



«ΕΙΣ ΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑΝ»  
ΕΣΔΝΕ

όμος 32, Τεύχος 1  
αν. – Μάρτιος 1993

# ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

ΤΡΙΜΗΝΙΑΙΑ ΕΚΔΟΣΗ ΤΟΥ  
ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΝΔΕΣΜΟΥ ΔΙΠΛΩΜΑΤΟΥΧΩΝ  
ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΩΝ – ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

1. Λειτουργικές δυσχέρειες στο νοσοκομείο από το κάπνισμα
2. Ισχυροποίηση της Νοσηλευτικής για την υποστήριξη των στρατηγικών «Υγεία για όλους»
3. Ποιότητα ζωής καρδιολογικών ασθενών. Νοσηλευτική προσέγγιση
4. Ο ηλικιωμένος και τα φάρμακα
5. Η οικογένεια και το χρόνια άρρωστο άτομο - Ρόλος της νοσηλεύτριας
6. Κάπνισμα και στεφανιαία νόσος
7. Νοσηλευτική και HIV/AIDS. Εστίαση στα ορφανά από AIDS και την εκπαίδευση
8. Συνέδρια
9. Ενημέρωση
10. Υποτροφίες
11. Οδηγίες για τους συγγραφείς

## CONTENTS

1. Hospital disfunctions from smoking
2. Strengthening Nursing and midwifery in support of strategies for health for all
3. Quality of life of cardiac patients. A nursing approach
4. The Aged and the Drugs
5. The role of the nurse in helping a family to cope with chronic illness
6. Smoking and coronary hard disease
7. Nursing and HIV/AIDS - Focus: AIDS Orghans, Education
8. Congresses
9. News
10. Scholashirs
11. Instructions to authors

# NOSSILEFTIKI

QUARTERLY PUBLICATION OF THE  
HELLENIC NATIONAL GRADUATE NURSES ASSOCIATION

Vol 32, No 1  
January – March 1993



**ΙΔΙΟΚΤΗΤΗΣ - ΕΚΔΟΤΗΣ**

Εθνικός Σύνδεσμος  
Διπλωματούχων Νοσηλευτριών - Νοσηλευτών  
Ελλάδος  
Πύργος Αθηνών, Γ' κτίριο, 2ος όροφος  
Μεσογείων 2, 115 27 ΑΘΗΝΑ  
Τηλ.: 77 02 861

**ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ**

**Ε. Αγιώτου - Δημοπούλου**  
**Ε. Γουλιά**  
**Α. Καλοκαιρινού**  
**Μ. Μαλγαρινού**  
**Α. Παπαδαντωνάκη**  
**Ε. Πατηράκη**  
**Α. Πορτοκαλάκη**  
**Α. Ραγιά**  
**Ε. Χαραλαμπίδου**

**ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΕΚΔΟΣΗΣ**

**Μαρία Μαλγαρινού**  
Επίτ. Καθηγήτρια ΤΕΙ Αθηνών  
Πύργος Αθηνών - Γ' Κτίριο  
2ος όροφος - 115 27 ΑΘΗΝΑ

**ΤΕΧΝΙΚΗ ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΕΚΔΟΣΗΣ**

Φωτοστοιχειοθεσία - Σχεδιασμοί  
Εξώφυλλο - Εκτύπωση



**Κ. & Γ. ΖΕΡΜΠΙΝΗ Ο.Ε.**  
Κεντρικό : Χαριλάου Τρικούπη 73, Αθήνα, Τηλ. 36 14 741  
Εργοστάσιο : Σουλίου 10, Άγ. Δημήτριος, Τηλ. 99 42 382  
Βιβλιοπωλείο : Μικράς Ασίας 76, Γουδί, Τηλέφ. 77 98 654

**ΕΤΗΣΙΕΣ ΣΥΝΔΡΟΜΕΣ**

Νοσηλεύτριες/ές-Σπουδάστριες/ές ...	2500 δρχ.
Οργανισμοί-Εταιρείες-Βιβλιοθήκες ..	4500 δρχ.
Εξωτερικού .....	40 \$
Τιμή τεύχους .....	750 δρχ.
Τιμή τευχών 1990, 1991 .....	600 δρχ.
» » 1985 - 1989 .....	500 δρχ.
Παλαιότερα τεύχη .....	400 δρχ.

**ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ**

1. Λειτουργικές δυσχέρειες στο νοσοκομείο από το κάπνισμα .....  
**Β. Λαναρά**
2. Ισχυροποίηση της Νοσηλευτικής για την υποστήριξη των στρατηγικών «Υγεία για όλους» .....  
**Μετάφραση Ειρ. Γουλιά**
3. Ποιότητα ζωής καρδιολογικών ασθενών. Νοσηλευτική προσέγγιση .....  
**Α. Παπαδαντωνάκης**
4. Ο ηλικιωμένος και τα φάρμακα .....  
**Χ. Πλατή**
5. Η οικογένεια και το χρόνια άρρωστο άτομο - Ρόλος της νοσηλεύτριας .....  
**Ε. Κυριακίδου**
6. Κάπνισμα και στεφανιαία νόσος .....  
**Η. Παναουδάκη - Μπροκαλάκη, Κ. Κούκιου**
7. Νοσηλευτική και HIV/AIDS. Εστίαση και ορφανά από AIDS και την εκπαίδευση .....  
**Απόδοση στα Ελληνικά Ειρ. Γουλιά**
8. Συνέδρια .....
9. Ενημέρωση .....
10. Υποτροφίες .....
11. Οδηγίες για τους συγγραφείς .....

**CONTENTS**

1. Hospital disfunctions from smoking .....  
**V. Lanara**
2. Strengthening Nursing and midwifery in support of strategies for "Health for all" .....  
**Translation Ir. Goulia**
3. Quality of life of cardiac patients. A nursing approach .....  
**A. Papadantonakis**
4. The Aged and the Drugs .....  
**Ch. Plati**
5. The role of the nurse in helping a family to cope with chronic illness .....  
**E. Kiriakidou**
6. Smoking and coronary heart disease .....  
**H. Pananoudaki - Brokalaki, K. Koukiou**
7. Nursing and HIV/AIDS - Focus: AIDS Orphans, Education .....  
**Translation: Ir. Goulia**
8. Congresses .....
9. News .....
10. Scholarships .....
11. Instructions to authors .....

## Ποιότητα ζωής Καρδιολογικών Ασθενών. Νοσηλευτική Προσέγγιση

Δρ. Α. ΠΑΠΑΔΑΝΤΩΝΑΚΗ

Ειδικός Επιστήμων Τμήματος Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Αθηνών

«Η ποιότητα ζωής προσδιορίζεται από τις δραστηριότητές της»

(Αριστοτέλης)<sup>1</sup>

**Περίληψη:** Το άρθρο αποτελεί ανασκόπηση της βιβλιογραφίας που αφορά την ποιότητα ζωής. Αρχίζει με ιστορική αναδρομή ορισμού και μεθοδολογία

μέτρησης ποιότητας ζωής, θεώρηση της ποιότητας ζωής των χρονίως πασχόντων και καρδιολογικών ασθενών και τελειώνει με κλινικές νοσηλευτικές εφαρμογές. Επιπλέον, αναφέρονται και σχολιάζονται αδυναμίες στον ορισμό και στη μέτρηση της ποιότητας ζωής, μέσα στη νοσηλευτική προοπτική.

Τα τελευταία χρόνια έχουν γίνει τεράστια επιτεύγματα στην παροχή υγειονομικής φροντίδας των καρδιολογικών ασθενών. Τεχνολογικές πρόοδοι τόσο στη διάγνωση όσο και στη θεραπεία είναι καταπληκτικές. Και όμως καμιά από τις παρεμβάσεις δεν έχει αλλάξει το τελικό αποτέλεσμα των καρδιοπαθειών, την πρόωρη αναπηρία και το θάνατο. Επιστήμονες στο χώρο της υγείας, που ασχολήθηκαν με την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των διαγνωστικών και θεραπευτικών παρεμβάσεων στην αντιμετώπιση των καρδιακών νόσων, αναφέρουν ότι η νοσηρότητα και η θνησιμότητα δεν αποτελούν πλέον ικανοποιητικά κριτήρια αξιολόγησης. Η προσέγγιση του αρρώστου για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της συντηρητικής και χειρουργικής θεραπείας των καρδιοπαθών είναι αναγκαία<sup>2</sup>.

Η ποιότητα ζωής των καρδιολογικών αρρώστων ως κριτήριο αξιολόγησης των αποτελεσμάτων των διαφόρων διαγνωστικών θεραπευτικών παρεμβάσεων αποτελεί ευρύ ερευνητικό θέμα. Τα πορίσματα της έρευνας μπορεί να χρησιμοποιηθούν από τους νοσηλευτές για το σχεδιασμό εξατομικευμένης φροντίδας ασθενών, που θα προάγει θετικά την προσαρμογή και αποκατά-

σταση των καρδιοπαθών στο κοινωνικό περιβάλλον<sup>2,3</sup>.

### Βιβλιογραφική ανασκόπηση

Ποιότητα ζωής είναι σύνθετη έννοια και συμπεριλαμβάνει φυσικές, κοινωνικές και συναισθηματικές ανάγκες καθώς και φιλοδοξίες<sup>4</sup>. Ο Campbell και οι συνεργάτες του<sup>4</sup> τονίζουν τη σημαντικότητα της προσωπικής αντίληψης στην ποιότητα ζωής καθώς και τη μέτρησή της με υποκειμενικούς δείκτες. Οι ίδιοι ερευνητές περιέγραψαν πολλαπλές διαστάσεις υποκειμενικής αντίληψης για την ποιότητα ζωής όπως, υγεία, φιλία, εργασία, οικογένεια, εκπαίδευση, οικονομική κατάσταση, επίπεδο ζωής.

Ο όρος ποιότητα ζωής χρησιμοποιήθηκε μετά το Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο<sup>5</sup>, αρχικά για να δοθεί έμφαση στη ζωή, «καλή ζωή», που δεν χρειάζεται μόνο αφθονία υλικών αγαθών. Από τότε ο όρος ποιότητα ζωής έχει πάρει σημαντική θέση στο χώρο της υγείας και στην κοινωνική πολιτική. Εν τούτοις, το θέμα - ποιότητα ζωής - είναι πολύπλοκο και αντιμετωπίζονται προβλήματα τόσο στον ορισμό όσο και στη μέτρησή της.

Οι George και Bearon<sup>6</sup> αναφέρουν ότι είναι δύσκολο να δοθεί ορισμός στην ποιότητα ζωής, επειδή οι άνθρωποι αξιολογούν τα πράγματα με διαφορετικό πρίσμα. Αν και έχουν προταθεί πολλές ερμηνείες και προγνωστικοί παράγοντες ως κριτήρια για την ποιότητα ζωής, δεν υπάρχει όμως συμφωνία για ένα κοινό ορισμό που να κατευθύνει την έρευνα.

Οι Dalkey και Rourke προτείνουν ένα περιεκτικό ορισμό ότι η ποιότητα ζωής είναι: «η αντίληψη του ατόμου για την ευημερία του, την ικανοποίηση ή ανικανοποίησή του με τη ζωή, την ευτυχία ή δυστυχία του»<sup>7</sup>. Ο Hornquist<sup>8</sup> περιγράφει την ποιότητα ζωής ως βαθμό της ικανοποίησης των αναγκών του ατόμου μέσα στα πλαίσια φυσικών, ψυχολογικών, κοινωνικών και περιβαλλοντικών παραγόντων.

Στο χώρο της υγείας, η φυσική κατάσταση και η λειτουργική ικανότητα του ατόμου αποτελούν σημαντικές διαστάσεις στην αξιολόγηση της ποιότητας ζωής. Υγεία μπορεί να θεωρηθεί η πληρότητα, τίποτα δεν απουσιάζει από το άτομο, όλες του οι λειτουργίες είναι φυσιολογικές. Επί πλέον υγεία υποδηλεί ευημερία, διότι είναι παραπάνω από την απουσία της ασθένειας<sup>9,10</sup>. Ο Newman δίδει ένα ορισμό της υγείας ως «κατάσταση πλήρους ευημερίας»<sup>11</sup> και ο Webster αναφέρει ότι υγεία είναι «το στάδιο της ευημερίας, ευτυχία ή ευδαιμονία»<sup>12</sup>. Περιγράφοντας την ποιότητα ζωής των ατόμων που είχαν αντιμετωπίσει πρόβλημα υγείας, η ευημερία είναι πράγματι κατάλληλη διάσταση, διότι τα άτομα αυτά καλούνται να περιγράψουν το βαθμό της βελτίωσής τους και δίδουν συγκεκριμένες πληροφορίες που αφορούν την ποιότητα της ζωής τους<sup>12</sup>. Ο ίδιος συγγραφέας υποστηρίζει τον ορισμό που δίδουν για την ποιότητα ζωής ο Wenger και οι συνεργάτες του: «κατάσταση πλήρους ευημερίας, ψυχοκοινωνική και φυσική»<sup>13</sup>.

Η νοσηλευτική προσεγγίζει τον ορισμό της ποιότητας ζωής, εξετάζοντας τη λειτουργική ικανότητα του ατόμου και ψυχολογικές μεταβλητές<sup>14</sup>. Η Ferrans<sup>15</sup> απαριθμεί πέντε συγκεκριμένες περιοχές για την ποιότητα ζωής:

- α) υγεία/λειτουργική ικανότητα
- β) ευτυχία/ικανοποίηση
- γ) επιτυχία προσωπικών επιδιώξεων
- δ) κοινωνικότητα και
- ε) φυσική ικανότητα

Νοσηλεύτριες ερευνήτριες εμελέτησαν επίσης την ποιότητα ζωής καρδιολογικών ασθενών,

εξετάζοντας ψυχολογικούς παράγοντες και ειδικότερα τη σχέση της ικανοποίησης της ζωής με την οικογένεια, την επαγγελματική απασχόληση, την κοινωνική ζωή και οικονομική κατάσταση<sup>16</sup>.

Σε πολλές προηγούμενες μελέτες έχει δοθεί έμφαση σε εύκολους ορισμούς και αντικειμενικούς δείκτες μέτρησης. Ερευνητές κοινωνικών επιστημών έχουν παρατηρήσει πολλαπλές πλευρές στην έννοια - ποιότητα ζωής - και έχουν δηλώσει την ανάγκη διερεύνησης του θέματος με υποκειμενικούς δείκτες που θα συμπεριλάβουν τέτοιες περιοχές, όπως κοινωνική ζωή, οικογενειακή κατάσταση και επαγγελματική ικανοποίηση. Οι υποκειμενικοί δείκτες, όταν προστεθούν στη μέτρηση της ποιότητας ζωής, αυξάνουν το περίπλοκο του όρου. Τα δεδομένα που συγκεντρώνονται με υποκειμενικούς δείκτες είναι δύσκολο να ταξινομηθούν και να επεξεργασθούν, ενώ τα στοιχεία που λαμβάνονται με αντικειμενικούς δείκτες είναι πιο εύκολα τόσο στην ταξινόμηση όσο και στη μέτρηση (συχνά είναι μόνο νούμερα).

Ακριβής περιγραφή της ποιότητας ζωής απαιτεί τη χρησιμοποίηση και των δύο μεθόδων - υποκειμενικών και αντικειμενικών - για συλλογή ακριβών δεδομένων, που μπορούν να εφαρμοστούν στη διαδικασία φροντίδας των ασθενών<sup>9,18</sup>. Οι Schipper και Levitt δηλώνουν, ότι μέχρι σήμερα οι ερευνητές δεν έχουν συμπεριλάβει τις πολλαπλές αυτές διαστάσεις στη συλλογή δεδομένων για την ποιότητα ζωής, επειδή πίστευαν ότι είναι «έννοια ακαθόριστη και αμέτρητη»<sup>19</sup>.

Κατά τα μέσα του 1970, το ενδιαφέρον των ερευνητών στο χώρο της υγείας επικεντρώθηκε σε μεθόδους αξιολόγησης των επιπτώσεων, που έχει η υγεία ή η απουσία της στον πληθυσμό. Την ίδια εποχή περίπου, το ενδιαφέρον των αποτελεσμάτων των θεραπευτικών μεθόδων συνετέλεσε επίσης σημαντικά στην ανάπτυξη μελετών της ποιότητας ζωής. Οι μελέτες αυτές απέδειξαν, ότι η υγεία και οι θεραπευτικές μέθοδοι είχαν ανεξάρτητη σχέση με την ποιότητα ζωής των ατόμων. Όμως στα νεότερα άτομα η οικονομική κατάσταση ήταν ο ισχυρότερος δείκτης, ενώ στην ομάδα των ηλικιωμένων ο ισχυρότερος προγνωστικός δείκτης ήταν η υγεία<sup>20</sup>. Δεν υπήρχε διαφορά μεταξύ γυναικών και ανδρών, όσον αφορά τα γενικά στοιχεία που συμπεριλαμβάνει η ποιότητα ζωής, αλλά η ομάδα των ανδρών ανέφερε τρεις φορές μεγαλύτερη ποιότητα ζωής από αυτήν που ανέφερε η ομάδα των γυναικών<sup>21</sup>.

Ο Flanagan σημειώνει, ότι τα πέντε περισσότερο συχνά αναφερόμενα στοιχεία στην ποιότητα ζωής ήταν: υγεία, παιδιά, κατανόηση και σύζυγος. Επί πλέον, ο ίδιος ερευνητής επεσήμανε τα στοιχεία, που συσχετίζονται περισσότερο με τη γενική έννοια - ποιότητα ζωής και αναφέρει την άνεση υλικών αγαθών, εργασία, υγεία, δραστηριότητα και γυχαγωγία, μάθηση και εκπαίδευση<sup>9</sup>.

Για να μετρήσουν την ποιότητα ζωής, οι ερευνητές έχουν χρησιμοποιήσει ή ένα εργαλείο που καλύπτει πολλές διαστάσεις ή διάφορα εργαλεία που όλα μαζί μετρούν την ποιότητα ζωής, αλλά δεν δίδουν γενική αξιολόγηση<sup>15</sup>. Δεν συμπεριλαμβάνουν όλα τα εργαλεία και τις δύο διαστάσεις - υποκειμενικές και αντικειμενικές - στη συλλογή των στοιχείων. Οι περισσότεροι ερευνητές συμπεραίνουν ότι για πλήρη αξιολόγηση της ποιότητας ζωής είναι ανάγκη να γίνουν υποκειμενικές και αντικειμενικές μετρήσεις<sup>22</sup>.

Πάντως στο χώρο εργασίας οι επιστήμονες θα πρέπει πολύ προσεκτικά να εξετάζουν τις πηγές πληροφοριών προτού να τις συμπεριλάβουν στην πρακτική εφαρμογή. Εάν δεν συμπεριληφθούν και οι δύο διαστάσεις - υποκειμενικές και αντικειμενικές - οι πληροφορίες μπορεί να είναι ανακριβείς, αντανακλώντας την προσωπική αντίληψη ενός ατόμου για την ποιότητα της ζωής ή το αποτέλεσμα μιας θεραπευτικής παρέμβασης<sup>23</sup>. Επομένως, τα αποτελέσματα των μελετών θα πρέπει να αξιολογούνται ανάλογα με το εργαλείο μέτρησης που χρησιμοποιήθηκε.

### **Ποιότητα ζωής ασθενών με χρόνια νοσήματα**

Μελέτες σε προηγηθείσα επιστημονική εργασία, που έχουν ερευνήσει την ποιότητα ζωής ατόμων με ποικιλία χρόνιων νοσημάτων, συμπεριέλαβαν στις μετρήσεις τους μεταβλητές, όπως οικονομικά έσοδα, επιστροφή στην εργασία και αριθμό επανεισαγωγής στο νοσοκομείο για την αξιολόγηση ποιότητας της ζωής τους<sup>21,24</sup>. Σε πρόσφατες όμως μελέτες οι ερευνητές έχουν μελετήσει την ποιότητα ζωής από ευρύτερη άποψη και συμπεριέλαβαν πολλαπλούς παράγοντες στη μέτρηση<sup>25,26</sup>. Ερευνητές στον τομέα της υγείας, επίσης, έχουν ενδιαφερθεί περισσότερο για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής από αυτή την ευρύτερη άποψη. Κι αυτό επειδή είναι ανάγκη να δικαιολογηθούν νέες επεμβάσεις και επειδή ο αντικειμε-

νικός σκοπός της θεραπείας στους αρρώστους με χρόνια νοσήματα είναι η βελτίωση στην ποιότητα της ζωής τους.

Πολλοί ερευνητές και επιστήμονες παροτρύνουν ακόμη μεγαλύτερη διασάφηση της σύνδεσης έννοιας - ποιότητα ζωής. Οι πληροφορίες αυτές είναι απαραίτητες για προσδιορισμό της αποτελεσματικότητας των επεμβάσεων που δεν έχουν θεραπευτικό σκοπό, αλλά μειώνουν τα συμπτώματα των ασθενών (παρηγορητικές). Τις περισσότερες φορές στους χρονίως πάσχοντες εφαρμόζονται θεραπευτικές παρεμβάσεις με σκοπό την ανακούφιση των συμπτωμάτων, αποκατάσταση λειτουργίας, ελάττωση του πόνου ή της ανησυχίας και βοήθειας του άρρωστου ψυχολογικά στην αντιμετώπιση της αρρώστιας του.

Οι Najman και Levine δηλώνουν ότι: «οι περισσότερες θεραπευτικές παρεμβάσεις θα πρέπει να αξιολογούνται από την πλευρά της επίδρασης που έχει η θεραπεία στην ποιότητα ζωής...»<sup>27</sup>. Οι ίδιοι συγγραφείς προχωρούν και αναφέρουν ότι στη σημερινή οικονομική κρίση, τα ελάχιστα δολάρια που μπορούν να διατεθούν για κλινική έρευνα, θα πρέπει να χρησιμοποιούνται για υποστήριξη αυτών των επεμβάσεων, από τις οποίες προκύπτει η μέγιστη βελτίωση στην ποιότητα ζωής των ασθενών.

Η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των ατόμων, που έχουν κάνει παράκαμψη στεφανιαίων, συχνά είναι δυσχερής από έλλειψη δεδομένων για να υποστηρίξουν τη βελτίωση των αποτελεσμάτων της επέμβασης. Τις περισσότερες φορές το κριτήριο είναι θέμα ιατρικού πορίσματος και βασίζεται στη φυσική αποκατάσταση του ατόμου ή σε άλλες μετρήσεις, όπως είναι η επιστροφή στην εργασία<sup>28,29,30</sup>.

Οι ανακρίβειες που συνυπάρχουν σ' αυτή την προσέγγιση, περιγράφονται από τον Jachuck και συνεργάτες<sup>31</sup>. Στη μελέτη τους - ασθενείς με υπέρταση - οι ερευνητές συνέκριναν τις απαντήσεις των ασθενών για την ποιότητα της ζωής τους, με τις απαντήσεις των ιατρών που παρακολουθούσαν τους ασθενείς. Οι γιατροί έδωσαν έκθεση εξαιρετικής ποιότητας ζωής για τους αρρώστους που είχαν ελεγχόμενη αρτηριακή πίεση, αλλά οι ίδιοι άρρωστοι περιέγραψαν πολύ λιγότερο από εξαιρετική την ποιότητα της ζωής τους, εξαιτίας των παρενεργειών από τα φάρμακα που έπαιρναν, όπως υπνηλία, αδυμία και αδυναμία<sup>31</sup>.

Για να χρησιμοποιηθούν οι πολύτιμες παρατηρήσεις των αρρώστων για την εκτίμηση των θεραπευτικών παρεμβάσεων στην υγειονομική φροντίδα, επιστήμονες στο χώρο της υγείας και ερευνητές πρέπει να καθορίσουν έναν ορισμό και να διευκρινίσουν την έννοια - ποιότητα ζωής - καθώς και τεχνικές μέτρησης της επίδρασης των αποτελεσμάτων αυτών των επεμβάσεων στην ποιότητα ζωής των ασθενών.

### Ποιότητα ζωής καρδιολογικών ασθενών

Η προσέγγιση στη μελέτη ποιότητας ζωής των καρδιολογικών ασθενών παραλληλίζεται με μελέτες του γενικού πληθυσμού, στις οποίες το μεγαλύτερο ενδιαφέρον έχει δοθεί σε αντικειμενικούς παράγοντες. Στις περισσότερες μελέτες οι προσδιορισμοί έγιναν σε μεμονωμένες μεταβλητές, όπως επιστροφή στην εργασία ή επανεισαγωγή στο νοσοκομείο. Η προσέγγιση αυτή φαίνεται σε μελέτες<sup>32,33,34</sup> χρονίας στηθάγχης, στις οποίες η θεραπεία εστιάζεται στην ανακούφιση του πόνου και στη βελτίωση της δραστηριότητας.

Σε μελέτες θεραπείας της στηθάγχης πολύ σπάνια έχουν συμπεριληφθεί μεταβλητές πολλαπλών διαστάσεων για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής, αν και είναι σημαντικό σε χρόνια νοσήματα όπως είναι η στηθάγχη, να αξιολογηθεί η ψυχολογική κατάσταση του αρρώστου<sup>32</sup>. Ο Scheidt<sup>33</sup> και ο Taylor<sup>34</sup> δηλώνουν, ότι η ποιότητα ζωής των ασθενών με στηθάγχη μπορεί να εκτιμηθεί συμπερασματικά από παράγοντες, όπως αριθμός των επεισοδίων στηθάγχης, δυνατότητα ασκήσεων, μείωση δραστηριότητας, συμπτώματα και παρενέργειες σε σχέση με τη θεραπεία.

Ο Taylor<sup>34</sup> όμως συζητά τα σχετικά πλεονεκτήματα της αξιολόγησης των αντικειμένων παραμέτρων στην ποιότητα ζωής των αρρώστων με στηθάγχη και αναφέρει χαρακτηριστικά: η φύση της νόσου, η σοβαρότητα των συμπτωμάτων και η αντίληψη του αρρώστου (για τον κίνδυνο θανάτου και φόβο επανεμφάνισης δυσάρεστων συμπτωμάτων) είναι όλα μεγάλα θέματα, που επηρεάζουν και αποσπούν την προσοχή από την απόλαυση της ζωής<sup>34</sup>.

Όλες οι τυπικές θεραπείες για τη στηθάγχη φαίνονται να βελτιώνουν την κατάσταση των αρρώστων. Επειδή όμως καμιά μελέτη δεν έχει αναφερθεί για συγκεκριμένο φαρμακευτικό σκεύασμα,

σε παραδεκτά μεγάλη ομάδα ασθενών με στηθάγχη, υπάρχουν ακόμη αναπάντητες ερωτήσεις για την ποιότητα της ζωής αυτών των ασθενών<sup>33,34</sup>.

Σε μελέτες ποιότητας ζωής ασθενών, που είχαν έμφραγμα μυοκαρδίου, εμφανίζονται τα ίδια προβλήματα στη μέτρηση. Ο Julian<sup>35</sup> εμελέτησε 48 ασθενείς που είχαν εισαχθεί στο νοσοκομείο με έμφραγμα μυοκαρδίου. Τα αποτελέσματα της μελέτης απέδειξαν, ότι η ανακούφιση από τον πόνο ήταν συχνά ανεπαρκής, ειδικότερα το χρονικό διάστημα προτού να εισαχθούν στο νοσοκομείο. Επί πλέον, ο πόνος μπορεί να έγινε εντονότερος από φόβο του τεχνολογικού περιβάλλοντος.

Η μελέτη επίσης απέδειξε, ότι το μέγεθος του εμφράγματος ελαττώθηκε σημαντικά με την έγκαιρη έναρξη δρομβολυτικών φαρμάκων και των β' αναστολέων (beta blockers). Σ' αυτή τη μελέτη η εκτίμηση ποιότητας ζωής έγινε με βάση, την ελάττωση του πόνου, τη μείωση του μεγέθους του εμφράγματος και την πρόληψη καρδιακής ανεπάρκειας (μετά από το έμφραγμα του μυοκαρδίου).

Σ' άλλη πρόσφατη μελέτη<sup>36</sup>, επίσης ασθενών με έμφραγμα μυοκαρδίου, μελετήθηκε η ποιότητα ζωής ως αποτέλεσμα της θεραπείας με β-αναστολείς. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν βελτίωση, σχετικά με τη μείωση προκάρδιου πόνου, αρρυθμιών, δρομβοεμβολικών επιπλοκών, επανεισαγωγής στο νοσοκομείο και της θνησιμότητας. Όμως οι ασθενείς σ' αυτή τη μελέτη με θεραπεία β-αναστολέων εμφάνισαν επιπλοκές, όπως καρδιακή ανεπάρκεια, υπόταση, βραδυκαρδία και γυχρά άκρα.

Και σ' αυτή τη μελέτη η ποιότητα ζωής των ασθενών εκτιμήθηκε με αντικειμενικά κριτήρια της κλίμακας: New York Heart Association Functional Classification, επιστροφή στην εργασία και επιβίωση. Ο ερευνητής συμπεραίνει, ότι μπορούμε να πούμε ότι ο άρρωστος ή το άτομο που βρίσκεται σε καλύτερη λειτουργική κατάσταση και έχει λιγότερες παρενέργειες από τα φάρμακα ή επιπλοκές, θα έχει και καλύτερη ποιότητα ζωής. Δυστυχώς και η μελέτη αυτή δεν συμπεριέλαβε πολλαπλών διαστάσεων μετρήσεις για την ποιότητα ζωής, που θα μπορούσαν να υποστηρίξουν ή να διαψεύσουν αυτή την υπόθεση· επί πλέον η υπόθεση, ότι η επιστροφή στην εργασία αποτελεί ένδειξη βελτίωσης ποιότητας ζωής, έχει διαγευσθεί από άλλους ερευνητές<sup>37</sup>.

Περιγράφοντας την ποιότητα ζωής ασθενών μετά από στεφανιαία παράκαμψη, ο Barnes και οι συνεργάτες του<sup>28</sup> σε παλαιότερη μελέτη ανέφεραν, ότι η επιστροφή στην εργασία είχε σχέση στατιστικά σημαντική, με τις ώρες εργασίας πριν από την εγχείρηση, με το βαθμό της στηθάγχης, το μορφωτικό επίπεδο και αν ο άρρωστος εργαζόταν πριν από την εγχείρηση (οι άρρωστοι που εργάζονταν πριν από την εγχείρηση είχαν την τάση να επιστρέψουν). Ο Ross και οι συνεργάτες του υποστηρίζουν τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης, δηλώνοντας ότι «η εργασία είναι συνήθεια, η οποία εάν εγκαταληφθεί για ένα χρονικό διάστημα, αντικαθίσταται από αργία»<sup>29</sup>.

Ο Jenkins και οι συνεργάτες<sup>38</sup> στη μελέτη 318 ασθενών μετά από παράκαμψη στεφανιαίων ή αντικατάσταση βαλβίδων, ανέφεραν ότι οι ασθενείς είχαν ικανοποιητική ποιότητα ζωής μετεγχειρητικά. Οι ερευνητές αναφέρουν συγκεκριμένα, ότι ο μεγαλύτερος αριθμός των αρρώστων δεν είχε δύσπνοια μετεγχειρητικά και είχαν τη δυνατότητα να συμμετάσχουν σε συνήθειες δραστηριότητες. Το άγχος, η κατάθλιψη και η κόπωση μειώθηκαν μετεγχειρητικά, ενώ οι δυνάμεις και η καλή διάθεση αυξήθηκαν. Ένα ενδιαφέρον εύρημα σ' αυτή τη μελέτη ήταν, ότι στην εργασία τους επέστρεψαν λιγότεροι άρρωστοι με αντικατάσταση βαλβίδων και περισσότεροι με στεφανιαία παράκαμψη. Επίσης οι άρρωστοι που είχαν λιγότερα οικονομικά έσοδα ήσαν οι τελευταίοι που επέστρεψαν στην εργασία τους<sup>38,39</sup>.

Στην πολυεδρική μελέτη ασθενών με παράκαμψη στεφανιαίων αρτηριών (CASS)<sup>40</sup>, που ανακοινώθηκε το 1983 και σε άλλη μελέτη συνεργασίας (VA)<sup>41</sup> ασθενών με στεφανιαία παράκαμψη επίσης, συγκρίνονται τα σχετικά πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα της χειρουργικής και συντηρητικής θεραπείας των ασθενών με στεφανιαία νόσο. Η ομάδα των χειρουργημένων ασθενών της πρώτης μελέτης (CASS)<sup>40</sup> είχαν λιγότερο θωρακικό πόνο, αυξημένη δραστηριότητα και χρησιμοποίησαν λιγότερα φάρμακα, από την ομάδα σύγκρισης των ασθενών με συντηρητική θεραπεία. Δεν υπήρξαν διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων όσον αφορά την επιστροφή στην εργασία ή την συμμετοχή σε εκδηλώσεις γυμναστικής. Οι προδιαθεσικοί παράγοντες επίσης ήταν όμοιοι μεταξύ των δύο ομάδων. Οι ερευνητές ανέφεραν συμπερασματικά, ότι αν και δεν υπήρχε διαφορά στην επιβίωση

μεταξύ των δύο ομάδων, η ποιότητα ζωής των ασθενών που έκαναν παράκαμψη στεφανιαίων ήταν καλύτερη από την ποιότητα ζωής των ασθενών με συντηρητική θεραπεία.

Τα αποτελέσματα που ανέφεραν οι ερευνητές από τη δεύτερη μελέτη (VA)<sup>41</sup> ήταν παρόμοια με μια αξιοσημείωτη διαφορά. Σε 10 χρόνια μετά από τη στεφανιαία παράκαμψη, η ποιότητα ζωής των χειρουργημένων ασθενών δεν διέφερε από την ποιότητα ζωής των ασθενών με συντηρητική θεραπεία. Οι ίδιοι ερευνητές ανέφεραν ότι η μεγαλύτερη διαφορά στην ποιότητα ζωής μεταξύ των δύο ομάδων σημειώθηκε σ' ένα χρόνο, μετά από τη στεφανιαία παράκαμψη. Πάντως είναι πολύ ενδιαφέρον να σημειωθεί, ότι οι δείκτες εκτίμησης της ποιότητας ζωής και στις δύο μελέτες που αναφέρθηκαν, ήταν πρωτίστως αντικειμενικοί. Η δε αξιολόγηση έγινε από γιατρούς χωρίς επαρκή υποκειμενικά στοιχεία ποιότητας ζωής, που μόνο οι ίδιοι οι άρρωστοι μπορούσαν να δώσουν.

Επειδή στη δεύτερη μελέτη (VA)<sup>41</sup> υπήρχε ομοιότητα στα στοιχεία, που ελήφθησαν μετά από 10 χρόνια για τις δύο ομάδες των ασθενών, θα ήταν πολύ σημαντικό και ενδιαφέρον να γνωρίζουμε εάν υποκειμενικά καθώς και αντικειμενικά η ποιότητα ζωής αυτών των ασθενών συνέχιζε να επιδεινώνεται. Συλλογή δεδομένων με υποκειμενικά κριτήρια, σε γεωγραφικού μήκους μελέτες ποιότητας ζωής, είναι ανάγκη να γίνουν για να απαντηθεί αυτή η ερώτηση.

### **Κλινικές Νοσηλευτικές προοπτικές**

Οι νοσηλευτές έχουν τη δυνατότητα να βοηθήσουν τους καρδιολογικούς αρρώστους, να αντιληφθούν καλύτερα την έννοια της ευημερίας που ίσως διαφορετικά δεν θα μπορούσαν να επιτύχουν.

Η Calman<sup>42</sup> προτείνει, οι νοσηλευτές να χρησιμοποιούν τη νοσηλευτική διεργασία ως ολοκληρωμένη προσέγγιση για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών.

Για να επιτευχθεί ο σκοπός αυτός, οι νοσηλευτές θα πρέπει:

- Να αξιολογούν τα προβλήματα του αρρώστου και να βάζουν προτεραιότητες.
- Να αναπτύσσουν ένα σχέδιο με τη συνεργασία του αρρώστου, που θα συμπεριλαμβάνει αντικειμενικούς σκοπούς για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής.

- Να εφαρμόζουν το σχέδιο που συμπεριλαμβάνει τους αντικειμενικούς σκοπούς, σύμφωνα με τις προτεραιότητες του αρρώστου, και
- Να αξιολογούν τα αποτελέσματα από την επίτευξη των σκοπών και να προσδιορίσουν κάθε απαραίτητη επανάληψη των σκοπών<sup>42</sup>.

Αυτή η νοσηλευτική διεργασία μπορεί να εφαρμοσθεί με σκοπό να βοηθήσει τους καρδιολογικούς αρρώστους στη βελτίωση ποιότητας ζωής. Π.χ. οι αρρώστοι ίσως να έχουν εξωπραγματικές προσδοκίες από τα αποτελέσματα της εγχείρησης της καρδιάς, τόσο ψυχοκοινωνικές όσο και αλλαγές στην αναμενόμενη πορεία της νόσου. Οι νοσηλευτές είναι σε θέση να βοηθήσουν αυτούς τους αρρώστους στην ανάπτυξη περισσότερο πραγματικών προσδοκιών δια μέσου νοσηλευτικών παρεμβάσεων, όπως είναι η διδασκαλία προεγχειρητικής για τη νόσο γενικώς και τα αναμενόμενα αποτελέσματα μετά την εγχείρηση. Οι νοσηλευτές μπορούν ακόμη να διδάξουν τους αρρώστους, που έχουν ανεπαρκείς πληροφορίες, για τις μελλοντικές προσδοκίες με την ανάπτυξη κατάλληλων στόχων και νοσηλευτικών παρεμβάσεων, που θα μειώσουν το άγχος και θα προάγουν την ανάνηψη. Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις για τους καρδιολογικούς αρρώστους συμπεριλαμβάνουν διδασκαλία γενικά για την εμπειρία στο σπίτι μετά την έξοδο από το νοσοκομείο και όχι μόνο για τη φυσική ανάνηψη.

Συλλογή δεδομένων από τους αρρώστους θα βοηθήσει στην απομάκρυνση παρανοήσεων, σχετικά με τη χειρουργική επέμβαση και τα αποτελέσματά της. Η διαβεβαίωση του αρρώστου ότι θα παρακολουθείται μετεγχειρητικά με επισκέψεις στο σπίτι από μέλη της υγειονομικής ομάδας και τηλεφωνικώς, αλλά και με προγραμματισμένες επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία, θα τον βοηθήσει να επιτύχει τους αντικειμενικούς σκοπούς και να επανέλθει σε αισιόδοξη ποιότητα ζωής.

Οι νοσηλευτές μπορούν ακόμη να ενισχύσουν τους αρρώστους να συμμετάσχουν σε ειδικό πρόγραμμα αποκατάστασης, που θα συμβάλλει επίσης στην απόκτηση αισιόδοξης ποιότητας ζωής. Σε σχετική μελέτη ο συγγραφέας και οι συνεργάτες του<sup>43</sup> αναφέρουν, ότι η αποκατάσταση των καρδιολογικών αρρώστων έχει θετικό αποτέλεσμα σε προσωπικές, κοινωνικές, καθώς και σε φυσικές παραμέτρους της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων ατόμων. Υπάρχουν στοιχεία που υποστηρίζουν τα

αποτελέσματα αυτά και στα νέα άτομα. Επομένως, η ομαδική συμμετοχή των καρδιολογικών ασθενών σε προγράμματα αποκατάστασης μπορεί να συμβάλλει αποτελεσματικά στην επίτευξη του αντικειμενικού σκοπού - αισιόδοξη ποιότητα ζωής.

Οι Flynn και Frantz<sup>44</sup> υποστηρίζουν ότι οι καλύτεροι προγνωστικοί παράγοντες ποιότητας ζωής των ασθενών, στην αρχική περίοδο ανάρρωσης μετά από στεφανιαία παράκαμψη, ήταν το ηθικό και η ψυχική διάθεση. Οι ίδιοι ερευνητές προτείνουν, να αξιολογούνται το ηθικό και η διάθεση των ασθενών προεγχειρητικά και μετεγχειρητικά. Οι νοσηλευτές μπορούν να συντελέσουν στην ανάπτυξη αντικειμενικών σκοπών και παρεμβάσεων μαζί με τον άρρωστο και τα μέλη της οικογένειάς του, που θα βοηθήσουν στη διατήρηση αποδεκτού επιπέδου ηθικού και διάθεσης ή στη βελτίωση αυτού εάν ενδείκνυται. Σχεδιασμένες νοσηλευτικές παρεμβάσεις γι' αυτό το σκοπό, εάν είναι ανάγκη, εξατομικεύονται σύμφωνα με τις ανάγκες κάθε ασθενούς και της οικογένειάς του. Καθώς οι παραπάνω ερευνητές<sup>44</sup> επισημαίνουν, η τάση της σύντομης εξόδου των ασθενών από το νοσοκομείο, μετά από στεφανιαία παράκαμψη, επιβάλλει τον προγραμματισμό μετανοσοκομειακής φροντίδας.

Είναι επίσης σημαντικό για τους νοσηλευτές να ασχοληθούν περισσότερο με την έρευνα στην ποιότητα ζωής. Οι νοσηλευτές έχουν τη δυνατότητα να αξιολογούν πολλές μεταβλητές της ποιότητας ζωής. Αν και παρατηρείται σχετικό ενδιαφέρον στην έρευνα ποιότητας ζωής, μεγαλύτερη προσοχή πρέπει να δοθεί στη λήψη σωστών και χρήσιμων πληροφοριών που θα κατευθύνει την κλινική νοσηλευτική με καρδιολογικούς αρρώστους.

Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 25 ετών έχει σημειωθεί καταπληκτική αύξηση στο ενδιαφέρον μελετητών για την ποιότητα ζωής των ασθενών. Προσφάτως, πολλοί ερευνητές έχουν εστιάσει στην εκτίμηση ποιότητας ζωής ως κριτήριο αποτελεσματικότητας θεραπευτικών μεθόδων και όχι μόνο απλά με τη νοσηρότητα και θνησιμότητα.

Αυξημένη προσοχή πρέπει να δίδεται στη μελέτη υποκειμενικών, αντικειμενικών και ειδικών της ασθένειας παραγόντων, όταν γίνεται εκτίμηση της ποιότητας ζωής ασθενών με καρδιαγγειακά νοσήματα<sup>2</sup>. Οι νοσηλευτές λόγω της μοναδικότη-



τας, που έχουν στο σχεδιασμό ολιστικής φροντίδας, μπορούν να χρησιμοποιήσουν τα αποτελέσματα αυτών των ερευνών και να βοηθήσουν τους αρρώστους να φθάσουν το υψηλότερο δυνατό επίπεδο ποιότητας ζωής. Οι νοσηλευτές οφείλουν να δίδουν φροντίδα και στους αρρώστους με χρόνια καρδιολογικά προβλήματα σύμφωνα με την πίστη ότι: «η ζωή όλων έχει κάποια ποιότητα»<sup>4</sup>. Είναι πάρα πολύ σημαντικό για τους νοσηλευτές σαν επαγγελματίες υγείας, να συνεχίσουν να παρέχουν υποστήριξη, ενίσχυση και φροντίδα, που επιτρέπει στα άτομα να διατηρούν την αξιοπρέπειά τους και να βελτιώνουν συνεχώς την ποιότητα της ζωής τους.

### Quality of life of cardiac patients. A nursing approach

A. Papadantonaki

#### Summary

*The article reviews the literature relevant to quality of life. It begins with a historical perspective, definition and measurement of quality of life and an overview of quality of life in chronic illness; It proceeds to an overview of quality of life of cardiac patients, and concludes with an application to nursing practice. In addition, methodological weaknesses in definition and measurement of quality of life are discussed, within the nursing perspective.*

#### Βιβλιογραφία

1. Aristotle: Nicomachean Ethics, (4th c BC) Thomson JAK (trans), in Tripp R (ed): International Thesaurus of Quotations. New York. Thomas Y. Crowell, 1970, p5.
2. Storstein L.: How should changes in lifestyle be measured in cardiovascular disease? Am. Heart. J. 114: 210-212, 1987.
3. Foxall M., Ekberg J., Griffith N.: Adjustment patterns of chronically ill middle-aged persons and spouses. West. J. Nurs. Res. 1985, 7: 425-444.
4. Campbell A., Converse P., Rodgers W.: The Quality of American Life. New York, Russell Sage Foundation, 1976.
5. Campbell A.: The sense of well being in America. New York, McGraw-Hill, 1981.

6. George L., Bearon L.: Quality of Life of Older Persons. New York, Human Sciences Press, 1980.
7. Dalkey N., Rourke D.: The Delphi procedure and rating quality of life factors, in the Quality of Life Concept. Washington D.C., Environmental Protection Agency, 1973.
8. Hornquist J.O.: The Concept Quality of Life, Scandinavian. Journal of Socialized Medicine, 10: 57-61, 1982.
9. Flanagan J.: Measurement of quality of life: Current state of the art. Arch. Phys. Med. Rehabil. 63: 56-59, 1982.
10. Ware J.: Conceptualizing disease impact and treatment outcomes. Cancer 1984, 53: 2316-2323.
11. Newman M.: Health. Presented at the Doctoral Forum. The University of Alabama at Birmingham, Birmingham, Alabama, December, 1985.
12. Webster's New World Dictionary. Nashville, Tenn. Southwestern Co, 1965.
13. Wenger N., Mattson M., Furberg C., et al (eds): Assessment of Quality of Life in Clinical Trials of Cardiovascular Therapies. New York, Lejacq, 1984.
14. Padilla G.V., Grant M.M.: Quality of Life as a cancer nursing outcome variable. Adv. Nurs. Sci. 8: 45-60, 1986.
15. Ferrans C., Powers M.: Quality of life index: Development and psychometric properties. Adv. Nurs. Sci. 8: 15-24, 1985.
16. Penckofer S., Holm K.: Early appraisal of coronary revascularization on quality of life. Nurs. Res. 33: 60-63, 1984.
17. Folks D.G., et al: Quality of life six months after coronary artery bypass surgery. A preliminary report. South. Med. J. 79: 397-399, 1986.
18. Bloomm J.: Response to conceptualizing disease impact and treatment outcomes. Cancer 53: 2323-2326, 1984.
19. Schipper H., Levitt M.: Measuring quality of life: Risks and benefits. Cancer Treat. Rep. 69: 1115-1123, 1985.
20. Spreitzer E., Snyder E.: The relative effects of health and income on life satisfaction. Int. J. Aging. Human. Dev. 10: 283-287, 1979.
21. Morgan C.: Female and male attitudes toward life: Implications for theories of mental health. Sex Roles 6: 367-380, 1980.
22. Holmes C.: Health Care and the Quality of Life: A review. J. Adv. Nurs. 14: 833-839, 1989.
23. Packa D.R.: Quality of life of adults after a heart transplant. J. Cardiovasc. Nurs. 3 (2): 12-22, 1989.
24. Starzl T., Koep L., Schroeder G., et al.: The quality of life after liver transplantation. Transplant. Proc. 11: 252-256, 1979.

25. Levine S., Croog S.: What constitutes quality of life? A conceptualization of the dimensions of life quality in healthy populations and patients with cardiovascular disease, in Wenger N, Mattson M, Furberg C, et al (eds): *Assessment of Quality of Life in Clinical Trials of Cardiovascular Therapies*. New York, Lejacq, 1984.
26. McSweeney A.: Assessing the quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease, in Wenger N, Mattson M., Ferburg C., et al (eds): *Assessment of Quality of Life in Clinical Trials of Cardiovascular Therapies*. New York, Lejacq, 1984.
27. Najman J., Levine S.: Evaluating the impact of medical care and technologies on the quality of life: A review and critique. *Soc. Sci. Med.* 15F: 107-115, 1981.
28. Barnes G., Ray M., Oberman A., et al: Changes in working status of patients following coronary bypass surgery. *JAMA* 238: 1259-1262, 1977.
29. Ross J., Monro L., Diwell A., et al: Wessex cardiac surgery follow-up survey: The quality of life after operation. *Thorax* 33: 3-9, 1978.
30. Smith H., Frye R., Piehler J.: Does coronary bypass surgery have a favorable influence on the quality of Life? *Cardiovasc. Clin.* 253-264, 1983.
31. Jachuck S., Brierley H., Jachuck S., et al: The effect of hypotensive drugs on quality of life. *J. R. Coll. Gen. Pract.* 32: 103-105, 1982.
32. Bulpitt C., Fletcher A.: Measures of quality of life in angina. *J. Hypertension* 5 (suppl. 1): S41-S45, 1987.
33. Scheidt S.: Ischemic heart disease: A patient specific therapeutic approach with emphasis on quality of life considerations. *Am. Heart J.* 114: 251-257, 1987.
34. Taylor S.: Drug therapy and quality of life in angina pectoris. *Am. Heart J.* 114: 234-240, 1987.
35. Julian D.: Quality of life after myocardial infarction. *Am. Heart. J.* 114: 241-244, 1987.
36. Hjalmarson A.: Use of beta blockers in post infarct prophylaxis: Aspects of quality of life. *Am. Heart J.* 114: 245-250, 1987.
37. Fletcher A., Hunt B., Bulpitt C.: Evaluation of quality of life in trials of cardiovascular disease. *J. Chronic. Dis.* 40: 557-566, 1987.
38. Jenkins C., Stanton B., Savagean J., et al: Coronary artery bypass surgery: Physical, psychological, social and economic outcomes six months later. *JAMA* 250: 782-788, 1983.
39. Jenkins C., Stanton B.: Quality of life as assessed in the recovery study, in Wenger N., Mattson M., Furberg C., et al (eds): *Assessment of Quality of Life in Clinical Trials of Cardiovascular Therapies*. New York, LeJacq, 1984.
40. CASS principal investigators. Coronary Artery Surgery Study (CASS): A randomized trial of coronary artery bypass surgery. Quality of life in patients randomly assigned to treatment groups. *Circulation* 68: 951-960, 1983.
41. Peduzzi P., Hultgren H., Thomsen J., et al: Ten year effect of medical and surgical therapy on quality of life: Veterans Administration Cooperative Study on Coronary Artery Surgery. *Am. J. Cardiol.* 59: 1017-1023, 1987.
42. Calman K.: Quality of life in cancer patients: An hypothesis. *J. Med. Ethics* 10: 124-127, 1984.
43. Packa D.R., Branyon M.E., Kinney M.R., et al: Quality of life of elderly patients enrolled in cardiac rehabilitation. *Programs, J. Cardiovasc. Nurs.* 3 (2): 1989.
44. Flynn M., Frantz R.: Coronary artery surgery: Quality of life during early convalescence. *Heart. Lung.* 16: 159-167, 1987.