

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΜΟΝΑΔΕΣ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ-ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ»**

**ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΣΕ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΤΟ ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΤΟΥ ΤΕΙ ΑΘΗΝΑΣ**

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΘΕΜΑ: ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΥΘΥΝΟΜΕΝΟΙ ΓΙΑ ΤΗ ΣΩΜΑΤΙΚΗ
ΚΑΙ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΟΞΥ
ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ: ΛΟΛΟΥ ΜΑΡΙΑ

**ΑΘΗΝΑ
ΙΟΥΝΙΟΣ 2017**

ΠΡΑΚΤΙΚΟ ΚΡΙΣΕΩΣ

ΤΗΣ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗΣ ΤΗΣ ΤΡΙΜΕΛΟΥΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ Της Μεταπτυχιακής. Φοιτήτριας Λόλου Μαρίας

Εξεταστική Επιτροπή

- Τούσουλης Δημήτριος, Επιβλέπων
- Κυρίτση Ελένη
- Τούτουζας Κωνσταντίνος

Η Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή η οποία ορίσθηκε από την ΓΣΕΣ της Ιατρικής Σχολής του Παν. Αθηνών Συνεδρίαση της 19^{ης} Ιουλίου 2007 για την αξιολόγηση και εξέταση της. υποψηφίου κ. Λόλου Μαρίας, συνεδρίασε σήμερα .../.../....

Η Επιτροπή **διαπίστωσε** ότι η Διπλωματική Εργασία της κας Λόλου Μαρίας με τίτλο **«ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΥΘΥΝΟΜΕΝΟΙ ΓΙΑ ΤΗ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΚΑΙ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΟΞΥ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ»**, είναι πρωτότυπη, επιστημονικά και τεχνικά άρτια και η βιβλιογραφική πληροφορία ολοκληρωμένη και εμπειριστατωμένη.

Η εξεταστική επιτροπή αφού έλαβε υπ' όψιν το περιεχόμενο της εργασίας και τη συμβολή της στην επιστήμη, με ψήφους προτείνει την απονομή στην παραπάνω Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια του Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης (Master's).

Στην ψηφοφορία για την βαθμολογία ο υποψήφιος έλαβε για τον βαθμό «ΑΡΙΣΤΑ» ψήφους, για τον βαθμό «ΛΙΑΝ ΚΑΛΩΣ» ψήφους, και για τον βαθμό «ΚΑΛΩΣ» ψήφους Κατά συνέπεια, απονέμεται ο βαθμός «.....».

Τα Μέλη της Εξεταστικής Επιτροπής

- | | |
|-----------------------------------|------------------|
| • Τούσουλης Δημήτριος, Επιβλέπων, | (Υπογραφή) _____ |
| • Κυρίτση Ελένη, | (Υπογραφή) _____ |
| • Τούτουζας Κωνσταντίνος, | (Υπογραφή) _____ |

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η παρούσα διπλωματική εργασία ολοκληρώθηκε μετά από προσωπική έρευνα και μελέτη, αλλά και με τη βοήθεια προσώπων που αξίζουν ένα μεγάλο ευχαριστώ για την πολύτιμη βοήθειά τους.

Αρχικά θα ήθελα να ευχαριστήσω την κ. Τούσουλη Δημήτριο και τον κ. Τούτουζα Κωνσταντίνο για την εμπιστοσύνη που μου έδειξαν και την ανάθεση της διπλωματικής εργασίας, οι οποίοι επίσης μου αποκάλυψαν νέους ορίζοντες στο επάγγελμά μου. Επιπλέον να ευχαριστήσω την κ. Κυρίτση Ελένη για την συνεχή επίβλεψή της και επίλυση πολλών δυσκολιών κατά τη διάρκεια της εργασίας, όπου θα ήταν ανέφικτο να φτάσω στον επιθυμητό στόχο μου χωρίς την πολύτιμη βοήθειά της.

Ακόμη, θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένεια μου, που σε όλη μου αυτήν την προσπάθεια ήταν πάντα εκεί και τη συμπαράσταση τους κατά τη διάρκεια των σπουδών μου.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	6
ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟΣ	10
Επιδημιολογικά χαρακτηριστικά	10
ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΑΥΞΗΜΕΝΗ ΠΡΩΤΟΓΕΝΗ ΚΑΙ ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΘΝΗΤΟΤΗΤΑ	12
Υπέρταση	12
Δυσλιπιδαιμία	15
Σακχαρώδης διαβήτης	17
Κάπνισμα	21
Σωματική δραστηριότητα	24
Παχυσαρκία	28
Επίπεδα κατανάλωσης αλκοόλ	30
Διατροφή	31
Διαταραχές διάθεσης - άγχος	33
Η φαρμακευτική αγωγή στη βελτίωση της νοσηρότητας και θνητότητας μετά από οξύ στεφανιαίο σύνδρομο	34
ΣΚΟΠΟΣ	38
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ	38
Δείγμα της μελέτης	38
Περιγραφή ερευνητικού εργαλείου	39
ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ	41
ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ	41
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	42
Περιγραφικά αποτελέσματα	42
Στατιστικά αποτελέσματα	42
ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΟΙ ΚΑΙ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΟΙ ΠΙΝΑΚΕΣ	47
ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ	67
ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	74
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	75
ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΓΛΩΣΣΑ	76
ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΣΤΗΝ ΑΓΓΛΙΚΗ ΓΛΩΣΣΑ	78

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	80
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	89

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το φάσμα της στεφανιαίας νόσου εκτείνεται από μια πλήρως ασυμπτωματική πάθηση ως και τον αιφνίδιο θάνατο. Διαχωρίζεται στη Χρόνια Στεφανιαία Νόσο (Χ.Σ.Ν.) και στα Οξέα Στεφανιαία Σύνδρομα (Ο.Σ.Σ.), στα οποία συγκαταλέγεται η ασταθής στηθάγχη, το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου (Ο.Ε.Μ.) με ή χωρίς ανάσπαση του ST τμήματος, και ο αιφνίδιος θάνατος με κλινικά συμπτώματα που οφείλονται στην ανεπαρκή προσφορά O_2 στο μυοκάρδιο, συνεπεία συχνότερα, αλλά όχι αποκλειστικά, της προσβολής των στεφανιαίων αρτηριών από τη νόσο. Η ασταθής στηθάγχη αποτελεί την κλινική εκδήλωση μιας παροδικής μυοκαρδιακής ισχαιμίας, και διαχωρίζεται από τη σταθερή στηθάγχη επί επιδείνωσης προϋπαρχόντων συμπτωμάτων είτε σε συχνότητα, είτε σε διάρκεια, είτε και στα 2, χωρίς αντίστοιχη αύξηση των αναγκών του μυοκαρδίου σε O_2 , ή όταν η στηθάγχη εμφανίζεται σε ηρεμία, και οφείλεται συνήθως σε δημιουργία θρόμβου εντός της στεφανιαίας αρτηρίας, λόγω ρήξης ή εξέλκωσης αθηρωματικής πλάκας. Η διαφοροποίησή της με το έμφραγμα του μυοκαρδίου χωρίς ανάσπαση του ST έγκειται στο ότι στην ασταθή στηθάγχη δεν ανιχνεύονται αυξημένοι δείκτες νέκρωσης του μυοκαρδίου στο αίμα. Πρόκειται, ουσιαστικά, για δύο καταστάσεις παρόμοιας παθογένειας και κλινικής εικόνας, αλλά με διαφορετική βαρύτητα.¹⁻⁵

Η ισχαιμική καρδιοπάθεια είναι η πρώτη, παγκοσμίως, αιτία θανάτου.⁶ Τα Ο.Σ.Σ, λόγω της συχνότητας και των σοβαρών επιπτώσεών τους στην ποιότητα ζωής, στη νοσηρότητα, και στη θνητότητα των ασθενών, επιτελούν έναν από τους πιο πολύ μελετημένους τομείς της Καρδιολογίας.

Η φαρμακευτική αγωγή, η αναγνώριση και τροποποίηση των παραγόντων κινδύνου, η ενημέρωση του πληθυσμού για τα συμπτώματά τους, τη σημασία της έγκαιρης προσέλευσης στο νοσοκομείο, καθώς και η εξέλιξη βασισμένων σε ενδείξεις θεραπευτικών παρεμβάσεων και η ανάπτυξη νέων τεχνικών, έχουν οδηγήσει στη μείωση των θανάτων από Ο.Σ.Σ.⁷

Παρά τις βελτιώσεις αυτές, η επιβίωση συνεπάγεται νέους κινδύνους για την πορεία της υγείας των πασχόντων, και η αύξηση των ανθρώπων που έχουν υποστεί Ο.Σ.Σ. και έχουν επιβιώσει, οδηγεί και σε αύξηση των μετεμφραγματικών επιπλοκών στον πληθυσμό. Η καρδιακή ανεπάρκεια, της οποίας η εμφάνιση έχει αυξηθεί παράλληλα με τη μείωση της θνησιμότητας μετά από οξύ έμφραγμα⁸ είναι

συχνή επιπλοκή, όπως και οι επικίνδυνες αρρυθμίες, το επανέμφραγμα ², και οι συνεπαγόμενη κακή ποιότητα ζωής και απώλεια παραγωγικότητας, καθώς και ασθένειες με τις οποίες η στεφανιαία νόσος έχει κοινούς παράγοντες κινδύνου, όπως για παράδειγμα το κάπνισμα, που γνωρίζουμε πως αυξάνει την πιθανότητα για πολλές νεοπλασίες, ή αποτελεί μία από τις πολλές εκφάνσεις της, όπως η καρωτιδική στένωση και το ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Σύμφωνα με μελέτη 73.000 ατόμων που εισήχθησαν με διάγνωση Ο.Σ.Σ., χωρίς ιστορικό αγγειοεγκεφαλικής νόσου, ο κίνδυνος αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου είναι υψηλότερος σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό, ειδικότερα σε ασθενείς με STEMI και NSTEMI έμφραγμα⁹, και μάλιστα ανεξάρτητα από γνωστούς παράγοντες κινδύνου καρδιακού τραύματος ¹⁰.

Υπάρχει όμως η δυνατότητα για ακόμη μεγαλύτερη μείωση της νοσηρότητας και της θνητότητας των ασθενών με παρεμβάσεις όχι μόνο σε νοσοκομειακό, αλλά και σε ατομικό επίπεδο.

Μελέτες έχουν δείξει ότι η αλλαγή τρόπου ζωής, και η εστίαση στους τροποποιήσιμους παράγοντες κινδύνου για στεφανιαία νόσου μειώνουν την επανεμφάνιση ή επιδείνωση των συμπτωμάτων της νόσου, όπως π.χ. η βελτίωση της φυσικής κατάστασης έχει ως αποτέλεσμα τις μειωμένες ανάγκες σε O₂, την αύξηση της ηλεκτρικής σταθερότητας και της αποτελεσματικότητας του μυοκαρδίου, την αύξηση της HDL χοληστερόλης με μείωση των τριγλυκεριδίων, του σωματικού βάρους και της αρτηριακής πίεσης, βελτιώνεται η αντίσταση στην ινσουλίνη, η συσσώρευση των αιμοπεταλίων, και η ινωδόλυση είναι πιο αποτελεσματική.¹⁰

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση της σχέσης της φυσικής δραστηριότητας στη μακροχρόνια νοσηρότητα και θνητότητα των ασθενών με οξύ στεφανιαίο σύνδρομο.

Η παρούσα εργασία αποτελείται από το γενικό και το ειδικό μέρος. Στο γενικό μέρος γίνεται αναφορά στη στεφανιαία νόσο, και ειδικότερα στους παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται τόσο με αυτή, όσο και με άλλες παθήσεις, οι οποίοι επηρεάζουν τη νοσηρότητα και τη θνητότητα των ασθενών με ιστορικό Ο.Σ.Σ..

Στο ειδικό μέρος αναφέρονται ο σκοπός της εργασίας, ο πληθυσμός της μελέτης, η μεθοδολογία, η ανάλυση και η συζήτηση των αποτελεσμάτων και τα

συμπεράσματα, καθώς επίσης παρατίθεται η περίληψη της εργασίας στην ελληνική και αγγλική γλώσσα

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟΣ

Επιδημιολογικά δεδομένα

Η πλειοψηφία των παραγόντων κινδύνου για ανάπτυξη καρδιαγγειακής νόσου μπορούν να τροποποιηθούν, μειώνοντας, ιδιαίτερα σε ασθενείς υψηλού κινδύνου, τη θνησιμότητα και τη νοσηρότητα. Όμως, ακόμα και σήμερα, η πιο σημαντική αιτία θανάτου στις ανεπτυγμένες χώρες παραμένει η καρδιαγγειακή νόσος.¹¹

Υπολογίζεται ότι στις ΗΠΑ υπάρχουν πάνω από 12.000.000 ασθενείς με στεφανιαία νόσο, εκ των οποίων πάνω από 7.000.000 έχουν εκδηλώσει τη νόσο με τη μορφή εμφράγματος τουλάχιστον μια φορά στη ζωή του.¹

Κατά τη δεκαετία 2003-2013 στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, η θνητότητα της καρδιακής νόσου έχει μειωθεί κατά 38%, όμως εξακολουθούν να είναι υψηλά τόσο οι παράγοντες κινδύνου, όσο και η επιβάρυνση που προκαλείται από αυτή, καθώς η καρδιαγγειακή νόσος σκοτώνει περισσότερους από ότι όλες οι μορφές καρκίνου μαζί, ενώ τα άμεσα και έμμεσα κόστη υπολογίζονται στα 316 δις δολάρια.¹²

Σε περίοδο 6 ετών μετά από διάγνωση εμφράγματος, υπολογίζεται πως το 35% των γυναικών και το 18% των ανδρών υφίσταται εκ νέου έμφραγμα, ενώ το 22% των ανδρών και το 46% των γυναικών αναπτύσσουν ΣΚΑ. Επίσης, εγκεφαλικό επεισόδιο εμφανίζει το 22%, περίπου, των ανδρών, και το 11% των γυναικών, ενώ ο αιφνίδιος θάνατος στο 7% και το 6% αντίστοιχα.¹³

Στην Ευρώπη, η θνητότητα στο 1ο μετεμφραγματικό έτος κατά την τετραετία 2004-2008 μειώθηκε από το 42,1% στο 24,8%, σε σχέση με την τετραετία 1984-1988.¹⁴

Κάποιοι ασθενείς, λόγω και οικονομικών δυσκολιών, διακόπτουν τη φαρμακευτική αγωγή τους. Σύμφωνα με ανάλυση 21 μελετών σε συνολικά 14000 άτομα, μετά την έξοδο από το νοσοκομείο, μόνο η καρδιαγγειακή θνητότητα κατά τον πρώτο χρόνο έφτανε το 10%, και μετέπειτα το 5% επ' αόριστον, ανεξαρτήτως φύλου ή ηλικίας. Μετά από δεύτερο έμφραγμα, το 33% των ασθενών πέθαναν πριν καν φτάσουν στο νοσοκομείο, και 20% ενδονοσοκομειακά. Μετά το εξιτήριο, η ετήσια θνητότητα διπλασιάζεται σε σχέση με το πρώτο έμφραγμα τόσο εντός του πρώτου έτους με 20%, όσο κι έπειτα, με 10% για κάθε έτος έκτοτε.¹⁵ Η θεραπεία με α.μ.ε.α., β αναστολείς, στατίνες, αναστολείς υποδοχέων αγγειοτενσίνης, και

ασπιρίνη (η οποία, πέρα από τα καρδιαγγειακά οφέλη της, μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης και τη θνητότητα του καρκίνου¹⁶) δείχνει σημαντική βελτίωση στη θνητότητα.^{17,18,19,20,21}

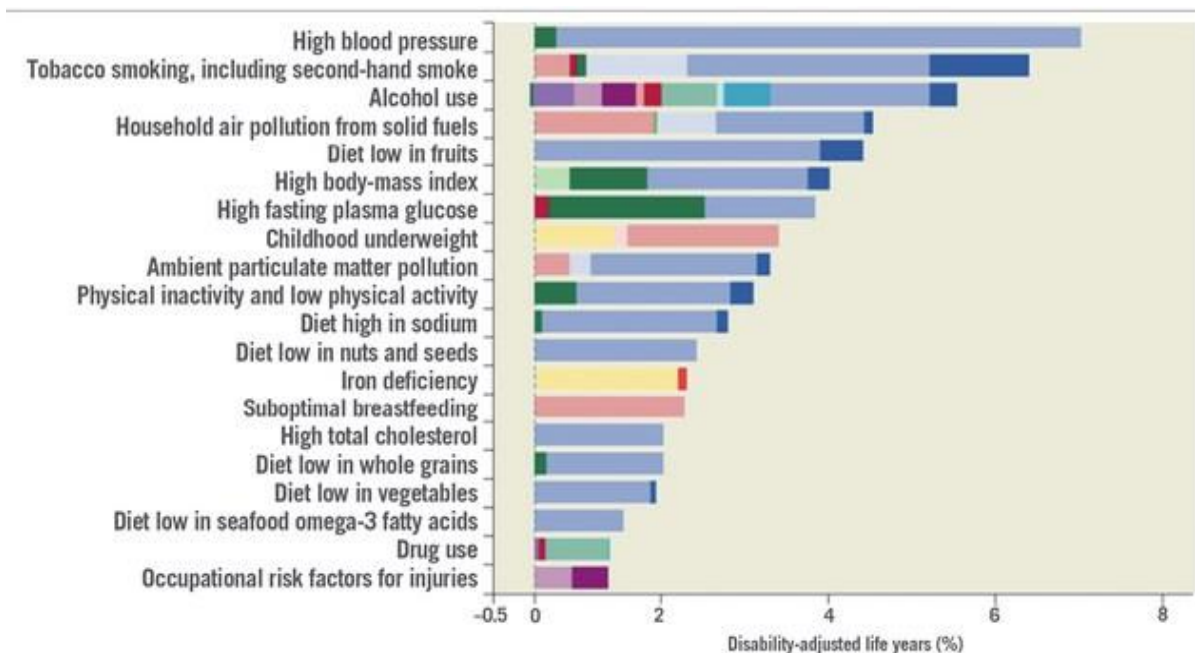
Ωστόσο, η δυσχερής οικονομική κατάσταση στην Ελλάδα ενέχει τον κίνδυνο υποθεραπείας και, συμπερασματικά, αύξηση της νοσηρότητας, της θνητότητας, της απώλειας παραγωγικότητας, και της υποβάθμισης της ποιότητας ζωής τους.

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΑΥΞΗΜΕΝΗ ΠΡΩΤΟΓΕΝΗ ΚΑΙ ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΘΝΗΤΟΤΗΤΑ

Υπέρταση

Φυσιολογική τιμή αρτηριακής πίεσης θεωρείται η μικρότερη από 120/80 mm Hg. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ως αρτηριακή υπέρταση (Α.Υ.) σταδίου 1 ορίζεται η συνήθης τιμή της συστολικής ή/και της διαστολικής πίεσης μεγαλύτερη από 140/90 mm Hg, ενώ ως υπέρταση σταδίου 2 οι τιμές υψηλότερες από 159/99 mm Hg. Τα επίπεδα μεταξύ 120-139/80-89 θεωρούνται προϋπέρταση.²² Η διάγνωση της αρτηριακής υπέρτασης γίνεται με μετρήσεις σε 2-3 επισκέψεις, και με 2 τουλάχιστον μετρήσεις σε κάθε επίσκεψη, έπειτα από τουλάχιστον 5 λεπτά σωματικής και ψυχικής ηρεμίας, με μεσοδιάστημα μεταξύ των μετρήσεων τουλάχιστον 1-2 λεπτών, και με χρήση κατάλληλου μεγέθους περιχειρίδας, τοποθετημένης στη σωστή θέση.²³

Η υπέρταση είναι μια συχνή, αλλά ύπουλη και επικίνδυνη νόσος, καθώς συνήθως δεν προκαλεί συμπτώματα για πολλά χρόνια, με αποτέλεσμα να μη διαγιγνώσκεται και να μη θεραπεύεται. Ακόμα, όμως, και αν διαγνωστεί, η ασυμπτωματική της φύση οδηγεί σε μειωμένη συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή και τη διαιτητική αντιμετώπιση. Καθώς συχνά παραμένει χωρίς διάγνωση και θεραπεία για μεγάλα χρονικά διαστήματα ενώ αποτελεί παράγοντα κινδύνου για νοσήματα με υψηλή νοσηρότητα και θνητότητα όπως είναι η στεφανιαία νόσος, η καρδιακή ανεπάρκεια, και το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, είναι σημαντική αιτία μείωσης του προσδόκιμου ζωής και αύξησης των δαπανών υγείας τόσο άμεσα, όσο και έμμεσα.²⁴



Εικόνα 1. Νοσηρότητα αποδιδόμενη στους σημαντικότερους 20 παράγοντες κινδύνου ως ποσοστό των παγκόσμιων, σταθμισμένων για αναπηρία ετών ζωής (DALY) το 2010. Πηγή: <http://www.thelancet.com/action/showFullTextImages?pii=S0140-6736%2812%2961766-8>

Από τη μέση ηλικία κι έπειτα, τα επίπεδα της αρτηριακής πίεσης φαίνεται πως σχετίζονται άμεσα και ισχυρά με τη θνητότητα. Παθολογικά υψηλά επίπεδα της είναι ιδιαίτερα συχνά ειδικά στα άτομα άνω των 60 ετών, με το 65% των ανθρώπων αυτής της ηλικίας στις ΗΠΑ να πάσχουν, και τα αντιυπερταστικά να είναι τα πιο συχνά συνταγογραφούμενα φάρμακα στα άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών. Ακόμα και από τα άτομα που είναι υπό θεραπεία, δεν είναι λίγοι εκείνοι που δεν καταφέρνουν να φέρουν την αρτηριακή τους πίεση εντός φυσιολογικών ορίων. Μόνο το 31% επιτυγχάνει επίπεδα μικρότερα των 140/90 mm Hg.²²

Συνολικά, το 25% του πληθυσμού της Γης αναπτύσσει αρτηριακή υπέρταση, ενώ ως το 2025 προβλέπεται ότι 1,5 δις άνθρωποι θα προβληθούν. Το κόστος, έμμεσο και άμεσο άγγιξε τα 67 δις δολάρια στις ΗΠΑ. Στην Ελλάδα η επίπτωσή της κυμαίνεται μεταξύ 28 και 38%, ανάλογα με την ηλικία, ενώ ο έλεγχός της είναι φτωχός (15-30%). Η αρτηριακή υπέρταση συχνά συνοδεύεται με άλλους παράγοντες κινδύνου, συχνότερα υπερλιπιδαιμία, κοιλιακή παχυσαρκία, μεταβολικό σύνδρομο, ενώ το 30% των ασθενών είναι και καπνιστές. Εικόνα 1. Ο καρδιαγγειακός κίνδυνος επί ύπαρξης συννοσηροτήτων είναι αρκετά υψηλότερος

από το άθροισμα του σχετικού κινδύνου των μεμονωμένων διαταραχών. 38% εξ αυτών εμφανίζει υπερτροφία της αριστερής κοιλίας ως δομική αλλαγή λόγω των αυξημένων πιέσεων, ενώ βλάβες εμφανίζονται στον εγκέφαλο, τους νεφρούς, και τις αρτηρίες, οδηγώντας σε αυξημένη θνητότητα και νοσηρότητα. Η διάταση του αριστερού κόλπου συνέπεια Α.Υ. σχετίζεται με αρρυθμίες, ιδιαίτερα κολπική μαρμαρυγή, ενώ τόσο η επίδραση στην εξέλιξη της αθηρωματικής νόσου, όσο και η διαταραχή του ισοζυγίου προσφοράς - ζήτησης οξυγόνου, οδηγούν σε μυοκαρδιακή ισχαιμία. Μετά τη στεφανιαία νόσο - της οποίας αποτελεί παράγοντα κινδύνου, η υπέρταση είναι η δεύτερη συχνότερη αιτία εμφάνισης καρδιακής ανεπάρκειας.²³

Ενώ στο γενικό πληθυσμό, όπως αναφέρθηκε, ανευρίσκεται στο 25% των ατόμων, είναι πολύ συχνότερη σε κάποιες υποομάδες ατόμων, ειδικότερα σε διαβητικούς και άτομα με χρόνια νεφρική νόσο, αυξάνοντας τόσο τον καρδιαγγειακό όσο και τον νεφρικό κίνδυνο, και επιταχύνοντας την έκπτωση της λειτουργίας και των 2 συστημάτων. Γι αυτό προτείνεται οι ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη ή νεφρική νόσο να αντιμετωπίζονται φαρμακευτικά όχι σε επίπεδα αρτηριακής πίεσης 140/90, όπως ο γενικός πληθυσμός, αλλά 130/80. Η αυξημένη αρτηριακή πίεση θα μπορούσε να αποτελεί ένδειξη ενδοθηλιακής δυσλειτουργίας, ως αποτέλεσμα μειωμένης ενδοθηλιοεξαρτώμενης αγγειοδιαστολής. Η C αντιδρώσα πρωτεΐνη, που αποτελεί δείκτη φλεγμονής, φαίνεται να σχετίζεται με σκλήρυνση των αρτηριών και αυξημένη πίεση παλμού. Η υπερτροφία της αριστερής κοιλίας σε υπερτασικούς σχετίζεται ισχυρά και ανεξάρτητα με αυξημένη νοσηρότητα και θνητότητα λόγω αρρυθμιών, συμπεριλαμβανομένης της κολπικής μαρμαρυγής, καρδιακής ανεπάρκειας και εγκεφαλικού επεισοδίου.²⁵

Η μείωση του σωματικού βάρους μειώνει τα επίπεδα της αρτηριακής πίεσης αναλόγως με την απώλεια βάρους που επιτεύχθηκε. Παρακολούθηση 181 ατόμων για 7 χρόνια έδειξε πως ακόμα και αν μετά την απώλεια επανέλθουν στο ίδιο βάρος, τα άτομα αυτά έχουν μικρότερη πιθανότητα εμφάνισης υπέρτασης σε σχέση με άτομα που δεν το έχασαν ποτέ.²²

Η φυσική δραστηριότητα προσφέρει προστασία από την ανάπτυξη ΑΥ σε άτομα με φυσιολογική αρτηριακή πίεση, ενώ τα άτομα με καθιστική ζωή παρουσιάζουν 20-50% μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισής της.²³ Η άσκηση, ειδικά όταν προστίθεται σε πρόγραμμα μείωσης του σωματικού βάρους, επιταχύνει τη μείωση τόσο του πρώτου όσο και της αρτηριακής πίεσης.

Η αύξηση της κατανάλωσης λαχανικών και φρούτων και η μείωση του άλατος μειώνουν την πίεση, ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να καταστήσουν τη φαρμακευτική θεραπεία περιττή και τον ασθενή νορμοτασικό.²²

Η υπέρταση σε ασθενείς με ιστορικό στεφανιαίου συνδρόμου σχετίζεται με υψηλότερη νοσηρότητα και θνητότητα τόσο βραχυπρόθεσμα όσο και μακροπρόθεσμα, ειδικά επι συνύπαρξης δυσλειτουργίας της αριστερής κοιλίας ή/και καρδιακής ανεπάρκειας. Χρειάζεται, ωστόσο, προσοχή στη μείωση ειδικά της διαστολικής αρτηριακής πίεσης, λόγω της πιθανότητας ανεπαρκούς στεφανιαίας αιματικής ροής, που θα μπορούσε να οδηγήσει σε νέο ισχαιμικό επεισόδιο.²⁶

Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες δευτερογενούς πρόληψης της ΑΗΑ, στόχος είναι η αρτηριακή πίεση να είναι μικρότερη από 140/90mmHg, και μικρότερη από 130/80 mmHg εάν ο ασθενής πάσχει από σακχαρώδη διαβήτη ή/και νεφρική βλάβη. Η θεραπεία ξεκινά αρχικά με β-αναστολείς ή/και αναστολείς μετατρεπτικού ενζύμου αγγειοτενσίνης, με την προσθήκη και άλλων φαρμάκων, εφ όσον χρειαστεί.²⁷

Δυσλιπιδαιμία

Η διάγνωση της δυσλιπιδαιμίας γίνεται όταν στο περιφερικό αίμα ανιχνεύονται επίπεδα ολικής χοληστερόλης >200mg/dl, LDL χοληστερόλης >100mg/dl, HDL χοληστερόλης <40mg/dl, και, έπειτα από 12ώρη νηστεία, τριγλυκεριδίων >150mg/dl.²⁸ Εικόνα 2.

Η χοληστερόλη διατελεί κεντρικό ρόλο στην εμφάνιση και εξέλιξη της αθηρωμάτωσης. Χώρες όπου, ακόμα κι όταν συνυπάρχουν άλλοι παράγοντες κινδύνου, όπως υπέρταση, κάπνισμα, και σακχαρώδης διαβήτης, έχουν μειωμένα επίπεδα χοληστερόλης στον πληθυσμό, παρουσιάζουν χαμηλότερο κίνδυνο καρδιαγγειακών νοσημάτων. Μείωση κατά 10% των επιπέδων της χοληστερόλης οδηγεί σε διπλάσια (20%) μείωση της στεφανιαίας θνησιμότητας, ενώ κύριος στόχος της θεραπευτικής παρέμβασης είναι η μείωση της LDL. Όταν έχει προηγηθεί οξύ στεφανιαίο σύνδρομο, η επιθυμητή LDL είναι κάτω από 70 mg/dl. Στην Ελλάδα, το 50% του ενήλικου πληθυσμού έχει επίπεδα ολικής χοληστερόλης άνω των 200 mg/dl.

ATP III Classification of LDL, Total, and HDL Cholesterol (mg/dL)

LDL Cholesterol – Primary Target of Therapy

<100	Optimal
100-129	Near optimal/above optimal
130-159	Borderline high
160-189	High
≥190	Very high

Total Cholesterol

<200	Desirable
200-239	Borderline high
≥240	High

HDL Cholesterol

<40	Low
≥60	High

ATP III Classification of Serum Triglycerides (mg/dL)

<150	Normal
150-199	Borderline high
200-499	High
≥500	Very high

Εικόνα 2. Ταξινόμηση επιπέδων Ολικής, LDL, HDL χοληστερόλης και τριγλυκεριδίων. Πηγή: <https://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/guidelines/atglance.pdf>

Οι αυξημένες τιμές τριγλυκεριδίων φαίνεται πως είναι ανεξάρτητος παράγοντας κινδύνου για στεφανιαία νόσο, ενώ συνήθως τα επίπεδά τους έχουν αντίστροφη σχέση με τα επίπεδα της καρδιοπροστατευτικής HDL χοληστερόλης.²⁸

Η Heart Protection Study έδειξε πως οι στατίνες μειώνουν τον κίνδυνο στεφανιαίων συμβαμάτων και εγκεφαλικών επεισοδίων, ακόμα και σε ασθενείς στους οποίους προϋπήρχε αγγειακή νόσος, ενώ μεγαλύτερη βελτίωση σχετίζεται με επιθετική αγωγή μείωσης της LDL.²⁹

Σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη, στη μεταανάλυση Cholesterol Treatment Trialists η χορήγηση στατίνης φαίνεται να μειώνει τον κίνδυνο καρδιαγγειακού συμβάματος και την ολική θνητότητα κατά 21% και 9% αντίστοιχα. Οι μελέτες REVERSAL και ASTEROID χρησιμοποίησαν τη μέθοδο της ενδαγγειακής υπερηχογραφίας για να μελετήσουν την επίπτωση της θεραπείας μείωσης των επιπέδων των λιπιδίων στον όγκο της αθηρωματικής πλάκας, βρίσκοντας στατιστικά σημαντική τη μείωσή της.³⁰

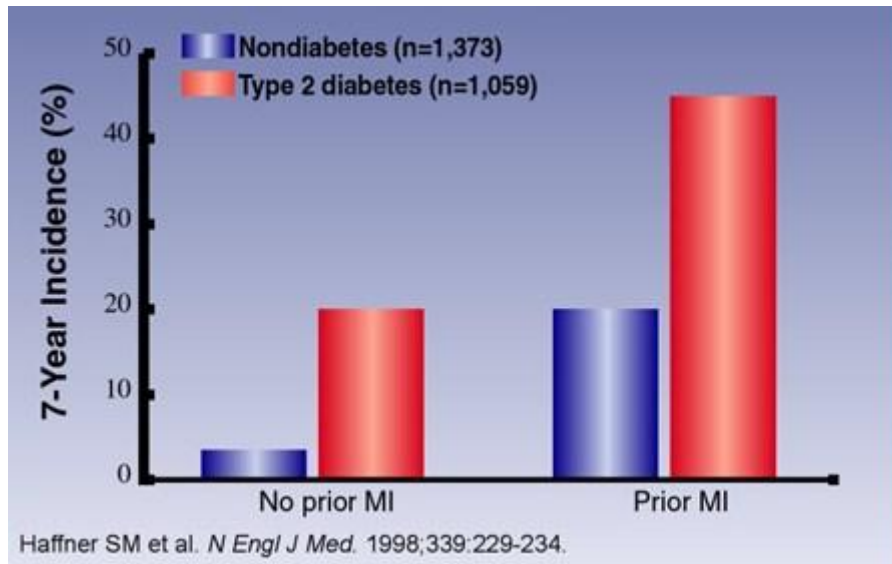
Οι θεραπευτικές παρεμβάσεις για τη μείωση της LDL σε ασθενείς με αγγειακή αθηροσκληρωτική νόσο ή με υψηλό κίνδυνο ανάπτυξής της, είναι αποτελεσματικές στη μείωση της καρδιαγγειακής και της ολικής θνητότητας ακόμα κι όταν η ολική χοληστερόλη βρίσκεται σε φυσιολογικά επίπεδα.³¹

Η άσκηση, αν και δεν παρουσιάζει σταθερά αποτελέσματα στα επίπεδα της LDL, έχειδειχθεί πως η αυξάνει τα επίπεδα της HDL κατά 8% ως 23%, ενώ τα τριγλυκερίδια μειώνονται σε διάστημα 1-2 ετών κατά 3-21%.³²

Για τη δευτερογενή πρόληψη, η LDL χοληστερόλη πρέπει να είναι <100mg/dl, και σε ασθενείς πολύ υψηλού κινδύνου, <70mg/dl. Προτείνονται αλλαγές τρόπου ζωής σε όλους τους ασθενείς. Τα κορεσμένα λιπαρά θα πρέπει να αποτελούν <7% των συνολικών θερμίδων, τα trans λιπαρά οξέα <1% των θερμίδων, και η χοληστερόλη <200mg ημερησίως. Επιπροσθέτως της διαιτητικής θεραπείας, θα πρέπει να συνταγογραφείται στατίνη επί απουσίας αντενδείξεων. Εάν τα τριγλυκερίδια είναι >200mg/dl, η τιμή LDL χοληστερόλη θα πρέπει να είναι μικρότερη από 130mg/dl, και μικρότερη από 100mg/dl για τους πολύ υψηλού κινδύνου ασθενείς.²⁷

Σακχαρώδης διαβήτης

Στις ΗΠΑ, η 7η αιτία θανάτου είναι ο σακχαρώδης διαβήτης (Σ.Δ.), κυρίως λόγω της έκτασης της καρδιαγγειακής νόσου σε αυτή την πληθυσμιακή ομάδα.³³ Στην αθηρωμάτωση οφείλεται το 80% των θανάτων των διαβητικών ασθενών, τη στιγμή που το αντίστοιχο ποσοστό στα άτομα χωρίς διαβήτη είναι 30%, ενώ παίζει εξ ίσου σημαντικό ρόλο και στη νοσηρότητα τους, καθώς σε αυτή αποδίδεται το 75% των νοσηλειών λόγω επιπλοκών του Σ.Δ.. Ανεξάρτητα από τη διάρκειά του, η στεφανιαία νόσος σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη αποτελεί την κύρια αιτία θανάτου,³⁴ καθώς παρουσιάζουν διπλάσιο ως τετραπλάσιο κίνδυνο εμφράγματος του μυοκαρδίου, παρόμοιο με ανθρώπους που έχουν ιστορικό εμφράγματος. Εικόνα 3. Επιπλέον, η θνητότητά τους μετά το πρώτο Ο.Ε.Μ. είναι παρόμοια με εκείνη των μη διαβητικών που είχαν υποστεί δεύτερο έμφραγμα, και 2 φορές χειρότερη σε σχέση με εκείνους που πάθαιναν έμφραγμα για πρώτη φορά αλλά δεν έπασχαν από σακχαρώδη διαβήτη. Επίσης, αυξάνεται η πιθανότητα ανάπτυξης χρόνιας καρδιακής ανεπάρκειας.^{33,35}



Εικόνα 3. Διαφορές στην επίπτωση εμφράγματος του μυοκαρδίου μεταξύ μη διαβητικών και πασχόντων από διαβήτη τύπου 2. Πηγή: <http://www.medscape.org/viewarticle/496745>

Λόγω της σιωπηλής ισχαιμίας η οποία σχετίζεται με τον διαβήτη, κατά τη διάγνωση περίπου 20% των νοσούντων έχουν αναπτύξει στεφανιαία νόσο³⁶ ή έχουν ήδη υποστεί έμφραγμα χωρίς να το αντιληφθούν. Πριν καν εμφανιστεί - πόσο μάλλον διαγνωστεί- υπεργλυκαιμία, η μακροχρόνια αντίσταση στην ινσουλίνη μπορεί να οδηγήσει σε αθηρογένεση.³³ Ο Σ.Δ. αυξάνει τη θνησιμότητα ενός αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου, η οποία στους διαβητικούς είναι τριπλάσια σε σχέση με τους μη διαβητικούς, και σοβαρή εγκεφαλική βλάβη από καρωτιδικά έμβολα είναι πιθανή, όταν σε ασθενή χωρίς Σ.Δ. θα προξενούσε παροδικό αγγειακό εγκεφαλικό.³⁴

Στις ΗΠΑ υπάρχουν πάνω από 10 εκατομμύρια ασθενείς με διαγνωσμένο σακχαρώδη διαβήτη, και υπολογίζεται πως άλλα 5 εκατομμύρια πάσχουν χωρίς να το γνωρίζουν. Ο σχετικός κίνδυνος θανάτου λόγω στεφανιαίας νόσου είναι σχεδόν 2,6 στους άνδρες και 1,9 στις γυναίκες, ενώ η επίπτωση άλλων παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου σε διαβητικά άτομα στην καρδιαγγειακή νοσηρότητα και θνητότητα είναι πάνω από 50% αυξημένη σε σχέση με τους μη διαβητικούς ασθενείς. Ως αποτέλεσμα της σημαντικής θνητότητας και νοσηρότητας που σχετίζεται με τον σακχαρώδη διαβήτη, υπολογίζεται πως το προσδόκιμο ζωής ανδρών και γυναικών μειώνεται κατά 9 και 7 περίπου χρόνια, αντίστοιχα.³³

Η προστατευτική δράση των οιστρογόνων στις προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες φαίνεται να χάνεται,³⁷ καθώς, ενώ στους άνδρες ο κίνδυνος καρδιαγγειακής νόσου είναι 2-4 φορές μεγαλύτερος, στις γυναίκες αυξάνεται από 3 έως και 7 φορές.³⁸

Ο βαθμός της υπεργλυκαιμίας φαίνεται να σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο για στεφανιαία νόσο και καρδιαγγειακά συμβάματα.³⁹

Ακόμα και αν τα επίπεδα της LDL χοληστερόλης σε ασθενείς με Σ.Δ. είναι εντός των φυσιολογικών ορίων, η αθηρογόνος της ιδιότητα είναι αυξημένη³⁴. Θα πρέπει γι αυτόν τον λόγο να διατηρείται χαμηλότερα από 100, ή και 70 mg/dl, εφ όσον κριθεί απαραίτητο.³³

Οι ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη βρίσκονται σε μια προθρομβωτική κατάσταση, καθώς η νόσος προκαλεί αύξηση της συσσώρευσης των αιμοπεταλίων, έχοντας ως αποτέλεσμα τη μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης συμβαμάτων καρδιαγγειακής αιτιολογίας, ενώ υπάρχει συσχέτιση της αντίστασης στην ινσουλίνη με αυξημένα επίπεδα του παράγοντα von Willebrand, ο οποίος σχετίζεται με αυξημένες αγγειακές επιπλοκές, ενώ στις επιπλοκές του σακχαρώδη διαβήτη φαίνεται να παίζει ρόλο η ενδοθηλιακή δυσλειτουργία. Αυξάνεται επίσης το οξειδωτικό στρες, το ινωδογόνο -και αυτό προγνωστικός δείκτης επιπλοκών από το καρδιαγγειακό σύστημα, και οι παράγοντες V, VII, XI, XII, και μειώνεται η δράση της αντιθρομβίνης III.^{33,34}

Οι διαβητικοί έχουν διπλάσιο κίνδυνο εμφάνισης αρτηριακής υπέρτασης σε σχέση με τους μη διαβητικούς.³³

Μετά την τοποθέτηση stent, η ανάγκη για νέα επέμβαση επαναγγείωσης είναι υψηλότερη στους πάσχοντες από σακχαρώδη διαβήτη, με 17,2% σε αυτούς έναντι 10,1% στους μη διαβητικούς ασθενείς.⁴⁰ Ακόμα και άτομα με Σ.Δ. χωρίς κλινικά εκδηλωμένη στεφανιαία νόσο, φάνηκε σε νεκροτομές πως το 79% των ανδρών και το 70% των γυναικών ότι είχαν στένωση σημαντικού βαθμού.⁴¹

Η φυσική δραστηριότητα και η διαίτα παραμένουν θεμελιώδεις στην αντιμετώπιση ασθενών με τύπου II Σ.Δ. Μελέτη σε Αβορίγινες με σακχαρώδη διαβήτη έδειξε ότι η υιοθέτηση των παραδοσιακών τρόπων ζωής της φυλής για διάστημα 7 εβδομάδων βελτίωσε την ανοχή στη γλυκόζη, τα επίπεδα των τριγλυκεριδίων, την αρτηριακή πίεση, μείωσε σημαντικά την τιμή της γλυκόζης νηστείας, και το βάρος τους. Άλλες μελέτες έχουν δείξει πως ακόμα και χωρίς μείωση του βάρους, η φυσική δραστηριότητα βελτιώνει την ανοχή στη γλυκόζη,

ενώ οι Wing et al χώρισαν διαβητικούς σε 2 ομάδες. Στην πρώτη ακολουθούσαν μόνο ειδική διατροφή, ενώ στη δεύτερη ακολουθούσαν την ίδια διατροφή με την πρώτη ομάδα και παράλληλα περπατούσαν 3-4 φορές/εβδομάδα για σχεδόν 5 χιλιόμετρα (3 μίλια). Παρόλο που η βελτίωση του γλυκαιμικού ελέγχου ήταν παρόμοια στις 2 ομάδες, η βελτίωση των επιπέδων της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης συσχετίστηκε με τα επίπεδα της σωματικής δραστηριότητας. Παρόμοια ευρήματα υπάρχουν και σε άτομα υψηλού κινδύνου για εμφάνιση σακχαρώδους διαβήτη. Οδηγίες διατροφής, μείωσης βάρους, και σωματικής δραστηριότητας σε παχύσαρκα άτομα με διαταραγμένη ανοχή στη γλυκόζη είχαν ως αποτέλεσμα τη μείωση της επίπτωσής του κατά 58%.^{33,42}

Η άσκηση βελτιώνει την ευαισθησία στην ινσουλίνη για έως 60 ώρες, και επανέρχεται στα προ της άσκησης επίπεδα έπειτα από 3-5 μέρες. Όμως, η τακτική μέτριας έντασης άσκηση μπορεί να παρατείνει τη δράση αυτών των μηχανισμών ακόμα περισσότερο. Επιφέρει, επίσης, αλλαγές στους παθολογικούς μηχανισμούς της πήξης που σχετίζονται με τον Σ.Δ.⁴³

Το κάπνισμα θα πρέπει να διακόπτεται εντελώς, και η LDL χοληστερόλη να είναι μικρότερη από 130 mg/dl. Η HDL χοληστερόλη θα πρέπει να είναι υψηλότερη από 40 mg/dl, χωρίς να έχει οριστεί ανώτατο όριο. Για την αντιμετώπιση της προθρομβωτικής κατάστασης που επικρατεί στον ασθενή με σακχαρώδη διαβήτη προτείνεται η καθημερινή λήψη ασπιρίνης. Η αρτηριακή πίεση δεν πρέπει να είναι υψηλότερη από 130/80 mm Hg. Η γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη θα πρέπει να είναι λιγότερη από 7% και να υιοθετείται κατάλληλη διατροφή, ενώ αν ο ασθενής είναι υπέρβαρος ή παχύσαρκος, συνιστάται απώλεια 10% του βάρους του σε διάστημα ενός έτους.³³

Για τη δευτερογενή πρόληψη συνιστώνται αλλαγές στον τρόπο ζωής σε όλους τους ασθενείς με Σ.Δ., συμπεριλαμβανομένης της σωματικής δραστηριότητας καθημερινά, τον έλεγχο του βάρους, των τιμών των λιπιδίων, και της αρτηριακής πίεσης. Η μετφορμίνη, εφ' όσον δεν αντενδείκνυται, είναι θεραπεία πρώτης εκλογής. Θα πρέπει να εξετάζεται η μείωση της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης σε ποσοστό μικρότερο ή ίσο του 7. Η ΑΗΑ όμως προτείνει ότι ίσως χρειάζονται λιγότερο αυστηρό έλεγχο οι ασθενείς με «ιστορικό σοβαρής υπογλυκαιμίας, περιορισμένο προσδόκιμο επιβίωσης, προχωρημένες μικροαγγειακές ή μακροαγγειακές επιπλοκές ή εκτεταμένες συννοσηρότητες, ή

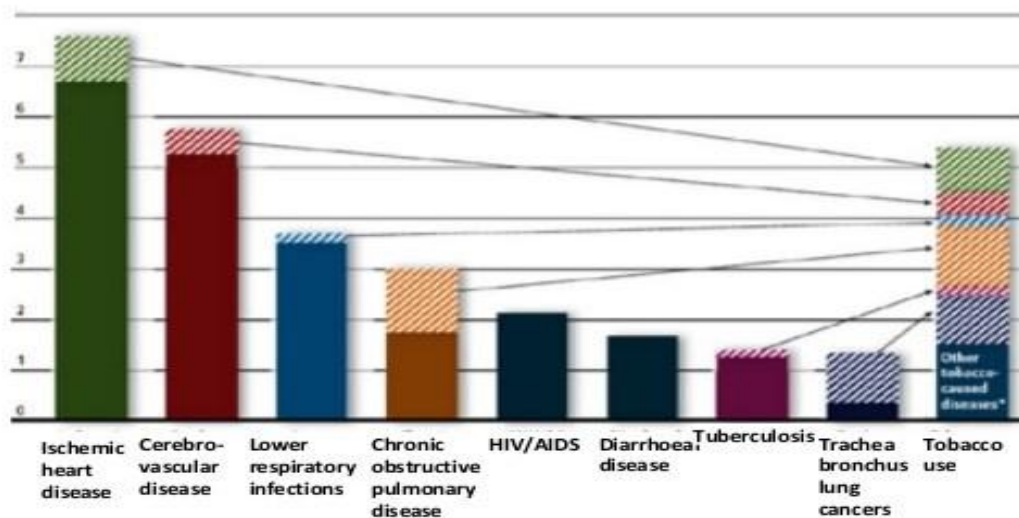
εκείνους που δυσκολεύονται να επιτύχουν το στόχο παρά τις εντατικές θεραπευτικές παρεμβάσεις». ²⁷

Κάπνισμα

Αποτελεί τη σημαντικότερη, μετά την ηλικία, αιτία καρδιαγγειακής θνησιμότητας, καθώς του αποδίδεται το 64% και το 60% των θανάτων από καρδιαγγειακή νόσο σε άνδρες και γυναίκες αντίστοιχα. ⁴⁴

Είναι, επίσης, ίσως η σπουδαιότερη προλαμβανόμενη αιτία πρόωρου θανάτου, και υπολογίζεται πως ευθύνεται για το 30% των θανάτων από καρκίνο, ειδικά των πνευμόνων, και το 80% εκείνων από Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια. ⁴⁵ Το κάπνισμα αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο εμφάνισης στεφανιαίας νόσου, αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου, περιφερικής αγγειοπάθειας, ανευρύσματος αορτής, τριπλασιάζει τον κίνδυνο για οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, διπλασιάζει τον κίνδυνο αιφνίδιου καρδιακού θανάτου, ενώ εμπλέκεται στην ανάπτυξη υπέρτασης και μειώνει τον ουδό πρόκλησης κοιλιακής αρρυθμίας. Σε συνδυασμό με άλλους παράγοντες κινδύνου, μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο εμφράγματος ως και 20 φορές. Σε προϋπάρχον έμφραγμα, το κάπνισμα αυξάνει τον κίνδυνο εκ νέου εμφράγματος ή και θανάτου κατά 22-47% σε σχέση με τους μη καπνίζοντες εμφραγματίες. ⁴⁶ Επίσης, αυξάνεται ο κίνδυνος ισχαιμίας μετά από αορτοστεφανιαία παράκαμψη, ο κίνδυνος επαναστένωσης μετά από Ο.Ε.Μ, ο κίνδυνος στένωσης νεφρικής αρτηρίας, και το παθητικό κάπνισμα αυξάνει τον κίνδυνο καρδιακής νόσου κατά 30%. ⁴⁷ Εικόνα 4.

Tobacco is a risk factor for six of the eight leading causes of deaths in the world



Εικόνα 4. Ο καπνός αποτελεί παράγοντα κινδύνου για 6 εκ των 8 πρώτων αιτιών θανάτου παγκοσμίως.

Πηγή: http://www.who.int/nmh/publications/fact_sheet_tobacco_en.pdf

Το κάπνισμα προκαλεί ενεργοποίηση των αιμοπεταλίων (προθρομβωτική κατάσταση) σχεδόν ίδιας έντασης σε ενεργητικούς και παθητικούς καπνιστές με πολλαπλούς μηχανισμούς: την ενδοθηλιακή δυσλειτουργία, τη μείωση της παραγωγής NO από τα αιμοπετάλια, το οξειδωτικό στρες, την αυξημένη θρομβοξάνη ινωδογόνο, που διαρκεί ως 2 βδομάδες μετά τη διακοπή του. Αυξάνεται η LDL, η οποία γίνεται πιο αθηρογόνος, και μειώνεται η HDL. Η αύξηση της επινεφρίνης και της νορεπινεφρίνης προκαλεί αύξηση της αρτηριακής πίεσης, της καρδιακής συχνότητας και συσταλτικότητας με αποτέλεσμα την αύξηση των μυοκαρδιακών απαιτήσεων σε οξυγόνο, ενώ παράλληλα μειώνεται το προσφερόμενο οξυγόνο λόγω δέσμευσης της αιμοσφαιρίνης. Σε μελέτη που μετρήθηκε η CFVR πριν και μετά την έκθεση σε καπνό υγιών ατόμων, καπνιστών και μη καπνιστών, οι μη καπνιστές, οι οποίοι είχαν καλύτερη ενδοθηλιακή λειτουργία πριν την έκθεση, παρουσίασαν επιδείνωση, ενώ οι καπνιστές όχι. Ωστόσο η ενδοθηλιακή λειτουργία των δύο ομάδων μετά την έκθεση ήταν ίδια, οδηγώντας στο συμπέρασμα πως η επίπτωση του καπνού στην ενδοθηλιακή λειτουργία των καπνιστών είναι ήδη κορεσμένη. Το ενδοθήλιο αναρρώνει εν μέρει σε 1 χρόνο από τη διακοπή.⁴⁷

Στην Ελλάδα το 2008, όχι μόνο το ποσοστό του πληθυσμού άνω των 15 ετών που καπνίζει αγγίζει το 32%, το υψηλότερο στην Ευρώπη, αλλά επιπλέον η πλειοψηφία αυτών αποτελεί βαρείς καπνιστές, με κατανάλωση περισσότερων από 20 τσιγάρων ημερησίως. Ο ένας στους πέντε ενήλικες στην Ελλάδα εμπίπτει σε αυτή την κατηγορία.⁴⁸ Ενώ γενικά, το κάπνισμα τριπλασιάζει τον κίνδυνο εμφράγματος, η υποκατηγορία των βαρέως καπνιζόντων φαίνεται να είναι σε πάνω από 5 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο, σε σχέση με τους μη καπνιστές.⁴⁶

Σύμφωνα με νεότερα δεδομένα του 2015, το 40% των ατόμων ηλικίας >15 ετών είναι ενεργοί καπνιστές.⁴⁹

Το 16% των θανάτων σε άτομα ηλικίας άνω των 30 στην Ευρώπη αποδίδεται στο κάπνισμα, όταν ο παγκόσμιος μέσος όρος είναι 12%.⁵⁰ Υπολογίζεται ότι, παγκοσμίως, το 2020 ο αριθμός των θανάτων οφειλόμενων στο κάπνισμα, θα φτάνει τα 10 εκατομμύρια.⁴⁶

Όσον αφορά την Ελλάδα, υπολογίζεται ότι από τους 105,619 θανάτους το χρόνο σε άτομα άνω των 35 ετών, το 18,1% αποδίδεται στο κάπνισμα, δηλαδή 19,094 θάνατοι ετησίως λόγω σχετιζόμενων με το κάπνισμα ασθενειών. Υπάρχουν διαφορές μεταξύ των φύλων, οι θάνατοι αυτοί αποτελούν το 28% στους άνδρες και το 8% στις γυναίκες. Το ποσοστό στις γυναίκες φαίνεται συγκριτικά μικρό, η αύξηση, όμως, των καπνιζόντων γυναικών μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα ραγδαία αύξηση των θανάτων αυτών.⁵¹

Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες της ΑΗΑ, οι ασθενείς με προϋπάρχουσα στεφανιαία νόσο πρέπει να διακόπτουν εντελώς τη χρήση καπνού, συμπεριλαμβανομένου του παθητικού καπνίσματος. Κατά την παρακολούθησή του, κάθε ασθενής θα πρέπει να ερωτάται για τις καπνιστικές συνήθειές του, να του συνίσταται διακοπή και να του παρέχεται βοήθεια στη διαδικασία αυτή.²⁷ Εάν διακοπεί το κάπνισμα, οι πρώην καπνιστές μειώνουν κατά 50% τον κίνδυνο για στεφανιαία επεισόδια σε σχέση με όσους συνεχίζουν να καπνίζουν. Αυτή η μείωση εξομαλύνεται σταδιακά, με αποτέλεσμα σταδιακά, σε διάστημα 3-5 ετών, να έχουν καρδιαγγειακό κίνδυνο ίδιο με εκείνους που δεν κάπνιζαν ποτέ.³⁸ Η διακοπή του καπνίσματος σε μετεμφραγματικούς ασθενείς μειώνει τη θνησιμότητα ένα χρόνο μετά το συμβάν από το 10 στο 5%, ενώ η επανέμφραξη μειώνεται από το 18% στο 9%.³² Έχει ιδιαίτερη σημασία και για τους καπνιστές πάσχοντες από καρδιακή ανεπάρκεια, καθώς παρατηρείται μείωση θνητότητας κατά 30%, συγκρίσιμη ή και καλύτερη από τη βελτίωση που

σημειώνεται με τη χορήγηση β-αναστολέων ή αναστολέων του μετατρεπτικού ενζύμου της αγγειοτασίνης.⁴⁷ Μειώνεται επίσης ο κίνδυνος αγγειακών εγκεφαλικών, και κατά 50% ο κίνδυνος δημιουργίας ανευρύσματος κοιλιακής αορτής.⁴⁶

Για τη δευτερογενή πρόληψη μετά από ένα Ο.Σ.Σ., εκτός των φαρμακολογικών παρεμβάσεων, τα μέτρα αλλαγής του τρόπου ζωής όπως η διακοπή του καπνίσματος, η υιοθέτηση καλύτερης διατροφής, και η προτροπή για αύξηση της σωματικής δραστηριότητας κατά το δυνατό, συμβάλλουν σημαντικά στη μείωση της καρδιαγγειακής θνησιμότητας. Στεφανιαίοι ασθενείς που διακόπτουν το κάπνισμα φαίνεται να μειώνουν άμεσα τον κίνδυνο τόσο ενός επόμενου στεφανιαίου επεισοδίου όσο και θανάτου. Ο αυξημένος κίνδυνος παρουσίασης εγκεφαλικού επεισοδίου σε πρώην καπνιστές μειώνεται, και 2-4 χρόνια μετά τη διακοπή του καπνίσματος σχεδόν εξαφανίζεται.⁵²

Σωματική δραστηριότητα

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, το 20% των περιπτώσεων στεφανιαίας νόσου, το 15% του διαβήτη και κάποιων καρκίνων, καθώς και το 10% των εγκεφαλικών οφείλεται στην έλλειψη σωματικής δραστηριότητας.⁵³ Παγκοσμίως, το 60% του πληθυσμού δεν ασκείται επαρκώς. Οι μη σωματικά δραστήριοι άνθρωποι έχουν σχετικό κίνδυνο για στεφανιαία νόσο 1,5 έως 2,4, εφάμιλλο με αυτόν του καπνίσματος, της υπέρτασης, και της υπερχοληστερολαιμίας.¹³ Στις ΗΠΑ, 250.000 θάνατοι ετησίως ήτοι το 12%, αποδίδεται στην ελλιπή φυσική δραστηριότητα.⁵⁴

Αντίθετα, η ένταξη της άσκησης στην καθημερινότητα προκαλεί μείωση Σ.Δ., της υπέρτασης, των καρδιαγγειακών νοσημάτων, και του θανάτου από οποιαδήποτε αιτιολογία.⁵⁵

Προσωρινά κατά την άσκηση ο κίνδυνος για εμφάνιση Ο.Ε.Μ. και αιφνιδίου θανάτου είναι αυξημένος, ωστόσο η τακτική δραστηριότητα προκαλεί μείωση του συνολικού κινδύνου που αντισταθμίζει το γεγονός αυτό.⁵⁶ Μεγαλύτερο όφελος εμφανίζουν εκείνοι που ξεκινούν μέτριας έντασης άσκηση από προηγούμενη καθιστική ζωή. Αυτή η ένταση φαίνεται πως προκαλεί περισσότερες ευεργετικές επιδράσεις στην καρδιαγγειακή θνησιμότητα σε σχέση με την έντονη. Η ένταση της άσκησης σχετίζεται με τους θανάτους, καρδιαγγειακής ή άλλης αιτιολογίας, και ειδικότερα στα επίπεδα μεταξύ 700 και 2000 θερμίδων ανά εβδομάδα.³⁵

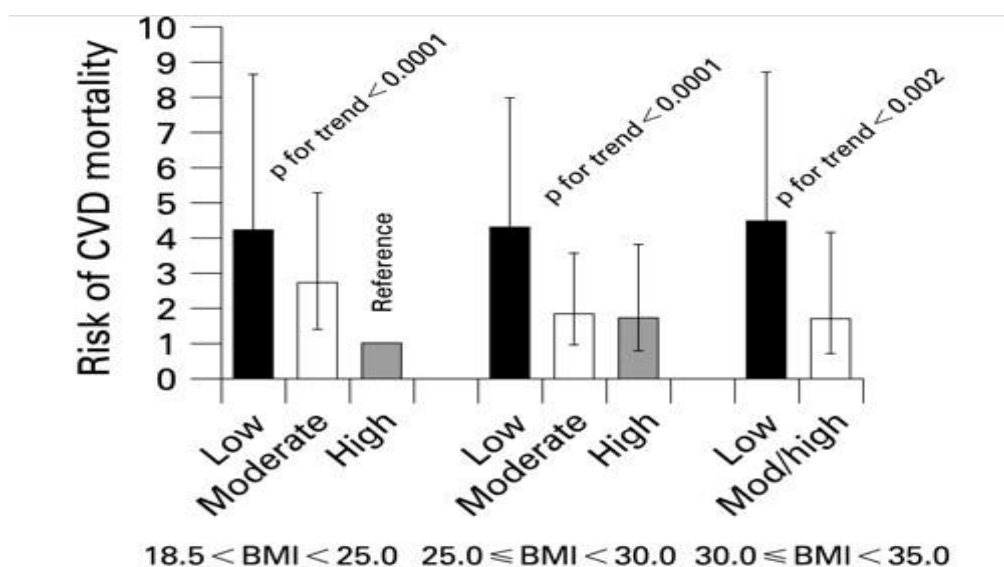
Η βελτίωση της φυσικής κατάστασης έχει ως αποτέλεσμα τις μειωμένες ανάγκες σε O₂, την αύξηση της ηλεκτρικής σταθερότητας και της αποτελεσματικότητας του μυοκαρδίου, την αύξηση της HDL χοληστερόλης με μείωση των τριγλυκεριδίων, του σωματικού βάρους και της αρτηριακής πίεσης, βελτιώνεται η αντίσταση στην ινσουλίνη, η συσσώρευση των αιμοπεταλίων, και η ινωδολύση είναι πιο αποτελεσματική.⁵⁷

Η AHA προτείνει το λιγότερο 30 λεπτά μέτριας φυσικής δραστηριότητας για τουλάχιστον 3 ή 4 μέρες την εβδομάδα σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο, καθώς η καρδιαγγειακή θνησιμότητα μειώνεται κατά 20-25%, όχι όμως και η μη θανατηφόρος επαναθρόμβωση, στην οποία δεν φάνηκαν σημαντικές διαφορές.³⁵

Η οικονομική κρίση της Κούβας ανάγκασε τους πολίτες να μειώσουν το φαγητό, η αύξηση της τιμής των καυσίμων οδήγησε σε μεγαλύτερη χρήση ποδηλάτου και συχνότερο περπάτημα και οι φυσικά δραστήριοι ενήλικες αυξήθηκαν από το 30% στο 67% του πληθυσμού, η δε κατανομή του δείκτη μάζας σώματος (Δ.Μ.Σ.) μειώθηκε κατά 1,5 μονάδα. Έτσι, το διάστημα 1997-2002 οι θάνατοι λόγω σακχαρώδους διαβήτη, στεφανιαίας νόσου, και εγκεφαλικού επεισοδίου μειώθηκαν στη χώρα κατά 51%, 35%, και 20% ⁵⁸

Η αλλαγή του τρόπου ζωής από καθιστικό σε δραστήριο θα μπορούσε να αποτρέψει το 33% του συνολικού καρδιαγγειακού κινδύνου, ενώ σε άτομα που ήδη έχουν διαγνωστεί με ΣΝ, βελτιώνεται τόσο η σωματική λειτουργική ικανότητα, όσο και η ψυχολογική ευεξία, χωρίς όμως να έχει φανεί ανεξάρτητη μεταβολή στα στεφανιαία συμβάματα, θανατηφόρα ή όχι,⁵⁴ αν και ανασκόπηση 51 μελετών καρδιαγγειακής αποκατάστασης έδειξε μείωση στην ολική θνητότητα κατά 27%, και 31% στην καρδιαγγειακή.³²

Παράγοντες κινδύνου που βελτιώνονται είναι: η δυσλιπιδαιμία, η αρτηριακή υπέρταση, η παχυσαρκία, ο σακχαρώδης διαβήτης, η δραστηριότητα του ινωδολυτικού συστήματος, η συγκόλληση των αιμοπεταλίων, οι υπερθρομβωτικές καταστάσεις, τα επίπεδα των κατεχολαμινών, και οι ψυχικές διαταραχές και συμπεριφορές που σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο στεφανιαίας νόσου ⁵⁹



Καρδιαγγειακή θνητότητα σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, ανάλογα με τα επίπεδα σωματικής δραστηριότητάς τους. Παρατηρείται πως οι υπέρβαροι διαβητικοί που ασκούνται μέτρια έχουν 50% μειωμένο κίνδυνο σε σχέση με τους διαβητικούς φυσιολογικού βάρους αλλά μικρότερης δραστηριότητας. Πηγή: <http://bjsm.bmj.com/content/43/1/1.full.html>

Υπολογίζεται ότι 5,6 δις δολάρια θα εξοικονομούνταν ετησίως αν το 10% των ενηλίκων άρχιζε να περπατά τακτικά.⁵⁹ Η εξέλιξη της στεφανιαίας νόσου, και κατά συνέπεια τα καρδιαγγειακά συμβάματα, μπορεί να επιβραδυνθεί ή ακόμη και να αντιστραφεί, όταν συνδυάζεται διατροφή μειωμένων λιπαρών ή/και αντιλιπιδαιμική αγωγή με τη φυσική δραστηριότητα. Σημαντική μείωση της διαμέτρου των στενώσεων όμως παρατηρήθηκε μόνο στους ασθενείς σωματικά δραστήριους για πάνω από 5-6 ώρες/εβδομάδα, ή εβδομαδιαία κατανάλωση μεγαλύτερη των 2500 θερμίδων.⁶⁰

Σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια, η άσκηση βελτιώνει, λίγο αλλά σημαντικά, το κλάσμα εξώθησης και την καρδιομεγαλία, παρατηρείται βελτίωση της ενδοθηλιοεξαρτώμενης αγγειοδιαστολής, μειώνοντας ως εκ τούτου και το μεταφορτίο, με αποτέλεσμα καλύτερη συστολική και συνολική καρδιακή λειτουργία, και την πρώιμη διαστολική πλήρωση της αριστερής κοιλίας. Τα οφέλη της φυσικής δραστηριότητας επεκτείνονται στην αντιστροφή φλεγμονώδους διεργασίας, τη νευροορμονική ενεργοποίηση, και τη βελτίωση χαρακτηριστικών των σκελετικών μυών. Τόσο το ESC όσο και η AHA προτείνουν σωματική άσκηση για σταθερούς ασθενείς σταδίου NYHA II-III, καθώς βελτιώνει κατά 15-25% την ανοχή στη

δραστηριότητα, τα συμπτώματα της νόσου μειώνονται και προσφέρεται στους πάσχοντες καλύτερη ποιότητα ζωής.³²

Είναι ωστόσο πιθανόν η μείωση των πιθανοτήτων για θανατηφόρο επανέμφραγμα να οφείλεται όχι στην άσκηση αυτή καθαυτή, αλλά στα αρχικά χαρακτηριστικά του εμφραγματία, στο γεγονός δηλαδή πως τα άτομα που είναι σωματικά δραστήρια έχουν εξ αρχής ευνοϊκότερο προφίλ παραγόντων κινδύνου και ψυχολογικής κατάστασης. Όμως η βελτίωση της μυϊκής λειτουργίας και αποτελεσματικότητας, όπως και το ότι η πενήνήμερη δραστηριότητα εβδομαδιαίως για 9 τουλάχιστον μήνες φαίνεται να οδηγεί στη μείωση κινδύνου ισχαιμίας του μυοκαρδίου, έχει ως αποτέλεσμα την προτροπή όλων των ασθενών χωρίς ύπαρξη αντένδειξης να ασκούνται.⁶¹

Σύμφωνα και με το πρόγραμμα PREMISE του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, η επίπτωση μόνης της σωματικής δραστηριότητας στον κίνδυνο για εμφάνιση καρδιαγγειακών επεισοδίων είναι ασαφής. Όμως, σύμφωνα με δεδομένα συστηματικών ανασκοπήσεων, η αυξημένη φυσική δραστηριότητα των ασθενών που ακολουθούν προγράμματα καρδιακής αποκατάστασης μετά από έμφραγμα του μυοκαρδίου, επηρεάζουν θετικά άλλους παράγοντες κινδύνου και ο κίνδυνος μειζόνων καρδιακών συμβαμάτων μειώνεται.⁵²

Στόχος της δευτερογενούς πρόληψης είναι η σωματική δραστηριότητα για τουλάχιστον 30 λεπτά ημερησίως, 7 ημέρες την εβδομάδα (με ελάχιστο τις 5 ημέρες). Προτείνεται μέτριας έντασης αερόβια άσκηση, όπως το ζωηρό περπάτημα, 30-60 λεπτά ημερησίως για 5 ημέρες, βέλτιστα 7, την εβδομάδα, με ταυτόχρονη αύξηση των υπολοίπων καθημερινών δραστηριοτήτων. Ωστόσο ο ασθενής θα πρέπει να ενθαρρύνεται να αναφέρει κάθε σχετιζόμενο με την άσκηση σύμπτωμα. Σύμφωνα με την ΑΗΑ, ασθενείς με Ο.Σ.Σ., χρόνια στηθάγχη, περιφερική αρτηριακή νόσο, και αντίστοιχες διαγνώσεις, θα πρέπει να παραπέμπονται σε πρόγραμμα καρδιακής αποκατάστασης με βάση την άσκηση. Όπως ήδη αναφέρθηκε, ακόμα και ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια μπορούν να ενταχθούν με ασφάλεια και αποτελεσματικότητα σε ένα τέτοιο πρόγραμμα.²⁷

Παχυσαρκία

Ως παχυσαρκία ορίζεται ο δείκτης BMI ≥ 30 , ενώ BMI 25-29,9 είναι υπέρβαροι.⁶² Στην Ευρωπαϊκή ένωση το 35% είναι υπέρβαροι, και το 7-12% παχύσαρκοι. Στον αναπτυσσόμενο κόσμο 1,1 δις ενήλικες είναι υπέρβαροι, εκ των οποίων 115 εκατομμύρια πάσχουν από οφειλόμενες στο βάρος διαταραχές.⁶³

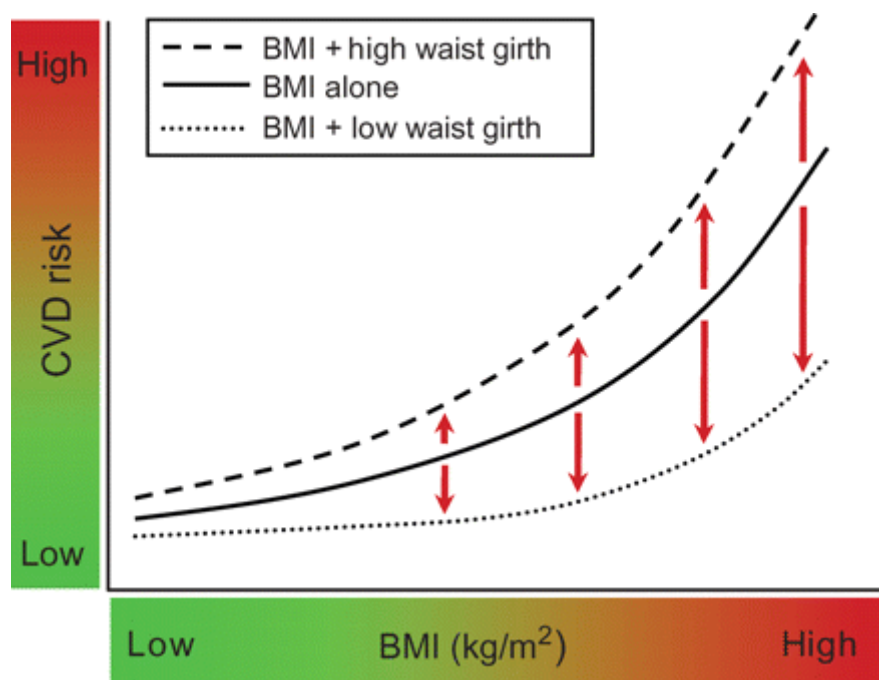
Σύμφωνα με δεδομένα για το Νομό Αττικής, 25% του ανδρικού πληθυσμού και 17% του γυναικείου είναι παχύσαρκοι.⁶²

Η παχυσαρκία σχετίζεται με δυσλιπιδαιμία, δηλαδή χαμηλή τιμή HDL, αυξημένα τριγλυκερίδια και άφθονα, μικρά και πυκνά σωματίδια LDL, συναποτελώντας το ALP, το οποίο μέσω ποικίλων οδών, όπως η ινσουλινοαντίσταση, η αυξημένη θρομβοξάνη και τοιχωματική πρόσληψη LDL, αυξάνει τον κίνδυνο αθηροσκλήρωσης.⁶⁴

Το μεταβολικό σύνδρομο, και πιθανώς ανεξάρτητα και η παχυσαρκία, έχουν δυσμενή επίπτωση και στην ενδοθηλιακή λειτουργία. Ως αποτέλεσμα της παχυσαρκίας, οι μεταβολικές απαιτήσεις του οργανισμού αυξάνονται, όπως επίσης και ο όγκος του αίματος. Αυτό οδηγεί σε αύξηση του μεγέθους και των τοιχωματικών πιέσεων την αριστερής κοιλίας, καταλήγοντας σε υπερτροφία της με κίνδυνο διαστολικής δυσλειτουργίας.⁶⁵

Αν και δεν έχει τεκμηριωθεί σχέση με τον αιφνίδιο καρδιακό θάνατο, είναι λογικό πως οι δομικές αλλαγές του μυοκαρδίου και η ηλεκτρική αστάθειά του είναι πρόσφορο έδαφος για την ανάπτυξη θανατηφόρων αρρυθμιών. Φαίνεται πως η παχυσαρκία αυξάνει ανεξάρτητα τον κίνδυνο στεφανιαίας νόσου. Επιπλέον, συνοδεύεται συχνά από αρτηριακή υπέρταση, αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, αυξημένο κίνδυνο νεοπλασιών σε άνδρες και γυναίκες, και προβλήματα στο πεπτικό και το ενδοκρινικό σύστημα. Παρατηρείται αυξημένη θνητότητα, ανάλογα με το στάδιο της παχυσαρκίας. Παρόλα αυτά ο κίνδυνος μειώνεται με την πρόοδο της ηλικίας, και σε ασθενείς πάνω από 75 ετών δεν είναι παράγοντας κινδύνου. Η γυναικοειδής κατανομή του λίπους σε γλουτούς και μηρούς φαίνεται να σχετίζεται λιγότερο συχνά με διαταραχές του μεταβολισμού της γλυκόζης, δυσλιπιδαιμία και αυξημένο κίνδυνο καρδιαγγειακών συμβαμάτων σε σχέση με την ανδροειδή-κοιλιακή παχυσαρκία. Ωστόσο, περιφέρεια μέσης μεγαλύτερη από 88 εκατοστά για τις γυναίκες και 102 εκατοστά για τους άνδρες αυξάνουν τους εν λόγω κινδύνους.⁶²

Εικόνα 5.



Εικόνα 5. Η σχέση παχυσαρκίας, καρδιαγγειακού κινδύνου, και περιφέρειας μέσης. Μικρή περιφέρεια μέσης σχετίζεται σταθερά με μειωμένο καρδιαγγειακό κίνδυνο σε σχέση με το ΔΜΣ μόνο του, ή, ακόμα περισσότερο, σε σχέση με το ΔΜΣ και αυξημένη περιφέρεια μέσης.

Πηγή: http://eurheartjsupp.oxfordjournals.org/content/10/suppl_B/B24/F6

Μια συνεχής μείωση του βάρους μετρίου βαθμού, κατά 10% περίπου, σχετίζεται με βελτίωση του ελέγχου της αρτηριακής υπέρτασης, αύξηση των επιπέδων της HDL, τη μείωση των τιμών της LDL και των τριγλυκεριδίων, τη μείωση του κινδύνου εμφάνισης σακχαρώδους διαβήτη και καλύτερο γλυκαιμικό έλεγχο στους διαβητικούς ασθενείς.⁶⁴

Στα παχύσαρκα άτομα προτείνεται διατροφικός περιορισμός της ημερήσιας πρόσληψης θερμίδων κατά 500, χωρίς όμως να πέφτουν κάτω από τις 1200 οι γυναίκες και τις 1500 οι άνδρες, ώστε να υπάρχει αποτελεσματική και ασφαλής απώλεια βάρους, όχι μεγαλύτερη από 1 κιλό την εβδομάδα. Επίσης, περιορισμός της κατανάλωσης ολικών και κορεσμένων λιπαρών, αύξηση πρόσληψης φυτικών ινών, φρούτων, λαχανικών και ολικής άλεσης δημητριακών.⁶⁶

Η αεροβική άσκηση προκαλεί μείωση της κοιλιακής παχυσαρκίας, ακόμα και χωρίς να έχει επιτευχθεί ιδιαίτερη μεταβολή στο βάρος, σε ηλικιωμένους και ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη. Η σημασία του σωματικού βάρους στη

δευτερογενή πρόληψη δεν έχει μελετηθεί ανεξάρτητα, ωστόσο η πρόγνωση ασθενών με μεταβολικό σύνδρομο μετά από έμφραγμα του μυοκαρδίου είναι σαφώς δυσμενέστερη.³²

Οι κατευθυντήριες οδηγίες δευτερογενούς πρόληψης προτείνουν ο Δείκτης Μάζας Σώματος να είναι από 18,5 έως 24,9 kg/m², και η περιφέρεια μέσης <89 εκατοστά για τις γυναίκες και <102 εκατοστά για τους άνδρες. Οι τιμές αυτές θα πρέπει να παρακολουθούνται, και οι ασθενείς να καθοδηγούνται και να ενθαρρύνονται στη μείωση ή τη διατήρησή τους μέσω τροποποιήσεων στον τρόπο ζωής, σωματικής δραστηριότητας, και διατροφικών αλλαγών.²⁷

Επίπεδα κατανάλωσης αλκοόλ.

Το αλκοόλ σε μικρές δόσεις έχει δράση προστατευτική στο καρδιαγγειακό σύστημα με ποικίλους μηχανισμούς: αυξάνει τα επίπεδα της HDL και την ινολυτική δραστηριότητα, μειώνει το οξειδωτικό στρες, τη συσσώρευση των αιμοπεταλίων, τη φλεγμονώδη διεργασία, ενώ παρατηρείται βελτίωση της λειτουργίας του ενδοθηλίου. Σε μεγαλύτερη, όμως, κατανάλωση φαίνεται να έχει αντίθετα αποτελέσματα, λόγω αύξησης του κινδύνου για υπέρταση, διαταραχών του καρδιακού ρυθμού, καρδιομυοπάθειας και καρδιακής ανεπάρκειας, που συνεπάγονται υψηλότερο κίνδυνο αιφνίδιου θανάτου.⁶⁷ Η μείωση της καρδιαγγειακής αλλά και της ολικής θνησιμότητας με την κατανάλωση 2 ποτών ημερησίως έχει παρατηρηθεί σε ασθενείς χωρίς και με στεφανιαία νόσο, άνδρες και γυναίκες, νέους και ηλικιωμένους διαβητικούς, όμως η ολική θνησιμότητα ελαχιστοποιείται στο 1 ποτό την ημέρα. Ωστόσο στις γυναίκες η σχέση του κινδύνου με το όφελος δεν είναι τόσο ευνοϊκή, λόγω συσχέτισής του με εμφάνιση καρκίνου του μαστού, του ήδη μικρότερου κινδύνου για εμφάνιση στεφανιαίας νόσου, και πιθανώς μεγαλύτερης ευαισθησίας στην καρδιοτοξικότητα της αιθανόλης, στους δε διαβητικούς μπορεί να προκληθεί υπογλυκαιμία, της οποίας τα συμπτώματα καλύπτονται από το αλκοόλ, ενώ είναι πιθανό να έχει δυσμενή επίπτωση στην πορεία της διαβητικής νευροπάθειας, χειροτερεύοντάς τη. Επιπλέον, η κατανάλωση αλκοόλ δε συνιστάται ευρέως, λόγω του κινδύνου εξάρτησης.⁶⁸

Διατροφή

Ο ρόλος των διατροφικών συνηθειών είναι σημαντικός, τόσο στην πρωτογενή όσο και στη δευτερογενή πρόληψη της στεφανιαίας νόσου. Αν και η ανταπόκριση στη διαιτητική αγωγή φαίνεται να ποικίλλει από άτομο σε άτομο, ανάλογα με γενετικούς παράγοντες, προτείνεται σε όλους τα κορεσμένα λιπαρά να αποτελούν λιγότερο του 7% των προσλαμβανόμενων θερμίδων, και η ημερήσια πρόσληψη χοληστερόλης να είναι μικρότερη των 200 mg. Επιπλέον, συνιστάται μείωση της κατανάλωσης trans λιπαρών οξέων, τα οποία βρίσκονται στο κρέας, τα προϊόντα με υδρογονωμένα λιπαρά, και τα γαλακτοκομικά. Επί συνύπαρξης παχυσαρκίας και πολλαπλών παραγόντων κινδύνου, πρέπει να αυξάνεται η κατανάλωση και να μειώνεται η πρόσληψη θερμίδων, καθώς και να περιορίζεται το αλάτι στους υπερτασικούς ασθενείς. Γενικά συνιστάται διατροφή πλούσια σε φρούτα και λαχανικά, και κατανάλωση γαλακτοκομικών μειωμένων λιπαρών. Όπως έδειξε η Seven Countries Study, η αυξημένη διατροφική πρόσληψη ζωικών λιπών οδηγούσε σε αυξημένο κίνδυνο για στεφανιαία νόσο, ενώ αντίθετα η κατανάλωση λαχανικών μείωνε τον κίνδυνο. Οι Μεσογειακές χώρες είχαν χαμηλότερα επίπεδα θνησιμότητας από στεφανιαία νόσο.⁶⁹ Μεταανάλυση 6000 ατόμων έδειξε σημαντική μείωση της στεφανιαίας νόσου με τη μείωση της πρόσληψης κορεσμένων λιπαρών.⁷⁰

Αρνητική συσχέτιση υπάρχει μεταξύ της κατανάλωσης φρούτων και λαχανικών και της επίπτωσης της στεφανιαίας νόσου. Η πλούσια σε φρούτα διατροφή σχετίζεται επίσης με μειωμένο κίνδυνο εμφάνισης εγκεφαλικού επεισοδίου, και οι φυτικές ίνες με μειωμένη εμφάνιση σακχαρώδους διαβήτη. Έχειδειχθεί πως η κατανάλωση φρούτων και λαχανικών μεταβάλλει ευνοϊκά πολλούς παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου, όπως τα επίπεδα των λιπιδίων στο αίμα, την αρτηριακή πίεση, την ινσουλινοαντίσταση, τη φλεγμονώδη διεργασία, και τη λειτουργία του ενδοθηλίου, αποτελέσματα που δεν έχουν αναπαραχθεί με τη λήψη συμπληρωμάτων αντίστοιχης περιεκτικότητας σε μαγνήσιο, κάλιο, και φυτικές ίνες.

71

Αντίστροφη είναι επίσης η σχέση στεφανιαίας νόσου και κατανάλωσης ξηρών καρπών. Όταν 30 γραμμάρια ξηρών καρπών αντικατέστησαν υδατάνθρακες αντίστοιχης ενέργειας, η επίπτωση της στεφανιαίας νόσου μειώθηκε κατά 30%, ενώ όταν οι ξηροί καρποί αντικατέστησαν κορεσμένα λιπαρά, η πτώση έφτανε το 45%.⁶⁹

Έρευνα σε 1.302 Έλληνες με στεφανιαία νόσο, ανδρών και γυναικών, που παρακολούθηθηκαν κατά μέσο όρο για 45 μήνες και έγινε βαθμολόγηση του διαιτολογίου τους ανάλογα με τη συμμόρφωσή τους στη μεσογειακή διατροφή από το 0 (καθόλου) ως το 9 (πλήρης), κάθε αύξηση της βαθμολογίας κατά 2 μονάδες σχετιζόταν με μείωση θνητότητας κατά 27%.⁷² Σε μελέτη 22.043 Ελλήνων, μεγαλύτερη συμμόρφωση σχετιζόταν με μείωση επίπτωσης στεφανιαίας νόσου και καρκίνου.⁷³

Η απώλεια βάρους οδηγεί σε μείωση τριγλυκεριδίων και αύξηση HDL μετά την σταθεροποίησή του, το αλκοόλ αυξάνει την HDL αλλά και τα τριγλυκερίδια, ενώ τα ω3 μειώνουν τα τριγλυκερίδια και αυξάνουν την HDL. Όσον αφορά την πρόσληψη φυτικών ινών, 6ετής παρακολούθηση στις ΗΠΑ και 10ετής στην Ευρώπη 90.000 ανδρών και 245.000 γυναικών έδειξε 14% μείωση στον κίνδυνο για στεφανιαία συμβάματα και 27% μείωση του κινδύνου θανάτου από στεφανιαία νόσο για κάθε 10 γραμμάρια φυτικών ινών την ημέρα, έπειτα από προσαρμογή του δείκτη μάζας σώματος, δημογραφικών στοιχείων, και τρόπου ζωής.⁶⁹

Τα ω3 λιπαρά οξέα φαίνεται πως έχουν αντιαρρυθμικές ιδιότητες και μειώνουν τον κίνδυνο αιφνίδιου θανάτου μετά από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου.⁷⁴ Η δίαιτα των Ινουιτών, ιδιαίτερα υψηλή σε ω-3 πολυακόρεστα λιπαρά οξέα, έδειξε συσχέτιση με μειωμένη ολική χοληστερόλη, μείωση της LDL και των τριγλυκεριδίων, αυξημένη HDL, και μειωμένη επίπτωση στεφανιαίας νόσου. Σύμφωνα με τη μελέτη DART σε άνδρες μετά από έμφραγμα, η θνητότητα από όλες τις αιτίες μειώθηκε κατά 29%, ανεξάρτητα από τα επίπεδα των λιπιδίων τους. Η μελέτη GISSI, με 11000 ασθενείς με ιστορικό Ο.Ε.Μ. στους οποίους χορηγήθηκαν κάψουλες με 875 mg ιχθυέλαιο, μειώθηκε η θνητότητα όλων των αιτιολογιών, αλλά η καρδιαγγειακή θνητότητα δεν εμφάνισε σημαντική διαφορά.⁶⁹

Τυχαιοποιημένες μελέτες έχουν δείξει πως η προτροπή των ανθρώπων με έμφραγμα του μυοκαρδίου για υψηλότερη κατανάλωση φρούτων, λαχανικών, ψαριού, ζυμαρικών, ψωμιού, πατάτας, ελαιόλαδου, μαργαρίνης, μπορεί να προσδώσει σημαντικά καλύτερη επιβίωση.⁵²

Διαταραχές διάθεσης - άγχος

Είναι γνωστό πως η προσωπικότητα τύπου A αποτελεί παράγοντα κινδύνου για στεφανιαία νόσο. Εκτός από αυτή όμως, η κατάθλιψη αποτελεί ανεξάρτητο, όπως έχει πια φανεί από ανάλυση συγχυτικών παραγόντων όπως το φύλο, η ηλικία, οι συννοσηρότητες κ.α., προγνωστικό παράγοντα κινδύνου για καρδιαγγειακή νόσο, με σχετικό κίνδυνο 1,4.⁷⁵

Η ισχαιμία του μυοκαρδίου λόγω άγχους σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο σχετιζόταν ανεξάρτητα σε σημαντικό βαθμό με υψηλότερη επίπτωση θανατηφόρων και μη καρδιακών συμβαμάτων στο μέλλον.⁷⁶ Το στρες αυξάνει την πιθανότητα παθολογικής κοιλιακής ηλεκτρικής δραστηριότητας, διευκολύνοντας την εμφάνιση κοιλιακής μαρμαρυγής, που θεωρείται το αίτιο του αιφνίδιου θανάτου, ενώ η κατάθλιψη και τα συμπτώματά της είναι παράγοντες κινδύνου νόσησης και θανάτου μετά από ΟΕΜ. Άτομα με κατάθλιψη, νεαρά σε ηλικία και κατά τα άλλα υγιή, χωρίς παρουσία άλλων παραγόντων κινδύνου για στεφανιαία νόσο, παρουσιάζουν αυξημένη ενεργοποίηση αιμοπεταλίων, μειωμένη μεταβλητότητα της καρδιακής τους συχνότητας, πιθανόν λόγω μειωμένου τόνου του παρασυμπαθητικού, που προδιαθέτει σε κοιλιακές αρρυθμίες και καρδιαγγειακή θνητότητα. Επιπλέον παρατηρούνται αυξημένες προφλεγμονώδεις κυτταροκίνες και μυοκαρδιακή κοιλιακή αστάθεια και ισχαιμία κατά το στρες, ενώ δεν πρέπει να αγνοούνται και οι πιθανές επιπτώσεις των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων στο καρδιαγγειακό.⁷⁵ Προγράμματα μεταβολής παραγόντων κινδύνου όπως είναι η κατάθλιψη, έχουν επιφέρει μείωση 37% στην καρδιακή θνητότητα, 29% μείωση στο επανέμφραγμα, και σημαντικού βαθμού θετικές αλλαγές σε άλλους παράγοντες κινδύνου, όπως στην αρτηριακή πίεση, τα επίπεδα χοληστερόλης, το βάρος, τη σωματική δραστηριότητα, τη διατροφή, και το κάπνισμα. Σύμφωνα με την έρευνα Sad-Hart, η χορήγηση αντικαταθλιπτικών είναι ωφέλιμη μετά από στεφανιαία συμβαματα, και βελτιώνουν τη γενική κλινική κατάσταση 6 μήνες μετά από έμφραγμα του μυοκαρδίου.³² Αν νεότερα δεδομένα αμφισβητούν τη θετική επίδραση των αντικαταθλιπτικών στη δευτερογενή πρόληψη και την καρδιαγγειακή πορεία των ασθενών, η ΑΗΑ προτείνει τη χορήγηση κατάλληλης θεραπείας.⁷⁷

Φαρμακευτική αγωγή και βελτίωση της νοσηρότητας και της θνητότητας μετά από όξη στεφανιαίο σύνδρομο.

➤ Ασπιρίνη

Η χορήγηση ασπιρίνης έχει καλά τεκμηριωμένα οφέλη ως μέσο δευτερογενούς πρόληψης. Δόσεις 75 έως 325 mg ημερησίως σε 791 άτομα με ιστορικό εμφράγματος οδήγησαν σε μείωση κατά 31% στο επανέμφραγμα, 42% στο εγκεφαλικό, και 12% στους θανάτους, σύμφωνα με τους *AntiPlatelet Trialists*. Σύγκριση placebo και αντιαιμοπεταλιακής αγωγής σε συστηματική μετανάλυση δείχνουν πως σε διάστημα 6 μηνών, η θεραπεία 20 ατόμων με ασπιρίνη προλαμβάνει 1 αγγειακό επεισόδιο. Όσον αφορά την αγγειακή νόσο του εγκεφάλου, εφ' όσον δεν υπάρχει αντένδειξη, η χαμηλής δόσης (75 mg) μακροχρόνια αγωγή με ασπιρίνη προλαμβάνει τα νέα εγκεφαλικά επεισόδια σε ασθενείς με προηγούμενο ιστορικό. Η αύξηση του κινδύνου αιμορραγιών είναι σημαντική ανεπιθύμητη ενέργεια, το όφελος όμως από τη μείωση των νέων αγγειακών επεισοδίων σε ασθενείς με αυξημένο καρδιαγγειακό κίνδυνο υπερτερεί των κινδύνων.⁵² Επίσης, μακροχρόνια χορήγηση ασπιρίνης σχετίζεται με μειωμένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου και θανάτου από αυτόν.¹⁶

Γι αυτά τα οφέλη της προτείνεται από την ΑΗΑ η χορήγησή της, εφ' όσον δεν υπάρχει αντένδειξη οπότε προτείνεται η λήψη κλοπιδογρέλης, σε όλους τους πάσχοντες από στεφανιαία νόσο. Σε ασθενείς που έχουν εκδηλώσει Ο.Σ.Σ. ή υποβάλλονται σε διαδερμική στεφανιαία αγγειοπλαστική συνιστάται συνδυασμός ασπιρίνης και ανταγωνιστών του υποδοχέα P2Y₁₂, ενώ σε εκείνους με αορτοστεφανιαία παράκαμψη είναι αποτελεσματική η λήψη 100-325 mg ασπιρίνης για 1 χρόνο. Για τους πάσχοντες από στεφανιαία νόσο η αντιαιμοπεταλιακή αγωγή προτιμάται σε σχέση με την αντιπηκτική, επί ύπαρξης όμως ενδείξεων έναρξης αντιπηκτικών, στη χαμηλή δόση ασπιρίνης προστίθεται και βαρφαρίνη.²⁷

➤ β-αναστολείς

Η ΑΗΑ συνιστά τη χορήγησή τους στους ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια, συστολική δυσλειτουργία της αριστερής κοιλίας και κλάσμα εξώθησης $\leq 40\%$, ή ιστορικό εμφράγματος ή οξέος στεφανιαίου συνδρόμου, αν δεν υπάρχουν αντενδείξεις. Γενικότερα οι β-αναστολείς αποτελούν πιθανή μακροχρόνια θεραπευτική παρέμβαση για όλους εκείνους που πάσχουν από στεφανιαία νόσο.²⁷

Συνήθως δεν παρουσιάζουν σοβαρές επιπλοκές, ενώ η χορήγησή τους σε άτομα με ιστορικό εμφράγματος φαίνεται πως μειώνει τον κίνδυνο ενός νέου εμφράγματος, του αιφνιδίου θανάτου, και του θανάτου από όλες τις αιτίες. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, μακροχρόνιες μελέτες έδειξαν πως θεραπεία 42 ασθενών μετεμφραγματικά με β-αναστολείς για 2 χρόνια προλαμβάνει 1 θάνατο.⁵²

➤ **Αντιυπερτασική θεραπεία**

Οι αναστολείς του μετατρεπτικού ενζύμου της αγγειοτενσίνης έχουν μελετηθεί διεξοδικά σε άτομα που έχουν υποστεί έμφραγμα, τόσο χωρίς όσο και με δυσλειτουργία της αριστερής κοιλίας (Δ.Α.Κ.), και έχει διαπιστωθεί πως μειώνουν τη θνητότητα, τη νοσηρότητα πασχόντων από συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια, το νέο έμφραγμα σε ασθενείς με θετικό ιστορικό και Δ.Α.Κ., αλλά και σε εκείνους με θετικό ιστορικό, χωρίς δυσλειτουργία, μειώνουν των κίνδυνο νέων ισχαιμικών επεισοδίων και υποτροπών του εμφράγματος, ενώ αν υπάρξει υποτροπή, εκείνοι που λαμβάνουν αΜΕΑ παρουσιάζουν μικρότερο κίνδυνο θανάτου από αυτό.⁵²

Η ΑΗΑ προτείνει την επ' αόριστον χορήγησή τους σε εκείνους με κλάσμα εξώθησης αριστερής κοιλίας $\leq 40\%$, υπέρταση, χρόνια νεφρική νόσο, ή διαβήτη, ενώ επί δυσανεξίας, αποτελεσματικοί και ασφαλείς είναι οι αναστολείς του μετατρεπτικού ενζύμου της αγγειοτενσίνης.

Αντίθετα, αποκλειστές της αλδοστερόνης προτείνονται σε εκείνους που δεν πάσχουν από νεφρική νόσο ή υπερκαλιαιμία. Επίσης, όσους είναι ήδη υπό αγωγή με αΜΕΑ και β αναστολείς, έχουν κλάσμα εξώθησης αρ. κοιλίας $\leq 40\%$, και τους διαβητικούς.²⁷

Για την πρωτογενή πρόληψη σε άτομα αυξημένου κινδύνου για ισχαιμικό επεισόδιο, ισχυρότερες φαίνονται οι ενδείξεις υπέρ της χορήγησης β-αναστολέων.⁵²

➤ **Στατίνες**

Μεγάλες τυχαιοποιημένες μελέτες και συστηματικές ανασκοπήσεις ατόμων υψηλού καρδιαγγειακού κινδύνου έχουν δείξει πως η μείωση των επιπέδων της χοληστερόλης μειώνει τις πιθανότητες καρδιαγγειακής νοσηρότητας και θνητότητας. Οι στατίνες αποτελούν, σύμφωνα με μία συστηματική ανασκόπηση

μελετών τόσο πρωτογενούς όσο και δευτερογενούς πρόληψης «το πιο αποτελεσματικό είδος θεραπείας για τη μείωση των θανατηφόρων και μη θανατηφόρων εμφραγμάτων του μυοκαρδίου και των καρδιαγγειακών θανάτων». Τα στοιχεία σχετικά με τις επιπτώσεις της συστηματικής μείωσης της χοληστερόλης σε ασθενείς με προηγούμενο εγκεφαλικό επεισόδιο δεν είναι επαρκή, αν και φαίνεται πως υπάρχει όφελος για εκείνους που έχουν και ιστορικό στεφανιαίας νόσου.⁵²

➤ **Αντιμετώπιση σακχαρώδους διαβήτη**

Οι κατευθυντήριες οδηγίες δευτερογενούς πρόληψης πρότειναν τη διατήρηση των επιπέδων της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης σε επίπεδα μικρότερα του 7%, ωστόσο νεότερα δεδομένα αμφισβητούν όχι μόνο το όφελος, αλλά και την ασφάλειά τους. Μελέτη διακόπηκε όταν η ομάδα αυστηρού γλυκαιμικού ελέγχου ($HbA_{1c} < 6\%$) εμφάνισε 22% αυξημένη θνητότητα κάθε αιτιολογίας σε σχέση με την ομάδα ηπιότερου ελέγχου. Η δευτερογενής πρόληψη διαβητικών ασθενών περιλαμβάνει αντιμετώπιση της υπέρτασης με αναστολείς του συστήματος ρενίνης-αγγειοτενσίνης, ασπιρίνη, μείωση των λιπιδίων με χορήγηση στατινών-ανεξάρτητα μάλιστα από τα επίπεδα χοληστερόλης, και προσεκτικό γλυκαιμικό έλεγχο, προσέγγιση που μειώνει τόσο τη θνητότητα όσο και τις αγγειακές επιπλοκές του διαβήτη.⁷⁷

➤ **Θεραπευτική αντιμετώπιση της κατάθλιψη.**

Σύμφωνα με την AHA, σε ασθενείς που έχουν υποστεί προσφάτως έμφραγμα ή έχουν υποβληθεί σε αορτοστεφανιαία παράκαμψη, είναι εύλογο να γίνεται έλεγχος για πιθανή κατάθλιψη. Αν και δεν βελτιώνει αποδεδειγμένα την πορεία της καρδιαγγειακής νόσου, η αντιμετώπισή της προσφέρει άλλα κλινικά οφέλη.²⁷

➤ **Εμβολιασμός κατά της γρίπης.**

Η AHA προτείνει τον εμβολιασμό όλων των πασχόντων από καρδιαγγειακό νόσημα²⁷ καθώς, αν και δεν έχει αποδειχτεί ειδικό όφελος γι αυτή την ομάδα ανθρώπων, φαίνεται να μειώνει τις εισαγωγές των ηλικιωμένων ατόμων στο νοσοκομείο, και τη θνητότητα κάθε αιτιολογίας.⁷⁷

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΥΘΥΝΟΜΕΝΟΙ ΓΙΑ ΤΗ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΚΑΙ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΟΞΥ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ

Στη διεθνή βιβλιογραφία ένας πολύ μεγάλος αριθμός μελετών έχει δείξει τα οφέλη που προκύπτουν από τη σωματική δραστηριότητα σε σχέση με την κλινική πορεία των ασθενών που έχουν υποστεί Ο.Σ.Σ.. Η αποκατάσταση των ασθενών με στεφανιαίο σύνδρομο αφορά τον συνδυασμό της δραστηριότητας με διεπιστημονική ενημέρωσή και παρακολούθησή τους για τις πιο ωφέλιμες για την καρδιαγγειακή υγεία μορφές άσκησης, τον υγιεινό τρόπο ζωής, και τη μείωση του στρες. Παρόμοιες έρευνες στον Ελληνικό πληθυσμό είναι περιορισμένες, και δεν υπάρχουν θεσμοθετημένα αντίστοιχα προγράμματα στο Εθνικό Σύστημα Υγείας.

ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η διερεύνηση παραγόντων που ευθύνονται για τη σωματική και συναισθηματική υγεία των ασθενών μετά από έμφραγμα του μυοκαρδίου.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Δείγμα της μελέτης

Από τη βάση δεδομένων της μελέτης GREEKS αποπειράθηκε τηλεφωνική επικοινωνία με 150 ασθενείς οι οποίοι είχαν υποστεί οξύ στεφανιαίο σύνδρομο και είχαν νοσηλευτεί στο Ιπποκράτειο Γ.Ν.Α. κατά το διάστημα 2007-2008. Από αυτούς 37 (24,7%) είχαν αποβιώσει μεταξύ των ετών 2007-2015, στην πλειονότητά τους από καρδιαγγειακή αιτιολογία (65,5%). Οι υπόλοιποι 113 (75,3%) που βρίσκονταν εν ζωή δέχτηκαν να λάβουν μέρος στην έρευνα μέσω τηλεφωνικής δομημένης συνέντευξης. Δεν συλλέχθηκαν στοιχεία για την ηλικία των ασθενών ή άλλα δημογραφικά χαρακτηριστικά πέρα από την οικογενειακή και επαγγελματική κατάσταση. Για τους 99 ασθενείς που έδωσαν στοιχεία για την επαγγελματική τους κατάσταση, το 76,8% ήταν συνταξιούχοι και για τους 102 που έδωσαν στοιχεία για την οικογενειακή τους κατάσταση, το 87,3% ήταν έγγαμοι. Τα κριτήρια συμμετοχής στην έρευνα ήταν η συμμετοχή του ασθενών στην αρχική έρευνα GREEKS και δεν υπήρχαν επιπλέον κριτήρια αποκλεισμού.

Μεθοδολογία

Περιγραφή ερευνητικού εργαλείου

Το εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε ήταν το «Ερωτηματολόγιο 10ετούς παρακολούθησης 2003–2013» της επιδημιολογικής μελέτης GREEKS που χωρίζεται σε έξι τμήματα.

Το πρώτο τμήμα αφορά στο ιατρικό ιστορικό. Αρχικά ζητούνται στοιχεία για το αν ο ασθενής βρίσκεται ακόμα εν ζωή και, αν όχι, την ημερομηνία και αιτία θανάτου, κατά πόσον έχει γίνει ξανά νοσηλεία εντός των τελευταίων δέκα ετών και αν ναι, ποια ήταν η αιτία. Επίσης, αν παρουσίασε ο ασθενής υπέρταση, σακχαρώδη διαβήτη ή αυξημένες τιμές λιπιδίων, και αν ναι τότε έγινε η διάγνωση και τι θεραπεία ακολουθεί. Επιπλέον, αναζητούνται παράγοντες πχ. η οικονομική κατάσταση του ασθενή ή κάποια άλλη παράμετρος που πιθανόν να επηρεάσουν τη λήψη της φαρμακευτικής του αγωγής. Καταγράφεται επίσης η συχνότητα των επισκέψεων στον ιατρό, η ικανοποίηση με την παροχή των δημόσιων υπηρεσιών υγείας, η ύπαρξη εμφυτευμένης συσκευής ή απινιδωτή. Τέλος, η αυτοαξιολόγηση της κατάστασης της υγείας και η ικανότητα αυτοεξυπηρέτησης του ασθενή.

Το δεύτερο τμήμα έχει να κάνει με δημογραφικά, σωματομετρικά χαρακτηριστικά και στοιχεία του τρόπου ζωής. Περιέχει ερωτήσεις για το αν ο ασθενής είναι ή όχι καπνιστής και τον αριθμό τσιγάρων που καταναλώνει, ή αν είναι παθητικός καπνιστής. Ζητούνται επίσης το ύψος και το βάρος του ασθενή, πληροφορίες για την οικογενειακή και επαγγελματική του κατάσταση.

Το τρίτο τμήμα αποτελεί προσαρμογή του IPAQ (International Physical Activity Questionnaire). Το εργαλείο αυτό αποτελείται από επτά ερωτήσεις που ζητούν τον χρόνο που κατανάλωσε ο ασθενής τις τελευταίες επτά μέρες κάνοντας έντονες ή μέτριας έντασης φυσικές δραστηριότητες, πόσες μέρες περπάτησε για τουλάχιστον δέκα λεπτά, πόσο χρόνο κατανάλωσε να περπατά ανά ημέρα και πόσες ώρες συνολικά κατανάλωσε καθιστός. Από τις παραπάνω ερωτήσεις υπολογίστηκε βαθμολογία τριών επιπέδων φυσικής δραστηριότητας: χαμηλή, μέση και υψηλή.

Το τέταρτο τμήμα περιέχει ερωτήσεις σχετικές με τη διατροφή του ασθενούς, το αν ακολουθεί κάποια ειδική δίαιτα, την ανά εβδομάδα συχνότητα κατανάλωσης συγκεκριμένων τροφίμων, καθώς και του αλκοόλ. Με βάση τις απαντήσεις, υπολογίστηκε η συμμόρφωση της διατροφής των ασθενών στα πρότυπα της μεσογειακής διατροφής σε 2 βαθμίδες, στη χαμηλή και την υψηλή.

Το πέμπτο τμήμα αφορά λεπτομέρειες των διατροφικών συμπεριφορών των ασθενών. Αρχικά ζητούνται στοιχεία για τη συχνότητα, τις ώρες και τη διάρκεια των διαφόρων κύριων και δευτερευόντων γευμάτων της ημέρας. Επίσης, αν καταναλώνει ο ασθενής αλκοόλ με τα γεύματα, και αν ναι τι είδους. Επιπλέον, στοιχεία για τις συνθήκες υπό τις οποίες γίνεται η κατανάλωση των γευμάτων (π.χ. μπροστά στην τηλεόραση, υπό πίεση, ταυτόχρονα με την εργασία, κατά τη διάρκεια του περπατήματος), αν ο ασθενής είναι υπεύθυνος για την προετοιμασία των γευμάτων, πόσο συχνά καταναλώνει γεύματα που του προκαλούν δυσφορία και πόσο συχνά τρώει μόνος. Έπειτα ζητούνται στοιχεία για τη σύσταση του πρωινού γεύματος (π.χ. σκέτος καφές ή τσάι, χυμός, γάλα, αυγά, κ.α.), και στοιχεία για την κατανομή της κατανάλωσης κρασιού, λευκού ή κόκκινου, στις ημέρες της εβδομάδας, καθώς και για τη συχνότητα κατανάλωσης έτοιμου φαγητού και πρωινού.

Το έκτο τμήμα αφορά στην ψυχολογική αξιολόγηση των ασθενών και περιλαμβάνει τις κλίμακες κατάθλιψης του Zung (Zung Depression Rating Scale) και άγχους του Ch. Spielberger, (State-Trait Anxiety Inventory). Τόσο το ZDRS όσο και το STAI σταθμίστηκαν για την ελληνική γλώσσα από τους Φουντουλάκη *et al.*, (2006, 2007). Το ZDRS αποτελείται από είκοσι δηλώσεις που βαθμολογούνται σε κλίμακα Likert από 1 (σχεδόν ποτέ) ως 4 (σχεδόν πάντοτε) και σηματοδοτούν θετικές (π.χ. νιώθω χρήσιμος και αναγκαίος) και αρνητικές (π.χ. νιώθω αποκαρδιωμένος και κακόκεφος) εκτιμήσεις για τον εαυτό οι οποίες σχετίζονται με την κατάθλιψη. Οι δηλώσεις θετικών εκτιμήσεων στην κλίμακα βαθμολογούνται αντίστροφα, έτσι ώστε η υψηλότερη συνολική βαθμολογία να αντιστοιχεί σε υψηλότερο βαθμό κατάθλιψης. Το STAI αποτελείται από είκοσι δηλώσεις που βαθμολογούνται σε κλίμακα Likert από 1 (σχεδόν ποτέ) ως 4 (σχεδόν πάντοτε) και σηματοδοτούν θετικές (π.χ. αισθάνομαι ξεκούραστος) και αρνητικές (π.χ. αισθάνομαι νευρικότητα και υπερένταση) εκτιμήσεις για τον εαυτό που σχετίζονται με το άγχος. Οι δηλώσεις θετικών εκτιμήσεων, και σε αυτήν την περίπτωση βαθμολογούνται αντίστροφα, έτσι ώστε η υψηλότερη βαθμολογία να αντιστοιχεί σε υψηλότερο βαθμό άγχους.

Το έβδομο και τελευταίο τμήμα του ερωτηματολογίου αφορά στην Αυτοεκτίμηση του Επιπέδου Υγείας (EQ-5D) το οποίο είναι σταθμισμένο εργαλείο ιδιοκτησίας του EuroQolGroup. Το EQ-5D (EuroQol 5 Dimensions) αποτελείται από δύο ενότητες. Η πρώτη, ζητά από τον ασθενή να αξιολογήσει σε ένα από τρία

επίπεδα την κινητικότητα του, την αυτοεξυπηρέτησή του, την ικανότητά του να εκτελεί καθημερινές δραστηριότητες, τον πόνο ή τη δυσφορία που νοιώθει, το άγχος ή την κατάθλιψη που μπορεί να βιώνει. Η δεύτερη, ζητά από τον ασθενή να βαθμολογήσει σε κλίμακα VAS (Visual Analogue Scale) την παρούσα κατάσταση της υγείας του.

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Πραγματοποιήθηκε έλεγχος κανονικότητας των συνεχών μεταβλητών με το κριτήριο Kolmogorov-Smirnov. Τα κατηγορικά δεδομένα παρουσιάζονται με απόλυτες και σχετικές (%) συχνότητες, ενώ τα συνεχή δεδομένα παρουσιάζονται με μέσες τιμές $\pm$ τυπικές αποκλίσεις. Η στατιστική δοκιμασία t-test χρησιμοποιήθηκε για να ελεγχθεί η ύπαρξη συσχέτισης ανάμεσα σε δύο ποσοτικές συνεχείς μεταβλητές που ακολουθούν την κανονική κατανομή, ενώ η απονα για περισσότερες από δύο. Το πρόβλημα των πολλαπλών ελέγχων ξεπεράστηκε πραγματοποιώντας διόρθωση κατά Bonferroni. Επίσης εφαρμόστηκε η στατιστική δοκιμασία Pearson Correlation και το χ^2 -test

Ως στατιστικά σημαντικό θεωρήθηκε το επίπεδο σημαντικότητας 5%. Όλες οι στατιστικές αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν με το στατιστικό πακέτο SPSS-21

ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ

Η έρευνα αυτή είναι μη παρεμβατική, σύμφωνη με τις διακηρύξεις το Ελσίνκι και την Ελληνική νομοθεσία.

Το ερωτηματολόγιο και η πρόσβαση στα στοιχεία επικοινωνίας των ασθενών που νοσηλεύτηκαν με διάγνωση οξέος στεφανιαίου συνδρόμου εγκρίθηκε από το Επιστημονικό συμβούλιο του Ιπποκράτειου Γ.Ν.Α. Οι συμμετέχοντες ενημερώνονταν για τον σκοπό της μελέτης και μετά από την προφορική συγκατάθεσή τους, προχωρούσε η τηλεφωνική συνέντευξη. Η άδεια διεξαγωγής της έρευνας δόθηκε από το Επιστημονικό Συμβούλιο του Ιπποκράτειου Γ.Ν.Α..

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Περιγραφικά αποτελέσματα

Το 82,7% των ασθενών ήταν άνδρες, και το 17,3% γυναίκες. Το 76,8% ήταν συνταξιούχοι και το 23,2% εργαζόμενοι. Το 87,3% των ασθενών δήλωσαν ότι είναι έγγαμοι, ενώ το 12,7% άγαμοι, χήροι ή διαζευγμένοι και το 24,7% του δείγματος απεβίωσε

Συνοπτικά, στον πίνακα 1 φαίνεται η κατανομή του δείγματος ανάλογα με τα δημογραφικά και κλινικά του χαρακτηριστικά, στον πίνακα 2 ανάλογα με τα οικονομικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά του, και στοιχεία του ιατρικού ιστορικού του, στον πίνακα 3 ανάλογα με τις καπνιστικές και διατροφικές συνήθειές του και στον πίνακα 4 ανάλογα με το πως εκτιμά το δείγμα της μελέτης το επίπεδο υγείας του.

Στατιστικά αποτελέσματα

Από τη στατιστική ανάλυση και την εφαρμογή της στατιστικής δοκιμασίας t-test και Ανονα, βρέθηκε ότι το ανδρικό φύλο σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με υψηλότερα επίπεδα σωματικής δραστηριότητας ($p=0,044$). Επίσης, στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε σε σχέση με το φύλο στην παράμετρο της βαθμολογίας της υγείας των ασθενών ($p=0,002$) και της κατάθλιψης ($p=0,007$), με τις γυναίκες να έχουν χειρότερα αποτελέσματα και στα δύο. Πίνακας 5

Στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε στην παράμετρο "πως βαθμολογείτε την κατάσταση της υγείας σας" και την ανεξάρτητη μεταβλητή "νοσηλευτήκατε τα τελευταία 10 χρόνια" ($p<0,001$). Ως προς την αιτία της νοσηλείας τους τα τελευταία 10 χρόνια, δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά όσον αφορά τις παραπάνω 7 παραμέτρους που αξιολογήθηκαν στη μελέτη ($p>0,05$).

Βρέθηκε επίσης πως τα άτομα τα οποία δεν έχουν νοσηλευθεί, βαθμολογούν καλύτερα την κατάσταση της υγείας τους ($p<0,001$), την ικανότητά τους να αυτοεξυπηρετούνται ($p<0,001$), τη διάρκεια της σωματικής δραστηριότητάς τους ($p=0,001$), υιοθετούν συχνότερα τη μεσογειακή διατροφή ($p=0,027$), δηλώνουν μικρότερης έντασης κατάθλιψη ($p<0,001$) και άγχος ($p=0,001$), όπως και καλύτερη αυτοεκτίμηση του επιπέδου υγείας τους ($p<0,001$). Πίνακας 6,7

Επίσης δε βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις προς εξέταση παραμέτρους σε σχέση με την ενημέρωση του γιατρού για την ύπαρξη αρτηριακής υπέρτασης στους συμμετέχοντες ($p>0,05$).

Τα άτομα τα οποία υποβάλλονταν σε ειδική δίαιτα λόγω υπέρτασης, υιοθετούσαν περισσότερο τη μεσογειακή δίαιτα ($p=0,034$), ενώ είχαν υψηλότερα επίπεδα αυτοεκτίμησης του επιπέδου υγείας τους ($p=0,042$). Δε βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις άλλες παραμέτρους ($p>0,05$).

Από τη συσχέτιση του είδους του λαμβανόμενου φαρμάκου βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στην παράμετρο της ικανότητας για αυτοεξυπηρέτηση, η οποία ήταν καλύτερη στους ασθενείς που λάμβαναν διουρητικά και β-αναστολείς ($p=0,002$), ενώ η ίδια ομάδα παρουσιάζει καλύτερη αυτοεκτίμηση του επιπέδου υγείας ($p=0,016$). Πίνακας 8,9,10

Τα άτομα τα οποία ήταν ενημερωμένα από το γιατρό τους ότι έχουν αυξημένα επίπεδα λιπιδίων δε βρέθηκε να διαφέρουν στατιστικά σημαντικά σε καμία παράμετρο σε σχέση με τα μη ενημερωμένα ($p>0,05$), ενώ τα άτομα που έκαναν ειδική δίαιτα για αυτό βαθμολογούσαν καλύτερα την κατάσταση της υγείας τους ($p=0,047$) και υιοθετούσαν συχνότερα τη μεσογειακή διατροφή ($p=0,028$). Πίνακας 11,12

Επίσης βρέθηκε πως τα άτομα που γνώριζαν ότι πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη βαθμολογούσαν αρνητικότερα την κατάσταση της υγείας τους ($p=0,012$), την ικανότητά τους για αυτοεξυπηρέτηση ($p=0,009$), και την κλίμακα κατάθλιψης ($p=0,038$). Εκείνοι που ακολουθούσαν ειδική δίαιτα λόγω σακχαρώδη διαβήτη, υιοθετούσαν συχνότερα τη μεσογειακή δίαιτα ($p=0,017$) και παρουσίαζαν χαμηλότερα επίπεδα κατάθλιψης ($p=0,006$). Πίνακας 13,14

Δε βρέθηκε η οικονομική κατάσταση να επηρεάζει στατιστικά σημαντικά καμία από τις προς μελέτη παραμέτρους ($p>0,05$), όπως επίσης δε φάνηκε να επηρεάζει καμία από τις 7 παραμέτρους που αξιολογούμε το αν έχουν αντικαταστήσει τα φάρμακά τους με φθηνότερα, ούτε και η συχνότητα επίσκεψής τους στο ιατρείο ($p>0,05$). Πίνακας 15,16,17,18

Δε βρέθηκε να υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στους προς ανάλυση παράγοντες σε σχέση με τον βαθμό ικανοποίησης από τις παροχές δημόσιας υγείας, ούτε σε σχέση με την ύπαρξη τυχόν προβλήματος στη λήψη φαρμακευτικής αγωγής και στο είδος των φαρμάκων ($p>0,05$), εκτός από την

ένταση της κατάθλιψης, όπου μικρότερη ένταση παρουσιάζουν τα άτομα που λαμβάνουν αντιαρτηριακά φάρμακα ($p=0,044$). Πίνακας 19,20,21

Όσον αφορά τη σύγκριση BMI των ασθενών με την κλίμακα άγχους, βρέθηκε ότι υψηλότερες τιμές άγχους βιώνουν τα παχύσαρκα άτομα με στατιστικά σημαντική διαφορά ($p=0,001$). Πιο συγκεκριμένα, βαθμολογούν καλύτερα την κατάσταση υγείας τους τα άτομα με σταθερό βάρος τα τελευταία 10 χρόνια ($p=0,011$), και η ίδια ομάδα υιοθετεί συχνότερα τη μεσογειακή δίαιτα ($p=0,012$). Πίνακας 22,23

Επίσης βρέθηκε ότι οι εργαζόμενοι βαθμολογούν καλύτερα την κατάσταση της υγείας τους ($p=0,013$), μεγαλύτερη την ικανότητα αυτοεξυπηρέτησής τους ($p=0,002$), εφαρμόζουν περισσότερο τη μεσογειακή δίαιτα, παρουσιάζουν μικρότερης έντασης κατάθλιψη ($p=0,033$), και δηλώνουν υψηλότερη αυτοεκτίμηση του επιπέδου υγείας τους ($p<0,001$). Πίνακας 24

Δε βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις προς μελέτη παραμέτρους σε σχέση με την οικογενειακή κατάστασή τους ($p>0,05$). Πίνακας 25

Σχετικά με το κάπνισμα, βρέθηκε πως τα άτομα τα οποία καπνίζουν >1 τσιγάρο ημερησίως το τελευταίο έτος υιοθετούν λιγότερο τη μεσογειακή δίαιτα ($p=0,036$), και βιώνουν υψηλότερης έντασης άγχος ($p=0,009$). Όσον αφορά τη διάρκεια του καπνίσματος, βρέθηκε ότι όσοι κάπνιζαν για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των 25 ετών εφαρμόζαν λιγότερο τη μεσογειακή δίαιτα ($p=0,024$). Πίνακας 26,27,28

Βρέθηκε πως τα άτομα που κατά το διάστημα συλλογής των πληροφοριών βρίσκονταν σε ειδική δίαιτα βαθμολογούσαν καλύτερα την κατάσταση της υγείας τους ($p=0,045$), την ικανότητά τους για αυτοεξυπηρέτηση ($p=0,027$), εφαρμόζαν συχνότερα τη μεσογειακή διατροφή ($p=0,002$), είχαν μικρότερης έντασης άγχος ($p=0,012$), μικρότερης έντασης κατάθλιψη ($p=0,023$), και υψηλότερη βαθμολογία στην αυτοεκτίμηση του επιπέδου υγείας τους ($p=0,003$). Δε βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές σε σχέση με την ειδική δίαιτα απώλειας βάρους, ή ρύθμισης σακχαρώδους διαβήτη, των λιπιδίων, και της αρτηριακής πίεσης ($p>0,05$). Πίνακας 29,30,31,32,33

Από την εφαρμογή του συντελεστή συσχέτισης Pearson βρέθηκε ότι η κατάσταση της υγείας των συμμετεχόντων συσχετίζεται θετικά με την ικανότητα αυτοεξυπηρέτησής τους, το βαθμό άσκησης, την υιοθέτηση της μεσογειακής

δίαιτας και το βαθμό αυτοεκτίμησης του επιπέδου υγείας, ενώ έχει αρνητική συσχέτιση με τον βαθμό κατάθλιψης και άγχους ($p<0,001$).

Όσον αφορά την ικανότητα αυτοεξυπηρέτησης, υπάρχει θετική συσχέτιση της αυτοεκτίμησης του επιπέδου υγείας με τη βαθμολογία της κατάστασης της υγείας τους, την άσκηση, την υιοθέτηση της μεσογειακής διατροφής, και αρνητική με την κατάθλιψη και το άγχος ($p<0,001$).

Η σωματική δραστηριότητα σχετίζεται θετικά με την κατάσταση της υγείας, την ικανότητα αυτοεξυπηρέτησης, την υιοθέτηση της μεσογειακής δίαιτας, την αυτοεκτίμηση του επιπέδου υγείας, και αρνητικά με την ένταση της κατάθλιψης και του άγχους ($p<0,001$).

Η υιοθέτηση της μεσογειακής δίαιτας σχετίζεται θετικά με την κατάσταση της υγείας τους, την ικανότητα αυτοεξυπηρέτησης ($p<0,001$), τη σωματική δραστηριότητα ($p=0,001$), την αυτοεκτίμηση του επιπέδου υγείας τους ($p<0,001$), και αρνητικά με την ένταση της κατάθλιψης ($p=0,002$), και του άγχους ($p<0,001$).

Αντίθετα, η κλίμακα κατάθλιψης έχει αρνητική συσχέτιση με τη βαθμολογία κατάστασης της υγείας, την ικανότητα αυτοεξυπηρέτησης, το βαθμό της σωματικής άσκησης ($p<0,001$), την υιοθέτηση της μεσογειακής δίαιτας ($p=0,02$), και την αποτίμηση του επιπέδου υγείας ($p<0,001$), και θετική συσχέτιση με τα επίπεδα άγχους ($p<0,001$).

Παρομοίως, η κλίμακα άγχους έχει αρνητική συσχέτιση με την κατάσταση της υγείας, την αυτοεξυπηρέτηση, τα επίπεδα σωματικής δραστηριότητας, την υιοθέτηση της μεσογειακής διατροφής, και την αυτοεκτίμηση του επιπέδου υγείας, και θετική με την ένταση της κατάθλιψης ($p<0,001$).

Τέλος, η αυτοεκτίμηση του επιπέδου υγείας σχετίζεται αρνητικά μόνο με την ένταση του άγχους και της κατάθλιψης, ενώ έχει θετική συσχέτιση με την κατάσταση της υγείας, την ικανότητα για αυτοεξυπηρέτηση, τη σωματική δραστηριότητα, και την υιοθέτηση της μεσογειακής δίαιτας ($p<0,001$). Πίνακας 34

Από την εφαρμογή της στατιστικής δοκιμασίας χ^2 test βρέθηκε ότι τα άτομα που εκτίθενται σε καπνό περιβάλλοντος για τουλάχιστον 30' για περισσότερο από 5 ημέρες την εβδομάδα, συχνότερα δεν έχουν νοσηλευτεί κατά τα τελευταία 10 χρόνια ($p=0,006$), όπως επίσης και τα άτομα που κάνουν μέτριας και υψηλής έντασης σωματική δραστηριότητα ($p<0,001$).

Όσον αφορά την ειδική δίαιτα για απώλεια βάρους, συχνότερα την κάνουν τα άτομα τα οποία έχουν ενημερωθεί ότι έχουν αρτηριακή υπέρταση ($p=0,002$).

Οι παχύσαρκοι δεν κάνουν τόσο συχνά δίαιτα για τη ρύθμιση της αρτηριακής πίεσής τους ($p=0,014$), ενώ επίσης βρέθηκε ότι τα άτομα τα οποία ήταν σε δίαιτα κατά τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου ήταν συχνότερα λόγω αρτηριακής υπέρτασης ($p<0,001$), όπως επίσης συχνότερα τα άτομα τα οποία κάνουν δίαιτα για ρύθμιση των λιπιδίων είναι για την πτώση της αρτηριακής πίεσης ($p<0,001$), ενώ υιοθετούν συχνότερα και σε υψηλότερο ποσοστό τη μεσογειακή δίαιτα λόγω ύπαρξης αρτηριακής υπέρτασης ($p=0,04$).

ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΟΙ ΚΑΙ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΟΙ ΠΙΝΑΚΕΣ

Πινάκας 1: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τα δημογραφικά και κλινικά του χαρακτηριστικά

Δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά		n	%
Φύλο	Άνδρας	124	82,7
	Γυναίκα	26	17,3
Θάνατος	Όχι	113	75,3
	Ναι	37	24,7
Αιτία θανάτου	A.E.E	6	20,7
	Στεφανιαία νόσος / O.E.M.	9	31
	Άλλη καρδιαγγειακή πάθηση	4	13,8
	Κακοήθεια	4	13,8
	Λοίμωξη	1	3,4
	Ατύχημα	1	3,4
	Άλλο	4	13,8
Έχετε νοσηλευτεί τα τελευταία 10 χρόνια	Όχι	64	56,6
	Ναι	49	43,4
Έχετε αρτηριακή πίεση	Όχι	13	11,6
	Ναι	99	88,4
Ειδική διαίτα (αρτηριακής πίεσης)	Όχι	38	38,4
	Ναι	61	61,6
Φάρμακα (αρτηριακής πίεσης)	Όχι	1	1
	Ναι	97	99
Είδος φαρμάκων (αρτηριακής πίεσης)	AMEA	28	34,1
	B-αναστολείς – διουρητικά	35	42,7
	Αναστολείς υποδ. αγγειοτενσίνης	19	23,2
Αυξημένες τιμές λιπιδίων	Όχι	10	8,8
	Ναι	103	91,2
Ειδική διαίτα (αυξημένες τιμές λιπιδίων)	Όχι	38	36,9
	Ναι	65	63,1
Φάρμακα (αυξημένες τιμές λιπιδίων)	Όχι	5	4,9
	Ναι	97	95,1
Είδος φαρμάκων (αυξημένες τιμές λιπιδίων)	Στατίνες	74	81,3
	Στατίνες και Φιβράτες	17	18,7
Έχετε σακχαρώδη διαβήτη	Όχι	78	69,0
	Ναι	35	31,0
Ειδική διαίτα Σ.Δ.	Όχι	14	40,0
	Ναι	21	60,0
Φάρμακα Σ.Δ.	Όχι	2	5,7
	Ναι	33	94,3
Είδος φαρμάκων Σ.Δ.	Μετφορμίνη	14	73,7
	Ινσουλίνη	5	26,7

Πινάκας 2: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τα οικονομικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά του, και στοιχεία του ιατρικού ιστορικού του.

Οικονομικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά, στοιχεία ιατρικού ιστορικού		n	%
Η οικονομική κατάσταση έχει επηρεάσει τη λήψη της θεραπείας	Όχι	95	83,2
	Ναι	19	16,8
Έχετε αντικαταστήσει σκευάσματα με φθηνότερο	Όχι	94	83,9
	Ναι	18	16,1
Επισκέπτεστε το ίδιο τακτικά το γιατρό σας	Όχι	41	36,3
	Ναι	72	63,7
Τι ιατρείο επισκέπτεστε	Ιδιωτικό	29	25,7
	Νοσοκομείο	76	67,3
	Κανένα	8	7,1
Πόσο συχνά επισκέπτεστε το καρδιολογικό ιατρείο	Ανά 3μηνο	11	9,7
	Ανά 6μηνο	41	36,3
	Ανά έτος	39	34,5
	Ανά διετία	10	8,8
	Σπάνια	12	10,6
Σας ικανοποιούν οι δημόσιες παροχές υγείας	Καθόλου	38	34,2
	Μερικώς	50	45
	Πολύ	23	20,7
Έχετε αντιμετωπίσει προβλήματα στη λήψη φαρμακευτικής αγωγής	Καθόλου	85	75,9
	Μερικώς	27	24,1
Έχετε διακόψει φαρμακευτική αγωγή για την στεφανιαία νόσο σας λόγω επιπλοκών	Όχι	103	92,8
	Ναι	8	7,2
Τι φάρμακα λαμβάνετε	Αντιαιμοπεταλιακά	50	67,6
	Άλλα	24	32,4
Έχετε εμφυτευμένη συσκευή	Όχι	104	94,5
	Ναι	6	5,5
Έχετε απινιδωτή	Όχι	110	99,1
	Ναι	1	0,9
BodyMassIndex	Κανονικό βάρος (18,5-25)	26	25,7
	Υπέρβαρος (25-30)	50	49,5
	Παχύσαρκος (>30)	25	24,8
Σωματικό βάρος πριν 10 χρόνια	Μικρότερο	42	40
	Σταθερό	41	39
	Μεγαλύτερο	22	21
Ποιο το επάγγελμα που ασκείται τώρα (τελευταίο έτος)	Συνταξιούχος	76	76,8
	Εργαζόμενος	23	23,2
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος / χήρος/ διαζευγμένος	13	12,7
	Έγγαμος	89	87,3

Πινάκας 3: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τις καπνιστικές και διατροφικές συνήθειές του.

Καπνιστικές και διατροφικές συνήθειες		n	%
Είστε καπνιστής τώρα (περισσότερο από 1 τσιγάρα ημερησίως το τελευταίο έτος)	Όχι	84	74,3
	Ναι	29	24,7
Τσιγάρα ανά ημέρα	0-20	20	44,4
	>21	25	55,6
Για πόσα χρόνια καπνίζετε	0-25	17	38,6
	>25	27	61,4
Εκτίθεσθε σε καπνό του περιβάλλοντος για 30 λεπτά και > 5 ημέρες/εβδομάδα	Όχι	80	72,1
	Ναι	31	27,9
IPAQ Categorical Score - three levels of physical activity	Χαμηλή	61	64
	Μέτρια / υψηλή	52	46
Είστε σε ειδική διαίτα αυτή την περίοδο	Όχι	32	28,3
	Ναι	81	71,7
Η διαίτα είναι για: Απώλεια βάρους	Όχι	58	69,9
	Ναι	25	30,1
Η διαίτα είναι για: Ρύθμιση σακχάρου	Όχι	64	77,1
	Ναι	19	22,9
Η διαίτα είναι για: Ρύθμιση λιπιδίων	Όχι	19	22,9
	Ναι	64	77,1
Η διαίτα είναι για: Ρύθμιση αρτηριακής πίεσης	Όχι	26	31,3
	Ναι	57	68,7
Ποσοστό υιοθέτησης της μεσογειακής διαίτας	Χαμηλό (<60%)	68	61,8
	Υψηλό (>6%)	42	38,2
Πόσο συχνά, τον τελευταίο μήνα, παραγγέλλετε από έξω ή τρώτε εκτός σπιτιού	Ποτέ / Σπάνια	50	44,2
	1-3 φορές/μήνα	45	39,8
	1-2 φορές/εβδομάδα	17	15
	Κάθε μέρα	1	0,9
Πόσο συχνά, τον τελευταίο μήνα, καταναλώνετε πρωινό	Ποτέ / Σπάνια	14	12,4
	1-2 φορές/εβδομάδα	5	4,4
	3-6 φορές/εβδομάδα	13	11,5
	Κάθε μέρα	81	71,7

Πινάκας 4: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το πως εκτιμά το επίπεδο υγείας του.

Αυτοεκτίμηση επιπέδου υγείας		n	%
Αυτοεκτίμηση του επιπέδου υγείας (EQ5D): Κινητικότητα	Δεν έχω πρόβλημα στο περπάτημα	89	78,8
	Έχω κάποια προβλήματα στο περπάτημα	21	18,6
	Είμαι κατάκοιτος	3	2,7
Αυτοεκτίμηση του επιπέδου υγείας (EQ5D): Αυτοεξυπηρέτηση	Δεν έχω πρόβλημα στην αυτοεξυπηρέτησή μου	105	92,9
	Έχω κάποια προβλήματα να πλένομαι και να ντύνομαι	8	7,1
Αυτοεκτίμηση του επιπέδου υγείας (EQ5D): Καθημερινές Δραστηριότητες	Δεν έχω πρόβλημα στην εκτέλεσή τους	82	72,6
	Έχω κάποια προβλήματα	28	24,8
	Είμαι ανίκανος να εκτελώ τις συνήθεις δραστηριότητές μου	3	2,7
Αυτοεκτίμηση του επιπέδου υγείας (EQ5D): Πόνος / Δυσφορία	Δεν αισθάνομαι καθόλου πόνο/δυσφορία	68	60,2
	Αισθάνομαι μέτριο πόνο/δυσφορία	43	38,1
	Αισθάνομαι υπερβολικό πόνο/δυσφορία	2	1,6
Αυτοεκτίμηση του επιπέδου υγείας (EQ5D): Άγχος / Κατάθλιψη	Δεν αισθάνομαι άγχος ή κατάθλιψη	36	31,9
	Αισθάνομαι μέτριο άγχος ή κατάθλιψη	66	58,4
	Αισθάνομαι υπερβολικό άγχος ή κατάθλιψη	11	9,7
Αυτοεκτίμηση του επιπέδου υγείας (EQ5D): Συγκριτικά με την κατάσταση της υγείας μου τους τελευταίους 12 μήνες, η σημερινή μου κατάσταση είναι	Καλύτερη	15	13,4
	Ίδια	70	62,5
	Χειρότερη	27	24,1

Πίνακας 5: Σύγκριση των μέσων τιμών βαθμολογίας των κλιμάκων αυτοαξιολόγησης, MedDietScore, ZDRS, STAI, EQ5D σε σχέση με το φύλο του δείγματος

ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ	ΦΥΛΟ				P
	Ανδρας		Γυναίκα		
	n	$\bar{x}\pm SD$	n	$\bar{x}\pm SD$	
Γενική Κατάσταση Υγείας	95	7,0 $\pm$ 1,4	17	6,0 $\pm$ 2,0	0,002
Αυτοεξυπηρέτηση	96	8,7 $\pm$ 1,6	17	8,0 $\pm$ 2,2	0,102
IPAQ	96	765,0 $\pm$ 805	17	688,2 $\pm$ 1495	0,756
MedDietScore	93	58,2 $\pm$ 7,7	17	55,6 $\pm$ 8,5	0,204
ZDRS	55	37,9 $\pm$ 7,9	9	46,3 $\pm$ 11,6	0,007
STAI	73	39,8 $\pm$ 9,7	10	44,7 $\pm$ 10,3	0,143
EQ5D	95	8,8 $\pm$ 2,1	17	9,6 $\pm$ 2,6	0,168

Πίνακας 6: Σύγκριση των μέσων τιμών βαθμολογίας των κλιμάκων αυτοαξιολόγησης, MedDietScore, ZDRS, STAI, EQ5D σε σχέση με το αν έχουν νοσηλευτεί τα τελευταία 10 χρόνια

ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ	ΝΟΣΗΛΕΙΑ				P
	Όχι		Ναι		
	n	$\bar{x}\pm SD$	n	$\bar{x}\pm SD$	
Γενική Κατάσταση Υγείας	63	7,5±1,2	49	6,0±1,6	<0,001
Αυτοεξυπηρέτηση	64	9,2±1,1	49	7,8±2,0	<0,001
IPAQ	64	1006±997	49	423,6±727	0,001
MedDietScore	63	59,2±7	47	56±8,5	0,027
ZDRS	39	35,9±7	25	44±9,4	<0,001
STAI	50	37±8,7	33	45,5±9,4	<0,001
EQ5D	64	8,1±1,5	48	10±2,4	<0,001

Πίνακας 7: Σύγκριση των μέσων τιμών βαθμολογίας των κλιμάκων αυτοαξιολόγησης, MedDietScore, ZDRS, STAI, EQ5Dσε σχέση με την αιτία νοσηλείας τα τελευταία 10 χρόνια

ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ	ΑΙΤΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ				P
	Άλλο		Καρδιολογικό		
	n	$\bar{x}\pm SD$	n	$\bar{x}\pm SD$	
Γενική Κατάσταση Υγείας	11	6,1 $\pm$ 1,6	21	6,0 $\pm$ 1,5	0,873
Αυτοεξυπηρέτηση	11	8,1 $\pm$ 2,3	21	7,9 $\pm$ 1,9	0,757
IPAQ	11	351 $\pm$ 488	21	543,6 $\pm$ 1012	0,557
MedDietScore	10	57,5 $\pm$ 7,8	20	56,4 $\pm$ 9	0,747
ZDRS	7	44,3 $\pm$ 8,5	11	41,9 $\pm$ 10,4	0,619
STAI	7	48,4 $\pm$ 9,5	16	43 $\pm$ 8,6	0,191
EQ5D	11	10 $\pm$ 2,6	20	9,8 $\pm$ 2,4	0,791

Πίνακας 8: Σύγκριση των μέσων τιμών βαθμολογίας των κλιμάκων αυτοαξιολόγησης, MedDietScore, ZDRS, STAI, EQ5Dσε σχέση με το αν έχουν ενημερωθεί πως πάσχουν απο αρτηριακή υπέρταση

ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ	ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ				P
	Όχι		Ναι		
	n	$\bar{x}\pm SD$	n	$\bar{x}\pm SD$	
Γενική Κατάσταση Υγείας	13	6,7 $\pm$ 1,4	98	6,8 $\pm$ 1,6	0,791
Αυτοεξυπηρέτηση	13	8,5 $\pm$ 1,5	99	8,6 $\pm$ 1,7	0,877
IPAQ	13	745 $\pm$ 1164	99	756 $\pm$ 910	0,968
MedDietScore	13	57,3 $\pm$ 7,2	96	57,8 $\pm$ 7,9	0,831
ZDRS	5	40,2 $\pm$ 4,5	58	39,1 $\pm$ 9,2	0,789
STAI	6	38,8 $\pm$ 10,4	76	40,5 $\pm$ 9,9	0,694
EQ5D	13	9,5 $\pm$ 2,5	98	8,8 $\pm$ 2,1	0,283

Πίνακας 9: Σύγκριση των μέσων τιμών βαθμολογίας των κλιμάκων αυτοαξιολόγησης, MedDietScore, ZDRS, STAI, EQ5Dσε σχέση με το αν ακολουθούν ειδική δίαιτα για την αρτηριακή υπέρταση

ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ	ΔΙΑΙΤΑ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ				P
	Όχι		Ναι		
	n	$\bar{x}\pm SD$	n	$\bar{x}\pm SD$	
Γενική Κατάσταση Υγείας	38	6,5±1,6	60	7±1,6	0,120
Αυτοεξυπηρέτηση	38	8,3±2	61	8,8±1,5	0,164
IPAQ	38	703±1183	61	789±698	0,651
MedDietScore	37	55,7±8,7	59	59,2±7,2	0,034
ZDRS	19	40,7±10	39	38,3±8,9	0,358
STAI	31	43,1±11,2	45	38,7±8,7	0,068
EQ5D	13	9,4±2,4	98	8,5±1,9	0,042

Πίνακας 10: Σύγκριση των μέσων τιμών βαθμολογίας των κλιμάκων αυτοαξιολόγησης, MedDietScore, ZDRS, STAI, EQ5Dσε σχέση με τη φαρμακευτική αγωγή για την αρτηριακή υπέρταση

ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ	ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ Α.Υ.						P
	ΑΜΕΑ		Β-αναστολείς/ διουρητικά		Αναστολείς υποδ. αγγειοτενσίνης		
	n	$\bar{x} \pm SD$	n	$\bar{x} \pm SD$	n	$\bar{x} \pm SD$	
Γενική Κατάσταση Υγείας	28	6,8±1,6	35	7,1±1,3	18	6,2±2,2	0,159
Αυτοεξυπηρέτηση	28	8,7±1,5	35	8,9±1,5	19	7,6±2,3	0,020
IPAQ	28	979±1365	35	753±609	19	502±716	0,246
MedDietScore	26	59±6,2	34	58,8±8,5	19	58±9,9	0,912
ZDRS	14	36,2±8,2	23	38,2±8,4	13	44±11,3	0,081
STAI	21	39,5±10,6	25	39,1±8,4	15	42,9±12,4	0,505
EQ5D	28	8,9±2,1	35	8,3±1,6	18	10,2±2,9	0,016

Πίνακας 11: Σύγκριση των μέσων τιμών βαθμολογίας των κλιμάκων αυτοαξιολόγησης, MedDietScore, ZDRS, STAI, EQ5Dσε σχέση με το αν έχουν αυξημένες τιμές λιπιδίων.

ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ	ΑΥΞΗΜΕΝΕΣ ΤΙΜΕΣ ΛΙΠΙΔΙΩΝ				P
	Όχι		Ναι		
	n	$\bar{x}\pm SD$	n	$\bar{x}\pm SD$	
Γενική Κατάσταση Υγείας	10	6,9±1,9	102	6,8±1,6	0,854
Αυτοεξυπηρέτηση	10	8,8±0,9	103	8,5±1,8	0,566
IPAQ	10	985±1261	103	731±900	0,413
MedDietScore	10	55,8±6,9	100	58±7,9	0,394
ZDRS	4	40,5±8,8	60	39±9	0,739
STAI	6	43,7±9,8	77	40,2±9,9	0,404
EQ5D	10	8,6±1,6	102	9±2,2	0,627

Πίνακας 12: Σύγκριση των μέσων τιμών βαθμολογίας των κλιμάκων αυτοαξιολόγησης, MedDietScore, ZDRS, STAI, EQ5Dσε σχέση με το αν ακολουθούν ειδική δίαιτα για τις τιμές των λιπιδίων τους

ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ	ΔΙΑΙΤΑ ΔΥΣΛΙΠΙΔΑΙΜΙΑΣ				P
	Όχι		Ναι		
	n	$\bar{x} \pm SD$	n	$\bar{x} \pm SD$	
Γενική Κατάσταση Υγείας	38	6,4±1,5	64	7,1±1,6	0,047
Αυτοεξυπηρέτηση	38	8,3±2	65	8,8±1,5	0,241
IPAQ	38	743±1266	65	724±603	0,916
MedDietScore	37	55,8±9,1	63	59,4±6,9	0,028
ZDRS	20	40,6±9,8	40	38,1±8,6	0,319
STAI	30	42,8±11,2	47	38,5±8,7	0,081
EQ5D	37	9,4±2,5	65	8,7±2	0,168

Πίνακας 13: Σύγκριση των μέσων τιμών βαθμολογίας των κλιμάκων αυτοαξιολόγησης, MedDietScore, ZDRS, STAI, EQ5Dσε σχέση με το ανέχουν σακχαρώδη διαβήτη

ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ	ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ				P
	Όχι		Ναι		
	n	$\bar{x}\pm SD$	n	$\bar{x}\pm SD$	
Γενική Κατάσταση Υγείας	77	7,1 $\pm$ 1,3	35	6,2 $\pm$ 1,9	0,012
Αυτοεξυπηρέτηση	78	8,9 $\pm$ 1,4	35	8 $\pm$ 2	0,009
IPAQ	78	818 $\pm$ 937	35	609 $\pm$ 920	0,272
MedDietScore	77	58,8 $\pm$ 7,5	33	55,6 $\pm$ 8,3	0,054
ZDRS	43	37,4 $\pm$ 7,5	21	42,3 $\pm$ 10,8	0,071
STAI	56	39,7 $\pm$ 9,5	27	41,9 $\pm$ 10,7	0,346
EQ5D	77	8,8 $\pm$ 1,9	35	9,3 $\pm$ 2,6	0,326

Πίνακας 14: Σύγκριση των μέσων τιμών βαθμολογίας των κλιμάκων αυτοαξιολόγησης, MedDietScore, ZDRS, STAI, EQ5Dσε σχέση με το αν ακολουθούν ειδική δίαιτα για τον σακχαρώδη διαβήτη.

ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ	ΔΙΑΙΤΑ ΣΑΚΧΑΡΩΔΟΥΣ ΔΙΑΒΗΤΗ				P
	Όχι		Ναι		
	n	$\bar{x}\pm SD$	n	$\bar{x}\pm SD$	
Γενική Κατάσταση Υγείας	14	5,6±1,6	21	6,5±2,1	0,191
Αυτοεξυπηρέτηση	14	7,5±2,4	21	8,3±1,7	0,272
IPAQ	14	712±1272	21	541±613	0,597
MedDietScore	13	51,5±7,2	20	58,4±7,9	0,017
ZDRS	8	45,6±9,4	13	40,3±11,4	0,283
STAI	10	48,9±10,1	17	37,8±8,9	0,006
EQ5D	14	10,2±2,9	21	8,6±2,3	0,078

Πίνακας 15: Σύγκριση των μέσων τιμών βαθμολογίας των κλιμάκων αυτοαξιολόγησης, MedDietScore, ZDRS, STAI, EQ5Dσε σχέση με το ανέχει επηρεαστεί η λήψη της θεραπείας τους απο την οικονομική κατάσταση.

ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ	Η ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΕΧΕΙ ΕΠΗΡΕΑΣΕΙ ΤΗ ΛΗΨΗ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΑΣ				P
	Όχι		Ναι		
	n	$\bar{x} \pm SD$	n	$\bar{x} \pm SD$	
Γενική Κατάσταση Υγείας	93	6,8±1,6	19	6,7±1,5	0,819
Αυτοεξυπηρέτηση	94	8,6±1,7	19	8,7±1,5	0,742
IPAQ	94	781±995	19	616±526	0,484
MedDietScore	91	58±7,6	19	56,9±8,7	0,545
ZDRS	56	39,5±9,2	8	35,8±5,9	0,267
STAI	69	40,5±10	14	39,9±9,4	0,843
EQ5D	93	9±2,2	19	8,6±2,2	0,454

Πίνακας 16: Σύγκριση των μέσων τιμών βαθμολογίας των κλιμάκων αυτοαξιολόγησης, MedDietScore, ZDRS, STAI, EQ5Dσε σχέση με το αν έχουν αντικαταστήσει τα φάρμακά τους με φθηνότερα.

ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ	ΕΧΕΤΕ ΑΝΤΙΚΑΤΑΣΤΗΣΕΙ ΤΑ ΦΑΡΜΑΚΑ ΣΑΣ ΜΕ ΦΘΗΝΟΤΕΡΑ				P
	Όχι		Ναι		
	n	$\bar{x}\pm SD$	n	$\bar{x}\pm SD$	
Γενική Κατάσταση Υγείας	93	6,9 $\pm$ 1,6	18	6,7 $\pm$ 1,5	0,654
Αυτοεξυπηρέτηση	94	8,6 $\pm$ 1,7	18	8,5 $\pm$ 1,5	0,771
IPAQ	94	785 $\pm$ 994	18	631 $\pm$ 527	0,523
MedDietScore	91	58,1 $\pm$ 7,7	18	56,3 $\pm$ 8,7	0,366
ZDRS	57	39,4 $\pm$ 9,2	6	34,7 $\pm$ 4,8	0,222
STAI	70	40,5 $\pm$ 9,9	12	38,1 $\pm$ 8,2	0,420
EQ5D	93	9 $\pm$ 2,2	18	8,7 $\pm$ 2,3	0,606

Πίνακας 17: Σύγκριση των μέσων τιμών βαθμολογίας των κλιμάκων αυτοαξιολόγησης, MedDietScore, ZDRS, STAI, EQ5D σε σχέση με το αν επισκέπτονται το ίδιο συχνά τον γιατρό τους.

ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ	ΕΠΙΣΚΕΠΤΕΣΤΕ ΤΟ ΙΔΙΟ ΣΥΧΝΑ ΤΟΝ ΓΙΑΤΡΟ ΣΑΣ				P
	Όχι		Ναι		
	n	$\bar{x}\pm SD$	n	$\bar{x}\pm SD$	
Γενική Κατάσταση Υγείας	93	6,8±1,6	19	6,7±1,5	0,819
Αυτοεξυπηρέτηση	94	8,6±1,7	19	8,7±1,5	0,742
IPAQ	94	781±995	19	616±526	0,484
MedDietScore	91	58±7,6	19	56,9±8,7	0,545
ZDRS	56	39,5±9,2	8	35,8±5,9	0,267
STAI	69	40,5±10	14	39,9±9,4	0,843
EQ5D	93	9±2,2	19	8,6±2,2	0,454

Πίνακας 18: Σύγκριση των μέσων τιμών βαθμολογίας των κλιμάκων αυτοαξιολόγησης, MedDietScore, ZDRS, STAI, EQ5D σε σχέση με το είδος του ιατρού που επισκέπτονται.

ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ	ΙΑΤΡΕΙΟ				P
	Ιδιωτικό		Νοσοκομείο		
	n	$\bar{x}\pm SD$	n	$\bar{x}\pm SD$	
Γενική Κατάσταση Υγείας	29	6,5±1,6	75	6,9±1,5	0,153
Αυτοεξυπηρέτηση	29	8,6±1,8	76	8,6±1,7	0,830
IPAQ	29	611±602	76	763±953	0,425
MedDietScore	28	56,4±7,3	74	58,4±8,1	0,262
ZDRS	16	40,8±11	42	39,2±8	0,532
STAI	21	42,7±9,9	56	39,5±9,4	0,189
EQ5D	28	9,2±2,3	76	8,8±2	0,350

Πίνακας 19: Σύγκριση των μέσων τιμών βαθμολογίας των κλιμάκων αυτοαξιολόγησης, MedDietScore, ZDRS, STAI, EQ5Dσε σχέση με το αν τους ικανοποιούν οι δημόσιες παροχές υγείας

ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΙΣ ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΠΑΡΟΧΕΣ ΥΓΕΙΑΣ						P
	Καθόλου		Μερικώς		Πολύ		
	n	$\bar{x}\pm SD$	n	$\bar{x}\pm SD$	n	$\bar{x}\pm SD$	
Γενική Κατάσταση Υγείας	38	6,6±1,6	50	6,7±1,5	22	7,5±1,6	0,083
Αυτοεξυπηρέτηση	38	8,6±1,9	50	8,4±1,7	23	9,2±1,3	0,179
IPAQ	38	748±1065	50	628±511	23	993±1349	0,305
MedDietScore	38	56,3±8,6	48	58,5±7,8	23	58,9±6,5	0,325
ZDRS	24	38,8±9,4	23	40,5±9,2	15	37,3±8,3	0,564
STAI	29	42,7±9	35	40,5±10,9	18	37,1±8,4	0,168
EQ5D	37	9±2,4	50	9,1±2,1	23	8,5±2,1	0,612

Πίνακας 20: Σύγκριση των μέσων τιμών βαθμολογίας των κλιμάκων αυτοαξιολόγησης, MedDietScore, ZDRS, STAI, EQ5Dσε σχέση με το αν έχουν αντιμετωπίσει προβλήματα στη λήψη της φαρμακευτικής τους αγωγής.

ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ	ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗ ΛΗΨΗ ΤΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ				P
	Καθόλου		Μερικώς		
	n	$\bar{x}\pm SD$	n	$\bar{x}\pm SD$	
Γενική Κατάσταση Υγείας	84	6,9 $\pm$ 1,4	27	6,3 $\pm$ 1,9	0,135
Αυτοεξυπηρέτηση	85	8,8 $\pm$ 1,5	27	8,2 $\pm$ 2,1	0,106
IPAQ	85	797 $\pm$ 1002	27	614 $\pm$ 692	0,379
MedDietScore	83	57,9 $\pm$ 7	26	56,9 $\pm$ 9,6	0,635
ZDRS	52	38,4 $\pm$ 8,3	12	41,7 $\pm$ 11,2	0,262
STAI	62	39,9 $\pm$ 8,9	20	43,1 $\pm$ 11,8	0,275
EQ5D	84	8,7 $\pm$ 1,9	27	9,7 $\pm$ 2,8	0,071

Πίνακας 21: Σύγκριση των μέσων τιμών βαθμολογίας των κλιμάκων αυτοαξιολόγησης, MedDietScore, ZDRS, STAI, EQ5D σε σχέση με τα φάρμακα που λαμβάνουν

ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ	ΤΙ ΦΑΡΜΑΚΑ ΛΑΜΒΑΝΕΤΕ				P
	Αντιαιμοπεταλικά		Άλλα		
	n	$\bar{x}\pm SD$	n	$\bar{x}\pm SD$	
Γενική Κατάσταση Υγείας	50	6,8 $\pm$ 1,7	24	6,4 $\pm$ 1,3	0,301
Αυτοεξυπηρέτηση	50	8,8 $\pm$ 1,7	24	8 $\pm$ 1,5	0,070
IPAQ	50	761 $\pm$ 909	24	494 $\pm$ 487	0,183
MedDietScore	48	58 $\pm$ 7,6	23	56,5 $\pm$ 7	0,437
ZDRS	31	39,4 $\pm$ 10	11	39,9 $\pm$ 6,9	0,882
STAI	37	38,7 $\pm$ 9,1	17	44,1 $\pm$ 8,6	0,044
EQ5D	50	8,9 $\pm$ 2,2	24	9,6 $\pm$ 1,8	0,108

Πίνακας 22: Σύγκριση των μέσων τιμών βαθμολογίας των κλιμάκων αυτοαξιολόγησης, MedDietScore, ZDRS, STAI, EQ5D σε σχέση με τον Δείκτη Μάζας Σώματός τους

ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ	ΔΕΙΚΤΗΣ ΜΑΖΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ						P
	Φυσιολογικός		Υπέρβαρος		Παχύσαρκος		
	n	$\bar{x}\pm SD$	n	$\bar{x}\pm SD$	n	$\bar{x}\pm SD$	
Γενική Κατάσταση Υγείας	26	7±1,6	50	7±1,5	25	6,3±1,7	0,151
Αυτοεξυπηρέτηση	26	9±1,7	50	8,8±1,3	25	8,4±2	0,400
IPAQ	26	837±632	50	922±1239	25	463±483	0,148
MedDietScore	26	55,9±7,7	49	59±7,9	24	59,5±6,1	0,151
ZDRS	19	41,1±10	29	36,7±7,7	11	42±7,8	0,108
STAI	22	42,2±9	36	35,9±10,9	14	46,6±8,4	0,001
EQ5D	26	8,6±2,2	49	8,6±1,7	25	9,7±2,7	0,063

Πίνακας 23: Σύγκριση των μέσων τιμών βαθμολογίας των κλιμάκων αυτοαξιολόγησης, MedDietScore, ZDRS, STAI, EQ5Dσε σχέση με το αν βάρος τους πριν 10 χρόνια.

ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ	ΒΑΡΟΣ ΠΡΙΝ 10 ΧΡΟΝΙΑ						P
	Σταθερό		Μικρότερο		Μεγαλύτερο		
	n	$\bar{x}\pm SD$	n	$\bar{x}\pm SD$	n	$\bar{x}\pm SD$	
Γενική Κατάσταση Υγείας	41	7,3±1,6	41	6,7±1,3	22	6,1±1,8	0,011
Αυτοεξυπηρέτηση	41	8,9±1,9	42	8,7±1,7	22	7,9±1,3	0,094
IPAQ	41	825±838	42	662±783	22	733±1397	0,744
MedDietScore	38	58,9±7,8	42	58,6±6,3	22	53,1±9,8	0,012
ZDRS	23	36±8,9	25	39,7±6,1	11	43,6±12,7	0,061
STAI	31	37,6±9,6	31	41±8,7	17	43,6±11,5	0,111
EQ5D	40	8,6±2	42	8,7±2	22	9,7±2,7	0,122

Πίνακας 24: Σύγκριση των μέσων τιμών βαθμολογίας των κλιμάκων αυτοαξιολόγησης, MedDietScore, ZDRS, STAI, EQ5Dσε σχέση με το επάγγελμα που ασκούν το τελευταίο έτος.

ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ				P
	Συνταξιούχος		Εργαζόμενος		
	n	$\bar{x}\pm SD$	n	$\bar{x}\pm SD$	
Γενική Κατάσταση Υγείας	75	6,6±1,7	23	7,6±1,3	0,013
Αυτοεξυπηρέτηση	76	8,5±1,7	23	9,4±1,1	0,002
IPAQ	76	681±750	23	1126±1500	0,181
MedDietScore	74	57,9±7,8	23	60,2±7,4	0,222
ZDRS	39	41,4±10	18	35,9±6,9	0,033
STAI	57	40,6±9,6	15	37,4±10,9	0,271
EQ5D	75	9,2±2,3	23	7,8±1,3	<0,001

Πίνακας 25: Σύγκριση των μέσων τιμών βαθμολογίας των κλιμάκων αυτοαξιολόγησης, MedDietScore, ZDRS, STAI, EQ5Dσε σχέση με την οικογενειακή τους κατάσταση

ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ	ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ				P
	Άγαμος/χήρος/ διαζευγμένος		Παντρεμένος		
	n	$\bar{x}\pm SD$	n	$\bar{x}\pm SD$	
Γενική Κατάσταση Υγείας	13	6,5±2	88	6,8±1,5	0,572
Αυτοεξυπηρέτηση	13	8,8±1,8	89	8,5±1,7	0,639
IPAQ	13	1066±1371	89	731±902	0,408
MedDietScore	13	58,7±7,8	86	57,9±8	0,726
ZDRS	10	41,3±9,8	48	38,5±8,8	0,377
STAI	12	41,5±11,6	62	39,8±9,4	0,577
EQ5D	12	9,5±2,7	89	8,9±2,1	0,406

Πίνακας 26: Σύγκριση των μέσων τιμών βαθμολογίας των κλιμάκων αυτοαξιολόγησης, MedDietScore, ZDRS, STAI, EQ5Dσε σχέση με το αν καπνίζουν κατά το τελευταίο έτος

ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ	ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΤΑ ΤΟ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΕΤΟΣ				P
	Όχι		Ναι		
	n	$\bar{x}\pm SD$	n	$\bar{x}\pm SD$	
Γενική Κατάσταση Υγείας	83	6,8±1,6	29	6,8±1,5	0,939
Αυτοεξυπηρέτηση	84	8,6±1,7	29	8,6±1,8	0,996
IPAQ	84	773±1005	29	695±696	0,700
MedDietScore	81	58,8±7,3	29	55,2±8,8	0,036
ZDRS	46	38,6±8,1	18	40,1±10,9	0,555
STAI	60	38,7±9,3	23	44,9±10	0,009
EQ5D	83	9±2,2	29	8,8±2,1	0,716

Πίνακας 27: Σύγκριση των μέσων τιμών βαθμολογίας των κλιμάκων αυτοαξιολόγησης, MedDietScore, ZDRS, STAI, EQ5Dσε σχέση με τον αριθμό των τσιγάρων που καπνίζουν

ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΣΙΓΑΡΩΝ				P
	1-20		>21		
	n	$\bar{x}\pm SD$	n	$\bar{x}\pm SD$	
Γενική Κατάσταση Υγείας	20	6,8±1,9	24	6,8±1,4	0,933
Αυτοεξυπηρέτηση	20	8,6±2	25	9±1,4	0,421
IPAQ	20	753±662	25	607±856	0,534
MedDietScore	20	55,7±9	24	56,9±7,3	0,636
ZDRS	10	39,2±12,8	16	37,8±7	0,712
STAI	16	42±9	16	41,4±9	0,846
EQ5D	20	8,9±2,4	25	8,6±1,6	0,623

Πίνακας 28: Σύγκριση των μέσων τιμών βαθμολογίας των κλιμάκων αυτοαξιολόγησης, MedDietScore, ZDRS, STAI, EQ5Dσε σχέση με τα χρόνια καπνίσματος

ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ	ΠΟΣΑ ΧΡΟΝΙΑ ΚΑΠΝΙΖΕΤΕ				P
	1-25		26+		
	n	$\bar{x}\pm SD$	n	$\bar{x}\pm SD$	
Γενική Κατάσταση Υγείας	17	6,9±1,7	26	6,7±1,3	0,578
Αυτοεξυπηρέτηση	17	9,4±1,7	27	8,5±1,5	0,061
IPAQ	17	889±1001	27	551±580	0,162
MedDietScore	17	59,7±5,8	26	54,1±8,7	0,024
ZDRS	10	37,2±5,6	15	38,4±10,7	0,763
STAI	11	41,1±8,8	20	41,8±9,3	0,837
EQ5D	17	8,4±1,4	27	8,9±2,4	0,365

Πίνακας 29: Σύγκριση των μέσων τιμών βαθμολογίας των κλιμάκων αυτοαξιολόγησης, MedDietScore, ZDRS, STAI, EQ5D σε σχέση με το αν βρίσκονται σε ειδική διαίτα αυτή την περίοδο

ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ	ΕΙΔΙΚΗ ΔΙΑΙΤΑ				P
	Όχι		Ναι		
	n	$\bar{x} \pm SD$	n	$\bar{x} \pm SD$	
Γενική Κατάσταση Υγείας	32	6,3±1,5	80	7±1,6	0,045
Αυτοεξυπηρέτηση	32	8,1±2	81	8,8±1,5	0,054
IPAQ	32	617±1043	81	807±887	0,331
MedDietScore	31	54,2±9,1	79	59,3±6,8	0,002
ZDRS	15	43,6±9,9	49	37,7±8,2	0,023
STAI	25	44,5±10,9	58	38,6±8,9	0,012
EQ5D	32	10±2,4	80	8,5±1,9	0,003

Πίνακας 30: Σύγκριση των μέσων τιμών βαθμολογίας των κλιμάκων αυτοαξιολόγησης, MedDietScore, ZDRS, STAI, EQ5D σε σχέση με το αν η ειδική διαίτά τους είναι για απώλεια βάρους

ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ	ΕΙΔΙΚΗ ΔΙΑΙΤΑ ΓΙΑ ΑΠΩΛΕΙΑ ΒΑΡΟΥΣ				P
	Όχι		Ναι		
	n	$\bar{x}\pm SD$	n	$\bar{x}\pm SD$	
Γενική Κατάσταση Υγείας	57	6,9 $\pm$ 1,7	25	7,1 $\pm$ 1,4	0,529
Αυτοεξυπηρέτηση	58	8,6 $\pm$ 1,7	25	9,1 $\pm$ 1,1	0,127
IPAQ	58	693 $\pm$ 616	25	1048 $\pm$ 1284	0,092
MedDietScore	56	58,1 $\pm$ 7,3	25	60,8 $\pm$ 6	0,112
ZDRS	36	38 $\pm$ 8,8	14	36,6 $\pm$ 6,2	0,590
STAI	44	38,8 $\pm$ 8,8	16	38,4 $\pm$ 9,4	0,880
EQ5D	57	8,8 $\pm$ 2,3	25	8,1 $\pm$ 1,2	0,082

Πίνακας 31: Σύγκριση των μέσων τιμών βαθμολογίας των κλιμάκων

αυτοαξιολόγησης, MedDietScore, ZDRS, STAI, EQ5Dσε σχέση με το αν η ειδική δίαιτά τους είναι για ρύθμιση σακχάρου

ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ	ΕΙΔΙΚΗ ΔΙΑΙΤΑ ΡΥΘΜΙΣΗΣ ΣΑΚΧΑΡΟΥ				P
	Όχι		Ναι		
	n	$\bar{x}\pm SD$	n	$\bar{x}\pm SD$	
Γενική Κατάσταση Υγείας	63	7,1 $\pm$ 1,4	19	6,6 $\pm$ 2,2	0,438
Αυτοεξυπηρέτηση	64	8,9 $\pm$ 1,4	19	8,4 $\pm$ 1,8	0,185
IPAQ	64	870 $\pm$ 931	19	564 $\pm$ 641	0,185
MedDietScore	63	59,1 $\pm$ 6,8	18	58,4 $\pm$ 8	0,702
ZDRS	37	36,6 $\pm$ 6,6	13	40,3 $\pm$ 11,4	0,287
STAI	45	38,8 $\pm$ 8,8	15	38,3 $\pm$ 9,3	0,842
EQ5D	63	8,5 $\pm$ 1,9	219	8,7 $\pm$ 2,4	0,646

Πίνακας 32: Σύγκριση των μέσων τιμών βαθμολογίας των κλιμάκων αυτοαξιολόγησης, MedDietScore, ZDRS, STAI, EQ5Dσε σχέση με το αν η ειδική δίαιτά τους είναι για ρύθμιση λιπιδίων

ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ	ΕΙΔΙΚΗ ΔΙΑΙΤΑ ΡΥΘΜΙΣΗΣ ΛΙΠΙΔΙΩΝ				P
	Όχι		Ναι		
	n	$\bar{x}\pm SD$	n	$\bar{x}\pm SD$	
Γενική Κατάσταση Υγείας	19	6,7±1,5	63	7±1,6	0,408
Αυτοεξυπηρέτηση	19	8,9±1,6	64	8,8±1,6	0,723
IPAQ	19	1065±1460	64	721±608	0,328
MedDietScore	19	57±7,6	62	59,6±7	0,175
ZDRS	11	34,7±6,2	39	38,4±8,5	0,191
STAI	14	39,6±9,6	46	38,4±8,7	0,667
EQ5D	18	7,9±1,9	64	8,7±2	0,152

Πίνακας 33: Σύγκριση των μέσων τιμών βαθμολογίας των κλιμάκων αυτοαξιολόγησης, MedDietScore, ZDRS, STAI, EQ5Dσε σχέση με αν η ειδική δίαιτά τους είναι για ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης.

ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ	ΕΙΔΙΚΗ ΔΙΑΙΤΑ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ				P
	Όχι		Ναι		
	n	$\bar{x}\pm SD$	n	$\bar{x}\pm SD$	
Γενική Κατάσταση Υγείας	26	6,7 $\pm$ 1,5	56	7,1 $\pm$ 1,6	0,319
Αυτοεξυπηρέτηση	26	8,7 $\pm$ 1,5	57	8,8 $\pm$ 1,6	0,720
IPAQ	26	775 $\pm$ 1172	57	811 $\pm$ 720	0,863
MedDietScore	26	57,6 $\pm$ 6,7	55	59,6 $\pm$ 7,1	0,245
ZDRS	14	36,9 $\pm$ 6,2	36	37,9 $\pm$ 8,8	0,699
STAI	18	39,3 $\pm$ 9,6	42	38,4 $\pm$ 8,7	0,730

Πίνακας 34. Συντελεστής συσχέτισης

		Γενικά, πώς βαθμολογείτε την κατάσταση της υγείας σας	Πως βαθμολογείτε την ικανότητά να αυτοεξυπηρείστε	IPAQ	MedDietScore Ποσοστό υιοθέτησης της μεσογειακής διαίτας	Κλίμακα ZDRS (μέσα στο τελευταίο τρίμηνο)	sΚλίμακα STAI	Αποτίμηση του επιπέδου υγείας (EQ-5D)
Γενικά, πώς βαθμολογείτε την κατάσταση της υγείας σας	r	1	,768**	,443**	,449**	-,788**	-,679**	-,776**
	p		,000	,000	,000	,000	,000	,000
	n	112	112	112	109	63	82	111
Πως βαθμολογείτε την ικανότητά σας να αυτοεξυπηρείστε	r	,768**	1	,389**	,499**	-,718**	-,600**	-,799**
	p	,000		,000	,000	,000	,000	,000
	n	112	113	113	110	64	83	112
IPAQ	r	,443**	,389**	1	,315**	-,459**	-,440**	-,480**
	p	,000	,000		,001	,000	,000	,000
	n	112	113	113	110	64	83	112
MedDietScore Ποσοστό υιοθέτησης της μεσογειακής διαίτας	r	,449**	,499**	,315**	1	-,395**	-,476**	-,382**
	p	,000	,000	,001		,002	,000	,000
	n	109	110	110	110	62	81	109
Κλίμακα ZDRS (μέσα στο τελευταίο τρίμηνο)	r	-,788**	-,718**	-,459**	-,395**	1	,836**	,835**
	p	,000	,000	,000	,002		,000	,000
	n	63	64	64	62	64	53	63
Κλίμακα STAI	r	-,679**	-,600**	-,440**	-,476**	,836**	1	,800**
	p	,000	,000	,000	,000	,000		,000
	n	82	83	83	81	53	83	82
Αποτίμηση του επιπέδου υγείας (EQ-5D)	r	-,776**	-,799**	-,480**	-,382**	,835**	,800**	1
	p	,000	,000	,000	,000	,000	,000	
	n	111	112	112	109	63	82	112

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Η ισχαιμική καρδιοπάθεια είναι η πρώτη, παγκοσμίως, αιτία θανάτου.⁶ Τα Ο.Σ.Σ., λόγω της συχνότητας και των σοβαρών επιπτώσεών τους στην ποιότητα ζωής, στη νοσηρότητα, και στη θνητότητα των ασθενών, επιτελούν έναν από τους πιο πολύ μελετημένους τομείς της Καρδιολογίας.

Η φαρμακευτική αγωγή, η αναγνώριση και τροποποίηση των παραγόντων κινδύνου, η ενημέρωση του πληθυσμού για τα συμπτώματά τους, τη σημασία της έγκαιρης προσέλευσης στο νοσοκομείο, καθώς και η εξέλιξη βασισμένων σε ενδείξεις θεραπευτικών παρεμβάσεων και η ανάπτυξη νέων τεχνικών, έχουν οδηγήσει στη μείωση των θανάτων από Ο.Σ.Σ.⁷

Παρά τις βελτιώσεις αυτές, η επιβίωση συνεπάγεται νέους κινδύνους για την πορεία της υγείας των πασχόντων, και η αύξηση των ανθρώπων που έχουν υποστεί Ο.Σ.Σ. και έχουν επιβιώσει, οδηγεί και σε αύξηση των μετεμφραγματικών επιπλοκών στον πληθυσμό. Η καρδιακή ανεπάρκεια, της οποίας η εμφάνιση έχει αυξηθεί παράλληλα με τη μείωση της θνησιμότητας μετά από οξύ έμφραγμα⁸ είναι συχνή επιπλοκή, όπως και οι επικίνδυνες αρρυθμίες, το επανέμφραγμα², και οι συνεπαγόμενη κακή ποιότητα ζωής και απώλεια παραγωγικότητας, καθώς και ασθένειες με τις οποίες η στεφανιαία νόσος έχει κοινούς παράγοντες κινδύνου, όπως για παράδειγμα το κάπνισμα, που γνωρίζουμε πως αυξάνει την πιθανότητα για πολλές νεοπλασίες, ή αποτελεί μία από τις πολλές εκφάνσεις της, όπως η καρωτιδική στένωση και το ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Σύμφωνα με μελέτη 73.000 ατόμων που εισήχθησαν με διάγνωση Ο.Σ.Σ., χωρίς ιστορικό αγγειοεγκεφαλικής νόσου, ο κίνδυνος αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου είναι υψηλότερος σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό, ειδικότερα σε ασθενείς με STEMI και NSTEMI έμφραγμα⁹, και μάλιστα ανεξάρτητα από γνωστούς παράγοντες κινδύνου καρδιακού τραύματος¹⁰.

Η ανάλυση των δεδομένων έδειξε ότι οι γυναίκες βιώνουν υψηλότερης έντασης κατάθλιψη και χαμηλότερα τη γενική κατάσταση υγείας τους

Οι γυναίκες, όταν πάσχουν από κατάθλιψη, σκέφτονται συχνά γι αυτό το θέμα. Οι σκέψεις περιλαμβάνουν κλάμα, συναισθηματική ένταση, προσπάθεια να καταλάβουν γιατί είναι σε κατάθλιψη, ή συζήτηση με φίλους. Ωστόσο, ο συλλογισμός γύρω από το θέμα φαίνεται να διατηρεί την κατάθλιψη, κάνοντας την κατάσταση ολοένα και χειρότερα. Σε αντίθεση με το ανδρικό φύλο που τείνει να

αποσπά την προσοχή του από την κατάθλιψη. Αυτή η τακτική συμβάλλει στην εξαφάνιση της κατάθλιψης.⁹⁰

Μερικές μελέτες δείχνουν ότι οι γυναίκες έχουν περισσότερες πιθανότητες από τους άνδρες να αναπτύξουν κατάθλιψη προερχόμενη από άγχος. Επιπλέον, το γυναικείο φύλο αποκρίνεται στο άγχος διαφορετικά, παράγοντας περισσότερες ορμόνες του στρες από τους άνδρες και η γυναικεία ορμόνη προγεστερόνη εμποδίζει το ορμονικό σύστημα του στρες να σταματήσει να λειτουργεί. Επίσης, διάφορες κοινωνικές αιτίες ευθύνονται για την κατάθλιψη στις γυναίκες. Αυτές μπορεί να περιλαμβάνουν οικογενειακά ή προβλήματα σχέσεων, όπως εξισορρόπηση των πιέσεων της καριέρας και της ζωής στο σπίτι, οικογενειακών υποχρεώσεων όπως η φροντίδα για τα παιδιά, τον σύζυγο, ή τους ηλικιωμένους γονείς, τη διάκριση στο χώρο εργασίας, τη συνταξιοδότηση και τα επίμονα οικονομικά προβλήματα.⁹¹

Στην παρούσα μελέτη τα άτομα που ασχολούνταν με τα οικιακά βίωναν εντονότερη κατάθλιψη. Υπάρχει η θεωρία ότι οι γυναίκες που γίνονται νοικοκυρές και μητέρες θεωρούν ότι ο ρόλος τους υποτιμάται από την κοινωνία και αισθάνονται ότι δεν έχουν εναλλακτικούς τρόπους για να αυτοπροσδιοριστούν.

Αρκετοί ερευνητές, αντίθετα, υποστηρίζουν ότι μπορεί να μην υπάρχει πραγματική διαφορά μεταξύ των ανδρών και των γυναικών. Μερικοί ακόμα πιστεύουν ότι μπορεί στην πραγματικότητα οι γυναίκες να ζητούν βοήθεια συχνότερα από τους άνδρες ή να αναφέρουν τα συμπτώματά τους με διαφορετικό τρόπο, που να οδηγεί στη διάγνωση συχνότερα από τους άνδρες. Ωστόσο, άλλες μελέτες έχουν απορρίψει τις θεωρίες αυτές και τονίζουν πως οι γυναίκες αντιμετωπίζουν σε μεγαλύτερο ποσοστό το πρόβλημα της κατάθλιψης.⁹⁰

Από τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων βρέθηκε ότι οι ασθενείς που δήλωσαν ότι δεν έχουν νοσηλευτεί κατά την τελευταία δεκαετία ανέφεραν υψηλότερα επίπεδα φυσικής δραστηριότητας σε σχέση με εκείνους που είχαν νοσηλευτεί. Επίσης, εκείνοι που έχουν καλή και πολύ καλή ικανότητα να αυτοεξυπηρετούνται δήλωσαν υψηλότερα επίπεδα φυσικής δραστηριότητας από εκείνους που είχαν κακή και μέτρια ικανότητα αυτοεξυπηρέτησης, καθώς και οι ασθενείς που βαθμολόγησαν την κατάσταση της υγείας τους ως καλή και πολύ καλή δήλωσαν επίσης υψηλότερα επίπεδα φυσικής δραστηριότητας από εκείνους που βαθμολόγησαν την κατάσταση της υγείας τους ως κακή και μέτρια. Όμως, η συσχέτιση αυτή μεταξύ των μεταβλητών δε μπορεί να θεωρηθεί ότι έχει αιτιακό

χαρακτήρα, καθώς είναι πιθανό να συμβάλει η καλή κατάσταση υγείας στη διάθεση και στη δυνατότητα των ασθενών να έχουν περισσότερη φυσική δραστηριότητα, όσο και το να συμβάλει η φυσική δραστηριότητα στην καλυτέρευση της κατάστασης της υγείας των ασθενών. Παράδειγμα της αλληλεπίδρασης αυτής αποτελεί έρευνα από τη Σουηδία με 161 ασθενείς οι οποίοι έπασχαν από φλεγμονή των αρθρώσεων, η οποία περιόριζε κατά πολύ την κινητικότητα τους. Όταν ακολούθησαν ειδικά σχεδιασμένο πρόγραμμα αποκατάστασης τεσσάρων εβδομάδων, αυξήθηκε η βαθμολογία τους τόσο στο IPAQ όσο και στο EQ5D.⁷⁸

Εξετάστηκαν όλοι οι παράγοντες του EQ5D με το IPAQ και σε κάθε περίπτωση ήταν υψηλότερη η δραστηριότητα για τους ασθενείς που δε δήλωσαν να βιώνουν επί του παρόντος προβλήματα με την κατάσταση της υγείας τους σε καμία από τις πέντε διαστάσεις που μετρά το EQ5D. Έρευνα στην Κορέα με 9689 συμμετέχοντες που χρησιμοποίησε τα ίδια αυτά εργαλεία, και αφού έλεγξε ως προς διάφορες μεταβλητές που θα μπορούσαν να επηρεάζουν το αποτέλεσμα όπως το φύλο, η ηλικία και το στρες, βρήκε πως η φυσική δραστηριότητα συσχετιζόταν με την ποιότητα της ζωής που σχετίζεται με την υγεία. Η ομάδα υψηλής φυσικής δραστηριότητας βάσει του IPAQ είχε καλύτερη ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία βάσει του EQ5D.^{79,80}

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υπάρχει αρνητική συσχέτιση μεταξύ της ικανότητας για αυτοεξυπηρέτηση και της γενικής κατάστασης υγείας των συμμετεχόντων με την ένταση του άγχους και της κατάθλιψης. Προηγούμενη έρευνα στην Ελλάδα με σύνολο 1955 υγιών συμμετεχόντων ακολούθησε μακροχρόνια την πορεία της υγείας τους και της φυσικής τους δραστηριότητας σε διάστημα πενταετίας και βρήκε ότι το άγχος και η κατάθλιψη ήταν ανάμεσα στους σημαντικότερους προβλεπτικούς παράγοντες για την πτώση της φυσικής δραστηριότητας κατά τη διάρκεια του διαστήματος που εξετάστηκε.⁸¹

Στατιστικά σημαντική βρέθηκε επίσης η διαφορά μεταξύ επιπέδων φυσικής δραστηριότητας για τις κατηγορίες άγχους/ κατάθλιψης του EQ5D. Συγκεκριμένα, οι ασθενείς με χαμηλό επίπεδο φυσικής δραστηριότητας δήλωσαν ότι αισθάνονται μέτριο άγχος ή κατάθλιψη, ενώ οι ασθενείς με μέσο και υψηλό επίπεδο φυσικής δραστηριότητας δήλωσαν ότι δεν αισθάνονται άγχος ή κατάθλιψη. Έρευνα στην Τουρκία με 2268 γυναίκες που είχαν νοσηλευτεί λόγω καρδιαγγειακών παθήσεων βρήκε ότι υπήρχε συσχέτιση μεταξύ φυσικής δραστηριότητας και άγχους/

κατάθλιψης. Επίσης, βρήκε ότι όλες οι μεταβλητές αυτές ήταν χαμηλότερες κατά μέσο όρο συγκριτικά με γυναίκες από την Ευρώπη.⁸²

Εξετάστηκε το κατά πόσον επηρεάζει θετικά τους παραμέτρους που εξετάζει η μελέτη με την εφαρμογή κάποιας ειδικής δίαιτας και βρέθηκε ότι επηρεάζει θετικά τις παραμέτρους γενική κατάσταση υγείας, υιοθέτηση μεσογειακής διατροφής, την αποτίμηση του επιπέδου υγείας, όπως και έχουν χαμηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης. Για τη συσχέτιση αυτή μπορούν να προταθούν δύο πιθανές εξηγήσεις. Πρώτον, ίσως οι ασθενείς με υψηλά κίνητρα στη βελτίωση της υγείας είναι πιθανότερο να υιοθετήσουν το σύνολο των οδηγιών που τους έχουν δοθεί για να επιτύχουν το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα, και οι οδηγίες αυτές συμπεριλαμβάνουν τόσο διατροφικούς κανόνες όσο και προτάσεις για αυξημένη φυσική δραστηριότητα.⁸³ Η δεύτερη εξήγηση, η οποία δεν αποκλείει την πρώτη, είναι πως η συσχέτιση μεταξύ δίαιτας και δραστηριότητας προέρχεται από τις ευεργετικές ιδιότητες της μεσογειακής διατροφής, η οποία έχει βρεθεί πως προσφέρει αυξημένα επίπεδα ενέργειας και ευεξίας βάσει των ίδιων μηχανισμών οι οποίοι συνεισφέρουν στην προστασία ενάντια στις καρδιαγγειακές επιπλοκές.
73,84

Η σύγκριση του BMI με τις κλίμακες άγχους και κατάθλιψης έδειξε πως οι παχύσαρκοι ασθενείς αισθάνονται μεγαλύτερο άγχος, με στατιστικά σημαντική διαφορά, ενώ όσοι είχαν σταθερό βάρος τα τελευταία 10 χρόνια, βαθμολογούσαν καλύτερα την κατάσταση της υγείας τους και υιοθετούσαν σε υψηλότερο βαθμό τη μεσογειακή διατροφή. Στα πλαίσια της μελέτης ATTICA εξετάστηκαν 853 ενήλικες χωρίς ιστορικό καρδιαγγειακών παθήσεων σε διάστημα δεκαετίας και βρέθηκε ότι τόσο το άγχος όσο και η κατάθλιψη αποτελούσαν προβλεπτικούς παράγοντες για την εμφάνιση καρδιαγγειακών νοσημάτων, με την κατάθλιψη να τετραπλασιάζει την πιθανότητα εμφάνισης τους. Το εύρημα συνάδει με τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής για τη συσχέτιση μεταξύ χειρότερης κατάστασης υγείας και υψηλής βαθμολογίας στις κλίμακες άγχους και κατάθλιψης.⁸⁵

Επιπρόσθετα, έγιναν συγκρίσεις μεταξύ των ομάδων αυτοεκτίμησης της αυτοεξυπηρέτησης και της κατάστασης υγείας του ασθενή και των κλιμάκων STAI και ZDRS και σε κάθε περίπτωση οι ασθενείς που βαθμολόγησαν την ικανότητα εξυπηρέτησης τους και την κατάσταση της υγείας τους καλή ως πολύ καλή είχαν χαμηλότερη βαθμολογία στις κλίμακες και άρα καλύτερη ψυχολογική κατάσταση από τους ασθενείς που θεωρούσαν την αυτοεξυπηρέτηση και την κατάσταση της

υγείας τους κακή ως μέτρια. Παρόμοια αποτελέσματα βρέθηκαν σε έρευνα στην Ιταλία η οποία χρησιμοποίησε τα ίδια εργαλεία με 248 ασθενείς που βρίσκονταν σε αποκατάσταση έπειτα από νοσηλεία λόγω καρδιαγγειακής πάθησης, στην οποία οι ασθενείς που δήλωσαν απουσία προβλημάτων βάσει του EQ5D βρίσκονταν εντός των υγιών ορίων στις κλίμακες άγχους και κατάθλιψης.⁸⁶

Τέλος, δε βρέθηκαν σημαντικές διαφορές στην ψυχολογική κατάσταση των ασθενών σύμφωνα με το αν είχαν ή όχι υπέρταση ή αυξημένες τιμές λιπιδίων. Επίσης, δε βρέθηκαν διαφορές σύμφωνα με το αν είχαν ή όχι πρόβλημα με τη φαρμακευτική τους αγωγή. Βρέθηκε, όμως, ότι οι καπνιστές είχαν υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα STAI από τους μη καπνιστές.

Από τη σύγκριση του βαθμού εξάρτησης αυτών των ασθενών με την ένταση του βιωμένου άγχους τους βρέθηκε θετική συσχέτιση με στατιστικά σημαντική διαφορά εύρημα που συμφωνεί με άλλες μελέτες όπου αναφέρουν ότι, εκτός από τη θετική ενέργεια που δίνει η νικοτίνη, δηλαδή, την ικανοποίηση που παίρνει το άτομο όταν καπνίζει, τα συμπτώματα στέρησης και την έντονη επιθυμία για κάπνισμα, υπάρχουν και δευτερεύουσες δράσεις της νικοτίνης και της χρήσης καπνού που συμβάλλουν στη συνέχιση του καπνίσματος και στην υποτροπή του καπνίσματος, όπως είναι η αλλαγή στη διάθεση δηλαδή, η ελάττωση των αρνητικών αισθημάτων, η ελάττωση του άγχους, ο έλεγχος του βάρους και η καλύτερη συγκέντρωση. Διάφορες καταστάσεις μπορεί να πυροδοτήσουν ξανά την ανάγκη για κάπνισμα, ακόμη και μετά από μεγάλες περιόδους αποχής. Αυτές μπορεί να σχετίζονται με την εξατομικευμένη ανάγκη για έλεγχο της αύξησης βάρους, έλεγχο ψυχιατρικών διαταραχών, αλλαγής της διάθεσης ή ελάττωσης του άγχους και καταστάσεων χρόνιου πόνου. Αυτές οι δευτερεύουσες δράσεις της νικοτίνης μπορούν να αποτελέσουν άλλον ένα στόχο των φαρμακευτικών παρεμβάσεων.⁹²

Επί πλέον η εξάρτηση του ατόμου και η ανάγκη του αμέσως μετά το πρωινό ξύπνημα για τσιγάρο έγκειται στο γεγονός ότι με κάθε εισπνοή, υψηλή συγκέντρωση νικοτίνης φτάνει στο αρτηριακό αίμα και μέσα σε 10-16 δευτερόλεπτα φτάνει στον εγκέφαλο, ταχύτερα και από την ενδοφλέβια έγχυσή της. Εκεί ενεργοποιεί τους νικοτινικούς υποδοχείς της ακετυλοχολίνης και επάγει την απελευθέρωση ντοπαμίνης, που πιστεύεται ότι προκαλεί το αρχικό αίσθημα ευφορίας του καπνιστή. Παρόμοια δράση έχουν και κάποιες άλλες ουσίες, όπως η αμφεταμίνη και η κοκαΐνη. Η νικοτίνη αποτελεί έναν ψυχοκινητικό διεγέρτη και γι'

αυτό στους νέους καπνιστές αυξάνει τα αντανεκλαστικά και βελτιώνει το επίπεδο συγκέντρωσης και χαλάρωσης.

Ο ίδιος ο καπνιστής, ως άμεση συνέπεια του καπνίσματος αναφέρει τόνωση ή ηρεμία (ανάλογα με την αρχική ποσότητα νικοτίνης και την αρχική κατάσταση του οργανισμού), αύξηση της προσοχής και βελτίωση της μνήμης, υποχώρηση του αισθήματος του πόνου και της πείνας, ευκολότερη κένωση και ανακούφιση από το άγχος. Στην πραγματικότητα, η βίωση των ευχάριστων συνεπειών που αναφέρουν οι καπνιστές μετά το άναμμα του τσιγάρου, συνδέεται με την εξάρτηση από τη νικοτίνη. Η νικοτίνη δίνει την ψευδαίσθηση ότι χαλαρώνει και βοηθάει στη συγκέντρωση διότι απομακρύνει τις δυσάρεστες αισθήσεις που βιώνει ο οργανισμός από την έλλειψή της. Όταν η νικοτίνη στο αίμα πέφτει σε χαμηλά επίπεδα εμφανίζονται τα συμπτώματα στέρησης και ο καπνιστής αισθάνεται νευρικότητα και άγχος. Καπνίζοντας, αυξάνονται τα επίπεδα νικοτίνης, μειώνεται η νευρικότητα και το άγχος. Επομένως, το κάπνισμα είναι ο τρόπος που ικανοποιείται ο εθισμός στη νικοτίνη και η απόλαυση που δημιουργείται είναι αποτέλεσμα αυτού του εθισμού.⁹³

Όμως, σύντομα αναπτύσσεται ανοχή και γι' αυτό οι χρόνιοι καπνιστές δεν έχουν αυτά τα πλεονεκτήματα και αρχίζουν τα συμπτώματα στέρησης τα οποία εκδηλώνονται 4-12 ώρες από το τελευταίο τσιγάρο και τα πιο συχνά είναι ευερεθιστότητα, ανησυχία, καταθλιπτική διάθεση, αδυναμία συγκέντρωσης, αυξημένη όρεξη, διαταραχές του ύπνου και έντονη επιθυμία για κάπνισμα. Αυτά τα συμπτώματα ξεκινούν μέσα σε λίγες ώρες από το τελευταίο τσιγάρο και φτάνουν στο μέγιστο της έντασής τους την πρώτη εβδομάδα της αποχής. Συνήθως λύνονται μέσα σε 3-4 εβδομάδες, όμως η αυξημένη όρεξη παραμένει για μήνες. Η έντονη επιθυμία για κάπνισμα, επίσης μπορεί να διαρκέσει επί μήνες και το αναμενόμενο ποσοστό επιτυχούς διακοπής καπνίσματος μετά ένα χρόνο είναι 15-35%, αντίστοιχο δηλαδή με αυτό άλλων εξαρτήσεων. Ο βαθμός εξάρτησης από τη νικοτίνη εκτιμάται με τη βοήθεια του ερωτηματολογίου Fagerstrom, το οποίο χρησιμοποιήθηκε και για το σκοπό της παρούσας έρευνας.

Άλλες μελέτες αναφέρουν ότι τα εθισμένα στη νικοτίνη άτομα, όταν προβούν στη διακοπή του καπνίσματος βιώνουν έντονο άγχος και κατάθλιψη. Τα συμπτώματα στέρησης μπορούν να περιλαμβάνουν έντονη επιθυμία για καπνό, αυξημένο βήχα, δυσφορία ή κατάθλιψη, αϋπνία, εκνευρισμό, απογοήτευση ή θυμό, άγχος, δυσκολία στη συγκέντρωση, ανησυχία, χαμηλότερο καρδιακό ρυθμό,

αυξημένη όρεξη ή επιθυμία για γλυκά, αύξηση βάρους. Συνεπώς, το κάπνισμα φαίνεται ότι έχει τόσο οξείες όσο και χρόνιες ιδιότητες έξαρσης της διάθεσης και η διακοπή του καπνίσματος επιφέρει συμπτώματα απόσυρσης στα οποία περιλαμβάνονται η καταθλιπτική διάθεση και η ευερεθιστότητα.

Το εύρημα ότι η νικοτίνη έχει σε ένα βαθμό δραστηριότητα αντικαταθλιπτικού τύπου, όπως διαπιστώθηκε και από τα ευρήματα της παρούσας μελέτης, εξηγείται από το γεγονός ότι η μακροπρόθεσμη αντικαταθλιπτική δραστηριότητα οποιουδήποτε φαρμάκου φαίνεται ότι εξαρτάται από την ικανότητά του να διαμορφώνει αλλαγές στις οδούς της ντοπαμίνης, της νορεπινεφρίνης και της σεροτονίνης. Όπως αναφέρθηκε, η ενεργοποίηση των νικοτινικών υποδοχέων αυξάνει την αποδέσμευση και των τριών αυτών νευροδιαβιβαστών.⁹³

Έγινε έλεγχος συσχετίσεων μεταξύ των κλιμάκων STAI, ZDRS και των διατροφικών συνηθειών. Βρέθηκε ότι όσο χαμηλότερη ήταν βαθμολογία και στις δύο κλίμακες, τόσο υψηλότερο ήταν το ποσοστό υιοθέτησης της μεσογειακής δίαιτας

Έρευνα στην Ελλάδα με 853 συμμετέχοντες βρήκε ότι η υιοθέτηση της μεσογειακής δίαιτας οδηγούσε στην αναφορά από τους συμμετέχοντες περισσότερων θετικών συναισθημάτων και λιγότερου άγχους-ανησυχίας που με τη σειρά τους δρούσαν ευεργετικά στην αποφυγή εμφάνισης καρδιαγγειακών επιπλοκών μακροπρόθεσμα.⁸⁷ Επίσης, δεύτερη έρευνα από την Ελλάδα με 500 ασθενείς καρδιαγγειακών νοσημάτων και 500 μάρτυρες βρήκε ότι υπήρχε αλληλεπίδραση μεταξύ υιοθέτησης της μεσογειακής δίαιτας και παρουσίας άγχους και κατάθλιψης ως προς την εμφάνιση καρδιαγγειακών επιπλοκών.⁸⁸

Επιπλέον, βρέθηκε ότι οι ασθενείς που βρίσκονταν επί του παρόντος σε ειδική δίαιτα είχαν χαμηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα κατάθλιψης και άρα βρίσκονταν σε καλύτερη ψυχολογική κατάσταση, αλλά και βαθμολογούσαν καλύτερα τη συνολική κατάσταση της υγείας τους.

Πειραματική έρευνα στην Ισπανία με 45 συμμετέχοντες βρήκε ότι η υιοθέτηση της μεσογειακής δίαιτας προσφέρει βελτίωση διαφόρων ψυχολογικών παραγόντων όπως το αίσθημα ενέργειας και ευεξίας καθώς και συναισθηματικούς και κοινωνικούς παράγοντες, όλα εκ των οποίων δρουν προστατευτικά ενάντια στο άγχος και την κατάθλιψη.⁸⁹

ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα κατά τη συλλογή των δεδομένων ήταν το μέγεθος του ερωτηματολογίου. Λόγω της έκτασής του, δεν ήταν λίγες οι φορές που οι συμμετέχοντες, λόγω περιορισμένου χρόνου και κόπωσης, δε μπορούσαν ή δεν επιθυμούσαν να απαντήσουν σε όλες τις ερωτήσεις.

Πολύ συχνά υπήρχε δυσκολία στην ανεύρεση των ασθενών, καθώς τα στοιχεία τους είτε ήταν λανθασμένα, είτε δεν απαντούσαν στις κλήσεις. Η τηλεφωνική επικοινωνία αντιμετωπιζόταν με κάποια δυσπιστία, με αποτέλεσμα κάποιοι από όσους εντοπίστηκαν να αρνηθούν να απαντήσουν, ή να μην δίνουν πλήρεις απαντήσεις.

Η φύση της επικοινωνίας με όσους απάντησαν ήταν τέτοια που κάποια άτομα με μειωμένη ακοή είχαν ιδιαίτερη δυσχέρεια στη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Η προχωρημένη ηλικία αρκετών εξ αυτών, καθώς και συνοσηρότητες, είχαν ως αποτέλεσμα να μη γνωρίζουν ή να μη μπορούν να θυμηθούν στοιχεία του ιστορικού τους ή/και την ονομασία των φαρμακευτικών σκευασμάτων που τους έχουν συνταγογραφηθεί, ενώ είχαν δυσκολία και στην ανάγνωση των τελευταίων.

Ορισμένες φορές απαντούσαν μεν, αλλά όχι με την απαραίτητη σαφήνεια, είτε οι απαντήσεις τους σε ερωτήσεις που ουσιαστικά επαναλαμβάνονταν ήταν αντικρουόμενες.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Πρωταρχικός σκοπός αυτής της έρευνας ήταν η διερεύνηση της μακροχρόνιας νοσηρότητας πληθυσμού που αναρρώνει από οξύ στεφανιαίο σύνδρομο, και την επίπτωση της σωματικής δραστηριότητας στην κλινική πορεία τους. Το δείγμα συλλέχθηκε από την βάση ασθενών της επιδημιολογικής έρευνας GREEKS. Από τους 150 ασθενείς που προσεγγίστηκαν, οι 113 βρίσκονταν εν ζωή και συμμετείχαν στην έρευνα με τηλεφωνικές συνεντεύξεις. Βρέθηκε ότι η κατάσταση της υγείας των ασθενών συσχετίστηκε σημαντικά με το επίπεδο φυσικής τους δραστηριότητας και ψυχολογικούς παράγοντες όπως το άγχος και η κατάθλιψη. Επίσης, ότι το επίπεδο φυσικής δραστηριότητας συσχετίστηκε σημαντικά με ψυχολογικούς παράγοντες όπως το άγχος και η κατάθλιψη και τις διατροφικές συνήθειες των ασθενών. Τέλος, ότι οι διατροφικές συνήθειες των ασθενών συσχετίστηκαν σημαντικά με ψυχολογικούς παράγοντες όπως το άγχος και η κατάθλιψη. Φαίνεται πως υπάρχει σημαντική αλληλεπίδραση μεταξύ της φυσικής δραστηριότητας, της ψυχολογικής ευεξίας και της υιοθέτησης της μεσογειακής δίαιτας καθώς και πως οι τρεις αυτοί παράγοντες, τόσο μαζί αλλά και ανεξάρτητα, επηρεάζουν τη συνολική κατάσταση της υγείας του ατόμου αλλά και επηρεάζονται από αυτήν. Από την έρευνα αυτή σχηματίζεται η εντύπωση ενός πολυεπίπεδου συστήματος αλληλένδετων μεταβλητών που δύναται να καθορίσει σε μη ευκαταφρόνητο βαθμό την κλινική πορεία του ασθενή που αναρρώνει από καρδιαγγειακά νοσήματα. Ορισμένες από τις μεταβλητές που εμπλέκονται, όπως η δίαιτα και η φυσική δραστηριότητα, είναι ευκολότερο να ελεγχθούν από το ίδιο το άτομο σε σχέση με άλλες όπως η ψυχολογική κατάσταση. Μια ενσυνείδητη μεταστροφή του ασθενή προς το θετικότερο στις μεταβλητές αυτές, λοιπόν, μπορεί να θέσει σε κίνηση ολόκληρο το σύστημα που θα έχει ως αποτέλεσμα σημαντικές θετικές επιδράσεις στη συνολική υγεία και ευεξία του ατόμου.

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΥΘΥΝΟΜΕΝΟΙ ΓΙΑ ΤΗ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΚΑΙ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΟΞΥ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Οι ασθενείς που έχουν υποστεί οξύ στεφανιαίο σύνδρομο έχουν υψηλότερη νοσηρότητα και θνητότητα σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό. Η αλλαγή του τρόπου ζωής, και η εστίαση στους τροποποιήσιμους παράγοντες κινδύνου για στεφανιαία νόσο μειώνουν την επανεμφάνιση ή επιδείνωση των συμπτωμάτων της νόσου. Η άσκηση και η βελτίωση της φυσικής κατάστασης έχει ως αποτέλεσμα τις μειωμένες ανάγκες σε O₂, την αύξηση της ηλεκτρικής σταθερότητας και της αποτελεσματικότητας του μυοκαρδίου, την αύξηση της HDL χοληστερόλης με μείωση των τριγλυκεριδίων, του σωματικού βάρους και της αρτηριακής πίεσης.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση της σχέσης της φυσικής δραστηριότητας στη μακροχρόνια νοσηρότητα και θνητότητα των ασθενών με οξύ στεφανιαίο σύνδρομο

Υλικό & Μέθοδος: Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 150 ασθενείς που νοσηλεύτηκαν για OEM στο Γ.Ν.Α. «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ» κατά το χρονικό διάστημα 2007-2008 συμμετείχαν στη μελέτη GREEKS. Για τη συλλογή των στοιχείων χρησιμοποιήθηκε το «Ερωτηματολόγιο 10ετούς παρακολούθησης 2003 – 2013» της επιδημιολογικής μελέτης GREEKS και τα στοιχεία συλλέχθηκαν με τηλεφωνική επικοινωνία με τους ασθενείς. Η στατιστική ανάλυση έγινε με το στατιστικό πακέτο SPSS-22 και εφαρμόστηκαν οι στατιστικές δοκιμασίες t-test, anova, Pearson Correlation και χ^2 -test. Το επίπεδο σημαντικότητας τέθηκε στο $p < 0,05$.

Αποτελέσματα: Από τους 150 ασθενείς της μελέτης το 82,75 ήταν άνδρες και το 24,7% είχε αποβιώσει μεταξύ των ετών 2007-2015 από καρδιαγγειακή αιτιολογία σε ποσοστό 65,5%. Βρέθηκε στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση της δραστηριότητας με την αναφερόμενη από τους ασθενείς επανεισαγωγή στο νοσοκομείο ($p < 0,001$) και με την ένταση του άγχους και της κατάθλιψης, ($p < 0,001$), αντίστοιχα. Επίσης, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική θετική σχέση της δραστηριότητας και της υιοθέτησης της μεσογειακής διατροφής ($p = 0,001$) και καλύτερη αυτοαναφερόμενη κατάσταση υγείας ($p < 0,001$). Δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά των επιπέδων της φυσικής δραστηριότητας και των

συννοσηροτήτων, της φαρμακευτικής αγωγής, και του Δείκτη Μάζας Σώματος, ($p>0,05$).

Συμπεράσματα: Υψηλότερης έντασης σωματική δραστηριότητα σχετίζεται με μειωμένη μακροχρόνια νοσηρότητα, βελτιωμένη κατάσταση σωματικής και ψυχικής υγείας, και μεγαλύτερη συμμόρφωση σε διατροφικές συνήθειες που μειώνουν τη νοσηρότητα και θνητότητα μετά από Οξύ Στεφανιαίο Σύνδρομο.

FACTORS RESPONSIBLE FOR THE PHYSICAL AND EMOTIONAL HEALTH OF PATIENTS FOLLOWING ACUTE CORONARY SYNDROME

SUMMARY

Objective: Patients with history of Acute Coronary Syndrome (A.C.S.) have higher morbidity and mortality rates than the general population. Lifestyle changes and focus on modifiable risk factors for coronary heart disease reduce the recurrence or the worsening of its symptoms. Physical activity and higher fitness levels result in lower O₂ myocardial needs, higher electrical stability and efficiency of the myocardium, increased HDL cholesterol, and reduced triglycerides levels, body weight and blood pressure

Aim: The aim of the study was to evaluate the impact of physical activity at the physical and psychological health of patients with history of A.C.S..

Methods: Communication via telephone with patients that participated in the GREEKS study and were hospitalized at Ippokrateio G.H.A. with the diagnosis of A.C.S. during the years 2007-2008. Anthropometric data, information regarding medical history, dietary and smoking habits, the level of physical activity, and dietary, psychological evaluation and health level self evaluation data were collected. Descriptive statistical analysis was conducted, as well as study of correlation of physical activity levels and the data mentioned above, at a level of significance $\alpha=0,05$ (SPSS 21.0).

Results: Communication was successful with 150 patients. Of those, 37 (24,7%) died between the years +2007-2015, with cardiovascular disease being the cause for the majority of deaths. Statistically significant negative correlation of physical activity and patient reported rehospitalization was observed, with no statistically significant difference in its cause. Additionally, statistically significant positive correlation of physical activity and Mediterranean diet adherence ($p=0,001$), better self reported health condition ($p<0,001$), better scores at the depression and health scales ($p<0,001$) was found. No statistically significant difference was observed between the levels of physical activity and comorbidities, pharmaceutical treatments, and Body Mass Index.

Conclusion: Higher levels of physical activity are correlated with decreased long term morbidity, improved physical and mental health, and better adherence to dietary habits that reduce morbidity and mortality following an episode of A.C.S..

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Στεφανάδης Χ. Χρόνια Στεφανιαία Νόσος. In: ΣτεφανάδηςΧ, ed. by. Παθήσεις της καρδιάς. 2nd ed. Αθήνα: Π.Χ. Πασχαλίδης; 2009. p. 183-255.
2. Τσιάμης Ε., Στεφανάδης Χ. Οξέα ισχαιμικά σύνδρομα με ανάσπαση του διαστήματος ST. In: Στεφανάδης Χ, ed. by. Παθήσεις της καρδιάς. 2nd ed. Αθήνα: Π.Χ. Πασχαλίδης; 2009. p. 255-297
3. Τούτουζας Κ., Στεφανάδης Χ. Οξέα ισχαιμικά σύνδρομα χωρίς ανάσπαση του ST. In: Στεφανάδης Χ, ed. by. Παθήσεις της καρδιάς. 2nd ed. Αθήνα: Π.Χ. Πασχαλίδης; 2009. p. 298-336.
4. Kim M, Kini A, Fuster V. Ορισμοί οξέων στεφανιαίων συνδρόμων. In: Fuster V, Alexander W, O'Rourke R, ed. by. Ηκαρδιά. 11th ed. Αθήνα: Π.Χ. Πασχαλίδης; 2010. p. 1729-1740.
5. Shah P., Chyu K. Ασταθής στηθάγχη. In: Crawford M, ed. by. Σύγχρονη καρδιολογία διάγνωση και θεραπεία. 3rd ed. Αθήνα: Π.Χ. Πασχαλίδης; 2009. p. 59-75.
6. World Health Organization. The 10 leading causes of death in the world, 2000 and 2012 [Internet]. WHO; 2014. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/>.
7. Jernberg T. Association Between Adoption of Evidence-Based Treatment and Survival for Patients With ST-Elevation Myocardial Infarction. JAMA [Internet]. 2011 [cited 5 August 2016];305(16):1677. Available from: <http://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/899417>
8. Velagaleti R, Pencina M, Murabito J, Wang T, Parikh N, D'Agostino R et al. Long-Term Trends in the Incidence of Heart Failure After Myocardial Infarction. Circulation [Internet]. 2008 [cited 5 August 2016];118(20):2057-2062. Available from: <http://circ.ahajournals.org/content/118/20/2057>
9. Yaghi S, Pilot M, Song C, Blum C, Yakhkind A, Silver B et al. Ischemic Stroke Risk After Acute Coronary Syndrome. Journal of the American Heart Association [Internet]. 2016 [cited 8 August 2016];5(7):e002590. Available from: <http://jaha.ahajournals.org/content/5/7/e002590.long>
10. Yaghi S, Pilot M, Blum C, Silver B, Furie K, Elkind M et al. Long Term Risk of Ischemic Stroke After Acute Coronary Syndrome [Internet].

- Stroke.ahajournals.org. 2016 [cited 8 August 2016]. Available from: http://stroke.ahajournals.org/content/47/Suppl_1/AWP182).
11. Οργάνωση των υπηρεσιών πρόληψης στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. In: Handler C., Coghlan G., ed. by. Πρόληπτικήκαρδιολογία. 1st ed. Αθήνα: Π.Χ. Πασχαλίδης; 2010. p 31-43
 12. Mozaffarian D, Benjamin E, Go A, Arnett D, Blaha M, Cushman M et al. Heart Disease and Stroke Statistics—2016 Update. Circulation [Internet]. 2015 [cited 20 September 2016];133(4):e38-e360. Available from: http://www.heart.org/idc/groups/ahamah-public/@wcm/@sop/@smd/documents/downloadable/ucm_480086.pdf
 13. VasanR., BenjaminE., SullivanL., D'AgostinoR. Η επιβάρυνση από τη διεθνή αύξηση της συχνότητας των καρδιαγγειακών παθήσεων. In: Fuster V, Alexander W, O'Rourke R, ed. by. Ηκαρδιά. 11th ed. Αθήνα: Π.Χ. Πασχαλίδης; 2007. p. 23-62
 14. PiepoliM., Corra U., Frederix I., Prescott E., Schmid J. SECONDARY PREVENTION AFTER MYOCARDIAL INFARCTION: Key messages [Internet]. European Society of Cardiology; 2015 [cited 11 August 2016]. Available from: http://www.escardio.org/static_file/Escardio/Medias/associations/european-association-for-cardiovascular-prevention-and-rehabilitation/SPMI-key-recommendations-web.pdf
 15. Law M, Watt H, Wald N. The Underlying Risk of Death After Myocardial Infarction in the Absence of Treatment. Archives of Internal Medicine [Internet]. 2002 [cited 23 September 2006];162(21):2405. Available from: <http://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/214413>
 16. Rothwell P, Fowkes F, Belch J, Ogawa H, Warlow C, Meade T. Effect of daily aspirin on long-term risk of death due to cancer: analysis of individual patient data from randomised trials. The Lancet. 2011;377(9759):31-41
 17. Wald N. A strategy to reduce cardiovascular disease by more than 80%. BMJ. 2003;326(7404):1419-0.
 18. Freemantle N, Cleland J, Young P, Mason J, Harrison J. beta Blockade after myocardial infarction: systematic review and meta regression analysis. BMJ. 1999;318(7200):1730-1737..

19. LaRosa J, He J, Vupputuri S. Effect of Statins on Risk of Coronary Disease. JAMA. 1999;282(24):2340..
20. Pfeffer M, McMurray J, Velazquez E, Rouleau J, Køber L, Maggioni A et al. Valsartan, Captopril, or Both in Myocardial Infarction Complicated by Heart Failure, Left Ventricular Dysfunction, or Both. New England Journal of Medicine. 2003;349(20):1893-1906.
21. Mehta RH, Eagle KA. Secondary prevention in acute myocardial infarction. BMJ. 1998, 316 (7134): 838-842.
22. Henri H.,Rudd P. Hypertension: context and management. In: Topol E, ed. by. Textbook of cardiovascular medicine. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2007. p. 88-108.)
23. Τσιούφης Κ. Αρτηριακή υπέρταση. In: Στεφανάδης Χ, ed. by. Παθήσεις της καρδιάς. 2nd ed. Αθήνα: Π.Χ. Πασχαλίδης; 2009. p. 381-454.
24. Αδαμόπουλος Π. Υπέρταση. 2nd ed. Αθήνα: Παρισιάνου; 2002. p 1-20
25. Victor, R. Hypertention: mechanisms and diagnosis. In: Braunwald E., Bonow R., Mann D., Zippes D., Libby P., ed. by. Braunwald's heart disease. 9st ed. Philadelphia: Saunders; 2012. p. 935-954
26. Pedrinelli R, Ballo P, Fiorentini C, Denti S, Galderisi M, Ganau A et al. Hypertension and acute myocardial infarction. Journal of Cardiovascular Medicine [Internet]. 2012 [cited 8 October 2016];13(3):194-202. Available from: <http://journals.lww.com/jcardiovascularmedicine/pages/articleviewer.aspx?year=2012&issue=03000&article=00005&type=abstract>
27. Smith S, Benjamin E, Bonow R, Braun L, Creager M, Franklin B et al. AHA/ACCF Secondary Prevention and Risk Reduction Therapy for Patients With Coronary and Other Atherosclerotic Vascular Disease: 2011 Update: A Guideline From the American Heart Association and American College of Cardiology Foundation. Circulation [Internet]. 2011 [cited 13 October 2016];124(22):2458-2473. Available from: <http://circ.ahajournals.org/content/circulationaha/early/2011/11/01/CIR.0b013e318235eb4d.full.pdf>
28. Σκούμας Ι., Πίτσαβος Χ. Διαταραχές των λιπιδίων. In: ΣτεφανάδηςΧ, ed. by. Παθήσεις της καρδιάς. 2nd ed. Αθήνα: Π.Χ. Πασχαλίδης; 2009. p. 495-510

29. Ridker P., Libby P. Risk markers for atherothrombotic disease. In: Braunwald E., Bonow R., Mann D., Zippes D., Libby P., ed. by. Braunwald's heart disease. 9th ed. Philadelphia: Saunders; 2012. p. 914-934
30. Genest J., Libby P. Lipoprotein disorders and cardiovascular disease. In: Braunwald E., Bonow R., Mann D., Zippes D., Libby P., ed. by. Braunwald's heart disease. 9th ed. Philadelphia: Saunders; 2012. p. 975-995
31. Rader D. Lipid disorders. In: Topol E, ed. by. Textbook of cardiovascular medicine. 3rd ed. Philadelphia: LippincottWilliamsandWilkins; 2007. p. 55-75
32. Ades P., Hambrecht A. Cardiac rehabilitation and secondary prevention. In: Topol E, ed. by. Textbook of cardiovascular medicine. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2007. p. 161-174
33. Johnstone M, Kinzogl J. Diabetes mellitus and heart disease. In: Johnstone M, Veves A, ed. by. Diabetes and Cardiovascular disease. 2nd ed. New Jersey: Humana Press; 2005. p. 579-628.
34. Farkouh M., Rayfield E., Fuster V. Διαβήτης και καρδιαγγειακή νόσος. In: Fuster V, Alexander W, O'Rourke R, ed. by. Η καρδιά. 11th ed. Αθήνα: Π.Χ. Πασχαλίδης; 2010. p. 3025-3066
35. Maron D., Grundy S., Ridker P., Pearson T. Δυσλιπιδαιμία, άλλοι παράγοντες κινδύνου και πρόληψη της στεφανιαίας νόσου. In: Fuster V, Alexander W, O'Rourke R, ed. by. Η καρδιά. 11th ed. Αθήνα: Π.Χ. Πασχαλίδης; 2010. p. 1569-1610
36. Nagi D. Οφέλη και κίνδυνοι από την άσκηση στους ασθενείς με διαβήτη τύπου 2. In: Burr B, Nagi D, ed. by. Άσκηση και αθλητισμός στο διαβήτη. 1st ed. Αθήνα: Παρισιάνου; 1999. p. 79-94
37. Abbott R. The Impact of Diabetes on Survival Following Myocardial Infarction in Men vs Women. JAMA [Internet]. 1988 [cited 2 November 2016];260(23):3456. Available from: <http://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/375634>
38. Gaziano J., Ridker P., Libby P. Primary and secondary prevention of coronary heart disease. In: Braunwald E., Bonow R., Mann D., Zippes D., Libby P., ed. by. Braunwald's heart disease. 9th ed. Philadelphia: Saunders; 2012. p. 1010-1035
39. Singer D, Nathan D, Anderson K, Wilson P, Evans J. Association of HbA1c With Prevalent Cardiovascular Disease in the Original Cohort of the

- Framingham Heart Study. Diabetes [Internet]. 1992 [cited 2 November 2016];41(2):202-208. Available from: <http://diabetes.diabetesjournals.org/content/41/2/202>
40. Laskey W, Selzer F, Vlachos H, Johnston J, Jacobs A, King S et al. Comparison of in-hospital and one-year outcomes in patients with and without diabetes mellitus undergoing percutaneous catheter intervention (from the National Heart, Lung, and Blood Institute Dynamic Registry). The American Journal of Cardiology. 2002;90(10):1062-1067.
 41. Goraya T, Leibson C, Palumbo P, Weston S, Killian J, Pfeifer E et al. Coronary atherosclerosis in diabetes mellitus. Journal of the American College of Cardiology [Internet]. 2002 [cited 2 November 2016];40(5):946-953. Available from: <http://www.onlinejacc.org/content/40/5/946>
 42. Tuomilehto J, Lindström J, Eriksson J, Valle T, Hämäläinen H, Ilanne-Parikka P et al. Prevention of Type 2 Diabetes Mellitus by Changes in Lifestyle among Subjects with Impaired Glucose Tolerance. New England Journal of Medicine [Internet]. 2001 [cited 3 November 2016];344(18):1343-1350. Available from: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM200105033441801#t=article>
 43. Nagi D. Η άσκηση στο διαβήτη τύπου 2. In: Burr BNagi D, ed. by. Άσκηση και αθλητισμός στο διαβήτη. 1st ed. Αθήνα: Παρισιάνου; 1999. p. 53-78
 44. Annual Smoking-Attributable Mortality, Years of Potential Life Lost, and Productivity Losses --- United States, 1997--2001. MMWR [Internet]. 2005 [cited 3 November 2016];54(25):625-628. Available from: <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5425a1.htm>
 45. Smoking-Attributable Mortality, Years of Potential Life Lost, and Productivity Losses --- United States, 2000--2004. MMWR [Internet]. 2008 [cited 3 November 2016];57(45):1226-1228. Available from: <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5745a3.htm>
 46. Βλαχόπουλος Χ. Κάπνισμα. In: Στεφανάδης Χ, ed. by. Παθήσεις της καρδιάς. 2nd ed. Αθήνα: Π.Χ. Πασχαλίδης; 2009. p. 373-380
 47. Barnoya J., Glantz A. Smoking. In: Topol E, ed. by. Textbook of cardiovascular medicine. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2007. p. 109-120

48. Eurostat. Tobacco consumption statistics [Internet]. Available from: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Tobacco_consumption_statistics
49. World Health Organization. Tobacco smoking [Internet]. 2016. Available from: <http://apps.who.int/gho/data/node.sdg.3-a-viz?lang=en>
50. World Health Organization - Regional Office for Europe. Data and statistics [Internet]. Euro.who.int. 2017 [cited 4 November 2016]. Available from: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/tobacco/data-and-statistics>
51. Lagiou P., Trichopoulos D. The Greek Tobacco Epidemic [Internet]. Harvard School Of Public Health; 2017 [cited 4 November 2016]. Available from: http://www.who.int/fctc/reporting/party_reports/greece_annex1_the_greek_tobacco_epidemic_2011.pdf
52. WHO | Prevention of Recurrences of Myocardial Infarction and Stroke Study [Internet]. Who.int. 2017 [cited 5 November 2016]. Available from: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/priorities/secondary_prevention/country/en/index1.html
53. World Health Organization. The world health report 2002 - Reducing Risks, Promoting Healthy Life [Internet]. Geneva; 2002. Available from: http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_en.pdf
54. Maniu C., Flipse T., Patton J., Fletcher G. Physical activity and the cardiovascular system. In: Crawford M., DiMarko J., Paulus W., ed. by. Cardiology. 3rded. Philadelphia: Mosby; 2009. p. 79-87
55. WHO's global strategy on diet, physical activity, and health. Geneva: World Health Organization; 2003
56. Albert C, Mittleman M, Chae C, Lee I, Hennekens C, Manson J. Triggering of Sudden Death from Cardiac Causes by Vigorous Exertion. New England Journal of Medicine [Internet]. 2000 [cited 5 November 2016];343(19):1355-1361. Available from: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM200011093431902#t=article>
57. Sedentary lifestyle as a risk factor for coronary heart disease. In: Pearson T.A, ed. Primer in Preventive Cardiology. Dallas: American Heart Association; 1994. p.173

58. Gaziano, T, Gaziano M. Global burden of cardiovascular disease. In: Braunwald E., Bonow R., Mann D., Zippes D., Libby P., ed. by. Braunwald's heart disease. 9th ed. Philadelphia: Saunders; 2012. p. 1-20
59. Weintraub W., Krumholz H. Στρατηγικές μεσοσυμφέρουσας σχέσης κόστους-αποτελεσματικότητας στην καρδιολογία. In: Fuster V, Alexander W, O'Rourke R, ed. by. Η καρδιά. 11th ed. Αθήνα: Π.Χ. Πασχαλίδης; 2010. p. 3471-3510
60. Hambrecht R, Niebauer J, Marburger C, Grunze M, Kälberer B, Hauer K et al. Various intensities of leisure time physical activity in patients with coronary artery disease: Effects on cardiorespiratory fitness and progression of coronary atherosclerotic lesions. Journal of the American College of Cardiology [Internet]. 1993 [cited 6 November 2016];22(2):468-477. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0735109793900512>
61. Boyle A., Jaffe A. Acute myocardial infarction. In: Crawford M, ed. by. CURRENT Diagnosis & Treatment in Cardiology. 3rd ed. McGraw-Hill Medical; 2009. p. 51-72.
62. Σκούμας Ι. Παχυσαρκία. In: Στεφανάδης Χ, ed. by. Παθήσεις της καρδιάς. 2nd ed. Αθήνα: Π.Χ. Πασχαλίδης; 2009. p. 524-532
63. Misra A., Khurana L. Obesity and the Metabolic Syndrome in Developing Countries. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism [Internet]. 2008 [cited 9 November 2016];93(11_supplement_1):s9-s30. Available from: <http://press.endocrine.org/doi/pdf/10.1210/jc.2008-1595>
64. Superko H. Μεταβολικό σύνδρομο, η παχυσαρκία και η διατροφή. In: Fuster V, Alexander W, O'Rourke R, ed. by. Η καρδιά. 11th ed. Αθήνα: Π.Χ. Πασχαλίδης; 2010. p. 3067-3089
65. Marroquin O., Kelley D. Obesity and metabolic syndrome. In: Topol E, ed. by. Textbook of cardiovascular medicine. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2007. p. 27-35
66. Elmer P. Nutrition and Dietary Factors in Cardiovascular Disease. In: Robinson K, ed. by. Preventive Cardiology: A Guide for Clinical Practice. 1st ed. Futura Publishing Company; 1998. p. 97-138.
67. Goldberg I. To Drink or Not to Drink?. New England Journal of Medicine. 2003;348(2):163-164

68. Criqui M., Daniels L. Ethanol and the heart. In: Topol E, ed. by. Textbook of cardiovascular medicine. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2007. p. 135-140
69. Stone N. Diet and nutritional issues. In: Topol E, ed. by. Textbook of cardiovascular medicine. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2007. p. 13-26
70. Gordon D. Cholesterol lowering and total mortality. In: Rifkind BM,ed. Lowering cholesterol in high-risk individuals and populations. New York: Marcel Dekker, 1995. p. 33
71. Mozaffarian D. Nutrition and cardiovascular disease. In: Braunwald E., Bonow R., Mann D., Zippes D., Libby P., ed. by. Braunwald's heart disease. 9st ed. Philadelphia: Saunders; 2012. p. 996-1009
72. Trichopoulou A, Bamia C, Trichopoulos D. Mediterranean Diet and Survival Among Patients With Coronary Heart Disease in Greece. Archives of Internal Medicine [Internet]. 2005 [cited 12 November 2016];165(8):929. Available from: <http://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/486524>
73. Trichopoulou A, Costacou T, Bamia C, Trichopoulos D. Adherence to a Mediterranean Diet and Survival in a Greek Population. New England Journal of Medicine [Internet]. 2003 [cited 15 November 2016];348(26):2599-2608. Available from: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMOa025039#t=article>
74. Διαταραχές λιπιδίων και νέοι παράγοντες κινδύνου για καρδιαγγειακές νόσους. In: Handler C., Coghlan G., ed. by. Προληπτική καρδιολογία. 1st ed. Αθήνα: Π.Χ. Πασχαλίδης; 2010. p. 103-135
75. Musselman D., Rudisch B., McDonald W., Nemeroff C. Επιδράσεις της διάθεσης και των διαταραχών του άγχους στο καρδιαγγειακό σύστημα. In: Fuster V, Alexander W, O'Rourke R, ed. by. Η καρδιά. 11th ed. Αθήνα: Π.Χ. Πασχαλίδης; 2010. p. 3157-3185
76. Jiang W. Mental Stress—Induced Myocardial Ischemia and Cardiac Events. JAMA: The Journal of the American Medical Association [Internet]. 1996 [cited 16 November 2016];275(21):1651. Available from: <http://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/403164>
77. Hall S, Lorenc T. Secondary Prevention of Coronary Artery Disease. Am Fam Physician [Internet]. 2010 [cited 18 November 2016];81(3):289-96. Available from: <http://www.aafp.org/afp/2010/0201/p289.html>

78. Ajeganova S, Wörnert M, Hafström I. A four-week team-rehabilitation programme in a warm climate decreases disability and improves health and body function for up to one year: A prospective study in Swedish patients with inflammatory joint diseases. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 2016;48(8):711-718.
79. Kim S, Yun J, Kimm H, Jee S. The relation of physical activity by the IPAQ to health-related quality of life-Korea national health and nutrition examination survey (KNHANES) IV 2007-2008. *Korean Journal of Health Education and Promotion*. 2011;28(2):15-25.
80. Han, M., Cole H. Quality of life and physical activity among foreign-born and us-born older black men with hypertension residing in New York City. In 141st APHA Annual Meeting and Exposition. Boston. APHA. November 2-November 6, 2013.
81. Panagiotakos D, Pitsavos C, Lentzas Y, Skoumas Y, Papadimitriou L, Zeimbekis A et al. Determinants of Physical Inactivity Among Men and Women From Greece: A 5-Year Follow-Up of the ATTICA Study. *Annals of Epidemiology*. 2008;18(5):387-394.
82. Tokgozoglu L, Okutucu S, Kaya E, Erol C, Ergene O. Physical inactivity and low quality of life in Turkish women after hospitalization for coronary heart disease: inferences from EUROASPIRE III. *Turk KardiyolojiDernegiArsivi-Archives of the Turkish Society of Cardiology*. 2016;44(6):488-497.
83. Fleury J, Sedikides C. Wellness motivation in cardiac rehabilitation: The role of self-knowledge in cardiovascular risk modification. *Research in Nursing & Health*. 2007;30(4):373-384.
84. Hingle M, Laddu D, Going S. Physical Activity and the Mediterranean Diet. In: Romagnolo D, Selmin O, ed. by. *Mediterranean Diet: Dietary Guidelines and Impact on Health and Disease*. 1st ed. Humana Press; 2016. p. 219-228.
85. Kyrou I, Kollia N, Panagiotakos D, Georgousopoulou E, Chrysoshoou C, Tsigos C et al. Association of depression and anxiety status with 10-year cardiovascular disease incidence among apparently healthy Greek adults: The ATTICA Study. *European Journal of Preventive Cardiology*. 2016;24(2):145-152.

86. Balestroni G, Omarini G, Omarini P, Zitto M. L'EuroQoL 5D per la valutazione della qualità della vita in riabilitazione cardiologica. *G Ital Med Lav Ergon.* 2007;29(3 Suppl B):B56-B62.
87. Antonogeorgos G, Panagiotakos D, Pitsavos C, Papageorgiou C, Chrysohoou C, Papadimitriou G et al. Understanding the role of depression and anxiety on cardiovascular disease risk, using structural equation modeling; the mediating effect of the Mediterranean diet and physical activity: the ATTICA study. *Annals of Epidemiology.* 2012;22(9):630-637.
88. Georgousopoulou E, Kastorini C, Millionis H, Ntzio E, Kostapanos M, Nikolaou V et al. Association between Mediterranean diet and non-fatal cardiovascular events, in the context of anxiety and depression disorders: A case/case-control study. *Hell J Cardiol.* 2014;55(1):24-31.
89. Landaeta-Díaz L, Fernández J, Silva-Grigoletto M, Rosado-Alvarez D, Gómez-Garduño A, Gómez-Delgado F et al. Mediterranean diet, moderate-to-high intensity training, and health-related quality of life in adults with metabolic syndrome. *European Journal of Preventive Cardiology.* 2013;20(4):555-564.
90. <http://www.kontasou.com/%CE%B1%CE%AF>. Πρόσβαση 8/7/2016
91. <http://www.diet4me.gr/psychologia/giati-i-katathlipsi-einai-pio-syxnh-stis-gynaikes-para-stous-andres.html#>. Πρόσβαση 8/7/2016
92. Γκράτζιου Χ. , Ροβίνα Ν. Στρατηγικές διακοπής καπνίσματος. *ΠΝΕΥΜΩΝ* 2005; 18(3) : 245- 262
93. <http://www.neaygeia/page.asp>. Η Σωματική Εξάρτηση από το Κάπνισμα. Πρόσβαση 8/7/2016

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών

Επιδημιολογική Μελέτη GREECS

**ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ 10ΕΤΟΥΣ
ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ**

2003-2013

ΚΩΔΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ:

.....

Αφού ενημερώστε τον συμμετέχοντα για τους σκοπούς της μελέτης, το απόρρητο των πληροφοριών που θα σας δώσει και εξασφαλίστε την συγκατάθεση του, συνεχίστε με ακρίβεια στα επόμενα ερωτήματα:

ΣΥΜΦΩΝΗΤΙΚΟ ΕΘΕΛΟΝΤΙΚΗΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

Ο/Η δηλώνω τη συγκατάθεσή μου για να συμμετέχω στην επιδημιολογική μελέτη που διεξάγεται από την Α' Καρδιολογική Κλινική της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών. Η έρευνα περιλαμβάνει τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου της μελέτης, το οποίο αφορά κοινωνικά, δημογραφικά, ανθρωπομετρικά, διατροφικά και ψυχολογικά χαρακτηριστικά μου, καθώς και στοιχεία από το κλινικό ιστορικό. Πιθανά ερωτήματά μου σχετικά με οποιαδήποτε διαδικασία της μελέτης θα απαντηθούν πλήρως από την επιστημονική ομάδα. Διατηρώ το δικαίωμα να διακόψω ανά πάσα στιγμή τη συμμετοχή μου στη συνέντευξη. Οποιαδήποτε πληροφορία σχετικά με το άτομό μου και τα αποτελέσματα των μετρήσεών μου, που θα προκύψουν κατά τη διάρκεια της μελέτης, θα παραμείνουν απόρρητα. Δηλώνω ότι υπογράφω αυτό το Συμφώνητικό Εθελοντικής Συμμετοχής με ελεύθερη βούληση.

Η σημερινή ημερομηνία είναι/...../20....

Ο/Η εθελοντής-ντριά

.....

Ονοματεπώνυμο ΕΡΕΥΝΗΤΗ:

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Code	Κωδικός αριθμός (να συμπληρωθεί ο Κωδικός της αρχικής βάσης)														
Date10	Ημερομηνία επανελέγχου (HH/MM/YYYY)														
ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ															
Death10	Θάνατος;					1. ΝΑΙ 0. ΟΧΙ									
DDeath10	Ημερομηνία θανάτου:					... / ... / ...									
CauseD10	Αίτιο θανάτου:		1. Α.Ε.Ε. 2. Στεφανιαία νόσος/OEM 3. Άλλη καρδιαγγειακή πάθηση 4. Κακοήθεια, από 5. Λοίμωξη			6. Αυτοκτονία 7. Ατύχημα 8. Άλλο ...									
Hosp10	Έχετε νοσηλευτεί τα τελευταία 10 χρόνια;					1. ΝΑΙ 0. ΟΧΙ									
CauseHosp10	Εάν ΝΑΙ, η αιτία ήταν;					1. Α.Ε.Ε. 2. Στεφανιαία νόσος/OEM 3. Καρδιακή ανεπάρκεια 4. Αρρυθμία 5. Κακοήθεια, από 6. Λοίμωξη									
HTN10	Σας έχει ενημερώσει ποτέ ο ιατρός σας ότι έχετε αρτηριακή υπέρταση;					1. ΝΑΙ 0. ΟΧΙ									
DHTN10	Ημερομηνία διάγνωσης					Έτος:..... ΔΕΝ θυμάμαι, αλλά σίγουρα πριν το									
	Αν απαντήσατε ΝΑΙ, τι είδους θεραπεία χρησιμοποιείτε;														
DietHTN10	Ειδική διαίτα;					1. ΝΑΙ 0. ΟΧΙ									
RxHTN10	Φάρμακα;					1. ΝΑΙ 0. ΟΧΙ									
RxTypeHTN10	Είδος φαρμάκων:														
	Δόση φαρμάκων														
HCHOL10	Σας έχει ενημερώσει ποτέ ο ιατρός σας ότι έχετε αυξημένες τιμές λιπιδίων;					1. ΝΑΙ 0. ΟΧΙ									
DHCHOL10	Ημερομηνία διάγνωσης					Έτος:..... ΔΕΝ θυμάμαι, αλλά σίγουρα πριν το									
	Αν απαντήσατε ΝΑΙ, τι είδους θεραπεία χρησιμοποιείτε;														
DietHCHOL10	Ειδική διαίτα;					1. ΝΑΙ 0. ΟΧΙ									
RxHCHOL10	Φάρμακα;					1. ΝΑΙ 0. ΟΧΙ									
RxTypeHCHOL10	Είδος φαρμάκων:														
	Δόση φαρμάκων														
DM10	Σας έχει ενημερώσει ποτέ ο ιατρός σας ότι έχετε σακχαρώδη διαβήτη;					1. ΝΑΙ 0. ΟΧΙ									
DDM10	Ημερομηνία διάγνωσης					Έτος:..... ΔΕΝ θυμάμαι, αλλά σίγουρα πριν το									
	Αν απαντήσατε ΝΑΙ, τι είδους θεραπεία χρησιμοποιείτε;														
DietDDM10	Ειδική διαίτα;					1. ΝΑΙ 0. ΟΧΙ									
RxDDM10	Φάρμακα;					1. ΝΑΙ 0. ΟΧΙ									
RxTypeDDM10	Είδος φαρμάκων:														
	Δόση φαρμάκων														
AdhDrug	Η οικονομική κατάσταση έχει επηρεάσει τη λήψη θεραπείας;					1. ΝΑΙ 0. ΟΧΙ									
AdhDrugType	Έχετε αντικαταστήσει σκευάσματα με φθηνότερα;					1. ΝΑΙ 0. ΟΧΙ									
AdhMedicalVisit	Επισκέπτεστε το ίδιο τακτικά τον γιατρό σας;					1. ΝΑΙ 0. ΟΧΙ									
TypeMedOffice	Τι ιατρείο επισκέπτεστε;					1. Ιδιωτικό 2. Νοσοκομειακό 3. κανένα									
MedVisits	Πόσο συχνά επισκέπτεστε το καρδιολογικό ιατρείο					0. καθόλου 1. ανά 3μηνο 2. ανά 6μηνο 3. ανά έτος 4. ανά 2 ετία 5. σπάνια									
MedicalSystem	Σας ικανοποιούν οι δημόσιες παροχές υγείας					0. καθόλου 1. μερικώς 2. πολύ 3. πάρα πολύ									
DrugProblems	Έχετε αντιμετωπίσει προβλήματα στην λήψη της φαρμακευτικής σας αγωγής					0. καθόλου 1. μερικώς 2. πολύ 3. πάρα πολύ									
DrugComplications	Έχετε διακόψει φαρμακευτική αγωγή για την στεφανιαία νόσο σας λόγω επιπλοκών					1. ΝΑΙ 0. ΟΧΙ									
Drugs	Τι φάρμακα λαμβάνετε														
Devises10	Έχετε εμφυτευμένη συσκευή;					1. ΝΑΙ 0. ΟΧΙ									
YrDevice10	Αν ΝΑΙ, πότε εμφυτεύτηκε; (έτος)														
ICD10	Έχετε απεινδωτή;					1. ΝΑΙ 0. ΟΧΙ									
HealthQual	Γενικά πώς βαθμολογείτε την κατάσταση της υγείας σας.					1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
SelfServ	Πώς βαθμολογείτε την ικανότητα σας να αυτοεξυπηρετείστε;					1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

ΑΤΟΜΙΚΑ ΧΑΡΑΚΗΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΙ ΤΡΟΠΟΣ ΖΩΗΣ

ΑΝΘΡΩΠΟΜΕΤΡΙΚΑ ΤΟΙΚΕΙΑ

Weight	Σωματικό βάρος (σε κιλά)	
Height	Ύψος (σε μέτρα)	
Weight10yrs	Σωματικό βάρος πριν 10 χρόνια	1. Σταθερό 2. Μικρότερο 3. Μεγαλύτερο
Waist	Περιφέρεια μέσης (σε εκατοστά)	
Hip	Περιφέρεια γοφών (σε εκατοστά)	

OccupNow10	Ποιο το επάγγελμα που ασκείτε τώρα (τελευταίο έτος):		
Marital10	Οικογενειακή κατάσταση	1. Άγαμος 2. Έγγαμος	3. Διαζευγμένος 4. Χήρος
Smoking10	Είστε καπνιστής τώρα (περισσότερο από 1 τσιγάρα ημερησίως το τελευταίο έτος);		1. ΝΑΙ 0. ΟΧΙ
Packyrscig10	Αν ΝΑΙ, πόσα τσιγάρα κατά μέσο όρο την ημέρα καπνίζετε και για πόσα χρόνια;		
StopSmokYr	Πότε διακόψατε το κάπνισμα (έτος):		
ETS10	Εκτίθεστε σε καπνό του περιβάλλοντος για >30 λεπτά και >5 ημέρες/εβδομάδα;		1. ΝΑΙ 0. ΟΧΙ

ΦΥΣΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ

IPAQ10 1	Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 7 ημερών, πόσες μέρες κάνατε έντονες φυσικές δραστηριότητες όπως άρση βαρών, σκάψιμο, αεροβική γυμναστική ή έντονη ποδηλασία; Να αναφερθούν μόνο οι δραστηριότητες που κάνατε για τουλάχιστον 10 λεπτά.	
IPAQ10 2	Πόσο χρόνο (σε λεπτά) καταναλώσατε συνήθως κάνοντας έντονες φυσικές δραστηριότητες σε μία από αυτές τις ημέρες;	
IPAQ10 3	Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 7 ημερών, πόσες μέρες κάνατε φυσικές δραστηριότητες μέτριας έντασης όπως μεταφορά ελαφρού φορτίου, ποδηλασία σε μέτρια ένταση ή διπλό τένις; Μη συμπεριλάβετε το περπάτημα. Να αναφερθούν μόνο οι δραστηριότητες που κάνατε για τουλάχιστον 10 λεπτά.	
IPAQ10 4	Πόσο χρόνο (σε λεπτά) καταναλώσατε συνήθως κάνοντας φυσικές δραστηριότητες μέτριας έντασης σε μία από αυτές τις ημέρες;	
IPAQ10 5	Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 7 ημερών, πόσες ημέρες περπατήσατε για τουλάχιστον 10 λεπτά τη φορά;	
IPAQ10 6	Πόσο χρόνο (σε λεπτά) καταναλώσατε συνήθως για περπάτημα σε μια από τις παραπάνω ημέρες;	
IPAQ10 7	Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 7 ημερών, πόσο χρόνο (σε ώρες συνολικά) καταναλώσατε καθιστός στο γραφείο, με φίλους, διαβάζοντας ή καθιστός ή ξαπλωμένος βλέποντας τηλεόραση;	

ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

Είστε σε ειδική διαίτα ΑΥΤΗ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ;		1. ΝΑΙ	0. ΟΧΙ
Αν απαντήσατε ΝΑΙ στην προηγούμενη ερώτηση, η διαίτα είναι για ...	Απώλεια βάρους;	1. ΝΑΙ	0. ΟΧΙ
	Ρύθμιση σακχάρου;	1. ΝΑΙ	0. ΟΧΙ
	Ρύθμιση λιπιδίων;	1. ΝΑΙ	0. ΟΧΙ
	Ρύθμιση αρτηριακής πίεσης;	1. ΝΑΙ	0. ΟΧΙ

ΤΟ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΟ ΣΚΟΡ (MEDDIETSCORE®)

Πόσο συχνά καταναλώνετε τα παρακάτω τρόφιμα;	Συχνότητα Κατανάλωσης (μερίδες/ εβδομάδα)					
1. Δημητριακά ολικής αλέσεως (π.χ. ψωμί, ζυμαρικά, ρύζι, κλπ)	Ποτέ	1-6	7-12	13-18	19-31	>32
	0	1	2	3	4	5
2. Πατάτες	Ποτέ	1-4	5-8	9-12	13-18	>18
	0	1	2	3	4	5
3. Φρούτα και χυμοί	Ποτέ	1-4	5-8	9-15	16-21	>22
	0	1	2	3	4	5
4. Λαχανικά και σαλάτες	Ποτέ	1-6	7-12	13-20	21-32	>33
	0	1	2	3	4	5
5. Ψωριά	Ποτέ	<1	1-2	3-4	5-6	>6
	0	1	2	3	4	5
6. Ψάρι και σούπες	Ποτέ	<1	1-2	3-4	5-6	>6
	0	1	2	3	4	5
7. Κόκκινο κρέας και προϊόντα του	≤1	2-3	4-5	6-7	8-10	>10
	5	4	3	2	1	0
8. Πουλερικά	≤3	4-5	5-6	7-8	9-10	>10
	5	4	3	2	1	0
9. Γαλακτοκομικά πλήρη σε λιπαρά	≤10	11-15	16-20	21-28	29-30	>30
	5	4	3	2	1	0
10. Ελαιόλαδο στην καθημερινή μαγειρική	Ποτέ	Σπάνια	<1	1-3	3-5	καθημερινά
	0	1	2	3	4	5
11. Αλκοολούχα ποτά (ml/ημέρα. 100 ml = 1 ποτήρι 12%)	<300	300	400	500	600	>700 ή 0
	5	4	3	2	1	0

ΑΠΟΤΙΜΗΣΗ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΩΝ

Πόσες φορές την εβδομάδα καταναλώνετε:				
Πρωινό	1. σπάνια	2. 1-2 φορές/εβδ	3. 3-5 φορές/εβδ	4. σχεδόν κάθε μέρα
Τι ώρα τρώτε πρωινό μια τυπική μέρα:	0. ☐ δεν καταναλώνει	1. ☐ < 6.00	2. ☐ 6:00-8.00	3. ☐ 8:00-10.00
Πρόγευμα	1. σπάνια	2. 1-2 φορές/εβδ	3. 3-5 φορές/εβδ	4. σχεδόν κάθε μέρα
Μεσημεριανό	1. σπάνια	2. 1-2 φορές/εβδ	3. 3-5 φορές/εβδ	4. σχεδόν κάθε μέρα
Διάρκεια μεσημεριανού	1. 0-15 λεπτά	2. 15-30 λεπτά	3. 30-45 λεπτά	4. 45-60 λεπτά
Κατανάλωση αλκοόλ με το γεύμα:	0. ☐ ΟΧΙ	1. ☐ κρασί κόκκινο	2. ☐ κρασί άσπρο	3. ☐ μύρτα
Απογευματινό	1. σπάνια	2. 1-2 φορές/εβδ	3. 3-5 φορές/εβδ	4. σχεδόν κάθε μέρα
Βραδινό	1. σπάνια	2. 1-2 φορές/εβδ	3. 3-5 φορές/εβδ	4. σχεδόν κάθε μέρα
Διάρκεια βραδινού	1. 0-15 λεπτά	2. 15-30 λεπτά	3. 30-45 λεπτά	4. 45-60 λεπτά
Κατανάλωση αλκοόλ με το γεύμα:	0. ☐ ΟΧΙ	1. ☐ κρασί κόκκινο	2. ☐ κρασί άσπρο	3. ☐ μύρτα
Προ του ύπνου	1. σπάνια	2. 1-2 φορές/εβδ	3. 3-5 φορές/εβδ	4. σχεδόν κάθε μέρα
Πόση ώρα μετά το βραδινό φαγητό κοιμάστε; Βραδινό ή προ του ύπνου γεύμα (min)				
Πόσες ώρες κοιμάστε συνήθως το βράδυ: (h)				
Κοιμάστε το μεσημέρι;	1. σχεδόν ποτέ	2. στις διακοπές	3. κάποιες φορές/εβδομάδα	4. σχεδόν κάθε μέρα
Αν ναι πόση ώρα κοιμάστε συνήθως το μεσημέρι: (min)				
Πόσο συχνά εκτελείτε νυχτερινή βάρδια στην εργασία σας;	1. < 1 φορά/3μηνο	2. 1-3 φορές/μήνα	3. 2-4 φορές/εβδομάδα	4. σχεδόν κάθε μέρα
Παραλείπετε κάποιο-α γεύματα λόγω φόρτου εργασίας;	1. < 1 φορά/3μηνο	2. 1-3 φορές/μήνα	3. 2-4 φορές/εβδομάδα	4. σχεδόν κάθε μέρα
Ώρες τηλεθέας τη μέρα:	1. ☐ < 1	2. ☐ 1-2	3. ☐ 3-5	4. ☐ > 5
Κατανάλωση τροφής μπροστά στην τηλεόραση	1. < 1 φορά/3μηνο	2. 1-3 φορές/μήνα	3. 2-4 φορές/εβδομάδα	4. σχεδόν κάθε μέρα
Κατανάλωση τροφής κάτω από συνθήκες πίεσης (βιασύνη, άγχος)	1. σπάνια	2. 1-2 φορές την εβδομάδα	3. 3-5 φορές την εβδομάδα	4. σχεδόν κάθε μέρα
Κατανάλωση τροφής ενώ ταυτόχρονα εργάζεστε (όχι σε διάλειμμα)	1. σπάνια	2. 1-2 φορές την εβδομάδα	3. 3-5 φορές την εβδομάδα	4. σχεδόν κάθε μέρα
Κατανάλωση τροφής ενώ είστε όρθιος ή περπατάτε	1. σπάνια	2. 1-2 φορές την εβδομάδα	3. 3-5 φορές την εβδομάδα	4. σχεδόν κάθε μέρα
Πόσο συχνά συμβαίνει να καταναλώσετε κάποιο πιο βαρύ γεύμα που να σας προκαλέσει δυσφορία;	1. < 1 φορά/3μηνο	2. 1-4 φορές/μήνα	3. 2-4 φορές/εβδομάδα	4. σχεδόν κάθε μέρα
Εσείς είστε υπεύθυνος-η για την προετοιμασία του φαγητού;	1. σπάνια	2. μερικές φορές την εβδομάδα	3. για κάποιο γεύμα της ημέρας	4. σχεδόν για όλα τα γεύματα
Πόσο συχνά τρώτε μόνος-η;	1. σπάνια	2. μερικές φορές την εβδομάδα	3. κάποιο γεύμα της ημέρας	4. σχεδόν όλα τα γεύματα

Ποιο είδος πρωινού καταναλώνετε;	Σπάνια	1-2 φορές/εβδ	3-5 φορές/εβδ	Σχεδόν κάθε μέρα
Καφέ ή τσάι σκέτο	α	β	γ	δ
Καφέ ή τσάι με ζάχαρη	α	β	γ	δ
1 ποτήρι γάλα ή 1 κεσεδάκι γιαούρτι	α	β	γ	δ
1 ποτήρι χυμό	α	β	γ	δ
Φρυγανιές ή κουλουράκια ή δημητριακά πρωινού	α	β	γ	δ
Φρούτο	α	β	γ	δ
Ψωμί με τυρί, ψωμί με μέλι ή μαρμελάδα, τσιστό	α	β	γ	δ
Κρουασάν, κέικ, άλλα αρτοποιήματα	α	β	γ	δ
Αβγά, ομελέτα, αλλαντικά	α	β	γ	δ

Πόσο τρώτε από το ορατό λίπος και την πέτσα στο κρέας;	A. όλο	B. περισσότερο	Γ. μέρος	Δ. καθόλου	
Όσον αφορά την κατανάλωση όλων των αλκοολούχων ποτών, πόσες μερίδες (ποτήρια) ποτών πίνετε το Σαββατοκύριακο (στο σύνολό του);	A. 0	B. 1	B. 2-4	Γ. 5-8	Δ. >8
Όσον αφορά την κατανάλωση όλων των αλκοολούχων ποτών, πόσες μερίδες (ποτήρια) ποτών πίνετε τις καθημερινές (συνολικά, και τις 5 μέρες);	A. 0-1	B. 2-4	Γ. 5-10	Δ. 11-15	Ε. >16
Όταν πίνετε κρασί, αυτό είναι:	1. Πιο συχνά λευκό	2. Πιο συχνά κόκκινο	3. Κόκκινο και λευκό		
Σημειώστε ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ τον τελευταίο μήνα...	Ποτέ/Σπάνια	1-3 φ/μήνα	1-2 φ/εβδομ.	3-6 φ/εβδομ.	1 φ/ημέρα
Πόσο συχνά παραγγέλνετε από έξω ή τρώτε εκτός σπιτιού.	α	β	γ	δ	ε
Πόσο συχνά καταναλώνετε πρωινό.	α	β	γ	δ	ε
Πόσο συχνά τρώτε κάποιο γεύμα ή σνακ με την οικογένεια ή άλλη παρέα;	α	β	γ	δ	ε

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

Παρακάτω ακολουθούν ορισμένες φράσεις που οι άνθρωποι συνηθίζουν να χρησιμοποιούν στην καθημερινή τους ζωή, προκειμένου να εκφράσουν την ψυχολογική τους κυρίως κατάσταση. Ζητείται από εσάς να διαβάσετε προσεκτικά την κάθε φράση και στη συνέχεια να επυξέτε το κατά πόσο σας αντιπροσωπεύει η κάθε φράση συνήθως, ΜΕΣΑ ΣΤΟ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΤΡΙΜΗΝΟ. Σας υπενθυμίζουμε ότι δεν υπάρχουν σωστές και λάθος απαντήσεις. Προσπαθήστε να είστε όσο το δυνατόν πιο ειλικρινείς σε σχέση με το πώς αισθάνεστε σε γενικές γραμμές στην καθημερινότητά σας.

Κλίμακα ZDRS, από Fountoulakis KN, et al., J Affect Disord 2007		Σχεδόν ποτέ	Μερικές φορές	Συχνά	Σχεδόν πάντοτε
Zung10 1	Νιώθω αποκαρδιωμένος και κακόκεφος	1	2	3	4
Zung10 2	Το πρωί νιώθω πάντα καλύτερα	4	3	2	1
Zung10 3	Κλαίω ή συγκινούμαι	1	2	3	4
Zung10 4	Δυσκολεύομαι να κοιμηθώ το βράδυ	1	2	3	4
Zung10 5	Τρώω τις ίδιες ποσότητες με παλιά	4	3	2	1
Zung10 6	Μου αρέσει να βρίσκομαι με ελκυστικές γυναίκες/άνδρες	4	3	2	1
Zung10 7	Παρατηρώ ότι χάνω βάρος	1	2	3	4
Zung10 8	Αντιμετωπίζω πρόβλημα δυσκοιλιότητας	1	2	3	4
Zung10 9	Έχω πιο αυξημένους καρδιακούς παλμούς από παλιά	1	2	3	4
Zung10 10	Κουράζομαι χωρίς ιδιαίτερο λόγο	1	2	3	4
Zung10 11	Η σκέψη μου είναι καθαρή όπως παλιά	4	3	2	1
Zung10 12	Μου είναι εύκολο να κάνω τα πράγματα που έκανα και παλιά	4	3	2	1
Zung10 13	Είμαι ανήσυχος και υπερκινητικός	1	2	3	4
Zung10 14	Είμαι αισιόδοξος για το μέλλον	4	3	2	1
Zung10 15	Είμαι πιο ενεργητικός από παλιά	1	2	3	4
Zung10 16	Παίρνω εύκολα αποφάσεις	4	3	2	1
Zung10 17	Νιώθω χρήσιμος και αναγκαίος	4	3	2	1
Zung10 18	Η ζωή μου είναι αρκετά πλήρης	4	3	2	1
Zung10 19	Νιώθω ότι αποτελώ βάρος για τους άλλους	1	2	3	4
Zung10 20	Ακόμα χαίρομαι συνήθειες όπως παλιά	4	3	2	1

Κλίμακα STAI, από Fountoulakis KN, et al., Ann Gen Psych 2006		Σχεδόν ποτέ	Μερικές φορές	Συχνά	Σχεδόν πάντοτε
STAI10 1	Αισθάνομαι ευχάριστα	4	3	2	1
STAI10 2	Αισθάνομαι νευρική και υπερένταση	1	2	3	4
STAI10 3	Είμαι ικανοποιημένος -η με τον εαυτό μου	4	3	2	1
STAI10 4	Θα ήθελα να είμαι τόσο ευτυχισμένος -η όσο οι άλλοι δείχνουν να είναι	1	2	3	4
STAI10 5	Αισθάνομαι αποτυχημένος -η	1	2	3	4
STAI10 6	Αισθάνομαι ξεκούραστος -η	4	3	2	1
STAI10 7	Είμαι ήρεμος -η, ψύχραιμος -η και συγκροτημένος -η	4	3	2	1
STAI10 8	Αισθάνομαι πως οι δυσκολίες συσσωρεύονται, ώστε να μην μπορώ να τις ξεπεράσω	1	2	3	4
STAI10 9	Ανησυχώ πάρα πολύ για πράγματα που δεν έχουν σημασία	1	2	3	4
STAI10 10	Είμαι χαρούμενος -η	4	3	2	1
STAI10 11	Κάνω άσχημες σκέψεις	1	2	3	4
STAI10 12	Μου λείπει η αυτοπεποίθηση	1	2	3	4
STAI10 13	Αισθάνομαι ασφαλής	4	3	2	1
STAI10 14	Παίρνω εύκολα αποφάσεις	4	3	2	1
STAI10 15	Αισθάνομαι ότι είμαι ανεπαρκής	1	2	3	4
STAI10 16	Είμαι ευχαριστημένος -η	4	3	2	1
STAI10 17	Μη σημαντικές σκέψεις μου περνούν από το μυαλό και με ανησυχούν	1	2	3	4
STAI10 18	Παίρνω τις απογοητεύσεις τόσο πολύ στα σοβαρά, ώστε δεν μπορώ να τις διώξω από τη σκέψη μου	1	2	3	4
STAI10 19	Είμαι σταθερός χαρακτήρας	4	3	2	1
STAI10 20	Έρχομαι σε μια κατάσταση έντασης ή αναστάτωσης όταν σκέφτομαι τις τρέχουσες ασχολίες και τα ενδιαφέροντά μου	1	2	3	4

Αυτοεκτίμηση του Επιπέδου Υγείας (EQ-5D)

EuroQol Group Executive Office

Όσο από τις παρακάτω προτάσεις περιγράψαι καλύτερα την κατάσταση της υγείας σας ΣΗΜΕΡΑ.

ΚΥΚΛΩΣΤΕ ΜΙΑ ΑΠΑΝΤΗΣΗ ΣΕ ΚΑΘΕ ΤΟΜΕΑ

2.1	Κινητικότητα 1. Δεν έχω κανένα πρόβλημα στο περπάτημα 2. Έχω κάποια προβλήματα στο περπάτημα 3. Είμαι κατάκοιτος στο κρεβάτι	2.7 ΔΙΑΒΑΣΕ ΕΚΦΩΝΗΣΗ ΚΑΙ ΔΩΣΕ ΣΤΟΝ/ΣΤΗΝ ΕΡΩΤΩΜΕΝΟ/Η ΤΗΝ ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΗ ΚΑΡΤΑ ΝΑ ΔΕΙΞΕΙ Ο/Η ΙΔΙΟΣ/ΛΑΙΑ ΤΗΝ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ Για να σας βοηθήσουμε να εκφράσετε πόσο καλή ή άσχημη είναι η κατάσταση της υγείας σας, τοποθετήσαμε μία κλίμακα (που μοιάζει με θερμομέτρο) στην οποία η καλύτερη κατάσταση που μπορείτε να φανταστείτε βρίσκεται στο 100 και η χειρότερη που μπορείτε να φανταστείτε βρίσκεται στο 0. Θα θέλαμε από σας να σημειώσετε στην κλίμακα πόσο καλή ή άσχημη είναι η σημερινή κατάσταση της υγείας σας, σύμφωνα με την δική σας εκτίμηση, με μια γραμμή προς εκείνο το σημείο της κλίμακας που προσδιορίζει πόσο καλή ή άσχημη είναι η τωρινή κατάσταση της υγείας σας. ΣΗΜΕΙΩΣΕ ΑΚΡΙΒΩΣ ΤΗΝ ΘΕΣΗ ΝΟΥΜΕΡΟ ΠΟΥ ΕΔΕΙΞΕ	
2.2	Αυτοεξυπηρέτηση 1. Δεν έχω κανένα πρόβλημα στην αυτοεξυπηρέτησή μου 2. Έχω κάποια προβλήματα στο να πλένομαι και να ντύνομαι 3. Δεν μπορώ να πλυθώ ή να ντυθώ μόνος/η μου		
2.3	Καθημερινές Δραστηριότητες (π.χ. εργασία, σπουδές, οικιακές δουλειές, οικογενειακές ή κοινωνικές ασχολίες) 1. Δεν έχω κανένα πρόβλημα στο να εκτελώ τις συνήθεις δραστηριότητές μου 2. Έχω κάποια προβλήματα στο να εκτελώ τις συνήθεις δραστηριότητές μου 3. Είμαι ανίκανος στο να εκτελώ τις συνήθεις δραστηριότητές μου		
2.4	Πόνος / Δυσφορία 1. Δεν αισθάνομαι καθόλου πόνο ή δυσφορία 2. Αισθάνομαι μέτριο πόνο ή δυσφορία 3. Αισθάνομαι υπερβολικό πόνο ή δυσφορία		
2.5	Άγχος / Κατάθλιψη 1. Δεν αισθάνομαι άγχος ή κατάθλιψη 2. Αισθάνομαι μέτριο άγχος ή κατάθλιψη 3. Αισθάνομαι υπερβολικό άγχος ή κατάθλιψη		
2.6	Συγκριτικά με την κατάσταση της υγείας μου τους τελευταίους 12 μήνες, η σημερινή μου κατάσταση είναι: (ΓΙΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ ΜΟΝΟ ΕΝΑ ΚΟΥΤΑΚΙ) 1. Καλύτερη 2. Παραμένει ίδια 3. Χειρότερη		

