



## Ποιότητα ζωής ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια

Πλατιά Θωμαή<sup>1</sup>, Φασόη Γεωργία<sup>2</sup>, Βασιλόπουλος Γεώργιος<sup>2</sup>, Καδδά Όλγα<sup>3</sup>, Τουλιά Γεωργία<sup>4</sup>, Κελέση-Σταυροπούλου Μάρθα<sup>5</sup>

1. Νοσηλεύτρια MSc, Μονάδες Εντατικής Θεραπείας και Επείγουσα Νοσηλευτική, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών
2. Αναπληρωτής/τρια Καθηγητής/τρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής
3. Νοσηλεύτρια, MSc, PhD, Καρδιολογική ΜΕΘ, Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο
4. Επίκουρη Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής
5. Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής

DOI: 10.5281/zenodo.4642684

### ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Εισαγωγή:** Οι ασθενείς με Καρδιακή Ανεπάρκεια (ΚΑ) παρουσιάζουν χαμηλούς δείκτες Ποιότητας Ζωής (ΠΖ) και αυξημένη επίπτωση ψυχικών διαταραχών σε σχέση με το γενικό πληθυσμό αλλά και σε σχέση με πάσχοντες άλλων χρόνιων νοσημάτων.

**Σκοπός:** Σκοπός της μελέτης ήταν να διερευνηθεί η ποιότητα ζωής των ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια.

**Υλικό και μέθοδος:** Πρόκειται για αναδρομική μελέτη το δείγμα της οποίας αποτέλεσαν 42 ασθενείς που νοσηλεύτηκαν σε καρδιολογικό τμήμα τριτοβάθμιου νοσοκομείου της Αττικής. Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε σταθμισμένο ερωτηματολόγιο σχετικό με την εκτίμηση της ποιότητας ζωής των ασθενών (Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ)). Στην μελέτη εντάχθηκαν οι ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια σύμφωνα με τις τελευταίες κατευθυντήριες οδηγίες του 2016. Για την επεξεργασία των δεδομένων, χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS ver.17.

**Αποτελέσματα:** Μέσω τηλεφωνικής επικοινωνίας που υπήρξε με τους ασθενείς ή τους οικείους τους διαπιστώθηκε ότι οι 19 εκ των 61 ασθενών (31,1%) απεβίωσαν το διάστημα που προηγήθηκε της τηλεφωνικής επικοινωνίας. Οπότε, στη στατιστική ανάλυση συμπεριλήφθησαν οι ασθενείς που βρίσκονταν στη ζωή, (n=42). Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν τα 67,8 έτη(±13,6), ενώ 85,8% ήταν άνδρες. Όσον αφορά στην ποιότητα ζωής (MLHFQ) δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα δύο φύλα και τις υποκλίμακες που μελετήθηκαν. Βρέθηκε όμως, στατιστικώς σημαντική επίδραση της ανεξάρτητης μεταβλητής σε μια υποκλίμακα για την ποιότητα ζωής, δηλαδή οι τρεις κατηγορίες που αφορούν στην κατάσταση παχυσαρκίας διαφέρουν κατά στατιστικώς σημαντικό τρόπο ως προς τη δυσκολία που παρουσιάζουν οι ασθενείς αυτοί κατά το βραδινό τους ύπνο, [F (2, 15)=5,623, (p<0.05)].

**Συμπεράσματα:** Η ποιότητα ζωής των ασθενών με ΚΑ φάνηκε να επηρεάζεται από την κατάσταση παχυσαρκίας τους. Χρειάζεται να πραγματοποιηθούν περαιτέρω μελέτες που να διερευνούν την ποιότητα ζωής σε σχέση με τις συννοσηρότητες όπως είναι η παχυσαρκία.

**Λέξεις Κλειδιά:** Καρδιακή ανεπάρκεια, ποιότητα ζωής, παράγοντες κινδύνου.

**Υπεύθυνος αλληλογραφίας:** Πλατιά Θωμαή, email: [thomy.plat@gmail.com](mailto:thomy.plat@gmail.com)

## Quality of life in patients with heart failure

Platia Thomai<sup>1</sup>, Fasoι Georgia<sup>2</sup>, Vasilopoulos Georgios<sup>2</sup>, Kadda Olga<sup>3</sup>, Toyliia Georgia<sup>4</sup>, Kelesi-Stavropoulou Martha<sup>5</sup>

1. RN, MSc, Intensive Care Unit and Emergency Nursing, National and Kapodistrian University of Athens, Greece
2. Associate Professor, Nursing Department, University of West Attica, Greece
3. RN, MSc, PhD, Cardiological ICU, Onassis Cardiac Surgery Center, Greece
4. Assistant Professor, Nursing Department, University of West Attica, Greece
5. Professor, Nursing Department, University of West Attica, Greece

DOI: 10.5281/zenodo.4642684

### ABSTRACT

**Introduction:** Patients with Heart Failure (HF) present low Quality of Life (QL) indicators and increased incidence of mental disorders in relation to the general population so as to other chronic diseases.

**Aim:** The aim of the present study was to assess the quality of life in patients with heart failure.

**Material and Methods:** This is a retrospective study which studied sample consisted of 42 patients hospitalized in a cardiology department of Attica Tertiary Hospital. The Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ) weighted questionnaire was used to collect data, and patients with heart failure were included in the study according to the latest 2016 guidelines. Data analysis was performed using the SPSS statistical program ver.17.

**Results:** Via telephone communication with patients or their relatives it was found that 19 out of 61 patients (31.1%) died before the time of telephone communication. Thus, the statistical analysis included patients in life ( $n = 42$ ). The mean age of patients was 67.8 years ( $\pm 13.6$ ), while 85.8% were men. Regarding quality of life (MLHFQ), no statistically significant difference was found between the two genders and the subscales studied. However, a statistically significant effect of the independent variable on a subscale for quality of life was found, ie the three categories related to obesity status differ statistically significantly in the difficulty presented by these patients during their night sleep, [ $F(2, 15) = 5.623, (p < 0.05)$ ].

**Conclusions:** The quality of life of patients with HF appeared to be affected by their obesity status. Further studies need to be conducted to investigate the quality of life in relation to comorbidities such as obesity.

**Keywords:** Heart failure, quality of life, risk factors.

**Corresponding Author:** Platia Thomai, email: [thomy.plat@gmail.com](mailto:thomy.plat@gmail.com)

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

**Η** Καρδιακή Ανεπάρκεια (ΚΑ) αποτελεί ένα χρόνια και προοδευτικά εξελισσόμενο κλινικό σύνδρομο, το οποίο είναι αποτέλεσμα δομικής ή λειτουργικής ανεπάρκειας της κοιλιακής πλήρωσης ή εξώθησης του αίματος.<sup>1,2</sup>

Τα τελευταία χρόνια, οι μελέτες δείχνουν ότι έχουν γίνει σημαντικά βήματα για να βελτιωθεί η πρόγνωση των ασθενών με τη μείωση της θνησιμότητας, τη μείωση της νοσηρότητας με ανακούφιση των συμπτωμάτων, τη βελτίωση της Ποιότητας Ζωής (ΠΖ), τη μείωση των νοσηλειών και την αύξηση της λειτουργικής ικανότητας και τέλος την πρόληψη με την αποφυγή ή αναστολή της μυοκαρδιακής βλάβης, την αναστροφή της αναδιαμόρφωσης και την πρόληψη της υποτροπής των συμπτωμάτων και των επανεισαγωγών.<sup>3</sup>

Βάσει αυτών των κατευθύνσεων οι ασθενείς θα πρέπει να είναι προετοιμασμένοι για αλλαγές στον τρόπο ζωής για να θέσουν υπό έλεγχο την καρδιακή ανεπάρκεια, όπως η διατροφή, η άσκηση, το κάπνισμα και η κατανάλωση αλκοόλ, για να ωφεληθούν όσο το δυνατόν περισσότερο από τη θεραπεία τους. Η παροχή συμβουλών και εκπαίδευσης προς τον ασθενή, καθώς και η προώθηση της συμμόρφωσης μπορούν να συμβάλλουν στην κλινική σταθερότητα και τη βελτίωση των αποτελεσμάτων των ασθενών.<sup>2</sup>

Η ΠΖ ασθενών στην ΚΑ θεωρείται ως μια πολυπαραγοντική έννοια με τουλάχιστον τρεις διαστάσεις πρώτον τη σωματική, που περιλαμβάνει την αντίληψη του εαυτού ως υγιούς ή ασθενούς, την προσωπική βαθμολόγηση της δυσκολίας με τις καθημερινές δραστηριότητες και τις ημέρες νοσηλείας του ασθενούς στο νοσοκομείο,

δεύτερον τη συναισθηματική κατάσταση που περιλαμβάνει τον αυτοσεβασμό, την ευτυχία καθώς και την ικανοποίηση από τη ζωή και τρίτον την κοινωνική διάσταση που περιλαμβάνει τη συζυγική και κοινωνική προσαρμογή καθώς και την ομαλή προσαρμογή στον επαγγελματικό τομέα.<sup>4</sup>

Οι ασθενείς με ΚΑ βιώνουν μια χρόνια και απειλητική κατάσταση για τη ζωή τους, χαρακτηριστικά της είναι η έντονη κόπωση και δύσπνοια, επιδείνωση της λειτουργικής κατάστασης και αυξανόμενο αριθμό επανεισαγωγών στο νοσοκομείο. Αυτά τα χαρακτηριστικά επηρεάζουν αρνητικά την ΠΖ των ασθενών. Όπως φαίνεται από έρευνες η ΠΖ των ασθενών συνεχίζει να είναι φτωχή παρά την πρόοδο στην κατανόηση και τη θεραπεία της ασθένειας.<sup>5</sup>

## ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της μελέτης ήταν να διερευνηθεί η ποιότητα ζωής των ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο.

## ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

### *Ερευνητικός Σχεδιασμός*

Πρόκειται για αναδρομική μελέτη.

### *Δείγμα της μελέτης*

Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 42 ασθενείς που νοσηλεύτηκαν σε νοσοκομείο της Αττικής. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε το διάστημα μεταξύ

Σεπτεμβρίου του 2017 και Απριλίου του 2018.

### *Κριτήρια ένταξης των ασθενών στην έρευνα:*

1. Γνώση της Ελληνικής γλώσσας
2. Καλή διανοητική κατάσταση
3. Να μην νοσηλεύονται την περίοδο της έρευνας σε κάποιο νοσοκομείο
4. Ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια σύμφωνα με τις τελευταίες κατευθυντήριες οδηγίες του 2016<sup>6,7</sup>

Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν αρχικά 61 ασθενείς. Όμως, μέσω της τηλεφωνικής επικοινωνίας που υπήρξε με τους ασθενείς ή τους οικείους τους διαπιστώθηκε ότι οι 19 εκ των 61 ασθενών (31,1%) απεβίωσαν το διάστημα που προηγήθηκε της τηλεφωνικής επικοινωνίας.

### *Συλλογή δεδομένων*

Οι ασθενείς επιλέχθηκαν με συστηματική δειγματοληψία από τα αρχεία εξιτηρίων του νοσοκομείου που επιλέχθηκε. Τα αρχεία εκτιμήθηκαν από την ερευνήτρια και τα στοιχεία των ασθενών που πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης στην μελέτη τέθηκαν εκ νέου σε αλφαβητική λίστα για να ξεκινήσει η τηλεφωνική επικοινωνία μαζί τους. Στην συνέχεια συμπληρώθηκαν οι φόρμες καταγραφής από την ερευνήτρια σύμφωνα με τα στοιχεία που παρείχαν τα εξιτήρια των ασθενών όσον αφορά τα δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά τους.

### *Εργαλείο έρευνας*

Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο το οποίο αποτελούνταν από δύο μέρη. Το πρώτο μέρος αφορούσε στην καταγραφή των δημογραφικών στοιχείων των ασθενών (φύλο, ηλικία, επάγγελμα, οικογενειακή και οικονομική κατάσταση) και των κλινικών χαρακτηριστικών (ατομικό ιατρικό ιστορικό) των ασθενών. Το δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου περιελάμβανε ερωτήσεις σχετικά με εκτίμηση της ποιότητας ζωής των ασθενών με σταθμισμένο ερωτηματολόγιο (Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ))<sup>8</sup>. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο αποτελείται από 21 προτάσεις οι οποίες αξιολογούνται με κλίμακα τύπου Likert, με τις βαθμολογίες των απαντήσεων να κυμαίνονται από το 0 (όχι) έως το 5 (πάρα πολύ). Η συνολική βαθμολογία της κλίμακας υπολογίζεται συνοψίζοντας όλα τα στοιχεία, με χαμηλότερο σκορ το 0 και ψηλότερο το 105. Η υψηλότερη βαθμολογία αντανακλά σε χειρότερη ποιότητα ζωής. Οι προτάσεις αφορούν σε δύο υποκλίμακες, τη συναισθηματική και τη σωματική. Οι προτάσεις περιλαμβάνουν θέματα όπως είναι το οίδημα των κάτω άκρων, η σεξουαλική δραστηριότητα, η παραμονή στο νοσοκομείο, το κόστος και οι ανεπιθύμητες ενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής και οι περιορισμοί στην εργασία και την ψυχαγωγία.

### *Ηθική και δεοντολογία*

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε μετά από έγγραφη άδεια από το Επιστημονικό Συμβούλιο του νοσοκομείου. Οι συμμετέχοντες στη μελέτη πληροφορήθηκαν για το σκοπό της μελέτης, την εμπιστευτικότητα των δεδομένων και την εθελοντική φύση της συμμετοχής. Κατά τη διεξαγωγή της παρούσας μελέτης τηρήθηκαν όλες οι βασικές αρχές ηθικής και δεοντολογίας, όπως προβλέπονται από τη Διακήρυξη του Ελσίνκι.<sup>9</sup>

### **ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ**

Οι κατηγορικές μεταβλητές περιγράφονται με τη μορφή απόλυτων και σχετικών (%) συχνοτήτων. Όλες οι συνεχείς μεταβλητές περιγράφονται ως μέσοι ( $\pm$  τυπικές αποκλίσεις). Έγινε έλεγχος των προϋποθέσεων εφαρμογής παραμετρικών και μη παραμετρικών κριτηρίων. Ως προς τα παραμετρικά κριτήρια, για τον έλεγχο μεταξύ των ποιοτικών μεταβλητών και των ποσοτικών μεταβλητών εφαρμόστηκε η ανάλυση independent samples t-test. Εξαρτημένη μεταβλητή καθορίστηκε η ποιότητα ζωής και ανεξάρτητες μεταβλητές καθορίστηκαν δημογραφικοί και κλινικοί παράγοντες. Για τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ τις εξαρτημένης μεταβλητής και των μεταβλητών με περισσότερες από μια ομάδες εφαρμόστηκε η ανάλυση διακύμανσης μονής κατεύθυνσης (one-way anova) και η Post hoc

ανάλυση με τη διόρθωση Bonferroni. Όλοι οι έλεγχοι ήταν αμφίπλευροι σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας  $p < 0,05$ . Για την επεξεργασία των δεδομένων, χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS ver.17.

## ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

### Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν τα 67,8 έτη, ενώ το 85,8% του δείγματος ήταν άνδρες. Τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών παρουσιάζονται στον Πίνακα 1.

### Κλινικά χαρακτηριστικά

Ως προς την κατάσταση παχυσαρκίας, σύμφωνα με τα αποτελέσματα, το 45,2% είχαν φυσιολογικό βάρος, το 23,8% ήταν υπέρβαροι και το 16,6% ήταν παχύσαρκοι, ενώ δεν βρέθηκαν λιποβαρείς ασθενείς. Το ποσοστό των 14,2% αντιπροσωπεύει τους καπνιστές, το 38% ( $n=16$ ) τους πρώην καπνιστές και το 19% ( $n=8$ ) τους μη καπνιστές, ενώ το 28,5% ( $n=12$ ) δεν απάντησαν. Στον Πίνακα 2 παρουσιάζονται και τα υπόλοιπα κλινικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων στην μελέτη.

### Φαρμακευτική αγωγή

Β-αποκλειστές ελάμβανε το 40,4% των ασθενών ενώ διουρητικά της αγκύλης ελάμβαναν όλοι οι ασθενείς. Αντίθετα, αντιπηκτικά ελάμβανε το 23,8% των ασθενών και στατίνες το 69% των ασθενών, (δεν διατίθεται πίνακας).

### Συγκρίσεις

Οι βαθμολογίες που προέκυψαν με το εργαλείο της ποιότητας ζωής (MLHFQ) είχαν εύρος τιμών ανάμεσα στο 0 και το 5, παρουσιάζοντας αλλού αυξημένο και αλλού μειωμένο μέσο όρο. Όσον αφορά το φύλο και τη σχέση του με το σκορ του ερωτηματολογίου για την ποιότητα ζωής δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά, (Πίνακας 3).

Όσον αφορά στην ποιότητα ζωής (MLHFQ) την επίδραση του φύλου, της λειτουργικότητας της ΑΡ κοιλίας και της ταξινόμησης κατά NYHA, δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα δύο φύλα και τους παράγοντες που μελετήθηκαν, (Πίνακας 4).

Στον πίνακα 5, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της ανάλυσης διακύμανσης μονής κατεύθυνσης. Υπάρχει στατιστικώς σημαντική επίδραση της ανεξάρτητης μεταβλητής στην εξαρτημένη, δηλαδή οι τρεις κατηγορίες που αφορούν στην κατάσταση παχυσαρκίας διαφέρουν κατά στατιστικώς σημαντικό τρόπο ως προς τη δυσκολία που παρουσιάζουν οι ασθενείς αυτοί κατά το βραδινό τους ύπνο, [ $F(2, 15)=5,623, (p < 0,05)$ ]. Με τη διόρθωση Bonferroni φαίνεται πως η στατιστικώς σημαντική διαφορά προκύπτει μόνο μεταξύ των κατηγοριών «φυσιολογικό σωματικό βάρος»-«υπέρβαρος» και όχι για τους υπόλοιπους συνδυασμούς κατηγοριών.

## ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, όσον αφορά το φύλο και τη σχέση του με το σκορ του ερωτηματολογίου για την Ποιότητα Ζωής (ΠΖ) βρέθηκε ότι δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στο φύλο και στις υποκλίμακες για την ποιότητα ζωής. Επιπλέον, δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα δύο φύλα και τους παρακάτω παράγοντες που μελετήθηκαν: λειτουργικότητα της αριστερής κοιλίας, ταξινόμηση κατά NYHA και κατάσταση παχυσαρκίας.

Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής των ασθενών με ΚΑ αποτελεί ένα πολύ συζητημένο θέμα τα τελευταία χρόνια λόγω το ότι η χρονιότητα της νόσου προκαλεί στους ασθενείς συναισθηματική ανισορροπία στην καθημερινότητα τους αλλά προβλήματα που έχουν να κάνουν με τη σωματική τους δραστηριότητα. Στη διεθνή βιβλιογραφία φαίνεται ότι η ΠΖ των ασθενών με ΚΑ επηρεάζεται σημαντικά από το φύλο.<sup>5,10-12</sup>

Στην παρούσα μελέτη, οι γυναίκες φάνηκε να έχουν την τάση να δηλώνουν χειρότερη ποιότητα από τους άντρες ως προς τη δυσκολία που παρουσιάζουν στην αναπνοή τους στη καθημερινή τους ζωή, χωρίς όμως να υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά. Παρ' όλα αυτά, ευρήματα άλλων μελετών δείχνουν ότι οι γυναίκες επηρεάζονται αρνητικά όχι μόνο στους σωματικούς

παράγοντες, αλλά και στους συναισθηματικούς. Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε στις ΗΠΑ και σε δείγμα 640 ασθενών με ΚΑ βρέθηκε ότι η ποιότητα ζωής τους πρώτους τρεις μήνες ήταν ελάχιστα χειρότερη στις γυναίκες σε σύγκριση με τους άνδρες.<sup>13</sup> Σε μια άλλη μελέτη που διεξήχθη στην ίδια χώρα, σε δείγμα 1382 ασθενών βρέθηκε ότι οι γυναίκες είχαν χειρότερη ποιότητα ζωής από τους άνδρες και αυτό εντοπίστηκε κυρίως σε δραστηριότητες της καθημερινότητας αλλά και σε άλλες κοινωνικές.<sup>14</sup>

Οι Luttik et al.,<sup>15</sup> σε μελέτη που πραγματοποίησαν στην Ολλανδία, προσπάθησαν να προσδιορίσουν την επίδραση του φύλου στην ΠΖ των ασθενών με ΚΑ. Σύμφωνα με τα αποτελέσματά τους, οι γυναίκες είχαν χειρότερη συναισθηματική υγεία από τους άνδρες και υποστηρίζουν στα συμπεράσματά τους ότι η προσέγγιση και η παρέμβαση στήριξης θα πρέπει να διαφοροποιείται και να προσαρμόζεται ανάλογα με το φύλο. Την παραπάνω προσέγγιση, της εξατομίκευσης της παρέμβασης ανάλογα με το φύλο, τονίζει και άλλη μελέτη των Evangelista et al.<sup>16</sup>

Στην παρούσα μελέτη, δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα δύο φύλα και τη λειτουργικότητα της αριστερής κοιλίας. Ανάλογες μελέτες έχουν δείξει ότι το δείγμα των ασθενών που επιλέγεται είναι ασθενείς με μειωμένο

κλάσμα εξώθησης. Ωστόσο, τουλάχιστον το 50% όλων των ασθενών με ΚΑ έχει διατηρημένο το κλάσμα εξώθησης και τα συμπτώματα πολύ συχνά φαίνονται παρόμοια και στις δύο κατηγορίες ασθενών.<sup>17</sup> Αντίστοιχη μελέτη των Bussoni et al.,<sup>18</sup> όπου συμμετείχαν 27 άνδρες και 17 γυναίκες με κακή λειτουργικότητα ΑΡ κοιλίας (LVEF <0.50), τονίζει πως η φυσική κατάσταση και η ποιότητα ζωής των ασθενών συνδέονται με το κλάσμα εξώθησης και πρέπει να λαμβάνεται υπόψη. Οι Hoekstra et al.,<sup>19</sup> σύγκριναν την ποιότητα ζωής ασθενών με διατηρημένο κλάσμα εξώθησης και ασθενών με μειωμένο κλάσμα εξώθησης δείχνοντας πως η ποιότητα ζωής δεν διαφέρει σημαντικά μεταξύ των δυο κατηγοριών. Αντίθετα έχουμε παρόμοια μείωση της ποιότητας ζωής και των δυο κατηγοριών ασθενών.

Η παρούσα μελέτη έδειξε πως δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στα δυο φύλα και την ταξινόμηση της ΚΑ κατά ΝΥΗΑ. Αντίθετα, μελέτη των Faller et al.,<sup>20</sup> έδειξε πως η σοβαρότητα της ΚΑ κατά ΝΥΗΑ, είναι και αυτός ένας από τους σημαντικότερους προγνωστικούς παράγοντες που σχετιζόταν με τη χαμηλή ΠΖ. Όσο πιο σοβαρό στάδιο βρίσκεται η ΚΑ, τόσο πιο χαμηλή παρουσιάζεται και η ΠΖ. Παρόμοια μελέτη των Πολυκανδριώτη και συν.,<sup>30</sup> έδειξε πως τα άτομα με 2<sup>ου</sup> και 3<sup>ου</sup> βαθμού ΚΑ αξιολογούσαν περισσότερο αρνητικά την ΠΖ τους, σε σχέση με τα άτομα

1<sup>ου</sup> βαθμού. Οι Hobbs et al.,<sup>21</sup> στην έρευνα τους απέδειξαν πως όσο μεγαλύτερος είναι ο βαθμός ΚΑ κατά ΝΥΗΑ τόσο μεγαλύτερη είναι η πτώση της ποιότητας ζωής των ασθενών. Τονίζει όμως πως η βελτιστοποίηση της θεραπείας για τη βελτίωση της κατηγορίας ΝΥΗΑ, κυρίως με τη χρήση φάρμακων ΑΜΕΑ και β-αναστολέων, φαίνεται να βελτιώνει τις αντιλήψεις για την ποιότητα ζωής των ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια. Επίσης, μελέτη των Holland et al.,<sup>22</sup> εξέτασε 293 ασθενείς με ΚΑ ερωτώμενοι εάν η αυτοαξιολόγηση της λειτουργικής κατάστασης των ασθενών από την τάξη ΝΥΗΑ προβλέπει την είσοδο στο νοσοκομείο, την ποιότητα ζωής και τη θνησιμότητα. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν πως η τάξη ΝΥΗΑ αποτελεί προγνωστικό δείκτη τόσο των επανεισαγωγών όσο και της ποιότητας ζωής και τη θνησιμότητας. Τονίζοντας πως η τάξη ΝΥΗΑ IV είχε χαμηλότερα ποσοστά ποιότητας ζωής και υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας. Οι τρεις κατηγορίες που αφορούν στην κατάσταση παχυσαρκίας διαφέρουν κατά στατιστικώς σημαντικό τρόπο ως προς τη δυσκολία που παρουσιάζουν οι ασθενείς αυτοί κατά το βραδινό τους ύπνο, ( $p < 0.05$ ). Τα τελευταία χρόνια, η επίδραση της παχυσαρκίας στην ποιότητα ζωής των ασθενών με χρόνια νοσήματα έχει τεκμηριωθεί από πολλές μελέτες με την παχυσαρκία να έχει αναγνωριστεί ως σημαντικός παράγοντας που θέτει σε κίνδυνο

την ποιότητα ζωής των ασθενών και την ψυχική τους ευεξία.

Μελέτη των Evangelista et al.,<sup>23</sup> εξέτασε τη σχέση μεταξύ παχυσαρκίας και κατάθλιψης σε 358 ασθενείς με ΚΑ. Οι παχύσαρκοι ασθενείς ήταν νεότεροι από τους ασθενείς με φυσιολογικό σωματικό βάρος και τους υπέρβαρους συμμετέχοντες. Όλα τα άλλα δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά ήταν παρόμοια. Οι παχύσαρκοι ασθενείς φάνηκε να έχουν πτωχή ποιότητα ζωής με τους παράγοντες σωματική υγεία και συναισθηματική ευεξία να είναι σε χαμηλά επίπεδα και να παρουσιάζουν συμπτώματα κατάθλιψης σε σχέση με τις άλλες δύο κατηγορίες (ασθενείς με φυσιολογικό σωματικό βάρος και υπέρβαροι).

Μελέτη των Katz et al.,<sup>24</sup> εξέτασε 2.931 ασθενείς με χρόνιες ιατρικές και ψυχιατρικές παθήσεις. Οι ασθενείς ολοκλήρωσαν ένα αυτοέλεγχο ερωτηματολόγιο κατά την εγγραφή και είχαν πλήρη στοιχεία σχετικά με το ύψος και το βάρος. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως το υπερβολικό σωματικό βάρος σχετίζεται σημαντικά στην μείωση της ποιότητας ζωής των ασθενών με ΚΑ.

Η σωματική υγεία (ο περιορισμός των σωματικών δραστηριοτήτων, η αυτοφροντίδα, το ανέβασμα σκάλας, το περπάτημα, η ανύψωση ή και η κάμψη σώματος) αναφέρονται σε αρκετές μελέτες ως τους πιο σημαντικούς παράγοντες που επηρεάζουν τη ζωή των ασθενών με ΚΑ.<sup>25-28</sup>

Όπως φαίνεται, η σωματική υγεία έχει σημαντικότερο αντίκτυπο στην καθημερινή ζωή των ασθενών από ότι οι άλλες διαστάσεις, όπως είναι η συναισθηματική υγεία και ο σωματικός πόνος.<sup>25,26</sup>

Η θετική αντιμετώπιση μιας δύσκολης κατάστασης και η ένταξη της σωματικής άσκησης στην καθημερινότητα των ασθενών μπορεί να βελτιώσει την ΠΖ τους.<sup>29</sup>

#### *Περιορισμοί της έρευνας*

Είναι απαραίτητο να σημειωθούν κάποιοι περιορισμοί που χαρακτηρίζουν τη συγκεκριμένη μελέτη. Ο πιο σημαντικός περιορισμός ήταν το μικρό μέγεθος του δείγματος. Ένας άλλος περιορισμός ήταν η αδυναμία επικοινωνίας με κάποιους ασθενείς για διάφορους λόγους όπως ότι είχαν αποβιώσει όταν έγινε η επικοινωνία ή είχαν προβεί σε αλλαγή των στοιχείων επικοινωνίας.

Επιπλέον, υπήρχαν παράγοντες όπως για παράδειγμα το στρες των ασθενών ή η ψυχολογική τους κατάσταση που μπορεί να επηρέασε τις απαντήσεις τους κατά την τηλεφωνική επικοινωνία.

Επίσης, δεν συλλέχθηκαν πληροφορίες σχετικά με τη διάρκεια που βρίσκονταν οι ασθενείς σε συγκεκριμένη κατάσταση παχυσαρκίας ή αν είχαν προσπαθήσει να μειώσουν το σωματικό τους βάρος.

#### **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**



Η ποιότητα ζωής των ασθενών με ΚΑ επηρεάζεται τόσο από χαρακτηριστικά του ατομικού ιστορικού των ασθενών όσο και από χαρακτηριστικά της συναισθηματικής και σωματικής τους διάστασης. Στην παρούσα μελέτη, η ποιότητα ζωής των ασθενών με ΚΑ φάνηκε να επηρεάζεται από την κατάσταση παχυσαρκίας τους. Χρειάζεται όμως, να πραγματοποιηθούν περαιτέρω μελέτες που να διερευνούν την ποιότητα ζωής σε σχέση με τις συν-νοσηρότητες όπως είναι η παχυσαρκία.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Samara MA, Tabg WHW, Hcart Failure with Systolic Dysfunction. In: Griffin BP. Manual of Cardiovascular Medicine. 4th cd. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins: 2013:126.
2. Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, Bueno H, Cleland JGF, Coats AJS, et al. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC). Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. Eur Heart J 2016;37(27):2129-2200.
3. Iqbal J, Francis L, Reid J, Murray S, Denvir M. Quality of life in patients with chronic heart failure and their carers: a 3-year follow-up study assessing hospitalization and mortality. Eur J Heart Fail 2010;12(9):1002-8.
4. Cherepanov D, Palta M, Fryback DG. Underlying dimensions of the five health-related quality-of-life measures used in utility assessment: evidence from the National Health Measurement Study. Med Care 2010;48(8):718-25.
5. Πολυκανδριώτη Μ, Βοθλαγίδου Κ, Θεμελή Α, Γαλύφα Δ, Λιάπη Ε. & Κυρίτση Ε. «Ποιότητα Ζωής Ασθενών με Καρδιακή Ανεπάρκεια», Νοσηλευτική 2009;48(1): 94-104.
6. Bleumink GS, Knetsch AM, Sturkenboom MCJM, Straus SMJM, Hofman A, Deckers JW, Witteman JCM, Stricker BHC. Quantifying the heart failure epidemic: prevalence, incidence rate, lifetime risk and prognosis of heart failure The Rotterdam Study. Eur Heart J England 2004; 25:1614–1619.
7. Yancy CW, Jessup M, Bozkurt B, Butler J, Casey DE Jr, Colvin MM, et al. 2017 ACC/AHA/HFSA Focused Update of the 2013 ACCF/AHA Guideline for the Management of Heart Failure. A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines and the Heart Failure Society of America. Developed in Collaboration With the American Academy of Family Physicians,

- American College of Chest Physicians, and International Society for Heart and Lung Transplantation. *Journal Cardiac Failure* 2017; 23: 628-651.
8. Yancy CW, Jessup M, Bozkurt B, Butler J, Casey DE Jr, Colvin MM, et al. 2017 ACC/AHA/HFSA Focused Update of the 2013 ACCF/AHA Guideline for the Management of Heart Failure: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines and the Heart Failure Society of America. *J Am Coll Cardiol* 2017;70(6):776-803.
9. Evangelista LS, Kagawa-Singer M, Dracup K. Gender differences in health perceptions and meaning in persons living with heart failure. *Heart Lung* 2001;30(3):167-76.
10. Gott M, Barnes S, Parker C, Payne S, Seamark D, Gariballa S, Small N. "Predictors of the quality of life of older people with heart failure recruited from primary care", *Age and ageing* 2006;35(2):172-177.
11. Rustøen T, Stubhaug A, Eidsmo I, Westheim A, Paul SM, Miaskowski C.. "Pain and Quality of Life in Hospitalized Patients with Heart Failure", *Journal of Pain and Symptom Management* 2008;36(5):497-504.
12. Johansson P, Dahlström U, Broström A, Hjärtcentrum, Institutionen för medicin och vård, Omvårdnad, Kardiologi, Kardiologiska kliniken, Östergötlands Läns Landsting, Hälsouniversitetet & Linköpings universitet. "Factors and interventions influencing health-related quality of life in patients with heart failure: A review of the literature", *European Journal of Cardiovascular Nursing* 2006;5(1):5-15.
13. Riegel B, Moser DK, Carlson B, Deaton C, Armola R, Sethares K, Gender differences in quality of life are minimal in patients with heart failure. *J Card Fail* 2003;9(1):42-8.
14. Riedinger MS, Dracup KA, Brecht ML, Padilla G, Sarna L, Ganz PA. Quality of life in patients with heart failure: do gender differences exist? *Heart Lung* 2001;30(2):105-16.
15. Luttik ML, Lesman-Leegte I, Jaarsma T. Quality of life and depressive symptoms in heart failure patients and their partners: the impact of role and gender. *J Card Fail* 2009;15(7):580-5.
16. Evangelista LS, Kagawa-Singer M, Dracup K. Gender differences in health perceptions and meaning in persons living with heart failure. *Heart Lung* 2001;30(3):167-76.
17. Kindermann M, Reil JC, Pieske B, van Veldhuisen DJ, Böhm M. Heart failure with normal left ventricular ejection fraction:



- what is the evidence? Trends Cardiovasc Med 2008;18(8):280-92.
18. Bussoni MF, Guirado GN, Roscani MG, Polegato BF, Matsubara LS, Bazan SG. Diastolic function is associated with quality of life and exercise capacity in stable heart failure patients with reduced ejection fraction. Braz J Med Biol Res 2013;46(9):803-8.
19. Hoekstra T, Lesman-Leegte I, van Veldhuisen DJ, Sanderman R, Jaarsma T. Quality of life is impaired similarly in heart failure patients with preserved and reduced ejection fraction. Eur J Heart Fail 2011;13(9):1013-8.
20. Faller H, Sterk S, Schuler M, Schowalter M, Steinbechel T, Ertl G. et al. Depression and disease severity as predictors of health-related quality of life in patients with chronic heart failure- A structural equation modeling approach. Journal of Cardiac Failure 2009;15:286- 292.
21. Hobbs FD, Kenkre JE, Roalfe AK, Davis RC, Hare R, Davies MK. Impact of heart failure and left ventricular systolic dysfunction on quality of life: a cross-sectional study comparing common chronic cardiac and medical disorders and a representative adult population. Eur Heart J 2002;23(23):1867-76.
22. Holland R, Rechel B, Stepien K, Harvey I, Brooksby I. Patients' self-assessed functional status in heart failure by New York Heart Association class: a prognostic predictor of hospitalizations, quality of life and death. J Card Fail 2010;16(2):150-6.
23. Evangelista LS, Moser DK, Westlake C, Hamilton MA, Fonarow GC, Dracup K. Impact of obesity on quality of life and depression in patients with heart failure. Eur J Heart Fail 2006;8(7):750-5.
24. Katz DA, McHorney CA, Atkinson RL. Impact of obesity on health-related quality of life in patients with chronic illness. J Gen Intern Med 2000;15(11):789-96.
25. Σπυράκη Χ, Καϊτελίδου Δ, Παπακωνσταντίνου Β, Πρεζεράκος Π, Μανιαδάκης Ν. «Η Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής σε Ασθενείς με Στεφανιαία Νόσο και Καρδιακή Ανεπάρκεια σε ένα Δημόσιο Γενικό Νοσοκομείο», Ελληνική Καρδιολογική Επιθεώρηση 2008;49: 147-154.
26. Franzén K, Saveman B, Blomqvist, K. "Predictors for health related quality of life in persons 65 years or older with chronic heart failure", European Journal of Cardiovascular Nursing 2006;6(2):112-120.
27. Lee DTF, Yu DSF, Woo J, Thompson DR. "Health-related quality of life in patients with congestive heart failure", European journal of heart failure 2005;7(3):419.
28. Juenger J, Schellberg D, Kraemer S, Haunstetter A, Zugck C, Herzog W, et al. Health related quality of life in patients

with congestive heart failure : comparison with other chronic diseases and relation to functional variables. Heart British Cardiac Society 2002;87(3):235-41.

29. Panagopoulou N, Karatzanos E, Dimopoulos S, Tasoulis A, Tachliabouris I, Vakrou S, et al. Exercise training improves characteristics of exercise oscillatory ventilation in chronic heart failure. Eur J Prev Cardiol 2017;24(8):825-832.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

**ΠΙΝΑΚΑΣ 1.** Κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος.

Μεταβλητές	% (n/N)
<b>Φύλο</b>	
Άνδρες	85,8 (36/42)
Γυναίκες	14,2 (6/42)
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>	
Έγγαμος	88 (37/42)
Άγαμος	7,1 (3/42)
Χήρος	4,7 (2/42)
<b>Οικονομική κατάσταση (με βάσει το ετήσιο δηλωθέν εισόδημα)</b>	
Κακή (< 8.000 ευρώ)	4,7 (2/42)
Μέτρια (8.000-10.000 ευρώ)	19 (8/42)
Καλή (10.000-20.000 ευρώ)	71,4 (30/42)
Πολύ καλή (>20.00 ευρώ)	4,7 (2/42)
<b>Επίπεδο εκπαίδευσης</b>	
Απόφοιτος δημοτικού	7,1 (3/42)
Απόφοιτος γυμνασίου	23,8 (10/42)
Απόφοιτος λυκείου	38 (16/42)
Απόφ. Ανωτέρας/Ανωτάτης Σχολής	7,1 (3/42)
Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό	0 (0/42)
<b>Εθνικότητα</b>	
Ελληνική	100 (42/42)
Αλλοδαποί	0 (0/42)
<b>Ασφάλιση Υγείας</b>	
Δημόσια ασφάλιση	100 (42/42)
Ιδιωτική ασφάλιση	0 (0/42)
	<b>Μέση Τιμή (±TA*)</b>
<b>Ηλικία</b>	67,8 (±13,6)
<i>*TA: Τυπική Απόκλιση</i>	

**ΠΙΝΑΚΑΣ 2.** Κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών.

<b>Μεταβλητές</b>	<b>% (n)</b>
<b>Κατάσταση παχυσαρκίας</b>	
Λιποβαρής (BMI: <18.50)	0 (0/42)
Φυσιολογικός (BMI: 18.50-24.99)	45,2 (19/42)
Υπέρβαρος (BMI: 25.00-29.99)	23,8 (10/42)
Παχύσαρκος (BMI: 30.00-34.99 ή >35.00)	16,6 (7/42)
<b>Κάπνισμα</b>	
Τώρα	14,2 (6/42)
Ποτέ	19 (8/42)
Στο παρελθόν	38 (16/42)
Δεν απάντησαν	28,5 (12/42)
<b>Οικογενειακό ιστορικό ΚΑ</b>	
Ναι	28,6 (12/42)
Όχι	71,4 (30/42)
<b>Αιτιολογία ΚΑ</b>	
Ισχαιμική	21,4 (9/42)
Μη ισχαιμική	61,9 (26/42)
Άλλο	16,7 (7/42)
<b>Σακχαρώδης διαβήτης (Γλυκόζη νηστείας &gt;126 mg/dl)</b>	
Ναι	35,7 (15/42)
Όχι	64,3 (27/42)
<b>Αρτηριακή υπέρταση</b>	
Ναι	33,3 (14/42)
Όχι	66,7 (28/42)
<b>ΧΑΠ</b>	
Ναι	7,1 (3/42)
Όχι	92,8 (39/42)
<b>Δυσλιπιδαιμία (Επίπεδα χοληστερόλης (νηστείας) &gt;200 mg/dL)</b>	
Ναι	4,8 (2/42)
Όχι	95,2 (40/42)
<b>Λειτουργική ταξινόμηση κατά NYHA</b>	
Στάδιο I	28,5 (12/42)
Στάδιο II	43 (18/42)
Στάδιο III	19 (8/42)
Στάδιο IV	9,5 (4/42)
<b>Λειτουργικότητα της ΑΡ κοιλίας</b>	
Καλή (LVEF>50%)	11,9 (5/42)
Μέτρια (LVEF 31%-50%)	57,2 (24/42)
Κακή (LVEF 21%-30%)	11,9 (5/42)
Πολύ κακή (LVEF 20% ή λιγότερο)	19 (8/42)

**ΠΙΝΑΚΑΣ 3.** Συσχέτιση του φύλου και των δύο υποκλιμάκων του MLHFQ.

Ερωτήσεις	Άνδρες ΜΤ (±ΤΑ)*	Γυναίκες ΜΤ (±ΤΑ)*	p
<b>Η καρδιακή ανεπάρκεια σας εμπόδισε να ζείτε όπως θα θέλατε κατά τον τελευταίο μήνα (4 εβδομάδες)</b>			
1. προκαλώντας οίδημα σφυρών ή ποδιών;	0,88 (±1,27)	1 (±0)	0,87
2. αναγκάζοντάς σας να κάθεστε ή να ξαπλώνετε κατά τη διάρκεια της ημέρας;	1,65 (±1,59)	2,3 (±1,15)	0,48
3. κάνοντάς σας να περπατάτε ή να ανεβαίνετε σκάλες με δυσκολία;	1,85 (±1,2)	2,3 (±0,57)	0,52
4. κάνοντάς σας να δουλεύετε στο σπίτι ή στην αυλή με δυσκολία;	1,46 (±1,7)	2,6 (±0,57)	0,25
5. κάνοντάς σας να πηγαίνετε σε μακρινά από το σπίτι μέρη με δυσκολία;	1,2 (±1,78)	3 (±1,2)	0,18
6. κάνοντας δύσκολο το βραδινό σας ύπνο;	0,69 (±1,08)	1,3 (±0,57)	0,32
7. κάνοντας τη συναναστροφή ή τις δραστηριότητες με φίλους ή συγγενείς δύσκολες;	1,08 (±1,41)	2,3 (±1,15)	0,15
8. κάνοντας δύσκολη την εργασία;	0,92 (±1,57)	1,67 (±1,15)	0,43
9. κάνοντας την ψυχαγωγία, την άθληση ή τα χόμπι δύσκολα;	1,73 (±1,56)	2,3 (±1,15)	0,52
10. κάνοντας τη σεξουαλική σας δραστηριότητα δύσκολη;	1,27 (±1,45)	1,67 (±1,15)	0,65
11. κάνοντάς σας να τρώτε λιγότερα από τα φαγητά που επιθυμείτε;	1 (±1,16)	1,67 (±0,57)	0,34
12. δυσκολεύοντας την αναπνοή σας;	1,23 (±1,27)	2,67 (±0,57)	0,06
13. κάνοντάς σας κουρασμένους, εξαντλημένους ή με ελάχιστη ενέργεια;	0,92 (±1,38)	1 (±1,73)	0,92
14. προκαλώντας την εισαγωγή σας σε νοσοκομείο;	1,04 (±1,37)	2 (±1,73)	0,27
15. κοστίζοντάς σας χρήματα για ιατρικά έξοδα;	1,15 (±1,46)	1 (±1,73)	0,86
16. προκαλώντας παρενέργειες από θεραπείες;	0,81 (±0,93)	1,3 (±1,15)	0,37
17. κάνοντάς σας να αισθάνεστε ότι είστε εμπόδιο για την οικογένεια ή τους φίλους σας;	0,42 (±0,8)	0,67 (±1,15)	0,63
18. κάνοντάς σας να έχετε την αίσθηση της απώλειας του αυτοελέγχου;	1,12 (±1,36)	2 (±1,7)	0,30
19. προκαλώντας σας ανησυχία;	1,23 (±1,3)	1,67 (±1,15)	0,58
20. δυσκολεύοντας τη συγκέντρωσή σας ή την ανάκληση στη μνήμη;	0,88 (±1,33)	2,33 (±1,15)	0,08
21. προκαλώντας σας κατάθλιψη;	0,69 (±1,12)	1,67 (±1,15)	0,16
*ΜΤ: Μέση Τιμή, ΤΑ: Τυπική Απόκλιση Κλίμακα Likert: 0=πολύ λίγο έως 5=πέρα πολύ			

**ΠΙΝΑΚΑΣ 4.** Ανάλυση διακύμανσης κατά δύο κριτήρια (Two-way analysis of variance) για την επίδραση του φύλου, της λειτουργικότητας της AP κοιλίας και της ταξινόμησης κατά NYHA στην ποιότητα ζωής.

<b>Παράγοντες</b>	<b>df</b>	<b>Mean square</b>	<b>F</b>	<b>Sig.</b>
Φύλο	1	4643,302	8,598	0,266
Λειτουργικότητα της AP κοιλίας	3	5632,604	6,845	0,062
<b>Παράγοντες</b>	<b>df</b>	<b>Mean square</b>	<b>F</b>	<b>Sig.</b>
Φύλο	1	5467,833	7,580	0,67
Ταξινόμηση κατά NYHA	3	4264,500	1,067	0,815
<b>Παράγοντες</b>	<b>df</b>	<b>Mean square</b>	<b>F</b>	<b>Sig.</b>
Φύλο	1	11,524	1,004	0,948
Κατάσταση παχυσαρκίας	2	474,780	1,376	0,287



**ΠΙΝΑΚΑΣ 5.** Ανάλυση διακύμανσης μονής κατεύθυνσης (one-way anova) για την επίδραση της κατάστασης παχυσαρκίας των ασθενών στην ποιότητα ζωής.

Ερωτήσεις	Φυσιολογικό σωματικό βάρος MT (±TA)*	Υπέρβαρος MT (±TA)*	Παχύσαρκος MT (±TA)*	p
<b>Η καρδιακή ανεπάρκεια σας εμπόδισε να ζείτε όπως θα θέλατε κατά τον τελευταίο μήνα (4 εβδομάδες)</b>				
1. προκαλώντας οίδημα σφυρών ή ποδιών;	0	0,88 (±1,12)	2 (±1,63)	0,08
2. αναγκάζοντάς σας να κάθεστε ή να ξαπλώνετε κατά τη διάρκεια της ημέρας;	1,67 (±2,08)	2 (±1,69)	2,29 (±1,38)	0,85
3. κάνοντάς σας να περπατάτε ή να ανεβαίνετε σκάλες με δυσκολία;	2 (±0)	1,38 (±1,40)	2,71 (±1,49)	0,19
4. κάνοντάς σας να δουλεύετε στο σπίτι ή στην αυλή με δυσκολία;	1 (±1,73)	1,38 (±1,99)	2,57 (±1,61)	0,34
5. κάνοντάς σας να πηγαίνετε σε μακρινά από το σπίτι μέρη με δυσκολία;	1 (±1)	1 (±1,51)	2 (±2,08)	0,49
6. κάνοντας δύσκολο το βραδινό σας ύπνο;	0(±0)	0,3 (±0,51)	1,86 (±1,46)	<b>0,01</b>
7. κάνοντας τη συννααστροφή ή τις δραστηριότητες με φίλους ή συγγενείς δύσκολες;	0,33 (±0,57)	0,75 (±1,38)	0,75 (±1,38)	0,44
8. κάνοντας δύσκολη την εργασία;	0,67 (±0,57)	0,88 (±1,72)	1,86 (±2,11)	0,49
9. κάνοντας την ψυχαγωγία, την άθληση ή τα χόμπι δύσκολα;	3 (±2)	1,50 (±1,60)	2 (±1,73)	0,45
10. κάνοντας τη σεξουαλική σας δραστηριότητα δύσκολη;	1,33 (±1,15)	1,25 (±1,03)	2,43 (±1,98)	0,31
11. κάνοντάς σας να τρώτε λιγότερα από τα φαγητά που επιθυμείτε;	0,67 (±1,15)	1,13 (±1,24)	1,57 (±1,27)	0,56
12. δυσκολεύοντας την αναπνοή σας;	0,33 (±0,57)	1,25 (±1,28)	2,14 (±0,90)	0,06
13. κάνοντάς σας κουρασμένους, εξαντλημένους ή με ελάχιστη ενέργεια;	0,33 (±0,57)	1 (±1,69)	2,14 (±1,21)	0,15
14. προκαλώντας την εισαγωγή σας σε νοσοκομείο;	0(±0)	1,38 (±1,40)	1,43 (±1,51)	0,29
15. κοστίζοντάς σας χρήματα για ιατρικά έξοδα;	1 (±1,73)	1,50 (±1,41)	2,14 (±1,57)	0,52
16. προκαλώντας παρενέργειες από θεραπείες;	0,67 (±1,15)	0,88 (±0,99)	1,14(±0,90)	0,75
17. κάνοντάς σας να αισθάνεστε ότι είστε εμπόδιο για την οικογένεια ή τους φίλους σας;	0(±0)	0,50 (±0,75)	1(±1,15)	0,27
18. κάνοντάς σας να έχετε την αίσθηση της απώλειας του αυτοελέγχου;	1 (±1,73)	1,25 (±1,28)	1,43(±1,51)	0,91
19. προκαλώντας σας ανησυχία;	1 (±1)	1,38 (±1,06)	2,29(±1,60)	0,27
20. δυσκολεύοντας τη συγκέντρωσή σας ή την ανάκληση στη μνήμη;	0(±0)	1 (±1,30)	1,29(±1,60)	0,40
21. προκαλώντας σας κατάθλιψη;	0(±0)	0,75 (±0,46)	1,43(±1,90)	0,26
*MT: Μέση Τιμή, TA: Τυπική Απόκλιση Κλίμακα Likert: 0=πολύ λίγο έως 5=πάρα πολύ				