



ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής ασθενών μετά από

Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο

Σωτήρης Αποστολόπουλος

Επιβλέπων Καθηγητής

Νικόλαος Κοντοδημόπουλος

Νοέμβριος 2015

Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου
Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης

Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής ασθενών μετά από Αγγειακό Εγκεφαλικό
Επεισόδιο

Σωτήρης Αποστολόπουλος

Επιβλέπων Καθηγητής
Νικόλαος Κοντοδημόπουλος

Νοέμβριος 2015

Πίνακας περιεχομένων

Ευχαριστίες.....	v
Περίληψη.....	vi
Summary	viii
Κατάλογος Πινάκων.....	x
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ:ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	i
1.1 Εισαγωγή.....	i
1.2 Καταγραφή προβλήματος.....	2
1.3 Σημασία και αναγκαιότητα της μελέτης.....	3
1.4 Σκοποί και στόχοι.....	4
1.5 Διασαφηνίσεις-προσδιορισμός και διατύπωση των κεντρικών εννοιών	5
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ:ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ.....	7
2.1. Εισαγωγή.....	7
2.2. Ιστορική αναδρομή.....	7
2.2.1. Ιστορική εξέλιξη στη διάγνωση και θεραπεία των Α.Ε.Ε.	7
2.2.2. Ιστορική προσέγγιση της ποιότητας ζωής.....	10
2.3. Θεωρητικό πλαίσιο.....	12
2.3.1. Εννοιολογική και θεωρητική προσέγγιση των Α.Ε.Ε.	13
2.3.2. Εννοιολογική και θεωρητική προσέγγιση της ποιότητας ζωής.....	16
2.3.3. Ποιότητα ζωής και Α.Ε.Ε.	19
2.4. Βιβλιογραφική ανασκόπηση	25
2.4.1. Ανασκόπηση των ευρημάτων στην Ελλάδα.....	25
2.4.2. Ανασκόπηση των υφιστάμενων ευρημάτων διεθνώς.....	28
2.5. Διεθνής πραγματικότητα	34
2.6. Ελληνική πραγματικότητα	36
2.7. Συμπεράσματα.....	38
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ:ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	39
3.1. Μεθοδολογία.....	39
3.2. Σκοπός και στόχοι	39
3.3. Ερευνητικά ερωτήματα	41
3.4. Σχεδιασμός	41
3.5. Πληθυσμός-Δείγμα.....	42
3.6. Διαδικασία δειγματοληψίας	43
3.7. Ηθικές προεκτάσεις.....	43

3.8. Διαδικασία.....	44
3.8.1. Κωδικοποίηση των μεταβλητών.....	44
3.8.2. Στατιστική ανάλυση ερωτηματολογίων	44
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ:ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	46
4.1. Αποτελέσματα έρευνας	46
4.2. Περιγραφικά στατιστικά των ερωτηματολογίων SF-36 και SS-QOL.....	47
4.3. Ανάλυση συσχετίσεων της κλίμακας SS-QOL με τις διαστάσεις της κλίμακας SF-36 ..	53
4.4. Παλινδρομήσεις μεταξύ των διαστάσεων του SS-QOL και των επιμέρους διαστάσεων του SF-36.....	56
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ:ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ	71
5.1. Συζήτηση.....	71
5.2. Περιορισμοί της μελέτης.....	75
5.3. Συμπεράσματα.....	76
5.4. Εισηγήσεις.....	76
Βιβλιογραφία.....	78
A. Ξενόγλωσση	78
B. Ελληνόγλωσση	91

Ευχαριστίες

Θέλω να ευχαριστήσω τον καθηγητή Νικόλαο Κοντοδημόπουλο για την πολύπλευρη και πολυεπίπεδη στήριξη, συμπαράσταση και καθοδήγηση που μου παρείχε. Μέσα από τη συνεχή επικοινωνία και τον διάλογο επιλέξαμε το θέμα, αναζητήσαμε τα κατάλληλα για το θέμα μας ερευνητικά εργαλεία και εξασφαλίσαμε την άδεια χρησιμοποίησή τους. Ήταν αρωγός, εμπνευστής και καθοδηγητής στη διαδικασία της δειγματοληψίας, στην κωδικοποίηση των μεταβλητών και στη στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων. Οι επιστημονικές του παρεμβάσεις και οι γόνιμες παρατηρήσεις του βοήθησαν καθοριστικά στην ολοκλήρωση αυτής της μεταπτυχιακής διατριβής.

Θέλω να ευχαριστήσω τους μετόχους του Κέντρου Αποκατάστασης και Αποθεραπείας «Διάπλαση» Καλαμάτας κ. Τασιόπουλο Ιωάννη και κ. Τζωρτζάκη Βασίλειο καθώς και τους γενικούς διευθυντές της επιχείρησης κ. Βιρβίλη Χρήστο και κ. Μάτσια Δημήτριο που μου επέτρεψαν να διεξάγω την έρευνα στο συγκεκριμένο Κέντρο.

Θέλω να ευχαριστήσω, επίσης, τη φυσίατρο κ. Καραβασίλη Αλεξάνδρα, τον επιστημονικό διευθυντή και φυσίατρο κ. Καρτσιωνάκη Βασίλειο, τη λογοθεραπεύτρια κ. Τραχανά Έλενα και όλο το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό για τη βοήθεια που μου παρείχαν σ' όλη τη διάρκεια της ερευνητικής διαδικασίας.

Θέλω να ευχαριστήσω τους γονείς μου Αποστολόπουλο Τάσο και Κωστούρου-Αποστολοπούλου Στέλλα καθώς και τον αδερφό μου Αποστολόπουλο Νίκο για την αμέριστη στήριξή τους στην ερευνητική δουλειά μου και όχι μόνο.

Τέλος, θέλω να ευχαριστήσω τους ογδόντα ασθενείς μετά από Α.Ε.Ε. που αποδέχθηκαν να συμμετάσχουν στην έρευνα και παρά τα πολλά προβλήματα που αντιμετώπιζαν, πρόθυμα συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια.

Περίληψη

Εισαγωγή: Η ποιότητα ζωής των ασθενών που υπέστησαν Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο (Α.Ε.Ε.) παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον, αφού τόσο οι ίδιοι όσο και το οικογενειακό τους περιβάλλον βιώνουν την πολυπλοκότητα του προβλήματος στο επίπεδο της σωματικής υγείας, στο συναισθηματικό και ψυχικό τομέα, στο επαγγελματικό και κοινωνικό περιβάλλον καθώς και στον οικονομικό τομέα.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας διατριβής είναι η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των ασθενών που υπέστησαν Α.Ε.Ε. με την αποτύπωση των επιμέρους τομέων της ποιότητας ζωής που βλάπτονται περισσότερο. Εξετάστηκαν παράγοντες της σωματικής, ψυχικής και συναισθηματικής λειτουργίας ώστε να εκτιμηθεί η ποιότητα ζωής τους, συσχετίστηκαν ο ισχαιμικός και ο αιμορραγικός τύπος για να εξακριβωθεί αν κάποιος από τους δυο τύπους επιδρά περισσότερο και τέλος ερευνήθηκε αν υπάρχει διαφορά στην ποιότητα ζωής των ασθενών που νοσηλεύτηκαν και εντός του Κέντρου Αποκατάστασης και Αποθεραπείας απ' αυτούς που ήταν μόνο εξωτερικοί ασθενείς.

Μεθοδολογία: Η έρευνα διεξήχθη στο Κέντρο Αποκατάστασης και Αποθεραπείας «Διάπλαση» Καλαμάτας από το Νοέμβριο 2014 έως τον Μάρτιο 2015. Χρησιμοποιήθηκαν τα ερωτηματολόγια: Επισκόπηση Υγείας SF-36 και Stroke-Specific Quality of Life Scale (SS-QOL). Το δείγμα αποτέλεσαν 80 ασθενείς μετά από Α.Ε.Ε. από τους οποίους το 56,2% ήταν άνδρες και το 43,8% γυναίκες.

Αποτελέσματα: Με βάση το ερωτηματολόγιο SF-36 διαπιστώσαμε ότι η μέση τιμή ήταν ίση με 34,07 υποδεικνύοντας μία συνολικά κακή κατάσταση της υγείας των ασθενών. Διαχωρίζοντας τους ασθενείς ανάμεσα σε αυτούς που υπέστησαν αιμορραγικό ή ισχαιμικό Α.Ε.Ε., διαπιστώσαμε ότι η μέση τιμή ήταν ίση με 38,08 και 36,07 αντίστοιχα. Στην περίπτωση και εσωτερικής νοσηλείας ή μόνο εξωτερικής, η μέση τιμή διαμορφώθηκε στο 3,08 και 3,01 αντίστοιχα. Γενικά, η εμφάνιση του Α.Ε.Ε. ανεξάρτητα από τον τύπο του, επηρεάζει τους διάφορους τομείς της φυσικής κατάστασης της υγείας των ασθενών. Στην περίπτωση της ψυχικής υγείας, η μέση βαθμολογία έδειξε μία μέτρια προς το χειρότερο κατάσταση της συνολικής ψυχικής υγείας των ασθενών. Επίσης, επιβεβαιώθηκαν τα στοιχεία στον διαχωρισμό ισχαιμικού και αιμορραγικού Α.Ε.Ε. καθώς και στον διαχωρισμό ανάμεσα σε αυτούς

που είχαν και εσωτερική νοσηλεία και σε αυτούς που είχαν μόνο εξωτερική. Η συνολική βαθμολογία της κλίμακας SS-QOL ήταν ίση με 3,06 δείχνοντας σημαντική μείωση της ποιότητας ζωής μετά την εμφάνιση Α.Ε.Ε. Στον διαχωρισμό ισχαιμικού και αιμορραγικού Α.Ε.Ε., διαπιστώσαμε ότι η υγεία αυτών που παρουσίασαν ισχαιμικό χειροτέρευσε περισσότερο. Συνολικά διαπιστώσαμε ότι όλοι οι παράγοντες επηρεάζουν σε μέτριο βαθμό τη συνολική ποιότητα ζωής των ασθενών ενώ περισσότερο επηρεάζουν αρνητικά την κοινωνική ζωή, την ενέργεια και την εργασία.

Συμπεράσματα: Η έρευνα έδειξε ότι οι άντρες προσβάλλονται συχνότερα από Α.Ε.Ε. έναντι των γυναικών και ότι η εμφάνιση του Α.Ε.Ε. συμβάλλει σε μεγάλο βαθμό στην επιδείνωση των βασικών σωματικών, συναισθηματικών και ψυχολογικών λειτουργιών. Το ισχαιμικό Α.Ε.Ε. είναι εκείνο που επιφέρει μεγαλύτερη επιδείνωση της ποιότητας ζωής και ότι η επιδείνωση συσχετίζεται πιο πολύ με την ενέργεια και κοινωνική ζωή των ασθενών.

Λέξεις κλειδιά: ποιότητα ζωής, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, ισχαιμικό επεισόδιο, αιμορραγικό επεισόδιο.

Summary

Introduction: Patients' quality of life who have undergone stroke accident is particularly interesting, since both they and their families experience the complexity of the problem at the level of physical health, in the emotional and psychic field, as well as in their professional and social environment and in the economic sector.

Purpose: The purpose of this study is to evaluate the quality of life of patients who have undergone stroke accident, surveying the quality of life in distinct sectors that have been afflicted the most. Factors of physical, mental and emotional functioning have been examined in order to assess their quality of life, the ischemic and hemorrhagic types were correlated to determine whether one of the two types has more repercussions, and finally, it was investigated whether there is a difference in the quality of life of patients that were hospitalized in a Rehabilitation and Recovery Centre and those who were solely outpatients.

Material and Methods: The research was conducted at the Rehabilitation and Recovery Centre "Diaplasia" in Kalamata, from November 2014 to March 2015. The questionnaires which were employed are the SF-36 Health Overview and the Stroke-Specific Quality of Life Scale (SS-QOL). The sample consisted of 80 patients who were afflicted with stroke accident of whom 56.2% were males and 43.8% females.

Results: Based on the SF-36 questionnaire, it was found that the average score was equal to 34.07, indicating an overall poor health of patients. By distinguishing patients among those who have suffered an ischemic or hemorrhagic stroke accident, we found that the average score was equal to 38.08 and 36.07 respectively. In the cases of inpatients and those who were only outpatients, the average score was 3.08 and 3.01 respectively. Also, the appearance of stroke accident, regardless of its type, affected the various sectors of health fitness of patients. In the case of mental health, the average score showed a moderate towards the worse state of patients' total mental health. The data concerning the segregation of ischemic and hemorrhagic stroke accident were also confirmed, as well as those related to the segregation between those who had indoor treatment too and those who had only external. The overall rating of the SS-QOL scale was equal to 3.06, indicating a significant decline in the quality of life following the occurrence of stroke accident. Sorting ischemic and

hemorrhagic stroke accident, we found that the health of those who had experienced ischemic stroke accident deteriorated more. In the aggregate, we found that all factors affect to some degree the overall quality of life of patients, affecting more adversely their social life, energy and labor.

Conclusions: The study showed that men are more frequently affected by stroke accident against women and that the appearance of stroke accident contributes greatly to the deterioration of basic physical, emotional and psychological functions. The ischemic stroke accident triggers greater deterioration of quality of life, while this deterioration is associated more with energy and social life of patients.

Keywords: quality of life, stroke, ischemic stroke, hemorrhagic stroke.

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1: Θάνατοι από νοσήματα του κυκλοφοριακού συστήματος συμπεριλαμβανομένων των Α.Ε.Ε. 1938-2013.....	σ. 37
Πίνακας 2: Θάνατοι από Α.Ε.Ε. 2000-2013.....	σ.37
Πίνακας 3: Περιγραφικά στατιστικά της κλίμακας SF-36	σ. 48
Πίνακας 4: Περιγραφικά στατιστικά της κλίμακας SS-QOL	σ. 49
Πίνακας 5: Περιγραφικά στατιστικά της κλίμακας SF-36 ανά υποομάδα	σ. 51
Πίνακας 6: Περιγραφικά στατιστικά της κλίμακας SS-QOL	σ. 52
Πίνακας 7 α,β: Συντελεστής συσχέτισης κατά Pearson των δώδεκα διαστάσεων του SS-QOL με τις οκτώ διαστάσεις του SF-36.....	σ. 54
Πίνακας 8: Εξαρτημένη μεταβλητή: Ενέργεια	σ. 59
Πίνακας 9: Εξαρτημένη μεταβλητή: Οικογενειακή ζωή	σ. 60
Πίνακας 10: Εξαρτημένη μεταβλητή: Γλώσσα	σ. 61
Πίνακας 11: Εξαρτημένη μεταβλητή: Κινητικότητα	σ. 62
Πίνακας 12: Εξαρτημένη μεταβλητή: Διάθεση	σ. 63
Πίνακας 13: Εξαρτημένη μεταβλητή: Προσωπικότητα	σ. 64
Πίνακας 14: Εξαρτημένη μεταβλητή: Φροντίδα του εαυτού	σ. 65
Πίνακας 15: Εξαρτημένη μεταβλητή: Κοινωνική ζωή	σ. 66
Πίνακας 16: Εξαρτημένη μεταβλητή: Σκέψη	σ. 67
Πίνακας 17: Εξαρτημένη μεταβλητή: Λειτουργία άνω άκρων	σ. 68
Πίνακας 18: Εξαρτημένη μεταβλητή: Όραση	σ. 69
Πίνακας 19: Εξαρτημένη μεταβλητή: Παραγωγικότητα	σ. 70

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1 Εισαγωγή

Τα Αγγειακά Εγκεφαλικά Επεισόδια (Α.Ε.Ε.) σε παγκόσμια κλίμακα, αποτελούν σήμερα ιεραρχικά, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, την πρώτη αιτία αναπηρίας (W.H.O. Report 2004). Τα επιδημιολογικά δεδομένα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας αποτυπώνουν μια ζοφερή εικόνα αφού κάθε χρόνο 15 εκατομμύρια άνθρωποι στον κόσμο θα υποστούν Α.Ε.Ε. και απ' αυτούς τα 6 εκατομμύρια θα πεθάνουν εντός του επόμενου έτους (W.H.O. Report 2004). Την ίδια εικόνα κατ' αναλογία παρουσιάζουν και οι επιδημιολογικές μελέτες που έχουν γίνει για τον πληθυσμό του ευρισκόμενου στον ελληνικό χώρο (Vadikolias et al., 2009, Vemmos et al., 2000). Βέβαια, οι ασθενείς με Α.Ε.Ε. διαφέρουν ως προς τη βαρύτητα του επεισοδίου, τις επιπλοκές του και την ηλικία του πάσχοντος.

Θέλοντας να συνεισφέρουμε ερευνητικά και στο πλαίσιο της μεταπτυχιακής διατριβής μας, στην αποτύπωση της ποιότητας της ζωής αυτών των ανθρώπων, προχωρήσαμε σε αυτή την εμπειρική έρευνα που διεξήχθη στο Κέντρο Αποκατάστασης και Αποθεραπείας «Διάπλαση» Καλαμάτας, το οποίο αποδέχτηκε σχετικό μας αίτημα. Το Κέντρο Αποκατάστασης και Αποθεραπείας «Διάπλαση» Καλαμάτας είναι ένα από τα μεγαλύτερα της Πελοποννήσου. Καλύπτει τις ανάγκες των ασθενών της Μεσσηνίας και των όμορων νομών και δέχεται ασθενείς και από το εξωτερικό, που χρήζουν αποθεραπεία και αποκατάσταση. Ένα μεγάλο μέρος των ασθενών που φιλοξενεί είναι ασθενείς με Α.Ε.Ε. όλων των τύπων.

Τα προβλήματα και οι δυσκολίες που συναντήσαμε στο στάδιο της συγκέντρωσης των απαραίτητων στοιχείων ήταν πάρα πολλά τα οποία με επιμονή και υπομονή ξεπεράσαμε. Τα περισσότερα των προβλημάτων εντοπίστηκαν στη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων γιατί μεγάλος αριθμός ασθενών με Α.Ε.Ε. δεν είχε επικοινωνία με το περιβάλλον ή δυσκολευόταν να μιλήσει.

Το πρώτο μέρος της παρούσας μεταπτυχιακής εργασίας πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφικά και το δεύτερο μέρος, που είναι το ερευνητικό τμήμα της εργασίας, πραγματοποιήθηκε με τα ερωτηματολόγια, Επισκόπηση Υγείας SF-36 και Stroke-Specific Quality of Life Scale (SS-QOL), που συμπλήρωσαν ογδόντα ασθενείς του Κέντρου Αποκατάστασης και Αποθεραπείας «Διάπλαση» Καλαμάτας, από το Νοέμβριο 2014 έως το Μάρτιο 2015.

1.2 Καταγραφή προβλήματος

Σ' όλο τον αναπτυγμένο και αναπτυσσόμενο κόσμο η ποιότητα ζωής των ασθενών που υπέστησαν Α.Ε.Ε. έχει λάβει ιδιαίτερο ενδιαφέρον και ιδιαίτερη προσοχή (Hachinski, 1999) κι αυτό γιατί τόσο οι ίδιοι οι ασθενείς με Α.Ε.Ε. όσο και οι οικογένειές τους βιώνουν πολύπλοκα το πρόβλημα του Α.Ε.Ε., στο επίπεδο της σωματικής υγείας και της προσπάθειας αποκατάστασης, στον συναισθηματικό και ψυχικό τομέα, στο επαγγελματικό και κοινωνικό περιβάλλον αλλά και στον οικονομικό τομέα αφού το κόστος για τον ίδιο τον ασθενή είναι μεγάλο, όπως μεγάλο είναι και για το σύστημα υγείας (Γιολδάσης, 2008).

Στην Ελλάδα τα ερευνητικά και επιδημιολογικά στοιχεία για τα Α.Ε.Ε. είναι περιορισμένα. Η καταγραφή και η αποτύπωσή τους γίνεται επί το πλείστον με εκτιμήσεις και ταυτόχρονα το πεδίο έρευνας για την ποιότητα ζωής των ασθενών μετά από Α.Ε.Ε. είναι στην αφηρησιά του αφού μια μόνο εμπειρική έρευνα έχει πραγματοποιηθεί για το θέμα αυτό, το 2011, στο ειδικό εξωτερικό ιατρείο Α.Ε.Ε. της Νευρολογικής Κλινικής του Δημοκρίτειου Νοσοκομείου Θράκης (Τσιβγούλης, 2011).

Με βάση τα παραπάνω προχωρήσαμε στην έρευνα για την ποιότητα της ζωής των ασθενών με Α.Ε.Ε. στο Κέντρο Αποκατάστασης και Αποθεραπείας «Διάπλαση» Καλαμάτας επιλέγοντας να ασχοληθούμε και με τα ισχαιμικού τύπου Α.Ε.Ε. και με τα αιμορραγικού τύπου Α.Ε.Ε. Επίσης, αναζητήσαμε ερωτηματολόγια που έχουν λάβει υπόψη τους την εγκυρότητα, την αξιοπιστία, την καταλληλότητα, την ανταπόκριση σε αλλαγές (ευαισθησία), την ευκολία στη μέτρηση και τη χρησιμότητα-ερμηνεία. Λάβαμε υπόψη μας, ότι τα ερωτηματολόγια είναι γενικής και ειδικής κλίμακας μέτρησης της ποιότητας ζωής των ασθενών και ότι οι γενικοί

δείκτες χρησιμοποιούνται επί το πλείστον σε γενικότερα ζητήματα υγείας του ανθρώπου και ότι τα ειδικά εργαλεία μέτρησης χρησιμοποιούνται επί το πλείστον στη μέτρηση της ποιότητας ζωής των ασθενών που πάσχουν από μια συγκεκριμένη ασθένεια. Αυτό μας οδήγησε να χρησιμοποιήσουμε ταυτόχρονα δυο διαφορετικών τύπων ερωτηματολόγια. Τα ερωτηματολόγια: Επισκόπηση Υγείας SF-36 και Stroke-Specific Quality of Life Scale (SS-QOL), κάτι που γίνεται για πρώτη φορά με χρήση συνδυασμού των συγκεκριμένων εργαλείων στη συγκεκριμένη νόσο στην Ελλάδα.

Το πρώτο ερωτηματολόγιο της κλίμακας SF-36 ανήκει στην κατηγορία των γενικών ερωτηματολογίων της σχετιζόμενης με την ποιότητα ζωής. Είναι, παγκοσμίως, από τα πιο γνωστά ψυχομετρικά όργανα (Garratt et al., 2002), έχει μεταφραστεί στα ελληνικά και επίσης, έχει γίνει για την ελληνική έκδοση η εγκυροποίηση και ο υπολογισμός των ομαδικών βαθμολογιών (Παππά και συν., 2006). Περιλαμβάνει 36 περιγραφικές ερωτήσεις στους τομείς της σωματικής λειτουργικότητας, του σωματικού ρόλου, του σωματικού πόνου, της γενικής υγείας, της ζωτικότητας, της κοινωνικής λειτουργικότητας, της συναισθηματικής κατάστασης και της ψυχικής υγείας (Ware, Sherbourne, 1992).

Το δεύτερο ερωτηματολόγιο της ειδικής κλίμακας SS-QOL αναπτύχθηκε τα τελευταία χρόνια από τη Νευρολογική Κλινική του Πανεπιστημίου Indiana των Η.Π.Α., έχει σταθμιστεί και μελετηθεί εκτεταμένα σε διάφορες ομάδες με Α.Ε.Ε., επιδεικνύοντας υψηλό βαθμό εσωτερικής και εξωτερικής αξιοπιστίας τόσο στην Αμερική όσο και στην Ευρώπη. Αποτελείται από 49 ερωτήσεις που εκτιμούν την ποιότητα ζωής στους παρακάτω δώδεκα τομείς: Ενέργεια, Οικογενειακή Ζωή, Γλώσσα, Κινητικότητα, Διάθεση, Προσωπικότητα, Φροντίδα του εαυτού, Κοινωνική Ζωή, Σκέψη, Λειτουργία άνω άκρων, Όραση, Εργασία/Παραγωγικότητα.

1.3 Σημασία και αναγκαιότητα της μελέτης

Επιλέξαμε την περίπτωση των ασθενών με Α.Ε.Ε. γιατί τα Α.Ε.Ε. σε παγκόσμια κλίμακα, αποτελούν σήμερα ιεραρχικά, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, την πρώτη αιτία αναπηρίας (W.H.O. Report 2004). Ενώ σε παγκόσμιο επίπεδο υπάρχουν σημαντικές εμπειρικές έρευνες που αφορούν την ποιότητα ζωής των ασθενών μετά από Α.Ε.Ε. συμβάλλοντας με την καταγραφή και αποτύπωση των αποτελεσμάτων στην ανάπτυξη θεραπευτικών μεθόδων, οικονομικών αναλύσεων και

χάραξης πολιτικών στον τομέα της υγείας, στην Ελλάδα οι εμπειρικές έρευνες με αυτή τη θεματολογία βρίσκονται ακόμη στην ερευνητική αφετηρία.

Ελπίζοντας ότι θα συμβάλλουμε, ώστε και στην Ελλάδα να υπάρχουν αξιόλογες εμπειρικές έρευνες για την ποιότητα της ζωής αυτών των ανθρώπων, προχωρήσαμε σ' αυτή την εμπειρική έρευνα που διεξήχθη στο Κέντρο Αποκατάστασης και Αποθεραπείας «Διάπλαση» Καλαμάτας, το οποίο αποδέχτηκε σχετικό μας αίτημα.

1.4 Σκοποί και στόχοι

Σκοπός της μεταπτυχιακής διατριβής ήταν η εκτίμηση της ποιότητας ζωής των ασθενών μετά από Α.Ε.Ε. με την αποτύπωση των επιμέρους τομέων της ποιότητας ζωής που βλάπτονται περισσότερο από ένα Α.Ε.Ε.

Χρησιμοποιήσαμε ένα ερωτηματολόγιο της κατηγορίας των γενικών ερωτηματολογίων της σχετιζόμενης με την ποιότητα ζωής ασθενών (SF-36) και ένα ερωτηματολόγιο ειδικής κλίμακας (SS-QOL) προκειμένου να εξεταστεί το σύνολο των παραγόντων που διαμορφώνουν την ποιότητα ζωής ενός ατόμου που υπέστη Α.Ε.Ε.

Κινηθήκαμε με βάση τους στόχους:

- i. Να εξεταστούν οι παράγοντες της σωματικής, κοινωνικής, ψυχικής και συναισθηματικής λειτουργίας των ασθενών που υπέστησαν Α.Ε.Ε. ώστε να εκτιμηθεί η ποιότητα ζωής τους. Εξετάστηκαν παράγοντες όπως: το φύλο, η ηλικία, η οικογενειακή ζωή, η κινητικότητα, η διάθεση, η προσωπικότητα, η φροντίδα του εαυτού τους, η κοινωνική τους ζωή, η εργασία, η σεξουαλική ικανότητα, το μορφωτικό επίπεδο, ο συναισθηματικός κόσμος τους, η καθημερινή τους λειτουργία κ.ά.
- ii. Να εξεταστούν οι δυο τύποι Α.Ε.Ε., ισχαιμικός και αιμορραγικός τύπος, για να εξακριβωθεί αν κάποια από τις δυο μορφές Α.Ε.Ε. επιδρά περισσότερο στην ποιότητα ζωής του ασθενή κι αν ναι, ποιες αιτίες διαμορφώνουν αυτή την κατάσταση.

- iii. Να αποτυπωθεί αν υπάρχει διαφορά στην ποιότητα ζωής των ασθενών με Α.Ε.Ε. που νοσηλεύτηκαν και εντός του Κέντρου Αποκατάστασης και Αποθεραπείας «Διάπλαση» Καλαμάτας με τους εξωτερικούς ασθενείς με Α.Ε.Ε. του ίδιου κέντρου.
- iv. Να συγκριθούν τα ευρήματα της έρευνάς μας με τα ευρήματα άλλων αντίστοιχων ερευνών εντός και εκτός Ελλάδας.

1.5 Διασαφηνίσεις-προσδιορισμός και διατύπωση των κεντρικών εννοιών

Για τις έννοιες *Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο* και *Ποιότητα Ζωής* θα γίνει ιδιαίτερη αναφορά στην εννοιολογική και θεωρητική προσέγγιση των Α.Ε.Ε. και της ποιότητας ζωής στο δεύτερο μέρος γι' αυτό εδώ δε θα αναφερθούμε σε αυτές τις δυο κεντρικές έννοιες και θα προχωρήσουμε στη διασαφήνιση-προσδιορισμό και διατύπωση των υπόλοιπων εννοιών: *Επιδημιολογία*, *Επίπτωση*, *Επιπολασμός*, *Θνησιμότητα*, *Κλινική πορεία*, *Ισχαιμικού και αιμορραγικού τύπου Α.Ε.Ε.*

- i. *Επιδημιολογία (Epidemiology)*: Σύμφωνα με την Ελληνική Εταιρεία Αθηροσκλήρωσης (2015), επιδημιολογία είναι «η μελέτη της κατανομής και εξέλιξης διαφόρων νοσημάτων στον πληθυσμό (περιγραφική επιδημιολογία) και των παραγόντων που τις διαμορφώνουν ή μπορούν να τις επηρεάσουν (αναλυτική επιδημιολογία). Στη συγκεκριμένη περίπτωση των Α.Ε.Ε. είναι η μελέτη της ιστορίας των Α.Ε.Ε. ως ξεχωριστή οντότητα, προσδιορίζοντας τη συχνότητα, τις αιτίες, τον επιπολασμό και την πρόγνωση (Γιολδάσης, 2008).
- ii. *Επίπτωση (Incidence Rate)*: Σύμφωνα με τον Μυγδάλη (2012), η επίπτωση «εκφράζει τη συχνότητα με την οποία εμφανίζεται ένα γεγονός (διάγνωση νόσου, ορομετατροπή κ.τ.λ.) σε μια χρονική περίοδο ορισμένης διάρκειας». Στη συγκεκριμένη περίπτωση των Α.Ε.Ε. είναι ο αριθμός των νέων περιστατικών Α.Ε.Ε. που εμφανίστηκαν μέσα σε ένα χρόνο ανά 100.000 κατοίκους (Aho, et al., 1980).
- iii. *Επιπολασμός (Prevalence Rate)*: Σύμφωνα με τους Πετρίδου και συν., (2007) ο «επιπολασμός παρέχει τη συχνότητα μιας κατάστασης (όπως νόσημα, παθολογικό

χαρακτηριστικό, αναπηρία, νοσηλεία σε νοσοκομείο) σε μια ορισμένη χρονική στιγμή». Στη συγκεκριμένη περίπτωση των Α.Ε.Ε. είναι το μέγεθος του πληθυσμού των ατόμων με Α.Ε.Ε. ανά 100.000 κατοίκους που είναι εν ζωή τη στιγμή που γίνεται η αναφορά (Kurtzke, 1981, Robins, Bauman, 1981).

- iv. Κλινική πορεία: Είναι ο παθοφυσιολογικός μηχανισμός της ανάρρωσης μετά από Α.Ε.Ε. και διακρίνεται στην οξεία φάση του και στη χρόνια φάση του (Rossini et al., 2003, Nudo et al., 2001, Liepert et al., 2000).*
- v. Θνησιμότητα (Mortality): Σύμφωνα με τους Πετρίδου και συν., (2007), η θνησιμότητα «είναι η συχνότητα του θανάτου ατόμων γενικού πληθυσμού από ένα νόσημα κατά τη διάρκεια μιας ορισμένης χρονικής περιόδου, συνήθως ενός έτους». Στη συγκεκριμένη περίπτωση των Α.Ε.Ε. η θνησιμότητα υπολογίζεται από τον αριθμό των ατόμων που απεβίωσαν λόγω των συνεπειών του Α.Ε.Ε. εντός ενός έτους ανά 100.000 κατοίκους (Γιορδάσης, 2008).*
- vi. Ισχαιμικός και αιμορραγικός τύπος Α.Ε.Ε.: Όταν πρόκειται για διαταραχή στην αιμάτωση του εγκεφάλου έχοντας αιτία την απόφραξη αγγείου με αποτέλεσμα τη μείωση του προσφερόμενου οξυγόνου και γλυκόζης στον εγκέφαλο λέμε ότι έχουμε ισχαιμικού τύπου Α.Ε.Ε. (Αντωνακούδης και συν., 2004). Όταν πρόκειται για τη ρήξη αιμοφόρου αγγείου με αποτέλεσμα την εξαγγείωση αίματος και νέκρωση του εγκεφαλικού ιστού λέμε ότι έχουμε αιμορραγικού τύπου Α.Ε.Ε. (Μιλέσης, 2003).*

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

2.1. Εισαγωγή

Κύρια αιτία μακροπρόθεσμης αναπηρίας με ατομικές, κοινωνικές και οικονομικές επιβαρύνσεις είναι το Α.Ε.Ε. (Kauhanen, 1999, Tuomilehto, et al., 1996). Τα άτομα με Α.Ε.Ε., οι οικογένειές τους καθώς και αυτοί που τους φροντίζουν αντιμετωπίζουν μια σειρά από περιορισμούς που δυσχεραίνουν την ποιότητα ζωής τους (Guidetti, 2014). Το γεγονός αυτό δημιουργεί την ανάγκη διερεύνησης του πώς το άτομο με Α.Ε.Ε. αντιλαμβάνεται το πρόβλημα και πόσο αυτό επηρεάζει τη ζωή του.

Μέχρι στις αρχές της δεκαετίας του 1980 οι περισσότερες έρευνες για τα Α.Ε.Ε. επικέντρωναν το ενδιαφέρον τους στην επιδημιολογία των ασθενών με Α.Ε.Ε. που υποτροπιάζαν καθώς και στη θνησιμότητα από Α.Ε.Ε. (Min Lai, 1995). Μετά το 1980 έχουμε την αυξανόμενη προσοχή των ερευνητών για την ποιότητα των ασθενών που έπασχαν από διάφορες ασθένειες μεταξύ των οποίων και των ασθενών με Α.Ε.Ε. (Hachinski, 1999). Το Α.Ε.Ε. μπορεί να προκαλέσει μόνιμη σωματική, ψυχολογική και κοινωνική αναπηρία (Din, 2008, Min Lai, 2003), γι' αυτό και θα έπρεπε να είναι στο ερευνητικό επίκεντρο και στην Ελλάδα, κάτι τέτοιο, όμως, δε συμβαίνει και το ερευνητικό ενδιαφέρον βρίσκεται ακόμη στην αφετηρία.

2.2. Ιστορική αναδρομή

Εξετάστηκε η ιστορική εξέλιξη στη διάγνωση και θεραπεία των Α.Ε.Ε. καθώς και η ιστορική προσέγγιση της ποιότητας ζωής.

2.2.1. Ιστορική εξέλιξη στη διάγνωση και θεραπεία των Α.Ε.Ε.

Τα Α.Ε.Ε., αναγνωρισμένα ως νευρολογική οντότητα, απασχόλησαν τον άνθρωπο από την αρχαιότητα ακόμη (Αρτεμης, Μάλετιτς-Αποστολίδη, 2012). Στον χειρουργικό πάπυρο του Edwin Smith, που γράφτηκε το 1700 π.Χ. έχουμε περιγραφή

του εγκεφάλου και εντοπισμό βλαβών του (Feldman, Goodrich, 1999). Σε έναν δεύτερο πάπυρο, του Ebers, που χρονολογείται ότι γράφτηκε το 1555 π.Χ. περιγράφονται ασθένειες του εγκεφάλου όπως η άνοια και η κατάθλιψη (Finger, 2000). Σύμφωνα με τους Παναγή και Δαφέρμο (2008), οι πάπυροι αυτοί δεν είναι τα μοναδικά ιατρικά κείμενα της αρχαίας Αιγύπτου.

Ο Ιπποκράτης χρησιμοποιεί στο έργο του «*Αφορισμοί*» τον όρο «*αποπληξία*» για να προσδιορίσει αυτό που σήμερα ονομάζουμε Α.Ε.Ε. (Clark, 1963). Περιέγραψε τα αγγεία του εγκεφάλου και μίλησε για δυο αρτηρίες που αν πιεστούν για χρονικό διάστημα προκαλούν ύπνο. Σ' αυτόν οφείλεται και η λέξη «*καρωτίδα*» (καρόω=κοιμάμαι βαθιά). Θεωρούσε τις αιμοδιές και την παράλυση ως συμπτώματα που οδηγούν στην αποπληξία (Καραδήμα, 2007) και επισήμανε ότι οι ηλικίες μεταξύ 40 και 50 ετών είναι επιρρεπείς στην αποπληξία (Fields, Lemak, 1989). Ο Ιπποκράτης με τις απόψεις του για τη λειτουργία του εγκεφάλου και τις παθήσεις του ήρθε σε πλήρη αντίθεση με την επικρατούσα άποψη που πίστευε ότι η καρδιά ήταν το κέντρο της νόησης και των συναισθημάτων (Παναγής, Δαφέρμος, 2008).

Την αλεξανδρινή περίοδο ο Ηρόφιλος ο Χαλκιδόνιος, που σήμερα θεωρείται πατέρας της ανατομικής (Leon, Glenn, 1998), ασχολήθηκε συστηματικά με τον εγκέφαλο, τη λειτουργία του και τις παθήσεις του προχωρώντας σε ιατρικές έρευνες σε πτώματα στην πόλη της Αλεξάνδρειας (Acar, et al., 2005). Την ίδια περίοδο με τον εγκέφαλο και τις παθήσεις του ασχολήθηκε και ο Ερασίστρατος ο Κείος (Ackerknecht, 1998).

Την περίοδο του ελληνορωμαϊκού κόσμου ο Κλαύδιος Γαληνός συνέχισε τις έρευνες του Ηρόφιλου για την ανατομία του εγκεφάλου και τις βλάβες του (Singer, 2003) πραγματοποιώντας πειραματικές βλάβες σε ζώα (Gross, 1998). Τις απόψεις του Γαληνού για τον εγκέφαλο και τις βλάβες του κατέρριψε, την περίοδο της Αναγέννησης, ο ανατόμος Andreas Vesalius (Finger, 1994), μέσα από το έργο του *De Humani Corporis Fabrica* (Αρτεμης, Μάλετιτς-Αποστολίδη, 2012), κάνοντας παρατηρήσεις σε πειραματόζωα (Nuland, 1988).

Τον 17^ο αιώνα, ο Ελβετός παθολόγος και φαρμακολόγος Johann Jakob Wepfer, μέσα από το έργο του για την αγγειακή εγκεφαλική νόσο, θεμελιώνει την άποψη ότι η είσοδος του αίματος στον εγκέφαλο είναι η βασική αιτία δημιουργίας αποπληξίας (James, 1990). Την ίδια περίοδο ο Άγγλος γιατρός Thomas Willis μέσα από το έργο

του *Pathologicae cerebri, et nervosi generis specimen* αναγνωρίζει τα παροδικά ισχαιμικά επεισόδια (Toole, 1991). Είναι ο πρώτος που χρησιμοποιεί τον όρο «νευρολογία». Τέλος, ο Άγγλος γιατρός William Harvey συμβάλλει σημαντικά στην έρευνα για την ανατομία και τη φυσιολογία του εγκεφάλου (Λάππας, 2002).

Τον 18^ο αιώνα ο Ιταλός ανατόμος και καθηγητής στο πανεπιστήμιο της Πάδοβας Giovanni Battista Morgagni ασχολήθηκε με την αιτιοπαθογένεια των Α.Ε.Ε. Ισχυρίστηκε στο έργο του, μεταξύ των άλλων, ότι η παράλυση της αριστερής πλευράς του ατόμου συνάδει βλάβη της δεξιάς πλευράς του εγκεφάλου και το αντίθετο, βλάβη της αριστερής πλευράς του εγκεφάλου δημιουργεί παράλυση της δεξιάς πλευράς του ατόμου (Άρτεμης, Μάλετιτς-Αποστολίδη, 2012). Ο Γάλλος στρατιωτικός χειρουργός Pourfour du Petit είναι από τους πρώτους που μελέτησε ασθενή με εγκεφαλικό απόστημα και ημιπληγία (Finger, 1994). Τον αιώνα αυτό σημαντικό ήταν το έργο που έγινε από τον Σουηδό Emanuel Swedenborg για τη μελέτη του εγκεφάλου (Finger, 2000).

Από τις αρχές του 19^{ου} αιώνα παρατηρείται προσέλευση ερευνητών στη μελέτη των εγκεφαλικών ημισφαιρίων και στις βλάβες του εγκεφάλου. Σ' αυτό βοήθησε και η μικροσκοπία που έδωσε τη δυνατότητα ακριβέστερων εξετάσεων. Πρώτος ο Πρώσος γιατρός και ανθρωπολόγος, καθηγητής στο Wurzburg και αργότερα στο Βερολίνο, Rudolf Virchow, υποστήριξε ότι οι βλάβες των εγκεφαλικών αρτηριών προκαλούν ισχαιμικά επεισόδια, όπως εξίσου ισχαιμικά επεισόδια προκαλούν θρόμβοι αίματος της καρδιάς (Gijn van, 1992). Δημοσίευσε τριάντα πέντε εργασίες, σημαντική από τις οποίες είναι η μελέτη για τις εγκεφαλικές αιμορραγίες. Το 1836, ο Γάλλος νευρολόγος Marc Dax πραγματοποίησε έρευνα πάνω σε σαράντα αφασιακούς ασθενείς που παρουσίαζαν αλλοιώσεις στον αριστερό μετωπιαίο λοβό και θεμελίωσε την άποψη της ασυμμετρίας του εγκεφάλου (Lokhorst, 1996). Επίσης, οι: Emet Aubertin, Jean baptiste Buillaud και Paul Broca θεμελίωσαν τη νευροεπιστημονική αντίληψη για τη λειτουργία του εγκεφάλου (Παναγής, Δαφέρμος, 2008). Σημαντικές υπήρξαν και οι μελέτες του Άγγλου Νομπελίστα Charles Scott Sherrington ο οποίος θεμελίωσε επιστημονικά την αγγειακή εγκεφαλική αυτορύθμιση (Καραδήμα, 2007). Καθοριστικής σημασίας γεγονός τον αιώνα αυτό ήταν η δημοσίευση Ατλάντων Νευροανατομίας για την εγκεφαλική λειτουργία (Caplan, 1993). Μάλιστα στον

Άτλαντα του Hooper το 1828 έχουμε λεπτομερή απεικόνιση των γεφυρικών και άλλων αιμορραγιών (Αρτεμης, Μάλιτις-Αποστολίδη, 2012).

Στον 20^ο αιώνα η διάγνωση και η θεραπεία των εγκεφαλικών επεισοδίων άλλαξε ριζικά και σε αυτό συνετέλεσαν οι ανακαλύψεις: της αγγειογραφίας με πρώτη εφαρμογή της από τον Πορτογάλο Moniz (1927), των υπερήχων στις παθήσεις των αρτηριών από τον Franklin (Franklin, Schlegel, 1961), της αξονικής τομογραφίας από τους Olderdorf Hounsfield (Wolf, 2000), της τομογραφίας εκπομπής ποζιτρονίου από τον νομπελίστα Carl Anderson (Ζογλοπίτου, 2010), της τομογραφίας μαγνητικού συντονισμού από τον Yevgeni Zonovisky στο πανεπιστήμιο Kazan (Τριανταφύλλου, Ρουμπιέ, 2010) και πολλών ακόμη ιατρικών συσκευών που χρησιμοποιούνται πλέον ευρέως και αναίμακτα και δίνουν πλήρη απεικόνιση των εγκεφαλικών εμφράκτων (Gorelick, 1997). Επίσης, συνετέλεσε και η εξέλιξη που επήλθε στις χειρουργικές επεμβάσεις όπως η ενδαρτηρεκτομή που πραγματοποίησε για πρώτη φορά, το 1953, ο Αμερικάνος χειρουργός αγγείων Michael DeBakey (Αρτεμης, Μάλιτις-Αποστολίδη, 2012), η είσοδος καθετήρων σε αγγεία για αντιμετώπιση στενώσεων, αρτηριοφλεβικών δυσπλασιών και αφαίρεση θρόμβων (Hussain et al. 2012), η αγγειοπλαστική των καρωτίδων με τοποθέτηση, το 1980, από τον Kerber, για πρώτη φορά, stent (Kerber et. al. 1980) και πολλών ακόμη. Τέλος, συνετέλεσε και η ανακάλυψη διαφόρων φαρμακευτικών συσκευασμάτων όπως των αντιπηκτικών για τη θεραπεία των καρδιαβολικών που εισήγαγαν οι Millikan, Siekert και Whismant (1958), η χορήγηση ασπιρίνης στους ασθενείς με ισχαιμικό (Harrison, et al., (1971), η ενδοφλέβια χορήγηση θρομβολυτικών φαρμάκων (von Kummer, Hacke, 1992) και πολλών ακόμη.

Στα πρώτα 15 χρόνια του 21^{ου} αιώνα έχουμε τη μηχανική θρομβεκτομή για οξύ ισχαιμικό Α.Ε.Ε. χρησιμοποιώντας retriever MERCI και penumbra aspiration σύστημα (Shi, et. al., 2010), καθώς και σύστημα Penumbra που παρέχει τη δυνατότητα εξόρυξης θρόμβου (Hussain, et. al., 2012).

2.2.2. Ιστορική προσέγγιση της ποιότητας ζωής

Τα ζητήματα που σχετίζονται με την ποιότητα ζωής και την ευζωΐα απασχόλησαν διαχρονικά τη διανόηση διαφόρων πολιτισμών (Diener, Suh, 1997). Οι ανατολικοί στοχαστές της αρχαιότητας θεωρούσαν ότι για την πρόοδο της κοινωνίας το άτομο

δεν έπρεπε να εξωτερικεύει τις εσωτερικές του επιθυμίες αλλά οι πόροι να κατανέμονται με δίκαιο τρόπο σ' αυτούς (Diener, Suh, 1997). Ο φιλόσοφος και στοχαστής Αριστοτέλης στο «*Ηθικά Νικομάχεια*» με τον όρο ευδαιμονία που χρησιμοποιεί αποδίδει αυτό που εμείς σήμερα ορίζουμε ποιότητα ζωής, επισημαίνοντας ότι η ευδαιμονία μεταβάλλεται ανάλογα με τις συνθήκες διαβίωσης του ανθρώπου και ταυτόχρονα ο όρος προσδιορίζει διαφορετικά πράγματα για διαφορετικούς ανθρώπους (Fayers, Machin, 2000). Μάλιστα ο Αριστοτέλης χαρακτηρίζει την ευδαιμονία ως το πιο άριστο, το πιο ωραίο και το πιο ευχάριστο αγαθό (Μερκούρης, Αποστολάκης, 2003). Αναφορές για την ποιότητα ζωής έχουμε και στον Πλάτωνα ο οποίος αναφέρει ότι ο Σωκράτης την συνέκρινε με την ποσότητα (Σεργίου, 2014).

Αν και έχουν περάσει τόσοι αιώνες από την περίοδο του Αριστοτέλη μέχρι σήμερα, δεν έχουμε ακόμη καταλήξει σε ένα κοινά αποδεκτό ορισμό της ποιότητας ζωής. Οι διάφοροι επιστήμονες προσεγγίζουν εννοιολογικά την ποιότητα ζωής από την οπτική του επιστημονικού κλάδου που υπηρετούν και το αντικείμενο του ενδιαφέροντός τους (Οικονόμου και συν., 2001). Αυτό έχει την εξήγησή του στο γεγονός ότι η ποιότητα ζωής στον πυρήνα της έχει τον υποκειμενισμό, εύκολα μεταβάλλεται, λαμβάνει διάφορες διαστάσεις και είναι δύσκολη τόσο η ποσοτικοποίησή της όσο και η μέτρησή της (Υφαντόπουλος και συν., 2001). Είναι η προσωπική, υποκειμενική αντίληψη και στάση ζωής που καθορίζει το επίπεδο ικανοποίησης του ίδιου του ατόμου (Σίμογλου, 2006). Η ποιότητα ζωής σημαίνει διαφορετικά πράγματα για διαφορετικούς ανθρώπους και λαμβάνει διαφορετική διάσταση σε διαφορετικές κοινωνίες όπως και διαφορετικά προσεγγίστηκε στο χρόνο από τους ανθρώπους. Μάλιστα, η ποιότητα ζωής ταυτιζόταν και με άλλους όρους όπως τον όρο ευτυχία. Ο διαχωρισμός της ευτυχίας από την ποιότητα ζωής έγινε από τον Show, ο οποίος θεωρούσε ότι η ευτυχία μπορεί να θυσιάσει προκειμένου η ποιότητα ζωής να γίνει ουσιαστικότερη (Fayers, Machin, 2000).

Στον Μεσοπόλεμο που οι προσδοκίες των προοδευμένων κοινωνιών είχαν βασιστεί στην κοινωνική ευημερία που θα ήταν το αποτέλεσμα των δημοκρατικών θεσμών, των οικονομικών βελτιώσεων και της αναπτυξιακής διαδικασίας, η ποιότητα δεν αποτέλεσε ιδιαίτερο όρο έρευνας (Lane, 1994). Τη δεκαετία του 1930, για κάποιες

συγκεκριμένες ασθένειες όπως οι καρδιολογικές, εμφανίστηκαν οι πρώτες μετρήσεις για τη λειτουργικότητα των ασθενών (Ψωμά, Γ., Τζεδάκη, Α., 2008).

Αμέσως μετά τη λήξη του Β΄ Παγκοσμίου πολέμου που αρχίζει η συγκρότηση μιας καταναλωτικής κοινωνίας συναντάμε τους όρους «καλή ζωή» (Fallowfield, 1990), «επίπεδο ζωής» (Γλουστιάνου, 2008), «βιοτικό επίπεδο» και «επίπεδο διαβίωσης» (Σεργίου, 2014). Ο όρος «ποιότητα ζωής» χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά το 1960 από τους οικονομολόγους Ordway και Osbron (Ψωμά, Τζεδάκη, 2008). Η ποιότητα ζωής ως τίτλος πρωτοεμφανίστηκε, το 1975, στη Medline, που είναι η Εθνική Βιβλιοθήκη της Ιατρικής των Η.Π.Α. και που περιέχει αναφορές για τη βιοϊατρική βιβλιογραφία απ' όλο τον κόσμο και εισήχθη στο ιατρικό ευρετήριο το 1977 (Θεοφίλου, 2010). Από τότε πολλοί προσπάθησαν να ορίσουν την ποιότητα ζωής χωρίς να γίνει κατορθωτό να συγκλίνουν σε κοινό ορισμό.

Με το θέμα της ποιότητας ζωής ασχολήθηκαν και ασχολούνται και οι θεσμοί της Ευρωπαϊκής Ένωσης διαμορφώνοντας την ευρωπαϊκή διάσταση για την ποιότητα ζωής. Την περίοδο της γερμανικής Προεδρίας, το 1977, προτάθηκε και στη συνέχεια καθιερώθηκε ο όρος της «κοινωνικής ποιότητας» (Beck, et. al, 2001) θεωρώντας την ποιότητα ζωής βασικό στοιχείο στη διαμόρφωση της ευρωπαϊκής πολιτικής (Υφαντόπουλος, 2007). Μάλιστα συστάθηκε, στη διάρκεια της ολλανδικής Προεδρίας, το 1997, το Ευρωπαϊκό Ίδρυμα για την Κοινωνική Ποιότητα (EFSQ), διάδοχος του οποίου έγινε το 2014 η Διεθνής Ένωση για την Κοινωνική Ποιότητα (IASQ) με βασικό στόχο τη συμβολή των βιώσιμων ανθρώπινων κοινωνιών. Σύμφωνα με την IASQ ως κοινωνική ποιότητα ορίζεται «ο βαθμός στον οποίο οι άνθρωποι είναι σε θέση να συμμετάσχουν σε κοινωνικές σχέσεις κάτω από συνθήκες που ενισχύουν την ευημερία, την ικανότητά τους και τις ατομικές τους δυνατότητες». Η κοινωνική ποιότητα καθορίζεται από τον βαθμό οικονομικής ασφάλειας, από το επίπεδο κοινωνικής ένταξης, από την κοινωνική συνοχή και αλληλεγγύη και από το επίπεδο υγείας των πολιτών (Υφαντόπουλος, 2007).

2.3. Θεωρητικό πλαίσιο

Στην ενότητα αυτή αποτυπώθηκε η εννοιολογική και θεωρητική προσέγγιση των Α.Ε.Ε. καθώς και η εννοιολογική και θεωρητική προσέγγιση της ποιότητας ζωής και στη συνέχεια υπήρξε συσχετισμός της ποιότητας ζωής με τα Α.Ε.Ε.

2.3.1. Εννοιολογική και θεωρητική προσέγγιση των Α.Ε.Ε.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (W.H.O.) ορίζει το Α.Ε.Ε. ως την οξεία (εστιακή ή γενικευμένη) διαταραχή της λειτουργίας του εγκεφάλου που έχει διάρκεια άνω των 24 ωρών ή διακόπτεται από θάνατο μέσα στο 24/ωρο και ως γενεσιουργό αιτία έχει τις αγγειακές βλάβες (W.H.O, 2004). Στον ορισμό του W.H.O. δεν εντάσσονται περιπτώσεις ασθενών με αμφιβληστροειδικό έμφρακτο, ασθενείς με υπεραχνοειδή αιμορραγία που δεν έχει επηρεαστεί το επίπεδο συνείδησης, έχουν πονοκέφαλο χωρίς, όμως, νευρολογική ανωμαλία και ασθενείς με ενδοεγγκεφαλική αιμορραγία ή έμφρακτα που προέρχονται από τραύμα, όγκο ή μόλυνση (Γιολδάσης, 2008). Έχουν καταγραφεί πάνω από 150 αιτίες που μπορούν να προκαλέσουν Α.Ε.Ε., ταυτόχρονα στο 25-39% των Α.Ε.Ε. δε βρίσκεται η αιτία που προκάλεσε τη βλάβη (Amarenco, et al., 2009a). Αυτή είναι και η δυσκολία ταξινόμησης των Α.Ε.Ε. με βάση την αιτία δημιουργίας της βλάβης. Η Μπουτάρη (2013), συγκέντρωσε τις κυριότερες ταξινομήσεις Α.Ε.Ε. που συναντάμε στη διεθνή βιβλιογραφία και που είναι: “Stroke Data Bank Subtype” (Sacco, et al., 1989), “Lausanne Stroke Registry” (Bogousslavsky et al., 1988), “Etude du profil Genetique de l’Infarctus Cerebral (GENIC)”, (Touboul, et al., 2000), Oxfordshire Community Stroke Project Subtype (OCSP), (Lindley, et al., 1993), “Trial of ORG 10172 in Acute Stroke Treatment Subtype (TOAST), (Adams et al., 1993), A-S-C-O., (Amarenco, et al., 2009b).

Η συχνότερη ταξινόμηση των Α.Ε.Ε. είναι αυτή του ισχαιμικού ή αιμορραγικού τύπου και πραγματοποιείται στη βάση της παθογένειας, δηλαδή την προέλευση και τα παθοφυσιολογικά χαρακτηριστικά της εγκεφαλικής βλάβης.

I. *Ισχαιμικού τύπου Α.Ε.Ε.*: Πρόκειται για διαταραχή της αιμάτωσης του εγκεφάλου έχοντας αιτία την απόφραξη αγγείου του αρτηριακού δικτύου (Γιολδάσης, 2008). Έχουμε, δηλαδή τοπική απόφραξη αγγείου που έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση του προσφερόμενου οξυγόνου και γλυκόζης στον εγκέφαλο (Αντωνακούδης, και συν., 2004). Το 80% των Α.Ε.Ε. είναι ισχαιμικού τύπου (Δοκουτσίδου, Αντωνίου, 2009). Με βάση την ταξινόμηση κατά TOAST του ισχαιμικού τύπου Α.Ε.Ε. διακρίνονται σε:

- *Αθηροθρομβωτικά Α.Ε.Ε.*: Τα αθηροθρομβωτικά Α.Ε.Ε. οφείλονται επί το πλείστον στην απόσταση αθηρωματικών πλακών, κυρίως στένωση καρωτίδων

ή σε διαταραχή πηκτικού μηχανισμού, φαινόμενο που παρατηρείται σε νεότερης ηλικίας άτομα (Μυλωνάς, Λογοθέτης, 1996).

- *Καρδιεμβολικά Α.Ε.Ε.*: Τα καρδιεμβολικά Α.Ε.Ε. είναι καρδιακής ή αρτηριακής προέλευσης και έχουν αιφνίδια έναρξη (Τσιβγούλης, 2011).
- *Κενοτοπιώδη Α.Ε.Ε.*: Προέρχεται από βλάβη μικρών αγγείων του δικτύου του εξαγώνου του Willis ή της βασικής αρτηρίας ή της σπονδυλικής αρτηρίας ή κλάδων της μέσης εγκεφαλικής αρτηρίας (Μπουτάρη, 2013). Οφείλεται σε πάθηση των μικροαγγείων λόγω υπέρτασης ή σακχαρώδους διαβήτη (Παπαγεωργίου, 1993).
- *Αγνώστου αιτιολογίας*: Είναι ισχαιμικά Α.Ε.Ε. που δύσκολα μπορούμε να εντοπίσουμε την αιτιολογία τους και το μηχανισμό προέλευσής τους (Carlan, 2000).
- *Διάφορα σπάνια έμφρακτα*: Είναι τα ισχαιμικά Α.Ε.Ε. που χαρακτηρίζονται από σπάνιες αιτίες πρόκλησης όπως ανευρύσματα, δυσπλασίες (αρτιοφλεβώδεις ή ινομυώδεις), νοσήματα κολλαγόνου κ.ά., (Μπουτάρη, 2013).

Τα ισχαιμικού τύπου Α.Ε.Ε. διακρίνονται, επίσης, σε παροδικά και σε μονίμου χαρακτήρα. Το παροδικό ισχαιμικό επεισόδιο είναι θρομβωτικού τύπου και στη διεθνή βιβλιογραφία συναντάμε διάφορες εννοιολογικές προσεγγίσεις γι' αυτό. Σύμφωνα με τον ορισμό Johnston S.C. «*παροδικό Α.Ε.Ε. είναι κάθε νευρολογικό έλλειμμα που διαρκεί κάτω από 24 ώρες και οφείλεται σε εστιακή εγκεφαλική ή αμφιβληστροειδική ισχαιμία*» (Φουστέρης και συν., 2008). Επειδή, ο ορισμός αυτός παρουσίαζε αδυναμίες και μειονεκτήματα τόσο στον προσδιορισμό του χρονικού ορίου των 24/ωρών όσο και στην προϋπόθεση που έθετε όταν τα παροδικά Α.Ε.Ε. είναι «καλοήθη» (Φουστέρης και συν., 2008), ο Albers, ο Carlan και οι συνεργάτες τους όρισαν το παροδικό ΑΕΕ ότι είναι «*...ένα σύντομο επεισόδιο νευρολογικής δυσλειτουργίας οφειλόμενο σε εστιακή εγκεφαλική ή αμφιβληστροειδική ισχαιμία με κλινική εικόνα που τυπικά διαρκεί κάτω από μία ώρα χωρίς ευρήματα οξέος εμφράκτου*» (Albers, et al., 2002). Το παροδικό Α.Ε.Ε. έχει σχεδόν τα ίδια συμπτώματα με αυτά της κλασικής μορφής Α.Ε.Ε. με τη διαφορά ότι τα συμπτώματά

του παρέρχονται αν και αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου για μόνιμο ισχαιμικό Α.Ε.Ε. Αυτό δημιουργεί στο άτομο απειλές και ευκαιρίες. Απειλές γιατί διατρέχει τον κίνδυνο να υποστεί μόνιμο Α.Ε.Ε. και ευκαιρίες γιατί μπορεί να εφαρμόσει προληπτική αγωγή με σημαντικά αποτελέσματα (Feigin, V., 2007).

Η χρήση της μαγνητικής τομογραφίας και η τεχνική diffusion βοήθησαν στην ανεύρεση, σε πάρα πολύ μεγάλο ποσοστό περιπτώσεων, ευρημάτων συμβατά με έμφρακτο. Αυτό οδήγησε, το 2002, να προταθεί από το Transient Ischemic Attack Working Group μια νέα προσέγγιση για το παροδικό επεισόδιο νευρολογικού ελλείμματος, προκαλούμενο από εστιακή εγκεφαλική ισχαιμία, με συμπτώματα που διαρκούν λιγότερο της μίας ώρας και χωρίς ένδειξη οξέος εμφράκτου, που βασίζεται στην ανεύρεση ή όχι εμφράκτου στην μαγνητική τομογραφία και λιγότερο στη διάρκεια των συμπτωμάτων (Johnston, 2002, Shah, Edlow, 2004).

- II. *Αιμορραγικού τύπου Α.Ε.Ε.*: Το αιμορραγικό Α.Ε.Ε. προκαλείται από ρήξη αιμοφόρου αγγείου με αποτέλεσμα την εξαγγείωση αίματος και τη νέκρωση του εγκεφαλικού ιστού, συνοδεύεται από υψηλό ποσοστό θνησιμότητας και αντιστοιχεί περίπου στο 20% των Α.Ε.Ε. (Μιλέσης, 2003).

Του αιμορραγικού τύπου Α.Ε.Ε. διακρίνονται σε υπεραχνοειδή αιμορραγία, σε ενδοεγκεφαλική/ενδοπαρεγχυματική αιμορραγία και σε εγκεφαλική αιμορραγία

- *Υπεραχνοειδή αιμορραγία*: Στην περίπτωση της υπεραχνοειδούς αιμορραγίας η ρήξη πλημμυρίζει τον υπεραχνοειδή χώρο με αίμα κάτω από υψηλή πίεση (Παλιουδάκη και συν., 2006). Κύριες αιτίες είναι η ρήξη ενός σακκοειδούς ανευρίσματος ή ενός αγγειώματος ή ενός ανευρίσματος ή αιμορραγία ενός εγκεφαλικού όγκου ή διάφορες παθήσεις με αιμορραγική διάθεση (Τομάρας, 1998, Βοζινού, Κανταρτζή, 2006). Παρουσιάζεται με αιφνίδια επώδυνη κεφαλαλγία, συνοδευόμενη από παροδική απώλεια συνείδησης.
- *Ενδοεγκεφαλική/ενδοπαρεγχυματική αιμορραγία*: Στην ενδοεγκεφαλική αιμορραγία το αιμάτωμα προκαλεί εστιακές νευρολογικές διαταραχές (Μπουτάρη, 2013). Οι πάσχοντες από ενδοεγκεφαλική αιμορραγία παρουσιάζουν τα ίδια συμπτώματα με τα ισχαιμικά Α.Ε.Ε., δηλαδή ελαττωμένο επίπεδο συνείδησης, έντονη ημικρανία και έμετο. Ο πιο συχνός

παράγοντας ενδοεγκεφαλικής αιμορραγίας είναι η χρόνια υπέρταση (Messing, 2000).

- *Εγκεφαλική φλεβοθρόμβωση*: Η εγκεφαλική φλεβοθρόμβωση μπορεί να οδηγήσει σε φλεβικό έμφρακτο προκαλώντας αγγειογενές οίδημα. Ο πιο συχνός παράγοντας εγκεφαλικής φλεβοθρόμβωσης θεωρείται η σηπτική εγκεφαλική φλεβοθρόμβωση (Messing, 2000, Μπουτάρη, 2013).

2.3.2. Εννοιολογική και θεωρητική προσέγγιση της ποιότητας ζωής

Ο πρώτος που τεκμηριωμένα όρισε την ποιότητα ζωής, ήταν ο Elkinton (1966), αναφέροντας ότι με τον όρο *ποιότητα ζωής* ορίζεται «*Η εσωτερική αρμονία ενός ατόμου και η αρμονία μεταξύ του ατόμου και του περιβάλλοντός του*». Ο Rokeach (1973), ισχυρίστηκε ότι για την ποιότητα ζωής βασική προϋπόθεση θεωρείται η υγεία με τον τρόπο που την αξιολογεί το ίδιο το άτομο.

Οι Dalkey και Rourke (1973) όρισαν ως ποιότητα ζωής την αίσθηση που έχει το άτομο για ευεξία και ευτυχία στα θέματα υγείας, δράσης, αυτοεκτίμησης, άγχους και στήριξης από το κοινωνικό και συγγενικό του περιβάλλον (Dalkey, Rourke, 1973). Αργότερα η λέξη ευτυχία αντικαταστάθηκε από τη λέξη ικανοποίηση που ήταν πιο μετρήσιμη (Σεργίου, 2014).

Ο Flanagan, το 1978, ταξινόμησε τους παράγοντες που προσδιορίζουν την ποιότητα ζωής στις κατηγορίες: σωματική και υλική ευημερία, σχέση με συνανθρώπους, κοινωνικές δράσεις, προσωπική καταξίωση και ελεύθερος χρόνος (Papanis, Roumeliotou, 2007). Το ότι η ποιότητα ζωής σχετίζεται άμεσα με το πόσο το άτομο είναι ικανοποιημένο από την ίδια του τη ζωή και τις συνθήκες διαβίωσής του διαπίστωσαν οι Campbell et al. (1976). Την περίοδο αυτή επικράτησε η άποψη ότι η διάθεση πόρων για την κάλυψη υλικών και πνευματικών αναγκών σε συνδυασμό με κοινωνικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες θα οδηγούσαν στην εξασφάλιση της ποιότητας ζωής των ατόμων. Ο McCall (1975) ισχυρίστηκε ότι η ποιότητα ζωής εξασφαλίζεται από την πρόσβαση στις συνθήκες και προϋποθέσεις που εξασφαλίζουν την ευτυχία στα άτομα μιας κοινωνίας ή μιας περιοχής.

Από τα τέλη της δεκαετίας του 1970 η εννοιολογική προσέγγιση της ποιότητας ζωής βασίστηκε σε ταξινομημένους παράγοντες και δείκτες. Η κατηγοριοποίηση έγινε σε

αντικειμενικούς και υποκειμενικούς παράγοντες. Οι αντικειμενικοί αφορούσαν, πόρους και ευκαιρίες, στους οποίους έχει πρόσβαση το άτομο και μπορεί να αξιοποιηθούν προς όφελός του, ενώ οι υποκειμενικοί παράγοντες αφορούσαν το αίσθημα της ψυχικής ικανοποίησης που το άτομο βιώνει. Οι Zautra και Goodhart (1979) αλλά και ο Lehman (1997) αργότερα ισχυροποίησαν αυτή την άποψη. Μάλιστα οι Zautra και Goodhart (1979) προχώρησαν ένα βήμα παραπέρα δημοσιοποιώντας την άποψή τους σύμφωνα με την οποία οι αντικειμενικοί και υποκειμενικοί παράγοντες της ποιότητας ζωής θα πρέπει να συνδυάζονται μεταξύ τους και έτσι να προσεγγίζονται. Ο Horquist (1982) συνέδεσε την ποιότητα ζωής με τον βαθμό της ικανοποίησης πέντε παραγόντων, των φυσικών, των ψυχολογικών, των κοινωνικών, των υλικών και των οργανικών. Ο Farguhar (1995) συσχέτισε την ποιότητα ζωής με τις ανάγκες του ατόμου, την εργασία του, τη μόρφωσή του, την ηλικία του, την κοινωνική του και οικονομική του θέση καθώς και με την καθημερινότητά του. Την ίδια περίοδο οι Falce και Perry (1995) συνέδεσαν την ποιότητα ζωής με τη φυσική υγεία του ατόμου, τις συνθήκες διαβίωσής του, τις σχέσεις του με το κοινωνικό σύνολο και τις διάφορες δραστηριότητές του. Λίγο αργότερα ο Noll (1998) συνέδεσε τους υποκειμενικούς παράγοντες της ποιότητας ζωής με το αίσθημα ευημερίας και ικανοποίησης που απολαμβάνει το άτομο από το περιβάλλον που ζει και δραστηριοποιείται και τους αντικειμενικούς παράγοντες με πολιτιστικές και κοινωνικές διαστάσεις με έμφαση στην υλική ευημερία, την ευεξία και την κοινωνική θέση. Την ίδια χρονιά ο W.H.O. (1998) όρισε ότι η ποιότητα ζωής θα πρέπει να περιλαμβάνει τους τομείς: φυσικής υγείας, ψυχολογίας, επιπέδου ανεξαρτησίας, κοινωνικών σχέσεων, προσωπικών απόψεων και περιβάλλοντος. Ένα χρόνο νωρίτερα ο Cummins (1997) παρουσίασε την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής ενταγμένη στους τομείς: υγείας, υλικής ευημερίας, παραγωγικότητας, οικειότητας, ασφάλειας, κοινωνικής και συναισθηματικής ευημερίας. Μια άλλη διάσταση διαφορετική από τις μέχρι τότε έδωσε ο Veenhoven (2004) ορίζοντας τέσσερις ποιότητες ζωής ταξινομημένες σε δυο κατηγορίες. Στις εξωτερικές ποιότητες και στις εσωτερικές ποιότητες. Στις εξωτερικές ποιότητες ένταξε τη βιωσιμότητα του περιβάλλοντος και τη χρησιμότητα της ζωής ενώ στις εσωτερικές ποιότητες ένταξε την ικανότητα ζωής του ατόμου και την ευχαρίστηση της ζωής. Την ίδια χρονιά ο Schalock (2004) ισχυρίστηκε στην έρευνά του ότι η ποιότητα ζωής διαμορφώνεται από τις διαστάσεις: συναισθηματική ευημερία, διαπροσωπικές σχέσεις, ευ ζην στην υλική του και φυσική του διάσταση, προσωπική ανάπτυξη, αυτοπροσδιορισμό,

κοινωνική ένταξη και δικαιώματα. Τέλος, σύμφωνα με τον Τσιβγούλη (2011) η ποιότητα ζωής είναι ένα κράμα ικανοποιητικής λειτουργίας του ατόμου στους τομείς σωματικής και ψυχολογικής κατάστασης, κοινωνικής και επαγγελματικής καταξίωσης.

Από τα παραπάνω γίνεται φανερό ότι η διαμόρφωση μιας κοινής αντίληψης για την ποιότητα ζωής, μέχρι σήμερα, δεν έχει καθοριστεί με ομοιόμορφο τρόπο και η διαδικασία διαμόρφωσης συνεχίζεται (Γείτονα και συν., 2004). Για παράδειγμα η άποψη των οικονομολόγων στο θέμα της ποιότητας ζωής εστιάζεται στον τρόπο κατανομής των πόρων, στο Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν (ΑΕΠ), στη φτώχεια και στη συγκριτική απεικόνιση ανάμεσα στα κράτη. Η άποψη των κοινωνιολόγων εστιάζεται στις εξωτερικές συνθήκες, στις διαπροσωπικές σχέσεις και στην εσωτερική ισορροπία του ατόμου (Lindstrom, 1995), ενώ τέλος η άποψη των επαγγελματιών υγείας εστιάζεται στην επίδραση της νόσου πάνω στη σωματική, ψυχολογική και κοινωνική διάσταση του ατόμου (Σαρρής, 2001).

Πολλές θεωρίες αναπτύχθηκαν προκειμένου να ερμηνεύσουν την ποιότητα ζωής, άλλες απ' αυτές έδωσαν ιδιαίτερη βαρύτητα στους ψυχολογικούς παράγοντες, άλλες στους κοινωνικούς και πολιτιστικούς (Τσιβγούλης, 2011) και κάποιες άλλες στην ταξινόμηση της ποιότητας ζωής χωρίς, όμως, να αποτυπώνουν το επεξηγηματικό πλαίσιο που διαμορφώνει τον μηχανισμό επίδρασης της ασθένειας στην ποιότητα ζωής (Spiker, Revicki, 1996). Οι βασικότερες θεωρίες που αναπτύχθηκαν είναι:

- i. Η θεωρία της κοινωνικής παραγωγής λειτουργιών που προσεγγίζει θεωρητικά τον τρόπο επίδρασης της ασθένειας πάνω στην ποιότητα ζωής και στηρίζεται στις αρχές: της σύνδεσης της ικανοποίησης των αναγκών με την ευεξία, της διάκρισης μεταξύ πρωταρχικών αναγκών και λειτουργικών στόχων και της αναπλήρωσης των λειτουργικών στόχων (Ormell et al. 1997, Σαρρής, 2001). Η θεωρία αυτή αναπτύχθηκε από τους Lindwberg και Frey και στηρίζεται στη βάση ότι τα άτομα παράγουν τη δική τους ευεξία μέσα σε περιορισμούς και αντίξοες συνθήκες που δημιουργεί η καθημερινότητα της ζωής, προκειμένου να ικανοποιήσει τις πρωταρχικές του ανάγκες (Hunt, Mckenna, 1992).
- ii. Η θεωρία της χρησιμότητας η οποία παρέχει ένα μοντέλο λήψης αποφάσεων μέσα σε δύσκολες συνθήκες, σε συνθήκες αστάθειας και αβεβαιότητας.

Χρησιμοποιείται επί το πλείστον στην αποτύπωση της εκτίμησης της ποιότητας ζωής ατόμων σε μια συγκεκριμένη χρονική στιγμή ή προσδιορίζει τις προτιμήσεις ανάμεσα σε διάφορες καταστάσεις υγείας. Αναπτύχθηκε από τους Lehman, Warb και Linn (1982) και στηρίχθηκε στη βάση που λέει ότι τα επίπεδα ικανοποίησης που το άτομο βιώνει σε διάφορους τομείς της ζωής του συνδέονται και εξαρτώνται άμεσα από το αν οι συνθήκες που βιώνει είναι αντίστοιχες με τις ανάγκες και τις επιθυμίες του (Θεοφίλου, 2011).

2.3.3. Ποιότητα ζωής και A.E.E.

Οι μελετητές προκειμένου να προσδιορίσουν τη σχέση υγεία και ποιότητα ζωής χρησιμοποιούν τον όρο *σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής* γιατί οι παράγοντες σωματική και ψυχολογική υγεία μαζί με την κοινωνική ευημερία προσδιορίζουν το επίπεδο ζωής του ανθρώπου (Mooney, 2006). Σύμφωνα με τους Fayers και Machin (2000), η ποιότητα ζωής σε σχέση με την υγεία μπορεί να περιλαμβάνει πέρα από τα γενικότερα ζητήματα υγείας, τα σωματικά συμπτώματα, τη συναισθηματική, γνωστική, κοινωνική και σεξουαλική λειτουργικότητα καθώς και ζητήματα υπαρξιακού περιεχομένου. Ο Kaplan και ο Bush (1982), προσδιόρισαν τρεις διαστάσεις στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής που είναι: η υποκειμενική αντίληψη που έχει το άτομο για τη σωματική και ψυχική λειτουργία του, η επίδραση που έχει η κατάσταση της υγείας στην καθημερινή του ζωή και ο περιορισμός της λειτουργικότητας του ατόμου στα σημεία εκείνα που παρέχουν τη δυνατότητα να υλοποιεί τους στόχους της ζωής του. Οι Young και Longman (1983) συσχέτισαν την ποιότητα ζωής τόσο με το βαθμό ικανοποίησης από τη ζωή όσο και από τις συνθήκες μέσα στις οποίες το άτομο βιώνει την καθημερινότητά του και ως τέτοιους παράγοντες προσδιόρισαν την υγεία, τη ζωή στην οικογένεια, τον γάμο, τη φιλία, τη στέγαση, την απασχόληση, τις εργασίες εντός του σπιτιού, τη γειτονιά, την παιδεία, το βιοτικό και μορφωτικό επίπεδο και την οικονομική κατάσταση.

Για τη μέτρηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής υπάρχουν πάνω από 800 εργαλεία μέτρησης (International Wellbeing Group, 2006), κυρίως ερωτηματολόγια ταξινομημένα σε δυο μεγάλες κατηγορίες. Σ' αυτά που ασχολούνται με το γενικό επίπεδο υγείας του ατόμου και ονομάζονται γενικά ερωτηματολόγια και σε αυτά που ασχολούνται με τις επιπτώσεις συγκεκριμένων παραμέτρων της

ποιότητας ζωής και ονομάζονται ειδικά ερωτηματολόγια. Σύμφωνα με τον Σαρρή (2001), οι δείκτες διακρίνονται σε υποκειμενικούς και αντικειμενικούς δείκτες μέτρησης ποιότητας ζωής. Στην πρώτη κατηγορία εντάσσονται οι δείκτες που μετρούν την ικανοποίηση του ατόμου από τη ζωή του και γενικά το περιβάλλον μέσα στο οποίο λειτουργεί και έχουν αναφορά στο αίσθημα της ευημερίας της σωματικής και ψυχοκινητικής ευεξίας. Στη δεύτερη κατηγορία εντάσσονται οι κοινωνικοί δείκτες που έχουν αναφορά στην ανθρώπινη ανάπτυξη και στην κοινωνική ευημερία.

Γενικά για τα Α.Ε.Ε. υπάρχουν διάφορες κλίμακες αξιολόγησης κατηγοριοποιημένες ως:

i. *Κλίμακες προνοσοκομειακής αξιολόγησης (Prehospital Stroke Assessment Scales)*

- Cincinnati Stroke Scale
- Los Angeles Prehospital Stroke Scale (LAPSS)
- ABCD Score

ii. *Κλίμακες οξείας αξιολόγησης (Acute Assessment Scales)*

- Canadian Neurological Scale (CNS)
- European Stroke Scale
- Glasgow Coma Scale (GCS)
- Hemispheric Stroke Scale
- Hunt & Hess Scale
- Mathew Stroke Scale
- NIH Stroke Scale (NIHSS)
- NIH Stroke Scale Booklet
- NIH Stroke Scale Training
- Orgogozo Stroke Scale

- Oxfordshire Community Stroke Project Classification (Bamford)
 - Scandinavian Stroke Scale
 - World Federation of Neurological Surgeons Grading System for Subarachnoid Hemorrhage Scale
- iii. *Κλίμακες λειτουργικής αξιολόγησης (Functional Assessment Scales)*
- Berg Balance Scale
 - Lawton IADL Scale
 - Modified Rankin Scale
 - Stroke Specific Quality of Life Measure (SS-QOL)
- iv. *Κλίμακες αξιολόγησης αποτελεσμάτων (Outcome Assessment Scales)*
- Barthel Index
 - Functional Independence Measurement (FIM™)
 - Glasgow Outcome Scale (GOS)
 - Health Survey SF-36™
 - Health Survey SF-12™
 - Community Integration Questionnaire
- v. *Διαγνωστικές και δοκιμές ελέγχου (Other Diagnostic & Screening Tests)*
- Action Research Arm Test
 - Blessed-Dementia Scale
 - Blessed-Dementia Information-Memory-Concentration Test
 - DSM-IV criteria for the diagnosis of vascular dementia

- Hachinski Ischaemia Score
- Hamilton Rating Scale for Depression
- NINDS – AIREN criteria for the diagnosis of vascular dementia
- Orpington Prognostic Scale
- Short Orientation-Memory-Concentration Test

Για την εκτίμηση των συνεπειών μετά από Α.Ε.Ε. υπάρχουν πολλές κλίμακες που χρησιμοποιούνται από τους ερευνητές. Ανάμεσά τους συγκαταλέγονται, χωρίς αξιολογική σειρά, και οι παρακάτω που είναι από τις πλέον συχνά χρησιμοποιούμενες:

- *Sickness Impact Profile (SIP-68)*: Η κλίμακα SIP-68 σχεδιάστηκε για να αξιολογεί την ποιότητα ζωής και το επίπεδο δυσλειτουργίας που προκύπτει από αναπηρία ή ασθένεια. Τα στοιχεία της χωρίζονται σε τρεις διαστάσεις με έξι επιμέρους κλίμακες: φυσική διάσταση (σωματική αυτονομία, έλεγχος κινητικότητας), ψυχολογική διάσταση (ψυχολογική αυτονομία και επικοινωνία, συναισθηματική σταθερότητα) και κοινωνική διάσταση (εύρος κινητικότητας, κοινωνική συμπεριφορά). Οι τομείς που αξιολογεί είναι η συμμετοχή στη ζωή, η ψυχική υγεία, η συμπεριφορά και οι κοινωνικές σχέσεις (Bruin, et al., 1997).
- *Canadian Stroke Scale*: Με την Canadian Stroke Scale αξιολογούνται: το επίπεδο συνείδησης, ο προσανατολισμός, η ομιλία και οι κινητικές λειτουργίες (Cote, et al., 1989, Cheryl et al., 2001). Είναι ιδιαίτερα αξιόπιστη για τη δυσλειτουργία του αριστερού ημισφαιρίου ενώ η αδυναμία της εντοπίζεται στην αξιολόγηση των εμφράκτων της οπίσθιας κυκλοφορίας (Chino, Melvin, 1996, Καρκούλη, Καπάδοχος, 2010).
- *Barthel Index*: Με την κλίμακα Barthel Index αξιολογούνται διάφορες λειτουργικές δυνατότητες του ασθενή όπως αν μπορεί μόνος του να σιτιστεί, αν αυτοεξυπηρετείται στο λουτρό, στην ούρηση, στην αφόδευση, στην ένδυση, στις μετακινήσεις, στην περιποίηση του εαυτού του κ.ά. (Τσιβλούλης, 2011). Τα αποτελέσματα της κλίμακας είναι σημαντικά και βοηθούν τον ασθενή τόσο κατά την έξοδό του από τη νοσοκομειακή περίθαλψη όσο στα μετέπειτα προγράμματα

αποκατάστασης (Loewen, et al., 1990, Καρκούλη, Καπάδοχος, 2010). Ο δείκτης χρησιμοποιείται ως ένα αρχείο του τι ένας ασθενής κάνει και όχι ως μια καταγραφή του τι ένας ασθενής θα μπορούσε να κάνει γι' αυτό και οι μετρήσεις πρέπει να επαναλαμβάνονται κατά τακτά διαστήματα (Collin, et al., 1988, Gresham, et al., 1980).

- *Modified Rankin Scale*: Είναι μια από τις πλέον διαδεδομένες κλίμακες για τη μέτρηση της ανθρώπινης εξάρτησης στις καθημερινές δραστηριότητες των ανθρώπων που υπέστησαν Α.Ε.Ε. Η κλίμακα αρχικά εισήχθη, το 1957, από τον John Rankin σε νοσοκομείο της Γκλασκώβης (Rankin, 1957) και στη συνέχεια τροποποιήθηκε από την ομάδα του καθηγητή Warlow στο Εδιμβούργο (Farrell et al., 1991).
- *NIH Stroke Scale (NIHSS)*: Είναι ένα εργαλείο συστηματικής κλινικής αξιολόγησης ασθενών με Α.Ε.Ε. που χρησιμεύει για τη συλλογή δεδομένων που βοηθούν στον σχεδιασμό φροντίδας των ασθενών και δίνει τη δυνατότητα ανταλλαγής πληροφοριών μεταξύ των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης (Yoo, et al., 2008). Αξιολογεί μεταξύ των άλλων την επίδραση του Α.Ε.Ε. στα επίπεδα της συνείδησης, την ομιλία, την κίνηση, τις αισθήσεις κ.ά. (Kasner, et al., 2003). Η NIHSS είναι, επίσης, ένας αξιόπιστος παράγοντας πρόβλεψης της έκβασης του ασθενή (Brott, et al., 1989).
- *Orgogozo Stroke Scale*: Πρόκειται για μια αξιόπιστη κλίμακα που αξιολογεί το επίπεδο συνείδησης, την προφορική έκφραση, την κατάσταση των ματιών και της κεφαλής, τις εκφράσεις του προσώπου, την ανύψωση του βραχίονα, τις κινήσεις των χεριών, την κατάσταση των άνω και κάτω άκρων και την ευαισθητοποίηση (Orgogozo, Capildeto, 1983).
- *Scandinavian Neurological Scale (SNSS)*: Περιλαμβάνει εννέα μεταβλητές και δημιουργήθηκε αρχικά για την αποτίμηση των συνεπειών της μη φυσιολογικής αιμάτωσης στο Α.Ε.Ε. (Καρκούλη, Καπάδοχος, 2010) και στη συνέχεια επεκτάθηκε (Barber et al., 2004).
- *European Stroke Scale (ESS)*: Χρησιμοποιείται επί το πλείστον για την αξιολόγηση ενός ασθενή με πρόσφατο Α.Ε.Ε. Αξιολογεί δεκατέσσερις

παραμέτρους: επίπεδο συνείδησης, κατανόηση, ομιλία, οπτικό πεδίο, βλέμμα, κίνηση του προσώπου, βραχίονα σε τεντωμένη θέση, ανύψωση του βραχίονα, επέκταση του καρπού, δάκτυλα, πόδι, κάμψη των ποδιών, ραχιαία κάμψη του ποδιού, βάδισμα (Hantson, et al., 1994).

- *Επισκόπηση Υγείας SF-36*: Είναι από τα πιο έγκυρα και αξιόπιστα ερωτηματολόγια (Garratt et al. 2002) και ανήκει στην κατηγορία των γενικών ερωτηματολογίων της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής. Έχει μεταφραστεί στα ελληνικά και σε περισσότερες από πενήντα γλώσσες (Κοντοδημόπουλος και συν., 2004, Anagnostopoulos et al., 2005, Παππά και συν., 2006) και περιλαμβάνει 36 περιγραφικές ερωτήσεις ταξινομημένες σε οκτώ κλίμακες μέτρησης που κάθε μια αποτελείται από δυο έως δέκα ερωτήσεις. Συγκεκριμένα αξιολογούνται η σωματική λειτουργικότητα μέσα από δέκα ερωτήσεις, ο σωματικός ρόλος μέσα από τέσσερις ερωτήσεις, ο σωματικός πόνος μέσα από δυο ερωτήσεις, η γενική υγεία μέσα από πέντε ερωτήσεις, η ζωτικότητα μέσα από τέσσερις ερωτήσεις, η κοινωνική λειτουργικότητα μέσα από δυο ερωτήσεις, η συναισθηματική κατάσταση μέσα από τρεις ερωτήσεις και η ψυχική υγεία μέσα από πέντε ερωτήσεις. (Κοντοδημόπουλος και συν., 2004).
- *Unified Neurological Stroke Scale (UFNSS)*: Χρησιμοποιείται και για τα ισχαιμικά και για τα αιμορραγικά Α.Ε.Ε. Παρουσιάζει αξιοπιστία και εγκυρότητα πρόβλεψης στην αξιολόγηση κινητικών λειτουργιών, στη λεκτική επικοινωνία, στον προσανατολισμό, στην επαγρύπνηση κ.ά. και είναι μια μίξη της Neurological Score for Middle Cerebral Artery και της Scandinavian Stroke Scale (Bogousslavsky, Castillo, 1997).
- *Stoke-Specific Quality of Life Scale (SS-QOL)*: Είναι ειδικό ερωτηματολόγιο για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής μετά από Α.Ε.Ε. και αναπτύχθηκε τα τελευταία χρόνια από τη Νευρολογική Κλινική του Πανεπιστημίου της Indiana των Η.Π.Α. Αποτελείται από 49 ερωτήσεις που εκτιμούν την ποιότητα ζωής στους παρακάτω δώδεκα τομείς: ενέργειας, οικογενειακής ζωής, γλώσσας, κινητικότητας, διάθεσης, προσωπικότητας, φροντίδας του εαυτού του, κοινωνικής ζωής, σκέψης, λειτουργίας άνω άκρων, όρασης, εργασίας/παραγωγικότητας (Niemi et al., 1989).

2.4. Βιβλιογραφική ανασκόπηση

Για λειτουργικούς λόγους αλλά και για λόγους ουσιαστικού περιεχομένου η βιβλιογραφική ανασκόπηση ταξινομήθηκε σε δυο κατηγορίες. Στην ανασκόπηση των ευρημάτων στον ελλαδικό χώρο και στην ανασκόπηση των υφιστάμενων ευρημάτων διεθνώς. Μάλιστα τη δεύτερη κατηγορία την ταξινομήσαμε με βάση τα ερευνητικά ευρήματα. Αναζητήσαμε συσχέτιση: α) Φύλου, ηλικίας και φυλής με ποιότητα ζωής μετά από Α.Ε.Ε., β) Μορφωτικού επιπέδου και ποιότητα ζωής μετά από Α.Ε.Ε., γ) Ισχαιμικού ή αιμορραγικού τύπου Α.Ε.Ε. και ποιότητα ζωής, δ) Σεξουαλικής ικανότητας και ποιότητα ζωής μετά από Α.Ε.Ε., ε) Λειτουργικής ικανότητας-καθημερινής λειτουργίας και ποιότητα ζωής μετά από Α.Ε.Ε., στ) Θεραπείας και ποιότητα ζωής μετά από Α.Ε.Ε., ζ) Άγχους και ποιότητα ζωής μετά από Α.Ε.Ε., η) Κατάθλιψη και ποιότητα ζωής μετά από Α.Ε.Ε., θ) Οικογένειας-έγγαμης ζωής-κοινωνικής ζωής και ποιότητα ζωής μετά από Α.Ε.Ε., ι) Γνωστικών διαταραχών και ποιότητα ζωής μετά από Α.Ε.Ε. και ια) Εσωτερικής ή εξωτερικής νοσηλείας και ποιότητα ζωής μετά από Α.Ε.Ε.

2.4.1. Ανασκόπηση των ευρημάτων στην Ελλάδα

Στην Ελλάδα οι έρευνες αναζήτησης της ποιότητας ζωής μετά από κάποια σοβαρή ασθένεια είναι περιορισμένες¹ και ακόμη πιο πολύ περιορισμένες, ως ελάχιστες, είναι

¹ Ενδεικτικά αναφέρουμε τις έρευνες: Ντότης, Ι., (2014), Εκτίμηση της ποιότητας ζωής σε παιδιά και εφήβους με χρόνια νεφρική νόσο, τελικού σταδίου νεφρική νόσο υπό περιτοναϊκή κάθαρση και νεφρική μεταμόσχευση, Ανοιχτό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών, Διοίκηση Μονάδων Υγείας, Διατριβή επιπέδου ΜΑΣΤΕΡ, Καζάκη, Μ., (2015), Ποιότητα ζωής σε ασθενείς με προπεριμετρικό γλαύκωμα, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής, Διδακτορική Διατριβή, Μουνδρουλέας, Γ., (2013), Διερεύνηση της ποιότητας ζωής των ασθενών με ψωρίαση, Ανοιχτό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών, Διοίκηση Μονάδων Υγείας, Διατριβή επιπέδου ΜΑΣΤΕΡ, Γκριλλά, Ε., (2012), Εκτίμηση της ποιότητας ζωής σε ασθενείς με χρόνια νόσο. Η περίπτωση ασθενών με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση, Ανοιχτό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών, Διοίκηση Μονάδων Υγείας, Διατριβή επιπέδου ΜΑΣΤΕΡ, Σαμούτης, Α., (2009), Μελέτη ποιότητας ζωής ασθενών με μέτρια και σοβαρή ψωρίαση και οι οικονομικές συνέπειες της ασθένειας στην Ελλάδα, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Διδακτορική Διατριβή, Αδάμου, Ν., (2012), Η ποιότητα ζωής των ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια, Κύπρος, Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πτυχιακή Εργασία, Ψωμά, Γ., Τζεδάκη, Α., (2008), Αξιολόγηση της ποιότητας ζωής ασθενών με στεφανιαία νόσο ή εμφυτευμένο καρδιακό απινιδωτή, Ηράκλειο, ΤΕΙ Κρήτης, Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πτυχιακή Εργασία, Κιουτσούκη, Ε., Βασιλειάδου, Β., (2008), Διερεύνηση ποιότητας ζωής ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1, Θεσσαλονίκη, Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης, Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και

οι έρευνες που αφορούν την ποιότητα ζωής μετά από Α.Ε.Ε. Η σημαντικότερη ερευνητική δουλειά για την ποιότητα ζωής μετά από ΑΕΕ έγινε από τον Τσιβγούλη (2011) ο οποίος αξιολόγησε την ποιότητα ζωής ασθενών με οξύ πρωτοεμφανιζόμενο Α.Ε.Ε. Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής μετά από Α.Ε.Ε. πραγματοποιήθηκε στο ειδικό εξωτερικό ιατρείο Α.Ε.Ε. της Νευρολογικής Κλινικής του Δημοκρίτειου Νοσοκομείου Θράκης. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι ασθενείς με ισχαιμικά Α.Ε.Ε. είχαν καλύτερη ποιότητα ζωής σε σχέση με τους ασθενείς με αιμορραγικά Α.Ε.Ε. Οι 3 στους 4 παρουσίασαν επιδείνωση της ποιότητας ζωής μετά το Α.Ε.Ε. Οι ασθενείς με κενοχωριώδη έμφρακτα είχαν καλύτερη ποιότητα ζωής σε σχέση με τους ασθενείς με μη κενοχωριώδη έμφρακτα. Η υψηλή και η χαμηλή βαθμολογία στους επιμέρους τομείς της ποιότητας ζωής καταγράφηκε σε αυτούς της όρασης και της λειτουργίας των άνω άκρων αντίστοιχα. Τα 2/3 της διακύμανσης της ποιότητας ζωής μετά από Α.Ε.Ε. οφείλονταν στη νευρολογική βαρύτητα εκδήλωσης Α.Ε.Ε. και στη συνυπάρχουσα καταθλιπτική διαταραχή.

Είχε προηγηθεί η έρευνα των Kartsona και Hilari (2007), με θέμα *Quality of life in aphasia: Greek adaptation of the stroke and aphasia quality of life scale - 39 item (SAQOL-39)* που παρουσιάστηκε σε ξενόγλωσση έκδοση. Πρόκειται για μελέτη στο ίδιο ερευνητικό πεδίο που πραγματοποιήθηκε στο City University του Λονδίνου σε δείγμα ασθενών που συλλέχθηκε στην Ελλάδα από την Ελληνική Εταιρεία Αφασίας και άλλους θεραπευτικούς φορείς. Εφαρμόστηκε η λειτουργία της κλίμακας Greek SQOL 39 και έδειξε ότι στο συγκεκριμένο σταθμισμένο ελληνικό ερωτηματολόγιο η

Πρόνοιας, Τμήμα Νοσηλευτικής, πτυχιακή εργασία, Βοζικάκη, Μ., Μπορμπουδάκη, Λ., (2005), Ποιότητα ζωής και χρήση υπηρεσιών υγείας σε τυχαίο δείγμα ατόμων άνω των 50 στην Ελλάδα, Ηράκλειο, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Τμήμα Ιατρικής, Μεταπτυχιακή Εργασία, Σεργίου, Κ., (2014), Η διερεύνηση της ποιότητας ζωής ασθενών με στεφανιαία νόσο και καρωτιδική νόσο, Λευκωσία, Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών, Διοίκηση Μονάδων Υγείας, Διατριβή επιπέδου ΜΑΣΤΕΡ, Χανιά, Μ., (2015), Συσχέτιση φυσικής δραστηριότητας και ποιότητας ζωής σε ομάδες ασθενών με χρόνιες παθήσεις, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Σχολή Ανθρώπινης Κίνησης και Ποιότητας Ζωής, Τμήμα Οργάνωσης και Διαχείρισης Αθλητισμού, Λιάπης, Χ., (2012), Αξιολόγηση της επίδρασης της επαναγγείωσης στη νοητική και συναισθηματική κατάσταση και στην ποιότητα ζωής ασθενών με στένωση καρωτίδας, Αθήνα, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Διδακτορική Διατριβή, Θεοφίλου, Π., (2010), ποιότητα ζωής των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών, Αθήνα, Πάντειο Πανεπιστήμιο, Τμήμα Ψυχολογίας, Διδακτορική Διατριβή, Κατσαραγάκης, Σ., (2005), Ποιότητα ζωής ατόμων με καρκίνο πνεύμονα: Διερεύνηση των αντιλήψεων των ασθενών και των συντρόφων τους, Αθήνα, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Τμήμα Νοσηλευτικής, Διδακτορική Διατριβή, Πάλλης, Α., (2003), Ποιότητα ζωής και ποιότητα περιθαλψής σε ασθενείς με ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις εντεροπάθειες, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής, Διδακτορική Διατριβή.

μέτρηση των ψυχομετρικών ιδιοτήτων που περιέχει προσδίδουν εξίσου πολύ σημαντικό ρόλο στην εκτίμηση της ποιότητας ζωής των ερωτηθέντων. Όλοι οι ασθενείς του δείγματος είχαν υποστεί Α.Ε.Ε. και έπρεπε να πληρούν συγκεκριμένα κριτήρια όπως να μην συνυπάρχει άλλη πάθηση και να έχουν περάσει έξι μήνες από τη νοσηλεία τους.

Το 2012 οι Efstratiadou et al., (2012) προχώρησαν σε έρευνα με θέμα *Quality of Life after Stroke: Evaluation of the Greek SAQOL-39g* που και αυτή παρουσιάστηκε σε ξενόγλωσση έκδοση. Έγινε από το Τμήμα Γλώσσας και Επικοινωνίας του πανεπιστημίου City του Λονδίνου και πραγματοποιήθηκε σε επτά πόλεις της Ελλάδας και σε τρεις της Κύπρου. Στόχος της έρευνας ήταν να μελετήσει την εφαρμογή της κλίμακας “SAQOL-39g” σε άτομα που είχαν υποστεί Α.Ε.Ε. με μια επιπρόσθετη λειτουργία εξειδικευμένη στην μέτρηση της ποιότητας ζωής σε σχέση με τις αφασικού τύπου διαταραχές, που είναι συχνή συνέπεια του Α.Ε.Ε. Η ερευνά περιγράφει τη διεξαγωγή της χρήσης του ελληνικού σταθμισμένου ερωτηματολογίου για την ποιότητα ζωής μετά από Α.Ε.Ε. με αφασία “SAQOL-39g”. Έγιναν μετρήσεις και σε συνδυασμό με τη χρησιμοποίηση και άλλων ερευνητικών εργαλείων και κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η συγκεκριμένη κλίμακα που εφαρμόστηκε για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής σε ασθενείς με αφασία είχε επιτυχή διεξαγωγή και περιεχόμενο και οδήγησε σε ασφαλή συμπεράσματα. Ελέγχτηκε η συμβατότητα και η καταλληλότητά της και αποδείχθηκε πολύ χρήσιμη και λειτουργική κλίμακα έρευνας.

Τέλος, να αναφέρουμε την έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τους Κοντοδημόπουλο και συν (2004), στο ίδιο ερευνητικό πεδίο, με στόχο τους στατιστικούς ελέγχους της εγκυρότητας και της αξιοπιστίας του ελληνικού SF-36. Επίσης, στην ίδια κατεύθυνση κινείται και η έρευνα των Παππά και συν (2006). Στοχεύοντας στην εγκυροποίηση και προτυποποίηση της επισκόπησης υγείας SF-36 το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 1426 κάτοικοι της ευρύτερης περιοχής των Αθηνών και τα ερευνητικά αποτελέσματα αποτύπωσαν τη μεγάλη εγκυρότητα και αξιοπιστία της κλίμακας του ελληνικού SF-36.

Με δεδομένη την εγκυρότητα και αξιοπιστία της κλίμακας του ελληνικού SF - 36 και της κλίμακας του ελληνικού SAQOL-39, όπως προκύπτει και από την παρουσίαση

των παραπάνω ερευνητικών ευρημάτων, χρησιμοποιήσαμε και τις δυο αυτές κλίμακες στην παρούσα μεταπτυχιακή διατριβή.

2.4.2. Ανασκόπηση των υφιστάμενων ευρημάτων διεθνώς

Για την καλύτερη και λειτουργικότερη παρουσίαση της διεθνούς βιβλιογραφίας για την ποιότητα ζωής μετά από Α.Ε.Ε. την ταξινομήσαμε με βάση τα ερευνητικά ευρήματα που εντοπίσαμε σε διάφορες βάσεις δεδομένων, όπως Medline και PubMed, (χρησιμοποιήσαμε τις λέξεις κλειδιά family caregivers, health promotion, stroke, social support, depression, burden, home care) ως:

- *Συσχέτιση φύλου, ηλικίας και φυλής με ποιότητα ζωής μετά από Α.Ε.Ε.:* Η σχέση αυτή, με βάση τα ερευνητικά ευρήματα, επιδέχεται επιπλέον έρευνα αφού έχουν αποτυπωθεί δισταμένα ευρήματα. Η έρευνα των Rangel et al., (2013) με θέμα *Quality of life of patients with stroke rehabilitation* που πραγματοποιήθηκε στη Βραζιλία έδειξε διαφορές στην ποιότητα ζωής των ασθενών μετά από Α.Ε.Ε. τόσο ως προς το φύλο, όσο και ως προς τη φυλή. Μια παλαιότερη έρευνα των Wyller, et al., (1998), που πραγματοποιήθηκε στη Νορβηγία έδειξε ότι μετά από Α.Ε.Ε. η ποιότητα ζωής σχετίζεται με το γυναικείο φύλο, την ηλικία, την καλή γενική και ψυχολογική υγεία και το σταθερό κοινωνικό δίκτυο. Παρόμοια ευρήματα έδωσε και η έρευνα των Astrom, et al., (1992) που ερεύνησαν επανειλημμένα πάνω από τρία χρόνια, σε ένα δείγμα πενήντα μακροχρόνιων επιζώντων από Α.Ε.Ε. και διαπίστωσαν ότι υπάρχει μια μείωση της ποιότητας ζωής με την αύξηση της ηλικίας (Χαμλατζής, Καρλοβασίτου-Κονιάρη, 2003) και ότι οι ασθενείς τρία χρόνια μετά το Α.Ε.Ε. είχαν περισσότερα ψυχιατρικά συμπτώματα, κατώτερη λειτουργική ικανότητα και μειωμένη ικανοποίηση από τη ζωή, οι δε επαφές με τα παιδιά διατηρήθηκαν ενώ με τους φίλους και τους γείτονες μειώθηκαν. Τέλος η έρευνα των Lai et al., (2005), στο Κάνσας των Η.Π.Α., που πραγματοποιήθηκε με στόχο να εξετάσει τις διαφορές ανδρών και γυναικών ως προς την ικανότητα να εκτελέσουν βασικές δραστηριότητες της καθημερινής ζωής μετά από Α.Ε.Ε. έδειξε διαφορές στην ποιότητα ζωής τους. Ακριβώς αντίθετα ήταν τα ευρήματα της έρευνας των Guidetti et al., (2014), με θέμα *Changes in the impact of stroke between 3 and 12 months poststroke, asessed with the Stroke Impact Scale* που στόχευε να διερευνήσει σημαντικές αλλαγές

στην καθημερινή ζωή των ασθενών που είχαν υποστεί Α.Ε.Ε. σε σχέση με την ηλικία, το φύλλο και τη βαρύτητα του Α.Ε.Ε. αφού δεν εντοπίστηκαν διαφορές ως προς το φύλο και την ηλικία. Αλλά και η έρευνα των Gunaydin et al., (2011) που πραγματοποιήθηκε στην Τουρκία με θέμα *Determinants of quality of life (QoL) in elderly stroke patients: a short-term follow-up study* και που το δείγμα των ασθενών χωρίστηκε σε δυο κατηγορίες, στη μια οι ασθενείς με Α.Ε.Ε. που είχαν ηλικία μεγαλύτερη των 65 χρόνων και στην άλλη μικρότερη των 65 χρόνων, έδειξε ότι δεν υπάρχει διαφορά της ηλικίας ως προς την ποιότητα ζωής αλλά οι οποίες διαφορές έγκειται στη λειτουργική κατάσταση του ασθενή. Μια παλαιότερη έρευνα των Ahlsio et al., (1984), οι οποίοι για δυο χρόνια παρακολούθησαν ενενήντα έξι ασθενείς μέσης ηλικίας 71 χρόνων, διαπίστωσαν ότι δεν παίζει ιδιαίτερο ρόλο το φύλο και η ηλικία στην ποιότητα ζωής ασθενών μετά από Α.Ε.Ε. Στο ίδιο συμπέρασμα κατέληξαν και οι Viitanen et al. (1988), όταν ερεύνησαν στη Σουηδία εξήντα άτομα ταξινομημένα σε δυο ηλικιακές ομάδες (60-61 χρόνων και 79-81 χρόνων), όπως, στο ίδιο συμπέρασμα κατέληξε η έρευνα των Jiran et al., (2006) και η έρευνα του Hooi (2003) που δεν εντόπισε σημαντικές διαφορές ανάμεσα στα δυο φύλα, εντόπισε, όμως, σημαντικές διαφορές στις φυλές.

- *Μορφωτικό επίπεδο και ποιότητα ζωής μετά από Α.Ε.Ε.:* Τα ευρήματα διαφόρων ερευνών φαίνεται να συγκλίνουν. Η έρευνα των Larsen-Nicholas (2005), έδειξε ότι υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ των ασθενών με υψηλό μορφωτικό επίπεδο σε σχέση με τους ασθενείς που δεν διαθέτουν αυτό το επίπεδο. Στο ίδιο συμπέρασμα κατέληξε και η έρευνα των April, et al., (2006). Επίσης, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο έχει συνδεθεί ερευνητικά με μεγαλύτερη εμφάνιση Α.Ε.Ε. ειδικά όταν το χαμηλό επίπεδο συνδέεται και με κοινωνικοοικονομικά στοιχεία (Cruz, Diogo, 2009, Perlini, Mancussie Faro, 2005).
- *Ισχαιμικό ή αιμορραγικό Α.Ε.Ε. και ποιότητα ζωής μετά το Α.Ε.Ε.:* Εδώ έχουμε αποκλίνοντα ευρήματα. Η έρευνα των Haacke et al. (2006), έδειξε ότι οι ασθενείς με αιμορραγικό Α.Ε.Ε. έχουν καλύτερη ποιότητα ζωής σε σύγκριση με τους ασθενείς με ισχαιμικό Α.Ε.Ε. Αντίθετα η έρευνα των De Haan et al., (1995), είχε δείξει ότι το αιμορραγικό Α.Ε.Ε. αποτύπωνε χειρότερη εικόνα απ' αυτή του ισχαιμικού Α.Ε.Ε. Επίσης, η έρευνα των Din et al., (2008), έδειξε σημαντική

διαφορά στην αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των ασθενών με ισχαιμικό Α.Ε.Ε. με τους ασθενείς με αιμορραγικά Α.Ε.Ε.

- *Σεξουαλική ικανότητα και ποιότητα ζωής μετά από Α.Ε.Ε.:* Τα ερευνητικά ευρήματα έδειξαν ότι υπάρχει σεξουαλική δυσλειτουργία μετά από Α.Ε.Ε. που επηρεάζει την ποιότητα ζωής του ατόμου. Αναφέρουμε ενδεικτικά τις παρακάτω έρευνες: Kauhanen (1999), Monga, Osterman (1995), Monga et al. (1986), Hawton (1984), Bray et al. (1981), Goddes et al. (1979) και Kalliomäki et al. (1961). Μείωση στη συχνότητα των σεξουαλικών επαφών εντόπισαν και οι έρευνες των Sjögren et al. (1983) και Boldrini et al. (1991). Προβλήματα στη στύση, στον οργασμό, στην εκσπερμάτωση και στην κολπική λίπανση εντόπισαν οι έρευνες των Bray et al. (1981), Sjögren et al. (1983) και Monga et al. 1986. Αντιφατικά ευρήματα έχουμε στη σύνδεσης της πλευράς της εγκεφαλικής βλάβης και της σεξουαλικότητας. Υπάρχουν ευρήματα που δε σχετίζουν την πλευρά της εγκεφαλικής βλάβης με τη σεξουαλικότητα. Τέτοια ευρήματα εντοπίστηκαν στις έρευνες: Boldrini et al. (1991) και Sjogren Sjögren et al. (1983). Σε αντίθετη κατεύθυνση είναι τα ευρήματα των ερευνών: Kauhanen (1999), Monga et al. (1986), Goddes et al. (1979) και Kalliomäki et al. (1961). Οι έρευνες των Korpelainen et al. (1999), Boldrini et al. (1991) και Monga et al. (1986) έδειξαν ότι η αιτιολογία της σεξουαλικής δυσλειτουργίας μετά από Α.Ε.Ε. είναι πολυπαραγοντική γιατί μπορεί να επηρεάζεται και από τη φαρμακευτική αγωγή, τον φόβο για υποτροπιασμό του Α.Ε.Ε., από την απώλεια της αυτοεκτίμησης και από το πρόβλημα των δεξιοτήτων.
- *Λειτουργική ικανότητα-καθημερινή λειτουργία και ποιότητα ζωής μετά από Α.Ε.Ε.:* Για το θέμα της λειτουργικής ικανότητας τα ερευνητικά ευρήματα δίστανται. Η έρευνα του Rotter (2002), έδειξε ότι η λειτουργική ικανότητα και η ποιότητα ζωής βελτιώνονται σταδιακά και σταθερά μετά από Α.Ε.Ε., ιδιαίτερα τους πρώτους έξι μήνες. Οι ασθενείς που επιστρέφουν στην εργασία τους και έχουν κάποιο χόμπι επιδεικνύουν μια υψηλότερη ποιότητα ζωής. Αντίθετη άποψη αποτυπώθηκε στην έρευνα των Niemi et al. (1988), που εξέτασε 46 επιζήσαντες Α.Ε.Ε. κάτω από την ηλικία των 65 χρόνων. Τα αποτελέσματα έδειξαν παρά την ανάκαμψη από την άποψη της εξόδου από το νοσοκομείο, τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής και την επιστροφή στην εργασία, η ποιότητα ζωής σε ποσοστό 83% δεν είχε

βελτιωθεί. Η επιδείνωση μεταξύ των διαφόρων τομέων της ζωής κυμαινόταν μεταξύ 39% και 80% με χαμηλότερη στον τομέα δραστηριοτήτων του σπιτιού και μεγαλύτερη στον τομέα δραστηριοτήτων ελεύθερου χρόνου. Η έρευνα των Hochstenbach et al. (2001) που πραγματοποιήθηκε στην Ολλανδία, σε ένα δείγμα 164 ασθενών με Α.Ε.Ε. και μέση ηλικία 55,2 χρόνων (τα δείγματα συγκεντρώθηκαν από ένα πανεπιστημιακό νοσοκομείο, ένα περιφερειακό νοσοκομείο και ένα κέντρο αποκατάστασης) έδειξε ότι το Α.Ε.Ε. έχει σημαντικές επιπτώσεις στην καθημερινή λειτουργία των ατόμων με Α.Ε.Ε. και αυτό επηρεάζει την ποιότητα ζωής τους. Το εύρημα αυτό συμβαδίζει και με το εύρημα των Sturm et al., (2004), που αποτυπώθηκε η άποψη των ασθενών που υπέστησαν Α.Ε.Ε. ότι θα προτιμούσαν να ζήσουν τα μισά χρόνια με υγεία παρά όλα με την επίπτωση του Α.Ε.Ε. Επίσης, η έρευνα του Choi-Kwon, (2006), έδειξε ότι η καθημερινή λειτουργία μαζί με την κοινωνικοοικονομική θέση και την κατάθλιψη, μετά το Α.Ε.Ε., επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ασθενών.

- *Θεραπεία και ποιότητα ζωής μετά το Α.Ε.Ε.:* Η έρευνα Rangel, (2013) έδειξε ότι τα άτομα που μετά το Α.Ε.Ε. προχώρησαν σε πρόγραμμα αποκατάστασης είχαν καλύτερη ποιότητα ζωής. Η μελέτη του Lima, (2010), διαπίστωσε ότι αυτοί που προχωρούν σε φυσιοθεραπείες εμφανίζουν καλύτερα αποτελέσματα. Μια άλλη έρευνα των Indredavik et al. (1998) που εξέτασε ασθενείς με Α.Ε.Ε. που είχαν κατανεμηθεί στη μονάδα εγκεφαλικών επεισοδίων και στους γενικούς θαλάμους στο πανεπιστημιακό νοσοκομείο Trondheim, έδειξε ότι μετά από πέντε χρόνια οι ασθενείς των μονάδων εγκεφαλικών επεισοδίων είχαν καλύτερα αποτελέσματα πτυχών της μακροπρόθεσμης ποιότητας ζωής τους.
- *Άγχος και ποιότητα ζωής μετά από Α.Ε.Ε.:* Υπάρχει σύγκλιση απόψεων ότι το άγχος ασθενών με Α.Ε.Ε. επηρεάζει την ποιότητα ζωής τους. Η έρευνα των De Weerd et al. (2011), που πραγματοποιήθηκε στο πανεπιστημιακό νοσοκομείο Groningen της Ολλανδίας έδειξε υψηλά ποσοστά αγχωδών διαταραχών σε ασθενείς με Α.Ε.Ε. που επηρεάζει την ποιότητα ζωής τους. Μια άλλη έρευνα, των Masskulpan et al. (2008), που πραγματοποιήθηκε στην Thailand έδειξε τη σχέση άγχους και κατάθλιψης μετά από Α.Ε.Ε. Οι ασθενείς με άγχος είχαν χαμηλότερη λειτουργική ικανότητα και ποιότητα ζωής σε σχέση με τους υπόλοιπους. Μετά από πρόγραμμα αποκατάστασης οι ασθενείς χωρίς συμπτώματα άγχους

παρουσίασαν βελτίωση στη λειτουργία τους και στην ποιότητα ζωής τους. Στο ίδιο συμπέρασμα κατέληξε και η έρευνα των Howitt et al. (2011).

- *Κατάθλιψη και ποιότητα ζωής μετά από Α.Ε.Ε.:* Η έρευνα των Fruhwald et al. (2001) έδειξε ότι η πιο συχνή συναισθηματική διαταραχή ασθενών με Α.Ε.Ε. που επηρεάζει την ποιότητα ζωής τους είναι η κατάθλιψη και μάλιστα σε ποσοστά που κυμαίνονται από 20-50% και σε αυτό συγκλίνουν όλες σχεδόν οι νεότερες έρευνες. Την ίδια τάση έδειξε και η έρευνα των Haghgoo et al. (2013) η οποία πραγματοποιήθηκε με κλίμακα SF-36. Η έρευνα των Chosse et al. (2005), έδειξε ότι ένα ποσοστό των ασθενών με Α.Ε.Ε. παρουσιάζει κατάθλιψη και ένα άλλο νοητικές διαταραχές. Η έρευνα των Masskulpan et al. (2008), έδειξε ότι οι ασθενείς με άγχος και καταθλιπτικά συμπτώματα είχαν χαμηλότερη λειτουργική ικανότητα και ποιότητα ζωής. Η έρευνα των Sandberg et al. (2001), έδειξε ότι οι διαταραχές ύπνου ήταν συχνές σε ασθενείς με Α.Ε.Ε. και συνδέονταν με παραληρήματα και καταθλιπτικές διαθέσεις. Οι έρευνες των Kauhanen (1999), Astrom et al. (1992) και Robinson, Benson (1981) έδειξαν ότι οι ασθενείς που βρισκόνταν σε αφασία μετά από Α.Ε.Ε. είχαν υψηλότερο βαθμό κατάθλιψης σε σχέση με τους υπόλοιπους ασθενείς με Α.Ε.Ε. Σύμφωνα με τον Johnson et al. (2006), καθοριστικός παράγοντας στη διακύμανση της συχνότητας της κατάθλιψης ασθενούς μετά από Α.Ε.Ε. είναι ο χρόνος που μεσολαβεί ανάμεσα στο Α.Ε.Ε. και στην ψυχιατρική διάγνωση. Η συγκεκριμένη έρευνα έδειξε ότι η διακύμανση της συχνότητας τον πρώτο μήνα κυμαινόταν από 12-52%, στους δυο μήνες από 35-61% και στους τρεις μήνες από 5-63%. Τέλος, μεταξύ των ερευνών που έδειξαν μειωμένη ποιότητα ζωής λόγω συμπτωμάτων κατάθλιψης συγκαταλέγονται και οι έρευνες των Verbraak et al. (2012), Vest et al. (2011), De Weerd et al. (2011) και Jönsson et al. (2005).
- *Οικογένεια-έγγαμη ζωή-κοινωνική ζωή και ποιότητα ζωής μετά από Α.Ε.Ε.:* Οι μελέτες των Glass et al. (1993) και Scholte, et al. (1998) έδειξαν ότι τα μέλη της οικογένειας του ασθενή που υπέστη Α.Ε.Ε. αρχικά αντιδρούν με φόβο και θλίψη ενώ οι ευθύνες για τη φροντίδα του ασθενή επιβάλλουν περιορισμούς στην ιδιωτική τους ζωή και στις κοινωνικές τους δραστηριότητες. Η έρευνα των Kim et al. (1999) που πραγματοποιήθηκε στον Καναδά εξετάζοντας πενήντα άτομα με Α.Ε.Ε., ένα έως τρία χρόνια μετά το Α.Ε.Ε., έδειξε ότι σημαντικοί προάγγελοι

διαμόρφωσης της ποιότητας ζωής ήταν η οικογενειακή κατάσταση, η κοινωνική υποστήριξη, η λειτουργική κατάσταση και η κατάθλιψη. Ο συνδυασμός έγγαμου βίου και κατάθλιψης είναι καθοριστικός παράγοντας που επηρεάζει την ποιότητα ζωής έδειξε η έρευνα των Kauhanen et al. (2000) που πραγματοποιήθηκε στη Φιλανδία εξετάζοντας 85 ασθενείς με Α.Ε.Ε., τρεις και δώδεκα μήνες μετά το Α.Ε.Ε. Σύμφωνα με την έρευνα των Bethoux et al. (1996) που πραγματοποιήθηκε στη Γαλλία το Α.Ε.Ε. επηρεάζει την ποιότητα ζωής όχι μόνο των ίδιων των ασθενών αλλά και των συζύγων τους και δημιουργεί επιβάρυνση στον έγγαμο βίο. Επιβάρυνση στην ποιότητα ζωής στις οικογένειες ασθενών με Α.Ε.Ε. έδειξε και η έρευνα των Bluvol, Forde-Gilboe (2004) που εξέτασε σαράντα οικογένειες που είχαν στα μέλη τους άτομο με Α.Ε.Ε. με μέτρια έως σοβαρή λειτουργική αναπηρία. Η έρευνα Rangel, (2013) έδειξε ότι το λειτουργικό status είναι καθοριστικός παράγοντας στην εξελικτική πορεία του ατόμου και έχει άμεση σχέση με την οικογενειακή και κοινωνική υποστήριξη. Τέλος, η έρευνα των Visser-Meily et al. (2009) που πραγματοποιήθηκε στην Ολλανδία εξετάζοντας 211 ζευγάρια αμέσως μετά την εισαγωγή του ασθενή με Α.Ε.Ε. σε ένα κέντρο αποκατάστασης, 197 ζευγάρια δυο μήνες μετά το εξιτήριο, 187 ζευγάρια ένα χρόνο μετά το Α.Ε.Ε. και 121 ζευγάρια τρία χρόνια μετά το Α.Ε.Ε., εντόπισε σημαντική επίδραση του χρόνου στις ψυχοκοινωνικές λειτουργίες των συζύγων των ασθενών με το Α.Ε.Ε.

- *Γνωστικές διαταραχές και ποιότητα ζωής μετά από Α.Ε.Ε.:* Οι έρευνες έδειξαν ότι ποιότητα ζωής και γνωστικές διαταραχές είναι μια σχέση αντιφατική αφού τα ερευνητικά ευρήματα διίστανται. Σύμφωνα με την έρευνα του Jonkman (1998) που πραγματοποιήθηκε στην Ολλανδία οι γνωστικές διαταραχές δεν παίζουν σημαντικό ρόλο στην ποιότητα ζωής. Αντίθετα ήταν τα ευρήματα της έρευνας των Niemi, et al., (1998) που πραγματοποιήθηκε στις πόλεις Espoo και Kauniainen της νότιας Φιλανδίας σε ένα δείγμα 225 ασθενών που είχαν υποστεί Α.Ε.Ε. Η έρευνα αυτή έδειξε ότι οι ασθενείς που βελτιώθηκε ή αποκαταστάθηκε η υγεία τους είχαν καλύτερες γνωστικές λειτουργίες και καλύτερη ποιότητα ζωής από τους ασθενείς που η υγεία τους επιδεινώθηκε.
- *Εσωτερική ή εξωτερική νοσηλεία ιατρικής αποκατάστασης και ποιότητα ζωής μετά από Α.Ε.Ε.:* Τα ερευνητικά ευρήματα και αυτής της σχέσης χρήζουν περαιτέρω

διερεύνησης. Η έρευνα των Horman και Verner (2003), με θέμα *Quality of life during and after inpatient stroke rehabilitation* που ασχολήθηκε με την εκτίμηση την ποιότητας ζωής σε 255 ασθενείς που είχαν υποστεί Α.Ε.Ε. στο Νότιο Οντάριο του Καναδά σε συνεργασία με το Queen's University, εντόπισε τους τομείς όπου η αποκατάσταση έπαιξε ρόλο στη μετέπειτα βελτίωση της ποιότητας ζωής. Σε αρκετά σημεία διαπιστώθηκαν αλληλεξαρτήσεις σε σχέση με τον χρόνο παραμονής ή την ηλικία ενώ συγχρόνως διεξήχθη αξιολόγηση των μεταβολών της ποιότητας ζωής σε σχέση με τα ευρήματα του δείγματος που συλλέχθηκαν μετέπειτα, αφού το δείγμα ελήφθη στη διάρκεια της εσωτερικής νοσηλείας αλλά και μετά από έξι μήνες από το εξιτήριο. Επίσης, η έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε είκοσι μια πόλεις της Κολούμπια των Η.Π.Α., το 2005, από Κέντρα Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (Centers for Disease Control and Prevention – CDC), σε 1297 ασθενείς που είχαν πραγματοποιήσει εξωτερική νοσηλεία ιατρικής αποκατάστασης, έδειξε ότι τα προγράμματα αποκατάστασης που ακολούθησαν ως εξωτερικοί ασθενείς συνέβαλαν αποτελεσματικά στην μετέπειτα βελτίωση της γενικότερης λειτουργικότητάς τους ανεβάζοντας συγχρόνως τα ποσοστά της ποιότητας ζωής τους (Centers for Disease Control and Prevention, 2007). Τέλος, η έρευνα των Werner και Kessler (1996) που εξέτασε την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων αποκατάστασης που ακολούθησαν εξωτερικοί ασθενείς μετά από Α.Ε.Ε. για τους οποίους είχε προηγηθεί και πρόγραμμα ιατρικής αποκατάστασης εσωτερικής νοσηλείας, είχαν νοσηλευτεί σε νοσοκομείο κατά τον χρόνο της οξείας φάσης του Α.Ε.Ε., αλλά κανένας απ' αυτούς δεν είχε συνεχιζόμενη θεραπεία αποκατάστασης εντός του τελευταίου εξαμήνου, έδειξε ότι η αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών αυτών δεν τεκμηριώνονται επαρκώς.

2.5. Διεθνής πραγματικότητα

Στην ενότητα αυτή αποτυπώθηκαν μερικά επιδημιολογικά στοιχεία για τα Α.Ε.Ε. για να παρουσιαστεί το μέγεθος του προβλήματος και η έντασή του, στο διεθνές επίπεδο, καθώς και τα διεθνή ερευνητικά ευρήματα για την ποιότητα ζωής μετά από Α.Ε.Ε. για να εξεταστεί ο βαθμός του ερευνητικού ενδιαφέροντος.

Η συχνότητα εμφάνισης Α.Ε.Ε. αλλά και η θνησιμότητα διαφέρουν από χώρα σε χώρα αλλά και από γεωγραφική περιοχή σε γεωγραφική περιοχή και σχετίζονται με

τη γεωγραφική κατανομή, τις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες αλλά και το σύστημα υγείας (Μπουτάρη, 2013, Matsumoto et al. 2010). Για παράδειγμα τα βόρεια τμήματα του Ηνωμένου Βασιλείου και της Φιλανδίας έχουν υψηλότερη εμφάνιση Α.Ε.Ε. απ' ό,τι τα νότια τμήματα των χωρών αυτών (Havulinna et al., 2008, Morris et al., 2003).

Οι πρώτες αιτίες θανάτου στην Ευρώπη των 27 μελών, σύμφωνα με τα στοιχεία της Eurostat (2012) είναι οι παθήσεις του κυκλοφοριακού συστήματος και ο καρκίνος, οι οποίες έχουν μεγάλη αριθμητική διαφορά από τις υπόλοιπες αιτίες θανάτου. Στις παθήσεις του κυκλοφοριακού συστήματος συγκαταλέγονται τα Α.Ε.Ε., οι ισχαιμικές καρδιοπάθειες, η υπέρταση, η χοληστερίνη και ο διαβήτης. Το 2010 οι παθήσεις του κυκλοφοριακού συστήματος ήταν η αιτία για 209,9 θανάτους ανά 100.000 κατοίκους σε όλη την ΕΕ-27. Τα κράτη μέλη της ΕΕ με τα υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας από παθήσεις του κυκλοφοριακού συστήματος, συμπεριλαμβανομένων και των Α.Ε.Ε., ήταν η Βουλγαρία με 621,7 θανάτους, η FORUM με 566,4 και η Ρουμανία με 548,4. Στην άλλη άκρη του φάσματος ήταν η Γαλλία με 119,5 θανάτους (στοιχεία 2009), η Ισπανία με 137,8 και η Ελβετία με 146,3 που είχαν τα χαμηλότερα ποσοστά θνησιμότητας από παθήσεις του κυκλοφοριακού συστήματος.

Στις Η.Π.Α., το 2025 αναμένεται να υποστούν Α.Ε.Ε. πάνω από 1.200.000 άτομα όταν το 2002, είχαν σημειωθεί πάνω από 700.000 Α.Ε.Ε. από τα οποία περίπου τα 500.000 για πρώτη φορά και τα 200.000 ήταν επαναλαμβανόμενα Α.Ε.Ε., σύμφωνα με τη μελέτη των Broderick, και William (2004).

Στην Κίνα και στην Κορέα το Α.Ε.Ε. αποτελεί την κύρια αιτία θανάτου ενώ στην Αφρική ξεπερνά τους θανάτους ακόμη και των καρδιακών παθήσεων (Βαλτσόγης, Λεοντάρης, 2012).

Κι ενώ αυτή είναι η διεθνής πραγματικότητα η διερεύνηση της ποιότητας ζωής των ασθενών μετά από Α.Ε.Ε. δεν έχει μέχρι σήμερα εξεταστεί στο βαθμό που θα έπρεπε, αν και τις δυο τελευταίες δεκαετίες παρουσιάζεται ένα ιδιαίτερο ερευνητικό ενδιαφέρον για το θέμα αυτό σε παγκόσμια κλίματα. Έρευνες, που δίνουν σε πολλές περιπτώσεις συγκρουόμενα αποτελέσματα που σημαίνει ανάγκη για παραπέρα ερευνητικά ευρήματα.

2.6. Ελληνική πραγματικότητα

Προκειμένου να αποτυπωθεί η ελληνική πραγματικότητα αναζητήσαμε επιδημιολογικά στοιχεία για τα Α.Ε.Ε. καθώς και ερευνητικά ευρήματα για την ποιότητα ζωής μετά από Α.Ε.Ε. Επιδημιολογικά στοιχεία για να αποτυπωθεί το μέγεθος και η ένταση του προβλήματος και να βρεθούν οι αυξητικές ή μειωτικές τάσεις. Επίσης να εξετασθεί ο αριθμός των θανάτων από Α.Ε.Ε. ως ποσοστό σε σχέση με τους θανάτους όλων των αιτιών. Η συγκέντρωση στοιχείων, ως προς το θέμα των θανάτων από Α.Ε.Ε. πραγματοποιήθηκε εύκολα αφού η Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία συλλέγει στοιχεία από αιτίες θανάτων για κάθε χρόνο μέσα από τα πιστοποιητικά θανάτου που υποβάλλουν οι γιατροί ή στις περιπτώσεις βίαιων και ξαφνικών θανάτων από τα στοιχεία που υποβάλλουν οι ιατροδικαστικές υπηρεσίες. Εκεί που δεν υπάρχουν αρκετά στοιχεία είναι ο αριθμός των ατόμων που υπέστησαν, ανά έτος, Α.Ε.Ε. αφού καμιά δημόσια ή ιδιωτική αρχή δε συγκεντρώνει τέτοια στοιχεία.

Στη βιβλιογραφία διαπιστώσαμε ότι υπάρχει σύγκλιση στην άποψη ότι η επίπτωση σε ετήσια βάση κυμαίνεται στους 310 ανά 100.000 για ασθενείς ηλικίας 45-85 ετών και ότι οι άνδρες έχουν μεγαλύτερη συχνότητα 362/100.000 σε σχέση με τις γυναίκες 271/100.000 (Vemmos et al., 1999, Χατζητόλιος και συν., 2007, Μπουτάρη, 1913).

Το ποσοστό θανάτων από νοσήματα κυκλοφοριακού συστήματος, συμπεριλαμβανομένων και των Α.Ε.Ε. σε σχέση με το σύνολο των θανάτων στην Ελλάδα, σύμφωνα με την Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία (2015), από 10% (9.347 θάνατοι) που ήταν το 1938 εξελίχθηκε σε 25% (14.893 θάνατοι) το 1956 και σε 41,5% (46.342 θάνατοι) το 2013.

Πίνακας 1: Θάνατοι από νοσήματα του κυκλοφοριακού συστήματος, συμπεριλαμβανομένων των Α.Ε.Ε. 1938-2013

ΕΤΟΣ	ΘΑΝΑΤΟΙ ΑΠΟ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΣΥΜΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΩΝ ΤΩΝ Α.Ε.Ε.
1938	9.347
1956	14.893
1973	27.941
1993	47.793
2013	46.342

Πηγή: Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία (2015)

Το 2012 οι θάνατοι από Α.Ε.Ε., σύμφωνα με τα στοιχεία της Ελληνικής Στατιστικής Υπηρεσίας (2015), ήταν το 14% των συνολικών θανάτων στη Χώρα. Ο αριθμός των θανάτων από Α.Ε.Ε. από το 2000 έως το 2013, όπως φαίνεται και στον πίνακα 2 παρουσιάζει μικρές αποκλίσεις, ιδιαίτερα από το 2009 και μετά.

Πίνακας 2: Θάνατοι από Α.Ε.Ε. 2000-2013

ΕΤΟΣ	ΘΑΝΑΤΟΙ ΑΠΟ Α.Ε.Ε.
2000	18.753
2009	15.493
2010	14.910
2011	15.041
2012	15.868
2013	14.996

Πηγή: Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία (2015)

Σύμφωνα με τα στοιχεία της Eurostat (2012), στους θανάτους από παθήσεις κυκλοφοριακού συστήματος, συμπεριλαμβανόμενων και των Α.Ε.Ε., στην ΕΕ-27 η Ελλάδα, το 2010, κατείχε τη 12^η θέση με 228,9 θανάτους ανά 100.000 κατοίκους.

Κι ενώ αυτή είναι η ελληνική πραγματικότητα η διερεύνηση της ποιότητας ζωής των ασθενών μετά από Α.Ε.Ε. βρίσκεται, ακόμη, στην αφετηρία του ερευνητικού ενδιαφέροντος αφού όπως προαναφέραμε μια μόνο εμπειρική έρευνα έχει πραγματοποιηθεί στην Ελλάδα.

2.7. Συμπεράσματα

Η διερεύνηση της ποιότητας ζωής των ασθενών μετά από Α.Ε.Ε. παρουσιάζει, τις τελευταίες δεκαετίες, ερευνητικό ενδιαφέρον, με σημαντικά ερευνητικά ευρήματα, σε παγκόσμιο επίπεδο, χωρίς αυτό το ερευνητικό ενδιαφέρον να έχει εξαντληθεί ή αμβλυνθεί, αφού σε πολλές παραμέτρους των επιπτώσεων των Α.Ε.Ε. υπάρχουν διστάμενες απόψεις και αλληλοσυγκρουόμενα ερευνητικά ευρήματα, που σημαίνει ανάγκη για παραπέρα έρευνα. Διστάμενα ερευνητικά ευρήματα συναντάμε στη συσχέτιση φύλου, ηλικίας και φυλής με την ποιότητα ζωής μετά από Α.Ε.Ε., στο θέμα της λειτουργικής ικανότητας, στο θέμα των γνωστικών διαταραχών, στο θέμα εσωτερικής ή εξωτερικής νοσηλείας του ασθενή και στο θέμα αν το ισχαιμικό ή αιμορραγικό Α.Ε.Ε. παρουσιάζει καλύτερη εικόνα στην ποιότητα ζωής του ασθενή.

Στην Ελλάδα το ερευνητικό ενδιαφέρον για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των ασθενών μετά από Α.Ε.Ε. βρίσκεται, ακόμη, στην αφετηρία του, αφού μόνο μια ερευνητική δουλειά έχει πραγματοποιηθεί για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής ασθενών με οξύ πρωτοεμφανιζόμενο Α.Ε.Ε., όπως έχουμε προαναφέρει. Συνεπώς, το ερευνητικό ενδιαφέρον τώρα ξεκινά και αυτό το κενό προσδοκά να καλύψει και η παρούσα ερευνητική εργασία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

3.1. Μεθοδολογία

Σε αυτό το κεφάλαιο παρουσιάζουμε τη διαδικασία που ακολουθήθηκε για τη διεξαγωγή αυτής της μεταπτυχιακής διατριβής καθώς και τον τρόπο με τον οποίο συλλέχθηκαν τα δεδομένα που χρησιμοποιήθηκαν. Αρχικά, αναφέρουμε τους σκοπούς διεξαγωγής της έρευνας καθώς και τους στόχους που θέσαμε με βάση τα ερευνητικά ερωτήματα. Στη συνέχεια, περιγράφουμε τον τρόπο με τον οποίο οργανώσαμε τη συλλογή των δεδομένων για τη διεκπεραίωση της έρευνας. Αναφέρουμε, επίσης, βασικά χαρακτηριστικά που αφορούν τον πληθυσμό και το δείγμα μας καθώς και τη μέθοδο συλλογής των δεδομένων μας. Στη συνέχεια, αναλύουμε τα αποτελέσματα που προέκυψαν και προτείνουμε πιθανούς τρόπους βελτίωσης της ποιότητας ζωής των ασθενών.

3.2. Σκοπός και στόχοι

Σκοπός της παρούσας μεταπτυχιακής διατριβής είναι η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των ασθενών που υπέστησαν Α.Ε.Ε. εξετάζοντας παράγοντες της σωματικής, ψυχικής και συναισθηματικής λειτουργίας ώστε να εκτιμηθεί η ποιότητα ζωής τους, συσχετίζοντας τον ισχαιμικό και τον αιμορραγικό τύπο για να εξακριβωθεί αν κάποιος από τους δυο τύπους επιδρά περισσότερο και αν υπάρχει διαφορά στην ποιότητα ζωής των ασθενών που νοσηλεύτηκαν και εντός του Κέντρου Αποκατάστασης και Αποθεραπείας απ' αυτούς που ήταν μόνο εξωτερικοί ασθενείς. Με την εμπειρική αυτή έρευνα προσδοκάμε να εξαχθούν χρήσιμα συμπεράσματα για την κατανόηση της αντίδρασης του ασθενή στην πάθησή του, στην ανάπτυξη θεραπευτικών μεθόδων, στη διευκόλυνση των οικονομικών αναλύσεων, στην κατανομή των πόρων και στη χάραξη πολιτικών στο χώρο της υγείας.

Πιο συγκεκριμένα, για τη διεκπεραίωση αυτού του σκοπού αναζητήσαμε ερωτηματολόγια που έχουν λάβει υπόψη τους την εγκυρότητα, την αξιοπιστία, την καταλληλότητα, την ανταπόκριση σε αλλαγές (ευαισθησία), την ευκολία στη μέτρηση και τη χρησιμότητα-ερμηνεία. Λάβαμε υπόψη μας, ότι υπάρχουν ερωτηματολόγια γενικής και ειδικής κλίμακας μέτρησης της ποιότητας ζωής των ασθενών και ότι οι γενικοί δείκτες χρησιμοποιούνται επί το πλείστον στα γενικότερα ζητήματα υγείας του ανθρώπου, και ότι τα ειδικά εργαλεία μέτρησης χρησιμοποιούνται επί το πλείστον στη μέτρηση της ποιότητας ζωής των ασθενών που πάσχουν από μια συγκεκριμένη ασθένεια. Αυτό μας οδήγησε στο να χρησιμοποιήσουμε δυο ερωτηματολόγια. Χρησιμοποιήσαμε τα ερωτηματολόγια: Επισκόπηση Υγείας SF-36 και Stroke-Specific Quality of Life Scale (SS-QOL) όπου το πρώτο ανήκει στην κατηγορία των γενικών ερωτηματολογίων της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής και το δεύτερο στην κατηγορία της ειδικής κλίμακας. Το SF – 36 δημιουργήθηκε, το 1994, από τους J. Ware και C. Sherbourne. Αποτελείται από 36 ερωτήσεις ταξινομημένες στις παρακάτω οκτώ κλίμακες υγείας: σωματικής λειτουργικότητας, σωματικού ρόλου, σωματικού πόνου, γενικής υγείας, ζωτικότητας, κοινωνικού ρόλου, συναισθηματικού ρόλου και ψυχικής υγείας.

Όσον αφορά την κλίμακα μέτρησης SS-QOL αυτή αναπτύχθηκε από τη Νευρολογική Κλινική του Πανεπιστημίου της Indiana των ΗΠΑ (Τσιβγούλης, 2011) με στόχο την εκτίμηση της ποιότητας ζωής μετά από Α.Ε.Ε. με βάση τις απαντήσεις των ασθενών ή φροντιστών τους σε ένα ερωτηματολόγιο 49 ερωτήσεων. Η κλίμακα εκτιμά την ποιότητα ζωής σε δώδεκα τομείς: ενέργεια, οικογενειακή ζωή, γλώσσα, κινητικότητα, διάθεση, προσωπικότητα, φροντίδα του εαυτού, κοινωνική ζωή, σκέψη, λειτουργία των άνω άκρων, όραση, εργασία και παραγωγικότητα.

Με αυτά τα δύο ερωτηματολόγια εξετάσαμε τις απόψεις των ασθενών για την υγεία τους προκειμένου να εξακριβωθεί το επίπεδο στο οποίο αυτή βρίσκεται μετά την εμφάνιση του Α.Ε.Ε. σχετικά με την παρεμπόδιση ή μη των καθημερινών δραστηριοτήτων τους καθώς και το σύνολο της ποιότητας της ζωής τους σε διάφορους τομείς.

3.3. Ερευνητικά ερωτήματα

Τα δύο αυτά ερωτηματολόγια, SF-36 και SS-QOL, περιελάμβαναν μόνον κλειστές ερωτήσεις, στις οποίες οι ασθενείς επέλεξαν μία απάντηση. Οι απαντήσεις που δόθηκαν σε διαβαθμισμένη κλίμακα (ordinal), όπου βασικός τους σκοπός ήταν η κατάταξη των απαντήσεων. Με παρόμοιο τρόπο πραγματοποιήθηκε και η ταξινόμηση των εξεταζόμενων μεταβλητών σε κλίμακες μέτρησης, εκ των οποίων στη συγκεκριμένη περίπτωση χρησιμοποιήθηκαν μόνο μερικές από αυτές και όχι το σύνολό τους. Συνολικά χρησιμοποιήθηκαν τρεις κλίμακες, η κλίμακα Likert, η κλίμακα σπουδαιότητας και η μη – συγκριτική κλίμακα (Σιώμκος, Μαύρος, 2008, Σταθακόπουλος, 2005). Στην κλίμακα Likert, παρατέθηκαν διάφορες προτάσεις, στις οποίες ο ερωτώμενος δήλωσε τον βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας με κάθε μία από αυτές. Στην κλίμακα σπουδαιότητας, ο ερωτώμενος βαθμολόγησε μία κατάσταση ανάλογα με τη σημαντικότητά της ως καθόλου σημαντική έως πάρα πολύ σημαντική, ενώ στη μη – συγκριτική κλίμακα, ο ερωτώμενος επέλεξε κάποιον αριθμό που αντιστοιχούσε σε κάποια ιδιότητα.

3.4. Σχεδιασμός

Τα δύο ερωτηματολόγια, SF-36 και SS-QOL, διανεμήθηκαν σε ασθενείς στο Κέντρο Αποκατάστασης και Αποθεραπείας «Διάπλαση» Καλαμάτας. Λόγω της κατάστασης της υγείας των ασθενών, τα ερωτηματολόγια διαβάζονταν και επεξηγούνταν από τον ίδιο τον ερευνητή μέσα στο Κέντρο Αποκατάστασης και Αποθεραπείας «Διάπλαση» Καλαμάτας. Τονίζονταν ότι οι απαντήσεις θα έπρεπε να εκφράζουν τη δικιά τους άποψη και ότι δεν υπάρχουν σωστές ή λανθασμένες απαντήσεις.

Κατά συνέπεια, η έρευνα αυτή εντάσσεται στο γενικότερο πλαίσιο των ερευνών πεδίου. Η έρευνα πεδίου αφορά τη συλλογή δεδομένων, η οποία διεξάγεται σε φυσικά περιβάλλοντα και όχι σε ειδικά διαμορφωμένους χώρους. Η διανομή ερωτηματολογίων, η οποία χρησιμοποιήθηκε σε αυτή την περίπτωση, εντάσσεται στη γενικότερη μεθοδολογία των δημοσκοπήσεων. Ένα από τα ζητήματα που θα καλυφθούν στη συνέχεια είναι και η μελέτη των συσχετίσεων μεταξύ των εξεταζόμενων μεταβλητών προκειμένου να απαντηθούν βασικά ερωτήματα, καθώς και η υπάρχουσα σχέση μεταξύ τους μέσω της ανάλυσης της πολλαπλής παλινδρόμησης.

Για τη διερεύνηση της κατάστασης της υγείας των ασθενών και τη σύνδεσή της με τις διάφορες δραστηριότητες με τις οποίες ασχολούνταν πριν την εμφάνιση του Α.Ε.Ε. καθώς και της ψυχικής υγείας από την οποία χαρακτηρίζονταν, πραγματοποιήθηκε η συλλογή αυτών των πρωτογενών στοιχείων από τους ασθενείς μέσω των ερωτηματολογίων που αναφέρθηκαν παραπάνω. Οι ασθενείς απάντησαν σε ερωτήσεις των οποίων οι απαντήσεις ήταν βαθμολογημένες με βάση την κλίμακα Likert. Επιπλέον, έδωσαν προσωπικά στοιχεία που αφορούσαν το φύλο, την ηλικία, το είδος του εγκεφαλικού (ισχαιμικό – αιμορραγικό), την πραγματοποίηση ή μη και εσωτερικής νοσηλείας.

Η χρήση της προσωπικής συνέντευξης, η οποία διενεργήθηκε σε αυτήν την περίπτωση χαρακτηρίζεται από την άμεση επικοινωνία μεταξύ ερευνητή και ερωτώμενου. Με αυτόν τον τρόπο, μπόρεσε να επιτευχθεί μεγαλύτερο ποσοστό συμπληρωμένων ερωτηματολογίων μέσω της δυνατότητας της προσαρμογής του ερευνητή σε κάθε ειδική περίπτωση, όπως και η δυνατότητα επεξήγησης των ερωτήσεων από αυτόν. Ωστόσο, η χρήση της προσωπικής μεθόδου εγκυμονεί και κάποιους σημαντικούς κινδύνους, όπου ο σημαντικότερος από αυτούς αφορά στην ελλιπή εποπτεία του ερευνητή, η οποία μπορεί να οδηγήσει και στον επηρεασμό των απαντήσεων από αυτόν, καθώς και ο κίνδυνος της μεροληπτικής στάσης του, η οποία θα απέκλειε κάποιους από τους ερωτώμενους από τη δυνατότητα απάντησης γι' αυτό και πάρθηκαν όλα τα αναγκαία μέτρα γι' αποφυγή αυτών των κινδύνων στην υλοποίηση της παρούσας έρευνας.

3.5. Πληθυσμός-Δείγμα

Στο δείγμα μας περιλαμβάνονταν οι απαντήσεις 80 ασθενών που είχαν υποστεί Α.Ε.Ε. Απ' αυτούς το 56,2% αποτελούνταν από άντρες, ενώ το 43,8% ήταν γυναίκες. Η ηλικία των ασθενών ήταν κατά μέσο όρο 70,56 έτη (εύρος τιμών: 30 – 90, τυπική απόκλιση: 14,17). Από αυτούς το 68,7% προσβλήθηκαν από ισχαιμικό Α.Ε.Ε., ενώ το 31,3% από αιμορραγικό. Επίσης, το 72,5% των ασθενών είχε πραγματοποιήσει και εσωτερική νοσηλεία, ενώ το 27,5% είχε πραγματοποιήσει μόνο εξωτερική νοσηλεία.

3.6. Διαδικασία δειγματοληψίας

Όσον αφορά τη διαδικασία της δειγματοληψίας, όπως ήδη έχουμε αναφέρει, η διανομή και συλλογή των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε στο Κέντρο Αποκατάστασης και Αποθεραπείας «Διάπλαση» Καλαμάτας. Τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν τυχαία και συλλέχθηκαν συνολικά από 80 ασθενείς που είτε νοσηλεύτηκαν είτε διαγνώστηκαν με Α.Ε.Ε. Κατά συνέπεια, οι 80 αυτοί ασθενείς αποτέλεσαν το δείγμα της έρευνας, από τη στιγμή που είναι πρακτικά αδύνατο να εστιάσουμε στο σύνολο του πληθυσμού. Όμως, με σκοπό την αποφυγή λαθών κατά την εξαγωγή των αποτελεσμάτων, το δείγμα έπρεπε να είναι αμερόληπτο. Η αμεροληψία συνδέεται με την τυχαία επιλογή του δείγματος, η οποία στη συγκεκριμένη περίπτωση εξασφαλίστηκε από τη στιγμή που αν και τα ερωτηματολόγια συλλέχθηκαν στο Κέντρο Αποκατάστασης και Αποθεραπείας «Διάπλαση» Καλαμάτας, οι ασθενείς που αποτέλεσαν το δείγμα επιλέχθηκαν τυχαία και όχι σκόπιμα.

3.7. Ηθικές προεκτάσεις

Για να εξασφαλίσουμε την άδεια διεξαγωγής της έρευνας, κατατέθηκε σχετικό αίτημα τόσο στη διοίκηση του Κέντρου Αποκατάστασης και Αποθεραπείας «Διάπλαση» Καλαμάτας, όσο και στους ίδιους τους μετόχους (αυτό έγινε μετά από προφορική υπόδειξη του διοικητή). Υπήρξε και από τις δυο πλευρές, άμεση, θετική ανταπόκριση στο αίτημά μας. Στη συνέχεια ενημερώσαμε για την έρευνα, τους στόχους και τους σκοπούς της, το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό του τομέα που πραγματοποιείται η αποκατάσταση και αποθεραπεία ασθενών από τις επιπτώσεις των Α.Ε.Ε.

Όπως σε κάθε επιστημονική έρευνα έτσι και στην παρούσα ακολουθήθηκαν αυστηρά οι δεοντολογικές αρχές. Η συμπλήρωση των δυο ερωτηματολογίων έγινε χωρίς να ασκηθεί οποιαδήποτε πίεση στους συμμετέχοντες στην έρευνα και στο χρόνο που αυτοί καθόριζαν. Οι συμμετέχοντες ασθενείς ενημερώθηκαν για την ταυτότητα της έρευνας, τον σκοπό της και τη διαδικασία συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων. Τονίζόταν ότι οι απαντήσεις θα έπρεπε να εκφράζουν αποκλειστικά την προσωπική τους άποψη. Τους εξηγήθηκε ότι θα εξασφαλιζόταν η ανωνυμία και ότι είχαν δικαίωμα άρνησης συμμετοχής στην έρευνα. Ορισμένοι ασθενείς αρνήθηκαν τη

συμμετοχή τους στην έρευνα εξαιτίας της βαριάς σωματικής και ψυχολογικής κατάστασης που βρίσκονταν την περίοδο εκείνη και κάποιιοι ήταν αδύνατο να συμμετάσχουν λόγω της αδυναμίας τους να επικοινωνήσουν με άλλους ανθρώπους. Με τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων οι συμμετέχοντες δέχονταν τις ευχαριστίες μας. Τέλος, τα συμπληρωμένα ερωτηματολόγια τοποθετούνταν σε φάκελο ασφαλείας που εξασφάλιζε την εμπιστευτικότητα των στοιχείων.

3.8. Διαδικασία

Η διαδικασία ανάλυσης των αποτελεσμάτων περιελάμβανε το στάδιο της κωδικοποίησης των μεταβλητών και το στάδιο της στατιστικής ανάλυσης των ερωτηματολογίων.

3.8.1. Κωδικοποίηση των μεταβλητών

Πριν πραγματοποιηθεί η κωδικοποίηση των ερωτηματολογίων κάναμε έναν έλεγχο σχετικά με την ύπαρξη λαθών ή και παραλείψεων κατά τη διαδικασία απάντησης των ερωτηματολογίων. Στον έλεγχο αυτό, βρήκαμε ότι σε κάποια ερωτηματολόγια κάποιες ερωτήσεις δεν είχαν απαντηθεί καθόλου κι έτσι κατά τη διαδικασία της κωδικοποίησης αυτές οι μεταβλητές στα συγκεκριμένα ερωτηματολόγια έμειναν κενές.

Οι υπόλοιπες μεταβλητές κωδικοποιήθηκαν μέσω της χρήσης ακέραιων αριθμών, οι οποίοι λάμβαναν τις τιμές από 1-5, στις περισσότερες απαντήσεις. Επίσης, για το ερωτηματολόγιο SF – 36, διενεργήθηκε και μία δεύτερη κωδικοποίηση προκειμένου να βαθμολογηθούν με σωστότερο τρόπο οι απαντήσεις. Ωστόσο, για τις μεταβλητές που αφορούσαν την κωδικοποίηση δημογραφικών στοιχείων, όπως η ηλικία, δε χρησιμοποιήθηκε κάποια ιδιαίτερη κωδικοποίηση αφού οι τιμές μπορούσαν να λάβουν οποιαδήποτε τιμή.

3.8.2. Στατιστική ανάλυση ερωτηματολογίων

Η ανάλυση των ερωτηματολογίων διενεργήθηκε μέσω του στατιστικού πακέτου SPSS 17. Αρχικά, αναλύθηκαν τα περιγραφικά χαρακτηριστικά των υπό εξέταση μεταβλητών και μελετήθηκαν τα περιγραφικά στατιστικά στοιχεία των μεταβλητών.

Επίσης, μελετήθηκαν οι συχνότητες εμφάνισης, η μέση τιμή, η τυπική απόκλιση, η ελάχιστη και η μέγιστη τιμή, αλλά και το εύρος. Η μελέτη των συχνοτήτων, η οποία ορίζεται ως το σύνολο των απαντήσεων ανά κατηγορία για κάθε ερώτηση, σε συνδυασμό με τις υπόλοιπες τιμές στόχευαν στην καλύτερη απεικόνιση των μεταβλητών.

Με σκοπό να οδηγηθούμε στην καλύτερη ανάλυση παλινδρόμησης, υπολογίσαμε την ύπαρξη ή μη στατιστικά σημαντικής συσχέτισης μεταξύ δύο μεταβλητών μέσω του συντελεστή συσχέτισης Pearson. Η τιμή του συντελεστή λαμβάνει τιμές από -1 έως και 1, όπου η τιμή -1 δείχνει την τέλεια αρνητική συσχέτιση, η τιμή 1 την τέλεια θετική συσχέτιση και η τιμή 0 την απουσία συσχέτισης.

Στο τελευταίο στάδιο εκτιμήσαμε πολυπαραγοντικές γραμμικές παλινδρομήσεις προκειμένου να προβλέψουμε την τιμή μίας εξαρτημένης μεταβλητής σε σχέση με τις μεταβολές κάποιας ή κάποιων ανεξάρτητων μεταβλητών. Έτσι, χρησιμοποιήσαμε την πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση, η οποία μπορεί να γραφεί ως:

$$Y = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 + \dots + \beta_n X_n + \varepsilon_i$$

Όπου Y είναι η εξαρτημένη μεταβλητή, X_1, X_2, \dots, X_n οι ανεξάρτητες μεταβλητές που επηρεάζουν την εξαρτημένη μεταβλητή, β_0 η σταθερά της εξίσωσης, $\beta_1, \beta_2, \dots, \beta_n$ οι συντελεστές που δείχνουν τον τρόπο με τον οποίο οι ανεξάρτητες μεταβλητές επηρεάζουν την εξαρτημένη και ε_i το τυπικό σφάλμα.

Μετά την εκτίμηση αυτής της εξίσωσης ελέγξαμε τη στατιστική σημαντικότητα των εκτιμητών των παραμέτρων. Σε αυτό τον έλεγχο εξετάστηκε η μηδενική υπόθεση οι συντελεστές αυτοί να είναι ίσοι με το 0, έναντι της εναλλακτικής να είναι διαφορετικοί του μηδενός. Χρησιμοποιώντας το p - value, οδηγούμαστε στην απόρριψη ή μη της μηδενικής υπόθεσης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

4.1. Αποτελέσματα έρευνας

Σε αυτό το κεφάλαιο παρουσιάζονται τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την ανάλυση των δύο ερωτηματολογίων, SF- 36 και η SS – QOL, που επιλέχθηκαν για τη μελέτη της ποιότητας ζωής των ασθενών μετά από Α.Ε.Ε.. Το δείγμα αποτέλεσαν οι απαντήσεις 80 ασθενών του Κέντρου Αποκατάστασης και Αποθεραπείας «Διάπλαση» Καλαμάτας. Το 56,3% των ερωτηθέντων ήταν άνδρες ενώ το 43,8% γυναίκες. Η μέση ηλικία ήταν ίση με 70,56 έτη (βαθμοί απόκλισης:14,17). Στα περιστατικά αυτά το 68,8% αφορούσε Α.Ε.Ε. ισχαιμικού τύπου, ενώ το 31,3% αιμορραγικού τύπου. Επίσης, για το 72,5% των ασθενών είχε προηγηθεί και εσωτερική νοσηλεία, ενώ για το 27,5% δεν είχε.

Το πρώτο ερωτηματολόγιο, το SF – 36 που χρησιμοποιήθηκε, αφορούσε τις απόψεις των ασθενών για την υγεία τους με σκοπό την εξακρίβωση για το πώς αισθάνονται ως προς την υγεία τους και το πόσο καλά μπορούν να ασχοληθούν με τις συνηθισμένες δραστηριότητές τους μετά την εμφάνιση του Α.Ε.Ε. Στην πραγματικότητα, με αυτό το ερωτηματολόγιο διενεργήθηκε η σύγκριση της κατάστασης της υγείας των ασθενών, τόσο της συναισθηματικής όσο και της σωματικής, πριν και μετά την εμφάνιση του Α.Ε.Ε, ανεξάρτητα από τον τύπο του Α.Ε.Ε.

Όσον αφορά τη δεύτερη κλίμακα μέτρησης, με αυτή εκτιμήθηκε η ποιότητα ζωής των ασθενών μετά από Α.Ε.Ε. σε δώδεκα τομείς: ενέργεια, οικογενειακή ζωή, γλώσσα, κινητικότητα, διάθεση, προσωπικότητα, φροντίδα του εαυτού, κοινωνική ζωή, σκέψη, λειτουργία των άνω άκρων, όραση, εργασία και παραγωγικότητα. Η βαθμολόγηση έπαιρνε τιμές από 1 – 5, ενώ η συνολική βαθμολογία είναι ο μέσος όρος της βαθμολογίας των επιμέρους τομέων. Οι μεγαλύτερες τιμές σημαίνουν και καλύτερη ποιότητα ζωής, ενώ τιμές μικρότερες του 4,2 δείχνουν ανεξάρτητη και στατιστικά σημαντική μείωση της ποιότητας ζωής μετά από την παρουσίαση του Α.Ε.Ε.

Προκειμένου τα αποτελέσματά μας να είναι πιο κατανοητά έχουμε προχωρήσει στον διαχωρισμό τους σε κάποιες βασικές υποενοότητες. Η πρώτη υποενοότητα αφορά την παρουσίαση των βασικών περιγραφικών χαρακτηριστικών των δύο ερωτηματολογίων καθώς και των υποομάδων που αναλύονται με βάση δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά. Στη δεύτερη υποενοότητα προχωρούμε στην ανάλυση των συσχετίσεων των 8 διαστάσεων της κλίμακας SF – 36 με τις 12 διαστάσεις της κλίμακας SS – QOL. Σε αυτή την υποενοότητα δηλαδή αναλύουμε το κατά πόσο επηρεάζουν η φυσική και ψυχική κατάσταση της υγείας την συνολική ποιότητα ζωής. Στην τελευταία υποενοότητα διεξάγουμε παλινδρομήσεις, όπου παρατηρούμε πώς επηρεάζουν οι 8 διαστάσεις της SF – 36 την κάθε διάσταση της SS – QOL.

4.2. Περιγραφικά στατιστικά των ερωτηματολογίων SF-36 και SS-QOL

Μελετώντας αρχικά την κλίμακα SF-36 εξετάζουμε τη συνολική μεταβολή της κατάστασης της υγείας διαχωρίζοντάς την σε φυσική και ψυχική. Η μέση τιμή της κλίμακας της φυσικής υγείας ισούται με 34,07 υποδεικνύοντας μία συνολικά κακή κατάσταση της υγείας των ασθενών. Η τυπική απόκλιση, η οποία μετράει τη διασπορά γύρω από τη μέση τιμή είναι ίση με 10,6 μονάδες, ενώ η ελάχιστη τιμή της ισούται με 14,93 και η μέγιστη με 57,20, με εύρος τιμών ίσο με 42,27.

Αντίστοιχα είναι και τα αποτελέσματα για την κλίμακα της ψυχικής υγείας. Η μέση βαθμολογία ισούται με 44,72 υποδεικνύοντας μία μέτρια προς το χειρότερο κατάσταση της συνολικής ψυχικής υγείας των ασθενών. Η τυπική απόκλιση σε αυτή την περίπτωση ισούται με 11,12 μονάδες, με μέγιστη τιμή 62,004 και ελάχιστη 23,453, διαμορφώνοντας ένα εύρος τιμών ίσο με 38,551. Αναλύοντας τις επιμέρους διαστάσεις της κλίμακας SF-36 (Σωματική λειτουργικότητα, Σωματικός ρόλος, Σωματικός πόνος, Γενική υγεία, Ζωτικότητα, Κοινωνικός ρόλος, Ρόλος συναισθηματικός και Ψυχική υγεία) φαίνεται να επιβεβαιώνονται τα αποτελέσματα σε σχέση με τις τιμές των δύο συνοπτικών κλιμάκων αφού είναι φανερό η γενική χειροτέρευση της υγείας των ασθενών (Πίνακας 3).

Στη συνέχεια, προχωρούμε στην ανάλυση των περιγραφικών στατιστικών της κλίμακας SS-QOL. Το SS-QOL αφορά τη μελέτη της ποιότητας της ζωής των ασθενών μετά την εμφάνιση του Α.Ε.Ε. Η συνολική βαθμολογία της κλίμακας SS-

QOL ήταν ίση με 3,06, δείχνοντας μία ανεξάρτητη και στατιστικά σημαντική μείωση της ποιότητας ζωής μετά την εμφάνιση του Α.Ε.Ε., με τυπική απόκλιση 0,83. Η μεγαλύτερη τιμή που έλαβε ήταν ίση με 4,49 και η μικρότερη ίση με 1,13, δίνοντάς μας ένα εύρος ίσο με 3,36. Στη συνέχεια, διενεργήσαμε την ανάλυση των βασικών περιγραφικών στατιστικών στοιχείων τους για κάθε εξεταζόμενη διάσταση της SS-QOL. Στον πίνακα 4, και σε αυτή την περίπτωση φαίνεται να επιβεβαιώνονται τα αποτελέσματα της συνολικής κλίμακας και στις επιμέρους διαστάσεις. Συνολικά διαπιστώσαμε ότι όλες οι διαστάσεις επηρεάζουν σε μέτριο βαθμό τη συνολική ποιότητα ζωής των ασθενών (με μέση τιμή γύρω στο 3).

Διαστάσεις του SF – 36	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση
A. Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας	34,07	10,60
B. Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας	44,72	11,12
1.Σωματική Λειτουργικότητα	41,33	30,86
2.Σωματικός Ρόλος	28,72	38,75
3.Σωματικός Πόνος	55,16	26,20
4.Γενική Υγεία	45,15	19,42
5.Ζωτικότητα	51,57	18,71
6.Κοινωνικός Ρόλος	59,34	26,66
7.Ρόλος Συναισθηματικός	45,30	45,58
8.Ψυχική Υγεία	58,00	21,53

Πίνακας 3: Περιγραφικά στατιστικά της κλίμακας SF-36

Διαστάσεις SS-QOL	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση
Συνολική Βαθμολογία SS-QOL	3,06	0,83
1.Ενέργεια	2,73	0,78
2.Οικογενειακή Ζωή	3,04	0,89
3.Γλώσσα	3,68	1,17
4.Κινητικότητα	2,86	1,06
5.Διάθεση	3,16	1,03
6.Προσωπικότητα	3,22	0,91
7.Φροντίδα του Εαυτού	3,13	1,26
8.Κοινωνική Ζωή	2,56	1,01
9.Σκέψη	3,23	0,98
10.Λειτουργία Άνω Άκρων	3,21	1,14
11.Όραση	3,25	0,65
12.Εργασία/Παραγωγικότητα	2,75	1,03

Πίνακας 4: Περιγραφικά στατιστικά της κλίμακας SS-QOL

Στη συνέχεια προχωρήσαμε στην ανάλυση των περιγραφικών στατιστικών για τις δύο κλίμακες με βάση τις τρεις υποομάδες που δημιουργήσαμε. Οι υποομάδες δημιουργήθηκαν με βάση δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά. Η πρώτη υποομάδα αφορούσε τον διαχωρισμό των ασθενών ανάλογα με το φύλο τους (άνδρας-γυναίκα), η δεύτερη τον τύπο του εγκεφαλικού (ισχαιμικό-αιμορραγικό) και η τρίτη τη νοσηλεία τους (εσωτερική-εξωτερική).

Σε σχέση με τις 8 διαστάσεις του SF-36, διαπιστώσαμε ότι στις περισσότερες περιπτώσεις η μέση τιμή των γυναικών είναι υψηλότερη από αυτή των ανδρών, υποδεικνύοντας ότι η υγεία των ανδρών ήταν αυτή που χειρότερη περιελάμβανε. Τα αποτελέσματα αυτά είναι εμφανή στον πίνακα 5. Ο τύπος του εγκεφαλικού μας έδειξε ότι οι ασθενείς που είχαν προσβληθεί από ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο ήταν αυτοί οι οποίοι είδαν τη μεγαλύτερη χειρότερη στην κατάσταση της υγείας τους. Τέλος, διαχωρίζοντας τους ασθενείς σε αυτούς που είχαν πραγματοποιήσει και εσωτερική νοσηλεία, διαπιστώθηκε ότι όσοι δεν είχαν καθόλου εσωτερική νοσηλεία είδαν γενικότερα μία χειρότερη κατάσταση της υγείας τους σε αντίθεση με αυτούς στους οποίους είχε προηγηθεί και εσωτερική νοσηλεία.

Σε σχέση πάλι με τις 12 διαστάσεις της κλίμακας SS-QOL διαπιστώθηκε με βάση τον πίνακα 6 ότι οι άνδρες είναι αυτοί οι οποίοι υποστηρίζουν ότι μειώθηκε περισσότερο η ποιότητα της ζωής τους μετά από την εμφάνιση του Α.Ε.Ε.. Αντίστοιχα, το ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο επηρεάζει πιο αρνητικά την ποιότητα ζωής των ασθενών με τη μόνη διάσταση που επηρεάζεται περισσότερο από το αιμορραγικό να είναι αυτή της προσωπικότητας. Τέλος, σε όσους ασθενείς είχε εφαρμοστεί και εσωτερική νοσηλεία φαίνεται ότι αν και επιδεινώθηκε η συνολική ποιότητα της ζωής τους, η επιδείνωση αυτή δεν ήταν τόσο μεγάλη όσο στα άτομα που είχαν μόνον εξωτερική νοσηλεία.

	Φύλο		Τύπος Εγκεφαλικού		Εσωτερική ή Εξωτερική Νοσηλεία	
	Ανδρας	Γυναίκα	Ισχαιμικό	Αιμορραγικό	Εσωτερική	Εξωτερική
1. Σωματική Λειτουργική τητα	39,88 (31,56)	43,28 (30,28)	41,79 (31,53)	40,23 (29,86)	39,35 (31,28)	41,43 (29,88)
2. Σωματικός Ρόλος	24,42 (37,20)	34,68 (40,66)	28,00 (39,33)	30,21 (38,29)	29,81 (40,23)	26,14 (35,75)
3. Σωματικός Πόνος	55,57 (25,68)	54,68 (27,23)	53,98 (26,23)	57,64 (26,58)	55,55 (28,01)	54,29 (22,23)
4. Γενική Υγεία	45,33 (19,81)	44,91 (19,20)	46,82 (19,01)	41,48 (20,20)	46,02 (18,45)	42,86 (22,07)
5. Ζωτικότητα	53,00 (18,76)	50,00 (18,84)	52,02 (18,46)	50,50 (19,73)	51,38 (17,96)	52,00 (20,86)
6. Κοινωνικός Ρόλος	58,06 (26,40)	61,03 (27,31)	59,95 (27,19)	58,00 (25,99)	61,62 (28,04)	53,41 (22,22)
7. Ρόλος Συναισθηματικός	43,18 (45,23)	48,04 (46,56)	43,83 (45,25)	48,21 (47,12)	46,78 (46,66)	41,27 (43,33)
8. Ψυχική Υγεία	56,89 (21,60)	59,25 (21,73)	58,00 (20,57)	58,00 (23,93)	58,21 (22,75)	57,52 (19,04)

Πίνακας 5: Περιγραφικά στατιστικά της κλίμακας SF-36 ανά υποομάδα (στις παρενθέσεις εμφανίζονται οι τυπικές αποκλίσεις)

	Φύλο		Τύπος Εγκεφαλικού		Εσωτερική ή Εξωτερική Νοσηλεία	
	Άνδρας	Γυναίκα	Ισχαιμικό	Αιμορραγικό	Εσωτερική	Εξωτερική
1.Ενέργεια	2,73 (0,77)	2,74 (0,81)	2,68 (0,81)	2,85 (0,72)	2,75 (0,78)	2,70 (0,80)
2.Οικογενειακή Ζωή	2,97 (0,87)	3,12 (0,93)	2,99 (0,94)	3,13 (0,78)	3,05 (0,87)	3,00 (0,96)
3.Γλώσσα	3,74 (1,16)	3,59 (1,20)	3,61 (1,16)	3,83 (1,20)	3,60 (1,13)	3,88 (1,26)
4.Κινητικότητα	2,84 (1,16)	2,89 (0,95)	2,75 (1,04)	3,10 (1,09)	2,82 (1,06)	2,96 (1,10)
5.Διάθεση	3,05 (1,01)	3,30 (1,04)	3,16 (0,98)	3,17 (1,14)	3,30 (1,01)	2,78 (0,99)
6.Προσωπικότητα	3,18 (0,92)	3,26 (0,91)	3,25 (0,92)	3,15 (0,92)	3,27 (0,88)	3,06 (0,99)
7.Φροντίδα του εαυτού	3,09 (1,33)	3,17 (1,18)	3,01 (1,26)	3,37 (1,23)	3,17 (1,23)	3,00 (1,35)
8.Κοινωνική Ζωή	2,48 (1,00)	2,67 (1,01)	2,54 (1,05)	2,62 (0,91)	2,62 (1,02)	2,40 (0,99)
9.Σκέψη	3,24 (0,97)	3,23 (1,02)	3,14 (0,98)	3,44 (0,99)	3,18 (0,98)	3,36 (1,01)
10.Λειτουργία Άνω Άκρων	3,24 (1,26)	3,17 (0,97)	3,11 (1,12)	3,42 (1,17)	3,22 (1,11)	3,17 (1,24)
11.Όραση	3,19 (0,78)	3,32 (0,45)	3,22 (0,67)	3,31 (0,63)	3,24 (0,60)	3,27 (0,80)
12.Εργασία/ Παραγωγικότητα	2,64 (1,12)	2,89 (0,89)	2,66 (1,08)	2,94 (0,88)	2,79 (1,05)	2,64 (0,98)

Πίνακας 6: Περιγραφικά στατιστικά της κλίμακας SS-QOL ανά υποομάδα (στις παρενθέσεις εμφανίζονται οι τυπικές αποκλίσεις)

4.3. Ανάλυση συσχετίσεων της κλίμακας SS-QOL με τις διαστάσεις της κλίμακας SF-36

Ένα ακόμη από τα εξεταζόμενα ζητήματα στην παρούσα μεταπτυχιακή έρευνα ήταν και η εύρεση στατιστικά ή μη σημαντικής σχέσης ανάμεσα στις επιμέρους διαστάσεις της κλίμακας SS-QOL με τις επιμέρους διαστάσεις της κλίμακας SF-36. Σκοπός μας, συνεπώς, είναι να δούμε αν όντως οι 8 διαστάσεις του SF-36 επηρεάζουν και τις 12 διαστάσεις της ποιότητας ζωής. Για τον λόγο αυτό εξετάζουμε τον συντελεστή συσχέτισης Pearson σε επίπεδο 1% και 5%.

Βασιζόμενοι στον πίνακα 7, διαπιστώνουμε ότι σε όλες τις περιπτώσεις υπάρχει στατιστικά θετική σημαντική σχέση ανάμεσα στις διαστάσεις του SS-QOL με τις αντίστοιχες της SF-36. Η σημαντική αυτή σχέση μας δείχνει πως όντως η εμφάνιση του Α.Ε.Ε. (ανεξάρτητα από τον τύπο του, το φύλο και την πραγματοποίηση ή μη εσωτερικής νοσηλείας) επηρεάζει τη φυσική και ψυχική κατάσταση της υγείας των ασθενών, οι οποίες με τη σειρά τους επηρεάζουν και τη συνολική ποιότητα της ζωής τους.

	Ενέργεια	Οικογενειακή Ζωή	Γλώσσα	Κινητικότητα	Διάθεση	Προσωπικότητα
Σωματική Λειτουργικότητα	0,745**	0,654**	0,718**	0,770**	0,555**	0,493**
Σωματικός Ρόλος	0,757**	0,689**	0,572**	0,673**	0,658**	0,563**
Σωματικός Πόνος	0,720**	0,664**	0,572**	0,673**	0,695**	0,617**
Γενική Υγεία	0,686**	0,652**	0,488**	0,582**	0,668**	0,632**
Ζωτικότητα	0,669**	0,654**	0,552**	0,626**	0,661**	0,665**
Κοινωνικός Ρόλος	0,754**	0,726**	0,625**	0,636**	0,740**	0,697**
Ρόλος Συναισθηματικός	0,591**	0,526**	0,552**	0,571**	0,499**	0,571**
Ψυχική Υγεία	0,624**	0,660**	0,572**	0,691**	0,727**	0,638**

Πίνακας 7α: Συντελεστής συσχέτισης κατά Pearson των 12 διαστάσεων του SS-QOL με τις 8 διαστάσεις του SF-36 (**p<0.01 , *p<0.05)

	Φροντίδα του Εαυτού	Κοινωνική Ζωή	Σκέψη	Λειτουργία Ανω Άκρων	Όραση	Εργασία/ Παραγωγικότητα
Σωματική Λειτουργικότητα	0,712**	0,701**	0,612**	0,698**	0,310**	0,781**
Σωματικός Ρόλος	0,658**	0,746**	0,611**	0,645**	0,168	0,717**
Σωματικός Πόνος	0,628**	0,712**	0,561**	0,663**	0,327**	0,676**
Γενική Υγεία	0,559**	0,658**	0,484**	0,528**	0,379**	0,630**
Ζωτικότητα	0,538**	0,639**	0,628**	0,605**	0,338**	0,634**
Κοινωνικός Ρόλος	0,645**	0,810**	0,624**	0,661**	0,254*	0,660**
Ρόλος Συναισθηματικός	0,554**	0,600**	0,561**	0,606**	0,254*	0,603**
Ψυχική Υγεία	0,599**	0,686**	0,608**	0,672**	0,332**	0,647**

Πίνακας 7β: Συντελεστής συσχέτισης κατά Pearson των 12 διαστάσεων του SS-QOL με τις 8 διαστάσεις του SF-36 (**p<0.01 , *p<0.05)

4.4. Παλινδρομήσεις μεταξύ των διαστάσεων του SS-QOL και των επιμέρους διαστάσεων του SF-36

Σε αυτή την ενότητα θελήσαμε να δούμε τη σχέση που υπήρχε μεταξύ των διαστάσεων του SS-QOL με τις διαστάσεις του SF-36. Για το λόγο αυτό πραγματοποιήσαμε συνολικά 12 παλινδρομήσεις με εξαρτημένη μεταβλητή κάθε φορά την κάθε διάσταση του ερωτηματολογίου SS-QOL και ανεξάρτητες μεταβλητές τις διαστάσεις του SF-36. Στους πίνακες από 8 έως 19 παρουσιάζεται το σύνολο των παλινδρομήσεων, ενώ γίνεται και μια καταγραφή των αποτελεσμάτων.

I. Παλινδρόμηση της Ενέργειας με τις διαστάσεις του SF-36

Στην πολυπαραγοντική ανάλυση διαπιστώνουμε ότι πέρα από τον σταθερό όρο, η σωματική λειτουργικότητα, ο σωματικός ρόλος και ο κοινωνικός ρόλος παρουσίασαν ανεξάρτητη συσχέτιση με τη συνολική βαθμολογία της SS-QOL με τιμές $p < 0,05$. Έτσι, η επιδείνωση στη σωματική λειτουργικότητα κατά μία μονάδα είχε ως συνέπεια την ελάττωση της συνολικής βαθμολογίας της SS-QOL κατά 0,005. Αντίστοιχα, ο σωματικός ρόλος την μείωσε κατά 0,009 και ο κοινωνικός ρόλος κατά 0,014.

II. Παλινδρόμηση της Οικογενειακής Ζωής με τις διαστάσεις του SF-36

Στην περίπτωση της οικογενειακής ζωής, μόνον ο σωματικός ρόλος φαίνεται να παρουσιάζει ανεξάρτητη συσχέτιση με την ποιότητα ζωής. Εδώ, η αύξηση κατά μία μονάδα οδηγεί στην επιδείνωση της ποιότητας ζωής κατά 0,008 (95% O.E. 0,000-0,015, $p < 0,05$).

III. Παλινδρόμηση της Γλώσσας με τις διαστάσεις του SF-36

Όπως και στην περίπτωση της οικογενειακής ζωής έτσι και σε αυτή την περίπτωση μόνον μία διάσταση και συγκεκριμένα η σωματική λειτουργικότητα παρουσιάζει ανεξάρτητη συσχέτιση (τιμή: 0,025, 95% O.E. 0,010-0,039, $p < 0,01$).

IV. Παλινδρόμηση της Κινητικότητας με τις διαστάσεις του SF-36

Σε αυτή την πολυπαραγοντική ανάλυση διαπιστώνουμε ότι η σωματική λειτουργικότητα και ο σωματικός ρόλος είναι οι μόνες διαστάσεις που εμφανίζουν

ανεξάρτητη συσχέτιση με την ποιότητα ζωής. Μία επιδείνωση κατά μία μονάδα στη σωματική λειτουργικότητα επιδεινώνει την ποιότητα ζωής κατά 0,016 (95% Ο.Ε. 0,001-0,016, $p<0,01$), ενώ ο σωματικός ρόλος κατά 0,009 (95% Ο.Ε. 0,001-0,016, $p<0,01$).

V. Παλινδρόμηση της Διάθεσης με τις διαστάσεις του SF-36

Η ποιότητα ζωής σε αυτή την περίπτωση φαίνεται να συσχετίζεται ανεξάρτητα με τον σωματικό ρόλο (τιμή: 0,010, 95% Ο.Ε. 0,001-0,018, $p<0,05$) και την ψυχική υγεία (τιμή: 0,025, 95% Ο.Ε. 0,004-0,046, $p<0,05$).

VI. Παλινδρόμηση της Προσωπικότητας με τις διαστάσεις του SF-36

Σε αυτή την περίπτωση πέρα από τον σταθερό όρο δεν υπάρχει καμία διάσταση που να σχετίζεται ανεξάρτητα με την κλίμακα SS-QOL.

VII. Παλινδρόμηση της Φροντίδας του Εαυτού με τις διαστάσεις του SF-36

Στην πολυπαραγοντική ανάλυση σε αυτή την περίπτωση μόνον ο σωματικός ρόλος είναι ο μόνος που σχετίζεται ανεξάρτητα με την ποιότητα ζωής. Η επιδείνωση κατά μία μονάδα του σωματικού ρόλου οδηγεί στη μείωση της ποιότητας κατά 0,010 (95% Ο.Ε. 0,000-0,021, $p<0,05$).

VIII. Παλινδρόμηση της Κοινωνικότητας με τις διαστάσεις του SF-36

Εδώ μόνον ο κοινωνικός ρόλος σχετίζεται ανεξάρτητα με την SS-QOL (τιμή: 0,022, 95% Ο.Ε. 0,007-0,035, $p<0,01$).

IX. Παλινδρόμηση της Σκέψης με τις διαστάσεις του SF-36

Σε αυτή την περίπτωση μόνο ο σωματικός ρόλος σχετίζεται ανεξάρτητα με την ποιότητα της ζωής. Μία αύξηση κατά μία μονάδα στον σωματικό ρόλο έχει ως αποτέλεσμα την επιδείνωση της ποιότητας ζωής κατά 0,010 (95% Ο.Ε. 0,001-0,020, $p<0,05$).

X. Παλινδρόμηση της Λειτουργίας των Άνω Άκρων με τις διαστάσεις του SF-36

Και σε αυτή την περίπτωση μόνον ο σωματικός ρόλος σχετίζεται ανεξάρτητα με την ποιότητα ζωής (τιμή: 0,009, 95% Ο.Ε. 0,000-0,018, $p<0,05$).

XI. Παλινδρόμηση της Όρασης με τις διαστάσεις του SF-36

Στην πολυπαραγοντική ανάλυση αυτή τη φορά ο σωματικός ρόλος και η γενική υγεία είναι οι διαστάσεις, οι οποίες σχετίζονται ανεξάρτητα με τη διάσταση της όρασης στην ποιότητα ζωής. Μάλιστα, ο σωματικός ρόλος φαίνεται να επηρεάζει με τον αντίθετο τρόπο τη συνολική ποιότητα ζωής (τιμή: -0,009, 95% Ο.Ε. -0,0017- -0,001, $p<0,05$). Η γενική υγεία πάλι εμφανίζεται ως επηρεάζουσα διάσταση για πρώτη φορά (τιμή: 0,0021, 95% Ο.Ε. 0,003-0,038, $p<0,05$).

XII. Παλινδρόμηση της Εργασίας/Παραγωγικότητας με τις διαστάσεις του SF-36

Σε αυτή την περίπτωση ανεξάρτητη συσχέτιση με την ποιότητα ζωής παρουσιάζει η σωματική λειτουργικότητα και ο σωματικός ρόλος. Η σχέση αυτή είναι ανεξάρτητη ακόμη και σε επίπεδο 1%. (Σωματική λειτουργικότητα: τιμή:0,012, 95% Ο.Ε. 0,002-0,022, $p<0,01$, Σωματικός ρόλος: τιμή:0,011, 95% Ο.Ε. 0,004-0,018, $p<0,01$).

	Τιμή Παραμέτρου (95% Ο.Ε.)
Σταθερός Όρος	1,67 (1,263 – 2,082)**
Σωματική Λειτουργικότητα	0,005 (-0,002 – 0,012)*
Σωματικός Ρόλος	0,009 (0,004 – 0,014)**
Σωματικός Πόνος	0,000 (-0,010 – 0,008)
Γενική Υγεία	0,001 (-0,010 – 0,012)
Ζωτικότητα	0,002 (-0,12 – 0,016)
Κοινωνικός Ρόλος	0,014 (0,003 – 0,025)*
Ρόλος Συναισθηματικός	-0,000026 (-0,004 – 0,004)
Ψυχική Υγεία	-0,007 (-0,019 – 0,005)

Πίνακας 8: Εξαρτημένη μεταβλητή: Ενέργεια

	Τιμή Παραμέτρου (95% Ο.Ε.)
Σταθερός Όρος	1,80 (1,184 – 2,416)**
Σωματική Λειτουργικότητα	0,005 (-0,006 – 0,016)
Σωματικός Ρόλος	0,008 (0,000 – 0,015)*
Σωματικός Πόνος	-0,004 (-0,019 – 0,010)
Γενική Υγεία	0,007 (-0,010 – 0,023)
Ζωτικότητα	0,000 (-0,021 – 0,020)
Κοινωνικός Ρόλος	0,010 (-0,006 – 0,026)
Ρόλος Συναισθηματικός	0,002 (-0,004 – 0,007)
Ψυχική Υγεία	0,001 (-0,017 – 0,020)

Πίνακας 9: Εξαρτημένη μεταβλητή: Οικογενειακή ζωή

	Τιμή Παραμέτρου (95% Ο.Ε.)
Σταθερός Όρος	2,53 (1,701 – 3,362)**
Σωματική Λειτουργικότητα	0,025 (0,010 – 0,039)**
Σωματικός Ρόλος	0,003 (-0,007 – 0,013)
Σωματικός Πόνος	-0,000 (-0,020 – 0,018)
Γενική Υγεία	-0,004 (-0,026 – 0,019)
Ζωτικότητα	-0,015 (-0,043 – 0,013)
Κοινωνικός Ρόλος	0,005 (-0,017 – 0,026)
Ρόλος Συναισθηματικός	0,007 (0,000 – 0,015)
Ψυχική Υγεία	0,004 (0,021 – 0,029)

Πίνακας 10: Εξαρτημένη μεταβλητή: Γλώσσα

	Τιμή Παραμέτρου (95% Ο.Ε.)
Σταθερός Όρος	1,71 (1,063 – 2,362)**
Σωματική Λειτουργικότητα	0,016 (0,001 – 0,017)**
Σωματικός Ρόλος	0,009 (0,001 – 0,017)**
Σωματικός Πόνος	-0,002 (-0,017 – 0,012)
Γενική Υγεία	-0,005 (-0,022 – 0,012)
Ζωτικότητα	-0,009 (-0,031 – 0,013)
Κοινωνικός Ρόλος	0,006 (-0,011 – 0,023)
Ρόλος Συναισθηματικός	0,002 (-0,004 – 0,008)
Ψυχική Υγεία	0,010 (-0,010 – 0,029)

Πίνακας 11: Εξαρτημένη μεταβλητή: Κινητικότητα

	Τιμή Παραμέτρου (95% Ο.Ε.)
Σταθερός Όρος	1,26 (0,554 – 1,970)**
Σωματική Λειτουργικότητα	-0,002 (-0,014 – 0,010)
Σωματικός Ρόλος	0,010 (0,001 – 0,018)*
Σωματικός Πόνος	0,001 (-0,015 – 0,017)
Γενική Υγεία	0,003 (-0,016 – 0,022)
Ζωτικότητα	-0,008 (-0,032 – 0,016)
Κοινωνικός Ρόλος	0,008 (-0,010 – 0,026)
Ρόλος Συναισθηματικός	-0,002 (-0,008 – 0,005)
Ψυχική Υγεία	0,025 (0,004 – 0,046)*

Πίνακας 12: Εξαρτημένη μεταβλητή: Διάθεση

	Τιμή Παραμέτρου (95% Ο.Ε.)
Σταθερός Όρος	1,36 (0,646 – 2,079)**
Σωματική Λειτουργικότητα	-0,003 (-0,015 – 0,009)
Σωματικός Ρόλος	0,001 (-0,008 – 0,010)
Σωματικός Πόνος	-0,004 (-0,020 – 0,013)
Γενική Υγεία	0,014 (-0,005 – 0,034)
Ζωτικότητα	-0,003 (-0,031 – 0,025)
Κοινωνικός Ρόλος	0,010 (-0,009 – 0,028)
Ρόλος Συναισθηματικός	0,003 (-0,003 – 0,010)
Ψυχική Υγεία	0,015 (-0,008 – 0,038)

Πίνακας 13: Εξαρτημένη μεταβλητή: Προσωπικότητα

	Τιμή Παραμέτρου (95% Ο.Ε.)
Σταθερός Όρος	1,87 (0,960 – 2,770)**
Σωματική Λειτουργικότητα	0,014 (-0,001 – 0,030)
Σωματικός Ρόλος	0,010 (0,000 – 0,021)*
Σωματικός Πόνος	0,000 (-0,020 – 0,021)
Γενική Υγεία	0,000 (-0,025 – 0,023)
Ζωτικότητα	-0,019 (-0,050 – 0,011)
Κοινωνικός Ρόλος	0,011 (-0,012 – 0,035)
Ρόλος Συναισθηματικός	0,003 (-0,006 – 0,011)
Ψυχική Υγεία	0,010 (-0,017 – 0,037)

Πίνακας 14: Εξαρτημένη μεταβλητή: Φροντίδα του εαυτού

	Τιμή Παραμέτρου (95% Ο.Ε.)
Σταθερός Όρος	1,086 (0,515 – 1,657)**
Σωματική Λειτουργικότητα	0,007 (-0,003 – 0,017)
Σωματικός Ρόλος	0,009 (0,002 – 0,016)*
Σωματικός Πόνος	-0,004 (-0,017 – 0,009)
Γενική Υγεία	0,003 (-0,012 – 0,018)
Ζωτικότητα	-0,008 (-0,028 – 0,011)
Κοινωνικός Ρόλος	0,022 (0,007 – 0,037)**
Ρόλος Συναισθηματικός	0,003 (-0,003 – 0,008)
Ψυχική Υγεία	0,000 (-0,018 – 0,016)

Πίνακας 15: Εξαρτημένη μεταβλητή: Κοινωνική ζωή

	Τιμή Παραμέτρου (95% Ο.Ε.)
Σταθερός Όρος	2,098 (1,329 – 2,866)**
Σωματική Λειτουργικότητα	0,008 (-0,005 – 0,021)
Σωματικός Ρόλος	0,010 (0,001 – 0,020)*
Σωματικός Πόνος	-0,010 (-0,027 – 0,008)
Γενική Υγεία	-0,014 (-0,034 – 0,006)
Ζωτικότητα	0,019 (-0,007 – 0,045)
Κοινωνικός Ρόλος	0,008 (-0,012 – 0,028)
Ρόλος Συναισθηματικός	0,004 (-0,003 – 0,011)
Ψυχική Υγεία	0,001 (-0,022 – 0,024)

Πίνακας 16: Εξαρτημένη μεταβλητή: Σκέψη

	Τιμή Παραμέτρου (95% Ο.Ε.)
Σταθερός Όρος	1,72 (0,983 – 2,454)**
Σωματική Λειτουργικότητα	0,009 (-0,003 – 0,022)
Σωματικός Ρόλος	0,009 (0,000 – 0,018)*
Σωματικός Πόνος	-0,006 (-0,023 – 0,011)
Γενική Υγεία	-0,003 (-0,023 – 0,016)
Ζωτικότητα	-0,005 (-0,030 – 0,019)
Κοινωνικός Ρόλος	0,010 (-0,009 – 0,029)
Ρόλος Συναισθηματικός	0,005 (-0,002 – 0,012)
Ψυχική Υγεία	0,013 (-0,009 – 0,035)

Πίνακας 17: Εξαρτημένη μεταβλητή: Λειτουργία άνω άκρων

	Τιμή Παραμέτρου (95% Ο.Ε.)
Σταθερός Όρος	2,30 (1,646 – 2,953)**
Σωματική Λειτουργικότητα	0,001 (-0,010 – 0,012)
Σωματικός Ρόλος	-0,009 (-0,017 – -0,001)*
Σωματικός Πόνος	0,005 (-0,010 – 0,019)
Γενική Υγεία	0,021 (0,003 – 0,038)*
Ζωτικότητα	-0,008 (-0,030 – 0,014)
Κοινωνικός Ρόλος	-0,007 (-0,024 – 0,009)
Ρόλος Συναισθηματικός	0,004 (-0,002 – 0,011)
Ψυχική Υγεία	0,009 (-0,010 – 0,029)

Πίνακας 18: Εξαρτημένη μεταβλητή: Όραση

	Τιμή Παραμέτρου (95% Ο.Ε.)
Σταθερός Όρος	1,83 (1,250 – 2,413)**
Σωματική Λειτουργικότητα	0,012 (0,002 – 0,022)**
Σωματικός Ρόλος	0,011 (0,004 – 0,018)**
Σωματικός Πόνος	0,000 (-0,014 – 0,013)
Γενική Υγεία	0,002 (-0,013 – 0,018)
Ζωτικότητα	-0,011 (-0,030 – 0,009)
Κοινωνικός Ρόλος	0,006 (-0,009 – 0,021)
Ρόλος Συναισθηματικός	0,005 (0,000 – 0,010)
Ψυχική Υγεία	-0,002 (-0,019 – 0,016)

Πίνακας 19: Εξαρτημένη μεταβλητή: Εργασία/παραγωγικότητα

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ

5.1. Συζήτηση

Σε αυτό το κεφάλαιο γίνεται μια σύντομη συζήτηση, η οποία μεταξύ των άλλων συσχετίζει τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την ανάλυση των δύο ερωτηματολογίων με τα αντίστοιχα αποτελέσματα άλλων ερευνών έτσι όπως αυτά έχουν αποτυπωθεί στη διεθνή βιβλιογραφία.

Τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τη στατιστική ανάλυση των ερωτηματολογίων που διανεμήθηκαν στο Κέντρο Αποκατάστασης και Αποθεραπείας «Διάπλαση» Καλαμάτας, έδειξαν ότι οι άντρες είναι αυτοί που προσβάλλονται συχνότερα από Α.Ε.Ε. (56%) έναντι των γυναικών (44%). Σε σχέση με τον τύπο του Α.Ε.Ε. επικρατεί το ισχαιμικό Α.Ε.Ε. έναντι του αιμορραγικού, ενώ τα 2/3 των ασθενών έχουν πραγματοποιήσει και εσωτερική νοσηλεία. Η μέση ηλικία εμφάνισης Α.Ε.Ε., ανεξαρτήτου τύπου, βρέθηκε ότι είναι τα 70,56 έτη.

Όσον αφορά το πρώτο ερωτηματολόγιο που σχετίζεται με τη σωματική και ψυχική υγεία βρέθηκε ότι υπάρχει γενικότερα επιδείνωση της κατάστασης της υγείας των ασθενών μετά το Α.Ε.Ε. Σχετικά με τη σωματική υγεία υποδηλώνεται γενικότερα κακή κατάσταση και στους δύο τύπους Α.Ε.Ε., η οποία είναι ακόμη χειρότερη στους ασθενείς οι οποίοι δεν έχουν πραγματοποιήσει καθόλου εσωτερική νοσηλεία. Κατά συνέπεια, υπάρχει μεγάλη και θετική συσχέτιση με τη σωματική λειτουργία και τον σωματικό ρόλο των ασθενών μετά την εμφάνιση του Α.Ε.Ε. Με άλλα λόγια, η εμφάνιση του Α.Ε.Ε. συμβάλλει σε μεγάλο βαθμό στην επιδείνωση των βασικών σωματικών λειτουργιών των ασθενών. Το αποτέλεσμα αυτό βρίσκεται σε αντιστοιχία με αυτά των ερευνών των Choi-Kwon, (2006) και Hochstenbach et al., (2001) καθώς και με την έρευνα των Sturm et al., (2004), στην οποία αποτυπώθηκε επιπλέον η άποψη των ασθενών που υπέστησαν Α.Ε.Ε. ότι θα προτιμούσαν να ζήσουν τα μισά χρόνια της ζωής τους υγιείς παρά όλα τα χρόνια με τις επιπτώσεις του Α.Ε.Ε.

Παραμένοντας στο πρώτο ερωτηματολόγιο, αλλά αναλύοντας την ψυχική υγεία των ασθενών, διαπιστώθηκε ότι η κατάσταση είναι μέτρια προς χειρότερη ανεξάρτητα από τον τύπο του Α.Ε.Ε., ενώ ξανά εντοπίζουμε ότι οι ασθενείς που δεν έχουν πραγματοποιήσει εσωτερική νοσηλεία έχουν υποστεί μεγαλύτερη επιδείνωση στις επιμέρους διαστάσεις της ψυχικής υγείας τους. Συνολικά, δηλαδή, εντοπίστηκε ότι τα άτομα που υπέστησαν Α.Ε.Ε. αντιμετωπίζουν και προβλήματα τα οποία συσχετίζονται άμεσα με την ψυχική τους υγεία και άρα και τη γενικότερη ψυχολογική τους κατάσταση. Όπως αναφέρθηκε στα προηγούμενα κεφάλαια, σε αρκετές περιπτώσεις, τα άτομα που έχουν υποστεί Α.Ε.Ε. έρχονται αντιμέτωπα με την καταρράκωση της ψυχολογίας τους που οδηγεί σε καταστάσεις όπως η κατάθλιψη. Τα αποτελέσματα και σε αυτή την περίπτωση φαίνεται να υποδεικνύουν με έμμεσο τρόπο την εμφάνιση κατάθλιψης στους ασθενείς από τη στιγμή που τα συναισθήματά τους αλλάζουν αρνητικά. Με αυτή την παραδοχή υποστηρίζουμε την άποψη ότι στο μέλλον θα ήταν καλό, οι άνθρωποι αυτοί να υποστηρίζονται ψυχολογικά ως προς αυτή την κατεύθυνση. Τα ευρήματα αυτά βρίσκονται σε αντιστοιχία με όλες τις μέχρι τώρα έρευνες. Για παράδειγμα τις έρευνες των: Haghgoo et al. (2013), Verbraak et al. (2012), Vest et al. (2011), De Weerd et al. (2011), Howitt et al. (2011), Masskulpan et al. (2008), Jönsson et al. (2005) και Fruhwald et al. (2001).

Στο θέμα των δημογραφικών χαρακτηριστικών, η μεταπτυχιακή μας έρευνα έδειξε ότι το φύλο του ασθενή συσχετίζεται αρνητικά τόσο με την κλίμακα φυσικής υγείας όσο και με την κλίμακα ψυχικής υγείας, αλλά αυτή η σχέση παραμένει στατιστικά ασήμαντη. Το ίδιο συμβαίνει και όταν συσχετίζουμε την κλίμακα φυσικής και ψυχικής υγείας με τον τύπο του Α.Ε.Ε. το οποίο συσχετίζεται αρνητικά αλλά στατιστικά ασήμαντα. Αντίθετα, η ηλικία συσχετίζεται θετικά με την κλίμακα φυσικής υγείας και πάλι παραμένοντας, όμως, στατιστικά ασήμαντη αυτή η σχέση και τέλος αντίστοιχα είναι και τα αποτελέσματα για την περίπτωση των σχέσεων μεταξύ των δημογραφικών χαρακτηριστικών και τη συνοπτική ψυχική υγεία. Αλλά και στη συσχέτιση ανάμεσα στη συνολική βαθμολογία της ποιότητας της ζωής των ασθενών με τους επιμέρους δημογραφικούς παράγοντες που εξετάστηκαν και με το δεύτερο ερωτηματολόγιο, διαπιστώθηκε ότι συσχετίζονται ναι μεν θετικά αλλά στατιστικά είναι ασήμαντοι. Τα ευρήματα άλλων ερευνών που συσχετίζουν φύλο και ηλικία αποτυπώνουν δισταμένα ευρήματα. Για παράδειγμα οι έρευνες των Rangel et

al., (2013), Lai et al., (2005), Wyller et al., (1998) και Astrom et al., (1992) παρουσίασαν διαφορές στην ποιότητα ζωής. Αντίθετα οι έρευνες των Guidetti et al., (2014), Gunaydia et al., (2011), Jipan et al., (2006) και Hooi (2003) δεν εντόπισαν σημαντικές διαφορές.

Στην περίπτωση του δεύτερου ερωτηματολογίου που αφορά την ποιότητα της ζωής των ασθενών που έχουν υποστεί A.E.E. διαπιστώθηκε η ύπαρξη συνολικής μείωσης της ποιότητας ζωής των ασθενών, η οποία, μάλιστα, είναι στατιστικά σημαντική και ανεξάρτητη αφού η μέση τιμή πληθυσμού διαμορφώθηκε στο 3,06 τιμή που βρίσκεται λίγο χαμηλότερα από άλλες έρευνες που κυμαίνονται ανάμεσα στο 3,4 και στο 4,0 όπως για παράδειγμα η έρευνα των Boosman, et al., (2010) με μέση τιμή βαθμολογίας 4,0, του Τσιβγούλη, (2011), με μέση τιμή βαθμολογίας 3,4, των Ewert, Stucki, (2007), με μέση τιμή βαθμολογίας 3,5 και των Williams, et al., με μέση τιμή βαθμολογίας 3,4.

Όλοι οι παράγοντες επηρεάζουν σε μέτριο βαθμό τη συνολική ποιότητα ζωής των ασθενών με μεγαλύτερη αρνητική ένταση την ενέργειά τους, την κοινωνική ζωή τους, και την εργασία/παραγωγικότητά τους. Αντίθετα, λιγότερο φαίνεται να επηρεάζεται η όρασή τους. Τα ευρήματα των άλλων ερευνών συγκλίνουν στην ύπαρξη συνολικής μείωσης της ποιότητας ζωής μετά το A.E.E. Συγκλίνουν, ορισμένες έρευνες, ότι η όραση λαμβάνει την υψηλότερη βαθμολογία από τους επιμέρους παράγοντες, που σημαίνει ότι η επίπτωση του A.E.E., του συγκεκριμένου τομέα, σε σχέση πάντα με άλλους επιμέρους τομείς, επηρεάζει λιγότερο την ποιότητα ζωής του ασθενή. Εκεί που αποκλίνουν είναι στη χαμηλότερη βαθμολογία των επιμέρους παραγόντων που διαμορφώνουν την ποιότητα ζωής του ασθενή μετά το A.E.E. Για παράδειγμα οι έρευνες των Τσιβγούλη (2011) και Ewert, Stucki (2007) συγκλίνουν με το δικό μας εύρημα ότι η όραση λαμβάνει την υψηλότερη βαθμολογία. Αντίθετα αποτελέσματα με τη δική μας έρευνα στο θέμα της χαμηλότερης βαθμολογίας των επιμέρους παραγόντων που διαμορφώνουν την ποιότητα ζωής του ασθενή μετά το A.E.E., έδειξε η έρευνα του Τσιβγούλη (2011) που αποτύπωσε ως χαμηλότερη τιμή αυτή της λειτουργικότητας των άνω άκρων καθώς και η έρευνα των Tengs et al.,(2001) που αποτύπωσε τη λειτουργικότητα των άνω άκρων και τις διαταραχές της βάδισης. Τέλος, η έρευνά μας στο συγκεκριμένο θέμα, φαίνεται να συγκλίνει με μια παλαιότερη έρευνα των Wyller, et. al., (1998), που πραγματοποιήθηκε στη Νορβηγία

και έδειξε ότι μετά από A.E.E. το σταθερό κοινωνικό δίκτυο βρισκόταν στις πρώτες θέσεις διαμόρφωσης της ποιότητας ζωής.

Το ισχαιμικό A.E.E. φαίνεται να είναι εκείνο που επιφέρει τη μεγαλύτερη επιδείνωση της ποιότητας ζωής των ασθενών αφού διαχωρίζοντας τους ασθενείς ανάμεσα σε αυτούς που υπέστησαν αιμορραγικό και ισχαιμικό A.E.E. διαπιστώθηκε ότι η μέση τιμή ήταν ίση με 38,08 και 36,07 αντίστοιχα. Το αποτέλεσμα αυτό βρίσκεται σε αντιστοιχία με το αποτέλεσμα των ερευνών των De Haan, et. al., (1995) και Din, et. al., (2008), ενώ βρίσκεται σε αναντιστοιχία με την έρευνα των Haack, et. al., (2006) που έδειξε ότι οι ασθενείς με αιμορραγικό A.E.E. έχουν καλύτερη ποιότητα ζωής σε σύγκριση με τους ασθενείς με ισχαιμικό A.E.E. αλλά και με την έρευνα των Sturm, et al., (2004) που διαπίστωσαν ότι ο βασικός παράγοντας που σχετίζεται με την αρνητική ποιότητα ζωής είναι η νευρολογική βαρύτητα και όχι το αιμορραγικό έναντι του ισχαιμικού A.E.E.

Τέλος, όσοι ασθενείς έχουν πραγματοποιήσει και εσωτερική νοσηλεία βρίσκονται σε καλύτερη κατάσταση όσον αφορά την ποιότητα ζωής σε σχέση με αυτούς που έχουν πραγματοποιήσει μόνο εξωτερική νοσηλεία, αυτό αποδεικνύεται και από τα αποτελέσματά μας αφού η μέση τιμή αυτών που είχαν πραγματοποιήσει εσωτερική νοσηλεία ήταν ίση με 3,08 σε αντίθεση με αυτούς που είχαν μόνο εξωτερική νοσηλεία και ήταν ίση με 3,01. Αναζητώντας στοιχεία από άλλες έρευνες στη διεθνή βιβλιογραφία για να πραγματοποιηθούν συγκρίσεις διαπιστώθηκε ότι τα ερευνητικά ευρήματα αυτής της σχέσης χρήζουν περαιτέρω διερεύνησης. Η έρευνα που πραγματοποιήθηκε, το 2005, από Κέντρα Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (Centers for Disease Control and Prevention – CDC), έδειξε ότι τα προγράμματα αποκατάστασης που ακολούθησαν ως εξωτερικοί ασθενείς συνέβαλαν αποτελεσματικά στην ποιότητα ζωής τους (Centers for Disease Control and Prevention, 2007) αλλά μια παλαιότερη έρευνα των Werner και Kessler (1996), είχε δείξει ότι η αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών αυτών δεν τεκμηριώνεται επαρκώς.

Αποτυπώνοντας τα ευρήματα από το σύνολο των ερευνών που παρουσιάζονται στη διεθνή βιβλιογραφία αλλά και τα ευρήματα της παρούσας έρευνας διαπιστώθηκε ότι υπάρχει μία γενική τάση η οποία δείχνει την επιδείνωση της ποιότητας ζωής των ασθενών μετά από A.E.E. Η επιδείνωση αυτή θα μπορούσε να μετριαστεί μέσω συγκεκριμένων παρεμβάσεων όπως η εφαρμογή ειδικών προγραμμάτων, τα οποία θα

μπορούσαν να εντάξουν τα άτομα αυτά μέσα στον κοινωνικό περίγυρο χωρίς αποκλεισμούς από συγκεκριμένες δραστηριότητες.

Το γενικότερο σχόλιό μας τόσο σε σχέση με τα αποτελέσματα του πρώτου ερωτηματολογίου όσο και με αυτά του δεύτερου αφορά το γεγονός ότι τα άτομα που εμφανίζουν Α.Ε.Ε. φαίνεται να είναι αυτά που αποκλείονται από κάποιες δραστηριότητες, ενώ δεν μπορούν να προσαρμοστούν σε αυτή την κατάσταση γι' αυτό και στη συνέχεια προτείνουμε σε μια μελλοντική μελέτη να ερευνηθεί ο τρόπος με τον οποίο θα μπορούσαν τα άτομα αυτά να έχουν πρόσβαση σε δραστηριότητες που θα επέφεραν κάποιες σχετικές βελτιώσεις που θα βοηθούσαν στην ουσιαστική καλύτερευση της υγείας τους.

5.2. Περιορισμοί της μελέτης

Αρχικά είχαμε αποφασίσει το δείγμα μας να είναι 100 ασθενείς που υπέστησαν Α.Ε.Ε., όμως 8 άτομα από το δείγμα μας αρνήθηκαν στη συνέχεια να συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια αν και αρχικά είχαν δηλώσει συμμετοχή και 12 άτομα διέκοψαν τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων ως αποτέλεσμα της επιδείνωσης της κατάστασης της υγείας τους τη συγκεκριμένη περίοδο. Τέλος, 10 ασθενείς δεν απάντησαν στο σύνολο των ερωτήσεων αλλά άφησαν αναπάντητες μικρό αριθμό ερωτήσεων κι έτσι κατά τη διαδικασία της κωδικοποίησης αυτές οι μεταβλητές στα συγκεκριμένα ερωτηματολόγια έμειναν κενές.

Αποφύγαμε τη συμπλήρωση ερωτηματολογίου από συνοδούς ασθενών αν και αποτελεί πρακτική σε πολλές έρευνες που αφορούν ποιότητα ζωής να συμπληρώνεται το ερωτηματολόγιο από συνοδούς ασθενών όταν αυτοί αδυνατούν να το συμπληρώσουν (Τσιβγούλης, 2011, Dharmoon et. al., 2010, Paul et al., 2005). Πράξαμε αυτό γιατί υιοθετήσαμε το ερευνητικό εύρημα των Williams et. al. (2006) σύμφωνα με το οποίο οι συνοδοί ασθενών με Α.Ε.Ε. αντιλαμβάνονται μεγαλύτερο έλλειμμα στην ποιότητα ζωής απ' ότι οι ίδιοι οι ασθενείς. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα να αποκλεισθούν από το δείγμα μας ασθενείς που λόγω της βαρύτητας των επιπτώσεων του Α.Ε.Ε. αδυνατούσαν να επικοινωνήσουν με τρίτους και συνεπώς να συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια.

Τέλος, δεν υπήρξε συνεκτίμηση παραγόντων όπως για παράδειγμα η άνοια μετά το A.E.E. (Tengs et. al., 2001).

5.3. Συμπεράσματα

Η παρούσα έρευνα έδειξε ότι υπάρχει γενικότερα επιδείνωση τόσο της κατάστασης της υγείας όσο και της ποιότητας της ζωής των ασθενών μετά το A.E.E. Εντοπίσαμε ότι η υγεία και η ποιότητα της ζωής των ανδρών έχει πληγεί περισσότερο από την υγεία των γυναικών μετά την εμφάνιση του A.E.E., ενώ οι ασθενείς που έχουν υποστεί A.E.E. ισχαιμικού τύπου είναι αυτοί, οι οποίοι παρουσιάζουν μεγαλύτερη επιδείνωση. Επίσης, παρατηρήθηκε ότι οι ασθενείς, οι οποίοι δεν έχουν πραγματοποιήσει καθόλου εσωτερική νοσηλεία έχουν δει μεγαλύτερη επιδείνωση τόσο στο επίπεδο της υγείας τους όσο και στην ποιότητα της ζωής τους.

Στη συνέχεια, εντοπίσαμε ότι οι 12 διαστάσεις της ποιότητας της ζωής των ασθενών συνδέονται στατιστικά σημαντικά με τις 8 διαστάσεις της κλίμακας SF-36. Γενικά, παρατηρούμε ότι η επιδείνωση της κατάστασης της υγείας οδηγεί και σε επιδείνωση της ποιότητας της ζωής. Ειδικότερα, εντοπίζουμε τη μεγαλύτερη συσχέτιση μεταξύ της ενέργειας και του κοινωνικού ρόλου. Εξάλλου από τη στιγμή που η υγεία επιδεινώνεται, τότε και η ενέργεια του ατόμου η οποία συνδέεται με τη θέση του στην κοινωνία, επιδρά στην ποιότητα ζωής του. Ωστόσο, βλέπουμε ότι η όραση φαίνεται να είναι η διάσταση η οποία επηρεάζεται σε μικρότερο βαθμό.

Όταν θελήσαμε να εξετάσουμε τον τρόπο με τον οποίο επηρεάζονται οι 12 διαστάσεις της SS-QOL από τις 8 διαστάσεις της SF-36, καταλήξαμε ότι η σωματική λειτουργικότητα και ο σωματικός ρόλος είναι οι μόνες διαστάσεις οι οποίες φαίνεται να επηρεάζουν στατιστικά σημαντικά την κάθε διάσταση του SS-QOL. Ωστόσο, βρήκαμε ότι η προσωπικότητα δεν εξαρτάται στατιστικά σημαντικά από καμία μεταβλητή της SF-36. Συνολικά, όμως, εντοπίσαμε ότι η ποιότητα της ζωής φαίνεται να επηρεάζεται από τη φυσική και ψυχική υγεία.

5.4. Εισηγήσεις

Από τη στιγμή που η έρευνά μας έδειξε ότι οι σωματικές λειτουργίες των ασθενών επιδεινώνονται μετά το A.E.E. τότε θεωρούμε απαραίτητη την εξέταση σε μία

μελλοντική έρευνα των τρόπων μέσω των οποίων θα μπορούσε να επιτευχθεί η λιγότερο δυνατή επιδείνωση ή ακόμη και η βελτίωση της πορείας της υγείας τους μετά την εμφάνιση του Α.Ε.Ε.

Επίσης, στη μονοπαραγοντική ανάλυσή μας διαπιστώσαμε ότι το ισχαιμικό Α.Ε.Ε. παρουσιάζει καλύτερη ποιότητα ζωής σε σχέση με το αιμορραγικό. Θα είχε ενδιαφέρον μια μελλοντική έρευνα που θα εξέταζε τις πολυπαραγοντικές καταστάσεις για να διαπιστωθεί αν αυτό διαμορφώνεται απ' άλλους παράγοντες όπως για παράδειγμα από τη νευρολογική βαρύτητα του Α.Ε.Ε.

Βιβλιογραφία

A. Ξενόγλωσση

Acar, F., Naderi, S., Guvencer, M., Ture, U., & Arda, M. N., (2005). Herophilus of Chalcedon: A pioneer in neuroscience, *Neurosurgery*, 56, 861-867.

Adams, HP. Jr., Bendixen, BH., Kappelle, LJ., Biller, J., Love, BB., Gordon, DL., et al., (1993). 3rd Classification of subtype of acute ischemic stroke. Definitions for use in a multicenter clinical trial. Toast. Trial of org 10172 in acute stroke treatment. *Stroke*;24:35-41. 15.

Ahlsio, B., Britton, M., Murray, V., & Theorell, T., (1984). Disablement and quality of life after stroke. *Stroke*, 15: 886-890.

Aho, K., Harmsen, P., Hatano, S., Marquardsen, J., Smirnov, VE., & Strasser, T., (1980). Cerebrovascular disease in the community:results of WHO collaborative study. *Bull. WHO* 58:113-130.

Albers, G. W., Caplan, L. R., Easton, J. D., Fayad, P. B., Mohr, J. P., & Saver, J. L., et al., (2002). Transient ischemic attack—proposal for a new definition. *New England Journal of Medicine*, 347(21), 1713-1716.

Amarenco, P., Bogousslavsky, J., Caplan, LR., Donnan, GA., & Hennerici, MG., (2009a). Classification of stroke subtypes. *Cerebrovasc Dis*;27:493-501.

Amarenco, P., Bogousslavsky, J., Caplan, LR., Donnan, GA., & Hennerici., MG., (2009b). New approach to stroke subtyping: The a-s-c-o (phenotypic) classification of stroke. *Cerebrovasc Dis*;27:502-508.

Anagnostopoulos, F., Niakas, D., & Pappa, E., (2005). Construct validation of the Greek SF-36 health survey. *Quality of Life Research* 14:1959-1965.

Aprile, L., Piazzini, D.B., Bertolini, C., Caliandro, C., Pazzaglia, C., Tonali, P., et al., (2006). Predictive variable on disability and quality of life in stroke outpatients undergoing rehabilitation. *Neurological Sciences* 27: 40-46.

Astrom, M., Asplund, K., & Astrom, T., (1992). Psychosocial function and life satisfaction after stroke. *Stroke* 23: 527-531.

Barber, M., Fail, M., Shields, M., Stoott, DJ., & Langhorne, P., (2004). Validity and reliability of estimating the Scandinavian stroke scale, score from medical records. *Cerebrovasc Dis*.;17:224-7.

- Beck, W., Maesen, JG., Thomese, F., & Walker, A.,** (2001). *Social quality: A vision for Europe*, Klower International, London.
- Bethoux, F., Calmels, P., Gautheron, V., & Minaire, P.,** (1996). Quality of life of the spouses of stroke patients: a preliminary study. *Int J Rehabil Res Dec*;19(4):291-9.
- Bluvol, A., & Ford-Gilboe, M.,** (2004). Hope, health work and quality of life in families of stroke survivors, *J Adv Nurs*.;48(4):322-32
- Bogousslavsky, J., & Castillo, V.,** (1997). *Acute Stroke Treatment*. Ed. Martin. London.
- Bogousslavsky, J., Van Melle, G., & Regli, F.,** (1988). The lausanne stroke registry: Analysis of 1,000 consecutive patients with first stroke. *Stroke*;19:1083-1092.
- Boldrini, P., Basaglia, N., & Calanca, MC.,** (1991). Sexual changes in hemiparetic patients. *Arch Phys Med Rehabil* 72: 202-207.
- Bray, GP., DeFrank, RS., & Wolfe, TL.,** (1981). Sexual functioning in stroke survivors. *Arch Phys Med Rehabil* 62: 286-288.
- Broderick, JP., & William, M.,** (2004). Feinberg Lecture: stroke therapy in the year 2025: burden, breakthroughs, and barriers to progress. *Stroke*: 35:205-211
- Brott, T., Adams, H. P., Olinger, C. P., Marler, J. R., Barsan, W. G., & Biller, J.,** (1989). Measurements of acute cerebral infarction: a clinical examination scale. *Stroke*, 20(7), 864-870.
- Campbell, A., Converse, P.E., & Rodgers, W.L.** (1976). *The quality of American life: Perceptions, evaluations, and satisfaction*, Russell Sage Foundation, New York.
- Caplan, L.,** (1993). *A clinician's approach*, Boston, Butterworth-Heinemann, pp. 17-50.
- Caplan, L.,** (2000). *Caplan's Stroke: A clinical Approach*. Ed. Butterworth-Heinemann.
- Centers for Disease Control and Prevention,** (2007). Outpatient rehabilitation among stroke survivors--21 States and the District of Columbia, 2005. *MMWR. Morbidity and mortality weekly report*, 56(20), 504.
- Cheryl, D., Bushnell, MD., Dean, CC., Johnston, FRCPC, Larry, B., & Goldstein, MD.,** (2001). "Retrospective Assessment of Initial Stroke Severity. Comparison of the NIH Stroke Scale and the Canadian Neurological Scale." *Stroke*;32:65

- Chino, N., & Melvin, JL, (eds), (1996).** Functional evaluation of stroke patients, Springer, Tokyo.
- Choi-Kwon, S., Choi, JM., Kwon, SU., Kang, DW., & Kim, JS., (2006).** Factors that Affect the Quality of Life at 3 Years Post-Stroke, *J Clin Neurol*, 2(1):34-41.
- Chosse, SS., Williams, LS., & Swindle, RW., (2005)** .(Mental Health Services Consulting, WI, USA), Depression and other mental health diagnoses after stroke increase inpatient and outpatient medical utilization three years poststroke, *Med. Care*; 43(12):1259-64.
- Clark, E., (1963).** Apoplexy in the Hippocratic writings .*Bull Hist Med* 37:301-314.
- Collin, C., Wade, DT., Davies, S., & Horne, V., (1988).** “The Barthel ADL Index: a reliability study.” *Int Disability Study*;10:61-6
- Cote, R., Battista, RN., Wolfson, C., Boucher, J., Adam, J., & Hachinski, VC., (1989).** "The Canadian Neurological Scale: Validation and reliability assessment." *Neurology*; 39:638-643
- Cruz, KC., & Diogo, MJ., (2009).** Evaluation of functional capacity in elders with encephalic vascular accident. *Acta Paul Enferm.* 2009;22(5):666-72.
- Cummins, R. A. (1997).** Assessing quality of life. In R. I. Brown (Ed.), *Quality of life for people with disabilities: Models, research and practice* (pp. 116-150). Cheltenham, UK: Stanley Thornes (Publishers) Ltd.
- Dalkey, N., & Rourke, D., (1973).** The Delphi procedure and rating quality of life factors. In N. Dalkey, D., Rourke (Eds), *Quality of life concept* (pp. 209-221). Washington, DC: Environmental Protection Agency.
- De Bruin, A. F., Diederiks, J. P. M., De Witte, L. P., Stevens, F. C. J., & Philipsen, H. (1997).** Assessing the responsiveness of a functional status measure: the Sickness Impact Profile versus the SIP68. *Journal of clinical epidemiology*, 50(5), 529-540.
- De Haan, R.J., Limburg, M., der Meulen, V., Jacobs, H.M., & Aaronson, N.K., (1995).** Impact of stroke type and lesion location. *Stroke* 26: 402-408.
- De Weerd, L., Rutgers, WA., Groenier, KH., & van der Meer, K., (2011).** Perceived wellbeing of patients one year post stroke in general practice-recommendations for quality after care, *BMC Neurol.* 31;11:42. doi: 10.1186/1471-2377-11-42.

- Dhamoon, MS., Moon, YP., Paik, MC., Boden-Albala, B., Rundek, T., Sacco, RL., et al.**, (2010). Quality of life declines after first ischemic stroke. The Northern Manhattan Study. *Neurology* 75:328-334.
- Diener, E., & Suh, E.**, (1997). Measuring quality of life: Economic, Social and Subjective indicators, *Social Indicators Research*, 40: 189-216.
- Din, N.C., Ahamat, M.H., Mukahar, R., & Basri, H.**, (2008). Health related quality of life in stroke patients. In *Prosiding Seminar Sebumi Universitas Indonesia*.
- Efstratiadou, E.A, Chelas, E.N, Ignatiou, M., Christaki, V., Papathanasiou, I., & Hilari, K.**, (2012). Quality of Life after Stroke: Evaluation of the Greek SAQOL-39g, *Folia Phoniatica et Logopaedica*, 64(4), 179-186.
- Elkinton, J.**, (1966). Medicine and quality of life, *Ann Intern Med* 64:711-714.
- Ewert, T., & Stucki, G.**, (2007). Validity of the SS-QOL in Germany and in survivors of hemorrhagic or ischemic stroke. *Neurorehabil Neural Repair*. 21:161-168.
- Falce, D., & Perry, J.**, (1995). "Quality of life: Its definition and measurement", *Research in Development Disabilities*, 1(4), pp. 51-74.
- Fallowfield, L.** (1990). *The Quality of Life: The Missing Measurement in Health Care*, London: Souvenir Press.
- Farguhar, M.**, (1995). Definitions of quality of life: A Taxonomy. *J of Adv Nurs*, 22: 502-8.
- Farrell, B., Godwin, J., Richards, S., & Warlow, C.**, (1991). "The United Kingdom transient ischaemic attack (UK-TIA) aspirin trial: final results." . *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 54 (12): 1044 1054. doi : 10.1136/jnnp.54.12.1044
- Fayers, P., & Machin, D.**, (2000). *Quality of Life – Assessment, Analysis and Interpretation*. John Wiley & Sons Ltd, West Sussex England:3-5.
- Feldman, R. P., & Goodrich, J. T.**, (1999). The Edwin Smith surgical papyrus. *Child's Nervous System*, 15, 281-284.
- Fields, WS., & Lemak. NA.**, (1989). *A history of stroke: its recognition and treatment*. New York: Oxford University Press.
- Finger, S.**, (1994). *Origins of neuroscience: A history of explorations into brain function*, New York: Oxford University Press.
- Finger, S.**, (2000). *Minds behind the brain: A history of the pioneers and their discoveries*. Oxford, UK: Oxford University Press.

Franklin, DL., & Schlegel, WA., (1961). Rushner RF. Blood flow measured by Doppler frequency shift of back-scattered ultrasound, *Science* 1961; 134:564-565.

Fruhwald, S., Loffler, H., Eher, R., Saletu, B., & Baumhackl, U., (2001). Relationship between depression, anxiety and quality of life: a study of stroke patients compared to chronic low back pain and myocardial ischemia patients. *Psychopathology* 34:50-56.

Garratt, A., Schmidt, L., Mackintosh, A., & Fitzpatrick, R., (2002). Quality of life measurement: Bibliographic study of patient assessed health outcomes measures. *British Medical Journal* 324:1417-1423.

Gijn van J., (1992). Subarachnoid haemorrhage, *Lancet* 339:656-658.

Glass, TA., Matchar, DB., Belyea, M., & Feussner, Jr., (1993). Impact of social support on outcome in first stroke. *Stroke*, 24:64-70

Goddes, E.D., Wagner, N.N., & Silverman, D.R., (1979). Post-stroke sexual activity of CVA patients. *Med Aspects Hum Sex* 13: 16-29

Gorelick, PB., (1997). Stroke prevention windows of opportunity and failed expectations; *Neuroepidemiology*, 16:163-17.

Gresham, GE., Phillips, TF., & Labi, ML., (1980). "ADL status in stroke: relative merits of three standard indexes." *Arch Phys Med Rehabil* ;61:355-358.

Gross, C. G., (1998). *Brain, vision, memory: Tales in the history of neuroscience*, Cambridge, MA: The MIT Press.

Guidetti, S., Ytterberg, C., Ekstam, L., Johansson, U., & Eriksson, G. (2014). Changes in the Impact of Stroke Between 3 and 12 Months Post-Stroke, Assessed with the Stroke Impact Scale. *Journal of rehabilitation medicine*,46(10), 963-968.

Gunaydin, R., Karatepe, AG., Kaya, T., & Ulutas, O., (2011). Determinants of quality of life (QoL) in elderly stroke patients: a short-term follow-up study, *Arch Gerontol Geriatr.*;53(1):19-23.

Haacke, C., Althaus, A., Spottke, A., Siebert, U., Back, T., & Dodel, R., (2006). Long-term outcome after stroke: evaluating health related quality of life using utility measurements. *Stroke* 37: 193-198.

Hachinski, V., (1999). Post-stroke depression, not to be underestimated. *Lancet* 353: 1728.

Haghgoo, HA, Pazuki, ES., Hosseini, AS., & Rassafiani, M., (2013). Depression, activities of daily living and quality of life in patients with stroke, *J Neurol Sci.*;328(1-2):87-91.

- Hantson, L., De Weerd, W., De Keyser, J., Diener, H. C., Franke, C., & Palm, R., et al.,** (1994). The European Stroke Scale. *Stroke*, 25(11), 2215-2219.
- Harrison, MJG., Meadows, JC., Marshall, J., & Russell, RR.,** (1971). Effect of aspirin in amaurosis fugax. *The Lancet*, 298(7727), 743-744.
- Havulinna, AS., Paakkonen, R., Karvonen, M., & Salomaa, V.,** (2008). Geographic patterns of incidence of ischemic stroke and acute myocardial infarction in Finland during 1991-2003. *Annals of Epidemiology*: 18 206-213.
- Hawton, K.,** (1984). Sexual adjustment of men who have had strokes. *J Psychosom Res* 28: 243-249.
- Hochstenbach, JB., Anderson, PG., van Limbeek, J., & Mulder, TT.,** (2001). Is there a relation between neuropsychologic variables and quality of life after stroke? *Arch Phys Med Rehabil.*;82(10):1360-6.
- Hooi, L.N.,** (2003). What are the clinical factors that affect quality of life in adult asthmatics? *Medical Journal of Malaysia* 58: 506-515.
- Hopman, W. M., & Verner, J.** (2003). Quality of life during and after inpatient stroke rehabilitation. *Stroke*, 34(3), 801-805.
- Horquist, JO.,** (1982). The concept of quality of life, *Scand J Soc Med*, 10(2):57-61.
- Howitt, SC., Jones, MP. , Jusabani, A., Gray, WK., Aris, E., Mugusi, F., et al.,** (2011). A cross-sectional study of quality of life in incident stroke survivors in rural northern Tanzania *J Neurol.*;258(8):1422-30. doi: 10.1007/s00415-011-5948-6. Epub 2011 Feb 19.
- Hunt, SM., McKenna, SP.,** (1992). A new measure of quality of life in depression: testing the reliability and construct validity of the QLDS. *Health Policy*, 22: 321-330.
- Hussain, SI., Zaidat, OO., & Fitzsimmons, BF.,** (2012). The Penumbra system for mechanical thrombectomy in endovascular acute ischemic stroke therapy, *Neurology*; 79 (13 Suppl 1):S135-141.
- Indredavik, B., Bakke, F., Slordahl, S.A., Rokseth, R., & Haheim, L.L.,** (1998). Stroke unit treatment improves long-term quality of life: a randomized controlled trial. *Stroke*;29(5):895-9.
- International Wellbeing Group** (2006). *Personal Wellbeing Index*. Melbourne: Australian Centre on Quality of Life, Deakin University
- James, F.,** (1990). *Toole Cerebrovascular Disorders*, Raven Press.

- Jipan, X., Eric, Q.W., Zhi-Jie, Z., Janet, B.C., Kurt, J.G., George, A.M., et al.,** (2006). Impact of stroke on health-related quality of life in the noninstitutionalized population in the United States. *American Heart Association* 37: 2567-2572.
- Johnson, L.J., Minarik ,AP., Nystrom, VK., Bautista, C., & Gorman, JM.,** (2006). Poststroke Depression Incidence and Risk Factors: An Integrative Literature Review. *J Neurosc Nurs*; 38, 316-327.
- Johnston, SC.,** (2002). Clinical practice. Transient ischemic attack. *N.Engl J Med*, 2002;347:1687-1692.
- Jonkman, E.J., de Weerd, A.W., & Vrijens, N.L.,** (1998). Quality of life after a first ischemic stroke. Long-term developments and correlations with changes in neurological deficit, mood and cognitive impairment. *Acta Neurol Scand* 98(3):169-75
- Jönsson, AC., Lindgren I., Hallström B., Norrving, B., & Lindgren, A.,** (2005). Determinants of quality of life in stroke survivors and their informal caregivers, *Stroke* 36(4):803-8.
- Kalliomäki, JL., Markkanen, TK., & Mustonen, VA.,** (1961). Sexual behavior after cerebral vascular accident. A study on patients below the age of 60 years. *Fertil Steril* 12: 156-158.
- Kaplan, RM., & Bush, JW.,** (1982). Health-related quality of life measurement for evaluation research and policy analysis. *Health Psychology*; 1:61-80.
- Kartsona, A., & Hilari, K.,** (2007). Quality of life in aphasia: Greek adaptation of the stroke and aphasia quality of life scale-39 item (SAQOL-39). *Europa medicophysica*, 43(1), 27-35.
- Kasner, SE., Cucchiara, BL., McGarvey, ML., Luciano, JM., Liebeskind, DS., & Chalela, JA.,** (2003). "Modified National Institutes of Health Stroke Scale can be estimated from medical records.". *Stroke* 34 (2): 568–570
- Kauhanen, M.,** (1999). Quality of Life After Stroke, University of Oulu, academic dissertation.
- Kauhanen, ML., Korpelainen, JT., Hiltunen, P., Nieminen, P., Sotaniemi, KA., & Myllylä, VV.,** (2000). Domains and determinants of quality of life after stroke caused by brain infarction, *Arch Phys Med Rehabil.*;81(12):1541-6.
- Kerber, CW., Cromwell, LD., & Loehden, OL.,** (1980). Catheter dilatation of proximal carotid stenosis during distal bifurcation endarterectomy, *AJNR Am J Neuroradiol*, 1980 Jul-Aug; 1 (4):348–349.

- Kim, P., Warren, S., Madil, H., & Hadley, M.,** (1999). Quality of life of stroke survivors. *Qual Life Res*;8(4):293-301
- Korpelainen, J.T., Nieminen, P., & Myllyla, V.V.,** (1999). Sexual functioning among stroke patients and their spouses. *Stroke* 30: 715-719.
- Kurtzke, JF.,** (1981). "An introduction to neuroepidemiology. In "Atti del Secondo Convegno Nazionale di Neuroepidemiologia, Milano, 12-13 dicembre 1980" edited by Boeri R, and Fillipini G, p.p 1-14, Milan, Officini Grafiche Sabaini (1981).
- Lai, SM., Duncan, PW., Dew, P., & Keighley, J.,** (2005). Sex differences in stroke recovery, *Prev Chronic Dis*.;2(3):A13. Epub 2005 Jun 15.
- Lane, R., E.,** (1994). Quality of life and quality of persons: A new role of government? *Political theory*, vol. 22, p. 221.
- Larsen-Nicholas, D.S., Clark, P.C., Zeringue, A., Greenspan, A., & Blanton, S.,** (2005). Factor influencing stroke survivors' quality of life during subacute recovery. *Stroke* 36: 1480-1484.
- Lehman, F.,** (1997). Instruments for measuring quality of life in mental illness. In: Katsching H, Freeman H, Santorius N (eds), *Quality of life in Mental Disorders*. John Wiley & Sons Ltd, West Sussex England, 1997:79-80.
- Lehman, M., Ward, NC., Linn, LS.,** (1982). Chronic mental patients: The quality of life issue. *Am J Psychiatry*, 139: 1271-1276.
- Leon, L. L., Glenn, P. T.,** (1998). Herophilus of Alexandria (325-255 B.C.): The father of anatomy, *Spine*, 23, 1904-1914.
- Liepert, J., Bauder, H., Wolfgang, HR., Miltner, WH., Taub, E., & Weiller, C.,** (2000). Treatment-included cortical reorganization after stroke in humans. *Stroke*; 31(6): 1210-1216.
- Lima, ML.,** (2010). Qualidade de vida de indivvduos com acidente vascular encefolico e de seus cuidadores. [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina; 124p.
- Lindley, RI., Warlow, CP., Wardlaw, JM., Dennis, MS., Slattery, J., & Sandercock, PA.,** (1993). Interobserver reliability of a clinical classification of acute cerebral infarction. *Stroke*;24:1801-1804.
- Lindstrom, B,** (1995). Measuring and improving quality of life for children. In: Lindstrøm B, Spencer N (eds), *Social Paediatrics*, Oxford University Press, Oxford,;570-585.

- Loewen, SC., & Anderson, BA.,** (1990). "Predictors of stroke outcome using objective measurement scales." *Stroke*; 21:78-81.
- Lokhorst, GJC.,** (1996). The first theory about hemispheric specialization: Fresh light on an old codex, *The Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, 51(3), 293-312.
- Masskulpan, P., Riewthong, K., Dajpratham, P., & Kuptniratsaikul, V.,** (2008). Anxiety and depressive symptoms after stroke in 9 rehabilitation centers, *J Med Assoc Thai*.91(10):1595-602.
- Matsumoto, M., Ishikawa, S., & Kazii, E.,** (2010) Rurality of communities and incidence of stroke: a confounding effect of weather conditions, *Rural and Remote Health* 10:1493.
- McCall, S.,** (1975). "Quality of life", *Social Indicators Research*, 2, pp. 239-253.
- Messing, RO.,** (2000). Διαταραχές του Νευρικού Συστήματος: Αγγειακά Εγκεφαλικά Επεισόδια. Παθολογική Φυσιολογία. 2η έκδοση. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας;. p.272-279
- Millikan, CH., Siekert, RG., & Whisnant, JP.,** (1958). Anticoagulant therapy in cerebral vascular disease-current status, *JAMA*; 166:587-592.
- Min Lai, S., Alter, M., Friday, G., & Sobel, E.,** (1995). Prognosis for survival after an initial stroke. *Stroke* 26: 2011–2015.
- Min Lai, S., Perera, S., Duncan, P.W., & Bode, R.,** (2003). Physical and social functioning after stroke: comparison of the Stroke Impact Scale and Short Form-36. *Stroke* 34: 488-493.
- Monga, TN., Lawson, JS., & Inglis, J.,** (1986). Sexual dysfunction in stroke patients. *Arch Phys Med Rehabil* 67: 19-22.
- Monga, TN., & Osterman, HJ.,** (1995). Sexuality and sexual adjustment in stroke patients. *Phys Med Rehabil State Art Rev* 9: 345-359.
- Moniz, E.,** (1927). L'encephalographie arrielle, son importance dans la localisation des tumeurs cerebrales, *Rev Neurol, Paris*; 2:72-90.
- Mooney, A.,** (2006). Quality of life: Questionnaires and questions. *Journal of Health Communication* 11:327-341
- Morris, RW., Whincup, PH., Emberson, JR., Lampe, FC., Walker, M., & Shaper AG.,** (2003). North-south gradients in Britain for stroke and CHD: are they explained by the same factors? *Stroke*; 34: 2604-2609.

- Niemi, M.L., Laaksonen, R., Kotila, M., & Waltimo O.,** (1998). Quality of life 4 years after stroke. *Stroke* 19: 1101-1107.
- Noll, H.H.,** (1998). *Societal Indicators and Social Reporting: The International Experience*. Copenhagen: The Quality-of-Life Research Center.
- Nudo, R.J., Plautz, E.J., & Frost, S.B.,** (1981). Role of adaptive plasticity in recovery of function after damage to motor cortex. *Muscle Nerve* 2001; 24(8): 1000-1019.
- Nuland, S.,** (1988). *Doctors, bibliography of medicine*, Birmingham, Ala: Libraries of Gryphon Editions.
- Orgogozo, J.M., & Capildeo, R.,** (1983). "Development of a neurological score for clinical evaluation of infarctions in the Sylvian territory." *Presse Med*: 12(48): 3039-3044.
- Ormell, J., Lindenberg, S., Steverink, N., & Vonkorff, M.,** (1997). Quality of life and Social Production Functions: A Framework for understudying health effects. *Soc Sci Med* 17: 1051-1063.
- Papanis E., & Roumeliotou, M.,** (2007). Can Social Trust and Participation Be Reinforced through Education? Empirical Data from Greece, *Journal of Education and Human Development*, 1:2.
- Paul, S.L., Sturm, J.W., Dewey, H.M., Donnan, G.A., Macdonell, R.A., & Thrift, A.G.,** (2005). Long-term outcome in the North East Melbourne Stroke Incidence Study: Predictors of quality of life at 5 years of after stroke. *Stroke* 36:2082-2086.
- Perlini, N.M., & Mancussie Faro, A.C.,** (2005). Taking care of persons handicapped by cerebral vascular accident at home: the familial caregiver activity. *Rev Esc Enferm USP*.;39(2):154-63. Portuguese.
- Rangel, E.S.S., Belasko, A.G.S., & Diccini, S.,** (2013). Quality of life of patients with stroke rehabilitation. *Acta paul. enferm.* [online]. 2013, vol.26, n.2 [cited 2015-06-02], pp. 205-212 .
- Rankin, J.,** (1957). "Carebral vascular accidents in patients over the age of 60 II. Prognosis", *Scott Med J* 2 (5): 200-215.
- Robins, M., & Bauman, H.M.,** (1981). Incidence: The national survey of stroke. *Stroke*;12:(suppl. 1): 145 – 157.
- Robinson, R.G., & Benson, D.F.,** (1981). Depression in aphasic patients: frequency, severity, and clinicalpathological correlates. *Brain Lang* 14: 282-291.
- Rokeach, J.,** (1973). *The nature of human values*. Free Press/MacMillan, New York.

- Rossini, PM., Calautti, C., Pauri, F., & Baron, JC.,** (2003). Post-stroke plastic reorganisation in the adult brain. *Lancet Neurol*; 2(8): 493-502.
- Rotter, I.,** (2002). Effect of functional capacity, coexisting depression and some socio-demographic factors on the quality of life in patients with ischemic cerebrovascular stroke, *Ann Acad Med Stetin.*;48:301-16.
- Sacco, RL., Ellenberg, JH., Mohr, JP., Tatemichi, TK., Hier, DB., & Price, TR.,** (1989). Infarcts of undetermined cause: the NINCDS Stroke Data Bank. *Annals of neurology*, 25(4), 382-390.
- Sandberg, O., Franklin, KA., Bucht, G., & Gustafson, Y.,** (2001). Sleep apnea, delirium, depressed mood, cognition, and ADL ability after stroke, *J Am Geriatr Soc.*49(4):391-7.
- Schalock, R.,** (2004). The concept of quality of live: What we know and do not know, *Journal of Intellectual Disability Research*, 48(3), pp. 203-216.
- Scholte, OP., Reimer, WJ., Haan, RJ., PiJenborg, JM, Limburg, M., & Van Den Bos, GA.,** (1998). Assessment of burden in partners of stroke patients with the sense of competence questionnaire. *Stroke*, 29:373–379
- Shah, KH., & Edlow, JA.,** (2004). Transient ischemic attack: Review for the emergency physician. *Ann Emerg Med* 2004;43:592-604.
- Shi, ZS., Loh, Y., Walker, G., & Duckwiler, GR.,** (2010). Clinical Outcomes in Middle Cerebral Artery Trunk Occlusions Versus Secondary Division Occlusions After Mechanical Thrombectomy Pooled Analysis of the Mechanical Embolus Removal in Cerebral Ischemia (MERCi) and Multi MERCi Trials. *Stroke*, 41(5), 953-960.
- Sjögren, K.,** (1983). Sexuality after stroke with hemiplegia. II. With special regard to partnership adjustment and to fulfillment. *Scand J Rehabil Med* 15: 63-69.
- Sjögren, K., Damberg, JE., & Liljeqvist, B.,** (1983). Sexuality after stroke with hemiplegia. I. Aspects of sexual function. *Scand J Rehabil Med* 15: 55-61.
- Spiker, B., & Revicki, DA.,** (1996). Taxonomy of quality of life. In: Spilker, B., (ed), *Quality of Life and pharmacoeconomics in Clinical Trials*. 2nd ed. Lippincott-Raven, Philadelphia.
- Sturn, JW., Donnan, GA., Dewey, HM., Macdonell, RA., Gilligan, AK., Srikanth, V., et al.,** (2004). Quality of life after stroke: the North East Melbourne Stroke Incidence Study (NEMESIS). *Stroke* 35:2340-2345.

- Tengs, TO., Yu, M., & Luistro, E.,** (2001). Health-related quality of life after stroke a comprehensive review. *Stroke* 32:964-972.
- Toole JF.,** (1991). The Willis lecture: transient ischemic attacks, scientific method ,and new realities, *Stroke* 1991;22:99-104.
- Touboul, PJ., Elbaz, A., Koller, C., Lucas, C., Adrai, V., Chedru, F., et al.,** (2000). Common carotid artery intima-media thickness and brain infarction : The etude du profil genetique de l'infarctus cerebral (genic) case-control study. The genic investigators. *Circulation*;102:313-318.
- Tuomilehto, J., Rastenyte, D., Sivenius, J., Sarti, C., Immonen-Räihä, P., Kaarsalo, E., et al.,** (1996). Ten-year trends in stroke incidence and mortality in the FINNMONICA Stroke Study. *Stroke* 27: 825-832.
- Vadikolias, K, Tsivgoulis, G, Heliopoulos, I, Papaioakim, M, Aggelopoulou, C, Serdari, A, et al.,** (2009). Incidence and case fatality of subarachnoid haemorrhage in Northern Greece: the Evros Registry of Subarachnoid Haemorrhage. *Int J Stroke.* 4: 322-327.
- Veenhoven, R.,** (2004). "Is life getting etter?", *Paper presented at the 2hd European con Ference on Positive Phychology*, Pallanza, Italy, july 7th 2004.
- Vemmos, K. N., Takis, C. E., Georgilis, K., Zakopoulos, N. A., Lekakis, J. P., Papamichael, C. M., et al.,** (2000). The Athens stroke registry: results of a five-year hospital-based study. *Cerebrovascular Diseases*,10(2), 133-141.
- Vemmos, KN., Bots, ML., Tsibouris, PK., Zis, VP., Grobbee, DE., Stranjalis, GS., et al.,** (1999). Stroke Incidence and Case Fatality in Southern Greece. *Stroke*; 30:363-370.
- Verbraak, ME., Hoeksma, AF., Lindeboom, R., & Kwa, VI.,** (2012). Subtle problems in activities of daily living after a transient ischemic attack or an apparently fully recovered non-disabling stroke, *J Stroke Cerebrovasc Dis.*1(2):124-30.
- Vest, MT., Murphy, TE., Araujo, KL., & Pisani, MA.,** (2011). Disability in activities of daily living, depression, and quality of life among older medical ICU survivors: a prospective cohort study, *Health Qual Life Outcomes.* 5;9:9. doi: 10.1186/1477-7525-9-9.
- Viitanen, M., Fugl-Meyer, K.S., Bernspang, B., & Fugl-Meyer A.R.,** (1988). Life satisfaction in long-term survivors after stroke. *Scand J Rehabil Med* 20: 17-24.
- Visser-Meily, A., Post, M., van de Port, I., Maas, C., Forstberg-Wärleby, G., & Lindeman, E.,**(2009). Psychosocial functioning of spouses of patients with stroke

from initial inpatient rehabilitation to 3 years poststroke: course and relations with coping strategies, *Stroke*.40(4):1399-404.

Von Kummer, R., & Hacke, W., (1992). Safety and efficacy of intravenous tissue plasminogen activator and heparin in acute middle cerebral artery stroke, *Stroke*, 1992;23(5):646-652.

Ware Jr, J. E., Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical care*, 473-483.

Werner, R. A., & Kessler, S., (1996). Effectiveness of an intensive outpatient rehabilitation program for postacute stroke patients1. *American journal of physical medicine & rehabilitation*, 75(2), 114-120.

WHO Report (2004), Atlas on Heart Disease and Stroke.

Whoqol Group, (1998), The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. *Soc Sci Med*, 46:1569- 1585.

Williams, LS., Bakas, T., Brizendine, E., Plue, L., Tu, W., Hendrie, H., Kroenke, K., (2006). How valid are family proxy assessments of stroke patients health-related quality of life? *Stroke* 37:2081-2085.

Wolf, PA., (2000), Prevention of stroke, 352:1-30

World Health Organization, (2004). The World Health Report 2004. The World Health Report, Geneva: the World Health Organization.

Wyller, T. B., Holmen, J., Laake, P., & Laake, K. (1998). Correlates of subjective well-being in stroke patients. *Stroke*, 29(2), 363-367.

Yoo, SH., Kim, JS., Kwon, SU., Yun, SC., Koh, JY., & Kang, DW., (2008). "Undernutrition as a Predictor of Poor Clinical Outcomes in Acute Ischemic Stroke Patients", *Archives of Neurology* 65 (1): 39-43.

Young, KY., & Longman, A.J., (1983). Quality of life and persons with melanoma : A pilot study. *Cancer Nursing*, June, 219-255.

Zautra, A., & Goodhart, D., (1979). Quality of life indicators: A Review of the literature, *Commun Mental Health Rev* 1979; 4:1-10.

B. Ελληνόγλωσση

Ackerknecht, E., (1998). Ιστορία της ιατρικής, Αθήνα, μετάφραση Πασχάλης, Β., Ηλιάδης, Γ., Καρατζούλης, Β., εκδόσεις Μαραθιά.

Αντωνακούδης, Χ., Δραγομάνοβιτς, Σ., & Αντωνακούδης, Γ., (2004). Η σύγχρονη αντιμετώπιση της οξείας φάσης των ισχαιμικών εγκεφαλικών επεισοδίων. Έμφαση στην υπέρταση, *Αρτηριακή Υπέρταση*, 13,3:99-105.

Άρτεμης, Ν., & Μάλετιτς-Αποστολίδη, Γ., (2012). Ιστορική εξέλιξη στη διάγνωση και θεραπεία του αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου, *Ελληνική Νευρολογική Εταιρεία, Νευρολογία* 21:4-2012, 5-10.

Βαλτσόγης, Χ., & Λεοντάρης, Ν., (2012). Ο ρόλος του νοσηλευτή σε ασθενή με Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο, *Τ.Ε.Ι. Θεσσαλονίκης, Σχολή Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας, Τμήμα Νοσηλευτικής, πτυχιακή εργασία.*

Βοζινού, Ε., & Κανταρτζή, Κ., (2006). Φροντίδα ατόμων με αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, *Θεσσαλονίκη, ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης, Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας, Τμήμα Νοσηλευτικής, πτυχιακή εργασία.*

Γείτονα, Μ., Κάβουρα, Μ., Βανδώρου, Χ., & Κυριόπουλος, Γ., (2004). Οικονομική Αξιολόγηση και Ποιότητα Ζωής. Στο: Γείτονα Μ. (επιμ) Οικονομική Αξιολόγηση της Τεχνολογίας Υγείας: Φαρμακοοικονομία και Λήψη Αποφάσεων. Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Θεσσαλίας, Βόλος: 130-146.

Γιολδάσης, Γ., (2008). Κόστος ενδονοσοκομειακής περίθαλψης ασθενών με οξύ αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, *Πανεπιστήμιο Πατρών, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής, διδακτορική διατριβή.*

Γλουστιάνου, Κ., (2008). Κοινωνικοοικονομικοί δείκτες της ποιότητας ζωής στην ελληνική οικογένεια, Αθήνα, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, Τμήμα Οικιακής Οικονομίας και Οικολογίας, πτυχιακή εργασία.

Δοκουτσίδου, Ε., & Αντωνίου, Κ., (2009). Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο ισχαιμικής αιτιολογίας, *Βήμα του Ασκληπιού*, τόμ. 8^{ος}, τεύχ. 2^ο, σ. 97-106.

Ελληνική Εταιρεία Αθηροσκλήρωσης, (2015). Επιδημιολογία και πρόληψη αθηροσκλήρωσης, ομαδική εργασία, στο <http://www.atherosclerosis.gr/sintomes-parousiasis-epidimiologia/>

Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία, (2015). Αιτίες θανάτων έτους 2013, Δελτίο Τύπου, Πειραιάς, στο <http://www.statistics.gr>

Ζογλοπίτου, Λ.Α., (2010). Τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίου με εξαύλωση σε τρία φωτόνια, Θεσσαλονίκη, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Σχολή Θετικών Επιστημών, Τμήμα Φυσικής, πτυχιακή εργασία.

Θεοφίλου, Π., (2010). Ποιότητα ζωής στο χώρο της Υγείας: Έννοια και αξιολόγηση, e-Journal of Science and Technology, p. 43-51.

Θεοφίλου, Π., (2011). Η συμβολή των κοινωνικών επιστημών στην αξιολόγηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής, e-Περιοδικό Επιστήμης και Τεχνολογίας, (2), 6, 19-32.

Καραδήμα, Μ., (2007). Ψυχοκοινωνική επιβάρυνση ατόμων που φροντίζουν ασθενείς με χρόνια αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, Αθήνα, ΤΕΙ Αθήνας, Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας, Τμήμα Επισκεπτών και Επισκεπτριών Υγείας, πτυχιακή εργασία.

Καρκούλη, Γ., & Καπάδοχος, Θ., (2010). Λειτουργική ανικανότητα ασθενών με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, ισχαιμικής αιτιολογίας, Αθήνα, Το Βήμα του Ασκληπιού, (9), 2, 144-157.

Χαμλατζής, Π., & Καρλοβασίτου-Κονιάρη, Α., (2003). Ποιότητα ζωής και αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, Αρχεία Νευρολογίας και Ψυχιατρικής, Εγκέφαλος 40 (1), στο <http://www.encephalos.gr/40-1g.htm>

Κοντοδημόπουλος, Ν., Φραγκούλη, Δ., Παππά, Ε., & Νιάκας, Δ., (2004). Στατιστικοί έλεγχοι της εγκυρότητας και της αξιοπιστίας του Ελληνικού SF-36. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 21:451-462.

Λάππας, Δ.Α., (2002). Ιστορική αναδρομή της μελέτης του Κ.Ν.Σ. από την αρχαιότητα μέχρι το τέλος του 19^{ου} αιώνα, Θεσσαλονίκη, στο Χριστόπουλου-Αλετρά, Ε., (επιμ. έκδ.), *«Περί φύσιος ανθρώπου», Ανατομία και φυσιολογία από την αρχαιότητα ως τις αρχές του 20^{ου} αιώνα.*

Μερκούρης, Α., & Αποστολάκης, Ε., (2003). Αορτοστεφανιαία παράκαμψη και ποιότητα ζωής, Αθήνα, έκδοση ιδίου.

Μιλέσης, Γ., (2003). Επίδραση διατροφικών παραγόντων στην πρωτογενή και δευτερογενή πρόληψη εγκεφαλικών επεισοδίων, Αθήνα, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, πτυχιακή μελέτη.

Μπουτάρη, Χ., (2013). Προγνωστικοί δείκτες έκβασης σε ασθενείς με οξύ Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο, Θεσσαλονίκη, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Ιατρική Σχολή, διπλωματική εργασία.

- Μυγδάλης, Η.,** (2012). Επιδημιολογία του Σακχαρώδους Διαβήτη και των επιπλοκών του, εισήγηση στο 8^ο πανελλήνιο συνέδριο αθηροσκλήρωσης, Θεσσαλονίκη, στο file:///C:/Users/user/Downloads/8οΕΑΒΕ_17032012_009_mugdalis.pdf
- Μυλωνάς, Ι., Λογοθέτης, Ι.,** (1996). Νευρολογία, Αθήνα, Universal Press.
- Οικονόμου, Μ., Κοκκώση, Μ., Τριανταφύλλου, Ε., & Χριστοδούλου, Γ.,** (2001). Ποιότητα ζωής και ψυχική υγεία. *Εννοιολογικές προσεγγίσεις, κλινικές εφαρμογές και αξιολόγηση. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 18(3), 239-253.*
- Παλιουδάκη, Α., Ρίζου, Κ., & Συραγοπούλου, Μ.,** (2006). Αγγειακά Εγκεφαλικά Επεισόδια στην Κρήτη-Μια προοπτική μελέτη, Ηράκλειο, Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας, Τμήμα Νοσηλευτικής ΑΤΕΙ, πτυχιακή εργασία.
- Παναγής, Γ., & Δαφέρμος, Μ.,** (2008). Ψυχή, Νους και Εγκέφαλος: Μια ιστορική αναδρομή στη μελέτη των μεταξύ τους σχέσεων, *Hellenic Journal of Psychology, vol. 5(2008), pp. 324-336.*
- Παππά, Ε., Κοντοδημόπουλος, Ν., & Νιάκας, Δ.,** (2006). Εγκυροποίηση και προτυποποίηση της επισκόπησης υγείας SF-36 με αντιπροσωπευτικό δείγμα του ελληνικού αστικού πληθυσμού, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 23(2):159-166.*
- Παπαγεωργίου, Κ.,** (1993). Νευρολογία, Αθήνα, Παρασιάνου.
- Πετρίδου, Ε., Σκαλκίδης, Η., Δικαλιώτης, Σ.Κ., Γερμανής, Α.Ε., & Τριχόπουλος, Δ.,** (2007). Λεξικό Εκατό Επιδημιολογικών Όρων, στο <http://www.translatum.gr/forum/index.php?topic=9984.0>.
- Σαρρής, Μ.,** (2001). Κοινωνιολογία της Υγείας και Ποιότητα Ζωής, Αθήνα, εκδόσεις Παπαζήση.
- Σεργίου, Κ.,** (2014). Η διερεύνηση της ποιότητας ζωής ασθενών με στεφανιαία νόσο και καρωτιδική νόσο, Λευκωσία, διατριβή επιπέδου master.
- Σίμογλου, Β.,** (2006). Προσεγγίζοντας την έννοια της ποιότητας ζωής, ομιλία στην επιστημονική ημερίδα της Δημοτικής Αναπτυξιακής Επιχείρησης Καβάλας, 4 Ιουνίου 2006.
- Singer, P.,** (2003). Εισαγωγή στον Γαληνό, στο Αβραμίδης, Γ., *Γαληνός: Για της ψυχής τα πάθη και τα λάθη*, Αθήνα, εκδόσεις ΘΥΡΑΘΕΝ.
- Σιώμκος, Γ., Μαύρος, Δ.,** (2008). Έρευνα Αγοράς, Αθήνα, Σταμούλη.
- Σταθακόπουλος, Β.,** (2005). Μέθοδοι Έρευνας Αγοράς, Αθήνα, Σταμούλη.
- Τομάρας, Β.,** (1998). Εγχειρίδιο Νευρολογίας, Αθήνα, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσα.
- Τριανταφύλλου, Ο., & Ρουμιέ, Μ.,** (2010). Πιλοτική μελέτη σε αφασικούς ασθενείς που υπέστησαν Α.Ε.Ε. ή Κ.Ε.Κ. με την εφαρμογή του Comprehensive Aphasia Test

προσαρμοσμένο στην ελληνική γλώσσα, Ιωάννινα, Α.Τ.Ε.Ι. Ηπείρου, Τμήμα Λογοθεραπείας, πτυχιακή εργασία.

Τσιβγούλης, Γ., (2011). Εκτίμηση της ποιότητας ζωής μετά από αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης, Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών «Διοίκηση Μονάδων Υγείας», διατριβή επιπέδου master.

Υφαντόπουλος, Γ., (2007). Μέτρηση της ποιότητας ζωής και το ευρωπαϊκό υγειονομικό μοντέλο, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 24 (συμπλ.1):6-18.

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

Feigin, V., (2007). Εγκεφαλικό επεισόδιο: Έγχρωμος οδηγός για πρόληψη και αποκατάσταση, μετάφραση Τσούδη, Ε., Αθήνα, Διασπορά.

Φουστέρης, Ε., Βρανά, Δ., Αψόκαρδος, Σ., & Μελιδώνης, Α., (2008). Παροδικά Ισχαιμικά, Αγγειακά Εγκεφαλικά Επεισόδια, παρουσίαση οδηγιών για τη δευτερογενή πρόληψη από την Αμερικανική Καρδιολογική Εταιρεία/Αμερικανική Εταιρεία Εγκεφαλικών (Aha/Asa Guidelines), Αθήνα, Επιστημονικά Χρονικά, έκδοση του Επιστημονικού Συμβουλίου του γενικού Νοσοκομείου Πειραιά «ΤΖΑΝΕΙΟ», τεύχ. 4. σ. 176-187.

Χατζητόλιος, ΑΙ., Ρουντόλφ, Γ., Ζαφειρόπουλος, Α., & Σαββόπουλος, ΧΓ., (2007). Διαχείριση των αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων: Ένα μείζον πρόβλημα Δημόσιας Υγείας, Ιατρικό Βήμα, 109:12-22.

Ψωμά, Γ., & Τζεδάκη, Α., (2008). Αξιολόγηση της ποιότητας ζωής ασθενών με στεφανιαία νόσο /ή εμφυτευμένο καρδιακό απινιδωτή, Ηράκλεια, Τ.Ε.Ι. Κρήτης, Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας, Τμήμα Νοσηλευτικής.