



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΠΜΣ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

Τίτλος εργασίας

«Ποιότητα Ζωής και Καρδιαγγειακοί Ασθενείς»

Συγγραφέας:

Ιωάννα Καταραχιά

ΑΜ: epi2250

Επιβλέπουσα:

Βενετία Νοταρά

Αναπληρώτρια Καθηγήτρια

Αθήνα, Μάρτιος 2024



UNIVERSITY OF WEST ATTICA

SCHOOL OF PUBLIC HEALTH

DEPARTMENT OF PUBLIC AND COMMUNITY HEALTH

MSc EPIDEMIOLOGY AND HEALTH PROMOTION

Diploma Thesis

Title

«Quality of Life and Cardiovascular Patients»

Student: Ioanna Katarahia

Registration Number: epi2250

Supervisor: Venetia Notara

Assoc. Professor

Athens, March 2024



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΠΜΣ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ

Τίτλος εργασίας: «Ποιότητα Ζωής και Καρδιαγγειακοί Ασθενείς»

Μέλη Εξεταστικής Επιτροπής συμπεριλαμβανομένου και του Εισηγητή

Η μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία εξετάστηκε επιτυχώς από την κάτωθι Εξεταστική Επιτροπή:

A/α	ΟΝΟΜΑ ΕΠΩΝΥΜΟ	ΒΑΘΜΙΔΑ/ ΙΔΙΟΤΗΤΑ	ΨΗΦΙΑΚΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗ
1	ΝΟΤΑΡΑ ΒΕΝΕΤΙΑ	ΑΝ. ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ/ ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ	
2	ΛΑΓΙΟΥ ΑΡΕΤΗ	ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ/ΜΕΛΟΣ	
3	ΣΤΑΘΟΠΟΥΛΟΥ ΑΓΑΘΗ	ΕΔΙΠ/ΜΕΛΟΣ	

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η κάτωθι υπογεγραμμένη Καταραχιά Ιωάννα του Σωτηρίου με αριθμό μητρώου epi2250 φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών "Επιδημιολογία και Προαγωγή Υγείας" του Τμήματος Δημόσιας και Κοινωνικής Υγείας, της Σχολής Δημόσιας Υγείας, του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι:

«Είμαι συγγραφέας αυτής της μεταπτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος.

Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

**Επιθυμώ την απαγόρευση πρόσβασης στο πλήρες κείμενο της εργασίας μου μέχρι 12 μήνες και έπειτα από αίτηση μου στη Βιβλιοθήκη και έγκριση του Επιβλέποντα Καθηγητή.*

Η Δηλούσα



ΙΩΑΝΝΑ ΚΑΤΑΡΑΧΙΑ

*** Ονοματεπώνυμο /Ιδιότητα**

Ψηφιακή Υπογραφή Επιβλέποντα
(Υπογραφή)

** Εάν κάποιος επιθυμεί απαγόρευση πρόσβασης στην εργασία για χρονικό διάστημα 6-12 μηνών (embargo), θα πρέπει να υπογράψει ψηφιακά ο/η επιβλέπων/ουσα καθηγητής/τρια, για να γνωστοποιεί ότι είναι ενημερωμένος/η και συναινεί. Οι λόγοι χρονικού αποκλεισμού πρόσβασης περιγράφονται αναλυτικά στις πολιτικές του Ι.Α. (σελ. 6)*

Περίληψη

Παρά τις πρόσφατα παρατηρούμενες βελτιώσεις στην πρόγνωση και έκβαση των καρδιαγγειακών νοσημάτων, κύρια αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας σε παγκόσμια κλίμακα, παραμένουν οι καρδιαγγειακές παθήσεις. Το 48% της πρόωρης θνησιμότητας οφείλεται σε καρδιαγγειακά νοσήματα, αναφέροντας συγκεκριμένα πως πρόκειται για πλέον των 4,3 εκατομμύριων θανάτων ετησίως, οι περισσότεροι εκ των οποίων (>50%) αποδίδονται σε στεφανιαία νόσο και ~ το 1/3 σε αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Στόχος της υγειονομικής περίθαλψης και της προληπτικής ιατρικής είναι η βελτίωση της υγείας και της ποιότητας ζωής των μελών της κοινότητας, γεγονός που καθιστά τη διερεύνηση της ποιότητας ζωής των καρδιαγγειακών ασθενών ιδιαίτερως σημαντική. Η τρέχουσα συστηματική ανασκόπηση επιχειρεί να συγκεντρώσει σύγχρονες επιστημονικές δημοσιεύσεις της διεθνούς κοινότητας επί του θέματος της ποιότητας ζωής στους ασθενείς με καρδιαγγειακές παθήσεις, όρος που καλύπτει ένα ευρύ φάσμα νοσημάτων της καρδιάς και των αιμοφόρων αγγείων, με κοινή όμως εν πολλοίς συμπτωματολογία, ποιότητα ζωής, αποκατάσταση, δυσλειτουργίες και θεραπευτική αντιμετώπιση

Λέξεις-Κλειδιά: CVDs, Καρδιαγγειακή Υγεία, HRQoL, Ποιότητα Ζωής

Abstract

Despite the recently observed improvements in the cardiovascular diseases' prevention, prognosis and outcomes, cardiovascular disease remains still a major cause of morbidity and mortality worldwide. 48% of premature mortality is due to cardiovascular diseases, specifically stating that these are more than 4.3 million deaths per year, most of which (>50%) are attributable to coronary heart disease and ~1/3 to stroke. The goal of health care and preventive medicine is to improve the health and quality of life of community members, which makes investigating the quality of life of cardiovascular patients particularly important. The current systematic review attempts to gather contemporary scientific publications of the international community on the subject of quality of life in patients with cardiovascular diseases, a term that covers a wide range of diseases of the heart and blood vessels, but with a common set of symptoms, quality of life, rehabilitation, dysfunctions and treatment

Keywords: CVDs, Cardiovascular Health, HRQoL, Quality of Life

Περιεχόμενα

Περίληψη	5
Abstract	6
Κατάλογος Συντομογραφιών & Ακρωνυμίων	8
Κατάλογος Εικόνων	9
Κατάλογος Σχημάτων	9
Κατάλογος Πινάκων	10
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ	13
1.1 Γενικές έννοιες, αιτιοπαθογένεια και παράγοντες κινδύνου	13
1.2 Επιδημιολογικά στοιχεία	16
1.3 Οικονομικές διαστάσεις - Πρόληψη	20
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ	24
2.1 Ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με την υγεία: έννοιες και παράγοντες που την καθορίζουν	24
2.2 Εργαλεία μέτρησης της HRQoL στους καρδιαγγειακούς ασθενείς	27
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	32
3.1 Σκοπός της μελέτης και ερευνητικά ερωτήματα	32
3.2 Σχεδιασμός μελέτης	32
4.1 Σκοπός των ερευνών	36
4.2 Αναφερόμενες επιπτώσεις των καρδιαγγειακών νοσημάτων στην ποιότητα ζωής των ασθενών	37
4.3 Σωματική – φυσική λειτουργικότητα	38
4.4 Ψυχική Υγεία	40
4.5 Κοινωνική Λειτουργικότητα	41
4.6 Περιβάλλον	41
4.7 Θνησιμότητα	42
4.7 Δημογραφικά χαρακτηριστικά	51
4.8 Εργαλεία Μέτρησης HRQOL	53
5. ΣΥΖΗΤΗΣΗ	60
Βιβλιογραφία	63

Κατάλογος Συντομογραφιών & Ακρωνυμίων	
ESC	Ευρωπαϊκή Καρδιολογική Εταιρεία
CVD	Cardiovascular Disease
WHO	World Health Organization
HRQoL	Health-Related Quality of Life
ΣΝ	Στεφανιαία Νόσος
HIC	High Income Countries
LMICs	Low- and middle-income countries
ΕΛΣΤΑΤ	Ελληνική Στατιστική Αρχή
NCDs	Noncommunicable diseases
GBD	Global Burden of Disease
DALYs	Disability-adjusted life years
QALYs	Quality Adjusted Life-Years
HNNHS	Hellenic National Nutrition and Health Survey
BHF	British Heart Federation
SCORE	Systemic Coronary Risk Evaluation
OHCA	Out-of-hospital cardiac arrest
MI	Myocardial Infarction
DVT	Deep Vain Thrombosis
PROs	Patient-Reported Outcomes

Κατάλογος Εικόνων		
		Σελίδα
Εικόνα 1	Ταξινόμηση των καρδιαγγειακών νοσημάτων.....	9
Εικόνα 2	Παγκόσμιος χάρτης της τυποποιημένης για την ηλικία καρδιαγγειακής νόσου,2022.....	11
Εικόνα 3	Ο παγκόσμιος επιπολασμός καρδιακών και κυκλοφορικών παθήσεων το 2021.....	12
Εικόνα 4	Κυριότερες αιτίες θανάτου (ΕΛΣΤΑΤ, 2022)	13
Εικόνα 5	Ο ρόλος της καρδιακής αποκατάστασης στη βελτίωση των καρδιαγγειακών αποτελεσμάτων.....	17
Εικόνα 6	Εννοιολογικό μοντέλο της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία («οικολογική» προσέγγιση).....	18
Εικόνα 7	Το εννοιολογικό μοντέλο της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής.....	20

Κατάλογος Σχημάτων		
		Σελίδα
Σχήμα 1	Τροποποιήσιμοι και μη τροποποιήσιμοι παράγοντες κινδύνου	10
Σχήμα 2	Κατάσταση Υγείας Αναφερόμενη από τον Ασθενή.....	21
Σχήμα 3	Πυραμίδα δεδομένων για την υγεία του πληθυσμού.....	22
Σχήμα 4	Διάγραμμα Ροής της Διαδικασίας Αναζήτησης.....	28

Κατάλογος Πινάκων		Σελίδα
Πίνακας 1	Κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού	27
Πίνακας 2	Τομείς ποιότητας ζωής κατά WHOQOL-BREF συνολική ποιότητα ζωής και γενική υγεία.....	31
Πίνακας 3	Επιπτώσεις των Καρδιαγγειακών Νοσημάτων στην Ποιότητα Ζωής	38
Πίνακας 4	Δημογραφικά χαρακτηριστικά και ποιότητα ζωής.....	48

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Παρά τις πρόσφατα παρατηρούμενες βελτιώσεις στην πρόγνωση και έκβαση των καρδιαγγειακών νοσημάτων (Mensah, 2023), κύρια αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας σε παγκόσμια κλίμακα, παραμένουν οι καρδιαγγειακές παθήσεις. Η έκθεση της Ευρωπαϊκής Καρδιολογικής Εταιρείας (ESC, European Heart Health Charter - Revision, 2023) εκτιμά ότι το 48% της πρόωρης θνησιμότητας οφείλεται σε καρδιαγγειακά νοσήματα, αναφέροντας συγκεκριμένα πως πρόκειται για πλέον των 4,3 εκατομμύριων θανάτων ετησίως, οι περισσότεροι εκ των οποίων (>50%) αποδίδονται σε στεφανιαία νόσο και ~ το 1/3 σε αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Τα επιδημιολογικά δεδομένα της ίδιας Έκθεσης, παρά την σημαντική ποικιλομορφία μεταξύ χωρών και ομάδων πληθυσμού, καταγράφουν μια συνολική αποτίμηση της τάξης του 47% των θανάτων μεταξύ των γυναικών και του 39% των ανδρών, προερχόμενους από καρδιαγγειακές παθήσεις. Επιπλέον, αν και σε υψηλού εισοδήματος χώρες σημειώνονται κάποιες θετικές τάσεις ως προς την μείωση του δείκτη επιπολασμού των CVD (ESC, Understanding the burden of CVD: Facts and figures, 2023), η συχνότητα εκδήλωσης παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου καταγράφει ανοδική πορεία, κυρίως η παχυσαρκία και ο σακχαρώδης διαβήτης. Στην παθογένεια των καρδιαγγειακών νοσημάτων – και κατ' αντιστοιχία με άλλες μορφές χρόνιων μη μεταδιδόμενων νοσημάτων - εμπλέκονται τόσο γενετικοί, όσο και περιβαλλοντικοί παράγοντες σχετιζόμενοι κατά κύριο λόγο με τον τρόπο ζωής (Nolte E., 2008). Η μεταβολή του καρδιαγγειακού κινδύνου, όντας μια διαδικασία δυναμική και συνεχής, αυξάνει με την πάροδο του χρόνου και εύλογα αντιπροσωπεύει τη μεγαλύτερη αιτία μακροχρόνιας αναπηρίας για την τρίτη ηλικία, αν ληφθεί υπόψη και ο παράγοντας της συσσώρευσης νοσηροτήτων (Phyoga A.Z.Z., 2021). Η εξέλιξη της νόσου επιβαρύνει σημαντικά την ποιότητα ζωής των ασθενών, επηρεάζοντας την καθημερινότητά τους σε όλες της τις εκφάνσεις, αφού πέραν των αναγκών για συχνές ιατρικές επισκέψεις, εισαγωγές σε υγειονομικές μονάδες και συστηματική φαρμακευτική αγωγή, συνυπάρχουν κινητικά προβλήματα, μειωμένη αυτοεξυπηρέτηση, αδυναμία εκπλήρωσης των ρόλων τους ως προς τα οικογενειακά -εργασιακά -κοινωνικά καθήκοντα, κοινωνική απομόνωση και επιπτώσεις στην ψυχική τους υγεία (Ko HY, 2015)

Στόχος της υγειονομικής περίθαλψης και της προληπτικής ιατρικής είναι η βελτίωση της υγείας και της ποιότητας ζωής των μελών της κοινότητας (WHO, Cardiovascular diseases,

2020). Επί σειρά δεκαετιών ως δείκτες μέτρησης για την αξιολόγηση των θεραπευτικών προσεγγίσεων στα καρδιαγγειακά νοσήματα υπήρξαν η νοσηρότητα και η θνησιμότητα. Ένας νέος όρος, αυτός της ποιότητας που σχετίζεται με την υγεία (Health-Related Quality of Life/ HRQoL) εισάγεται για πρώτη φορά ως έννοια στην ιατρική τη δεκαετία του 1970 (Estwing Ferrans C., 2005). Στα χρόνια που ακολουθούν, γνωρίζει τεράστια ανάπτυξη, ενώ η έρευνα για την ποιότητα ζωής ολοένα και αυξάνεται σε μεθοδολογική αυστηρότητα και πολυπλοκότητα. Σύμφωνα με τους Kaplan & Hays (Hays 2022), οι τελευταίες πέντε δεκαετίες έχουν καταστήσει τον συνδυασμό του προσδόκιμου ζωής και της ποιότητας που σχετίζεται με την υγεία ζωής (HRQoL) ως προϋπόθεση για την ολοκληρωμένη μέτρηση των αποτελεσμάτων υγείας και η αναγνώριση της σημασίας των συγκεκριμένων δεικτών εξακολουθεί να αυξάνει μεταξύ ερευνητών και κλινικών. Ενδεικτικά στη μελέτη τους αναφέρεται πως ενώ το 1972 υπήρχαν 0 δημοσιεύσεις επί του θέματος, το 2019 ο αριθμός των άρθρων που χρησιμοποιούν τη λέξη-κλειδί «ποιότητα ζωής» αυξήθηκε σε 17.011.

Η τρέχουσα συστηματική ανασκόπηση επιχειρεί να συγκεντρώσει σύγχρονες επιστημονικές δημοσιεύσεις της διεθνούς κοινότητας επί του θέματος της ποιότητας ζωής στους ασθενείς με καρδιαγγειακές παθήσεις, όρος που καλύπτει ένα ευρύ φάσμα νοσημάτων της καρδιάς και των αιμοφόρων αγγείων, με κοινή όμως εν πολλοίς συμπτωματολογία, ποιότητα ζωής, αποκατάσταση, δυσλειτουργίες και θεραπευτική αντιμετώπιση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

“Although COVID is the most visible pandemic of our lifetime, it is neither the deadliest nor the most preventable. Cardiovascular disease has killed five times as many people. We have the public health tools to tackle it. The question is, can we muster the social and political will to use them?” (WHO, Session Archives, 2022)

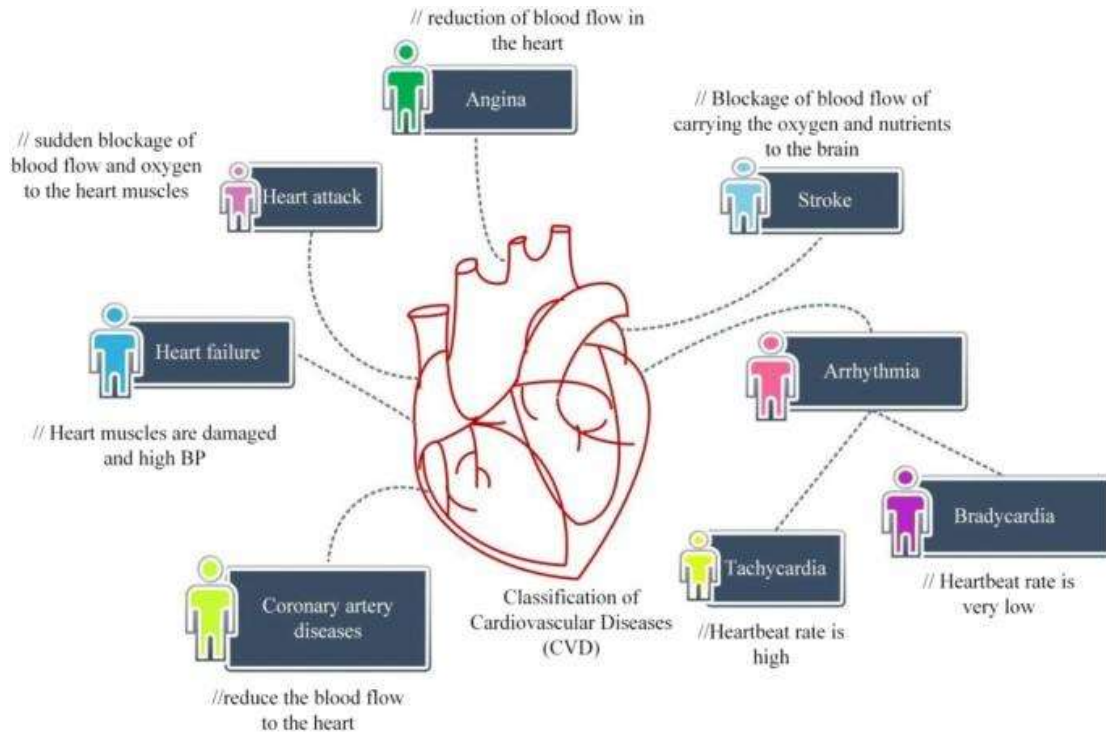
«Αν και ο COVID είναι η πιο ορατή πανδημία των καιρών μας, δεν είναι ούτε η πιο θανατηφόρα, ούτε αυτή που μπορεί να προβλεφτεί πιο εύκολα. Οι καρδιαγγειακές παθήσεις έχουν σκοτώσει πενταπλάσιο πληθυσμό. Έχουμε τα εργαλεία δημόσιας υγείας για να τις αντιμετωπίσουμε. Το ερώτημα είναι, μπορούμε να επιστρατεύσουμε την κοινωνική και πολιτική βούληση ώστε να τα χρησιμοποιήσουμε;»

(Dr Hans Kluge, δημόσια ομιλία στην 72^η Σύνοδο της Ευρωπαϊκής Περιφερειακής Επιτροπής του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας)

1.1 Γενικές έννοιες, αιτιοπαθογένεια και παράγοντες κινδύνου

Τα καρδιαγγειακά νοσήματα (cardiovascular disease/CVDs) αποτελούν ένα ευρύ φάσμα διαταραχών (βλ. εικόνα 1) που αφορούν στην κάθε είδους δυσλειτουργία του μυοκαρδίου, των βαλβίδων, του καρδιακού ρυθμού ή των αιμοφόρων αγγείων που σχετίζονται ανατομικά και λειτουργικά με αυτήν (Mensah, 2023). Η αιτιοπαθογένειά τους ποικίλλει αναλόγως του τύπου της πάθησης. Η πιο κοινή υποκείμενη διαδικασία για την εμφάνιση νόσου είναι η εναπόθεση και συσσώρευση λίπους στα αγγειακά τοιχώματα της καρδιάς, γνωστή με τον όρο «αθηροσκλήρωση», με συχνότερες εκδηλώσεις την στεφανιαία νόσο, τις στενώσεις σε αρτηρίες του εγκεφάλου, την αποφρακτική αρτηριοπάθεια των κάτω άκρων και την στένωση

των έσω καρωτίδων (ESC, Understanding the burden of CVD: Facts and figures, 2023). Πρόκειται για χρόνια διεργασία, κατά την οποία υφίσταται βλάβη των ενδοθηλιακών κυττάρων εντός του αυλού των μεσαίου ή μεγάλου μεγέθους αγγείων, που στην συνέχεια υποπίπτει σε ασυμπτωματική φλεγμονή ή στη δημιουργία θρόμβων. Κατά συνέπεια ο ρόλος της λειτουργίας των ενδοθηλιακών κυττάρων ως προστατευτικού φράγματος ανάμεσα στην αιμοφόρο οδό και το αρτηριακό τοίχωμα ακυρώνεται, οι μηχανισμοί της φλεγμονής ή της θρομβοφιλίας υπερیشύουν των προστατευτικών αντιθηρωματικών μηχανισμών και αρχίζει η σταδιακή συσσώρευση λιπώδους υλικού και χοληστερόλης. Οι εναποθέσεις (αθηρωσκληρωτικές πλάκες) δημιουργούνται κυρίως σε διακλαδώσεις και καμπύλες των αρτηριών, όπου υπάρχει στροβιλώδης ροή, με αποτέλεσμα την απώλεια της ευθυγράμμισης των ενδοθηλιακών κυττάρων και την εισχώρηση λιποπρωτεϊνών κάτω από αυτά. Η επιφάνεια των αιμοφόρων αγγείων γίνεται ακανόνιστη και λιγότερο εύκαμπτη, ο αυλός τους υφίσταται στενώσεις και μειώνεται η ροή του αίματος. Η ρήξη μιας αθηρωσκληρωτικής πλάκας προκαλεί σχηματισμό θρόμβου είτε σε στεφανιαία αρτηρία ((οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου),) είτε στον εγκέφαλο (εγκεφαλικό επεισόδιο).

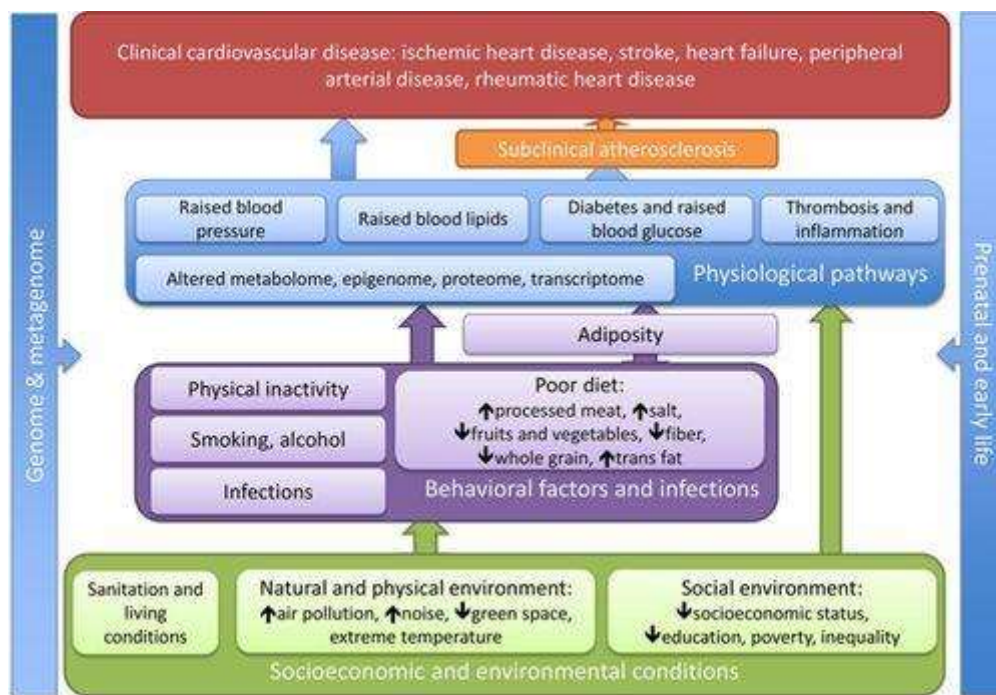


Εικόνα 1: Ταξινόμηση καρδιαγγειακών νοσημάτων

Πηγή: (WHO, Cardiovascular diseases, 2020)

Άλλοι τύποι καρδιαγγειακών νοσημάτων κατά τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας με διαφορετικούς αιτιακούς μηχανισμούς είναι η συγγενής καρδιοπάθεια, η ρευματική καρδιακή νόσος, οι καρδιομυοπάθειες και οι αρρυθμίες (WHO, Cardiovascular diseases, 2020)

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας εκτιμά ότι για το 60% των καρδιαγγειακών θανάτων σε παγκόσμιο επίπεδο ευθύνονται οι εξής τροποποιήσιμοι και μη - τροποποιήσιμοι παράγοντες κινδύνου (WHO, Cardiovascular diseases, 2020; Georgoulis M., 2016; Garcia M., 2016) – (βλ. Σχήμα 1):



Σχήμα 1: Τροποποιήσιμοι και μη τροποποιήσιμοι παράγοντες κινδύνου
 Πηγή: (Tzoulaki I., 2016)

Μη -Τροποποιήσιμοι

- ⇒ Φύλο: το αντρικό φύλο διατρέχει πιο αυξημένο κίνδυνο εκδήλωσης καρδιαγγειακής νόσου σε σύγκριση με το γυναικείο (πιθανότητα λόγω του προστατευτικού ρόλου των οιστρογόνων, ο οποίος εκλείπει κατά την είσοδο στην εμμηνόπαυση)
- ⇒ Ηλικία: έκπτωση των λειτουργιών του οργανισμού και εκφύλιση του καρδιακού μυός
- ⇒ Γενετική προδιάθεση
- ⇒ Αντικαρκινική αγωγή για νεόπλασμα μαστού (χημειοθεραπευτικά/ακτινοθεραπευτικά και σχήματα)
- ⇒ Πρόωρος τοκετός
- ⇒ Φτώχεια και χαμηλό μορφωτικό επίπεδο

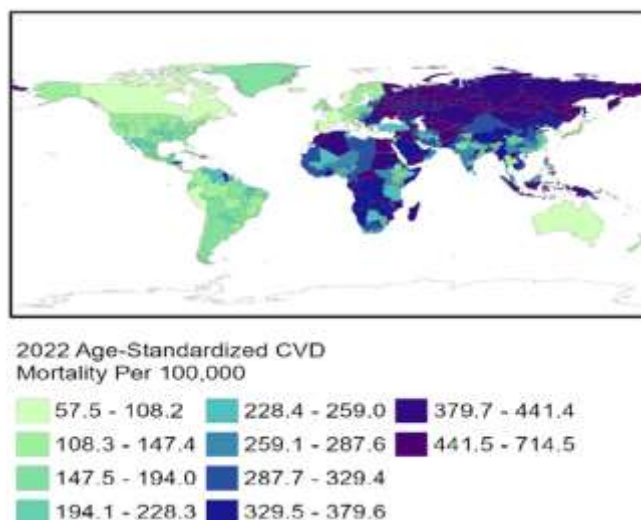
- ⇒ Ψυχολογικοί παράγοντες (π.χ. στρες, κατάθλιψη)
- ⇒ Ιδιοπάθειες/ συννοσηρότητες/ αυτοάνοσα νοσήματα(πχ. περίσσεια ομοκυστεΐνης)

Τροποποιήσιμοι (μεταβολικοί και συμπεριφορών υγείας)

- ⇒ Υπερβαίνουσα τις συστάσεις κατανάλωση αλκοόλ
- ⇒ Χρήση προϊόντων καπνού
- ⇒ Υψηλή αρτηριακή πίεση
- ⇒ Υπερβάλλον σωματικό βάρος
- ⇒ Υψηλά επίπεδα χοληστερόλης αίματος (υπερχοληστερολαιμία)
- ⇒ Υψηλά επίπεδα γλυκόζης αίματος (υπεργλυκαιμία)
- ⇒ Χαμηλή κατανάλωση φρούτων και λαχανικών/ διατροφή με υπερκατανάλωση άλατος, λιπαρών και θερμίδων
- ⇒ Σωματική αδράνεια
- ⇒ Ανθυγιεινό περιβάλλον (πχ. ατμοσφαιρική ρύπανση)

1.2 Επιδημιολογικά στοιχεία

Η έκθεση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας το 2017 εκτιμά πως 17,9 εκατομμύρια θάνατοι παγκοσμίως (31%) οφείλονται σε καρδιαγγειακές παθήσεις. (WHO, Cardiovascular diseases (CVDs), 2021), εκ των οποίων το 85% αφορά στεφανιαία νόσο (ΣΝ) και εγκεφαλικό επεισόδιο ισχαιμικού ή αιμορραγικού τύπου. Οι περισσότεροι θάνατοι στις Ηνωμένες Πολιτείες οφείλονται σε καρδιαγγειακή νόσο, ενώ στην Ευρώπη οι δείκτες μέτρησης αγγίζουν το 39% στο γυναικείο πληθυσμό και το 47% στον αντρικό (Timmis A, 2020). Βάσει των στατιστικών δεδομένων σημειώνεται παγκοσμίως αύξηση των θανάτων από CVD τις τρεις τελευταίες δεκαετίες, αν και το τυποποιημένο για την ηλικία ποσοστό θνησιμότητας (age-standardised death rate) έχει μειωθεί, σηματοδοτώντας μια κάποια πρόοδο (βλ. εικόνα 2).



Εικόνα 2: Παγκόσμιος χάρτης της τυποποιημένης για την ηλικία καρδιαγγειακής νόσου, 2022
 Πηγή: (Mensah G, 2023)

Ωστόσο, μια πιο προσεκτική ματιά στα δεδομένα (βλ. εικόνα 3) αποκαλύπτει την πραγματική διάσταση μιας άνισης προόδου, η οποία έχει ήδη αρχίσει να επιβραδύνει τους ρυθμούς της (Cesare M.D, 2023).

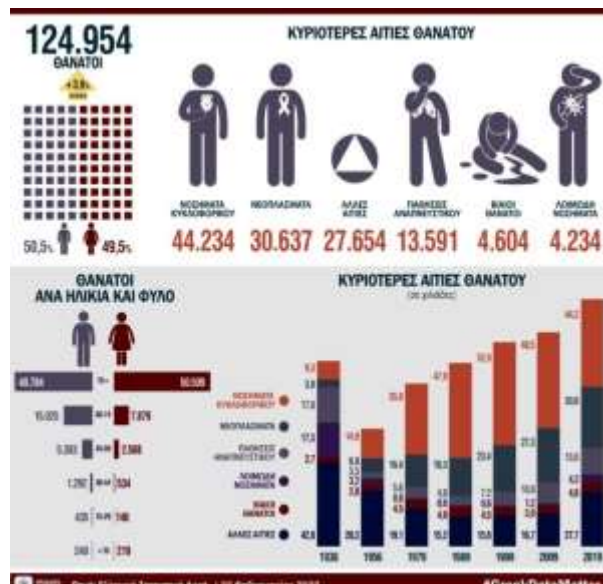


Εικόνα 3: Ο παγκόσμιος επιπολασμός καρδιακών και κυκλοφορικών παθήσεων το 2021
 Πηγή: (British Heart Foundation, 2024)

Η επίτευξη της μείωσης θνησιμότητας μέσω στοχευμένων προγραμμάτων και στρατηγικές προαγωγής υγείας, υπήρξε ταχύτερη στις υψηλού εισοδήματος χώρες (High Income Countries/HIC) σε σύγκριση με τις χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος (Low- and middle-income countries/LMICs), όπου σε παγκόσμια κλίμακα καταγράφεται το 80% των θανάτων από καρδιαγγειακά νοσήματα (4 στους 5 θανάτους από CVD). Σύμφωνα με την

Έκθεση της Παγκόσμιας Ομοσπονδίας Καρδιάς (World Heart Federation) το ποσοστό αυτό δεν σχετίζεται με τροποποιήσιμους /ή μη- παράγοντες κινδύνου, αλλά με ανεπαρκή πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και ανορθόδοξη κατανομή των πόρων, εικόνα ενδεικτική για τις εμμένουσες ανισότητες στην υγεία μεταξύ χωρών –ακόμη και στο εσωτερικό μιας χώρας - αναλόγως φύλου, εθνικότητας, μορφωτικού επιπέδου και κοινωνικοοικονομικής κατάστασης (OECD/European Union, 2020). Οι συστάσεις Παγκόσμιας Ομοσπονδίας Καρδιάς (Cesare M.D, 2023) και του WHO (Health Systems Financing: the Path to Universal Coverage, 2012) κάνουν λόγο για ένα επίπεδο επένδυσης της τάξης τουλάχιστον του 5% του ΑΕΠ για τις δαπάνες υγείας ανά χώρα ώστε να επιτευχθεί η καθολική κάλυψη υγείας των πολιτών, γεγονός που στις οικονομικά ασθενέστερες χώρες καθίσταται ανέφικτο.

Στην Ευρώπη σύμφωνα με την έκθεση της ESC (ESC, European Heart Health Charter - Revision, 2023) στις 57 χώρες – μέλη 113 εκατομμύρια άτομα ζουν με CVD. Στην Ελλάδα, σύμφωνα με την Πανελλήνια Μελέτη Διατροφής και Υγείας (Magriplis E., 2019) σε δείγμα n=4.574 ατόμων (42,5% άνδρες) σχεδόν από κάθε περιοχή της Ελλάδας, ο επιπολασμός της Στεφανιαίας Νόσου ήταν περίπου 14%. Το 2022 η δημοσίευση της ΕΛΣΤΑΤ για τις κυριότερες αιτίες θανάτου στη χώρα καταδεικνύει μια μη ανακόπτουσα πορεία των καρδιαγγειακών νοσημάτων (βλ. εικόνα 4).



Εικόνα 4: Κυριότερες αιτίες θανάτου, 2022

Πηγή: (ΕΛΣΤΑΤ, 2023)

Η καρδιαγγειακή νόσος αποτελεί σημαντική αιτία αναπηρίας και μειωμένης ποιότητας

ζωής, επηρεάζοντας την ζωή περίπου 60 εκατομμυρίων κατοίκων της Ευρωπαϊκής Περιφέρειας (ESC, European Heart Health Charter - Revision, 2023). Η πανδημία του COVID-19 αποκάλυψε μεταξύ άλλων, τους κινδύνους της αδιάγνωστης και χρόνιας καρδιαγγειακής νόσου. Οι νοσούντες από CVD επηρεάστηκαν περισσότερο από τον COVID-19, όχι μόνο από την άποψη του κινδύνου εμφάνισης σοβαρών μορφών της νόσου και των επιπλοκών της αλλά και σε όρους της ποιότητας ζωής τους. Η καρδιαγγειακή νόσος παραμένει η συχνότερη μακροπρόθεσμη συνέπεια του COVID-19 και προς το παρόν δεν υπάρχει επαρκής προσέγγιση και λήψη μέτρων επί της νέας αυτής παραμέτρου από τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής (Maestrini V, 2021)

Οι σαφείς διακυμάνσεις επιπολασμού των καρδιαγγειακών νοσημάτων μεταξύ των ποικίλων ομάδων πληθυσμού, σκιαγραφούν μια πιο σύνθετη εικόνα του φαινομένου, σύμφωνα με την οποία οι πολυπλοκότητες που το συνιστούν, ενέχουν σημαντικές επιπτώσεις στην πολιτική υγείας τόσο σε επίπεδο χώρας όσο και σε παγκόσμιο. Η μελέτη του Masaebi F σχετικά με τη διεθνή επιβάρυνση των καρδιαγγειακών νοσημάτων ως προς την αναπηρία (Masaebi F., 2021), καταλήγει στο συμπέρασμα ότι οι μη μεταδοτικές ασθένειες (NCDs) ευθύνονται για το 60% της προσαρμοσμένης σε αναπηρία ζωής παγκοσμίως, με το ένα τέταρτο περίπου αυτής της επιβάρυνσης να αποδίδεται σε καρδιαγγειακά νοσήματα. Επιπροσθέτως, η αυξανόμενη παγκόσμια επιβάρυνση της καρδιαγγειακής νόσου (Global Burden of Disease / GBD) υπολογισμένη βάσει των κατά χώρα μητρώων θανάτου και του επιδημιολογικού δείκτη των Disability-adjusted life years/ DALYs (μονάδα μέτρησης της επιβάρυνσης που δημιουργεί η ασθένεια –«burden of disease»- στη ζωή του ατόμου), διαγράφει μια παράλληλη πορεία με την ανοδική κλίμακα των τροποποιησιμων παραγόντων κινδύνου (Panagiotakos, 2023). Στην Ελλάδα ομοίως σύμφωνα με τα αποτελέσματα της ATTICA Study (Panagiotakos D., 2015) το 40% της θνησιμότητας αποδίδεται σε συμπεριφορικούς παράγοντες κινδύνου, αν και η χρήση καπνού έχει μειωθεί αισθητά τα τελευταία έτη, ενώ η σωματική δραστηριότητα έχει αυξηθεί. Η μελέτη του Δ. Παναγιωτάκου και των συνεργατών του (Panagiotakos, 2023) αναφέρεται εκτεταμένα στην υιοθέτηση ανθυγιεινών διατροφικών συνηθειών και αποκοπή του ελληνικού πληθυσμού από τη μεσογειακή διαίτα, κάνοντας παράλληλα λόγο στην Πανελλήνια Μελέτη Διατροφής και Υγείας (Magriplis E, 2019), όπου στα ευρήματά της συγκαταλέγονται μεταξύ άλλων, ο επιπολασμός της υπέρτασης (13%, άνδρες: 42% > γυναίκες: 36%), της υπερλιπιδαιμίας (17% , όπου δεν παρατηρήθηκαν διαφορές φύλου), του σακχαρώδη διαβήτη (4%, όπου δεν

παρατηρήθηκαν διαφορές φύλου), της παχυσαρκίας (16%, γυναίκες: 34% > άνδρες: 30%), της χρήσης καπνού (50% του στατιστικού δείγματος ήταν ενεργοί καπνιστές, άνδρες: 44% > γυναίκες: 33%) και της κατάχρησης αλκοόλ (72% του στατιστικού δείγματος κατανάλωναν αλκοόλ σε καθημερινή βάση).

Μια ενιαία προσέγγιση για τη βελτίωση της παγκόσμιας καρδιαγγειακής υγείας είναι ανέφικτη, αφού ο τρόπος ζωής του εκάστοτε πληθυσμού διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο για τη διαφοροποίηση στην έκθεση των ποικίλων παραγόντων κινδύνου, είτε αυτό αφορά την ευρεία χρήση καπνού και αλκοόλ, είτε την υψηλή πρόσληψη νατρίου, ή τη μεγαλύτερη έκθεση σε επικίνδυνα επίπεδα ατμοσφαιρικής ρύπανσης, ή τα χαμηλά ποσοστά σωματικής δραστηριότητας (Eurofound, 2017). Η πολιτική υγείας της κάθε χώρας οφείλει να εστιάζει στις προβληματικές περιοχές και τους επικρατέστερους παράγοντες κινδύνου της πληθυσμιακής της ομάδας, ώστε να επιλεγεί η ορθή κατεύθυνση παρεμβάσεων για την προαγωγή της καρδιαγγειακής υγείας των πολιτών (Mensah G, 2023). Ωστόσο κάποιες κοινές βασικές προσεγγίσεις – επαρκής χρηματοδότηση συστημάτων και πρωτοβουλιών υγείας ώστε να διασφαλίζεται η ισότιμη πρόσβαση όλων των πολιτών, διασφάλιση της διαθεσιμότητας φαρμάκων για τις καρδιαγγειακές νόσους, εθνικά προγράμματα ελέγχου καπνού – δεν αποκλείονται στον σχεδιασμό μιας διεθνούς στρατηγικής (Cesare M.D, 2023). Όσο κι αν αποτελεί κοινή παραδοχή η μεταβολή προτεραιοτήτων στο σύστημα υγείας κατά την «μετά - COVID-19» εποχή, η σοβαρή επιβάρυνση των καρδιαγγειακών νοσημάτων ως προς τη θνησιμότητα, τη νοσηρότητα και την ποιότητα ζωής των νοσούμετων δεν δύναται να αγνοηθεί.

1.3 Οικονομικές διαστάσεις - Πρόληψη

Ως πρόληψη των καρδιαγγειακών νοσημάτων ορίζεται η δέσμη συντονισμένων δράσεων μέσω ενός κεντρικού σχεδιασμού, εστιασμένων είτε σε ατομικό επίπεδο, είτε στο γενικό πληθυσμό, ώστε να εξαλειφθούν ή να ελαχιστοποιηθούν τόσο η εγκατάσταση καρδιαγγειακής νόσου, είτε οι επιπτώσεις τους στην ποιότητα ζωής της κοινότητας (Feinleib, 2001). Επομένως τα πλαίσια των κατευθυντηρίων γραμμών καθορίζονται από τον στόχο της προώθησης ισορροπημένων συνηθειών και ορθών συμπεριφορών στον τρόπο ζωής, όσον αφορά στο γενικό πληθυσμό και της εξατομικευμένης προσέγγισης στους πάσχοντες από καρδιαγγειακό νόσημα ή στους διατρέχοντες αυξημένο καρδιαγγειακό κίνδυνο μέσω

παρέμβασης στις ανθυγιεινές τους συμπεριφορές (Georgoulis M., 2016). Το οποιοδήποτε πρόγραμμα προαγωγής υγείας ωστόσο οφείλει να πληρεί τις προϋποθέσεις της αποτελεσματικότητας της πρόληψης, αλλά και την σχέση κόστους-οφέλους (Cost – Benefit) κατά την εφαρμογή του, ώστε να θεωρηθεί ολοκληρωμένο (ESC, Understanding the burden of CVD: Facts and figures, 2023).

Τα καρδιαγγειακά νοσήματα πέραν της επιβάρυνσης στην υγεία και την ποιότητα ζωής της κοινότητας, έχουν τεράστιο αντίκτυπο στην παραγωγικότητα των ασθενών και των άτυπων φροντιστών τους –συνήθως τα μέλη της οικογένειάς τους. Επιπλέον πρόκειται για νόσο που χαρακτηρίζεται από χρονιότητα και ως εκ τούτου απαιτεί υψηλή δαπάνη από το σύστημα υγείας για την κάλυψη των αναγκών των ασθενών, γεγονός που καθιστά τον έλεγχο και πρόληψη των CVDs ιδιαιτέρως σημαντικές παραμέτρους στη διαχείριση και κατανομή των ήδη πεπερασμένων πόρων (British Heart Foundation, 2024). Σύμφωνα με την έκθεση της ESC (ESC, European Heart Health Charter - Revision, 2023) η καρδιαγγειακή νόσος κοστίζει 210.000.000.000 € ετησίως στην Ευρωπαϊκή Ένωση (111.000.000.000 € σε κόστος υγειονομικής περίθαλψης, 54.000.000.000 € σε χαμένη παραγωγικότητα και 45.000.000.000 € σε κόστος άτυπης φροντίδας). Στα διαφυγόντα κέρδη προστίθενται δαπάνες για την υγεία που δημιουργούν κόστος ευκαιρίας για άλλα προγράμματα (πχ εκπαίδευση) και καταστροφικές δαπάνες για την υγεία που επιδεινώνουν τη φτώχεια και την κατάσταση χρέους (τόσο στις οικογένειες, όσο και στις οικονομίες των κρατών) (WHO, Cardiovascular diseases, 2020). Σε ατομικό επίπεδο η εγκατάσταση νόσου σε ενήλικες δραστηριοποιούμενους στην αγορά εργασίας συνεπάγεται πρόωρη έξοδο από το εργατικό δυναμικό λόγω θνησιμότητας ή σοβαρής αναπηρίας, μακροχρόνια απουσία από την εργασία κατά τη διάρκεια της νοσηλείας και κατά την περίοδο ανάρρωσης, προσωρινή ή μόνιμη μείωση των ωρών εργασίας μετά την επιστροφή τους στον εργασιακό χώρο, μειωμένη εργασιακή απόδοση λόγω πτώσης των γνωστικών, σωματικών και ψυχικών λειτουργιών (στην εργασιακή κουλτούρα αποδίδεται με την ορολογία «παρουσιασμός» - presentism) (ESC, European Heart Health Charter - Revision, 2023).

Όσον αφορά στην αποτελεσματικότητα μέτρων πρόληψης για τα καρδιαγγειακά νοσήματα, εκτιμάται πως μόνο με την παρέμβαση στον τρόπο ζωής και τις ανθυγιεινές συμπεριφορές, θα μπορούσε να εξαλείψει τουλάχιστον το 80% των περιστατικών καρδιαγγειακών νοσημάτων (WHO, Cardiovascular diseases, 2020; Georgoulis M., 2016; Garcia M., 2016). Βασικοί πυλώνες των μέτρων πρόληψης σύμφωνα με τις κατευθυντήριες

οδηγίες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO, Cardiovascular diseases, 2020) και της Ευρωπαϊκής Καρδιολογικής Εταιρείας (ESC, European Heart Health Charter - Revision, 2023), είναι η υγιεινή διατροφή, η σωματική άσκηση σε τακτά χρονικά διαστήματα, ο τακτικός έλεγχος υγείας (διερεύνηση της έκθεσης σε καρδιαγγειακούς κινδύνους, έλεγχος αρτηριακής πίεσης, αιματολογικός έλεγχος για διερεύνηση του σακχάρου και των λιπιδίων), αποφυγή κατάχρησης αλκοόλ και διακοπή καπνίσματος. Η πολιτική αναδιαμόρφωσης του συστήματος για την καρδιαγγειακή υγεία όπως συστήνεται από την ESC, περιλαμβάνει τον συστηματικό έλεγχο της ποιότητας των διατροφικών προϊόντων (μείωση των τροφών που περιέχουν κορεσμένα λιπαρά, ελεύθερα σάκχαρα και υψηλή ποσότητα άλατος, επισήμανση των συστατικών στις συσκευασίες για διευκόλυνση της ενημέρωσης του καταναλωτή και της προώθησης της επιλογή υγιεινών τροφίμων, ενημέρωση του κοινού για αύξηση της κατανάλωσης οσπρίων, δημητριακών ολικής αλέσεως, φρούτων και λαχανικών), εκστρατείες επικοινωνίας στα μέσα μαζικής ενημέρωσης για αλλαγή συμπεριφοράς και για υγιεινές διαιτητικές συνήθειες, πολιτικές για την προστασία των παιδιών από τις επιβλαβείς επιπτώσεις των διαφημίσεων ανθυγιεινών τροφίμων και την προστασία, προώθηση και υποστήριξη των βέλτιστων πρακτικών θηλασμού. Επιπροσθέτως εισάγει το σύστημα προληπτικού ελέγχου SCORE (Systemic Coronary Risk Evaluation), απευθυνόμενο τόσο σε καρδιαγγειακούς ασθενείς, όσο και σε μέλη ευπαθών ομάδων ή ομάδων υψηλού κινδύνου που δεν έχουν εκδηλώσει συμπτωματολογία. Βασίζεται στην αξιολόγηση τροποποιήσιμων (πχ γενετική προδιάθεση) και μη τροποποιήσιμων παραγόντων κινδύνου (πχ ηλικία) που με συνδυαστικές μετρήσεις συνάγουν αποτελέσματα και πληροφόρηση για εξατομικευμένη φροντίδα υγείας και συστάσεις για τη βέλτιστη έκβασή της. παραγόντων κινδύνου και των προληπτικών μέτρων που πρέπει να συσταθούν για την μείωση της συχνότητας εμφάνισης των καρδιακών νοσημάτων (ESC, Focus Issue on Dyslipidaemias, Diabetes and Metabolic Disorders, 2023)

Στον τομέα της δευτερογενούς πρόληψης ο στόχος αποκατάστασης της ποιότητας ζωής, της ευημερίας και της διατήρησης/βελτίωσης της λειτουργικής ικανότητας των καρδιαγγειακών ασθενών επιτυγχάνεται με τις παρεμβάσεις καρδιακής αποκατάστασης (Taylor RS, 2022; Πέπερα, 2010), που περιλαμβάνουν εξατομικευμένα προγράμματα είτε σε κέντρα αποκατάστασης, είτε -ως εναλλακτική- σε κατ' οίκον παρέμβαση ή με «τηλεπαρακαλούθηση», προσαρμοσμένη στις ανάγκες του εκάστοτε ασθενούς. Στοχεύουν στην προαγωγή της σωματικής δραστηριότητας, την αγωγή υγείας, τη διαχείριση

καρδιαγγειακού κινδύνου και ψυχολογική υποστήριξη (βλ εικόνα 5).



Εικόνα 5: Ο ρόλος της καρδιακής αποκατάστασης στη βελτίωση των καρδιαγγειακών αποτελεσμάτων

Πηγή: (Taylor RS, 2022)

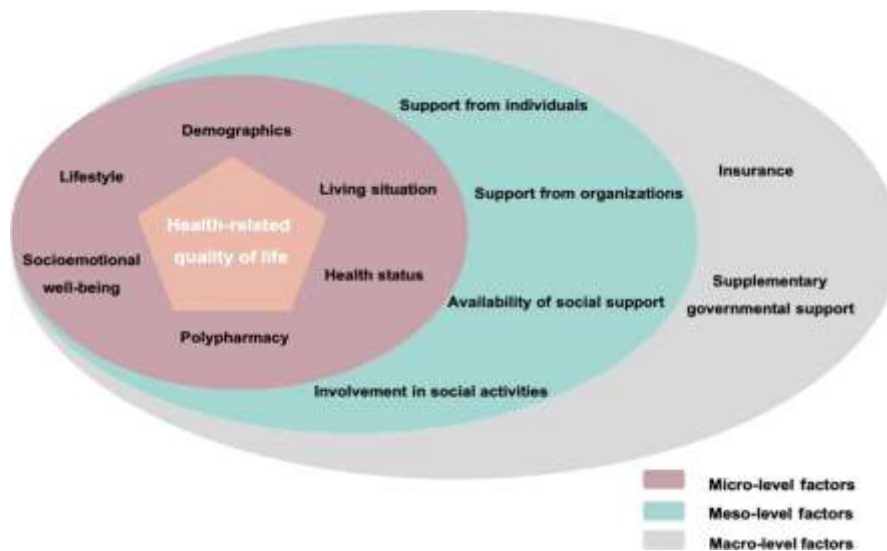
Παρά την σαφή σύσταση στις τρέχουσες κατευθυντήριες οδηγίες για παραπομπή των καρδιαγγειακών ασθενών σε παρεμβάσεις καρδιακής αποκατάστασης και τις αποδείξεις για την κλινική αποτελεσματικότητα και την οικονομική τους αποδοτικότητα –ακόμη και σε χώρες μεσαίου – ή χαμηλού εισοδήματος- η παγκόσμια πρόσβαση στα συγκεκριμένα προγράμματα παραμένει πτωχή, ενώ η πανδημία του COVID-19 συνέβαλε περαιτέρω στο γεγονός (Mensah G, Global Burden of Cardiovascular Diseases and Risks, 1990-2022, 2023). Οι μελλοντικές προσεγγίσεις για την παροχή καρδιακής αποκατάστασης θα πρέπει να ευθυγραμμίζονται με την αυξανόμενη πολυνοσηρότητα ενός γηράσκοντος πληθυσμού και να καλύπτουν τις ανάγκες του αυξανόμενου αριθμού ασθενών με καρδιαγγειακή νόσο. Επιπροσθέτως απαιτείται διερεύνηση για την εφαρμογή των προγραμμάτων αυτών, ανεξαρτήτως εισοδηματικού περιβάλλοντος, και σε άλλες καρδιαγγειακές νόσους, κυρίως αυτών που έχουν ενδείξεις αποτελεσματικότητας της παρέμβασης, συμπεριλαμβανομένων της κοιλιακής μαρμαρυγής, της συγγενούς καρδιοπάθειας, τη μετεγχειρητική αποκατάσταση μεταμόσχευσης καρδιάς (Taylor R., 2022)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

2.1 Ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με την υγεία: έννοιες και παράγοντες που την καθορίζουν

Η αύξουσα πορεία εκδήλωσης χρόνιων παθήσεων κατά τις τελευταίες δεκαετίες, δημιούργησε μια μεγάλη πληθυσμιακή ομάδα που οι συνθήκες διαβίωσης και η ποιότητα ζωής της επηρεάζεται αρνητικά. Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής (HRQoL) είναι

έννοια πολυδιάστατη (βλ. εικόνα 7), αποτελείται από τουλάχιστον τρεις τομείς – σωματική, ψυχολογική και κοινωνική λειτουργία – και η αξιολόγησή της είναι πολλά υποσχόμενη ότι θα προσφέρει καλύτερη κατανόηση των επιπτώσεων των ασθενειών και των θεραπευτικών αποτελεσμάτων σε σύγκριση με τα παραδοσιακά μέτρα έκβασης (Estwing Ferrans C., 2005).



Εικόνα 6: Εννοιολογικό μοντέλο της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία («οικολογική» προσέγγιση)

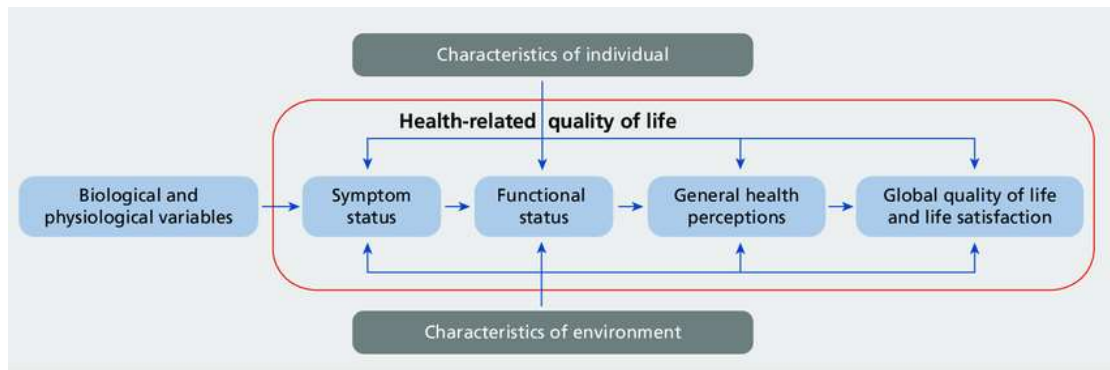
Πηγή: (Siqueca, 2022)

Ωστόσο δεν υφίσταται σύμπλευση της διεπιστημονικής κοινότητας ως προς τον ορισμό ή την προσέγγισή της, ούτε καθολική αποδοχή ως προς τον τρόπο μέτρησης (βλ. διαφοροποίηση ως προς το εννοιολογικό της μοντέλο, εικόνες 6 και 7). Η μεγαλύτερη πρόκληση που αντιμετωπίζει ο ερευνητής που μελετά την ποιότητα ζωής, είναι ο ορισμός της (Bard, 1984), κυρίως λόγω της ανθρώπινης τάσης απόδοσης προσωπικού νοήματος στην εκάστοτε έννοια, με αποτέλεσμα μην υπάρχει αυτονόητα η ταύτιση απόψεων των συνομιλητών ή εν προκειμένω των μελών της επιστημονικής ομάδας.

Οι Aaronson NK, Bullinger M, Ahmedzai S στη μελέτη τους για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής στον τομέα διερεύνησης καρκινικών τύπων (Aaronson N., 1988) εκκινούν από την ολιστική προσέγγιση της περί υγείας έννοιας κατά WHO πως «η υγεία είναι η κατάσταση πλήρους σωματικής, κοινωνικής και ψυχικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία της ασθένειας» (WHO, Explore a world of health data, 2005). Σύμφωνα με τη μελέτη αυτή, οι μεταβλητές που καθορίζουν την αποσαφήνιση της έννοιας και η διαμόρφωση ενός ανάλογου εργαλείου μέτρησης, προέρχονται από την πληροφόρηση που παρέχει ο ίδιος ο ασθενής για την σωματική του λειτουργία (συμπτωματολογία, επιπτώσεις ασθένειας και

δυσλειτουργίες στην καθημερινότητά του), την ψυχολογική του κατάσταση ως συνέπεια της νόσου (άγχος, δυσφορία), την κοινωνική του αλληλεπίδραση (ποιότητα και ποσότητα σχέσεων με τους «σημαντικούς άλλους») και τη λειτουργική κατάστασή του ως προς τον εργασιακό τομέα και το επίπεδο δραστηριότητας. Κατά περιόδους προτάθηκαν και άλλες μεταβλητές όπως η σεξουαλικότητα, η εικόνα του εαυτού, η ικανοποίηση από την ιατρική παρέμβαση, η κατανομή των ατομικών πόρων για ποιοτική ζωή, η κατάταξη των ασθενών με βάση την κοινή τους συμπτωματολογία ή τα θεραπευτικά τους πρωτόκολλα, η κοινωνική απομόνωση του χρόνιου ασθενούς και το φαινόμενο του στιγματισμού, οι οποίες υιοθετήθηκαν από κάποιους ερευνητές, αλλά στην πάροδο του χρόνου εγκαταλείφθηκαν (Aaronson N., 1988).

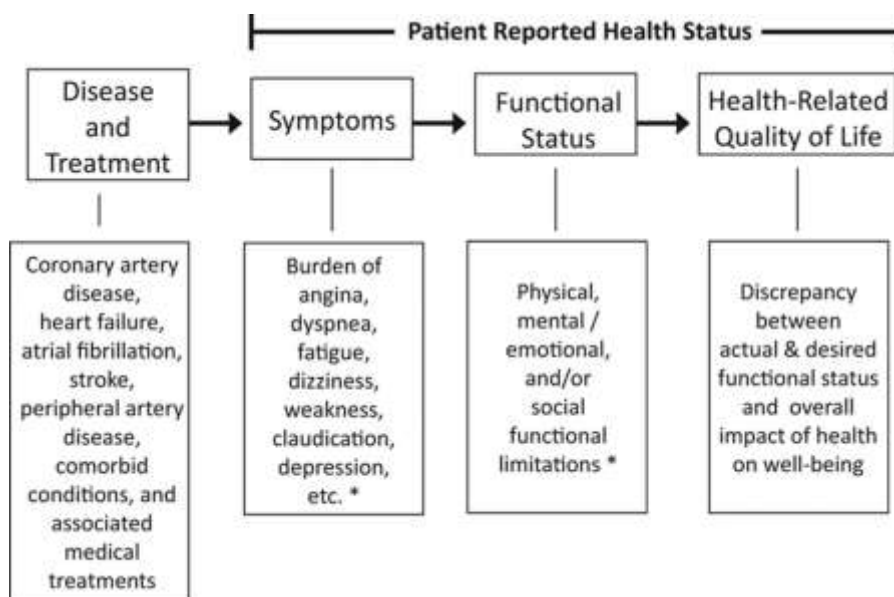
Το 1994 στα πλαίσια συνεδρίου του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας συστήνεται επιτροπή εμπειρογνομώνων με θέμα εργασίας το πεδίο της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής, η οποία διασαφηνίζει πως ως «ποιότητα ζωής ορίζεται η προσωπική αντίληψη που έχει ο κάθε άνθρωπος σχετικά με τη θέση και τον ρόλο του στη ζωή όπως διαμορφώνεται από τον συνδυασμό των ατομικών του στόχων και ιδεών με τις αξίες και τα πολιτισμικά γνωρίσματα της κοινωνίας στην οποία εντάσσεται» (The WHOQOLGroup, 1994) Σύμφωνα με το θεωρητικό μοντέλο που διαμορφώνεται (βλ. εικόνα 8), οι παράμετροι που επηρεάζουν δυναμικά την HoQOL είναι η σωματική υγεία του ατόμου, η ψυχολογική του κατάσταση, το επίπεδο αυτονομίας του, το επίπεδο της κοινωνικής του ενσωμάτωσης και οι σχέσεις κοινωνικής συνοχής και αλληλεγγύης με το περιβάλλον του (Yfantopoulos, 2001; Revicki DA, 2014). Έμφαση δίνεται στην υποκειμενική οπτική του ατόμου, δίνοντας την αίσθηση της δυναμικής εξέλιξης που διέπει την ποιότητα ζωής, όντας προϊόν μεταβλητών που τροποποιούνται διαχρονικά, αποτελώντας ένα υποσύνολο ενός ευρύτερου φάσματος αποτελεσμάτων έκβασης υγείας, τα αποκαλούμενα «patient-reported outcomes»/ PROs. Ο μόνος άμεσος πληροφοριοδότης για την πλήρη κατάστασή του, είναι ο ίδιος ο ασθενής.



Εικόνα 7: Το εννοιολογικό μοντέλο της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής

Πηγή: (Wilson IB, 1995)

Ένας από τους κύριους στόχους προσέγγισης των καρδιαγγειακών ασθενών, είναι η διασφάλιση της βέλτιστης ποιότητας ζωής τόσο των ίδιων των ασθενών, όσο και του οικείου τους περιβάλλοντος, που είθισται να αποτελεί και τους φροντιστές τους (Thompson, Quality of life in cardiovascular disease: What is it and why and how should we measure it?, 2010; Rumsfeld J., 2013; Kang K, 2017) .Νοσήματα όπως η στεφανιαία νόσος, η καρδιακή ανεπάρκεια ή το έμφραγμα του μυοκαρδίου επιδρούν σημαντικά επιβαρύνοντας την ποιότητα ζωής των ασθενών (Schweikert B 2009), ενώ στην πλειονότητά τους εμφανίζουν συννοσηρότητες, με αποτέλεσμα να εκπίπτει ακόμη περισσότερο το ήδη πτωχό επίπεδο ποιότητας στη ζωή τους (Heyworth IT 2009).



Σχήμα 2: Κατάσταση Υγείας Αναφερόμενη από τον Ασθενή

Πηγή: (JS.Rumsfeld, 2020)

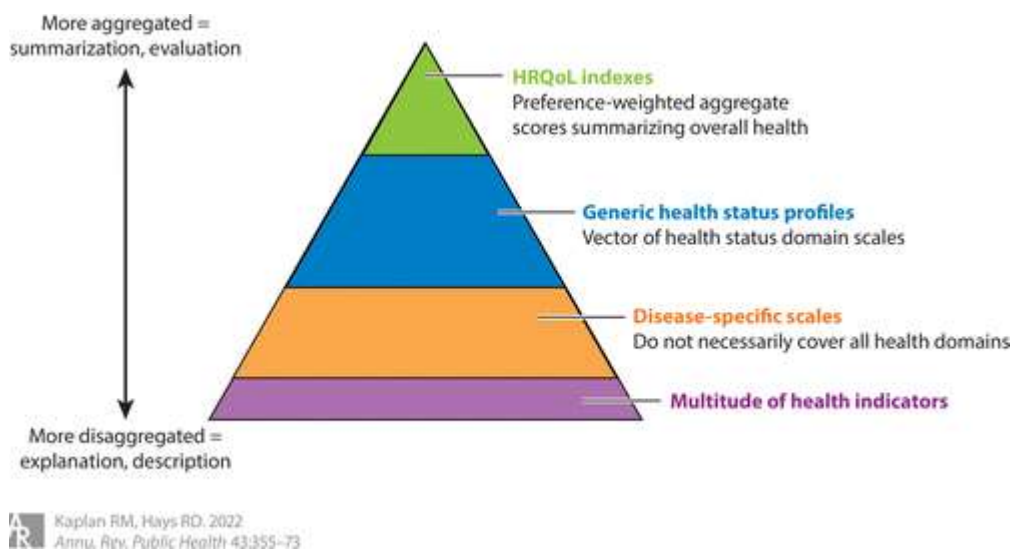
Ως φυσική συνέπεια υπήρξε η ανάγκη μέτρησης και αξιολόγησης της HRQL «ως πρωταρχικού δείκτη υγείας για την έκβαση και τα θεραπευτικά αποτελέσματα στους καρδιαγγειακούς ασθενείς» (Thompson, Quality of life in cardiovascular disease: What is it and why and how should we measure it?, 2010). Η πρώτη δημοσίευση που διερευνά την ποιότητα ζωής καρδιαγγειακών ασθενών λαμβάνει χώρα το 1974. Πρόκειται για τη μελέτη των Bratt και Moons (Bratt, 2015) σε πληθυσμιακό δείγμα πασχόντων από συγγενή καρδιοπάθεια, ενώ παράλληλα επιχειρείται η δόμηση ενός σαφούς θεωρητικού και μεθοδολογικού πλαισίου μελέτης. Προκειμένου να αποκρυσταλλωθεί η εικόνα του πεδίου εφαρμογής των μετρήσεων της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής των ασθενών με CVD καθώς και του χώρου που καταλαμβάνει στο αυτοαναφερόμενο επίπεδο υγείας του ασθενούς, επισυνάπτεται το διάγραμμα που εκπονήθηκε από τον Rumsfeld και τους συνεργάτες του (βλ. Σχήμα 2) στη διερεύνηση του επιπέδου υγείας και την εφαρμογή του στην κλινική πρακτική (JS.Rumsfeld, 2020)

2.2Εργαλεία μέτρησης της HRQoL στους καρδιαγγειακούς ασθενείς

Σε μελέτη των Cella και Nowinski (Cella D, 2002) σχετικά με την μέτρηση της ποιότητας ζωής στα χρόνια νοσήματα αναφέρεται πως η έκβαση της κατάστασης υγείας (health outcomes), θα μπορούσε να συμπυκνωθεί σε τρεις παραμέτρους: την επιβίωση, την ποιότητα ζωής (quality of life/ QOL), και το κόστος (θεραπευτικής αγωγής, νοσηλειών, εργαστηριακών εξετάσεων, ιατρικών επισκέψεων κλπ). Οι δύο εκ των τριών είναι απόλυτα μετρήσιμα μεγέθη, είτε πρόκειται για μονάδες χρόνου, είτε για νομισματικές. Η ποιότητα ζωής όμως επιδέχεται ένα πλήθος διαφορετικών θεωρήσεων. Πέραν της όποιας συμπτωματολογίας μιας χρόνιας νόσου που επιβαρύνει τον ασθενή, το αποτύπωμα της νόσου είναι εμφανές μέσω υποκειμενικών αξιολογήσεων σε έννοιες όπως «η ικανοποίηση από τη ζωή (life satisfaction), η ευτυχία και η συνολική αξία που αποδίδει κανείς στη ζωή σε κάθε δεδομένη στιγμή». Ο ατομικός τρόπος εστίασης του ασθενούς σε κάθε μια από αυτές, διαμορφώνεται μέσω της ιδιοσυγκρασίας του, των ψυχικών του αποθεμάτων, του προσωπικού αξιακού του συστήματος, του μορφωτικού επιπέδου, της κουλτούρας, του οικογενειακού και κοινωνικού του περιγύρου, του φυσικού περιβάλλοντος, της αίσθησης ασφάλειας και του οικονομικού του status.

Τα αποτελέσματα υγείας τόσο σε ατομικό επίπεδο, όσο και σε επίπεδο γενικού

πληθυσμού, περιλαμβάνουν τη θνησιμότητα (ποσοστά θνησιμότητας ή προσδόκιμο ζωής), τη νοσηρότητα βάσει δεικτών μέτρησης του επιπολασμού της νόσου (Kaplan RM, 2022). Η αξιολόγηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής αποτελεί δείκτη του αποτελέσματος των θεραπευτικών παρεμβάσεων, ώστε να επιτευχθεί η μείωση της νοσηρότητας και η αύξηση του προσδόκιμου ζωής (life expectancy). Μια τυπολογία υπό μορφήν πυραμίδας που αναπτύχθηκε από τον M. Wolfson (Wolfson, 2014) διασαφηνίζει τις διαφορές μεταξύ των συστημάτων μέτρησης (βλ Σχήμα 3). Στη βάση της πυραμίδας απεικονίζονται οι πολλαπλοί δείκτες υγείας (πχ τα ποσοστά εγκεφαλικών επεισοδίων στην κοινότητα). Το επόμενο επίπεδο περιλαμβάνει την ποιότητα ζωής, ενώ το τρίτο τα γενικά αποτελέσματα υγείας (πχ Medical Outcomes Study/MOS ή το Patient-Reported Outcomes Measurement Information System /PROMIS). Στην κορυφή της πυραμίδας βρίσκονται οι δείκτες της HRQoL.



Σχήμα 3: Πυραμίδα δεδομένων για την υγεία του πληθυσμού

Πηγή: (Wolfson, 2014) - adopted from (Kaplan RM, 2022)

Η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής σε ατομικό επίπεδο συμπεριλαμβάνει την ψυχοκοινωνική κατάσταση του υποκειμένου, τυχόν παρενέργειες της θεραπευτικής παρέμβασης και η οικονομική του επιβάρυνση. Στο πεδίο εφαρμογής των καρδιαγγειακών ασθενών τα συνηθέστερα είναι τα εξής:

⇒ Heart QoI: αναπτύχθηκε από την Ευρωπαϊκή Ένωση Προληπτικής Καρδιολογίας (European Association of Preventive Cardiology /EAPC) και πρόκειται για

ερωτηματολόγιο με ερωτήσεις κλειστού τύπου. Εφαρμόζεται στη διερεύνηση της ποιότητας ζωής των στεφανιαίων ασθενών και είναι διαθέσιμο σε περισσότερες από 30 γλώσσες (ESC, HeartQoL, 2023)

⇒ Minnesota Living with Heart Failure: το ερωτηματολόγιο Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ) είναι ένα από τα πιο ευρέως χρησιμοποιούμενα ερωτηματολόγια ποιότητας ζωής που σχετίζονται με την υγεία για ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια (Heart Failure /HF). Αξιολογούνται οι διαστάσεις της σωματικής και συναισθηματικής υγείας, απ' όπου προκύπτει μια συνολική βαθμολογία. Οι τελευταίες επεξεργασίες του εργαλείου στοχεύουν στην προσθήκη μιας ακόμη παραμέτρου, της κοινωνικής διάστασης (Bilbao A, 2016)

Η εφαρμογή της μέτρησης και αξιολόγησης HRQoL στο γενικό πληθυσμό συμπεριλαμβάνει τα αποτελέσματα παρεμβάσεων δημόσιας υγείας, την ορθότητα κατανομής πόρων για την υγεία, τη χρήση υπηρεσιών υγείας και τις ανάγκες που προκύπτουν από το εκάστοτε επιδημιολογικό ή νοσολογικό προφίλ. Στο πεδίο εφαρμογής των καρδιαγγειακών ασθενών τα συνηθέστερα είναι τα εξής:

⇒ SF-36: ευρέως χρησιμοποιούμενο εργαλείο που παρέχει αξιολόγηση της σωματικής και ψυχικής ευεξίας. Καλύπτει τις διαστάσεις της φυσικής λειτουργίας, του περιορισμού ρόλων που προκύπτουν από σωματική αδυναμία διεκπεραίωσής τους, τα συναισθηματικά προβλήματα, την κοινωνική λειτουργία, την συναισθηματική ευεξία, την ενέργεια/κόπωση, τον πόνο και τις γενικές αντιλήψεις για την υγεία. Ένα επιπλέον μεμονωμένο στοιχείο αξιολογεί την αλλαγή στην αντιληπτή υγεία. Έχει αποδειχθεί ότι σχετίζεται με την πρόβλεψη αρκετών παραγόντων κινδύνου για στεφανιαία νόσο (CAD) και ότι προβλέπει την 5ετή θνησιμότητα σε έναν υγιή πληθυσμό (Lahoud R., 2017)

⇒ Euro Qual (EQ-5DL): αναπτύχθηκε το 2009 από το EuroQol Group και περιλαμβάνει την αξιολόγηση της κινητικότητας, της αυτοφροντίδας, των συνήθων δραστηριοτήτων, του πόνου/ενόχλησης και του άγχους/κατάθλιψης. Η κλίμακα βαθμολογεί βάσει των υποδείξεων του ασθενούς από το ουδέν πρόβλημα, έως το

ακραίο, αξιολογώντας παράλληλα την υποκειμενική του εικόνα για τη βέλτιστη και τη χειρίστη κατάσταση υγείας. (EuroQol, 2023)

⇒ HUI: (Health Utilities Index) αναπτύχθηκε στον Καναδά από τους Torrance, Feeny και Furlong (FeenyD, 1999). Αξιολογεί την όραση, την ακοή, την ομιλία, την κινητικότητα, την επιδεξιότητα, το συναίσθημα, το γνωστικό επίπεδο και το επίπεδο πόνου και εφαρμόζεται στη διερεύνηση της αποτελεσματικότητας των θεραπευτικών παρεμβάσεων (Karlan RM, 2022)

⇒ QWB: (quality of well – being) εργαλείο υψηλής ευαισθησίας που συμπεριλαμβάνει τη διεξοδική κατάσταση υγείας ενσωματώνοντάς την σε μία τελική βαθμολόγηση. Πέραν των κλιμάκων κινητικότητας, σωματικής δραστηριότητας, κοινωνικής δραστηριότητας και σύμπλοκων συμπτωμάτων/προβλημάτων, είναι το μοναδικό μεταξύ των εργαλείων που συμπεριλαμβάνει μια ολοκληρωμένη λίστα συμπλεγμάτων συμπτωμάτων/προβλημάτων πχ από το ακρωτηριασμένο άκρο έως τη ρινική καταρροή. Έχει χρησιμοποιηθεί σε πολυάριθμες κλινικές δοκιμές και μελέτες για την αξιολόγηση ιατρικών και χειρουργικών θεραπευτικών παρεμβάσεων, όπως η κοιλιακή μαρμαρυγή και ο σακχαρώδης διαβήτης. Επιπλέον, η μέθοδος έχει χρησιμοποιηθεί για τη μοντελοποίηση κατανομής πόρων υγείας (Spatz, 2023)

⇒ Nottingham Health Profile: (NHP) μετρά τα επίπεδα της αυτοαναφερόμενης δυσφορίας. Αποτελείται από δύο μέρη, το καθένα από τα οποία μπορεί να χρησιμοποιηθεί ανεξάρτητα από το άλλο. Στο 1^ο μέρος αξιολογούνται η σωματική κινητικότητα, ο πόνος, ο ύπνος, η κοινωνική απομόνωση, η συναισθηματική αντίδραση και η ενέργεια. Στο 2^ο μέρος ζητείται η υπόδειξη των ερωτηθέντων εάν η κατάσταση της υγείας τους επηρεάζει ή όχι τη δραστηριότητα σε επτά τομείς της καθημερινής ζωής: εργασία, φροντίδα του σπιτιού, κοινωνική ζωή, ζωή στο σπίτι, σεξουαλική ζωή, ενδιαφέροντα και ψυχαγωγία. Οι απαντήσεις και για τα δύο μέρη είναι ναι/όχι (Paravastu S., 2014)

Πολύ συχνά σε μελέτες διερεύνησης της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής απαντώνται οι δείκτες των “QALYs” (Quality Adjusted Life-Years) και των DALYs (Disability Adjusted Life Years), κυρίως σε αναλύσεις κόστους – οφέλους. Ο δείκτης QALYs παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον για τη μέτρηση του υγειονομικού αποτελέσματος σταθμίζοντας την «ποσότητα» ζωής με την «ποιότητα» των ετών επιβίωσης. Εφαρμόζεται στην σύγκριση

θεραπευτικών παρεμβάσεων στην ίδια ασθένεια με στόχο το πόρισμα κόστους/ποιότητα βελτιωμένων ετών ζωής, ώστε να εξαχθούν συμπεράσματα για το ωφέλιμο μιας θεραπείας έναντι μιας άλλης. Ο δείκτης DALYs εκτιμά την επιβάρυνση της ασθένειας στην ποιότητα ζωή του ατόμου αποτιμώντας το άθροισμα των απολεσθέντων ετών λόγω αναπηρίας ή πρόωρου θανάτου, και εφαρμόζεται κυρίως στο πεδίο διερεύνησης των χρόνιων παθήσεων για την εκτίμηση της αποτελεσματικότητας μιας θεραπευτικής παρέμβασης έναντι του κόστους της.

Αν και ακόμη και σήμερα δεν έχει αποσαφηνιστεί πλήρως ποιος είναι ο ορθός τρόπος μέτρησης της ποιότητας ζωής και ποια εν τέλει είναι τα καταλληλότερα εργαλεία, η σημασία της μέτρησης και αξιολόγησης HRQoL ως πολύτιμου δείκτη μέτρησης τόσο των προδιαθεσικών κινδύνων ανάπτυξης χρόνιων νόσων, όσο και αξιολόγησης των θεραπευτικών παρεμβάσεων παραμένει αδιαμφισβήτητο γεγονός, δίνοντας βήμα στους ανά τον κόσμο ερευνητές να τον βελτιστοποιήσουν και να τον καταστήσουν αναπόσπαστο μέρος της κλινικής πρακτικής (Haraldstad K, 2019) .

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

3.1 Σκοπός της μελέτης και ερευνητικά ερωτήματα

Σκοπός της παρούσας συστηματικής ανασκόπησης είναι η διερεύνηση του επιπέδου της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής των καρδιαγγειακών ασθενών μέσω αναζήτησης στις σύγχρονες επιστημονικές δημοσιεύσεις της διεθνούς κοινότητας παρέχοντας επικαιροποιημένη πληροφόρηση επί του θέματος.

Τα ερευνητικά ερωτήματα που διαμόρφωσαν την παρούσα μελέτη είναι τα ακόλουθα:

- ⇒ Με ποιο τρόπο επηρεάζει η παρουσία μιας καρδιαγγειακής νόσου την ποιότητα ζωής του ασθενούς;
- ⇒ Σχετίζονται τα δημογραφικά στοιχεία (φύλο, ηλικία, οικονομικό εισόδημα, εκπαιδευτική βαθμίδα, εθνικά χαρακτηριστικά) με την ποιότητα ζωής του καρδιαγγειακού ασθενή

3.2 Σχεδιασμός μελέτης

Λαμβάνοντας υπόψη την αύξουσα πορεία του επιπολασμού των καρδιαγγειακών νοσημάτων και των συνεπειών του τόσο στους ασθενείς και του οικείου τους περιβάλλοντος, όσο και στον ευρύτερο κοινωνικό περίγυρο, θεωρήθηκε σκόπιμη η διερεύνηση του θέματος σχετικά με την ποιότητα ζωής τους στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών Επιδημιολογίας και Προαγωγής Υγείας. Η παρούσα μελέτη αποτελεί μια απόπειρα αποσαφήνισης των παραγόντων που διαμορφώνουν το επίπεδο ποιότητας ζωής των ασθενών, τον τρόπο και τις διαστάσεις της ζωής τους που επηρεάζονται και το ρόλο που

πιθανόν διαδραματίζουν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά στην τελική εικόνα όπως πιστοποιείται από τους ίδιους τους ασθενείς και τα μέλη της διεθνούς διεπιστημονικής κοινότητας. Μια συστηματική ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας μπορεί να παράγει νέα πληροφόρηση, που δυνητικά λειτουργεί υποστηρικτικά στη λήψη αποφάσεων για βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών με CVD, προσφέροντας πληρέστερη κατανόηση των αναγκών τους, που σε μεμονωμένες μελέτες δεν θα ήταν ορατή (Thomas, 2008).

Πραγματοποιήθηκε χρονικός περιορισμός ως προς το έτος δημοσίευσης (Ιανουάριος 2013 – Δεκέμβριος 2023), προκειμένου να ανακτηθούν σύγχρονες μελέτες, για να αποκλειστεί το ενδεχόμενο παλαιότερων μεθοδολογικών προσεγγίσεων που δεν βρίσκονται πλέον σε ισχύ. Δεν περιορίστηκε η αναζήτηση σε συγκεκριμένους ηλικιακούς πληθυσμούς, ώστε να εντοπιστεί η ευρεία αποτύπωση χρήσης των δεικτών μέτρησης της HRQoL και να καταγραφούν τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά των πληθυσμιακών δειγμάτων των ερευνών.

Τα κριτήρια συμπερίληψης και αποκλεισμού που παρουσιάζονται στον Πίνακα 1, εφαρμόστηκαν σε όλα τα άρθρα που ανακτήθηκαν.

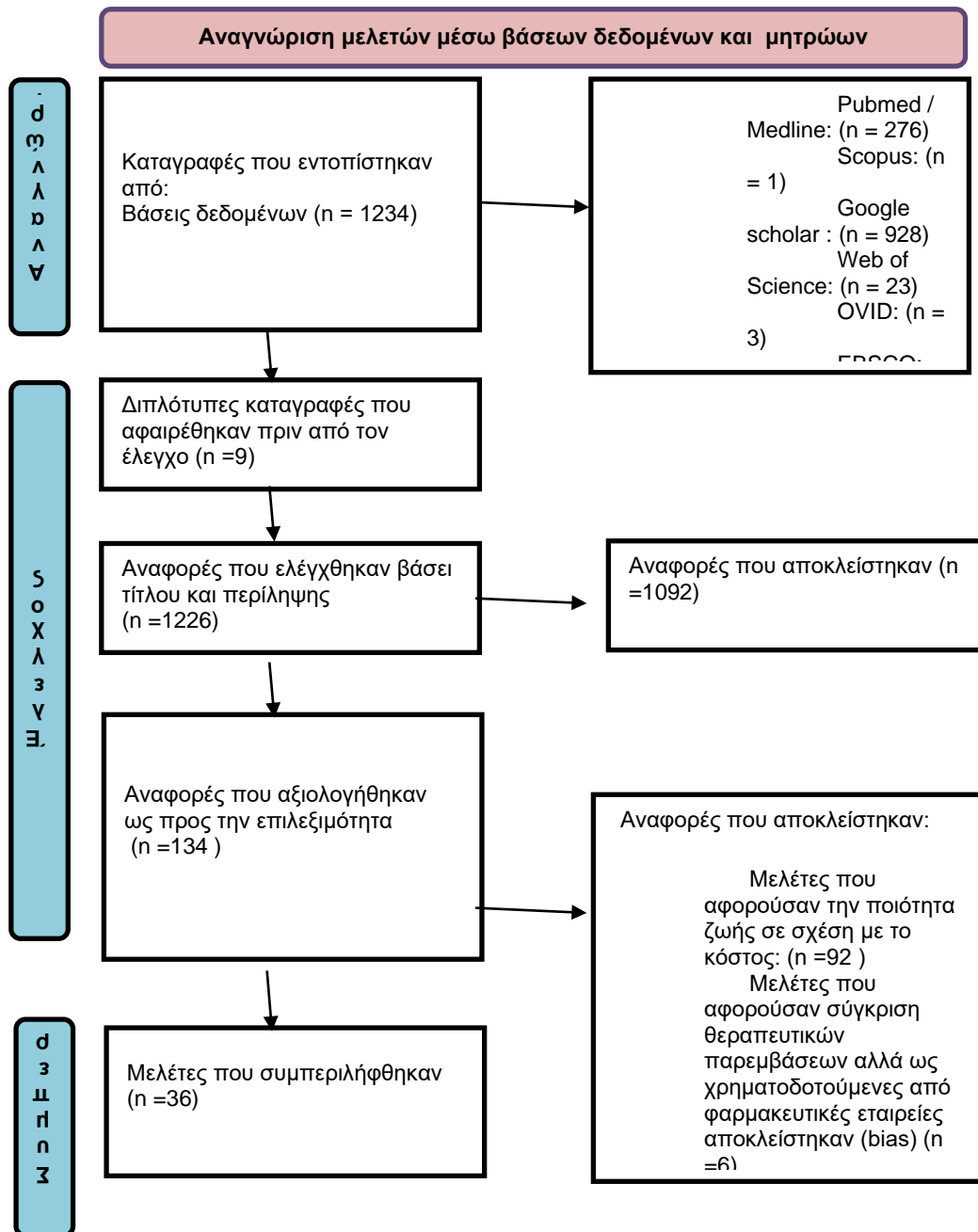
Πίνακας 1. Κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού

Κριτήρια ένταξης
1. Δημοσιεύσεις στην Αγγλική γλώσσα
2. Εμπειρικές μελέτες
3. Αναφορές περιπτώσεων
4. Εκθέσεις Οργανισμών και κατευθυντήριες οδηγίες
5. Μελέτες παρέμβασης
6. Πεδίο εφαρμογής στους καρδιαγγειακούς ασθενείς
Κριτήρια αποκλεισμού
1. Άρθρα συστηματικών ή βιβλιογραφικών ανασκοπήσεων ή μετα- αναλύσεων
2. Μελέτες που δεν βασίζονταν σε παρέμβαση
3. Κριτικές βιβλίων ή σχόλια σε δημοσιευμένες μελέτες
4. Ερευνητικά πρωτόκολλα
5. Άρθρα που δεν επικεντρωνόταν στην ποιότητα ζωής των καρδιαγγειακών ασθενών

Πραγματοποιήθηκε συστηματική αναζήτηση σχετικής ποιοτικής βιβλιογραφίας, δημοσιευμένης κατά την τελευταία δεκαετία στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων Pubmed, EBSCO, Medline, OVID, Web of Science, Scopus και Google Scholar. Η στρατηγική αναζήτησης

βασίστηκε σε όρους ως ακολούθως:(CVDs OR Cardiovascular disease OR Cardiac patient OR Heart disease OR Cardiovascular Health) AND (HRQoL OR Quality of Life OR Well – being OR Wellness OR Welfare). Για τη διασφάλιση ορθότητας των στοιχείων, αλλά και την αποτύπωση της συνολικής διαδικασίας διερεύνησης χρησιμοποιείται το εργαλείο για συστηματικές ανασκοπήσεις PRISMA 2020 statement στην τελευταία του δημοσιευμένη αναβάθμιση (Page, 2021). Ο αριθμός των ερευνών που έχουν αποκλειστεί, καταγράφεται και αιτιολογείται.. Η διαδικασία αναζήτησης παρουσιάζεται στο Σχήμα 4.

Σχήμα 4: Διάγραμμα Ροής της Διαδικασίας Αναζήτησης



Πηγή: (Page, 2021)

Αρχικά, ανακτήθηκαν 1235 άρθρα. Μετά την αφαίρεση των διπλότυπων, 1226 άρθρα παρέμειναν για έλεγχο τίτλου και περιλήψεων. Τα 1092 άρθρα αφαιρέθηκαν με βάση τον τίτλο και την περίληψη, καθώς δεν ήταν σχετικά με τον στόχο της παρούσας ανασκόπησης. Μεταξύ των υπόλοιπων 134 άρθρων, τα 92 αξιολογούσαν τις οικονομικές διαστάσεις της ποιότητας ζωής των καρδιαγγειακών ασθενών (κόστος νοσηλείας και θεραπευτικών

παρεμβάσεων) και τα 6 πραγματοποιούσαν σύγκριση θεραπευτικών παρεμβάσεων, αλλά ως χρηματοδοτούμενα από φαρμακευτικές εταιρείες αποκλείστηκαν προς αποφυγή μεροληπτικών κρίσεων (bias). Ως εκ τούτου, πληρούσαν τα κριτήρια συμπερίληψης και αξιολογήθηκαν στην τελική ανασκόπηση 36 μελέτες.

Η αξιολόγηση της καταλληλότητας των εργασιών πραγματοποιήθηκε με μια ιεραρχική δομή ξεκινώντας από τον τίτλο και την περίληψη και στη συνέχεια τα άρθρα που πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης, εξετάστηκαν στο σύνολο του κειμένου. Η εξαγωγή δεδομένων περιλάμβανε όνομα συγγραφέα, έτος δημοσίευσης, χώρα μελέτης, σκοπό μελέτης, πληθυσμιακό δείγμα, περιεχόμενο/σχεδιασμό παρέμβασης, εργαλεία αξιολόγησης, και κύρια ευρήματα τα οποία απαντούν στα ερευνητικά ερωτήματα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Οι 36 μελέτες που πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης και αξιολογήθηκαν περαιτέρω πραγματοποιήθηκαν σε διαφορετικές χώρες παγκοσμίως. Συγκεκριμένα από μία μελέτη στις χώρες όπως: Πολωνία, Ισλανδία, Ισραήλ, Νότια Κορέα, Ουγγαρία, Ολλανδία, Ινδονησία, Καναδά, Αυστρία, Αιθιοπία, Κορέα, Μπαγκλαντές, σε σύμπραξη Κούβας και Trinidad & Tobago, Ελλάδα, Πορτογαλία, και τρεις στο Ιράν, τέσσερις στην Αυστραλία και τη Νορβηγία, πέντε στις Η.Π.Α., οκτώ στη Σουηδία (εκ των οποίων η μία αφορά συνεργασία με τις Η.Π.Α. και μία με το Ηνωμένο Βασίλειο της Αγγλίας). Και οι 36 μελέτες δημοσιεύτηκαν κατά την τελευταία δεκαετία (2013 – 2023) Οι μελέτες χρησιμοποίησαν πληθυσμιακό δείγμα που κυμαινόταν από 7 – 15.113 άτομα. Παρατηρείται μια αύξηση των ερευνών επί του θέματος στις Ευρωπαϊκές χώρες (44,7% των άρθρων που συμπεριλήφθηκαν) και στις Ασιατικές (21,05%). Στις Η.Π.Α. εντοπίζονται μελέτες στοχευμένες κυρίως στον δείκτη των QALYs και την ενσωμάτωσή τους με το κόστος των θεραπευτικών παρεμβάσεων για να καταλήξουν σε έναν τελικό κοινό παρονομαστή κόστους/QALYs.

4.1 Σκοπός των ερευνών

Οι έρευνες στόχευαν στην αξιολόγηση του επιπέδου ποιότητας ζωής των καρδιαγγειακών ασθενών, προκειμένου να προτείνουν νέες παρεμβάσεις βελτιστοποίησης των αποτελεσμάτων υγείας, να ευαισθητοποιήσουν τους υπευθύνους διαμόρφωσης στρατηγικής, να ενθαρρύνουν τη διερεύνηση της θεματικής από νέους επιστήμονες και να ενημερώσουν το κοινό τόσο για τους κινδύνους/επιπτώσεις των καρδιαγγειακών νοσημάτων στην καθημερινότητα, όσο και για ανατροφοδότηση με νέες κατευθυντήριες οδηγίες. Η Αμερικανική Εταιρεία Καρδιάς (American Heart Association/AHA) έχει δημοσιεύσει κατά καιρούς εκθέσεις για την ανάγκη μέτρησης του επιπέδου υγείας και ποιότητας ζωής των ασθενών με CVDs ώστε να διασφαλιστούν τα ζητούμενα της επιβίωσης και της ευεξίας των καρδιαγγειακών ασθενών, δείγματα των οποίων συμπεριλαμβάνονται στην παρούσα μελέτη. Επίσης εντοπίστηκαν συγκριτικές μελέτες μεταξύ ομάδων πληθυσμού με διαφορετικό τύπο παρεμβάσεων, ώστε να εξαχθούν συμπεράσματα για τη βέλτιστη μέθοδο αντιμετώπισης και να προταθούν μελλοντικές έρευνες (πχ αγγειοπλαστική – by pass ή συντηρητική φαρμακευτική αγωγή έναντι επεμβατικής πράξης). Το ενδιαφέρον των ερευνητών πέραν της γενικής θεώρησης της ομάδας των καρδιαγγειακών νοσημάτων

στράφηκε κυρίως στη μελέτη του οξέος ισχαιμικού καρδιακού επεισοδίου εντός και εκτός νοσοκομείου (23,6%), το έμφραγμα μυοκαρδίου (13,1%), η στεφανιαία νόσος (10,5%), το ισχαιμικό ή αιμορραγικό εγκεφαλικό επεισόδιο (10,5%) και η χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια (7,8%). Επιπροσθέτως υπήρξαν μελέτες συσχέτισης των επιμέρους παραμέτρων της σωματικής και ψυχολογικής δυσλειτουργίας των καρδιαγγειακών ασθενών με την υποκειμενική ευεξία και ποιότητα ζωής τους. Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας ταξινομήθηκαν σε δύο χωριστά μέρη, ως απαντήσεις στα ερευνητικά ερωτήματα και επισυνάπτονται δύο πίνακες με μελέτες, οι οποίες αξιολογούνται και σχολιάζονται ανάλογα.

4.2 Αναφερόμενες επιπτώσεις των καρδιαγγειακών νοσημάτων στην ποιότητα ζωής των ασθενών

Τα ευρήματα των μελετών που συμπεριλήφθηκαν και αφορούν τις επιπτώσεις των CVDs στο επίπεδο ποιότητας ζωής, ομαδοποιήθηκαν (βλ. **Πίνακα 2**) σύμφωνα με την κατηγοριοποίηση κατά WHO (WHO, Explore a world of health data, 2005; The WHOQOLGroup, 1994)

Πίνακας 2: Τομείς ποιότητας ζωής κατά WHOQOL-BREF - συνολική ποιότητα ζωής και γενική υγεία (WHOQOLGroup, 1998)	
Τομέας	Παράμετροι
Σωματική Υγεία	Πόνος και δυσφορία Ύπνος και ξεκούραση Ενέργεια και κόπωση Κινητικότητα Δραστηριότητες της καθημερινότητας/αυτοεξυπηρέτηση Εξάρτηση από φαρμακευτικά σκευάσματα και ιατρικά βοηθήματα Συννοσηρότητες Δυνατότητα εργασίας
Ψυχική Υγεία	Θετικά συναισθήματα Σκέψη, μάθηση, μνήμη και συγκέντρωση Αυτοεκτίμηση Σωματική εικόνα και εμφάνιση Αρνητικά συναισθήματα Πνευματικότητα}θρησκεία}προσωπικές πεποιθήσεις
Κοινωνικές Σχέσεις	Προσωπικές σχέσεις Επίπεδο κοινωνικής ενσωμάτωσης Κοινωνική υποστήριξη και σχέσεις κοινωνικής συνοχής Σεξουαλική δραστηριότητα
Περιβάλλον	Ελευθερία και ασφάλεια Οικιακό περιβάλλον

	<p>Οικονομικοί πόροι Προσβασιμότητα και ποιότητα υγείας και κοινωνικής φροντίδας Ευκαιρίες για απόκτηση νέων γνώσεων και δεξιοτήτων Συμμετοχή και ευκαιρίες για αναψυχή}δραστηριότητα ελεύθερου χρόνου Φυσικό περιβάλλον (ρύπανση}θόρυβος}κυκλοφορία}κλίμα) Μεταφορά</p>
--	---

Στη συνέχεια ταξινομήθηκαν αναλόγως της συχνότητας αναφοράς των όρων – με προτεραιότητα στη σημασία τους για τους ασθενείς που ανήκουν στο πληθυσμιακό δείγμα των ερευνών και στη συνέχεια με βάση τη μεταξύ τους στατιστική σχέση (Robinson PG., 2005). Προέκυψαν έτσι οι κατηγορίες: σωματική υγεία, ψυχική υγεία, κοινωνική λειτουργικότητα, περιβάλλον και θνησιμότητα.

4.3 Σωματική – φυσική λειτουργικότητα

Στον τομέα της σωματικής υγείας η δυσχερής κινητικότητα είναι ο πλέον αναφερόμενος όρος (13 στις 36 μελέτες, 34,2%) και στη συνέχεια οι επιπτώσεις της, όπως η ικανότητα βάδισης και μετακίνησης (13 στις 36 μελέτες, 34,2%), το πτωχό επίπεδο αυτοεξυπηρέτησης (11 στις 36 μελέτες, 28,9%), οι σωματικοί περιορισμοί, η εξάρτηση από το οικείο περιβάλλον για κάλυψη βασικών αναγκών, η πτωχή σωματική δραστηριότητα και η έκπτωση των φυσιολογικών λειτουργιών των ασθενών με καρδιαγγειακό νόσημα, ακόμη και μετά την πλήρη τους αποκατάσταση. Βάσει των ευρημάτων της τρέχουσας ανασκόπησης, οι καρδιαγγειακοί ασθενείς που πλήττονται περισσότερο στον τομέα της κινητικότητας, είναι όσοι υπέστησαν ισχαιμικό ή αιμορραγικό εγκεφαλικό επεισόδιο, αντιμετωπίζοντας επιπλέον παρέσεις (Μαρούλη Π, 2021), παραμορφώσεις του μυοσκελετικού συστήματος (White J., 2016) και μακροχρόνια αναπηρία (Rumsfeld J., 2013). Η J. White αναφέρει το πρώτο έτος μετά το επεισόδιο ως το πλέον επιβαρυντικό για την ποιότητα ζωής των ασθενών, κατά τη διάρκεια του οποίου απαιτείται υψηλή υποστήριξη από την επιστημονική κοινότητα, αλλά και τον κοινωνικό τους περίγυρο (White J., 2016), αφού οι ασθενείς αδυνατούν να επιστρέψουν στη φυσιολογική τους ζωή έχοντας απολέσει την ικανότητα οδήγησης και μεταφοράς στους επιθυμητούς τους προορισμούς, την αυτονομία τους και την προ του επεισοδίου δραστηριοποίησή τους είτε στο εργασιακό περιβάλλον, είτε στο ευρύτερο κοινωνικό.

Ο χρόνιος πόνος αναφέρεται σε οκτώ από τις 36 μελέτες (21%) και εντοπίζονται σε

ασθενείς που υπέστησαν έμφραγμα μυοκαρδίου (Rumsfeld J., 2013; Hosseini SH, 2014; Ha Mi Kim, 2014; Smith K., 2015), εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση (Utne KK, 2016), εγκεφαλικό επεισόδιο (White J., 2016; Segerdahl M., 2023) και σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο (Abdallah MS., 2013). Άλλα ευρήματα περιλαμβάνουν τα νευρολογικά ελλείμματα, εμφανιζόμενα κυρίως στους ασθενείς που υπέστησαν εγκεφαλικό επεισόδιο (Lourenço E, 2021; Ørbo M., 2016), την σωματική εξουθένωση (Rafael B, 2014; Santoso T., 2017; Verberne D, 2017; Μαρούλη Π, 2021), την πτώση ενέργειας, την εύκολη κόπωση, τις διαταραχές μνήμης, τη δύσπνοια, τις διαταραχές ύπνου, τη νυχτερινή εφίδρωση, την ανορεξία, τον ξηρό βήχα, τη ζάλη, την ακράτεια ούρων και τις μη αναστρέψιμες εγκεφαλικές βλάβες (Rumsfeld J., 2013; Ha Mi Kim, 2014; Rafael B, 2014; Lilja G., 2018; Spertus J, 2019; Costa L., 2020; Gebrekidan E., 2021; Kovacs AH, 2022; Lawson CA, 2023) Υπάρχουν επίσης αναφορές για εμφάνιση επιπλοκών κατά τη νοσηλεία των ασθενών, με κύριες εκδηλώσεις πνευμονία, ουρολοιμώξεις, νευρολογικές και ηπατικές διαταραχές και λοιμώξεις του ανώτερου και κατώτερου αναπνευστικού (Chang WH., 2016; Kovacs AH, 2022).

Οι συννοσηρότητες που αναφέρονται στις μελέτες που έχουν συμπεριληφθεί, είναι κυρίως ο σακχαρώδης διαβήτης και η αρτηριακή υπέρταση (Uchmanowicz I, 2013; Rumsfeld J., 2013; Santoso T., 2017; Spertus J, 2019; Costa L., 2020; Bahall M, 2020; Lourenço E, 2021; Kovacs AH, 2022). Ειδικότερα στη συγκριτική μελέτη της I. Uchmanowicz (Uchmanowicz I, 2013), γίνεται εκτενής αναφορά στις δυσμενείς συνέπειες του σακχαρώδη διαβήτη στους καρδιαγγειακούς ασθενείς. Επιπλέον στις έρευνες του JS.Rumsfeld (Rumsfeld J., 2013) και της A.Kovacs (Kovacs AH, 2022) γίνεται λόγος για ασυμβατότητα της θεραπευτικής αντιμετώπισης των συννοσηροτήτων και αδυναμία ολοκληρωμένης κλινικής πρακτικής στους ασθενείς. Η E. Lourenço αναφέρει ότι οι καρδιαγγειακοί ασθενείς που εμφανίζουν συννοσηρότητες, σημειώνουν τη χαμηλότερη ποιότητα ζωής σε όλους τους τομείς αξιολόγησής της, συμπεριλαμβανομένων της σωματικής λειτουργικότητας, της ψυχικής υγείας, της κοινωνικής αλληλεπίδρασης και εν τέλει της γενικής ποιότητας ζωής.

Η επιστροφή των καρδιαγγειακών ασθενών στην καθημερινότητα εμπερικλείει την επάνοδο στα οικογενειακά και εργασιακά τους καθήκοντα και αποτελεί στόχο των θεραπευτικών παρεμβάσεων ως επιστροφή στη φυσιολογική ζωή (ESC, Understanding the burden of CVD: Facts and figures, 2023). Παρόλα αυτά υπάρχουν περιορισμοί στην επίτευξη του στόχου, αφού εξαρτάται από τη σοβαρότητα της νόσου και των επιπτώσεών της στη σωματική και ψυχική λειτουργικότητα πχ καρδιακή ανεπάρκεια (Costa L., 2020), την ύπαρξη

ή μη συννοσηροτήτων, την ηλικία, το είδος και την ποιότητα της εργασίας, την κουλτούρα της κάθε χώρας και το οικονομικό στάτους του ασθενούς (Spertus J, 2019). Οι ασθενείς νεότερης ηλικίας (<55) βρίσκονται σε καθεστώς πίεσης να επιστρέψουν στην εργασία τους σε σχέση με άτομα ηλικίας άνω των 55 ετών, αφού έχουν υψηλότερες επαγγελματικές φιλοδοξίες από τα άτομα που είναι πιο κοντά στη συνταξιοδότηση, η οικονομική τους σταθερότητα δεν είναι διασφαλισμένη και επιπλέον υπάρχουν ανειλημμένες υποχρεώσεις απέναντι στα παιδιά τους (Ketilsdottir A, 2014). Η παρατεταμένη απουσία λόγω ασθένειας είναι ένας σημαντικός παράγοντας κινδύνου για μόνιμο αποκλεισμό από την αγορά εργασίας. Η μελέτη της Ski CF (Ski CF., 2015) σε κοόρτη 212 ασθενών υπό νοσηλεία σε νοσοκομείο της Μελβούρνης με μέση ηλικία τα 66,4 έτη, αναφέρει ότι το 62,6% του πληθυσμιακού δείγματος βρέθηκε εκτός εργατικού δυναμικού λόγω δυσλειτουργιών και κατά συνέπεια οι νεώτεροι σε ηλικία ασθενείς εμφάνισαν έντονη κατάθλιψη και χαμηλά επίπεδα HRQOL. Η αδυναμία εκπλήρωσης των επαγγελματικών υποχρεώσεων αναφέρεται συνολικά σε 18 από τις 36 μελέτες (47,3%) που συμπεριλαμβάνονται στην ανασκόπηση.

4.4 Ψυχική Υγεία

Η ψυχολογική επιβάρυνση είναι η συχνότερα αναφερόμενη παράμετρος στις μελέτες για την ποιότητα ζωής των καρδιαγγειακών ασθενών. Το άγχος και η κατάθλιψη είναι από τα πιο συνήθη ευρήματα και εντοπίστηκαν αντίστοιχα σε 19 στις 36 μελέτες (50,4%) και σε 17 στις 36 (44,9%). Το αίσθημα ανασφάλειας εντοπίζεται σε τέσσερις από τις 36 μελέτες (10,5%), το οποίο αναφέρεται στο φόβο για υποτροπή της νόσου (Ketilsdottir A, 2014), ως προς την σωματική άσκηση (Hosseini SH, 2014), ως προσπάθεια εύρεσης νέας ταυτότητας (Bremer A, 2018) και ως παλινδρομήσεις μεταξύ άρνησης και αποδοχής της θνητότητας σε ασθενείς που είχαν υποστεί καρδιακή ανακοπή εκτός νοσοκομείου (Bremer A, 2018) Ενδιαφέρον παρουσιάζει η αναφορά της στροφής των καρδιαγγειακών ασθενών στην πνευματικότητα για στήριξη (Soleimani MA, 2020). Τρεις μελέτες αναφέρονται σε γενική ψυχολογική δυσφορία, ενώ μία διερευνά το μετατραυματικό στρες των ασθενών με εμφυτευμένο απινιδωτή μετά από τα αυτόματα shock (Thylén I, 2020). Ο B. Sararoudi και οι συνεργάτες του (Sararoudi RB, 2016) αξιολογώντας την επίδραση σχεδιασμένης παρέμβασης που εστίαζε στην αντίληψη για την ασθένεια και την επίδρασή της στην ποιότητα ζωής, το

άγχος και την κατάθλιψη ασθενών με έμφραγμα μυοκαρδίου, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι με την εφαρμογή των κατάλληλων προγραμμάτων στήριξης είναι εφικτή η βελτίωση της γενικής ποιότητας ζωής. Η μελέτη της Kovacs (Kovacs AH, 2022) στη διερεύνηση των θεραπευτικών αποτελεσμάτων και των ψυχολογικών εμπειριών των εφήβων ασθενών με συγγενή καρδιοπάθεια, στοχεύει στην ενθάρρυνση των μελετητών προς την κατεύθυνση διαμόρφωσης ενός μοντέλου φροντίδας για διασφάλιση της καλύτερης δυνατής HRQoL και αναφέρεται εκτεταμένα στις επιπτώσεις της νόσου στους ασθενείς, κάνοντας λόγο για εκδήλωση διάσπασης προσοχής, παραβατικότητα, αυτοκτονικό ιδεασμό και διατροφικές διαταραχές (πχ αλλοφαγία). Η διάσπαση προσοχής σε συνδυασμό με πτώση της ψυχοκινητικής ταχύτητας αναφέρεται και στις μελέτες της Lilja και των συνεργατών της που διερευνούν την ποιότητα ζωής επιζώντων OHCA (Lilja G, 2015; Lilja G., 2018). Στην πρώτη της μελέτη το 2015 επιπροσθέτως, γίνεται λόγος για αίσθημα ενοχής των ασθενών για την εμφάνιση του επεισοδίου (αγνόηση πρώιμων συμπτωμάτων) και για την πλήρη τους εξάρτηση από το οικείο περιβάλλον για κάλυψη βασικών αναγκών.

4.5 Κοινωνική Λειτουργικότητα

Η κοινωνική αλληλεπίδραση των καρδιαγγειακών ασθενών εξαρτάται τόσο από την κατάσταση της υγείας τους (προβλήματα κινητικότητας που αποτρέπουν τις κοινωνικές δραστηριότητες, καταθλιπτική συνδρομή ή αγχώδη διαταραχή λόγω της νόσου, ηλικία), όσο και από την προσωπικότητα, την εξωστρέφεια και την κουλτούρα του ατόμου (Bremer A, 2018). Αδιαμφισβήτητο ένα απειλητικό για τη ζωή γεγονός είναι ικανό να αλλάξει ολόκληρη την κοσμοθεωρία ενός ανθρώπου και να αναθεωρήσει τρόπο σκέψης και αλληλεπίδρασης με το κοινωνικό γίγνεσθαι (Rumsfeld J., 2013). Η απομόνωση από το κοινωνικό περιβάλλον και τα προβλήματα επανένταξης στην καθημερινότητα εντοπίζονται σε 22 στις 36 μελέτες. Η δυσχέρεια των ασθενών να παραμείνουν σεξουαλικά ενεργοί αναφέρεται σε μία μόνο μελέτη (Hosseini SH, 2014). Σε μελέτη κοόρτης 212 ασθενών της Ski CF (Ski CF., 2015) αναφέρεται εμφάνιση ακραίας απομόνωσης από οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον στο 10% του πληθυσμιακού δείγματος. Μια ενδιαφέρουσα προσέγγιση επιχειρεί η Utne KK (Utne KK, 2016) η οποία διασταυρώνει απόψεις ασθενών και επιλεγμένων από τους ίδιους φίλων τους προκειμένου να καταγραφούν οι υποκειμενικές αντιλήψεις ασθενών με εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση και των οικείων τους. Χαρακτηριστικό παράδειγμα απόκλισης η

αναφορά στο 60% των ασθενών για χρόνο πόνο, ενώ οι φίλοι τους ανέφεραν 31%, γεγονός που αποδεικνύει ότι το μεγαλύτερο μέρος των ασθενών δεν μοιράζεται με το περιβάλλον τους την συναισθηματική τους κατάσταση. Η πλειονότητα των μελετών στηρίζει την μειωμένη κοινωνική λειτουργικότητα στην δυσχέρεια μετακινήσεων, την πλήρη ή μερική εξάρτηση των καρδιαγγειακών ασθενών από τους οικείους τους, στα νευρολογικά ελλείμματα και στις διαταραχές ψυχικής υγείας, κυρίως της κατάθλιψης (Chang WH., 2016; Utne KK, 2016; Lilja G., 2018; Costa L., 2020; Gebrekidan E., 2021; Μαρούλη Π, 2021; Kovacs AH, 2022).

4.6 Περιβάλλον

Το αίσθημα εγκατάλειψης από την Πολιτεία αναφέρεται σε δύο μελέτες. Συγκεκριμένα ο K. Årestedt και οι συνεργάτες του (Årestedt K, 2015) διερευνώντας τη στήριξη από την Πολιτεία σε ομάδα καρδιαγγειακών ασθενών και του οικείου τους περιβάλλοντος, διαπίστωσαν ότι το 15% των ασθενών δήλωσε αίσθημα εγκατάλειψης, ενώ το ποσοστό των οικείων τους προσώπων που ανέφερε ανεπαρκή βοήθεια ήταν ακόμη υψηλότερο (21,3%). Ο Hosseini (Hosseini SH, 2014) αντιστοίχως αναφέρει ανάγκη υποστήριξης από το περιβάλλον που δεν ευοδώθηκε. Οι ελλειπείς ευκαιρίες για απόκτηση νέων γνώσεων και δεξιοτήτων σχολιάζονται σε πέντε από τις 36 μελέτες, οι οποίες ανέφεραν πτώση των γνωστικών λειτουργιών των ασθενών (Ketilsdottir A, 2014; Lilja G, 2015; Ørbo M., 2016; Verberne D, 2017; Lilja G., 2018). Ο ρόλος των καρδιαγγειακών ασθενών στο οικογενειακό περιβάλλον αναφέρεται σε έξι μελέτες. Συγκεκριμένα στις δημοσιεύσεις των Ski και Lilja (Ski CF., 2015; Lilja G., 2018) αναφέρεται το αίσθημα ακραίας απομόνωσης και απουσία στήριξης από την οικογένεια, ο WH Chang και οι συνεργάτες του αναφέρουν δυσφορία λόγω αισθήματος επιβάρυνσης των οικείων τους (Chang WH., 2016), ενώ οι Costa L. και Μαρούλη Π (Costa L., 2020; Μαρούλη Π, 2021) σημειώνουν πως η έκπτωση των φυσικών τους λειτουργιών, δυσχεραίνουν την ανάκτηση του ρόλου τους στην οικογένεια. Η οικονομική εξουθένωση των καρδιαγγειακών ασθενών λόγω των μακροχρόνιων νοσηλείων και θεραπευτικών παρεμβάσεων αναφέρεται εκτενώς στην έρευνα του Rumsfeld (Rumsfeld J., 2013), ενώ οι ανεπαρκείς οικονομικοί πόροι ως σημείο προστριβής στο οικογενειακό περιβάλλον σχολιάζεται από τον Benyamini και τους συνεργάτες του (Benyamini Y, 2013). Παρόμοιους συσχετισμούς διατυπώνουν και οι M. Ørbo, T.Santoso και A. Bremer (Ørbo M.,

2016; Santoso T., 2017; Bremer A, 2018)..

4.7 Θνησιμότητα

Η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των ασθενών δεν αποτελεί απλά έναν δείκτη της τρέχουσας κατάστασης υγείας του ασθενή. Είναι επίσης πηγή πρόβλεψης των θεραπευτικών αποτελεσμάτων, ποσοτικοποίησης των κινδύνων που διατρέχει ο ασθενής πάνω και πέρα από τις παραδοσιακές μεταβλητές -τα δημογραφικά στοιχεία, το ιατρικό ιστορικό και οι βιομετρικοί δείκτες- και αποτελεί δείκτη αποτελεσμάτων συμπεριλαμβανομένων των οξέων επεισοδίων, της ανάγκης για νοσηλεία και της θνησιμότητας (Rumsfeld J., 2013).

Στην τρέχουσα συστηματική ανασκόπηση αναφορές στο πεδίο της θνησιμότητας έκαναν δέκα στις 36 μελέτες (26,3%),εκ των οποίων σημειώθηκαν απώλειες λόγω θανάτου στις αρχικές κοόρτες των ερευνών (Smith K., 2015; Nehme Z, 2018; Sajobi T., 2018; Bahall M, 2020). Σε κάποιες μελέτες γίνονται συσχετίσεις των ευρημάτων με τη θνησιμότητα. Συγκεκριμένα η Uchmanowicz I. (Uchmanowicz I, 2013) αναφέρει ότι εντοπίστηκαν υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας στους ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη, ο Benyamini Y (Y.Benyamini, 2013) διατυπώνει συσχετισμούς μεταξύ κατάθλιψης των καρδιαγγειακών ασθενών και θνησιμότητας και ο Chang WH (Chang WH., 2016) κάνει λόγο για συνεχείς μετρήσεις των δεικτών ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων, που φέρονται ως η κύρια αιτία θνησιμότητας.

Πίνακας 3: Επιπτώσεις των Καρδιαγγειακών Νοσημάτων στην Ποιότητα Ζωής

α/α	Συγγραφείς	Χώρα	Σκοπός Μελέτης	Επιπτώσεις στη σωματική – ψυχική λειτουργία	Επιπτώσεις στο/από το περιβάλλον	Επιπτώσεις στη κοινωνική λειτουργικότητα	Θνησιμότητα	Τρόπος Επίδρασης των CVDs στη γενική Ποιότητα Ζωής των Ασθενών
1. 1	Uchmanowicz I., et al, 2013	Πολωνία	Αξιολόγηση της επίδρασης της αγγειοπλαστικής στην ποιότητα ζωής (HRQOL) ασθενών με – και χωρίς διαβήτη (κοόρτη 120 ασθενών)	Εύκολη κόπωση/ υψηλά ποσοστά άγχους	Δυσχέρεια στην άσκηση συμμετοχής σε οικογενειακών/εργασιακών καθηκόντων. Μετεγχειρητική βελτίωση -κυρίως για τους μη σακχαροδιαβητικούς	Περιορισμός συμμετοχής σε κοινωνικές δραστηριότητες - ομαλή επανένταξη μετεγχειρητικά	Αναφερόμενα υψηλότερα ποσοστά στους ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη	Εικόνα χαμηλού επιπέδου γενικής ποιότητας ζωής των ασθενών, πτωχότερης στην υποομάδα των σακχαροδιαβητικών ασθενών
2. 2	Rumsfeld et al, 2013	ΗΠΑ	Έκθεση της American Heart Association: ανάγκη μέτρησης επιπέδου υγείας και ποιότητας ζωής των ασθενών με CVDs για διασφάλιση επιβίωσης και ευεξίας	Δυσχερής κινητικότητα/ κατάθλιψη (30%)/ άγχος/συννοσηρότητες/πτωχό επίπεδο αυτοεξυπηρέτησης	Χαμηλή αποδοτικότητα στον εργασιακό χώρο, πτωχή παραγωγικότητα, κυρίως στους ασθενείς με ΑΕΕ	Πτωχή στήριξη από το κοινωνικό περιβάλλον/αδυναμία επανένταξης	Αυξημένη θνησιμότητα στους υπερήλικες	Η γενική ποιότητα ζωής είναι σημαντώς μειωμένη κυρίως με τη σωματική λειτουργικότητα
3. 3	Ketilsdottir A et al, 2013	Ισλανδία	Μελέτη κοόρτης 7 ατόμων (επιβίωση από αιφνίδια καρδιακή ανακοπή εκτός νοσοκομείου):καταγραφή αναγκών/διαμόρφωση ανάλογων παρεμβάσεων για βελτίωση της ποιότητας ζωής	Πτώση γνωστικών λειτουργιών/ανασφάλεια/φόβος για υποτροπή νόσου/αίσθημα κενού μνήμης/ περιορισμός κινητικότητας/έκπτωση φυσιολογικών λειτουργιών (ακόμη και μετά από πλήρη αποκατάσταση)	Δυσλειτουργίες στον εργασιακό τομέα/αίσθημα απομόνωσης και ελλιπούς στήριξης από την οικογένεια	Ανάγκη υποστήριξης από το κοινωνικό περιβάλλον/ πτωχό επίπεδο κοινωνικής αλληλεπίδρασης	-	Επιπτώσεις σε όλους τους τομείς της καθημερινότητας: μειωμένη απόδοση και διαταραχές σε σωματικές και γνωστικές λειτουργίες, αίσθημα άγχους, ανασφάλεια και έλλειψη υποστήριξης
4. 4	Abdallah, M. S. et al, 2013	Η.Π.Α	Διερεύνηση του επιπέδου HRQOL ασθενών που υποβλήθηκαν σε By – pass ή PCI	Προεγχειρητικά: περιορισμοί στην αυτοεξυπηρέτηση/μειωμένη κινητικότητα/ συμπτωματολογία στηθάγχης	Οι ασθενείς που υπεβλήθησαν σε PCI επέστρεψαν στα εργασιακά και οικογενειακά καθήκοντα πιο γρήγορα	Οι ασθενείς που υπεβλήθησαν σε αγγειοπλαστική επανήλθαν σύντομα στις κοινωνικές τους δραστηριότητες (PCI 69,9%, By –pass 67%)	Παρά τη μείωση των κινδύνων θνησιμότητας απαιτείται η πάροδος 5ετίας για επανεκτίμηση	Ελάχιστη διαφοροποίηση στη γενική ποιότητα ζωής μετά από 6 μήνες: Πτώση της ποιότητας ζωής: PCI 49.2%, By –pass 47.8%.

5. 5	Benyamini Y. et al, 2013	Ισραήλ	Διερεύνηση του επιπέδου ποιότητας ζωής 540 ασθενών που υπέστησαν έμφραγμα μυοκαρδίου	Άγχος/κατάθλιψη/ μειωμένη σωματική λειτουργικότητα. Επανεκτίμηση μετά από 10 έτη: βελτίωση ψυχικής υγείας, αλλά όχι και σωματικής	Επιστροφή στα εργασιακά καθήκοντα με ικανοποιητική απόδοση μετά από 5 έτη/Στήριξη από την οικογένεια για ομαλή επανένταξη	Απομόνωση από το κοινωνικό περιβάλλον τα πρώτα 5 έτη/σταδιακή επανένταξη μετά από 5ετία	Διαπίστωση συσχέτισης μεταξύ κατάθλιψης και θνησιμότητας	Οι εκπτώσεις στην ποιότητα ζωής τους βρέθηκε ότι δεν ήταν αναλογικές με την βαρύτητα του εμφράγματος, αλλά ο συναισθηματικός του αντίκτυπος (κατάθλιψη/άγχος) και οι σωματικές αναπηρίες ήταν κοινές. Σημαντικό εύρημα, η αλλαγή τρόπου ζωής
6. 6	Hosseini S. H., et al, 2014	Ιράν	Μέτρηση της προερχόμενης από οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου κατάθλιψης και συσχέτισή της με την ποιότητα ζωής των ασθενών	Χρόνιος πόνος, ανασφάλεια ως προς την σωματική άσκηση, καταθλιπτικές τάσεις	Δυσχέρεια κατά την επιστροφή στην εργασία, την αλληλεπίδραση με τους συναδέλφους, την απόδοση σε προγράμματα επιμόρφωσης. Δυσχέρεια στο να παραμείνουν σεξουαλικά ενεργοί	Ανάγκη υποστήριξης από το περιβάλλον που δεν ευοδώθηκε	Ο κίνδυνος θνησιμότητας δεν σημείωσε αποκλίσεις που να συσχετίζονται με οποιαδήποτε άλλη συμπτωματολογία πχ άγχος) πέραν της ίδιας της νόσου	Ισχυρή συσχέτιση μεταξύ κατάθλιψης και ποιότητας ζωής/ επιπτώσεις στη σωματική και ψυχική υγεία/Μακροπρόθεσμη βελτίωση συμπτωματολογίας κατάθλιψης και ποιότητας ζωής
7. 7	Ha Mi Kim et al, 2014	Νότια Κορέα	Αξιολόγηση HRQoL σε ασθενείς με έμφραγμα μυοκαρδίου και δυσλειτουργία αριστερής κοιλίας (κοόρτη 105 ασθενών)	Εύκολη κόπωση (63,8%), χρόνιος πόνος, δύσπνοια (56,2%), νυχτερινή εφίδρωση, αδυναμία (54,3%), ανορεξία, ξηρός βήχας, ζάλη	64,8% άνεργοι λόγω αδυναμίας εκπλήρωσης επαγγελματικών υποχρεώσεων	Κοινωνική απομόνωση	Δεν υπάρχει αναφορά	Χαμηλό επίπεδο ικανότητας αυτοφροντίδας και ποιότητας ζωής/ Συνάρτηση της εκδηλωθείσας συμπτωματολογίας με την ποιότητα ζωής

8. 8	Thyl'en I., et al, 2014	Σουηδία	Αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των ασθενών με εμφυτευμένο απινιδωτή καρδιομετατροπής	Αυξημένο ποσοστό κατάθλιψης και άγχους (16%) στους ασθενείς μετά από τα αυτόματα shock των απινιδιστών	Δεν υπάρχει αναφορά	Δυσχερής διαχείριση των κοινωνικών δραστηριοτήτων/ ανάγκη προγραμμάτων υποστήριξης	Δεν υπάρχει αναφορά	Πτωχό επίπεδο γενικής ποιότητας ζωής λόγω άγχους, ανασφάλειας για δυσλειτουργία της συσκευής καρδιομετατροπής και εύκολης κόπωσης
9. 9	Rafael B. et al, 2014	Ουγγαρία	Διερεύνηση σωματικής και ψυχολογικής δυσλειτουργίας σε ασθενείς με έμφραγμα μυοκαρδίου/συσχέτιση των παραμέτρων με την υποκειμενική ευεξία και ποιότητα ζωής	Σωματική εξουθένωση (52,2%), άγχος (49,5%), διαταραχές ύπνου	Άμεση επανένταξη σε εργασία και καθημερινότητα	Δεν υπάρχει αναφορά	Δεν υπάρχει αναφορά	Συσχετισμός της ευημερίας με τη ζωτική εξάντληση και το άγχος.
10. 10	Årestedt K. et al, 2015	Σουηδία	Ψυχομετρική αξιολόγηση και μέτρηση επιπέδου HRQOL ασθενών με εμφυτεύσιμο απινιδωτή καρδιομετατροπής σε δείγμα πληθυσμού 141 ασθενών στην Σουηδία	Οι ασθενείς αισθάνονται αβοήθητοι και βιώνουν συνεχές άγχος (21,3%)	Ικανοποιητική λειτουργικότητα στο οικογενειακό περιβάλλον, εν αντιθέσει με την επιστροφή στην εργασία	Το 15% του πληθυσμού δηλώνει πως και το οικογενειακό περιβάλλον τους δεν έχουν την αρμόζουσα στήριξη από Πολιτεία και κοινωνία	Δεν υπάρχει αναφορά	Μέτριο επίπεδο γενικής κατάστασης υγείας, με προοπτικές βελτίωσης σε παρεμβάσεις καρδιακής αποκατάστασης
11. 11	Lilja G. et al, 2015	Σουηδία	Διερεύνηση των επιπτώσεων του άγχους και της κατάθλιψης στην ποιότητα ζωής σε επιζώντες από καρδιακή ανακοπή εκτός νοσοκομείου (OHCA)652 ασθενών ≥18 ετών	Πτωχή λειτουργικότητα, έκπτωση γνωστικών λειτουργιών, εξάρτηση από το οικείο περιβάλλον για κάλυψη βασικών αναγκών, αντικαταθλιπτική αγωγή	Αδυναμία επιστροφής στην εργασία στην πλειονότητα των ασθενών/ αίσθημα πίεσης και υπερπροστατευτικότητα από το οικογενειακό περιβάλλον	Απομόνωση / σιγματισμός	Δεν υπάρχει αναφορά	Πτωχό επίπεδο γενικής ποιότητας ζωής λόγω ανασφάλειας και πλήρους εξάρτησης από το οικείο περιβάλλον για κάλυψη βασικών αναγκών

12. 1 2	Ski C.F et al, 2015	Αυστραλία	Μελέτη ομάδας 212 ασθενών 12 μήνες μετά την εκδήλωση Στεφανιαίας Νόσου για κατάθλιψη και επίδρασή της στην ποιότητα ζωής	Καταθλιπτικές τάσεις 18%/καταθλιπτική 6%/ 41% εκδηλώσεις άγχους/4% αγχώδης διαταραχή. Το 95% χρειάστηκε επεμβατική πράξη	Εκτός εργατικού δυναμικού λόγω δυσλειτουργιών το 62,6%. Οι νεότεροι σε ηλικία ασθενείς εμφάνισαν έντονη κατάθλιψη λόγω αδυναμίας εκπλήρωσης των οικογενειακών και εργασιακών τους καθηκόντων	Το 10% των ασθενών εμφάνισε ακραία απομόνωση από οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον	Δεν υπάρχει αναφορά	Μέτριο επίπεδο γενικής ποιότητας ζωής στην πλειονότητα των ασθενών. Το 10% εξ αυτών κατέγραψε πολύ χαμηλή HRQOL.
13. 1 3	Smith K. et al, 2015	Αυστραλία	Αξιολόγηση της ποιότητας ζωής σε επιζώντες από καρδιακή ανακοπή εκτός νοσοκομείου (OHCA)	Προβλήματα κινητικότητας:34%, αυτοφροντίδας:13%, σωματικής δραστηριότητας:32%, χρόνιος πόνος: 28%, αναφερόμενο άγχος: 34%	Το 50,3% εργαζόταν και το 74,2% επέστρεψε στο ίδιο εργασιακό πόστο	Δεν υπάρχει αναφορά	Επέζησε το 13.2% (n= 927) της αρχικής κοόρτης, εκ των οποίων το 12, 2% (n= 851) επιβίωσε μετά από 12 μήνες	Το 62, 3% ανέφερε έκπτωση στην ποιότητα ζωής του. Η μελέτη κατέγραψε καλή ποιότητα ζωής ανάμεσα στους νεότερους ασθενείς
14. 1 4	Ørbo M., et al, 2016	Νορβηγία	Διερεύνηση σε κοόρτη 33 ατόμων της αποκατάστασης των γνωστικών λειτουργιών 3 - 12 μήνες μετά από καρδιακή ανακοπή εκτός νοσοκομείου (OHCA) και σχέση status γνωστικών λειτουργιών με την HRQL	Μακρά διάρκεια κώματος: χειρότερα γνωστικά αποτελέσματα. Οι διαταραχές μνήμης ήταν το πιο σύνηθες σύμπτωμα	Αδυναμία επιστροφής στην εργασία τον 1 ^ο χρόνο μετά το επεισόδιο. Σταδιακή επανένταξη στον εργασιακό χώρο με χαμηλή αποδοτικότητα/ παραγωγικότητα	Απόσταση από κοινωνικές δραστηριότητες τον 1 ^ο χρόνο. Χαμηλό επίπεδο κοινωνικής αλληλεπίδρασης μετέπειτα	Δεν υπάρχει αναφορά	Υψηλά ποσοστά ψυχολογικής δυσφορίας που συσχετίστηκαν με πολύ χαμηλό επίπεδο γενικής ποιότητας ζωής
15. 1 5	Utne K. K. et al, 2016	Νορβηγία	Αξιολόγηση HRQoL μετά από DVT/σύγκριση πιθανών προγνωστικών παραγόντων για μειωμένη HRQoL. Σύγκριση των απαντήσεων των ασθενών και των φίλων τους που οι ίδιοι επέλεξαν (ομάδα φίλων: 508)	Το 31% ανέφερε νέο επεισόδιο DVT από την έναρξη της μελέτης. Άγχος/ κατάθλιψη: 29%. Περιορισμένη κινητικότητα: 13%. 60%: χρόνιος πόνος	Χρόνιος πόνος: σε αντιπαράθεση με το 60% των ασθενών που ανέφεραν χρόνιο πόνο, μόνο το 31% καταγράφηκε στις απαντήσεις των φίλων τους.	Κοινωνική δραστηριοποίηση μόνο σε κλειστό κύκλο (φίλους) και όχι στο ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον	Πλην του υψηλού δείκτη κινδύνου δεν υπήρξε εκτενής αναφορά	Όλες οι παράμετροι ποιότητας ζωής βαθμολογήθηκαν χαμηλά αξιολόγησης της γενικής

16. 1 6	White J. et al, 2016	Αυστραλία	Μελέτη 134 ασθενών που επέζησαν από ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο: αξιολόγηση των αλλαγών στο επίπεδο ποιότητας ζωής τους	Άγχος: 47%, δυσχέρεια στις μετακινήσεις, κατάθλιψη, έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης, ακράτεια ούρων	Δυσχέρεια επανένταξης στην καθημερινότητα του οικογενειακού και εργασιακού περιβάλλοντος	Μόνο το 9.5% ανέφερε υποστήριξη από το κοινωνικό περιβάλλον. Η πλειονότητα ανέφερε δυσκολία επανένταξης στην κοινότητα	Δεν υπάρχει αναφορά	Χαμηλή ποιότητα ζωής. Τα ποσοστά HRQoL που καταγράφηκαν ήταν κοντά ή κάτω από το 0, γεγονός που η μελέτη αναφέρει ως «αναπηρία χειρότερη από το θάνατο»
17. 1 7	Sararoudi, R. B. et al, 2016	Ιράν	Αξιολόγηση της επίδρασης σχεδιασμένης παρέμβασης εστιασμένης στην αντίληψη για την ασθένεια και την επίδρασή της στην ποιότητα ζωής, το άγχος και την κατάθλιψη σε ασθενείς με έμφραγμα μυοκαρδίου (MI)	Το 14.9%, της κόρτης (48 άτομα) ανέφερε άγχος, το 15,7% κατάθλιψη	Επιστροφή στην εργασία 46 ± 7.6 ημέρες	Ομαλή σταδιακή επανένταξη στις κοινωνικές σχέσεις	Δεν υπάρχει αναφορά	Μετά την παρέμβαση σημειώθηκαν ικανοποιητικά ποσοστά μείωσης των παραμέτρων και βελτίωση της γενικής ποιότητας ζωής
18. 1 8	Chang W.H. et al, 2016	Κορέα	Ανάλυση των παραγόντων που επιδρούν στη λειτουργική κατάσταση και την ποιότητα ζωής ασθενών σε δείγμα πληθυσμού 8521 ατόμων που έχουν υποστεί εγκεφαλικό επεισόδιο	38%:εξαρτημένη λειτουργικότητα (5,2% υπό πλήρη εξάρτηση από τους οικείους)/ επιπλοκές νοσηλείας: πνευμονία (2,2%), ουρολοιμώξεις (3,3%) και αύπνια (6,8%)	Χαμηλή αποδοτικότητα στον εργασιακό χώρο, πτωχή παραγωγικότητα. Μεγάλη δυσχέρεια ανάκτησης του ρόλου στην οικογένεια	Απόσταση από κοινωνικές δραστηριότητες/ απομόνωση	Συνεχής μέτρηση δεικτών ενδοσκομοεικών λοιμώξεων, που φέρονται ως η κύρια αιτία θνησιμότητας	HRQoL: έκπτωση του επιπέδου στο 57,2%
19. 1 9	Verberne D. et al, 2017	Ολλανδία	Εντοπισμός πρώιμων προγνωστικών παραγόντων HRQoL και κοινωνικής συμμετοχής 1 έτος μετά από καρδιακή ανακοπή σε κόρτη 141 ατόμων	Ανίχνευση γνωστικών δυσλειτουργιών πολύ περισσότερες απ' ότι οι ασθενείς αντιλαμβάνονταν/μετα-τραυματικό stress/ 3%:άγχος,2%:κατάθλιψη,4,2%:εξουθένωση	Δεν υπάρχει αναφορά	Το 33,4% απείχε πλήρως από οποιαδήποτε κοινωνική δραστηριότητα	Δεν υπάρχει αναφορά	Ιδιαίτερα χαμηλή HRQoL στο 61,5% λόγω μη αναστρέψιμων εγκεφαλικών βλαβών/ αισθητή βελτίωση ποιότητας ζωής μετά από παρεμβάσεις στις συναισθηματικές διαταραχές

20. 2 0	Santoso T et al, 2017	Ινδονησία	Αξιολόγηση των παραγόντων που επιδρούν στην ποιότητα ζωής ασθενών με στεφανιαία νόσο σε κοόρτη 103 ατόμων	72,5%: δεν ασκούσε σωματική δραστηριότητα/ 25,9%: συννοσηρότητα με διαβήτη και αρτηριακή υπέρταση.	Αδυναμία επιστροφής στην εργασία στην πλειονότητα των ασθενών και εκπλήρωσης των οικογενειακών υποχρεώσεων	Κοινωνική απομόνωση	Δεν υπάρχει εκτενής αναφορά	Όλες οι παράμετροι αξιολόγησης της γενικής ποιότητας ζωής βαθμολογήθηκαν χαμηλά
21. 2 1	Lilja G et al, 2018	Σουηδία & Η.Π.Α.	Διερεύνηση επιστροφής στην εργασία και συμμετοχή στο κοινωνικό περιβάλλον σε 119 επιζώντες από ΟΗCA/πρώιμη αναζήτηση στοιχείων για παραίτηση από τη ζωή λόγω χαμηλής HRQoL και εξασθένησης των γνωστικών λειτουργιών	47%:πτώση γνωστικών λειτουργιών,33%: σοβαρά κινητικά προβλήματα, διαταραχή προσοχής και ψυχοκινητικής ταχύτητας, κατάθλιψη και άγχος	Επιστροφή στην εργασία στο 46,55%	44%:σοβαρά προβλήματα επανένταξης στην κοινότητα και επιστροφής στην καθημερινότητα	Δεν υπάρχει αναφορά	Πτωχό επίπεδο γενικής ποιότητας ζωής
22. 2 2	Bremer A et al, 2018	Σουηδία	Διερεύνηση των βιωμένων εμπειριών 18 ατόμων που υπέστησαν ανακοπή καρδιάς εντός νοσοκομείου	Ανασφάλεια, άγχος, προσπάθεια εύρεσης νέας ταυτότητας, παλινδρομήσεις μεταξύ άρνησης και αποδοχής της θνητότητας, ανάγκη στήριξης από το περιβάλλον, μείωση του επιπέδου ποιότητας ζωής, κυρίως στον τομέα της ψυχικής υγείας	Χαμηλή αποδοτικότητα στον εργασιακό χώρο, πτωχή παραγωγικότητα. Μεγάλη δυσχέρεια ανάκτησης του ρόλου στην οικογένεια	Κοινωνική απομόνωση	Δεν υπάρχει αναφορά (μελέτη επιζώντων)	Έκπτωση του επιπέδου γενικής HRQoL
23. 2 3	Sajobi T. T et al, 2018	Καναδάς	Διερεύνηση των ετερογενειών της ποιότητας ζωής σε ορίζοντα χρόνου 1 έτους 6226 ασθενών με στεφανιαία νόσο	Άγχος: 8.3%, κατάθλιψη:6.7%,σωματικοί περιορισμοί:48% , 20% υποβλήθηκε σε επεμβατική πράξη	Δεν υπάρχει αναφορά	65.4% των ασθενών ανέφερε ότι είχε κοινωνική υποστήριξη και αποδοχή	12.6% των ασθενών απεβίωσε πριν την ολοκλήρωση της μελέτης	Το 32,3% των ασθενών ανέφερε πολύ χαμηλή ποιότητα ζωής
24. 2 4	Spertus, J. V et al, 2019	Η.Π.Α	Διαφορική αξιολόγηση της HRQoL σε ασθενείς με στένωση αορτής που υποβλήθηκαν σε By-Pass και TAVI	Σωματικοί περιορισμοί, εξάρτηση από τους οικείους, κατάθλιψη προεγχειρητικά λόγω καρδιακής ανεπάρκειας	Αδυναμία ανταπόκρισης σε οικογενειακά και εργασιακά καθήκοντα με σταδιακή μετεγχειρητική βελτίωση	Απόσταση από κοινωνικές δραστηριότητες/ μακροπρόθεσμη βελτίωση	Δεν υπάρχει αναφορά	Και οι δύο ομάδες ασθενών ανέφεραν χαμηλή ποιότητα ζωής, η οποία αναβαθμίστηκε μετά την επεμβατική πράξη.

25. 2 5	Nehme Z., et al, 2019	Αυστραλία	Αξιολόγηση διαφοροποίησης της λειτουργικής αποκατάστασης 1752 επιζώντων ΟΗΚΑ αναλόγως φύλου και αποτελέσματα που σχετίζονται με την HRQoL	Πτωχή σωματική λειτουργικότητα και αυτοφροντίδα/ , προβλήματα κινητικότητας	Διαφοροποιήσεις αναλόγως φύλου (βλ πίνακα 4). Δυσχέρεια ανάκτησης του ρόλου τους στην οικογένεια. Το μεγαλύτερο ποσοστό επέστρεψε στην εργασία	Το 1/3 περίπου των ασθενών εμφάνισε σοβαρά προβλήματα στην κοινωνική επανένταξη	Το 7.6% των ασθενών απεβίωσε πριν ολοκληρωθεί η μελέτη	Χαμηλό επίπεδο γενικής ποιότητας ζωής
26. 2 6	Gebrekidan E.T., et al, 2020	Αιθιοπία	Αξιολόγηση της ποιότητας ζωής 469 ασθενών στην Gondar/ Συγχρονική μελέτη ενός μήνα και στατιστική ανάλυση των δεδομένων	Χαμηλή μέση βαθμολογία στο πεδίο της σωματικής και ψυχικής υγείας	Δεν υπάρχει αναφορά	Μέτρια βαθμολογία στον τομέα των κοινωνικών σχέσεων	Δεν υπάρχει αναφορά	Στον τομέα γενικής ποιότητας ζωής η μέση βαθμολογία ήταν 41,61
27. 2 7	Costa, L.L. et al, 2020	Μπαγκλαντές	Εντοπισμός των παραγόντων που επηρεάζουν την HRQoL 142 ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια	98.6%: συννοσηρότητες/ άλλα ευρήματα: δυσκολία στην αναπνοή, κούραση, χαμηλή ενέργεια, κατάθλιψη, ανησυχία	Δυσχέρεια ανταπόκρισης στα οικογενειακά και εργασιακά καθήκοντα.	Πλήρης εξάρτηση από οικείου και αποχή από κοινωνικές δραστηριότητες	Δεν υπάρχει αναφορά	Χαμηλό επίπεδο γενικής ποιότητας ζωής
28. 2 8	Soleimani M. A., et al, 2020	Ιράν	Αξιολόγηση των κοινωνικο-δημογραφικών παραγόντων και της πνευματικής ευεξίας που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής σε 598 ασθενείς με καρδιαγγειακή νόσο	23.25%:σωματικές δυσλειτουργίες κυρίως της κινητικότητας. 72.32%:ψυχολογική δυσφορία και στροφή στην πνευματικότητα για στήριξη	Δεν υπάρχει αναφορά	95%:υψηλή κοινωνική υποστήριξη	Δεν υπάρχει αναφορά	98.86%:πτωχή ποιότητα ζωής
29. 2 9	Bahall M et al, 2020	Κούβα & Trinidad and Tobago	Αξιολόγηση και σύγκριση της ποιότητας ζωής 396 ασθενών με καρδιαγγειακό νόσημα με συνοδά ή χωρίς συνοδά συμπτώματα κατάθλιψης	Ελάχιστη έως ήπια κατάθλιψη:65.7%, σοβαρή κατάθλιψη:34,3%. Συννοσηρότητες: 85,4% (κυρίως αρτηριακή υπέρταση και διαβήτης)	Δεν υπάρχει αναφορά	Δεν υπάρχει αναφορά	Το 2% των ασθενών απεβίωσε κατά τη διάρκεια της μελέτης	Χαμηλή ποιότητα ζωής: 53.9%

30. 3 0	Spertus J. et al, 2020	Η.Π.Α.	Αξιολόγηση της κατάστασης και ποιότητας υγείας ασθενών με στηθάγχη και συγκριτική της συντηρητικής(2322 ασθενείς) έναντι της επεμβατικής θεραπευτικής προσέγγισης (2295 συμμετέχοντες)	Συννοσηρότητες: 76% αρτηριακή υπέρταση και 40% διαβήτης/προβλήματα κινητικότητας/οι ασθενείς με συντηρητική θεραπεία παρουσίασαν πιστή συμμόρφωση στις ιατρικές οδηγίες	Δυσχερής ανταπόκριση στα εργασιακά καθήκοντα με ήπια βελτίωση στην ομάδα που υπεβλήθη σε επεμβατική πράξη	Δεν υπάρχει αναφορά	Δεν υπάρχει αναφορά	Μια μέση τιμή 69% των δύο ομάδων αναφέρει καλή ποιότητα ζωής
31. 3 1	Μαρούλη Π, & Καπάκη Β., 2021	Ελλάδα	Αξιολόγηση της ποιότητας ζωής σε πληθυσμιακό δείγμα 103 ασθενών με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο και η συμβολή της αποκατάστασης	74,5%:αρνητική επίδραση στην προσωπικότητα, 69,6%: δυσχέρεια ικανότητας σκέψης,56,5%:επίπτωση στην όραση,54,5%: πτώση ενέργειας,53,3%: δυσλειτουργία άνω άκρων,43%:αδυναμία εκτέλεσης εργασιών,45,7%: αδυναμία βάδισης	Δυσχέρεια ανταπόκρισης στα οικογενειακά καθήκοντα στο 44,3% των ασθενών	44,9%:κοινωνική δυσλειτουργία	Δεν υπάρχει αναφορά	59,2% των ασθενών αξιολόγησε την συνολική κατάσταση της υγείας τους μετά το ΑΕΕ ως μέτρια.
32. 3 2	Phyo A.Z. Z. et al, 2021	Αυστραλία	Διερεύνηση συσχέτισης του επιπέδου ποιότητας ζωής και τη δυνητικά θανατηφόρο καρδιαγγειακή νόσο σε 19. 106 ηλικιωμένους ασθενών στην Αυστραλία και τις Ηνωμένες Πολιτείες	Σημειώθηκαν 922 περιστατικά καρδιαγγειακής νόσου, 171 νοσηλείες για καρδιακή ανεπάρκεια, 355 θανατηφόρο ή μη έμφραγμα μυοκαρδίου και 403 θανατηφόρα ή μη εγκεφαλικά επεισόδια	Δεν υπάρχει αναφορά	Δεν υπάρχει αναφορά	203 θανατηφόρα συμβάντα καρδιαγγειακής νόσου	Η μέτρηση HRQoL κατέδειξε ιδιαίτερα χαμηλά επίπεδα
33. 3 3	Lourenço E. et al., 2021	Πορτογαλία	Διερεύνηση της υπόθεσης ότι η μέτρηση HRQoL δύναται να αποκαλύψει ασαφείς ενδείξεις ως προς την προδιάθεση νόσησης με CVD	86,4%:ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο/ 9,9%:σοβαρά νευρολογικά ελλείμματα	Δυσχέρεια ανταπόκρισης στα οικογενειακά και εργασιακά καθήκοντα κυρίως λόγω των νευρολογικών ελλειμμάτων	Δεν υπάρχει αναφορά	Δεν υπάρχει αναφορά	Χαμηλό επίπεδο γενικής ποιότητας ζωής

34.	Kovacs A. H. et al., 2022	Η.Π.Α.	Συνδυασμός μέτρησης HRQoL και κλινικών δεικτών σε ασθενείς με συγγενή καρδιοπάθεια	Διάσπαση προσοχής, αυτοκτονικός ιδεασμός, διατροφικές διαταραχές, ασυμβατότητα θεραπευτικής αντιμετώπισης συννοσηροτήτων, φυσικοί περιορισμοί, κατάθλιψη, νευρολογικές - ηπατικές διαταραχές, πνευμονοπάθειες, ελλείμματα στη νευροψυχολογική ανάπτυξη	Αδυναμία σχολικής και οικογενειακής ισορροπίας λόγω των διακυμάνσεων μεταξύ ασθένειας και υγείας και αποσταθεροποίηση της δυναμικής της οικογένειας	Κοινωνική απομόνωση, στιγματισμός	Δεν υπάρχει αναφορά	Πτωχό επίπεδο γενικής ποιότητας ζωής, λόγω της διαρκούς αβεβαιότητας και των κλινικών συνεπειών(π.χ. τραύμα που σχετίζεται με επεμβατικές διαδικασίες, αβεβαιότητα και απογοήτευση που σχετίζονται με αποτυχία θεραπείας)
35. 3 5	Segerdahl M., et al. , 2023	Σουηδία	Περιγραφή της μειωμένης HRQoL σε 129 επιζώντες από οξύ εγκεφαλικό επεισόδιο	33,3%: άνευ σωματικής δραστηριότητα, 52,3%: προβλήματα κινητικότητας, 75%: χρόνιος πόνος, 51%: κατάθλιψη/άγχος:	Δυσχέρεια ανταπόκρισης στα οικογενειακά και εργασιακά καθήκοντα	Η αδυναμία αυτοεξυπηρέτησης συνεπαγόταν δυσχέρεια επιστροφής στις συνήθειες κοινωνικές δραστηριότητες	Δεν υπάρχει αναφορά	Χαμηλό επίπεδο γενικής ποιότητας ζωής
36. 3 6	Lawson C.A. et al., 2023	Σουηδία & Ηνωμένο Βασίλειο της Αγγλίας	Μελέτη 23.553 ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια για εντοπισμό της συχνότητας των διαφορετικών της τύπων & ποσοστά εμφάνισης ανά φύλο στο ηλικιακό φάσμα 66 – 81 ετών	Δύσπνοια, κόπωση, πόνος (75%) , άγχος/κατάθλιψη προβλήματα κινητικότητας (76%)	Δυσχέρεια στις καθημερινές δραστηριότητες διαβίωσης και αυτοφροντίδας(37%)	Δεν υπάρχει εκτενής αναφορά	Δείκτης θνησιμότητας κατά τον 1 ^ο χρόνο 30%	Έκπτωση του επιπέδου γενικής HRQoL

4.7 Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Από τις 36 μελέτες που συμπεριλαμβάνονται στην τρέχουσα συστηματική ανασκόπηση, οι 30 αναφέρθηκαν σε ευρήματα για τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των στατιστικών δειγμάτων του πληθυσμού που μελέτησαν και διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση της ποιότητας ζωής. Ως εκ τούτου οι μελέτες αυτές αξιοποιήθηκαν περεταίρω και επισυνάπτονται στον πίνακα 4 με τα συναγόμενα συμπεράσματα και αναφορές ανά ομάδα.

α) **Φύλο:** το φύλο που μοιάζει να πλήττεται περισσότερο από τα καρδιαγγειακά νοσήματα και τις επιπτώσεις τους, είναι το αντρικό. Στις περισσότερες μελέτες που συμπεριλαμβάνουν συσχετισμούς αναλόγως φύλου, η εικόνα επιβεβαιώνεται (22 στις 28 μελέτες, 78,5%). Ωστόσο υπάρχουν πολλές παρανοήσεις σχετικά με τον επιπολασμό των καρδιαγγειακών νοσημάτων στο γυναικείο φύλο, αφού στην πραγματικότητα η διαφοροποίηση έγκειται στην εμφάνιση CVD στο γυναικείο φύλο κατά 7-10 έτη αργότερα σε σύγκριση με το αντρικό (Nehme Z, 2018). Κατά τον Nehme οφείλεται και στην μειωμένη προσέλευση των γυναικών στις διενεργηθείσες έρευνες, λόγω είτε κουλτούρας χώρας, είτε λόγω πτωχής πρόσβασης στα συστήματα υγείας, είτε στην πολυπλοκότητα των ρόλων τους στην καθημερινότητα που τους απορροφά χρόνο που υπό άλλες συνθήκες θα μπορούσαν να επενδύσουν διαφορετικά. Τα αποτελέσματα των ερευνών που συμπεριλαμβάνονται, επιβεβαιώνουν τη θεώρησή του αφού κατά την συντριπτική τους πλειονότητα (13 στις 22 μελέτες, 59,9%), αν και το γυναικείο δείγμα είναι σε όλες σχεδόν στατιστικά μικρότερο από το αντρικό, η αναφερόμενη ποιότητα ζωής του είναι πτωχότερη. Ένα ενδιαφέρον εύρημα που αφορά στις διαφοροποιήσεις αναλόγως φύλου, εντοπίστηκε στη μελέτη του Hosseini (Hosseini SH, 2014), όπου καταγράφεται πως οι άντρες σε σύγκριση με τις γυναίκες επιδεικνύουν ενεργή συμμετοχή στη διαμόρφωση της θεραπευτικής τους αντιμετώπισης και χειρίζονται καλύτερα τις πλατφόρμες ηλεκτρονικής υγείας και την «έξυπνη» τεχνολογία για την παροχή φροντίδας. Επιπλέον φέρεται ότι οι γυναίκες βιώνουν λιγότερες μακροπρόθεσμες σωματικές δυσλειτουργίες (Chang WH., 2016), αλλά οι τραυματικές εμπειρίες των καρδιαγγειακών νοσημάτων επιδρούν περισσότερο στην ψυχική τους υγεία (Årestedt K, 2015; Costa L., 2020).

β) **Ηλικία:** Η ηλικία αποτελεί προδιαθεσικό παράγοντα για ανάπτυξη CVD, γεγονός που

επιβεβαιώνεται από την πλειονότητα των ερευνών που εντάχθηκαν στη μελέτη, όπου μέση ηλικία των πληθυσμιακών δειγμάτων είναι τα 64,1 έτη. Το χαμηλό επίπεδο ποιότητας ζωής των μεγαλύτερων σε ηλικία ασθενών αποδίδεται κυρίως στην ύπαρξη συννοσηροτήτων (Uchmanowicz I, 2013). Ωστόσο η ηλικιακή ομάδα της οποίας η ποιότητα ζωής πλήττεται περισσότερο, είναι αυτή των νεώτερων ασθενών (44-55 ετών) (Rumsfeld J., 2013; Ketilsdottir A, 2014; Thylén I, 2020), παρά τα υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας μεταξύ των υπερηλικών. Ο Rumsfeld αποδίδει αυτή την απόκλιση στο αίσθημα αυτοματαίωσης που βιώνουν οι καρδιαγγειακοί ασθενείς αυτών των ηλικιών, λόγω δυσχέρειας εκπλήρωσης των καθηκόντων τους στην οικογένεια και το εργασιακό περιβάλλον τους. Στη μελέτη της Ski CF (Ski CF., 2015) αναφέρεται ότι οι νεώτεροι σε ηλικία ασθενείς εμφάνισαν έντονη κατάθλιψη και χαμηλά επίπεδα HRQOL, πιθανόν λόγω μη επίτευξης των στόχων τους για άνοδο στην εργασιακή ιεραρχία και εκπλήρωσης των φιλοδοξιών τους, σε αντίθεση με τους πιο ηλικιωμένους που είχαν ήδη συνταξιοδοτηθεί. Ομοίως ο Bahall M (Bahall M, 2020) στην έρευνά του εντοπίζει υψηλά ποσοστά εμφάνισης κατάθλιψης στους καρδιαγγειακούς ασθενείς μεταξύ των ηλικιών 35 – 55, ενώ στους άνω των 75 δεν σημειώθηκε αισθητή διαφοροποίηση. Η μελέτη της Kovacs A (Kovacs AH, 2022) διερευνά μια ιδιαίτερη ηλικιακή ομάδα, αφού ασχολείται με την συγγενή καρδιοπάθεια και το ηλικιακό στατιστικό της δείγμα αποτελείται από εφήβους. Οι έφηβοι έρχονται αντιμέτωποι με τις συγκρουσιακές καταστάσεις εικόνας του εαυτού, κοινωνική απομόνωση, ρατσισμό, διακρίσεις, γονεϊκή υπερπροστατευτικότητα, αδυναμία κοινωνικής δικτύωσης, παντελή έλλειψη αυτονομίας.

γ) **Μορφωτικό και κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο:** Κοινωνικοί καθοριστικοί παράγοντες όπως η κατανομή του εισοδήματος ή το επίπεδο εκπαίδευσης επηρεάζουν έμμεσα την κατάσταση καρδιαγγειακής υγείας, μέσω των δομών αγοράς εργασίας και παρουσία ή απουσία πολιτικών πρόνοιας και στήριξης των καρδιαγγειακών ασθενών. Αν και υπήρξαν ελάχιστες έρευνες με καταγραφή συγκεκριμένης εικόνας εισοδήματος και κοινωνικού στάτους, αρκετές από αυτές συγκλίνουν στο ότι σημαντικοί παράγοντες για την ποιότητα ζωής καθίστανται το μορφωτικό, το οικονομικό και κοινωνικό επίπεδο, η υποστήριξη από το περιβάλλον και οι μηχανισμοί αποκατάστασης στις σωματικές και γνωστικές λειτουργίες (Rumsfeld J., 2013; Ketilsdottir A, 2014; Ko HY, 2015; Chang WH., 2016; Sararoudi RB, 2016; Utne KK, 2016; Hendriks J, 2019; Costa L., 2020; Phyoa A.Z.Z., 2021; Μαρούλη Π, 2021). Συγκεκριμένα ο Rumsfeld (Rumsfeld J., 2013) αναφέρει πως το ιδιαίτερα χαμηλό επίπεδο κοινωνικοοικονομικού status στις οικονομικά ασθενείς ομάδες, επηρεάζει αισθητά το

επίπεδο ποιότητας ζωής, ενώ ο B.Sararoudi (Sararoudi R., 2016) υποστηρίζει πως προϋπόθεση για την επίτευξη των στόχων εκπαίδευσης των ασθενών σε προγράμματα άσκησης, τροποποίησης λανθασμένων πεποιθήσεων και αλλαγής τρόπου ζωής, είναι το εκπαιδευτικό επίπεδο να ανήκει τουλάχιστον στη δευτεροβάθμια βαθμίδα. Ο Rumsfeld συγκλίνει στην άποψη του B.Sararoudi, αναφέροντας πως το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο αποτελεί τροχοπέδη στην κατανόηση των θεραπευτικών προσεγγίσεων και της ιατρικής ορολογίας («language barriers»). Ο Nehme εντόπισε στο πληθυσμιακό δείγμα της μελέτης του ότι το 36,9% των γυναικών ανέφερε ανώτερη εκπαιδευτική βαθμίδα, έναντι του 56,4% των αντρών (Nehme Z, 2018).

4.8 Εργαλεία Μέτρησης HRQOL

Ως εργαλεία μέτρησης της ποιότητας ζωής χρησιμοποιήθηκαν κατά προτεραιότητα αναλόγως συχνότητας εμφάνισης, το SF-36 και η πιο σύντομη εκδοχή του (SF-12) κατά 31, 5%, το Euro-QoL-5D (18, 4%), το WHOQoL-BREF 5/38 μελέτες, το Seattle Angina Questionnaire (SAQ) 2/28 μελέτες, το MLHFQ (Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire), το PROMs (patient-reported outcome measures) και το WHO Well-Being Scale. Εντοπίστηκαν επίσης εργαλεία τα οποία χρησιμοποιούνται σε περιορισμένη κλίμακα (PWI, KCCQ, SS-QOLQ, LaNm), γεγονός που αποδεικνύει ότι η διεπιστημονική κοινότητα συνεχίζει να εξελίσσει τα εργαλεία μέτρησης της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής και να τα εξειδικεύει αναλόγως του πεδίου έρευνας. Εντοπίστηκε μελέτη (Ketilsdottir A, 2014) που βασίστηκε μόνο σε ημιδομημένες διασταυρούμενες συνεντεύξεις σε δύο διαφορετικούς χρόνους, η οποία ωστόσο εστιάζει αμιγώς στην υποκειμενική αντίληψη των ασθενών για τη νόσο τους.

Πίνακας 4: Δημογραφικά χαρακτηριστικά και ποιότητα ζωής

α/α	Συγγραφείς	Χώρα	Σκοπός Μελέτης	Φύλο	Ηλικία	Μορφωτικό Επίπεδο	Κοινωνικο-οικονομικό Επίπεδο	Εργαλεία Μέτρησης HRQOL
1	Uchmanowicz I., et al, 2013	Πολωνία	Αξιολόγηση της επίδρασης της αγγειοπλαστικής στην ποιότητα ζωής (HRQOL) ασθενών με –και χωρίς διαβήτη	63% άντρες/ 37% γυναίκες. Οι άντρες ανέφεραν καλύτερη ποιότητα ζωής	Μέση ηλικία στατιστικού δείγματος, 62.5 ετών. Οι άνω των 61 ανέφεραν χαμηλό επίπεδο ποιότητας ζωής λόγω συννοσηροτήτων	Βασική: 28% Πρωτοβάθμια: 42% Δευτεροβάθμια: 45% Ανώτατη: 55	Το μορφωτικό και οικονομικό status δεν επηρέασαν την ποιότητα ζωής των ασθενών	SF-36
2	Rumsfeld et al, 2013	Η.Π.Α.	Επιστημονική Έκθεση της American Heart Association	Οι γυναίκες ανέφεραν χαμηλή HRQOL, παρά το όμοιο επίπεδο ανάρρωσης με τους άντρες	Αυξημένη θνησιμότητα στους υπερήλικες, καλύτερο επίπεδο ποιότητας ζωής, ασυμβατότητα θεραπευτικών προσεγγίσεων συννοσηροτήτων	Το χαμηλό επίπεδο μόρφωσης αποτελεί εμπόδιο στην κατανόηση των θεραπευτικών προσεγγίσεων (« language barriers»)	Κοινωνικοοικονομικό status: ιδιαίτερα χαμηλό επίπεδο στις οικονομικά ασθενείς ομάδες	WHO STEPS survey tool questionnaire
3	Ketilsdottir A et al, 2013	Ισλανδία	Μελέτη σε δείγμα ατόμων που επέζησαν καρδιακής ανακοπής εκτός νοσοκομείου	Μόνο άντρες αποτελούσαν το πληθυσμιακό δείγμα	Ηλικιακή ομάδα 50 – 54 ετών: αίσθημα αυτοματαίωσης, λόγω δυσχέρειας εκπλήρωσης των υποχρεώσεών τους	Δεν αναφέρεται	Δεν αναφέρεται	Ημιδομημένες διασταυρούμενες συνεντεύξεις σε δύο διαφορετικούς χρόνους.
4	Hosseini S. H., et al, 2014	Ιράν	Μέτρηση της προερχόμενης από MI κατάθλιψης και συσχέτιση με την ποιότητα ζωής 196 ασθενών	Παρά το ότι το 86% ήταν άντρες, οι γυναίκες ανέφεραν χαμηλότερη HRQOL.	Μέση ηλικία τα 55,8 έτη	44,6% βασική εκπαίδευση	Δεν αναφέρεται	SF -12

5	Ha Mi Kim et al,2014	Νότια Κορέα	Αξιολόγηση της ποιότητας ζωής σε 105 ασθενείς με εκδήλωση OEM	79% του πληθυσμιακού δείγματος: άντρες/πτωχότερο επίπεδο ποιότητας ζωής στις γυναίκες οικονομικά ασθενών ομάδων	Μέση ηλικία τα 65 έτη	38,1% των ασθενών είχε υψηλό μορφωτικό επίπεδο	Δεν αναφέρεται	MLHFQ (Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire)
6	Thyl'en I., et al,2014	Σουηδία	Αξιολόγηση της ποιότητας ζωής 5035 ασθενών με εμφυτευμένο απινιδωτή καρδιομετατροπής	80% ήταν άντρες. Οι γυναίκες εμφάνισαν χαμηλότερη ποιότητα ζωής	66±11 έτη	38.9% βασική εκπαίδευση Χαμηλότερη ποιότητα ζωής στους ασθενείς με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο	Δεν αναφέρεται	EuroQoI-5D
7	Rafael B. et al,2014	Ουγγαρία	Μελέτη σε δείγμα 97 ατόμων πριν την πλήρη αποκατάσταση εμφράγματος μυοκαρδίου (φάση II)	30% γυναίκες/ 90% άντρες. Οι γυναίκες σε σχέση με τους άντρες εμφάνισαν χαμηλότερο επίπεδο ζωής, με υψηλά ποσοστά άγχους, κατάθλιψης και διαταραχών ύπνου.	Μέση ηλικία: 56,1 έτη. Οι νεότεροι εμφάνισαν καλύτερη ποιότητα ζωής, με άμεση επανένταξη σε εργασία και καθημερινότητα	Δεν αναφέρεται	Δεν αναφέρεται	WHO Well-Being Scale
8	Årestedt K. et al,2015	Σουηδία	Ψυχομετρική αξιολόγηση και μέτρηση επιπέδου HRQOL 141 ασθενών με εμφυτεύσιμο απινιδωτή καρδιομετατροπής	Το 78% των ασθενών ήταν άντρες, ενώ το 73% των συντρόφων ήταν γυναίκες. Οι γυναίκες ήταν νεώτερες από τους άντρες, με πιο επιβαρυνμένο ιατρικό ιστορικό	Μέση ηλικία: 66, 7 έτη	Το 52% των ασθενών ανέφερε ανώτερη εκπαιδευτική βαθμίδα	Δεν αναφέρεται	Control Attitudes Scale /CAS (σουηδική μετάφραση)

9	Lilja G. et al,2015	Σουηδία	Διερεύνηση των επιπτώσεων του άγχους και της κατάθλιψης στην ποιότητα ζωής σε 652 επιζώντες ΟΗCA	Το 86% ήταν άντρες, αλλά στις γυναίκες καταγράφηκαν υψηλά ποσοστά άγχους	Μέση ηλικία τα 61 έτη/ το 61% των νέων ασθενών εμφάνισε καταθλιπτική συνδρομή και έκπτωση HRQOL	Η πλειονότητα των ασθενών (53%) είχαν λάβει 2βάθμια εκπαίδευση (</≥12 έτη)	Δεν αναφέρεται	SF-36
1	Ski C.F et al,2015	Αυστραλία	Χαρτογράφηση των ψυχοκοινωνικών αποτελεσμάτων σε 212 ασθενείς 12 μήνες μετά την εκδήλωση Στεφανιαίας Νόσου	71% ήταν άντρες/ οι γυναίκες κατέγραψαν υψηλά ποσοστά άγχους	Μέση ηλικία τα 66,4 έτη Οι νεώτεροι σε ηλικία ασθενείς εμφάνισαν έντονη κατάθλιψη και χαμηλά επίπεδα HRQOL.	Δεν αναφέρεται	Δεν αναφέρεται	PWI (Personal Wellbeing Index)
1	Smith K. et al,2015	Αυστραλία	Αξιολόγηση της ποιότητας ζωής σε 113 επιζώντες ΟΗCA	78, 2% των επιβιωσάντων ήταν άντρες	23,9% στην ηλικιακή βαθμίδα 55 – 64 ετών (μέση ηλικία τα 59.1έτη)	42,5% των ασθενών ανέφερε ανώτερη εκπαιδευτική βαθμίδα, 8% ανώτατη,37,1% δεν είχαν αποφοιτήσει	Δεν αναφέρεται	EuroQol /SF-12
1	Ørbo M., et al,2016	Νορβηγία	Διερεύνηση της αποκατάστασης των γνωστικών λειτουργιών μετά από ΟΗCA και της σχέσης του status των γνωστικών λειτουργιών με την ποιότητα ζωής	94% άντρες και 6% γυναίκες Παρά το μικρό στατιστικό δείγμα των γυναικών, αναφέρεται χαμηλότερη ποιότητα ζωής απ' αυτήν των αντρών	Μέση ηλικία τα 58.6 έτη (μικρότερη ηλικία τα 18)	Δεν αναφέρεται	Τα χαμηλότερα ποσοστά ποιότητας ζωής κατέγραψαν οι άνεργοι ασθενείς	SF-36
1	Utne K. K. et al,2016	Νορβηγία	Μελέτη ομάδας 254 εθελοντών για την ποιότητα ζωής μετά από εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση (DVT).	66% άντρες Οι γυναίκες ανέφεραν αισθητά πιο χαμηλή HRQoL	Μέση ηλικία τα 60 έτη	Δεν αναφέρεται	Δεν αναφέρεται	EQ-5D σε συνδυασμό με το VEINES-QOL/Sym.

1	White J. et al,2016	Αυστραλία	Προοπτική μελέτη κούρτης 134 ασθενών που επέζησαν από ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο	55% των ασθενών, γυναίκες Τα ποσοστά HRQoL που καταγράφηκαν ήταν κοντά ή κάτω από το 0 («αναπηρία χειρότερη από το θάνατο»)	Μέση ηλικία: 75 έτη	Δεν αναφέρεται	Δεν αναφέρεται	Assessment Quality-of-life
1	Sararoudi, R. B. et al,2016	Ιράν	Αξιολόγηση της επίδρασης παρέμβασης εστιασμένης στην αντίληψη για την ασθένεια και την επίδρασή της στην ποιότητα ζωής, το άγχος και την κατάθλιψη σε 48 ασθενείς με MI	Ποσοστά αναλόγως φύλου: 70.8% άντρες, 29.2% γυναίκες	Μέση ηλικία: 54.8	79.2 % των ασθενών ανέφερε βασική ή δευτεροβάθμια εκπαιδευτική βαθμίδα. Η εκπαίδευση απέδωσε στους πιο νέους και με υψηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο	Δεν αναφέρεται	World Health Organization Quality of Life Questionnaire
1	Chang W.H. et al,2016	Κορέα	Ανάλυση των παραγόντων που επιδρούν στη λειτουργική κατάσταση και την ποιότητα ζωής σε 8521 ασθενείς	59,6% άντρες, 50,4% γυναίκες	Μέση ηλικία: 64, 3 έτη .	Μέση διάρκεια σπουδών τα 9,6 έτη.	Πέραν της διάρκειας νοσηλείας και την σοβαρότητα του εγκεφαλικού επεισοδίου , σημαντικοί παράγοντες για την ποιότητα ζωής είναι το μορφωτικό, το οικονομικό και κοινωνικό επίπεδο	Euro Quality of Life (EQ)-5D σε συνδυασμό με το FIM (functional independence measurement)

1	Verberne D. et al, 2017	Ολλανδία	Εντοπισμός πρώιμων προγνωστικών παραγόντων της HRQoL και της κοινωνικής συμμετοχής 1 έτος μετά από καρδιακή ανακοπή σε 141 ασθενείς	85,5% άντρες	59.7 μέση ηλικία Οι παρεμβάσεις στις συναισθηματικές διαταραχές επέφεραν αισθητή βελτίωση στην ποιότητα ζωής στους νεώτερους που συμμορφώθηκαν ως προς τις οδηγίες	77,7% ανέφερε βασική εκπαίδευση	Δεν αναφέρεται	SF-36
1	Santos T et al, 2017	Ινδονησία	Αξιολόγηση των παραγόντων που επιδρούν στην ποιότητα ζωής 103 ασθενών με στεφανιαία νόσο	77,6% ήταν άντρες, έναντι του 22,3% που ήταν γυναίκες Οι άντρες κατέγραψαν χαμηλότερη ποιότητα ζωής απ' αυτήν των γυναικών.	42.7 % ηλικίες από 30 έως 45	Υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο 62,2% Καλύτερη ποιότητα ζωής στους ασθενείς με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο	Καλύτερη ποιότητα ζωής στους ασθενείς με υψηλότερο εισόδημα (51,9%).	SF - 36
1	Bremer A et al, 2018	Σουηδία	Διερεύνηση των βιωμένων εμπειριών επιβίωσης 18 ασθενών που υπέστησαν ανακοπή καρδιάς εντός νοσοκομείου και της ποιότητας ζωής	Ποσοστά γυναικών – αντρών: 19% γυναίκες έναντι 81% των αντρών Μεγαλύτερο ποσοστό στα προβλήματα κινητικότητας μεταξύ των αντρών	Μέση ηλικία: 77 έτη.	Δεν αναφέρεται	Δεν αναφέρεται	Lindseth and Norberg method (naive understanding, δομική ανάλυση και αναστοχασμός στη βιωμένη εμπειρία)
2	Sajobi T. T et al, 2018	Καναδάς	Διερεύνηση των ετερογενειών της ποιότητας ζωής σε ορίζοντα χρόνου 1 έτους 6226 ασθενών με στεφανιαία νόσο	80.6% ήταν άντρες Χαμηλότερο επίπεδο ζωής σε γυναίκες	Μέση ηλικία τα 65.38 έτη.	Δεν αναφέρεται	Δεν αναφέρεται	Seattle Angina Questionnaire (SAQ)

2	Spertus, J. V et al,2019	Η.Π.Α	Διαφορική αξιολόγηση της ποιότητας ζωής σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε Bypass και TAVI	45.8% άντρες και 64, 2% γυναίκες. Οι γυναίκες ανέφεραν χαμηλότερη ποιότητα ζωής	Μέση ηλικία: 83.1 έτη	Δεν αναφέρεται	Δεν αναφέρεται	KCCQ (Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire)
2	Nehme Z., et al, 2019	Αυστραλία	Αξιολόγηση της διαφοροποίησης στη λειτουργική αποκατάσταση 1752 επιζώντων από ΟCHA αναλόγως φύλου	Η θνησιμότητα ήταν μεγαλύτερη στις γυναίκες (10,4% έναντι 6,4%). Οι παράμετροι με τις μεγαλύτερες διαφορές μεταξύ των φύλων ήταν η κινητικότητα και η παρουσία άγχους/κατάθλιψης	Μέση ηλικία: 49,7 έτη στις γυναίκες και 61 στους άντρες	36,9% των γυναικών ανέφερε ανώτερη εκπαιδευτική βαθμίδα, έναντι του 56,4% των αντρών	Δεν αναφέρεται	Συνδυασμός των εργαλείων EuroQol-5D (EQ-5D) , SF-12 και GOSE (Glasgow Outcome Scale)
2	Gebrekidan E.T., et al,2020	Αιθιοπία	Αξιολόγηση της ποιότητας ζωής 469 ασθενών	67.40% γυναίκες	Μέση ηλικία 53 έτη	Το 53% δεν γνωρίζει ανάγνωση και γραφή	Δεν αναφέρεται	World Health Organization Quality of Life BREF
2	Costa, L.L. et al, 2020	Μπαγκλαντές	Εντοπισμός των παραγόντων που επηρεάζουν την σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής 142 ασθενών	85.9% ήταν άντρες	Μέση ηλικία:58.74 έτη	70.4% ανέφεραν βασική εκπαίδευση	81% διέμενε σε αγροτικές περιοχές. Το συνολικό μηνιαίο εισόδημα επηρέασε σε μεγάλο βαθμό την ποιότητα ζωής	Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ) και Quality of Life Instrument Short Version (WHOQOL-BREF)
2	Soleimani M. A., et al,2020	Ιράν	Αξιολόγηση των κοινωνικο-δημογραφικών παραγόντων και της πνευματικής ευεξίας που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής σε 598 ασθενείς	52.4% ήταν γυναίκες, έναντι του 47.6% των αντρών	Μέση ηλικία:60.68 έτη	53.2% ανέφεραν ότι δεν έλαβαν κανέναν είδος εκπαίδευση	70.6% μέσο εισόδημα. Το εισόδημα και η διάρκεια της νόσου ήταν σημαντικοί παράγοντες για την πτωχή ποιότητα ζωής των ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια.	McGill QOL (MQOL) και Spiritual Well-being Scale (SWBS)

2	Bahall M et al,2020	Κούβα & Trinidad and Tobago	Αξιολόγηση και σύγκριση της ποιότητας ζωής 396 ασθενών με συνοδά και χωρίς συνοδά συμπτώματα κατάθλιψης	53.4% γυναίκες	Ηλικιακό φάσμα: 65–74 Μεγάλη διαφορά εμφάνισης κατάθλιψης στους καρδιαγγειακούς ασθενείς μεταξύ των ηλικιών 35 – 55. Στους άνω των 75 δεν σημειώθηκε αισθητή διαφορά	Δεν αναφέρεται	Δεν αναφέρεται	SF-12
2	Spertus J. et al,2020	Η.Π.Α.	Σύγκριση των θεραπευτικών αποτελεσμάτων και της ποιότητας ζωής σε ασθενείς που υπεβλήθη σε επεμβατική πράξη έναντι ασθενών υπό φαρμακευτική αγωγή	76% άντρες Ποιότητα ζωής χαμηλότερη στις γυναίκες. Το 76,5% ήταν λευκοί	Μέση ηλικία:64.4 έτη	Δεν αναφέρεται	Δεν αναφέρεται	EQ-5D & SAQ
2	Μαρούλη Π, & Καπάκη Β.,2021	Ελλάδα	Αξιολόγηση της ποιότητας ζωής 103 ασθενών με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο και η συμβολή της αποκατάστασης	64,1% ήταν άνδρες. Συσχετισμός φύλου και επιπέδου ποιότητας ζωής	Μέση ηλικία: 57 έτη	Το 43,7% ήταν απόφοιτοι δευτεροβάθμιας	Οικονομικό status: 23,3% χαμηλό μηνιαίο εισόδημα	SS-QOLQ (Stroke Specific- Quality Of Life Questionnaire)
2	Kovacs A. H. et al.,2022	Η.Π.Α.	Έκθεση της Αμερικανικής Καρδιολογικής Εταιρείας	Μικτό δείγμα	Έφηβοι: ηλικιακή ομάδα με το χαμηλότερο επίπεδο HRQoL (συγκρουσιακές καταστάσεις με την εικόνα του εαυτού, κοινωνική απομόνωση, ρατσισμός, διακρίσεις, υπερπροστατευτικότητα, αδυναμία κοινωνικής δικτύωσης, παντελή έλλειψη αυτονομίας	Μαθητές δευτεροβάθμιας	Δεν αναφέρεται	World Health Organization Quality of Life Questionnaire

3	Lawson C.A. et al., 2023	Σουηδία & Ηνωμένο Βασίλειο της Αγγλίας	Μελέτη ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια για εντοπισμό της συχνότητας των διαφορετικών της τύπων & ποσοστά εμφάνισης ανά φύλο στο ηλικιακό φάσμα 66 – 81 ετών σε 23,553 ασθενείς)	34% γυναίκες, έναντι του 66% των αντρών. Οι γυναίκες κατέγραψαν σαφώς χαμηλότερη βαθμίδα ποιότητας ζωής	Μέση ηλικία: 74 έτη (66–81)	Δεν αναφέρεται	Δεν αναφέρεται	Euro-QoL-5D
---	--------------------------	--	--	---	-----------------------------	----------------	----------------	-------------

5. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Πίσω από την ταχεία ανάπτυξη της μέτρησης της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής είναι η αυξανόμενη αναγνώριση πως οι παρεμβάσεις υγειονομικής περίθαλψης πλαισιώθηκαν από μια ευρύτερη ολιστική προσέγγιση, που αφορά τη ζωή και όχι μόνο το σώμα των ασθενών (Andersen EB, 2023). Η ευρύτητα της έννοιας της ποιότητας ζωής πέραν της υποκειμενικής διάστασης που τη διαμορφώνει αναλόγως των ατομικών στόχων, των προσδοκιών και των γενικών ατομικών αντιλήψεων για τη ζωή, εμπεριέχει και την κατάσταση της σωματικής και ψυχικής υγείας, τις κοινωνικές σχέσεις και τις αλληλεπιδράσεις με το περιβάλλον (Seid, 2020). Η προσέγγιση ασθενών με απειλητικές για τη ζωή ή μακροχρόνιες νόσους όπως οι καρδιαγγειακές, όπου συνυπάρχουν αναπηρίες, ή οι ασθενείς διαβιούν χωρίς προσδοκία ίασης και με καταστάσεις που επιδρούν στη σωματική, ψυχολογική και κοινωνική ευημερία τους (Pedersen SG, 2020) προσδίδει ιδιαίτερη βαρύτητα στην αξιολόγηση και μέτρηση ποιότητας ζωής τους, προκειμένου να σχεδιαστούν στοχευμένες παρεμβάσεις για τη βελτίωσή της.

Παρά το γεγονός ότι στις μελέτες δε χρησιμοποιήθηκε ένα κοινό μοντέλο HRQOL που θα παρείχε τη δυνατότητα ευκολότερης σύγκρισης και εξαγωγής συμπερασμάτων, ωστόσο φάνηκε πως τα καρδιαγγειακά νοσήματα έχουν τόσο μακροπρόθεσμες, όσο και βραχυπρόθεσμες επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής των ασθενών, ενώ καθοριστικό ρόλο διαδραματίζουν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά που διερευνήθηκαν στην παρούσα συστηματική ανασκόπηση. Παρόμοια ευρήματα εντοπίζονται στη μελέτη της Bakas (Bakas T, 2012), η οποία όμως επικεντρώνεται κυρίως στην εφαρμογή των εργαλείων που προκύπτουν από την ανάπτυξη των διαφόρων θεωρητικών μοντέλων. Η έρευνα της G. Haydon (Haydon G, 2017), επιβεβαιώνει τη σημασία μέτρησης της ποιότητας ζωής των καρδιαγγειακών ασθενών στα θεραπευτικά αποτελέσματα, κάνει όμως λόγο για περιορισμένο αριθμό μελετών που διερευνούν παρεμβάσεις εστιασμένες στη βελτίωση της ποιότητας ζωής για τους επιζήσαντες καρδιακής ανακοπής κι ως εκ τούτου, η αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων δεν έχει αξιολογηθεί επαρκώς. Η ESC επιβεβαιώνει τη θέση της Haydon, κάνοντας αναφορά στην απουσία διεθνών οδηγιών για την ψυχολογική φροντίδα επιζώντων CA (ESC, HeartQoL, 2023). Επιπροσθέτως η μελέτη του Sararoudi (Sararoudi R., 2016) θέτει επί τάπητος το ζήτημα διάρκειας των προγραμμάτων των παρεμβάσεων στους καρδιαγγειακούς ασθενείς, αφού θεωρεί ανεπαρκείς τις ημίωρες συνεδρίες για την

εκπαίδευσή τους, που δύναται να προκαλέσει επιπρόσθετο άγχος και όχι αύξηση των αντιλήψεών τους για την ασθένεια και συνεπαγωγικά και της ποιότητας ζωής τους.

Τα ευρήματα σχετικά με τις επιπτώσεις των καρδιαγγειακών νοσημάτων στην ποιότητα ζωής των ασθενών που εντοπίστηκαν στις συμπεριλαμβανόμενες στην τρέχουσα συστηματική ανασκόπηση μελέτες, αφορούν περιορισμούς στη σωματική λειτουργικότητα, σημαντική επιβάρυνση στην ψυχική υγεία, δυσχέρεια στην άσκηση δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής και στην κοινωνική αλληλεπίδραση (Λιόγκα Ε., 2022). Στον τομέα της σωματικής λειτουργίας αρκετοί ερευνητές συγκλίνουν με τα πορίσματα της τρέχουσας μελέτης ορίζοντας ως τις συχνότερα εμφανιζόμενες και ιδιαίτερα επιβαρυντικές επιπτώσεις των καρδιαγγειακών νοσημάτων τη δυσχερή κινητικότητα, την αστάθεια, την αδυναμία βάρδισης (Hu X, 2022) και την απώλεια/ή πτώση δυνατότητας αυτοεξυπηρέτησης. Πρόκειται επίσης για τις κυρίες αναφερόμενες μακροχρόνιες βλάβες μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο (van de Port IG, 2006; McEwen D, 2014; Wilby, 2019; Sepehrvand N, 2020). Ο G.Fulk και οι συνεργάτες του συσχετίζουν τα κινητικά προβλήματα και με την ποιότητα ύπνου των ασθενών (Fulk G., 2022). Η εξουθένωση, η εύκολη κόπωση, η μειωμένη ενέργεια εντοπίζονται και σε άλλες μελέτες (Heo S., 2019; Qiao Y., 2019; Newton M., 2022), ενώ ο χρόνιος πόνος αναφέρεται ως επίπτωση της στηθάγχης και του εμφράγματος μυοκαρδίου κυρίως (Kazi D., 2014; Hirai T, 2019; Gulati M, 2021) Τα νευρολογικά ελλείμματα που αναφέρονται, αφορούν συγχυτικά φαινόμενα, διαταραχές μνήμης, αφασία εκπομπής, πάρεση του προσωπικού, λόχο χωρίς ειρμό, έκπτωση αισθητικότητας (Geocadin R., 2019; Jurgens C., 2022), ενώ η παρουσία συννοσηροτήτων στους καρδιαγγειακούς ασθενείς ανιχνεύεται σε αρκετές μελέτες, με συχνότερες αναφορές στον σακχαρώδη διαβήτη και την αρτηριακή υπέρταση (Kuller LH, 2000; Paulsen M., 2013; Sullivan P., 2016; Sun D., 2018). Οι επιπτώσεις των CVDs στην ποιότητα ζωής των ασθενών με κύριο άξονα την ψυχική υγεία, σχετίζονται με κατάθλιψη, άγχος, φόβο επανεμφάνισης της νόσου και ανασφάλεια (Thombs BD, 2006; Havranek EP, 2015; Smolderen KG, 2017; Akosile W, 2018; Hung MY, 2019; Levine G., 2021), ενώ ενδιαφέρον εύρημα αποτελεί η διερεύνηση των ψυχικών διαταραχών στην αιτιοπαθογένεια των καρδιαγγειακών παθήσεων (Suls J, 2005; Steptoe A, 2013; Mostofsky E, 2014; Golaszewski NM, 2021). Η κοινωνική απόσυρση, ο στιγματισμός και η δυσχέρεια επιστροφής στα εργασιακά καθήκοντα σχολιάζονται ως επακόλουθα των σωματικών και ψυχικών δυσλειτουργιών των καρδιαγγειακών ασθενών (Hare DL, 2014; Bhatnagar, 2017; Gronewold J., 2021). Στη μελέτη του A.Teshale (Teshale A., 2023) διατυπώνεται αντιστρόφως

η συσχέτιση της κοινωνικής απομόνωσης με εμφάνιση εμφράγματος μυοκαρδίου και της μοναξιάς με εγκεφαλικό επεισόδιο, η οποία συναντάται και στη μελέτη της Freak-Poli R (Freak-Poli R, 2022).

Έρευνες που εξετάζουν πιθανές συσχετίσεις των επιπτώσεων των καρδιαγγειακών παθήσεων στην ποιότητα ζωής των ασθενών με δημογραφικά χαρακτηριστικά, παρουσίασαν ευρήματα παρεμφερή με αυτά της τρέχουσας συστηματικής ανασκόπησης. Συγκεκριμένα, παρά τα υψηλότερα ποσοστά επιπολασμού των CVD στον αντρικό πληθυσμό, μοιάζει να πλήττεται περισσότερο η ποιότητα ζωής του γυναικείου. Στην μελέτη του W. Schultz (Schultz WM, 2018) αναφέρεται πως πέραν των πολλαπλών ρόλων που καλείται να υπηρετήσει μια γυναίκα που έχει ήδη επιβαρυνθεί από ένα καρδιαγγειακό νόσημα, παράλληλα και σύμφωνα με τα στατιστικά δεδομένα ο γυναικείος πληθυσμός πλήττεται περισσότερο από τη χαμηλή πρόσβαση στο σύστημα υγείας, αφού είτε δεν έχει κάποια ασφάλιση, είτε έχει ασφάλιση δημοσίου φορέα που δεν καλύπτει τις ανάγκες του σε υψηλό κόστους φαρμακευτική αγωγή, εμφανίζει πενταπλάσιο αριθμό επανεισαγωγών και νοσηλείας σε σχέση με τους άντρες, παρουσιάζει χαμηλότερα ποσοστά στο μορφωτικό επίπεδο και υψηλότερο στις ασθενείς εισοδηματικά ομάδες. Όσον αφορά το ηλικιακό φάσμα, ενώ οι υπερήλικες βρίσκονται αντιμέτωποι με υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας λόγω συννοσηροτήτων και ανεπαρκών εφεδρειών ώστε να ανταπεξέλθουν σε μια απειλητική για τη ζωή νόσο, χαμηλότερο επίπεδο ποιότητας ζωής παρουσιάζουν οι νεώτεροι ασθενείς, οι οποίοι αδυνατούν να ανταπεξέλθουν σε μια φυσιολογική ροή καθημερινότητας (Dupre ME, 2012; Méjean C, 2013). Περαιτέρω μελέτες που διερευνήθηκαν για παρόμοια ή αποκλίνοντα ευρήματα για τη συσχέτιση οικονομικού status και ποιότητας ζωής των καρδιαγγειακών ασθενών, αναφέρουν υψηλή συσχέτιση, πιθανότατα λόγω της χαμηλής πρόσβασης σε διαδικασίες υψηλού κόστους που θα διασφάλιζαν βελτίωση των θεραπευτικών αποτελεσμάτων ή της χαμηλής συμμόρφωσης σε φαρμακευτικές αγωγές εξίσου δαπανηρές (Yong CM, 2014; Schultz WM, 2018). Τα χαμηλά επίπεδα αλφαριθμητικού συσχετίζονται επίσης με χαμηλή ποιότητα ζωής, πιθανότατα λόγω ελλιπούς κατανόησης των θεραπευτικών παρεμβάσεων ή των αυξημένων κινδύνων επιδείνωσης και θνησιμότητας (Zhang NJ, 2014; Loucks EB, 2015)

Εν κατακλείδι, η έως τώρα επιστημονική έρευνα στο πεδίο των καρδιαγγειακών νοσημάτων αποδεικνύει ότι ο επιπολασμός τους μπορεί να προληφθεί, αρκεί να σχεδιαστούν τα ανάλογα προγράμματα παρεμβάσεων ενημέρωσης του κοινού όχι μόνο

σχετικά με τους παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου, αλλά και με τις επιπτώσεις τους στη γενική ποιότητα ζωής.

Βιβλιογραφία

Aaronson N., B. M. (1988). A modular approach to quality-of-life assessment in cancer clinical trials. *Recent Results in Cancer Research* , pp. 111: 231–249.

Abdallah MS, W. K. (2013). QOL in Diabetic and CAD Patients After PCI vs CABG. *JAMA* , 310(15):1581-1590.

Akosile W, C. D. (2018). The Association between post-traumatic stress disorder and coronary artery disease: a meta-analysis. *Australas Psychiatry* (26), 524–530.

Andersen EB, K. M. (2023). Barriers and facilitators to return to work following cardiovascular disease: a systematic review and meta-synthesis of qualitative research. *BMJ Open* (27;13(1)), e069091.

Årestedt K, Å. S. (2015). A psychometric evaluation of the four-item version of the Control Attitudes Scale for patients with cardiac disease and their partners. (T. E. Cardiology, Ed.) *European Journal of Cardiovascular Nursing* (Vol. 14(4)), 317–325.

Bahall M, L. G. (2020). Quality of life among patients with cardiac disease: the impact of comorbid depression. *Health and Quality of Life Outcomes* (18(1)), 89.

Bakas T, M. S. (2012). Systematic review of health-related quality of life models. *Health and Quality of Life Outcomes* (10:134).

Bard, M. (1984). Summary of the informal discussion of functional states: Quality of life. *Cancer* , p. 53:2327.

Benyamini Y, R. I. (2013). Depression and Anxiety Following Myocardial Infarction and Their Inverse Associations with Future Health Behaviors and Quality of Life. (T. S. Medicine, Ed.) *Annals of Behavioral Medicine* (46(3)), 310-21.

Bergstrom, A., Eriksson, G., Von Koch, L., & Tham, K. (2011). Combined life satisfaction of persons with stroke and their caregivers: Associations with caregiver burden and the impact of stroke. *Heal. Qual. Life Outcomes* , 9, 1–10.

Bhatnagar, A. (2017). Environmental Determinants of Cardiovascular Disease. *Circulation Research* (Volume 121, Issue 2), 162-180.

Bilbao A, E. A.-P. (2016). The Minnesota living with heart failure questionnaire: comparison of different factor structures. *Health Qual Life Outcomes* (17), 14:23.

Bratt, E. L. (2015). *Forty years of quality-of-liferesearch in congenital heart disease: Temporal trends in conceptual*. *International Journal of Cardiology*.

Bremer A, D. T. (2018). Lived experiences of surviving in-hospital cardiac arrest. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* (Volume33, Issue1), 1-9.

British Heart Foundation. (2024). *Global Heart & Circulatory Diseases Factsheet*. London: British Heart Foundation.

Carod-Artal, J., Egido, J., González, J., & Varela de Seijas, E. (2000). Quality of life among stroke survivors evaluated 1 year after stroke: Experience of a stroke unit. *Stroke* , 31, 2995–3000.

Carol Estwing Ferrans, J. J. (2005). Conceptual Model of Health-Related Quality of Life. *Journal of Nursing Scholarship* , pp. 37:4, 336-342.

Cella D, N. C. (2002). Measuring quality of life in chronic illness: the functional assessment of chronic illness therapy measurement system. (A. C. Medicine, Ed.) *Arch Phys Med Rehabil* , 83(12 Suppl 2):S10-7.

Cesare M.D, B. H. (2023). *World Heart Report 2023: Confronting the World's Number One Killer*. (E. Fox, Ed.)

Chang WH, S. M. (2016). Predictors of functional level and quality of life at 6 months after a first-ever stroke: the KOSCO study. *Journal of Neurology* .

Chen, T., Zhang, B., Deng, Y., Fan, J.-C., Zhang, L., & Song, F. (2019). Long-term unmet needs after stroke: Systematic review of evidence from survey studies. *BMJ Open* , 9, e028137.

- Costa L., I. M. (2020). Quality of Life of Chronic Heart Failure Patients. *Open Journal of Nursing* (10), 831 - 857.
- DA. Revicki, L. K. (2014). A history of health-related quality of life outcomes in psychiatry. *Dialogues in Clinical Neuroscience* , 127-35.
- Dupre ME, F. H. (2012). The cumulative effect of unemployment on risks for acute myocardial infarction. *Archives of Internal Medicine* (83(9)), 987-994.
- Ellen Nolte, C. K. (2008). *Managing chronic conditions*. European Observatory on Health Systems and Policies. Copenhagen Ø, Denmark: Publications, WHO Regional Office for Europe.
- ESC. (2023). Clinical Practice Guidelines. *European Heart Journal* (Volume 44, Issue 39), pp. 4043–4140.
- ESC. (2023). *European Heart Health Charter - Revision*. European Heart Network AISBL. Brussels, Belgium: The European Society of Cardiology.
- ESC. (2023). *HeartQoL*. Retrieved January 07, 2024, from Health-related quality of life questionnaire in more than 30 languages: <https://www.escardio.org/Education/Practice-Tools/CVD-prevention-toolbox/HeartQoL>
- ESC. (2023). *Understanding the burden of CVD: Facts and figures*. Brussels, Belgium: European Society of Cardiology.
- Eurofound. (2017). *European Quality of Life Survey 2016: Quality of life, quality of public services, and quality of society*. Dublin, Ireland: Publications Office of the European Union.
- EuroQol. (2023). *EQ-5D-5L*. Retrieved December 29, 2023, from EuroQol Instruments: <https://euroqol.org/information-and-support/euroqol-instruments/eq-5d-5l/>
- FeenyD, F. W. (1999). A framework for assessing health-related quality of life among children with cancer. *International journal of cancer. Supplement* (12), 2-9.
- Feinleib, M. (2001). *A Dictionary of Epidemiology* (4th edition ed., Vols. Volume 154, Issue

1). (R. A. John M. Last, Ed.) New York, U.S.A: Oxford University Press.

Freak-Poli R, P. A. (2022). Are social isolation, lack of social support or loneliness risk factors for cardiovascular disease in Australia and New Zealand? A systematic review and meta-analysis. *Health Promotion Journal of Australia* (33 Suppl 1(Suppl 1)), 278–315.

Fulk G., Z. C.-V. (2022). Better Sleep Is Associated With Improvement In Functional Mobility During Inpatient Rehabilitation After Stroke. *Stroke* (53.suppl_1.WP60).

Garcia M., M. S. (2016). Cardiovascular Disease in Women. (I. American Heart Association, Ed.) *Circulation Research* (Volume 118, Issue 8), 1273 - 1293.

Gebrekidan E., L. G. (2021). Health-Related Quality of Life Among Heart Failure Patients Attending an Outpatient Clinic in the Hospital Northwest, Ethiopia, 2020: Using Structural Equation Modeling Approach. *Patient Related Outcome Measures* (Volume 12), 279–290.

Geocadin R., C. C. (2019). Neurological Prognostication in Comatose Cardiac Arrest Survivors. *Circulation* , 140:e517–e542.

Georgoulis M., K. M. (2016). Κατευθυντήριες συστάσεις για τις συνήθειες του τρόπου ζωής ως μέσο πρόληψης της καρδιαγγειακής νόσου. (T. Alexandros, Ed.) *Hellenic Journal of Atherosclerosis* , Vol 7 (Supplement 2).

Golaszewski NM, L. A. (2021). Social Isolation, Loneliness, And Cardiovascular Disease Among Older Women In The Women’S Health Initiative. *Circulation* (5(2)), e2146461.

Gronewold J., E. M. (2021). Effects of Life Events and Social Isolation on Stroke and Coronary Heart Disease. *Stroke* (Volume 52, Issue 2), 735-747.

Gulati M, L. P.-P. (2021). AHA/ACC/ASE/CHEST/SAEM/SCCT/SCMR Guideline for the Evaluation and Diagnosis of Chest Pain: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Circulation* (Volume 144, Issue 22), e368-e454.

Ha Mi Kim, J. K. (2014). Health-related Quality of Life in Symptomatic Postmyocardial Infarction Patients with Left Ventricular Dysfunction. (K. S. Science, Ed.) *Asian Nursing*

Research (9), 47-52.

Hall, B. T. (2007). Challenges in approaching metasynthesis research. *Qualitative Health Research* , pp. Volume 17, Issue 1: 113–121.

Haraldstad K, W. A. (2019). A systematic review of quality of life research in medicine and health. *Quality of Life Research* , pp. 28:2641–2650.

Hare DL, T. S. (2014). Depression and cardiovascular disease: a clinical review. *European Heart Journal* (35), 1365–1372.

Havranek EP, M. M.-F.-S.-H. (2015). Social determinants of risk and outcomes for cardiovascular disease: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation* (132), 873–898.

Haydon G, v. d. (2017). A systematic review and meta-synthesis of the qualitative literature exploring the experiences and quality of life of survivors of a cardiac arrest. *European Journal of Cardiovascular Nursing* (16(6)), 475-483.

Hendriks J, S. A. (2019). Gender differences in atrial fibrillation: patient-reported outcomes beyond symptom management alone. *Heartf* (105(21)), 614-1615.

Heo S., M. J. (2019). Diagnoses of Depression and Fatigue Are Mutually Associated in Patients With Heart Failure? *Circulation* , 140:A12961.

Heyworth IT, H. M. (2009). How do common chronic conditions affect health-related quality of life? *British Journal of General Practice* , pp. 59:e353–8.

Hirai T, G. J. (2019). Quality of Life Changes After Chronic Total Occlusion Angioplasty in Patients With Baseline Refractory Angina. *Circulation: Cardiovascular Interventions* (Volume 12, Issue 3), e007558.

Hosseini SH, Y. K. (2014). Effects of depression and anxiety symptoms on cardiac mortality following myocardial infarction: a 2-year follow-up. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice* (15(2)), 91-.

Hu X, M. Y. (2022). Physical Function and Subsequent Risk of Cardiovascular Events in Older Adults: The Atherosclerosis Risk in Communities Study. *Journal of the American Heart Association* (Volume 11, Issue 17), e025780.

Hung MY, M. C. (2019). Coronary artery spasm as related to anxiety and depression: a nationwide population-based study. *Psychosomatic Medicine* , 81:237–245.

JS.Rumsfeld. (2020). Health status and clinical practice: when will they meet? *Circulation* (106), 5-7.

Jurgens C., L. C. (2022). The Relevance of Symptoms in CVD and Research. *Circulation* (Volume146, Issue 12), e173–e184.

K.Smith. (2015). Quality of Life and Functional Outcomes 12 Months After Out-of-Hospital Cardiac Arrest. *Circulation* , 131:174-181.

Kang K, G. L. (2017). Correlates of health-related quality of life in patients with myocardial infarction: A literature review. *International Journal of Nursing Studies* (73), pp. 1–16.

Kaplan RM, H. R. (2022). Health-Related Quality of Life Measurement in Public Health. *Annual Review of Public Health* (43), 355–73.

Kazi D., B.-Y. O. (2014). Economic Burden of Angina and Chest Pain Following Percutaneous Coronary Intervention: a Real-World Analysis of Multi-Payer US Claims. *Circulation* , 130:A16951.

Ketilsdottir A, A. S. (2014). The experience of sudden cardiac arrest: Becoming reawakened to life. *European Journal of Cardiovascular Nursing* , Vol. 13(5) 429–435.

Ko HY, L. J. (2015). Health-Related Quality of Life and Cardiovascular Disease Risk in Korean Adults. *Korean Journal of Family Medicine* (36(6)), 349-356.

Kovacs AH, B. J. (2022). Psychological Outcomes and Interventions for Individuals With Congenital Heart Disease:A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes* , 672-688.

Kuller LH, V. P. (2000). Diabetes mellitus: subclinical cardiovascular disease and risk of incident cardiovascular disease and all-cause mortality. *Arteriosclerosis, Thrombosis, and Vascular Biology* (Volume 20, Issue 3), 823-829.

Lahoud R, C. V. (2017). Comparing SF-36® scores versus biomarkers to predict mortality in primary cardiac prevention patients. *European Journal of Internal Medicine* (46), 47-55.

Lawson CA, B. L. (2023). Changing health related quality of life and outcomes in heart failure by age, sex and subtype. *eClinicalMedicine* (Volume 64), 1-11.

Levine G., C. B.-M. (2021). Psychological Health, Well-Being, and the Mind-Heart-Body Connection: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation* (Volume 143, Issue 10), 763-783.

Lilja G, N. G. (2015). Anxiety and depression among out-of-hospital cardiac arrest survivors. *Resuscitation* (Volume 97), 68–75.

Lilja G., N. N.-J. (2018). Return to Work and Participation in Society After Out-of-Hospital Cardiac Arrest. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes* (11), e00356.

Loucks EB, G. S. (2015). Education and coronary heart disease risk: potential mechanisms such as literacy, perceived constraints and depressive symptoms. *Health Education & Behavior* (42(3)), 370–379.

Lourenço E, S. M. (2021). Determinants of Quality of Life after Stroke in Southern Portugal: A Cross Sectional Community-Based Study. (M. G, Ed.) *Brain Sciences* (11(11)), 1509.

MA.Seid. (2020). Health-related quality of life and extent of self-care practice among heart failure patients in Ethiopia. *Health Qual Life Outcomes* , 18(1):27.

Maestrini V, B. L. (2021). Cardiac involvement in consecutive unselected hospitalized COVID-19 population: In-hospital evaluation and one-year follow-up. *International Journal of Cardiology* (15), 339:235–242.

Magriplis E., P. D. (2019). Prevalence of hyperlipidaemia in adults and its relation to the

Mediterranean diet: the Hellenic National Nutrition and Health Survey (HNNHS). *European Journal of Preventive Cardiology* (26(18)), 1957-67.

Masaebi F., S. M. (2021). Trend analysis of disability adjusted life years due to cardiovascular diseases: results from the global burden of disease study 2019. *BMC Public Health* (21 (Article number: 1268)).

McEwen D, T.-H. A. (2014). Virtual Reality Exercise Improves Mobility After Stroke. *Stroke* (Volume 45, Issue 6), 1853-1855.

Méjean C, D. M.-d.-M. (2013). The contribution of diet and lifestyle to socioeconomic inequalities in cardiovascular. *International Journal of Cardiology* , 168:5190–5195.

Mensah G, F. V.-2. (2023). Global Burden of Cardiovascular Diseases and Risks, 1990-2022. (T. A. Foundation, Ed.) *Journal of the American College of Cardiology* (Volume 82 ,Issue 25), 2350–2473.

Mostofsky E, P. E. (2014). Outbursts of anger as a trigger of acute cardiovascular events: a systematic review and meta-analysis. *European Heart Journal* , 35:1404–1410.

Nehme Z, A. E. (2018). Sex differences in the quality-of-life and functional outcome of cardiac arrest survivors. *Resuscitation* (Volume 137), 21 – 28.

Newton M., H. M.-M. (2022). The Relationship Between Daytime Sleepiness, Exhaustion, Fatigue, And Arterial Stiffness. The Atherosclerosis Risk In Communities (ARIC) Study. *Circulation* , 145:AP149.

OECD/European Union. (2020). *Health at a Glance: Europe2020* . OECDiLibrary. Paris: OECD Publishing.

Ørbo M., A. P. (2016). Alterations in cognitive outcome between 3 and 12 months in survivors of out-of-hospital cardiac arrest. *Resuscitation* (105), 92–99.

Page, M. (2021). *The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews*. *BMJ* 2021; 372:n71. (B. 2021, & 372:n71, Eds.) Retrieved November 25, 2023, from

<https://www.bmj.com/content/372/bmj.n71>

Panagiotakos D., G. E. (2015). Ten-year (2002–2012) cardiovascular disease incidence and all-cause mortality, in urban Greek population: The ATTICA Study. *International Journal of Cardiology* (180), 178-184.

Panagiotakos, D. (2023). Cardiovascular disease risk in the Greek population: 20-year experience of the ATTICA epidemiological study (2002-2022). *Arterial Hypertension*, 32 (1), 12-15.

Paravastu S., M. J. (2014). Outcomes and health economic issues in surgery. In S. Paterson-Brown, *Core Topics in General and Emergency Surgery (Fifth Edition)* (Fifth Edition ed., pp. 23-40). Edinburgh, UK: Elsevier Limited.

Paulsen M., A. M. (2013). Multimorbidity and Blood Pressure Control in 37 651 Hypertensive Patients From Danish General Practice. (I. American Heart Association, Ed.) *Journal of the American Heart Association* (Volume 2, Issue 1), 2:e004531.

Pedersen SG, F. O. (2020). Stroke-Specific Quality of Life one-year post- stroke in two Scandinavian country-regions with different organisation of rehabilitation services: A prospective study. *Disability and Rehabilitation* (43(26)), 3810-3820.

PG Robinson, C. A. (2005). 9: How to choose a quality of life measure. In C. A. Boika Dimitrova, *Quality of Life* (Vol. 1, pp. 88-100). London: BMJ Books.

Phyoa A.Z.Z., R. J.-C. (2021). Health-related quality of life and incident cardiovascular disease events in community-dwelling older people: A prospective cohort study. *International Journal of Cardiology* (339), 170–178.

Qiao Y., M.-A. Π. (2019). Association Between Cardiovascular Risk and Perceived Fatigability in Mid-to-Late Life. *Journal of the American Heart Association* (Volume 8, Issue 16).

Rafael B, S. A. (2014). Vital exhaustion and anxiety are related to subjective quality of life in patients with acute myocardial infarct before cardiac rehabilitation. *Journal of Clinical Nursing*, 23, 2864–2873.

Rumsfeld J., A. K.-J. (2013). Cardiovascular Health: The Importance of Measuring Patient-Reported Health Status. *Circulation* , 127:2233–2249.

Sajobi T., W. M. (2018). Trajectories of Health-Related Quality of Life in Coronary Artery Disease. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes* (Volume 11, Issue 3), 11:e003661.

Santoso T., S. U. (2017). Factors Affecting Quality of Life in Patients with Coronary Artery Disease. *Indonesian Journal of Nursing Practices* (1).

Sararoudi RB, M. M. (2016). Efficacy of illness perception focused intervention on quality of life, anxiety, and depression in patients with myocardial infarction. *Journal of Research in Medical Sciences* , 21:125.

Schultz WM, K. H. (2018). Socioeconomic Status and Cardiovascular Outcomes. *Circulation* (137(20)), 2166–2178.

Schweikert B, H. M. (2009). Quality of life several years after myocardial infarction: comparing the. *European Heart Journal* , pp. 30:436–43.

Segerdahl M., H. P.-O. (2023). Healthrelated quality of life in stroke survivors: a 5year follow-up of The Fall Study of Gothenburg (FallsGOT). --*BMC Geriatrics* , 23:584.

Sepehrvand N, S. A. (2020). Change of Health-Related Quality of Life Over Time and Its Association With Patient Outcomes in Patients With Heart Failure. (A. H. Investigators, Ed.) *Journal of the American Heart Association* (9(17)), e017278.

Siqeca, F. Y. (2022). Factors associated with health-related quality of life among home-dwelling older adults aged 75 or older in Switzerland: a cross-sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes* (20), 166-179.

Ski CF, W.-C. L. (2015). Depression screening and referral in cardiac wards: A 12-month patient trajectory. (T. E. Cardiology, Ed.) *European Journal of Cardiovascular Nursing* , 1-10.

Smith K., D. E. (2015). Quality of Life and Functional Outcomes 12 Months After Out-of-Hospital Cardiac Arrest. *Circulation* , 131:174-181.

Smolderen KG, B. D. (2017). Depression treatment and 1-year mortality after acute myocardial infarction: insights from the TRIUMPH Registry (Translational Research Investigating Underlying Disparities in Acute Myocardial Infarction Patients' Health Status). *Circulation* (35), 1681–1689.

Soleimani MA, Z.P. S.-A. (2020). Predictors of Quality of Life in Patients with Heart Disease. - *Journal of Religion and Health* (59), 2135-2148.

Spatz, E. (2023). Association of Population Well-Being With Cardiovascular Outcomes. (A. H. Association, Ed.) *JAMA Netw Open* , 6(7):e2321740.

Spertus J, H. L. (2019). Integrating Quality of Life and Survival Outcomes in Cardiovascular Clinical Trials: Results From the PARTNER Trial. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes* , 12:e005420.

Stephoe A, K. M. (2013). Stress and cardiovascular disease: an update on current knowledge. (J. E. Fielding, Ed.) *Annual Review of Public Health* (34), 337–354.

Sullivan P., G. V. (2016). Health-related Quality of Life (HRQoL) Associated with Cardiovascular Disease (CVD) and Comorbidities in Patients with Diabetes. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes* , 9:A160.

Suls J, B. J. (2005). Anger, anxiety, and depression as risk factors for cardiovascular disease: the problems and implications of overlapping affective dispositions. *Psychological Bulletin* (131(2)), 260-300.

Sun D., Z. T. (2018). 20-year Secular Trend of Cardiovascular Disease Comorbidities in the United States, 1997-2016. *Circulation* (137), AP183.

Taylor RS, D. H. (2022). The role of cardiac rehabilitation in improving cardiovascular outcomes. *Nature Reviews Cardiology* (19), 180–194.

Teshale A., H. H.-P. (2023). The Role of Social Determinants of Health in Cardiovascular Diseases: An Umbrella Review. *Journal of the American Heart Association* (Volume 12, Issue 13).

The WHOQOLGroup. (1994). *The Development of the World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument (the WHOQOL)*. Berlin, Heidelberg: Springer.

The World Health Report 2010. (2012, June 16). Retrieved November 10, 2023, from WHO: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564021>

Thomas, J. H. (2008). Methods for the thematic synthesis. *BMC Med Res* , p. 8: 45.

Thombs BD, B. E. (2006). Prevalence of depression in survivors of acute myocardial infarction. *Journal of General Internal Medicine* (21), 30–38.

Thompson, C. F. (2010). Quality of life in cardiovascular disease: What is it and why and how should we measure it? (E. S. Cardiology, Ed.) *European Journal of Cardiovascular Nursing* (9), pp. 201–202.

Thylén I, D. R. (2020). Characteristics associated with anxiety, depressive symptoms, and quality-of-life in a large cohort of implantable cardioverter defibrillator recipients. *Journal of Psychosomatic Research* (77(2)), 122-7.

Timmis A, T. N. (2020). European Society of Cardiology: Cardiovascular Disease Statistics 2019. *European Heart Journal* , 1 (41(1)), 12-85.

Tobiasz-Adamczyk, B. (2013). *Chapter I. The Genesis of Health: Evolution of the Concept of Health-Related Quality of Life* (Vols. Health-Related Quality of Life in Cardiovascular Patients). (K. K.-A. Kawecka-Jaszcz, Ed.) Milano, Italy: Springer.

Tzoulaki I., E. P. (2016). Worldwide Exposures to Cardiovascular Risk Factors and Associated Health Effects. (I. American Heart Association, Ed.) *Circulation* (Volume 133, Issue 23), 2314 - 2333.

Uchmanowicz I, L.-G. K.-P. (2013). Influence of diabetes on health-related quality of life results in patients with acute coronary syndrome treated with coronary angioplasty. *Acta Diabetol* (50(2)), 217–225.

Unnithan, A., & Mehta, P. (2021). Hemorrhagic Stroke. *StatPearls* .

Utne KK, T. M.-J. (2016). Healthrelated quality of life after deep vein thrombosis. *-Springer Open* (5(1)), 1278.

van de Port IG, K. G. (2006). Susceptibility to Deterioration of Mobility Long-Term After Stroke. *Stroke* (Volume 37, Issue 1), 167-171.

Verberne D, M. V. (2017). Factors predicting quality of life and societal participation after survival of a cardiac arrest: A prognostic longitudinal cohort study. *Resuscitation* , 123:51–57.

White J., M. P. (2016). Predictors of health-related quality of life in community-dwelling stroke survivors: a cohort study. *Family Practice* (Vol. 33, No. 4), 382–387.

WHO. (2021, June 11). *Cardiovascular diseases (CVDs)*. Retrieved November 12, 2023, from [https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))

WHO. (2020). *Cardiovascular diseases*. Retrieved November 12, 2023, from Health topics/Cardiovascular diseases: https://www.who.int/health-topics/cardiovascular-diseases#tab=tab_1

WHO. (2022, September). *Speech given at the seventy-second session of the WHO Regional Committee for Europe*. Retrieved November 25, 2023, from <https://www.who.int/europe/about-us/governance/regional-committee/session-archives/72nd-session-of-the-who-regional-committee-for-europe>

WHO. (2005). *World Health Organization: Basic documents*. Retrieved December 10, 2023, from <https://www.who.int/data/gho/data/major-themes/health-and-well-being>: <https://apps.who.int/gb/bd/>

WHOQOLGroup, T. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. *Psychological Medicine* (28), 551–558.

Wilby, M. (2019). Physical Mobility Impairment and Risk. *Health Equity* (3(1)), 527-531.

Wilson IB, C. P. (1995). Conceptual model for health-related quality of life. *Journal of American Medical Association* (273), 59-65.

Wolfson, M. (2014). Measuring the health component of quality of life. *Statistical Journal of the IAOS (SJIAOS)* (30), 193–207.

World Health Organization. (1998). *WHOQOLUser Manual*. Department of Mental Health, Geneva, Switzerland.

Yfantopoulos, J. (2001). The “social” quality of life. *Archives of Hellenic medicine* (18(2)), pp.108-113.

Yong CM, A. F. (2014). Socioeconomic inequalities in quality of care and outcomes among patients with acute coronary syndrome in the modern era of drug eluting stents. (3(6)), e001029.

Zhang NJ, T. A. (2014). Impact of health literacy on medication adherence: a systematic review and meta-analysis. *Annals of Pharmacotherapy* , 741–751.

ΕΛΣΤΑΤ. (2023, Φεβρουάριος 10). *Εβδομαδιαία Στοιχεία Θανάτων: Περίοδος 1η έως 52η εβδομάδα, 2022*. Retrieved Δεκέμβριος 5, 2023, from ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΡΧΗ: <https://www.statistics.gr/documents/20181/ad653f0c-3ebb-5b72-70b0-1bfc90ceeee1>

Λιόγκα Ε., Μ. Χ. (2022). Ποιότητα ζωής ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια. Μια συστηματική ανασκόπηση. *Το Βήμα του Ασκληπιού* (Volume 21, Issue 2), 270-288.

Μαρούλη Π, Κ. Β. (2021). Αξιολόγηση της ποιότητας ζωής ασθενών με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο και η συμβολή της αποκατάστασης. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* , 38(4):508-516.

Πέπερα, Γ. (2010). Η δευτερογενής πρόληψη μέσω της καρδιακής αποκατάστασης: οδηγίες για φυσική δραστηριότητα και προγράμματα άσκησης. *Βήμα Ομάδων Εργασίας* ((16):1967-74), 456-67.

Υ. Benyamini. (2013). Depression and Anxiety Following Myocardial Infarction and Their Inverse Associations with Future Health Behaviors and Quality of Life. *ann. behav. med.*

