1922.
35. Piotrowicz R, Wolszakiewicz J. *Cardiac rehabilitation following myocardial infarction. Cardiol J.* 2008;15(5):481-7.
36. Mansilla-Chacón M, Gómez-Urquiza JL, Martos-Cabrera MB, Albendín-García L, Romero-Béjar JL, Cañadas-De La Fuente GA, Suleiman-Martos N. 2021. Effects of Supervised Cardiac Rehabilitation Programmes on Quality of Life among Myocardial Infarction Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Cardiovascular Development and Disease.* 8(12):166.
37. Saeidi, M., Mostafavi, S., Heidari, H., & Masoudi, S. 2013. Effects of a comprehensive cardiac rehabilitation program on quality of life in patients with coronary artery disease. *ARYA atherosclerosis*, 9(3), 179–185.