

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΕΚΠΑ

ΣΧΟΛΗ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΣ ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ

ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΙΩΑΝ. ΛΕΚΑΚΗΣ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ
ΙΔΡΥΜΑ ΑΘΗΝΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ &
ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΥΓΙΕΙΝΗΣ &
ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑΣ: ΧΑΡ. ΚΟΥΤΗΣ
ΤΜΗΜΑ :ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΥΠΕΥΘΥΝΗ:
Φ. ΜΠΑΜΠΑΤΣΙΚΟΥ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Ψυχολογικές παρεμβάσεις σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο»

Μεταπτυχιακός Φοιτητής

Σγουρόπουλος Ιωάννης, Νοσηλεύτης,
Φοιτητής Π.Μ.Σ. Εργαστηριακή &
Κλινική Νοσηλευτική Καρδιολογία

Τριμελής Επιτροπή

1)Κουτής Χαρίλαος, Επιβλέπων Καθηγητής,
*Καθηγητής Υγιεινής – Επιδημιολογίας &
Δημόσιας Υγείας, Διευθυντής Τομέα
Δημόσιας Υγείας & Διευθυντής Εργαστηρίου
Υγιεινής & Επιδημιολογίας Τ.Ε.Ι. Αθήνας*

2) Πολυκανδριώτη Μαρία , *Επίκουρος
Καθηγήτρια Νοσηλευτικής Τ.Ε.Ι Αθήνας.*

3) Στεφανάτου Αθηνά, *Επιστημονικός
Συνεργάτης ΕΚΠΑ*

ΑΘΗΝΑ 2017

Περιεχόμενα

Περιεχόμενα Πινάκων	4
Περιεχόμενα Γραφημάτων.....	5
Περίληψη στα Ελληνικά	6
Περίληψη στα Αγγλικά.....	7
Εισαγωγή	8
Μέρος Α- Γενικό Μέρος.....	9
Κεφάλαιο 1: Οι χρόνιες νόσοι και η στεφανιαία νόσος.....	9
1.1 Η χρόνια νόσος στον 21 ^ο αιώνα	9
1.2 Χρόνια νόσος και έκπτωση της λειτουργικότητας του ατόμου	10
1.3 Κατηγορίες αναπηρίας.....	11
1.4 Η στεφανιαία νόσος	12
Κεφάλαιο 2: Αιτιοπαθογένεια και κλινική εικόνα της στεφανιαίας νόσου	13
2.1 Παράγοντες Κινδύνου.....	13
2.2 Η κλινικοπαθολογική εικόνα της στεφανιαίας νόσου	14
2.3 Κλινικές εκδηλώσεις της στεφανιαίας νόσου	15
2.3.1 Σταθερή στηθάγχη	15
2.3.2 Ασταθής στηθάγχη.....	15
2.3.3. Οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου	16
2.3.4 Αιφνίδιος καρδιακός θάνατος	16
2.3.5 Καρδιακή ανεπάρκεια.....	16
2.3.6 Σιωπηλή ισχαιμία.....	17
2.4 Η επιδημιολογική εξέταση της στεφανιαίας νόσου	17
Κεφάλαιο 3: Ψυχολογικές παράμετροι και στεφανιαία νόσος	19
3.1 Συμβολή στην αιτιοπαθογένεια	19
3.2 Ο ρόλος της προσωπικότητας	20
3.3 Τα έντονα γεγονότα ζωής	20
3.5 Ο ρόλος των ψυχικών διαταραχών και των υποκλινικών τους εκφράσεων	21

3.6 Οι παθοφυσιολογικές διαδρομές μονοπάτια της σχέσης ψυχικής νόσου-νοσηρότητας	22
3.7 Ψυχολογικές εκπτώσεις σε άτομα με στεφανιαία νόσο	23
3.8 Συμπεριφορές υγείας σε άτομα με στεφανιαία νόσο	25
3.9 Σχέση ψυχολογικών παραμέτρων-συμπεριφορών υγείας	25
3.10 Ψυχολογικές παράμετροι, συμπεριφορές υγείας & πρόγνωση της στεφανιαίας νόσου	26
3.11 Ψυχολογικές παρεμβάσεις σε άτομα με στεφανιαία νόσο	26
3.12 Αυτοεπιβεβαίωση, χρόνια νοσήματα και στεφανιαία νόσος	28
Μέρος Β- Ειδικό Μέρος	32
Υλικό και Μεθοδολογία.....	32
Αποτελέσματα.....	39
5.1 Ανάλυση σε Κοινωνιοδημογραφικές, ανθρωπομετρικές και ιατρικές μεταβλητές	39
5.2 Αντιλήψεις σχετικά με τη πρόγνωση της νόσου και Αυτοαναφορά υγείας.....	42
5.3 Συμπεριφορές υγείας.....	45
5.4 Κατάθλιψη και άγχος	52
5.5 Υποκειμενική ευτυχία	56
5.6 Αυτό-αποτελεσματικότητα	58
5.7 Αυτοεκτίμηση	60
Συζήτηση.....	63
Συμπεράσματα	65
Βιβλιογραφία	66
Παράρτημα.....	79

Περιεχόμενα Πινάκων

Πίνακας 1: Περιγραφική στατιστική ποσοτικών μεταβλητών	41
Πίνακας 2: Περιγραφικά μέτρα για την συμπεριφορά υγείας	45-46
Πίνακας 3: Έλεγχος κανονικότητας των μεταβλητών που αξιολογούν στην Συμπεριφορές υγείας	47
Πίνακας 4: Έλεγχος T-Paired Sample Test για την συμπεριφορά υγείας	48
Πίνακας 5: Περιγραφικά μέτρα για την συμπεριφορά υγείας μετά το follow-up	49
Πίνακας 6: Έλεγχος διαφοράς ανάμεσα στην ομάδα ελέγχου και στην ομάδα παρέμβασης..	50
Πίνακας 7: Έλεγχος κανονικότητας για τις μεταβλητές άγχους και κατάθλιψης.....	52
Πίνακας 8: Έλεγχος T-Paired Sample Test για τις μεταβλητές άγχους και κατάθλιψης...	53
Πίνακας 9: Περιγραφικά μέτρα για το άγχος και την κατάθλιψη.....	54
Πίνακας 10: Έλεγχος διαφοράς στο άγχος και στην κατάθλιψη ανάμεσα στην ομάδα ελέγχου και στην ομάδα παρέμβασης	55
Πίνακας 11: Περιγραφική στατιστική για την περιγραφική στατιστική	56
Πίνακας 12: Έλεγχος κανονικότητας για την υποκειμενική ευτυχία	56
Πίνακας 13: Έλεγχος T-Paired Sample Test για την υποκειμενική ευτυχία	57
Πίνακας 14: Έλεγχος διαφοράς υποκειμενική ευτυχία ανάμεσα στην ομάδα ελέγχου και στην ομάδα παρέμβασης.....	57
Πίνακας 15: Περιγραφική στατιστική για την αυτό-αποτελεσματικότητα	58
Πίνακας 16: Έλεγχος κανονικότητας για την γενική αυτοαποτελεσματικότητα	58
Πίνακας 17: Έλεγχος T-Paired Sample Test για την γενική αυτοαποτελεσματικότητα...	59
Πίνακας 18: Έλεγχος διαφοράς αυτοαποτελεσματικότητας ανάμεσα στην ομάδα ελέγχου και στην ομάδα παρέμβασης.....	59
Πίνακας 19: Περιγραφική στατιστική για την αυτοεκτίμηση	60
Πίνακας 20: Έλεγχος κανονικότητας για την αυτοεκτίμηση	61
Πίνακας 21: Έλεγχος T-Paired Sample Test για την αυτοεκτίμηση	61
Πίνακας 22: Έλεγχος διαφοράς αυτοεκτίμησης ανάμεσα στην ομάδα ελέγχου και στην ομάδα παρέμβασης	

Περιεχόμενα Γραφημάτων

Γράφημα 1: Κατανομή συχνοτήτων σύμφωνα με το φύλο	39
Γράφημα 2: Κατανομή συχνοτήτων σύμφωνα με τον τόπο γέννησης	40
Γράφημα 3: Κατανομή συχνοτήτων σύμφωνα με την οικογενειακή κατάσταση	40
Γράφημα 4: Κατανομή συχνοτήτων σύμφωνα με την εργασιακή κατάσταση	41
Γράφημα 5: Κατανομή συχνοτήτων σύμφωνα με το κάπνισμα	41
Γράφημα 6: Κατανομή συχνοτήτων σύμφωνα με το αν θεωρείται ότι η πορεία της ασθένειας θα επηρεάσει την ψυχολογική κατάσταση	43
Γράφημα 7: Κατανομή συχνοτήτων σύμφωνα με το αν θεωρείται ότι η πορεία της ασθένειας θα επηρεάσει την συμπεριφορά	44
Γράφημα 8: Κατανομή συχνοτήτων σύμφωνα με το την κατάσταση της υγείας	45
Γράφημα 9: Κατανομή σύμφωνα με την ψυχολογική κατάσταση	52

Περίληψη στα Ελληνικά

Εισαγωγή: Οι ψυχολογικοί παράγοντες εμπλέκονται τόσο στη πρόκληση όσο και στη πρόγνωση της στεφανιαίας νόσου. Για το λόγο αυτό διάφορες παρεμβατικές μέθοδοι έχουν ελεγχθεί μέσα από κλινικές δοκιμές ως προς την αποτελεσματικότητά τους σε αυτούς τους ασθενείς. Η στεφανιαία νόσος συνδέεται και με μείωση της αυτοεκτίμησης και αυτοαποτελεσματικότητας των ασθενών. Η τεχνική της αυτό-επιβεβαίωσης, της γραπτής δηλαδή αναφοράς σε προηγούμενα επιτεύγματα από τον εξασκούμενο, έχει φανερώσει ευεργετικά οφέλη ως προς αυτές τις παραμέτρους, αλλά και γενικότερα. Ωστόσο, δεν υπάρχουν σχετικά ευρήματα σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο.

Σκοπός: Η εξέταση της επίδρασης μιας παρεμβατικής τεχνικής διαχείρισης του στρες στις αντιλήψεις, τη ψυχική υγεία και τις συμπεριφορές υγείας ασθενών με στεφανιαία νόσο.

Υλικό και Μεθοδολογία: Το υλικό μας αποτέλεσαν 100 συμμετέχοντες. Στη προκειμένη έρευνα επιλέχθηκε παράλληλα με την ομάδα παρέμβασης ($n=50$ άτομα) και η χρήση μιας ομάδας ελέγχου ($n=50$ άτομα). Η ομάδα ελέγχου χρησιμεύει στις μη φαρμακευτικές μελέτες πιθανώς ακόμα περισσότερο από όσο στις φαρμακευτικές κλινικές δοκιμές λόγω της υπόθεσης περί επίδρασης των τιμών των εξαρτημένων μεταβλητών εξαιτίας μεταβολών στη ψυχική κατάσταση, οι οποίες δύνανται να επέλθουν ως αποτέλεσμα της γνώσης συμπερίληψης σε μια παρεμβατική ομάδα. Οι δύο ομάδες συμπλήρωσαν μια φόρμα κοινωνικοδημογραφικών, ανθρωπομετρικών και ιατρικών μεταβλητών, το μέσο όρο ωρών ύπνου τις τελευταίες 15 ημέρες, την αυτοαναφορά υγείας και τις κλίμακες Healthy Lifestyle and Personal Control Questionnaire, Subjective Happiness Scale, Rosenberg Self-esteem Scale, Generalized Self-Efficacy scale και Hospital Anxiety and Depression Scale. Οι μετρήσεις δόθηκαν κατά την εισαγωγή στη μελέτη και μετά από δύο μήνες.

Αποτελέσματα: Τα αποτελέσματα του ελέγχου δείχνουν ότι μετά το πρόγραμμα παρέμβασης βελτιώνεται σημαντικά η συμπεριφορά των συμμετεχόντων ως προς τις υγιεινές διατροφικές επιλογές ($t=-4,219$, $p\text{-value}<5\%$), την καθημερινή ρουτίνα του ατόμου ($t=-4,072$, $p\text{-value}<5\%$) και τη κοινωνική και νοητική του ισορροπία ακολουθούν την κανονική κατανομή ($t=-5,383$, $p\text{-value}<5\%$). Τα αποτελέσματα του ελέγχου δείχνουν ότι μειώνεται σημαντικά η κατάθλιψη ($t=3,056$, $p\text{-value}=0,003<5\%$) και το άγχος ($t=5,190$, $p\text{-value}<5\%$), αλλά δεν υπάρχει σημαντική στατιστική διαφορά στην υποκειμενική ευτυχία πριν την παρέμβαση ($t=-0,648$, $p\text{-value}=0,519$) και μετά την παρέμβαση ($t=-0,890$, $p\text{-value}=0,377$). Δεν υπάρχει σημαντική στατιστική διαφορά στην αυτοεκτίμηση πριν την παρέμβαση ($t=-1,212$, $p\text{-value}=0,229$) και μετά την παρέμβαση ($t=-0,430$, $p\text{-value}=0,669$), καθώς επίσης και στην γενική αυτοαποτελεσματικότητα πριν την παρέμβαση ($t=-0,528$, $p\text{-value}=0,599$) και μετά την παρέμβαση ($t=-0,885$, $p\text{-value}=0,380$).

Συμπεράσματα: Τα αποτελέσματα έδειξαν πως δεν υπήρξαν σημαντικές διαφορές μεταξύ της ομάδας παρεμβάσεως και της ομάδας ελέγχου και αυτό πιθανόν οφείλεται στο Hawthorn effect. Από την άλλη όμως

πλευρά, οι μετρήσεις που έγιναν προ και κατόπιν της παρεμβάσεως, φαίνεται να διακυμαίνονται όσον αφορά την συμπεριφορά υγείας, το άγχος και την κατάθλιψη.

Περίληψη στα Αγγλικά

Introduction: Psychological parameters are involved in the development and clinical course of coronary artery disease. In that context, several interventional techniques have been applied and tested through controlled trials as for their effectiveness. Coronary artery disease has a negative impact on patients' self-esteem and self-efficacy. Self-affirmation is a written disclosure of previous attainments and is considered as beneficial for self-esteem and self-efficacy, as well as for a variety of other parameters. Yet, there is no evidence available from patients with coronary artery disease.

Aim: To investigate the effect of self-affirmation on patients with coronary artery disease.

Material and Methods: Our material consisted of 100 participants. This study was selected in parallel with the intervention group (n = 50 subjects) and the use of a control group (n = 50 subjects). The control group is used in non-pharmaceutical studies probably even more than in clinical trials because of the hypothesis of influencing the values of dependent variables due to changes in the mental state that may occur as a result of the knowledge of inclusion in an intervention group. Two groups completed a form of socio-demographic, anthropometric and medical variables, average sleep times over the past 15 days, health self-referral, Healthy Lifestyle and Personal Control Questionnaire, Subjective Happiness Scale, Rosenberg Self-Esteem Scale, Generalized Self- Scale and Hospital Anxiety and Depression Scale. The measurements were given at study entry and after two months.

Results: The results of the test show that after the intervention program the participants' behavior regarding healthy dietary choices ($t = -4,219$, $p\text{-value} < 5\%$), the daily routine of the person ($t = -4,072$, $p\text{-value} < 5\%$) and its social and mental balance follow the normal distribution ($t = -5,383$, $p\text{-value} < 5\%$). The results of the test show that depression ($t = 3,056$, $p\text{-value} = 0,003 < 5\%$) and anxiety ($t = 5,190$, $p\text{-value} < 5\%$) are significantly reduced, but there is no significant statistical difference in subjective happiness before Intervention ($t = -0.648$, $p\text{-value} = 0.519$) and after intervention ($t = -0.890$, $p\text{-value} = 0.377$). There is no statistically significant difference in pre-intervention self-esteem ($t = -1,212$, $p\text{-value} = 0,229$) and post-intervention ($t = -0,430$, $p\text{-value} = 0,669$) = -0.528 , $p\text{-value} = 0.599$) and after intervention ($t = -0.885$, $p\text{-value} = 0.380$).

Conclusions: The results showed that there were no significant differences between the intervention groups and control and this probability was due to the "hawthorn effect". On the other hand, pre- and post-intervention measurements seem to vary in health behavior, anxiety and depression.

Εισαγωγή

Η στεφανιαία νόσος αποτελεί ένα συχνής επίπτωσης και υψηλής θνησιμότητας χρόνιο νόσημα το οποίο εν μέρει πυροδοτείται από τον ανθυγιεινό και νοσογόνο σύγχρονο τρόπο ζωής. Ο σύγχρονος άνθρωπος λόγω της καπνιστικής συνήθειας, του έντονου στρες, της έλλειψης ορθών διατροφικών επιλογών, επαρκούς ύπνου και φυσικής άσκησης βρίσκεται σε αυξημένο κίνδυνο για την ανάπτυξη μιας σειράς χρόνιων νοσημάτων, συμπεριλαμβανόμενης και της στεφανιαίας νόσου (Συμεωνίδου, 2012).

Σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο, και σε κλινικούς πληθυσμούς γενικότερα, η διερεύνηση των ψυχικών παραγόντων έχει μια αυξημένη βαρύτητα λόγω της συσχέτισης κλινικών καταστάσεων της ψυχικής υγείας, όπως η κατάθλιψη, με την έλλειψη συμπεριφορών υγείας. Εκτιμάται πως η παθοφυσιολογική επίδραση της κατάθλιψης και του άγχους καθώς και η έλλειψη συμμόρφωσης σε συμπεριφορές υγείας έχουν μια επιβαρυντική επίδραση σε κλινικά σημαντικούς δείκτες και στη θνησιμότητα των ασθενών (Di Matteo & Martin, 2002).

Με βάση τα ανωτέρω, η διαχείριση του ψυχικού αντίκτυπου ενός στρεσογόνου γεγονότος είναι απαραίτητη για τη προώθηση των συμπεριφορών υγείας και την επίδραση στην έκβαση της νόσου. Οι μέθοδοι διαχείρισης του στρες αν και μη όμοιες μεταξύ τους με διακριτά χαρακτηριστικά που διαφοροποιούν τη μία από την άλλη στοχεύουν ακριβώς σε ένα τέτοιο μηχανισμό αλλαγής και στην επίδραση στη σωματική υγεία του ασθενούς. Μια βασική ωστόσο παράμετρος είναι η σχέση κόστους - αποτελεσματικότητας κατά τη διαχείριση του στρες. Οι σύγχρονες μέθοδοι οφείλουν να είναι αποτελεσματικές, ενώ παράλληλα απαιτείται το να είναι σύντομης χρονικής διάρκειας και χαμηλού κόστους εκμάθησής τους από τον εκάστοτε ασθενή (Meisel et al., 2002).

Σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο οι ως τώρα μέθοδοι διαχείρισης είτε επικεντρώνονται σε μακροχρόνιες θεραπευτικές σχέσεις με τεράστια δαπάνη χρόνου και χρημάτων, όπως για παράδειγμα η γνωσιακή συμπεριφορική ψυχοθεραπεία, είτε επικεντρώνονται σε χρήση τεχνικών διαχείρισης που πραγματοποιούνται χωρίς τη συνεχή καθοδήγηση από έναν επαγγελματία υγείας (π.χ. αυτό-υπνωτισμός), έχουν όμως περιορισμένη ευεργετική επίδραση στις συμπεριφορές υγείας του ασθενούς.

Με βάση τα ευρήματα της υπάρχουσας βιβλιογραφίας, δεν εντοπίζονται κλινικές μελέτες αναφορικά με τη χρήση της τεχνικής αυτοεπιβεβαίωσης (self-affirmation), της γραπτής δηλαδή εξάσκησης αναφορικά με επιτεύγματα του ασθενούς, στη ψυχική και σωματική του υγεία. Ωστόσο, εκτιμάται πως μια τέτοια επίδραση θα μπορούσε να υφίσταται. Η τεχνική της αυτοεπιβεβαίωσης οδηγεί σε μια αύξηση της αυτοεκτίμησης και της αυτοαποτελεσματικότητας του ατόμου (Harris & Epton, 2009), ενώ αντίθετα η χρόνια νόσος αποτελεί ένα πλήγμα στην αυτοεκτίμηση και την αυτοαποτελεσματικότητα (Di Matteo & Martin, 2002).

Επομένως, φαντάζει εύλογη η ανάγκη εξέτασης της επίδρασης της τεχνικής αυτής σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο και η διερεύνηση του οφέλους της στη σωματική και ψυχική υγεία των ασθενών. Στις κοινωνικές επιστήμες και τις επιστήμες υγείας η διερεύνηση της αποτελεσματικότητας παρεμβάσεων οι οποίες δεν έχουν ως τώρα ελεγχθεί ως προς την επίδρασή τους συνηθίζεται να πραγματοποιείται μέσω τυχαιοποιημένων κλινικών μελετών λόγω της μεθοδολογικής αξιοπιστίας που παρέχει η εφαρμογή μιας παρέμβασης σε μια ομάδα ασθενών και η παρακολούθηση της άλλης, με το τυχαίο καταμερισμό των συμμετεχόντων να εγγυάται την ομοιογένεια των δύο ομάδων (Robson, 2002).

Στα πλαίσια αυτά, σκοπός της συγκεκριμένης εργασίας ήταν η διερεύνηση της επίδρασης της εφαρμογής της τεχνικής αυτοεπιβεβαίωσης σε ένα δείγμα ατόμων με στεφανιαία νόσο.

Μέρος Α- Γενικό Μέρος

Κεφάλαιο 1: Οι χρόνιες νόσοι και η στεφανιαία νόσος

1.1 Η χρόνια νόσος στον 21ο αιώνα

Ο 20^{ος} αιώνας αποτελεί μια περίοδο μεγάλων αλλαγών στο «χάρτη» της χρόνιας νοσηρότητας. Οι μεταδιδόμενες νόσοι οι οποίες αποτελούσαν για αιώνες τη μεγάλη απειλή για την ανθρωπότητα

αντιμετωπίζονται ιδιαίτερα κατά το δεύτερο μισό του αιώνα με αξιοσημείωτη επιτυχία, ενώ παράλληλα 9

αυξάνεται η συχνότητα των χρόνιων νοσημάτων. Η συγκεκριμένη αυξητική τάση έχει την απόδοσή της στην αύξηση του προσδόκιμου ζωής, αλλά και των ανθυγιεινών συμπεριφορών όπως το κάπνισμα, η κατανάλωση αλκοόλ και η έλλειψη φυσικής δραστηριότητας (Leplege, 1997).

Οι παραπάνω συμπεριφορές αυτές οδηγούν με τη σειρά τους σε χρόνιες καταστάσεις υψηλού ρίσκου για νοσηρότητα, όπως η παχυσαρκία, και στην ανάπτυξη μιας πρώτης σειράς ενδείξεων επερχόμενης νοσηρότητας, όπως η δυσλιπιδεμία (Bauer et al., 2014). Συνεπώς, η αλλαγή στις συνήθειες και στο τρόπο ζωής του ατόμου έχει άμεσο αντίκρισμα στη μεταβολή της κατανομής της παγκόσμιας νοσηρότητας (Παρίσης και συν., 2013).

1.2 Χρόνια νόσος και έκπτωση της λειτουργικότητας του ατόμου

Πέραν της αντιμετώπισης της ασθένειας από μια καθαρά ιατρική σκοπιά, ιδιαίτερη βαρύτητα έχει δοθεί και στην αντιμετώπιση του βιώματος της και των συνεπειών που επιφέρει στο άτομο. Η χρόνια νόσος και η συνακόλουθη αναπηρία που επιφέρει είναι μια έννοια που είναι έννοιες που αν και χρησιμοποιούνται συχνά δεν έχουν ένα καθολικά αποδεκτό περιεχόμενο. Κατά την Bradby (2009) υπάρχει ένας διαχωρισμός μεταξύ της ανεπάρκειας, που είναι σωματικό χαρακτηριστικό το οποίο αντανακλά μια έλλειψη ως προς κάποια αισθητηριακή αντίληψη, την κινητικότητα ή κάποια φυσιολογική σωματική ή νοητική λειτουργία του οργανισμού, και της αναπηρίας, που είναι οι περιορισμοί οι οποίοι προκύπτουν εξαιτίας της ανεπάρκειας στις δραστηριότητες του ατόμου ή σε κάποια άλλη λειτουργική του ικανότητα εξαιτίας της χρόνιας νόσου.

Το μοντέλο αυτό στο οποίο η αναπηρία διακρίνεται από την ανεπάρκεια περιγράφεται στη βιβλιογραφία ως κοινωνικό μοντέλο της αναπηρίας και αποδίδει την αναπηρία του ατόμου σε παράγοντες κοινωνικούς, οικονομικούς, συμπεριφορικούς και σωματικούς, παρά στις σωματικές του ανεπάρκειες, υποβαθμίζοντας έτσι το ρόλο της παθολογίας, η οποία εντάσσεται στο τομέα της ιατρικής και μετατοπίζοντας το βάρος από τις επιστήμες υγείας στη ψυχοκοινωνιολογία της ασθένειας (Bradby, 2009). Η θεώρηση αυτή είναι σύμφωνη και με άλλες κοινωνιολογικές προσεγγίσεις σχετικά με την αναπηρία και έχει τη βάση της στην αρκετά δημοφιλή προσέγγιση του Albrecht (2001). Συνδέεται δε με απόψεις σχετικά με την έρευνα της υγείας και της ασθένειας υπό ένα κοινωνιολογικό πρίσμα (Chaska, 1977).

Κατά τον Davis (1995) η αναπηρία δεν είναι μια αντικειμενική πραγματικότητα, παρά μια κατασκευασμένη κοινωνιογνωστική αντίληψη. Παρατηρώντας τους υπόλοιπους το άτομο κατηγοριοποιεί τη λειτουργική κατάσταση τους και κατατάσσει αυτούς με έναν υψηλό βαθμό λειτουργικότητας στη κατηγορία των μη ανάπηρων, ενώ αυτούς που αντιμετωπίζουν κινητικά κυρίως προβλήματα (π.χ. ένα άτομο σε αναπηρικό καροτσάκι) ως ανάπηρα. Άλλες θεωρήσεις αποτελούν αυτές του Abberley (1991), που αποδέχεται τον όρο της αναπηρίας όταν προκαλεί λειτουργικούς περιορισμούς στο άτομο και του Söder (1987) που αποδέχεται τον ορισμό της αναπηρίας μόνο όταν υπάρχουν περιορισμοί στο περιβάλλον του

ατόμου που το περιορίζουν στη λειτουργικότητά του λόγω ενός σωματικού προβλήματος. Όλοι οι ανωτέρω ορισμοί χαρακτηρίζονται από το ότι συμπεριλαμβάνουν μια κοινωνική θεώρηση της αναπηρίας, η οποία δεν είναι απαραίτητα ταυτόσημη με την ιατρική υπόσταση του όρου αυτού

Ακόμα και ιατρικές θεωρήσεις αδυνατούν να επεξηγήσουν επαρκώς το φαινόμενο χωρίς μια συμπερίληψη της κοινωνιολογικής προσέγγισης της αναπηρίας. Σε ένα πρόσφατο άρθρο ανασκόπησης η Altman (2014) αποδέχεται τη συμπερίληψη της κοινωνικής θεώρησης στη μελέτη εντοπισμού της συχνότητας της αναπηρίας, αφού εκτιμά πως η αναπηρία ορίζεται ή και εντείνεται από τους κοινωνικούς περιορισμούς λόγω της ύπαρξης του σωματικού προβλήματος. Συνεπώς, φαίνεται πως παρατηρείται πλέον μια σύνδεση της ψυχοκοινωνικής με την ιατρική διάσταση της αναπηρίας, χωρίς απαραίτητα να υποστηρίζεται μια αντίθεση μεταξύ των διαφορετικών επεξηγήσεων, οι οποίες φαίνεται να έχουν έναν αλληλοσυμπληρωματικό ρόλο.

Τέλος, αξίζει να αναφερθεί το ότι η έννοια και ο ορισμός της ίδιας της αναπηρίας επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό τα ερευνητικά δεδομένα σχετικά με τη διερεύνηση του φαινομένου. Μια σχετική μελέτη η οποία διαχώρισε τα άτομα με μέτρια ή ελαφριά αναπηρία και τα χαρακτήρισε ως μη ανάπηρα κατέδειξε ότι τα άτομα αυτά βίωναν ένα μεγάλο βαθμό περιορισμών ακόμα και αν δεν χαρακτηρίζονταν στη μελέτη ως ανάπηρα (Sabariego et al., 2015). Συνεπώς, ο ορισμός της αναπηρίας είναι ιδιαίτερα σημαντικός και διότι επηρεάζει τη συμπερίληψη του δείγματος στις μελέτες (Foster, 2007).

1.3 Κατηγορίες αναπηρίας

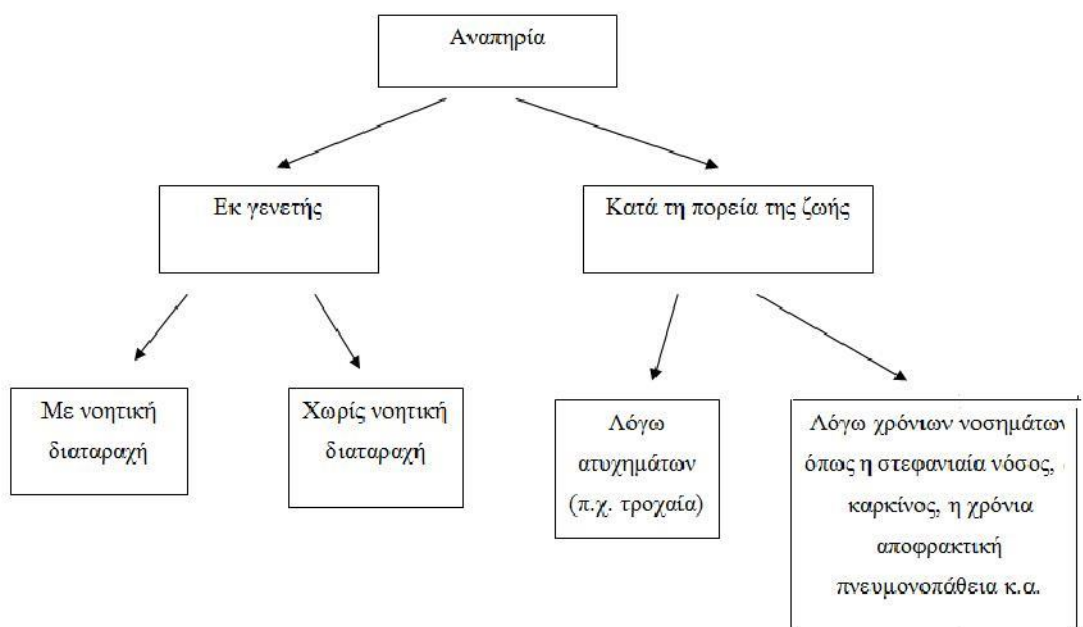
Παρότι δεν υπάρχει ένα καθολικά αποδεκτό μοντέλο υποκατηγοριοποίησης της αναπηρίας ορισμένοι διαχωρισμοί βασιζόμενοι σε εμπειρικά δεδομένα είναι εφικτοί. Ένας βασικός διαχωρισμός είναι αυτός μεταξύ της εκ γενετής αναπηρίας και της αναπηρίας που προκύπτει στη πορεία της ζωής του ατόμου (Bradby, 2009).

Η εκ γενετής αναπηρία αναφέρεται σε αναπτυξιακά προβλήματα τα οποία συνδέονται με ενδομήτρια, περιβαλλοντικά ή γενετικά αίτια. Συχνά επομένως οι επιμέρους διαταραχές συναντώνται στα διαγνωστικά εγχειρίδια ως αναπτυξιακές διαταραχές. Ενδεικτικά ως τέτοιες διαταραχές που προκαλούν αναπηρία μπορούν να αναφερθούν το σύνδρομο Down (Maata et al., 2006) και σύνδρομο Prader-Willi (Jauregi et al., 2007). Ένα κύριο χαρακτηριστικό αυτών των μορφών αναπηρίας είναι το ότι εντάσσονται επίσης στη κατηγορία της νοητικής αναπηρίας. Κατά την Αμερικανική Ένωση για τις Νοητικές και Αναπτυξιακές διαταραχές, η νοητική αναπηρία ορίζεται ως μια ανικανότητα με σημαντικούς περιορισμούς στη νοητική και προσαρμοστική συμπεριφορά του ατόμου και έχει ηλικία έναρξης πριν τα 18 έτη. Ο όρος αυτός έχει αντικαταστήσει σε πολύ μεγάλο βαθμό τον ορισμό της νοητικής αναπηρίας ως νοητική υστέρηση λόγω του ότι θεωρείται πως αντανάκλα πληρέστερα το φαινόμενο που περιγράφεται (Schalock et al., 2007).

Η άλλη κατηγορία αναπηρίας σχετίζεται με τις παθολογικές καταστάσεις οι οποίες προκύπτουν αιφνίδια κατά τη πορεία της ζωής του ατόμου. Πολλές από αυτές προκύπτουν λόγω κάποιου τραυματισμού. Συχνά ο τραυματισμός αυτός προκύπτει κατά τις αθλητικές δραστηριότητες (Maffulli et al., 2010) και λόγω εργατικών ατυχημάτων (Halcomb et al., 2005)

Ως προς τα χρόνια νοσήματα, σύμφωνα με τη πιο πρόσφατη αναθεώρηση της Παγκόσμιας Μελέτης Φορτίου Ασθένειας τα καρδιαγγειακά, ο καρκίνος και κάποια άλλα χρόνια νοσήματα όπως τα αναπνευστικά αποτελούν τις πρώτες αιτίες ανικανότητας και αναπηρίας στον ανεπτυγμένο κόσμο (Global Burden of Disease Study 2013 Collaborators, 2013). Κατά μία πιθανώς πεσιμιστική θεώρηση του Erikson (1950) σχετικά με το κύκλο ζωής του ανθρώπου, το χρόνιο νόσημα το οποίο επιφέρει περιορισμό της λειτουργικότητάς του είναι ένα φυσιολογικό στάδιο κατά την αναπτυξιακή του πορεία.

Ιδιαίτερη σημασία οφείλει να δοθεί στο χρονικό σημείο της διάγνωσης. Πολλές διαταραχές όπως για παράδειγμα ο αυτισμός θα μπορούσε να θεωρηθεί πως προκύπτουν κατά τη διάρκεια της ζωής του ατόμου, αφού ο εντοπισμός των συμπτωμάτων τους ενδεχομένως να γίνει ακόμα και χρόνια μετά τη γέννα, κάτι που δεν σημαίνει όμως πως η έναρξη της διαταραχής τοποθετείται χρονικά σε εκείνο το σημείο (Wiggin et al., 2006). Σημασία επομένως έχει η έναρξη της νόσου, παρότι η διάγνωση της αναπηρίας ενδεχομένως να αποτελεί μια κοινωνική κατασκευή (Bradby, 2009)



Διάγραμμα 1: Κατηγοριοποιήσεις της αναπηρίας. Πηγή: Bradby, 2009

1.4 Η στεφανιαία νόσος

Οι στεφανιαίες αρτηρίες είναι τα αιμοφόρα αγγεία που αιματώνουν το μυοκάρδιο και παρέχουν στην καρδιά το απαραίτητο οξυγόνο και θρεπτικές ουσίες ώστε να επιτελέσει τη λειτουργία της. Η στένωση των

στεφανιαίων αρτηριών γίνεται από το σχηματισμό μιας πλάκας (αθήρωμα) στο τοίχωμα της αρτηρίας. Με το χρόνο η πλάκα αυξάνει σε πάχος έτσι ώστε μικραίνει τη διάμετρο του αυλού της αρτηρίας δηλαδή προκαλείται στένωση του αγγείου. Η ροή του αίματος ελαττώνεται, εφ' όσον η στένωση του αυλού της αρτηρίας γίνει μεγαλύτερη του 50% της διαμέτρου ή μεγαλύτερη του 75% του εμβαδού της επιφάνειας του αυλού της αρτηρίας. Η ελάττωση της προσφοράς οξυγόνου στο μυοκάρδιο εκφράζεται κλινικά με την στηθάγχη (Στεφανάδης, 2009).

Στη στεφανιαία νόσο οι αναπαραστάσεις σχετίζονται με τέσσερεις συγκεκριμένες παραμέτρους (Filippatos et al., 2005)

- Το αντίκτυπο της ασθένειας, εννοώντας τον αντιλαμβανόμενο βαθμό περιορισμού της λειτουργικότητας του ατόμου λόγω της νόσου
- Την αντίληψη περί της διάρκειας της ασθένειας, καθώς άτομα που θεωρούν πως σύντομα θα επανέλθουν στους ομαλούς ρυθμούς ζωής τους έχουν μια διαφορετική αναπαράσταση της νόσου σε σχέση με όσους θεωρούν την ασθένεια ως διαρκής και αναπόφευκτη
- Το αίσθημα ελέγχου επί της νόσου, αφού το αίσθημα αβοήθητου δημιουργεί στον ασθενή μια ιδιαίτερα αρνητική αναπαράσταση
- Την αυτό-εικόνα, αφού ασθενείς που αντιλαμβάνονται πως η εξωτερική τους εικόνα, αλλά και ο κοινωνικός τους ρόλος έχει πληγεί σε μεγάλο βαθμό σχηματίζουν ιδιαίτερα αρνητικές αναπαραστάσεις για τη νόσο

Κεφάλαιο 2: Αιτιοπαθογένεια και κλινική εικόνα της στεφανιαίας νόσου

2.1 Παράγοντες Κινδύνου

Η στεφανιαία νόσος αποτελεί τον κυριότερο εκπρόσωπο των καρδιαγγειακών νοσημάτων, στα οποία περιλαμβάνονται τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια και η περιφερική αποφρακτική αρτηριοπάθεια. Κοινός παρονομαστής σε όλα αυτά τα νοσήματα είναι η ανάπτυξη αθηρωματικών αλλοιώσεων στο αγγειακό δίκτυο και η ύπαρξη συγκεκριμένων καταστάσεων ή χαρακτηριστικών που συνολικά ονομάζονται παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου. Η ύπαρξη ενός ή περισσότερων τέτοιων παραγόντων σχετίζεται με αυξημένη πιθανότητα μελλοντικής εμφάνισης της νόσου (Στεφανάδης, 2009).

Η δράση αυτών των παραγόντων είναι πολλαπλασιαστική και όχι αθροιστική, ενώ διαχωρίζονται σε αυτούς που δεν είναι δυνατόν να τροποποιηθούν (όπως το φύλο και η ηλικία) και σε εκείνους που μπορούν να τροποποιηθούν (πχ το κάπνισμα, η υπέρταση) και επομένως ο έλεγχός τους να βοηθήσει στην πρόληψη της νόσου. Η ταυτοποίηση συγκεκριμένων παραγόντων κινδύνου άρχισε κατά τη δεκαετία του 1960 και βασίστηκε πρωταρχικά στα ευρήματα της μελέτης Framingham. Πιο συγκεκριμένα οι μείζονες παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου είναι (Barth et al., 2004):

1. Μη τροποποιήσιμοι παράγοντες

- Το φύλο και η ηλικία (άνδρες πάνω από 45 ετών, γυναίκες πάνω από 55 ετών)
- Το οικογενειακό ιστορικό πρώιμης στεφανιαίας νόσου (πριν την ηλικία των 55 ετών σε άνδρα συγγενή πρώτου βαθμού ή πριν την ηλικία των 65 ετών σε γυναίκα συγγενή πρώτου βαθμού)

2. Τροποποιήσιμοι παράγοντες

- Το κάπνισμα (ισχυρός παράγοντας κινδύνου ακόμη και με ελάχιστο κάπνισμα 1-4 τσιγάρων την ημέρα και ανεξάρτητα από την περιεκτικότητα σε νικοτίνη)
- Η αρτηριακή υπέρταση
- Η δυσλιπιδαιμία (αυξημένη LDL ή/και χαμηλή HDL χοληστερόλη)
- Ο σακχαρώδης διαβήτης
- Η παχυσαρκία
- Η καθιστική ζωή και η έλλειψη άσκησης

2.2 Η κλινικοπαθολογική εικόνα της στεφανιαίας νόσου

Σε κλινικοπαθολογικό επίπεδο, η στεφανιαία νόσος αναφέρεται στη σκλήρυνση και στένωση των αρτηριών που τροφοδοτούν τον καρδιακό μυ με αίμα λόγω της υπερσυγκέντρωσης χοληστερόλης και άλλων στοιχείων που συσσωρεύονται στο εσωτερικό τοίχωμα και δημιουργούν αρτηροσκλήρωση. Καθώς η αρτηροσκλήρωση μεγαλώνει η ομαλή κυκλοφορία του αίματος παρεμποδίζεται και ο καρδιακός μυς λαμβάνει λιγότερες από τις απαιτούμενες ποσότητες αίματος και οξυγόνου. Η καρδιακή βλάβη προκαλείται όταν ένας θρόμβος αίματος περιορίζει τη παροχή αίματος στη καρδιά, ενώ σε βάθος χρόνου αποδυναμώνεται ο καρδιακός μυς με αποτέλεσμα καρδιακή ανεπάρκεια και αρρυθμίες. Λόγω του ότι η στεφανιαία νόσος είναι σε γενικές γραμμές ασυμπτωματική οι ασθενείς προσέρχονται σε υπηρεσίες υγείας μετά από κάποιο σχετικό επεισόδιο (Ambrose & Singh, 2015).

Η νόσος συνοδεύεται και από ένα σημαντικό περιορισμό διαφόρων επιπέδων της λειτουργικότητας του ατόμου, όπως για παράδειγμα ο εργασιακός του ρόλος. Η υψηλότερη παρατηρούμενη ανικανότητα

καταγράφεται αμέσως μετά το χειρουργείο και περιορίζεται στο επόμενο χρονικό διάστημα, χωρίς ωστόσο να επανέρχεται σε φυσιολογικά επίπεδα με άρση των περιορισμών της λειτουργικότητας του ασθενούς (Khoueri et al., 2011). Πρόκειται συνεπώς για μια επίκτητη αναπηρία η οποία επέρχεται από εμφάνιση χρόνιου νοσήματος (Höfer et al., 2004).

2.3 Κλινικές εκδηλώσεις της στεφανιαίας νόσου

Οι κλινικές εκδηλώσεις της ΣΝ περιλαμβάνουν τη σταθερή στηθάγχη, την ασταθή στηθάγχη, το έμφραγμα του μυοκαρδίου, τον αιφνίδιο θάνατο, την καρδιακή ανεπάρκεια και τη σιωπηλή ισχαιμία (Στεφανιάδης, 2009).

2.3.1 Σταθερή στηθάγχη

Η στηθάγχη είναι παροξυσμός θωρακικής ενόχλησης, που συχνά περιγράφεται σαν πόνος, σφίξιμο, κάψιμο, συμπίεση, δύσπνοια και εμφανίζεται σε προσπάθεια, ενώ υποχωρεί λίγα λεπτά μετά τη διακοπή της προσπάθειας ή με τη λήψη υπογλώσσιου δισκίου νιτρογλυκερίνης. Τυπικά η στηθάγχη εντοπίζεται πίσω από το στήθος και καταλαμβάνει ποικίλη έκταση στο θωρακικό τοίχωμα. Ο πόνος μπορεί να αντανakλά στα άνω άκρα (κυρίως στο αριστερό) καθώς και στην κάτω γνάθο (Filippatos et al., 2005).

Μερικές φορές ο πόνος εντοπίζεται στο πάνω μέρος της κοιλιάς. Στη στηθάγχη οι διαταραχές στο μυοκάρδιο είναι παροδικές (για λίγα λεπτά που διαρκεί η στηθαγχική κρίση) και αναστρέφονται πλήρως μετά το τέλος αυτής. Η σταθερή στηθάγχη οφείλεται σε στενώσεις των στεφανιαίων αγγείων από αθηρωματικές πλάκες, που υπάρχουν στο τοίχωμά τους και ο πόνος (στηθάγχη) εμφανίζεται μετά από την εκτέλεση συγκεκριμένου έργου, που είναι διαφορετικό για τον κάθε ασθενή και εξαρτάται από το βαθμό και την έκταση προσβολής των στεφανιαίων αρτηριών (Filippatos et al., 2005).

2.3.2 Ασταθής στηθάγχη

Η ασταθής στηθάγχη οφείλεται στην απότομη αύξηση της στένωσης μιας στεφανιαίας αρτηρίας, συνήθως εξαιτίας ρήξης μιας αθηρωματικής πλάκας και της επακόλουθης θρόμβωσης μέσα στον αυλό του αγγείου στο σημείο της ρήξης, που αυξάνει έτσι σημαντικά το ποσοστό στένωσης, αλλά δεν φράζει τελείως το αγγείο. Η ασταθής στηθάγχη διαφέρει στην εκδήλωσή της από την σταθερή στηθάγχη, μπορεί να είναι συχνά προάγγελος οξέος εμφράγματος μυοκαρδίου και περιλαμβάνει τις ακόλουθες καταστάσεις: (Λεκάκης και συν., 2012)

(α) Επιδεινούμενη στηθάγχη (συχνότερα, εντονότερα, μεγαλύτερης διάρκειας στηθαγχικά επεισόδια) σε ασθενή που είχε σταθερή στηθάγχη.

(β) Στηθάγχη που εμφανίστηκε πρόσφατα αλλά εκλύεται σε μικρή προσπάθεια.

(γ) Στηθάγχη σε ηρεμία ή σε ελάχιστη προσπάθεια

2.3.3. Οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου

Το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου έχει την ίδια αιτία όπως και η ασταθής στηθάγχη, με τη διαφορά ότι εδώ έχουμε απόφραξη (πλήρη ή σχεδόν πλήρη διακοπή της ροής) του στεφανιαίου αγγείου, μετά τη ρήξη της αθηρωματικής πλάκας και την επακόλουθη θρόμβωση. Στο έμφραγμα του μυοκαρδίου συμβαίνει νέκρωση του τμήματος του μυοκαρδίου, που παίρνει αίμα από κλάδους της αρτηρίας μετά το σημείο της απόφραξης. Γι αυτό το λόγο όσο πιο κεντρικά είναι η βλάβη της αρτηρίας που οδήγησε στην απόφραξη, τόσο μεγαλύτερη είναι η νέκρωση και το έμφραγμα του μυοκαρδίου (Στεφανάδης, 2009). Το έμφραγμα μπορεί να συμβεί μετά από έντονη προσπάθεια, αλλά και σε ηρεμία ή στον ύπνο. Ο πόνος του εμφράγματος είναι παρόμοιος με αυτόν της στηθάγχης, αλλά είναι πιο έντονος, μεγαλύτερης διάρκειας (περισσότερο από μισή ώρα) και συνοδεύεται συνήθως από ιδρώτα, ωχρότητα, τάση προς έμετο ή/και έμετο. Σε έμφραγμα (χωρίς επιπλοκές) ο πόνος μπορεί να διαρκέσει 6-8 ώρες.

2.3.4 Αιφνίδιος καρδιακός θάνατος

Ως αιφνίδιος θεωρείται ο καρδιακός θάνατος που επέρχεται σε διάστημα μικρότερο της ώρας από την έναρξη τυχόν καρδιακής συμπτωματολογίας, σε ασθενείς που προηγούμενα ήταν ασυμπτωματικοί ή τουλάχιστον διατελούσαν σε σταθερή κλινική κατάσταση. Συχνά αποκαλείται και καρδιακή ανακοπή. Σε αναπτυγμένες οικονομικά κοινωνίες, με την επικράτηση της ΣΝ ως κύρια αιτία νοσηρότητας και θνητότητας στον γενικό πληθυσμό, ο αιφνίδιος καρδιακός θάνατος ευθύνεται για το ήμισυ της ολικής θνησιμότητας από οποιαδήποτε καρδιαγγειακή αιτία (Faller et al., 2010).

Η ΣΝ αποκαλύπτεται ως η υποκείμενη καρδιοπάθεια στους περισσότερους διασωθέντες από καρδιακή ανακοπή ενήλικες ασθενείς. Στη συντριπτική του πλειονηφία ο αιφνίδιος καρδιακός θάνατος οφείλεται στην απροσδόκητη εισβολή μιας θανατηφόρας κοιλιακής αρρυθμίας (κοιλιακής ταχυκαρδίας) που εκφυλίζεται σε κοιλιακή μαρμαρυγή και ασυστολία. Είναι αξιοσημείωτο ότι στους περισσότερους από αυτούς τους ασθενείς δεν υφίστανται κλινικοεργαστηριακά ευρήματα συμβατά με οξεία μυοκαρδιακή νέκρωση, αν και η μυοκαρδιακή ισχαιμία φαίνεται να είναι ο πιο πιθανός μηχανισμός πρόκλησης «ηλεκτρικής αστάθειας» που καταλήγει στην καρδιακή ανακοπή (Λεκάκης και συν., 2012).

2.3.5 Καρδιακή ανεπάρκεια

Η καρδιακή ανεπάρκεια είναι η ανικανότητα της καρδιάς να εφοδιάσει τους ιστούς του σώματος με την απαραίτητη ποσότητα αίματος, σπάνια είναι η πρώτη εκδήλωση της στεφανιαίας νόσου και συνήθως επέρχεται μετά από εκτεταμένο έμφραγμα μυοκαρδίου, που νεκρώνει σημαντικό τμήμα της καρδιάς, το οποίο αφού μετατραπεί στη συνέχεια σε ουλή, δεν μπορεί να συνεισφέρει στην καρδιακή συστολή. Ενδέχεται όμως να επέλθει και εξαιτίας χρονίως μειωμένης παροχής αίματος στο μυοκάρδιο λόγω στένωσης των στεφανιαίων αρτηριών, χωρίς να έχει προηγηθεί έμφραγμα. Με αυτό τον τρόπο υπάρχει

διαταραχή στην αντλητική ικανότητα της καρδιάς, με συνέπεια την καρδιακή ανεπάρκεια. Η κλινική εικόνα της καρδιακής ανεπάρκειας είναι αίσθημα δύσπνοιας, περιορισμός ανοχής στην κόπωση, καθώς και κατακράτηση υγρών που μπορεί να οδηγήσει σε πνευμονική συμφόρηση ή περιφερικό οίδημα. Τα παραπάνω συμπτώματα και σημεία δεν είναι απαραίτητο να εμφανίζονται όλα ταυτόχρονα σε κάθε άρρωστο. Μερικοί ασθενείς παρουσιάζουν απλώς μειωμένη ανοχή στην άσκηση, ενώ σε άλλους κυριαρχεί το οίδημα και δεν αναφέρουν δύσπνοια ή αίσθημα] κόπωσης. Οι ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια σε προχωρημένα στάδια εμφανίζουν χαμηλή ποιότητα ζωής και κατάθλιψη (Hobbs et al., 2002; Faller et al., 2010).

Η καρδιακή ανεπάρκεια αποτελεί κλινικό σύνδρομο με αυξημένη θνητότητα και νοσηρότητα. Η συχνότητά της αυξάνει συνεχώς τα τελευταία χρόνια στο δυτικό κόσμο. Η συχνότερη αιτία καρδιακής ανεπάρκειας είναι η στεφανιαία νόσος. Ο αυξανόμενος αριθμός ασθενών που επιβιώνουν από καρδιακή προσβολή και η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης, συμβάλλουν στη συνολική αύξηση των ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια. Η κολπική μαρμαρυγή είναι η πιο συχνή αρρυθμία στους ηλικιωμένους ασθενείς με ΣΝ και καρδιακή ανεπάρκεια (Λεκάκης και συν., 2012).

2.3.6 Σιωπηλή ισχαιμία

Αν και ο κλινικός γιατρός εμπλέκεται συχνότερα με τη θεραπεία και τη διαγνωστική προσπέλαση των συμπτωματικών ασθενών, φαίνεται πως μια μεγάλη ομάδα ασθενών με χρόνια στεφανιαία νόσο δεν εμφανίζουν συμπτωματολογία. Υπολογίζεται ότι ποσοστό 20-25% των ασθενών με στεφανιαία νόσο έχουν σιωπηλή ισχαιμία του μυοκαρδίου (Faller et al., 2010). Οι ασυμπτωματικοί ασθενείς με τεκμηριωμένη στεφανιαία νόσο, ιδίως αν υπάρχει αντικειμενική πιστοποίηση ισχαιμίας του μυοκαρδίου από το διαγνωστικό έλεγχο, εμφανίζουν αυξημένη νοσηρότητα και θνητότητα, σε σχέση με το γενικό πληθυσμό και απαιτούν ιδιαίτερη περίσκεψη στη θεραπευτική τους προσέγγιση. Επίσης κινδυνεύουν περισσότερο και από τους άλλους ασθενείς που εμφανίζουν συμπτώματα. Το τελευταίο συμβαίνει, επειδή τα πρόσωπα αυτά δεν έχουν καμία προειδοποίηση από ενόχλημα για την επερχόμενη κρίση ισχαιμίας (Λεκάκης και συν., 2012)

2.4 Η επιδημιολογική εξέταση της στεφανιαίας νόσου

Σύμφωνα με τη πιο πρόσφατη ανάλυση της παγκόσμιας μελέτης φορτίου ασθένειας, ο επιπολασμός της στεφανιαίας νόσου έχει τουλάχιστον διπλασιαστεί με βάση τα δεδομένα του 1990 (Global Burden of Disease Study 2013 Collaborators, 2015). Καθώς οι αναπτυσσόμενες χώρες προσαρμόστηκαν στον ανθυγιεινό τρόπο ζωής του ανεπτυγμένου κόσμου (κάπνισμα, αλκοόλ, έλλειψη φυσικής δραστηριότητας, κακή διατροφή κτλ) η επίπτωση της στεφανιαίας νόσου αυξήθηκε και πλέον αποτελεί ένα μείζον πρόβλημα για τη παγκόσμια υγεία. Μόνο για το 2008 καταγράφηκαν 7.249.000 θάνατοι σε όλο το πλανήτη αποτελώντας το 12.7% της παγκόσμιας θνησιμότητας (Finegold et al., 2013).

Καθώς η στεφανιαία νόσος επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από τις συμπεριφορές υγείας του ατόμου, κοινωνιολογικές μεταβολές του 20^{ου} αιώνα συνέβαλαν στη μεταβολή του επιπολασμού της ασθένειας. Για παράδειγμα, η μαζική απόκτηση ιδιωτικής χρήσης οχημάτων από κατοίκους των πρώην κομμουνιστικών χωρών όπως η Πολωνία, η Ανατολική Γερμανία, η Τσεχία και η Λιθουανία, οδήγησε σε περιορισμό των μετακινήσεων με τα πόδια και αύξηση της συχνότητας της νόσου λόγω του περιορισμού της φυσικής δραστηριότητας (Zunft et al., 1999). Ανάλογη σύγκριση μεταξύ των Γερμανών της Ανατολικής και της Δυτικής Γερμανίας κατέδειξε την επίδραση των διαφορών σε κοινωνικό επίπεδο στη πρόκληση της νόσου.

Οι κάτοικοι της Ανατολικής Γερμανίας εκτιμάται πως λόγω μιας χαμηλότερης κοινωνικοοικονομικής κατάστασης, επομένως και πρόσβασης στο σύστημα υγείας, και υψηλότερου ψυχοκοινωνικού στρες είχαν σημαντικά μεγαλύτερα ποσοστά στεφανιαίας νόσου σε σχέση με αυτούς της Δυτικής Γερμανίας (Heinemann et al., 1996). Συνεπώς, διαφορές σε κοινωνικό επίπεδο και επίπεδο οργάνωσης των υπηρεσιών παροχής υγείας ενός κράτους έχουν επίδραση στη νοσηρότητα από στεφανιαία νόσο (Λεκάκης και συν., 2012).

Η θνησιμότητα διαφέρει έντονα μεταξύ διαφορετικών κρατών και περιοχών του κόσμου. Στην Ευρώπη παρατηρείται μια μεγάλη διαφοροποίηση μεταξύ των κρατών, εν μέρει λόγω διαφορών στο τρόπο ζωής και τις συμπεριφορές υγείας των κατοίκων της εκάστοτε χώρας. Σύμφωνα με μια σχετική ανάλυση, η πιθανότητα θανάτου από στεφανιαία νόσο για έναν άντρα κάτω των 65 ετών στην Ουκρανία είναι 14 φορές πιο μεγάλη σε σχέση με έναν Γάλλο άντρα της ίδιας ηλικίας (Koutis et al., 1992).

Το 1979 η Γαλλία, η Ισπανία, η Πορτογαλία και ακολούθως η Ελλάδα και η Ρουμανία ήταν οι πέντε χώρες με τα χαμηλότερα ποσοστά θνησιμότητας λόγω στεφανιαίας νόσου σε άντρες κάτω των 65 στην Ευρώπη. Ωστόσο, το 1989 η Ελλάδα υποχώρησε στην έβδομη θέση της κατάταξης, το 1999 βρέθηκε στη δέκατη έβδομη και το 2005 στη δέκατη όγδοη, καταδεικνύοντας μια αύξηση της σχετικής θνησιμότητας. Αναφορικά με τις γυναίκες της ίδιας ηλικιακής ομάδας, το 1979 η Ελλάδα βρέθηκε στην τρίτη θέση, το 1989 στην έβδομη, το 1999 στη δωδέκατη και το 2005 στη δέκατη έβδομη (Τούντας και συν., 2000). Ωστόσο, η θνησιμότητα δεν άλλαξε σε σημαντικό βαθμό ανάμεσα στις καταγραφές με βάση το συνολικό αριθμό των αποθανόντων, σημειώνοντας μάλιστα μια μικρή πτώση. Επομένως, περισσότερο πιθανή φαντάζει μια πτώση της Ελλάδας στη κατάταξη λόγω της απουσίας προγραμμάτων πρόληψης και αντιμετώπισης της στεφανιαίας νόσου, τα οποία αναπτύχθηκαν σε μεγάλο βαθμό στα υπόλοιπα ευρωπαϊκά κράτη (Koutis et al., 1992).

Οι προαναφερόμενες μελέτες συμπεριφορών ρίσκου για στεφανιαία νόσο επιβεβαιώνουν τις παραπάνω υποθέσεις. Μεταξύ του 1990 και του 2000 παρατηρήθηκε μια αύξηση της καπνιστικής συνήθειας στην Ελλάδα, η οποία ήταν μεγαλύτερη από αυτή των υπόλοιπων ευρωπαϊκών κρατών που σε γενικές γραμμές επίσης παρουσίασαν μια ελαφρώς αυξητική τάση. Ωστόσο, η φυσική δραστηριότητα κατέγραψε

μια πολύ μεγάλη αύξηση μεταξύ αυτών των χρονολογιών για την Ελλάδα, ενώ για τα περισσότερα Ευρωπαϊκά κράτη δεν παρατηρήθηκε μια ανάλογη μεταβολή (Καφάτος, και συν., 1998).

Ακόμα, η συμμόρφωση σε μια υγιεινή διατροφή (π.χ. περιορισμός λίπους) δεν μεταβλήθηκε σημαντικά στην Ελλάδα, παρ' ότι στις περισσότερες χώρες υπήρξε μια τάση προς αύξηση των ανθυγιεινών διατροφικών επιλογών. Τέλος, καταγράφηκε μια κατακόρυφη αύξηση του βαθμού επίγνωσης αναφορικά με τη συμβολή αυτών των συμπεριφορών υγείας στη στεφανιαία νόσο, κάτι που δεν παρατηρήθηκε για τα υπόλοιπα Ευρωπαϊκά κράτη (Steptoe et al., 2002). Επομένως, οι μεταβολές της κατάταξης της Ελλάδας στη θνησιμότητα της στεφανιαίας νόσου θα μπορούσε να θεωρηθεί πως είναι περισσότερο το αποτέλεσμα ανεπιτυχών πολιτικών υγείας, παρά έλλειψης συμμόρφωσης σε υγιεινές συμπεριφορές, αφού αυτές κατέγραψαν μια αυξητική τάση σε σχέση με τις άλλες Ευρωπαϊκές χώρες (Παναγιωτάκος και συν., 2001).

Κεφάλαιο 3: Ψυχολογικές παράμετροι και στεφανιαία νόσος

3.1 Συμβολή στην αιτιοπαθογένεια

Οι ψυχολογικές παράμετροι έχουν μια τεράστια επίδραση στην αιτιοπαθογένεια και τη πρόκληση της στεφανιαίας νόσου. Εκτιμάται πως το ψυχολογικό στρες συνδέεται με τα νοσήματα του καρδιαγγειακού και κυκλοφορικού συστήματος περισσότερο από όσο με οποιαδήποτε άλλη οικογένεια νοσημάτων (π.χ. νεοπλασίες) (Renzaho et al., 2014). Για το λόγο αυτό η εξέταση της επίδρασης του στη πρόκληση αυτών των διαταραχών είναι αναγκαία. Χρήσιμη μπορεί να θεωρηθεί η εξέταση της επίδρασης όχι συνολικά, αλλά με βάση την εκάστοτε παράμετρο της ψυχικής υγείας και τη συμβολή της στη νοσηρότητα (π.χ. προσωπικότητα, στρεσογόνα γεγονότα ζωής, ψυχικά νοσήματα) (Koutis et al., 1992).

Οι θεωρήσεις αυτές είναι σε σύμπλευση με τις σύγχρονες τάσεις των επιστημών υγείας κατά τις οποίες μέσα από ένα βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο μπορεί να αναλυθεί ο αιτιοπαθογενετικός μηχανισμός πολλών χρόνιων νοσημάτων (Di Matteo & Martin, 2002). Σύμφωνα με την μεταγενέστερη εξέλιξη στον τομέα αυτό που μπορεί να ονομαστεί ως βιοσυμπεριφορική έρευνα (biobehavioral research), η επικέντρωση στο βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο είναι απαραίτητη όχι μόνο για τη κάλυψη ενός κενού της ανάγκης για ανθρώπινη γνώση επί των αιτιών της ασθένειας και της αναπηρίας, αλλά για τη τροποποίηση των δυσλειτουργικών αυτών μεταβλητών της ψυχικής υγείας και των συμπεριφορών υγείας με στόχο τον επηρεασμό κλινικών δεικτών σχετικών με την ασθένεια μέσα από τα ίδια εξελικτικά μονοπάτια στα οποία εδράζεται η έναρξή της (Rohleder, 2016).

3.2 Ο ρόλος της προσωπικότητας

Πιθανότητα καμία άλλη νόσος δεν έχει συνδεθεί επιδημιολογικά στην ιστορία της ιατρικής επιστήμης με τις ψυχολογικές παραμέτρους όσο η στεφανιαία νόσος. Λόγω της αργής εξελικτικής πορείας ανάπτυξης προ-νοσηρών καταστάσεων και προγνωστικών δεικτών της νόσου (π.χ. υπέρταση), ιδιαίτερη βαρύτητα έχει δοθεί στον εντοπισμό χαρακτηριστικών προσωπικότητας τα οποία σχετίζονται με μια δυσλειτουργική ψυχολογική απόκριση, λόγω της σταθερότητας της συγκεκριμένης απόκρισης ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας του ατόμου (Welin et al., 2000).

Μια από τις πρώτες θεωρίες συνέδεσε το τύπο προσωπικότητας A, ο οποίος αναφέρεται σε παράγοντες όπως η συνεχής ευερεθιστότητα, η επιθετικότητα και ο θυμός ως προγνωστικό δείκτη για την ανάπτυξη και τη κλινική πορεία της νόσου (Razzini et al., 2008). Η συγκεκριμένη θεώρηση λέγεται πως δημιουργήθηκε αρχικά από τη παρατήρηση του βαθμού φθοράς στις καρέκλες των ασθενών οι οποίοι προσέρχονταν σε υπηρεσίες υγείας στις Η.Π.Α., η οποία και ήταν πολύ ταχύτερη για τα καρδιολογικά τμήματα από αυτή των άλλων υπηρεσιών, φανερώνοντας έτσι τη συνεχή κίνηση κατά την επίσκεψη λόγω της αυξημένης υπερερεθιστότητας του ασθενούς. Μεταγενέστερες επιδημιολογικές έρευνες επιβεβαίωσαν αυτή την αρχική παρατήρηση και κατέληξαν στο ότι ο τύπος προσωπικότητας A σχετίζεται με την εμφάνιση και τη πρόγνωση της ασθένειας (Di Matteo & Martin, 2002).

Ένας άλλος τύπος προσωπικότητας ο οποίος καταδείχθηκε αρκετά πιο πρόσφατα ως σχετιζόμενος με την εμφάνιση της στεφανιαίας νόσου είναι ο τύπος προσωπικότητας D (Welin et al., 2000). Ο συγκεκριμένος τύπος προσωπικότητας αναφέρεται στην αρνητική συναισθηματική διάθεση και στην αναστολή των κοινωνικών αλληλεπιδράσεων. Εκτιμάται πως και ο συγκεκριμένος τύπος σχετίζεται με αυξημένο ρίσκο ανάπτυξης καρδιαγγειακών νοσημάτων και στεφανιαίας νόσου (Razzini et al., 2008). Μελέτες ασθενών μαρτύρων από διάφορες περιοχές του κόσμου επιβεβαιώνουν αυτή την υπόθεση. Στην Ελλάδα μια έρευνα ασθενών-μαρτύρων φανέρωσε πως η συχνότητα της προσωπικότητας τύπου D ήταν 51% για την ομάδα των ασθενών και 13% για την ομάδα των μαρτύρων (Christodoulou et al., 2013). Σε ανάλογη μελέτη εξέτασης της συχνότητας της σε ασθενείς με μεταβολικό σύνδρομο το οποίο αποτελεί προγνωστικό παράγοντα ανάπτυξης της στεφανιαίας νόσου βρέθηκε πως η συχνότητα της διαταραχής ήταν 44% για την ομάδα των ασθενών εν συγκρίση με 15% για την ομάδα των μαρτύρων (Tziallas et al., 2011). Επομένως, έρευνες στην Ελλάδα επιβεβαιώνουν τη θεώρηση περί υψηλής επικινδυνότητας για ανάπτυξη στεφανιαίας νόσου για άτομα με προσωπικότητα τύπου D (Παρίσης και συν., 2013).

3.3 Τα έντονα γεγονότα ζωής

Τα έντονα στρεσογόνα γεγονότα ζωής έχουν επίσης ενοχοποιηθεί για την έναρξη της στεφανιαίας νόσου.

Εκτιμάται πως άτομα τα οποία έχουν βιώσει τέτοια γεγονότα έχουν ένα μεγαλύτερο σχετικό κίνδυνο σε σχέση με άτομα τα οποία δεν έχουν. Μια σχετική έρευνα σε 90 ασθενείς με στεφανιαία νόσο αποτύπωσε πως τα στρεσογόνα γεγονότα ζωής αύξαναν το σχετικό κίνδυνο ανάπτυξης της ασθένειας (Singh et al., 20

2002). Μια μεταγενέστερη έρευνα ασθενών-μαρτύρων επιβεβαίωσε τα ευρήματα αυτά, αφού για τα άτομα που είχαν βιώσει έντονα γεγονότα ζωής ο σχετικός κίνδυνος ανάπτυξης στεφανιαίας νόσου ήταν 1.773 (Bagheri et al., 2016).

Ένα άλλο κομμάτι της έρευνας έχει επικεντρωθεί σε έντονα γεγονότα ζωής τα οποία ενδεχομένως να σχετίζονται και με ψυχικά νοσήματα. Μια σχετική μελέτη 1.843 συμμετεχόντων άνω των 65 ετών κατέδειξε πως υπήρχε μια στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της στεφανιαίας νόσου και της απόπειρας αυτοκτονίας κατά το παρελθόν (Artero et al., 2006). Είναι ωστόσο ασαφές το κατά πόσο πρόκειται για μια επίδραση του στρεσογόνου γεγονότος της αυτοκτονίας ή για την επίδραση ψυχιατρικών συννοσηροτήτων των ασθενών αυτών, αφού και αυτές σχετίζονται με τον κίνδυνο ανάπτυξης της ασθένειας (Παρίσης και συν., 2013).

3.5 Ο ρόλος των ψυχικών διαταραχών και των υποκλινικών τους εκφράσεων

Η κατάθλιψη έχει ενοχοποιηθεί πιθανώς περισσότερο από οποιαδήποτε άλλη παράμετρο της ψυχικής υγείας για την ανάπτυξη στεφανιαίας νόσου. Είναι ωστόσο δύσκολη από μεθοδολογικής άποψης η αναδρομική εξέταση της παρελθούσας κατάθλιψης σε άτομα με στεφανιαία νόσο. Ωστόσο, μελέτες του γενικού πληθυσμού φανερώνουν μια ισχυρή σχέση ανάμεσα στη κατάθλιψη και σε συμπεριφορές ρίσκου για την ανάπτυξη στεφανιαίας νόσου. Μια σχετική μελέτη σε δείγμα 5.900 ατόμων διαφόρων ηλικιών στο Ιράν κατέδειξε τη κατάθλιψη ως συσχετιζόμενη με τα χαμηλά επίπεδα φυσικής δραστηριότητας και τη χρήση όπλου, που αποτελούν προγνωστικούς παράγοντες ανάπτυξης της νόσου. Παρόμοια σχέση καταγράφηκε και μεταξύ των συμπεριφορών αυτών και του κλινικά σημαντικού άγχους (Najafipour et al., 2016).

Πέραν της κατάθλιψης, και οι υπόλοιπες συναισθηματικές διαταραχές πολλαπλασιάζουν το κίνδυνο ανάπτυξης στεφανιαίας νόσου. Η διπολική διαταραχή αποτελεί την αντιπροσωπευτικότερη αυτών των διαταραχών. Κατά τον Goldstein και τους συνεργάτες του (2015), η διπολική διαταραχή σχετίζεται με αύξηση της αρτηριοσκλήρωσης, η οποία με τη σειρά της πολλαπλασιάζει τη πιθανότητα ανάπτυξης στεφανιαίας νόσου. Άλλες συναισθηματικές διαταραχές μικρότερης επίπτωσης, όπως η υπομανία, επίσης αυξάνουν τον κίνδυνο ανάπτυξης της νόσου (Παρίσης και συν., 2013).

Μια άλλη ψυχική νόσος με ιδιαίτερα επιβαρυντική επίδραση που δεν έχει ωστόσο μελετηθεί μέσα από μεγάλο αριθμό σχετικών ερευνών είναι η μετατραυματική διαταραχή του στρες. Μια σχετική μελέτη σε πληθυσμό διδύμων βετεράνων του πολέμου του Βιετνάμ κατέγραψε πως τα άτομα με μετατραυματική διαταραχή είχαν 2.2 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα για ανάπτυξη στεφανιαίας νόσου σε σχέση με υγιείς μάρτυρες (Vaccarino et al., 2013).

Επίσης, ιδιαίτερα επιβαρυντική επίδραση έχουν οι διαταραχές του ύπνου. Μια μετά-ανάλυση 15 διαφορετικών προοπτικών ερευνών κατέδειξε πως η μικρή χρονική διάρκεια του ύπνου αποτελούσε έναν πολύ ισχυρό προγνωστικό δείκτη ανάπτυξης στεφανιαίας νόσου (Yang et al., 2015).

3.6 Οι παθοφυσιολογικές διαδρομές μονοπάτια της σχέσης ψυχικής νόσου-νοσηρότητας

Η επιβάρυνση του κινδύνου νοσηρότητας και θνησιμότητας λόγω της κατάθλιψης εδράζεται στην ενεργοποίηση συγκεκριμένων νευρικών, νευροενδοκρινικών, ανοσοποιητικών, αγγειακών και αιματολογικών συστημάτων και καναλιών. Η ομοιοστατική διαταραχή και ανισορροπία των μηχανισμών αυτών βασίζεται στη μη φυσιολογική απόκριση συμπαθητικού και παρασυμπαθητικού συστήματος λόγω της κατάθλιψης (Yang et al., 2015). Η μεταβλητότητα του καρδιακού ρυθμού, η συμπαθητικοαδρενεργική ενεργοποίηση, η ενεργοποίηση του άξονα υποθαλάμου-υπόφυσης-επινεφριδίων που οδηγεί σε υπερκορτιζολαιμία, η απορρύθμιση του ανοσοποιητικού λόγω της απελευθέρωσης των προ-φλεγμονωδών κυτοκινών και χημειοκινών, η ενεργοποίηση των αιμοπεταλίων και η υπερπηκτικότητα αποτελούν τις συνέπειες της απορρύθμισης αυτής, οι οποίες οδηγούν σε αύξηση του ρίσκου ανάπτυξης στεφανιαίας νόσου (Halaris, 2013).

Εξ όλων των ανωτέρω, ιδιαίτερη βαρύτητα έχει δοθεί στη φλεγμονή, η οποία λαμβάνει χώρα στη καρδιακή παθολογία ανεξάρτητα από την παρουσία ή την απουσία της κατάθλιψης. Η φλεγμονή συνδέεται στενά με την ενδοθηλιακή δυσλειτουργία που είναι ένα προοίμιο για την αθηροσκλήρωση και αθηροθρόμβωση και είναι χαρακτηριστική βιοχημική ανωμαλία σε άτομα με κατάθλιψη (Halaris, 2013).

Εκτός της κατάθλιψης, ιδιαίτερη βαρύτητα έχει δοθεί στο ψυχολογικό στρες και στις ορμόνες και τους μηχανισμούς με τους οποίους αυτό σχετίζεται. Η απορρύθμιση του άξονα υποθαλάμου, υπόφυσης και επινεφριδίων που παρατηρείται σε συνθήκες χρόνιου στρες και ενεργοποιεί τους παθοφυσιολογικούς μηχανισμούς της φλεγμονής που σχετίζονται με την ανάπτυξη της στεφανιαίας νόσου (Adibfar et al., 2016). Επίσης, τα παραγόμενα γλυκοκορτικοειδή που είναι ορμόνες του στρες έχουν ένα κεντρικό ρόλο στη αρτηροσκλήρωση και στη πρόκληση εμφράγματος του μυοκαρδίου (Nijm & Jonasson, 2009). Συνεπώς, το ψυχολογικό στρες έχει μια ιδιαίτερα επιβαρυντική επίδραση στη πρόκληση της στεφανιαίας νόσου.

Η έρευνα έχει επιχειρήσει την αποτύπωση διαδρομών ανάμεσα σε συγκεκριμένες διαταραχές σχετιζόμενες με την υπερενεργοποίηση του άξονα του στρες και την εμφάνιση της ασθένειας. Η μετατραυματική διαταραχή θεωρείται ως η κυριότερη εξ' αυτών και σχετίζεται με την υπερδραστηριότητα του άξονα υποθαλάμου-υπόφυσης και επινεφριδίων. Ως αποτέλεσμα προκαλείται υπερκορτιζολεμία και επιταχύνεται η αρτηροσκλήρωση οδηγώντας στην ανάπτυξη της νόσου (Παρίσης και συν., 2013).

Ωστόσο, δεν είναι απολύτως ξεκάθαρο το αν πρόκειται για μια απορρύθμιση που προκαλείται από ψυχολογικούς παράγοντες, από την παραμέληση των συμπεριφορών υγείας ή και από τα δύο. Η

απορρύθμιση της παραγωγής του Brain-derived neurotrophic factor (BDNF) προκαλείται μεν από την κατάθλιψη και σχετίζεται με τους μηχανισμούς ανάπτυξης της στεφανιαίας νόσου (Adibfar et al., 2016), προκαλείται όμως και από την έλλειψη φυσικής δραστηριότητας (Zoladz & Pilc, 2010). Η παραμέληση των συμπεριφορών υγείας σχετίζεται με τη κατάθλιψη και το άγχος (Di Matteo & Martin, 2002), πιθανότατα και οι συμπεριφορές υγείας και η κακή ψυχολογική κατάσταση οδηγούν συνεργατικά στην ανάπτυξη της στεφανιαίας νόσου. Η έρευνα σε συγκεκριμένες ψυχικές διαταραχές που σχετίζονται με την έναρξη της στεφανιαίας νόσου επιβεβαιώνει τη διττή αυτή επίδραση. Στη περίπτωση της μετατραυματικής διαταραχής εκτός από τις παθοφυσιολογικές επιδράσεις θεωρείται πως και η αύξηση της καπνιστικής συνήθειας και η κατάχρηση ουσιών, συμπεριφορές με μεγάλο επιπολασμό σε άτομα με μετατραυματική διαταραχή, έχουν μια μεγάλη επίδραση στην ανάπτυξη της νόσου, χωρίς να είναι ξεκάθαρος ο βαθμός επίδρασης το κάθε μονοπατιού στην ανάπτυξη της (Boscarino, 2011).

Ιδιαίτερη βαρύτητα οφείλεται να δίνεται στις ανωτέρω παραμέτρους όχι μόνο λόγω της συνεισφορά τους στην ανάπτυξη της στεφανιαίας νόσου, αλλά και στη περαιτέρω προώθηση της ασθένειας μέσω των ίδιων ακριβώς παθοφυσιολογικών μονοπατιών (Adibfar et al., 2016; Di Matteo & Martin, 2002).

3.7 Ψυχολογικές εκπτώσεις σε άτομα με στεφανιαία νόσο

Ως προς τις ψυχολογικές παραμέτρους σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο, παρατηρείται ένα μεγάλο ψυχοπαθολογικό φάσμα, αλλά και γενικότερη ψυχολογική έκπτωση (π.χ. καταθλιπτικά συμπτώματα) χωρίς απαραίτητα να πληρούνται τα κριτήρια κάποιας συγκεκριμένης διαταραχής. Ωστόσο, είναι ασαφές το κατά πόσο τα ανωτέρω αποτελούν προκλητικούς παράγοντες της ασθένειας που διατηρούνται σε σταθερά επίπεδα μετά την έναρξη της νόσου και το κατά πόσο απορρέουν από αυτή. Έχει προταθεί πως οι ψυχολογικές παράμετροι έχουν μια μεγάλη επίδραση στην έναρξη της νόσου, αλλά και μεταβάλλονται μετά την έναρξη της ασθένειας (DeJean et al., 2013).

Οι συναισθηματικές διαταραχές με κυριότερη τη κατάθλιψη συνθέτουν ένα μεγάλο μέρος του ψυχοπαθολογικού φάσματος των ατόμων με στεφανιαία νόσο. Μέσα από μια σχετική έρευνα με τη χρήση συνεντεύξεων βρέθηκε πως οι ασθενείς θεωρούν τα καταθλιπτικά συμπτώματα ως απορρέοντα άμεσα από την ίδια την εμπειρία της ασθένειας (Karimi-Moonaghi et al., 2014). Εκτιμάται πως η συνολικότερη ευτυχία του ατόμου (π.χ. χόμπυ) είναι ένας παράγοντας που δρα καταλυτικά στη προστασία από την εμφάνιση κατάθλιψης ή στην περαιτέρω αύξηση του σχετικού κινδύνου (Παρίσης και συν., 2013).

Ως προς τις ποσοτικές μελέτες, μια μεγάλη διαφοροποίηση παρατηρείται αναφορικά με τον επιπολασμό της κατάθλιψης λόγω της χρήσης διαφορετικών εργαλείων για την αποτύπωσή του. Σύμφωνα με μια σχετική μελέτη με τη χρήση του ερωτηματολογίου Beck Depression Inventory-III το 7.5% του εξεταζόμενου δείγματος παρουσίαζε καταθλιπτικά συμπτώματα, ενώ με βάση το The Patient Health Questionnaire (PHQ-9) το ίδιο ποσοστό αποτυπώθηκε στο 37.5%. Ως προς τη κλινικά σημαντική

κατάθλιψη, με βάση το (BDI-III) μόλις το 1% του δείγματος είχε κλινικά σημαντική κατάθλιψη, ενώ σύμφωνα με το PHQ-9 ο επιπολασμός ήταν 6% (Morys et al., 2016).

Παρά τις ανωτέρω διαφορές, είναι αναμφίβολο το ότι ο κίνδυνος ανάπτυξης μείζον καταθλιπτικής διαταραχής λόγω της νόσου είναι μεγαλύτερος σε σχέση με υγιείς μάρτυρες. Μια σχετική μετά-ανάλυση οκτώ διαφορετικών ερευνών με 2.072 συμμετέχοντες κατέγραψε τον επιπολασμό στο 18.7% για τις γυναίκες και στο 12% για τους άντρες, ποσοστά μεγαλύτερα του γενικού πληθυσμού (Shanmugasagaram et al., 2012).

Αντίθετα, δεν φαίνεται να υπάρχουν ισχυρά ευρήματα που να υποστηρίζουν την ύπαρξη μιας μεγάλης συχνότητας αγχώδων διαταραχών λόγω της νόσου (π.χ. κοινωνική φοβία). Σε σχετική μελέτη ενός πληθυσμού νοσούντων με τη χρήση του Mini-International Neuropsychiatric Interview η συχνότητα της γενικευμένης αγχώδους διαταραχής ήταν 5%, της κοινωνικής φοβίας 2%, της αγοραφοβίας και της διαταραχής πανικού 1%. Ωστόσο, καταγράφηκε έντονο άγχος απουσία κλινικά σημαντικής διαταραχής με τη χρήση των ερωτηματολογίων αυτοαναφοράς Hospital Anxiety and Depression Scale και Stait-Trait Anxiety Inventory (Bunevicius et al., 2013).

Η στεφανιαία νόσος σχετίζεται και με μια έκπτωση σε ψυχολογικές παραμέτρους που δεν αποτελούν διαταραχές, ενδεχομένως όμως να σχετίζονται έμμεσα με την εμφάνισή τους. Μια βασική τέτοια παράμετρος είναι η αυτοεκτίμηση των ασθενών. Σε σχετική ανάλυση πριν την πραγματοποίηση χειρουργείου bypass φανερώθηκε πως υπάρχει μια έκπτωση της αυτοεκτίμησης των ασθενών λόγω της κατάστασης της υγείας τους (Fitzsimons et al., 2000). Ανάλογη έκπτωση παρατηρείται και για την αυτοαποτελεσματικότητα, δηλαδή τη πίστη στην ικανότητα του ασθενούς να μπορεί να ανταπεξέλθει σε προκλήσεις και αντιξοότητες (Robertson & Keller, 1992).

Ως προς την αυτοαναφορά υγείας, μια σχετική έρευνα κατέγραψε πως ο σχετικός κίνδυνος φτωχής υγείας για ασθενείς με στεφανιαία νόσο ήταν 1.89 σε σχέση με υγιείς μάρτυρες (Ramkumar et al., 2009). Η καλή αυτοαναφορά υγείας αποτελεί μια πραγματική αντανάκλαση μιας καλύτερης κατάστασης υγείας, αφού συνδέεται με χαμηλότερες τιμές αρτηριακής πίεσης και υψηλότερη υιοθέτηση συμπεριφορών υγείας (Olson et al., 2016). Σχετίζεται επίσης με κοινωνικοδημογραφικές μεταβλητές, όπως το γυναικείο φύλο και η χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση (Bosworth et al., 1999).

Οφείλει ωστόσο να τονιστεί πως οι ιατρικές μεταβλητές είναι ιδιαίτερα καθοριστικές στη πρόκληση του συναισθηματικού φορτίου ασθένειας για τον ασθενή. Σε άτομα με μια καλή πρόγνωση και καλό επίπεδο διατήρησης των αυτόνομων λειτουργιών η επίδραση στη ψυχική τους υγεία είναι σημαντικά μικρότερη από αυτή ατόμων με κακή πρόγνωση και μεγάλους περιορισμούς στη λειτουργικότητά τους (Di Matteo & Martin, 2002). Ακόμη, καθώς η ασθένεια εξελίσσεται μια νέα σειρά ψυχικών αναγκών που δεν συναντάται στα προηγούμενα στάδια κάνει την εμφάνισή της (Fitzsimons et al., 2000). Η επιθυμία επίσπευσης του

θανάτου και οι πράξεις προς αυτή τη κατεύθυνση είτε μέσω αναζήτησης βοήθειας από κάποιον ιατρό είτε μέσω αυτοκτονίας εντάσσονται στο ψυχοπαθολογικό φάσμα της ασθένειας και αναδύονται ακριβώς λόγω της βαριάς κατάστασης του ασθενούς και της αποδοχής της μη ίασης (Παρίσης και συν., 2013)

3.8 Συμπεριφορές υγείας σε άτομα με στεφανιαία νόσο

Ως προς τη φυσική δραστηριότητα, παραμένει ασαφές το ποιοί παράγοντες είναι αυτοί οι οποίοι σχετίζονται με τα διαφορετικά της επίπεδα σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο. Μια σχετική μελέτη σε 443 συμμετέχοντες δεν επιβεβαίωσε το ότι υπήρχε κάποια σχέση μεταξύ κλινικών δεικτών της νόσου και των επιπέδων φυσικής δραστηριότητας (Hamer et al., 2012), καταδεικνύοντας έτσι πως πιθανώς παράγοντες σχετικοί με τις αντιλήψεις του ατόμου αναφορικά με τη χρησιμότητά της και την επίδραση της στην υγεία του να έχουν ένα κεντρικό ρόλο. Πράγματι, κάτι τέτοιο ενδεχομένως να ισχύει, αφού σε πληθυσμιακές ομάδες με υψηλό ρίσκο εμφάνισης στεφανιαίας νόσου παράγοντες όπως το άγχος έχουν μια αρνητική συσχέτιση με τα επίπεδα φυσικής τους δραστηριότητας (Najafipour et al., 2016). Ανάλογη μελέτη σε πληθυσμό ασθενών με στεφανιαία νόσο φανέρωσε πως το 21.6% του ποσοστού επεξήγησης της διακύμανσης των τιμών της φυσικής δραστηριότητας επεξηγούνταν από το στρες και την κακή ποιότητα ζωής, ενώ το 7.6% από τη χαμηλή αίσθηση αυτό-αποτελεσματικότητας (Yates et al., 2003).

3.9 Σχέση ψυχολογικών παραμέτρων-συμπεριφορών υγείας

Η σχέση μεταξύ ψυχικών παραγόντων και συμπεριφορών υγείας είναι γνωστή από αποτελέσματα αναλύσεων σε υγιείς πληθυσμούς (Leiker & Hailey, 1988). Σε γενικές γραμμές, παρατηρείται μια αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στο άγχος, τη μετατραυματική διαταραχή και τη κατάθλιψη με συμπεριφορές υγείας όπως η φυσική δραστηριότητα, το κάπνισμα, ο επαρκής ύπνος και οι υγιεινές διατροφικές επιλογές. Τα ανωτέρω έχουν ιδιαίτερη αξιοποίηση κατά τη κλινική πρακτική, αφού η μείωση του ψυχικού φορτίου της ασθένειας σχετίζεται με αύξηση των συμπεριφορών υγείας (Di Matteo & Martin, 2002).

Σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο διαφορετικές μελέτες επιβεβαιώνουν τα ευρήματα αυτά. Σε σχετική έρευνα σε δείγμα μετεγχειρητικών ασθενών βρέθηκε πως τόσο το άγχος, όσο και η κατάθλιψη, σχετίζονταν σε στατιστικά σημαντικό βαθμό με τις διαταραχές του ύπνου των συμμετεχόντων (Edéll -Gustafsson & Hetta, 1999). Παρομοίως, τα έντονα καταθλιπτικά συμπτώματα συνδέονται μέσα από διαφορετικές μελέτες με τις φτωχές διατροφικές επιλογές και με τη καπνιστική συνήθεια (Rutledge et al., 2014; Stafford et al., 2013). Επίσης, η υψηλή αυτοαποτελεσματικότητα και η αντίληψη του ασθενούς πως μπορεί να επηρεάσει θετικά την έκβαση της υγείας του συνδέεται με την υιοθέτηση συμπεριφορών που προάγουν την υγεία, όπως οι υγιεινές διατροφικές επιλογές μέσα από το περιορισμό του προσλαμβανόμενου λίπους (Chiou et al., 2016). Συνεπώς, για ασθενείς με στεφανιαία νόσο παρατηρείται μια ανάλογη σχέση μεταξύ ψυχικής υγείας και συμπεριφορών υγείας με αυτή άλλων κλινικών και μη κλινικών πληθυσμών (Fitzsimons et al., 2000).

3.10 Ψυχολογικές παράμετροι, συμπεριφορές υγείας & πρόγνωση της στεφανιαίας νόσου

Οι ψυχικές νόσοι και οι συμπεριφορές υγείας έχουν κάποια ιδιαίτερη κλινική αξία κατά τη θεραπευτική πορεία και διαχείριση της νόσου λόγω της ικανότητας τους για συνεισφορά στη θνησιμότητα του ασθενούς. Ως η κυριότερη μπορεί να θεωρηθεί η κατάθλιψη, αφού σχετίζεται με μια μεγάλη αύξηση του σχετικού κινδύνου θνησιμότητας του ασθενούς. Σε μια μελέτη 10ετούς προοπτικής παρακολούθησης φάνηκε πως άτομα που είχαν βιώσει ένα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο είχαν 1.8 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο θνησιμότητας από τη νόσο σε σχέση με όσους δεν είχαν ιστορικό κατάθλιψης (Connerey et al., 2010).

Επίσης, και η μετατραυματική διαταραχή του στρες πολλαπλασιάζει εκθετικά τον κίνδυνο θνησιμότητας (σχετικός κίνδυνος 1.21-1.81), λόγω της προώθησης της αρθηροσκλήρωσης του ασθενούς (Ahmadi et al., 2011). Η μετατραυματική διαταραχή, όπως και κατά τη πρόκληση της νόσου, έχει και μια διττή επίδραση, αφού σχετίζεται σε πολύ μεγάλο βαθμό με συμπεριφορές που δεν προάγουν την υγεία και προωθούν τη θνησιμότητα στους συγκεκριμένους ασθενείς (κακή ποιότητα ύπνου, καπνιστική συνήθεια & κατανάλωση αλκοόλ) (Wolf & Schnurr, 2016).

Σε μετα-ανάλυση 15 διαφορετικών ερευνών φάνηκε πως και ο σύντομος, αλλά και ο μακράς χρονικής διάρκειας ύπνος αποτελούσαν παράγοντες κινδύνου για θνησιμότητα λόγω στεφανιαίας νόσου (Yang et al., 2015). Άλλες συμπεριφορές υγείας είναι οι διατροφικές αλλαγές, η μείωση της κατανάλωσης αλκοόλ, η διακοπή της καπνιστικής συνήθειας και η αύξηση των επιπέδων φυσικής δραστηριότητας (Παρίσης και συν., 2013).

3.11 Ψυχολογικές παρεμβάσεις σε άτομα με στεφανιαία νόσο

Λόγω των ανωτέρω αναγκών, είναι ξεκάθαρο το ότι υπάρχει μια τεράστια ανάγκη για ψυχολογικές παρεμβάσεις σε άτομα με στεφανιαία νόσο, με στόχο τόσο τη βελτίωση της ψυχικής τους ευεξίας, όσο και τη τροποποίηση κλινικών δεικτών σχετικών με τη πρόγνωση και την εξέλιξη της ασθένειας (Fitzsimons et al., 2000).

Μια παραδοσιακή ψυχολογική παρέμβαση που χρησιμοποιείται σε άτομα με στεφανιαία νόσο, αλλά και άλλες σωματικές ασθένειες είναι η ψυχοεκπαίδευση. Η ψυχοεκπαίδευση αφορά τη παροχή με οργανωμένο τρόπο πληροφοριών αναφορικά με την ασθένεια και την επίδρασή που έχει στη ζωή του ασθενούς (Ahmadi et al., 2011). Εκτιμάται πως η ψυχοεκπαίδευση αφ' ενός προετοιμάζει το άτομο για το τι πρέπει να αναμένει στο μέλλον από τη νόσο και τις θεραπευτικές αντιμετώπισεις στις οποίες υποβάλλεται, αφ' ετέρου μειώνει την αίσθηση αβεβαιότητας και άγνωστου για το άμεσο μέλλον (Yang et al., 2015). Σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο η ψυχοεκπαίδευση έχει ελεγχθεί μέσα από επτά διαφορετικές παρεμβατικές μελέτες και έχει καταγράψει μια αρκετά σημαντική αύξηση των επιπέδων φυσικής δραστηριότητας 6 ως 12

μήνες μετά τη παρέμβαση. Παρά τα ευεργετικά αυτά οφέλη αδυνατεί να έχει κάποια επίδραση σε παράγοντες σχετικούς με τη διατροφή, το κάπνισμα και τη φυσιολογία του ατόμου (Aldcroft et al., 2011).

Μια άλλη παραδοσιακά χρησιμοποιούμενη παρέμβαση για την υποστήριξη ασθενών με χρόνια νοσήματα είναι η γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία. Η εν λόγω παρέμβαση έχει επίσης καταγράψει κάποια οφέλη για ασθενείς με στεφανιαία νόσο. Σε μια τυχαιοποιημένη μελέτη με ένα σχετικά μεγάλο δείγμα ασθενών (N=123) υπήρξε μια μείωση της κλινικά σημαντικής κατάθλιψης μέσα από ένα πρόγραμμα 12 εβδομάδων στους 3, 6 και 9 μήνες, καθώς και μείωση του άγχους και της έλλειψης αισθήματος ελπίδας για τους ασθενείς (Freedland et al., 2009).

Σε μια άλλη μελέτη περίπτωσης καταγράφηκε μια αντιμετώπιση της διαταραχής πανικού σε ασθενή μέσα από γνωσιοσυμπεριφορική παρέμβαση (Reid et al., 2005), διευρύνοντας έτσι το εύρος επίδρασης σε περιστατικά που πληρούν κριτήρια κλινικά σημαντικών διαταραχών. Ωστόσο, μπορεί να θεωρηθεί πως το μέγεθος επίδρασης της συγκεκριμένης παρέμβασης είναι περιορισμένο λόγω του μικρού εύρους των γνωστικών στρεβλώσεων στις οποίες βασίζεται η γνωσιοσυμπεριφορική παρέμβαση για να πετύχει κάποια αλλαγή προς όφελος της ψυχικής υγείας του ατόμου (Yang et al., 2015). Πράγματι, και σε άλλες ομάδες ασθενών με χρόνια νοσήματα, όπως οι ογκολογικοί ασθενείς, οι γνωσιοσυμπεριφορικές παρεμβάσεις αντιμετωπίζουν εμπόδια λόγω των ελάχιστων γνωστικών στρεβλώσεων των ασθενών, που αφήνουν μικρό περιθώριο αλλαγών (Golden et al., 1992). Άλλωστε, σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο άλλες ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις, όπως η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία έχουν αποτύχει ολοκληρωτικά στο να καταγράψουν ευεργετικά οφέλη για τους ασθενείς (Parashar & Rumsfeld, 2007).

Μια άλλη ομάδα παρεμβάσεων έχει να κάνει με τον υπνωτισμό και την επίδραση του σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο. Μέσα από μια σχετική παρέμβαση σε 50 ασθενείς και μια ισάριθμη ομάδα ελέγχου που υποβάλλονταν σε χειρουργική επέμβαση καταγράφηκαν λιγότερες μετεγχειρητικές επιπλοκές για την ομάδα παρέμβασης εν συγκρίση με την ομάδα ελέγχου (Novoa & Hammonds, 2008). Άλλες μελέτες έχουν διερευνήσει την επίδραση της παρέμβασης όταν αυτή γίνεται χωρίς καθοδηγητή (self-hypnosis) από τον εξασκούμενο. Λιγότερη κατάθλιψη, θυμός και κόπωση, αλλά και χαμηλότερη χρήση αναλγητικών έχουν καταγραφεί μετά την εξάσκηση (Ashton et al., 1995; 1997).

Με βάση τα ανωτέρω, φαίνεται πως όσες παρεμβάσεις έχουν κάποια επίδραση σε συμπεριφορές υγείας (π.χ. ψυχοεκπαίδευση) είναι καθοδηγούμενες από επαγγελματίες υγείας, κάτι που απαιτεί χρόνο και ενδεχομένως να έχει αυξημένο κόστος. Αντίθετα, παρεμβάσεις οι οποίες έχουν όφελος χωρίς τη συνεχής παρουσία ενός επαγγελματία υγείας που βοηθά το άτομο στην εξάσκηση (π.χ. self-hypnosis) δεν έχουν καταγράψει μέχρι στιγμής κάποια οφέλη στις συμπεριφορές υγείας του. Ωστόσο, οι τεχνικές διαχείρισης του στρες στις οποίες το άτομο εξασκείται μόνο του χωρίς τη βοήθεια κάποιου επαγγελματία υγείας έχουν σε άλλες πληθυσμιακές ομάδες ευεργετικά οφέλη στις συμπεριφορές υγείας του, κάτι που ενδεχομένως

σημαίνει πως υπάρχει επίδραση στις συμπεριφορές υγείας και των ασθενών με στεφανιαία νόσο μέσα από την εξάσκηση στις τεχνικές αυτές (Varvlogli & Darviri, 2011).

3.12 Αυτοεπιβεβαίωση, χρόνια νοσήματα και στεφανιαία νόσος

Η αυτοεπιβεβαίωση αφορά τη προστασία της αυτοεικόνας του εαυτού μέσω της αναφοράς σε προσωπικά επιτεύγματα και κατορθώματά του. Πέραν της εξέτασης σε παρεμβατικό επίπεδο, η έρευνα στο πεδίο της αυτοεπιβεβαίωσης έχει επικεντρωθεί στη διερεύνηση του πως άτομα προσαρμόζονται σε καταστάσεις οι οποίες ενδεχομένως να είναι απειλητικές για την αυτό-εικόνα τους και για τη ζωή τους. Εκτιμάται πως η διατήρηση μιας υψηλής αυτοεικόνας είναι αναγκαία για το άτομο ακόμα και μέσα σε περιόδους στις οποίες πράγματι υπάρχει μια έκπτωση των δεξιοτήτων, προσόντων και ικανοτήτων του. Η διατήρηση της αυτοεικόνας αυτής είναι αναγκαία για τη προστασία της ψυχικής υγείας σε περιόδους υψηλής επικινδυνότητας για την εμφάνιση ψυχικών διαταραχών (Steele, 1988).

Η αυτό-επιβεβαίωση δύναται να πραγματοποιείται τόσο σε παρεμβατικό, όσο και σε μη παρεμβατικό επίπεδο. Σε μη παρεμβατικό επίπεδο η αυτοεπιβεβαίωση η αυτοεπιβεβαίωση σχετίζεται με μεγαλύτερη αισιοδοξία, αίσθημα ελπίδας, ευτυχία, αυτό-αναφορά υγείας και λιγότερη θλίψη και θυμό (Emanuel et al., 2016).

Σε παρεμβατικό επίπεδο η αυτοεπιβεβαίωση πραγματοποιείται μέσα από γραπτές συνεδρίες οι οποίες και στοχεύουν στη βελτίωση και τη προστασία της αυτοεικόνας του ατόμου μέσα από αναφορά σε προσωπικά του κατορθώματα ή επιτεύγματα. Εκτιμάται πως μέσα από αυτό τον τρόπο μειώνεται η αντίσταση στη πρόσληψη απειλητικών μηνυμάτων (π.χ. ρίσκο θνησιμότητας λόγω υπερκατανάλωσης αλκοόλ), κάτι που ενδεχομένως να οδηγεί σε αύξηση των συμπεριφορών υγείας σε επόμενο επίπεδο και μια καλύτερη έκβαση υγείας (Cohen & Sherman, 2014).

Η τεχνική αυτό-επιβεβαίωσης αποτελεί επίσης μια αποτελεσματική μέθοδο διαχείρισης του αντίκτυπου ενός έντονου στρεσογόνου γεγονότος (Epton et al., 2015; Harris & Epton, 2009). Η αυτό-επιβεβαίωση των όσων βρίσκονται υπό στρες σε ένα επίπεδο άλλο από αυτό του στρεσογόνου παράγοντα προστατεύει την αυτό-εικόνα τους και μειώνει το στρες. Η μείωση του στρες θεωρείται πως είναι βασική παράμετρος στη μείωση της αντίστασης στη πρόσληψη νέων πληροφοριών και ευθύνεται για τη μεγαλύτερη δεκτικότητα του ατόμου σε συμπεριφορές που προάγουν την υγεία (Corrella et al., 2004; Harris & Epton, 2009; Sherman & Cohen, 2006).

Η αυτοαποτελεσματικότητα έχει επίσης κεντρικό ρόλο στο μηχανισμό λειτουργίας της τεχνικής αυτοεπιβεβαίωσης. Η αυτοαποτελεσματικότητα αποτελεί την αντίληψη του ατόμου πως μπορεί να τα καταφέρει και να ανταπεξέρχεται στις προκλήσεις της ζωής του. Ο Bandura εκτιμά πως η αυτοαποτελεσματικότητα έχει κεντρικό ρόλο σε όλες τις προσπάθειες της ζωής ενός ατόμου, αφού αν δεν πιστεύει πως έχει τα προσόντα ώστε να τα καταφέρει δεν το επιχειρεί και εν τέλει δεν τα καταφέρει

(Bagheri et al., 2016). Η αυτοαποτελεσματικότητα χτίζεται με αρκετά διαφορετικούς τρόπους και αποτελεί μια σε μεγάλο βαθμό κοινωνικογνωστική κατασκευή. Η σύγκριση με άτομα που βιώνουν μια σε γενικές γραμμές παρόμοια κατάσταση εκτιμάται πως λειτουργεί καταλυτικά για την αύξηση της αυτοαποτελεσματικότητας. Ένας άλλος τρόπος αφορά τη κατασκευή της μέσα από σύγκριση με παρελθοντικές εμπειρίες του ατόμου. Αφού το άτομο τα κατάφερε «τότε» μπορεί να τα καταφέρει και «τώρα» (Bandura, 1977). Η τεχνική αυτοεπιβεβαίωσης λειτουργεί με βάση αυτό το μηχανισμό ενισχύοντας την αυτοαποτελεσματικότητα του ατόμου μέσα από την αναφορά στα παρελθοντικά γεγονότα στα οποία ανταπεξήλθε επιτυχώς (Harris & Epton, 2009).

Η αποτελεσματικότητα της τεχνικής αυτό-επιβεβαίωσης καταγράφεται και μέσα από τη χρήση της τεχνικής Magnetic Resonance Imaging (MRI). Μια σχετική έρευνα κατέγραψε αυξημένη δραστηριότητα σε βασικές περιοχές της αυτο-επεξεργασίας του εγκεφάλου (έσω προμετωπιαίου φλοιού και οπίσθιου φλοιού του προσαγωγίου, κοιλιακό ραβδωτό σώμα και κοιλιακό έσω προμετωπιαίο φλοιό). Η αυξημένη ενεργοποίηση των συγκεκριμένων περιοχών όπως αποτυπώθηκε μέσα από τις μετρήσεις μέσω MRI φανέρωσε πως η εξάσκηση στη τεχνική μπορεί να προβλέψει την επιτυχή μελλοντική προσαρμογή σε συστάσεις για έναν υγιεινό τρόπο ζωής (Cascio et al., 2016).

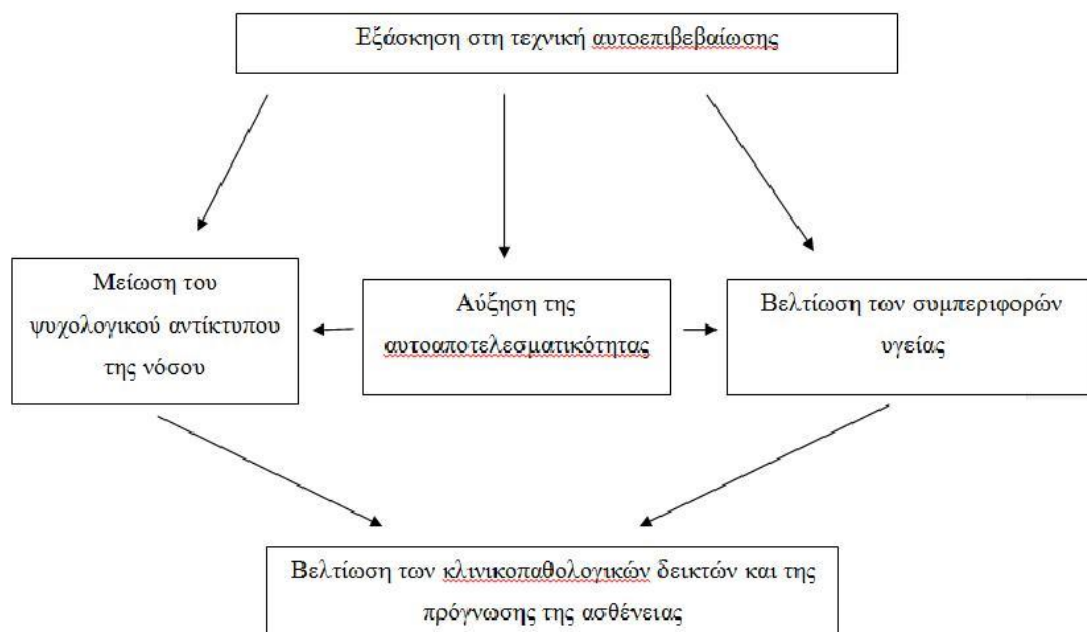
Σε υγιείς πληθυσμούς η τεχνική αυτοεπιβεβαίωσης έχει εφαρμογή στη προώθηση μιας σειράς συμπεριφορών υγείας ιδιαίτερης αξίας για τη διατήρηση της ανθρώπινης υγείας. Για παράδειγμα, μέσα από μια σχετική ανάλυση ο Cooke και οι συνεργάτες του (2014) διαπίστωσαν πως τα άτομα που είχαν εξασκηθεί στη τεχνική είχαν μια στατιστικά σημαντικότερη μεγαλύτερη πιθανότητα να είναι φυσικά δραστήρια και να έχουν θετικότερες αντιλήψεις για την αξία της φυσικής δραστηριότητας. Αντίστοιχα, μια έρευνα με σχετικά μεγάλο δείγμα (N=332) κατέληξε σε μια ευεργετική επίδραση ως προς τη πρόσληψη φρούτων και λαχανικών για τους εξασκούμενους στη τεχνική (Harris et al., 2014). Επίσης, η εξάσκηση στη τεχνική σε ένα δείγμα καπνιστών φανέρωσε μεγαλύτερη δεκτικότητα για πληροφορίες σχετιζόμενες με τις πιθανές αρνητικές συνέπειες του καπνίσματος στην υγεία τους (Armitage et al., 2008).

Η αποτελεσματικότητα της συγκεκριμένης παρέμβασης έχει ελεγχθεί μέσα από κλινικές μελέτες σε ασθενείς με διάφορα ψυχικά και σωματικά νοσήματα. Σε ασθενείς με εγκεφαλικό τραυματισμό η συνδιαστική εφαρμογή της συγκεκριμένης τεχνικής με μια παρέμβαση φυσικής δραστηριότητας έχει παρουσιάσει οφέλη στα καταθλιπτικά συμπτώματα και τη ποιότητα ζωής των ασθενών (Lee et al., 2014). Ως προς την επίδραση σε κλινικούς δείκτες με ιδιαίτερη αξία για τη πρόγνωση της ασθένειας, μια σχετική τυχαιοποιημένη μελέτη εξέτασε την επίδραση της παρέμβασης σε μια ομάδα ασθενών με αιμοδιάλυση (Yang et al., 2015).

Στη παρακολούθηση που πραγματοποιήθηκε 1 και 12 μήνες μετά τη παρέμβαση διαπιστώθηκε πως οι συμμετέχοντες της ομάδας παρέμβασης είχαν μειωμένα φωσφορικά επίπεδα σε σχέση με αυτούς της ομάδας ελέγχου (Wileman et al., 2014). Σε μια επιπλέον έρευνα που στόχευσε σε κλινικούς δείκτες βρέθηκε 29

πως επιβιώσαντες καρκίνου του μαστού είχαν λιγότερα σωματικά συμπτώματα τρεις μήνες μετά την εξάσκησή τους στη συγκεκριμένη τεχνική (Creswell et al., 2007). Συνεπώς, σποραδικές μελέτες σε ασθενείς με διαφορετικά μεταξύ τους χρόνια νοσήματα υποστηρίζουν την αποτελεσματικότητα της τεχνικής σε ψυχολογικά συμπτώματα και κλινικοπαθολογικές παραμέτρους (Yang et al., 2015).

Με βάση τα ανωτέρω, θα μπορούσε να προταθεί το κάτωθι διάγραμμα για την ευεργετική επίδραση της συγκεκριμένης τεχνικής σε άτομα με χρόνια νοσήματα.



Διάγραμμα 2: Η θεωρία επίδρασης της τεχνικής αυτό -επιβεβαίωσης. Πηγή: Adibfar et al., 2016

Σύμφωνα με το παραπάνω διάγραμμα υποστηρίζεται πως η εξάσκηση στη τεχνική αυτοεπιβεβαίωσης έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση του ψυχολογικού αντίκτυπου της νόσου, την αύξηση της αυτοαποτελεσματικότητας και τη βελτίωση των συμπεριφορών υγείας (Armitage et al., 2008). Η αυξημένη αυτοαποτελεσματικότητα τροφοδοτεί επίσης τη βελτίωση των συμπεριφορών υγείας και τη μείωση του ψυχολογικού αντίκτυπου της νόσου. Τέλος, η βελτιωμένη ψυχολογική απόκριση και οι αυξημένες συμπεριφορές υγείας ενδεχομένως να έχουν μια ευεργετική επίδραση σε κλινικοπαθολογικούς δείκτες σχετικούς με τη πρόγνωση της ασθένειας (Harris et al., 2014).

Αναφορικά με ασθενείς με στεφανιαία νόσο, υπάρχουν δεδομένα που να υποστηρίζουν την ευεργετική επίδραση της τεχνικής, τα οποία ωστόσο προέρχονται από μια μεικτή παρέμβαση με τη χρήση της αυτοεπιβεβαίωσης. Σε μια σχετική έρευνα παρακίνησης σε υγιεινές συμπεριφορές, εξάσκησης σε

τεχνικές αυτοεπιβεβαίωσης και υπογραφής ενός συμβολαίου συμπεριφορών υγείας με στόχο την αύξηση του βαθμού υιοθέτησης των συμπεριφορών βρέθηκε πως οι ασθενείς που εξασκήθηκαν στη τεχνική είχαν υψηλότερα επίπεδα φυσικής δραστηριότητας μετά τη παρέμβαση, κάτι που εκτιμάται πως ενδεχομένως να επηρεάσει κλινικούς δείκτες αναφορικά με την ασθένεια (Παρίσης και συν., 2013).

Μέρος Β- Ειδικό Μέρος

Σκοπός

Η εξέταση της επίδρασης μιας παρεμβατικής τεχνικής διαχείρισης του στρες στις αντιλήψεις, τη ψυχική υγεία και τις συμπεριφορές υγείας ασθενών με στεφανιαία νόσο.

Υλικό και Μεθοδολογία

Υλικό: Το υλικό μας αποτελούσαν 100 άτομα. Στη προκειμένη έρευνα επιλέχθηκε παράλληλα με την ομάδα παρέμβασης (n=50 άτομα) και η χρήση μιας ομάδας (n=50 άτομα). Η ομάδα ελέγχου χρησιμεύει στις μη φαρμακευτικές μελέτες πιθανώς ακόμα περισσότερο από όσο στις φαρμακευτικές κλινικές δοκιμές λόγω της υπόθεσης περί επίδρασης των τιμών των εξαρτημένων μεταβλητών εξαιτίας μεταβολών στη ψυχική κατάσταση, οι οποίες δύνανται να επέλθουν ως αποτέλεσμα της γνώσης συμπερίληψης σε μια παρεμβατική ομάδα. Ο συγκεκριμένος χειρισμός απέκτησε ιδιαίτερη δημοτικότητα στις μη φαρμακευτικές μελέτες μετά τη χρήση του ψευδοβελονισμού, του βελονισμού δηλαδή σε ψευδή σημεία, προκειμένου να καταδειχθεί η πραγματική ευεργετική επίδραση του βελονισμού (Streitberg & Kleinhenz, 1998). Συνεπώς, μέσω της χρήσης ομάδας ελέγχου διασφαλίστηκε το ότι θα διερευνούταν η επίδραση της εφαρμογής τεχνικής αυτοεπιβεβαίωσης με την εξάλειψη της επίδρασης τύπου ελέγχου που πιθανώς να προκαλούταν από τη γνώση της συμπερίληψης στη μελέτη.

Τα κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού των ασθενών επιλέχθηκαν κατά τέτοιο τρόπο όπου αφ' ενός δεν θα εμποδιζόταν η εσωτερική εγκυρότητα και αξιοπιστία των αποτελεσμάτων από ένα πολύ ευρύ δείγμα στο οποίο θα υπήρχε πλήθος συγχυτικών μεταβλητών, αφ' ετέρου ήταν τόσο ευρεία ώστε να μην εμποδίζεται η γενικευσιμότητα και η εξωτερική εγκυρότητα των αποτελεσμάτων από τη συγκέντρωση ενός δείγματος περιορισμένων χαρακτηριστικών (π.χ. νεοδιαγνωσθέντες ασθενείς). Σκοπός ήταν η συμπερίληψη ενός δείγματος όσο το δυνατόν αντιπροσωπευτικότερου του γενικότερου πληθυσμού που εξεταζόταν μέσω της έρευνας.

Ως κριτήρια εισαγωγής των συμμετεχόντων ορίστηκαν:

1. Να έχουν διαγνωσθεί στο παρελθόν με στεφανιαία νόσο
2. Να έχουν ηλικία πάνω από 18 ετών.

Ως κριτήρια αποκλεισμού τέθηκαν τα κάτωθι:

1. Να έχουν διαγνωσθεί με άνοια ή με κάποια άλλη πάθηση που καθιστά αδύνατη την επικοινωνία μεταξύ αυτών και του ερευνητή.
2. Να έχουν αδυναμία χρήσης της ελληνικής γλώσσας.
3. Η ιδιωτική επίσκεψη σε ψυχολόγο, ψυχίατρο ή σύμβουλο ψυχικής υγείας κατά τους τελευταίους 2 μήνες.

Μεθοδολογία: Η προκειμένη μελέτη πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια του ΠΜΣ «Εργαστηριακή και Κλινική Νοσηλευτική Καρδιολογία» του τμήματος Νοσηλευτικής του «Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών». Η μελέτη εγκρίθηκε από την Επιτροπή Έρευνας και Δεοντολογίας του Γενικού Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου «Αττικών» και του σχετικού ακαδημαϊκού ιδρύματος (αριθμός πρωτοκόλλου 22642/3-6-16).

Ο σχεδιασμός της μελέτης αποφασίστηκε να είναι τυχαιοποιημένη κλινική μελέτη με σχηματισμό δύο διαφορετικών ομάδων (παρέμβασης & ελέγχου). Οι τυχαιοποιημένες κλινικές μελέτες εκτιμάται πως είναι ο με διαφορά αποτελεσματικότερος τρόπος για την αποτύπωση των ευεργετικών επιδράσεων παρεμβατικών προγραμμάτων. Το μειονέκτημα των ερευνών αυτών είναι πως δεν χορηγούν στο σύνολο των συμμετεχόντων την παρέμβαση, σε σχέση με τις μελέτες one arm, οι οποίες το πραγματοποιούν. Από ηθικής άποψης εκτιμάται πως η κατάδειξη της ευεργετικότητας μιας παρέμβασης, θεωρείται ως χρησιμότερη από τη χορήγηση της ίδιας της παρέμβασης σε λίγα επιπλέον άτομα λόγω της χρησιμότητας πλέον της παρέμβασης στη κλινική πρακτική, χάρη στην αύξηση της αξιοπιστίας της. (Robson, 2002).

Επιπλέον, θα μπορούσε να θεωρηθεί πως σε μια παρέμβαση one arm θα υπήρχε μια διακύμανση των τιμών μεταβλητών της ψυχικής υγείας των ασθενών, αφού η σταθερότητα των τιμών αυτών δεν έχει αποδειχθεί μέσα από προηγούμενες έρευνες. Οι μεταβολές των τιμών θα ήταν ευάλωτες σε ένα πλήθος διαφορετικών συγχυτικών παραγόντων. Επομένως, η χρήση μιας τυχαιοποιημένης κλινικής μελέτης κρίθηκε ως αναγκαία.

Οι μετρήσεις στην παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκαν με την χρήση εργαλείων όπου περιγράφονται παρακάτω:

- **Κοινωνικοδημογραφικές, ανθρωπομετρικές και ιατρικές μεταβλητές**

Στις μεταβλητές αυτές καταγράφηκαν το φύλο των συμμετεχόντων (άνδρας-γυναίκα), ο τόπος γέννησης (επαρχιακός-αστικός), η ηλικία (έτη), η οικογενειακή κατάσταση (ελεύθερος/η, παντρεμένος/η, χωρισμένος/η, χήρος/α), ο αριθμός παιδιών, το εκπαιδευτικό επίπεδο (έτη εκπαίδευσης), η εργασιακή κατάσταση (άνεργος, εργαζόμενος, συνταξιούχος), η καπνιστική συνήθεια (καπνιστής-μη καπνιστής-παλαιός καπνιστής), το βάρος, το ύψος και ο χρόνος που είχε παρέλθει από τη πρώτη διάγνωση της νόσου

(μήνες). Εξ αυτών, το βάρος και το ύψος χρησίμευσαν για τον υπολογισμό του δείκτη μάζας σώματος των ασθενών από τον ερευνητή μέσω του τύπου βάρος/ ύψος².

- **Αντιλήψεις σχετικά με την πρόγνωση της νόσου**

Οι ερωτήσεις για αντιλήψεις αναφορικά με τη πρόγνωση της νόσου καταγράφηκαν μέσα από τις κάτωθι ερωτήσεις:

1. «Πιστεύετε ότι η πορεία της ασθένειάς σας ενδεχομένως επηρεάζεται από τη ψυχολογική σας κατάσταση?»
2. «Πιστεύετε πως η πορεία της ασθένειά σας ενδεχομένως επηρεάζεται από συμπεριφορές όπως το κάπνισμα, η σωστή διατροφή, η φυσική δραστηριότητα και ο καλός ύπνος?»

Και για τις δύο ερωτήσεις βαθμολογούνταν μέσω μιας κλίμακας Lickert όπου οι απαντήσεις είχαν τιμές από 0 (διαφωνώ απόλυτα) ως 10 (συμφωνώ απόλυτα).

- **Ύπνος**

Ως προς τον ύπνο χρησιμοποιήθηκε η ακόλουθη ερώτηση: «Κατά μέσο όρο πόσες ώρες θα λέγατε πως κοιμάστε το βράδυ τις τελευταίες 15 ημέρες»? Η συγκεκριμένη ερώτηση επιλέχθηκε λόγω της μεγάλης συνεισφοράς των ελάχιστων και πολλών ωρών ύπνου στη καρδιαγγειακή και συνολική θνησιμότητα (Helsop et al., 2002). Προτιμήθηκε για λόγους οικονομίας χρόνου και με στόχο τη μέτρηση άλλων μεταβλητών μέσω ψυχομετρικών εργαλείων η αποφυγή της χρήσης επικεντρωμένου στον ύπνο εργαλείου αυτοαναφοράς.

- **Αυτοαναφορά υγείας**

Η αντιλαμβανόμενη κατάσταση υγείας των ασθενών καταγράφηκε μέσα από την παρακάτω ερώτηση : «Σε γενικές γραμμές πως θα βαθμολογούσατε τη τωρινή κατάσταση της υγείας σας?» Χρησιμοποιήθηκε μια κλίμακα Lickert με εύρος απαντήσεων από 0 (χειρίστη) ως 10 (άριστη). Λόγω απουσίας συγκεκριμένων ψυχομετρικών εργαλείων που χρησιμεύουν για τη συγκεκριμένη μέτρηση, η χρήση της κλίμακας Lickert είναι επιβεβλημένη και χρησιμοποιείται και σε άλλες μελέτες στο γενικό πληθυσμό (Darviri et al., 2011; 2012) και σε κλινικούς πληθυσμούς στην Ελλάδα (Pelekasis et al., 2016).

- **Συμπεριφορά υγείας**

Οι συμπεριφορές υγείας των συμμετεχόντων μετρήθηκαν με τη χρήση του “Healthy Lifestyle and Personal Control Questionnaire”, ενός πρόσφατα δημιουργημένο εργαλείο για τη μέτρηση των συμπεριφορών υγείας και του βαθμού προσωπικού ελέγχου. Το συγκεκριμένο εργαλείο χωρίζεται σε επιμέρους υποκατηγορίες που μετρούν τις υγιεινές διατροφικές επιλογές (π.χ. «τρώτε φρούτα και λαχανικά»), τις επιβλαβείς διατροφικές επιλογές (π.χ. «αποφεύγω τα γλυκά»), την καθημερινή ρουτίνα του

ατόμου (π.χ. «οι καθημερινές μου δραστηριότητες ακολουθούν ένα συγκεκριμένο πρόγραμμα»), τη φυσική του δραστηριότητα (π.χ. «κάνω αερόβια γυμναστική (π.χ. περπάτημα, ποδήλατο) για 20 λεπτά ή παραπάνω τουλάχιστον 3 φορές την εβδομάδα» και τη κοινωνική και νοητική του ισορροπία (π.χ. «μοιράζομαι τα προβλήματα και τις ανησυχίες μου με τους άλλους»). Οι τιμές έχουν εύρος από 1 (σπάνια ή ποτέ) ως 4 (πάντα). Το σύνολο των τιμών των αντικειμένων αθροίζεται σε ένα συνολικό σκορ, ενώ υπολογίζεται και το σκορ της εκάστοτε υποκλίμακας. Υψηλότερες τιμές φανερώνουν υψηλότερη προσήλωση σε συμπεριφορές υγείας και μεγαλύτερο βαθμό προσωπικού ελέγχου (Darviri et al., 2014). Στο σημείο αυτό θα πρέπει να υπογραμμιστεί ότι έχει δοθεί έγκριση για τη χρήση του ερωτηματολογίου από την κυρία Ξανθή Τηγάνη, μέσω ηλεκτρονικού μηνύματος (Παράρτημα 1).

Ο δείκτης εσωτερικής συγκρότησης του συγκεκριμένου εργαλείου ήταν 0,781 για τις υγιεινές διατροφικές επιλογές, 0,705 για τις επιβλαβείς διατροφικές επιλογές, 0,766 για την καθημερινή ρουτίνα του ατόμου, 0,754 για τη φυσική του δραστηριότητα και 0,741 για τη κοινωνική και νοητική του ισορροπία. Για το σύνολο του ερωτηματολογίου ο δείκτης εσωτερικής συγκρότησης ήταν 0,750.

- **Κατάθλιψη και άγχος**

Η μέτρηση του άγχους και της κατάθλιψης των συμμετεχόντων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του ερωτηματολογίου αυτοαναφοράς Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (Zigmond & Snaith, 1983). Το HADS είναι ένα επιτυχώς σταθμισμένο ερωτηματολόγιο στον ελληνικό πληθυσμό και στη συγκεκριμένη μελέτη χρησιμοποιήθηκε η εκδοχή της αρχικής αυτής στάθμισης (Michopoulos et al., 2008). Το HADS αποτελείται από 14 ερωτήσεις, με τις μισές να μετρούν τη κατάθλιψη και τις άλλες μισές το άγχος. Υπολογίζεται τόσο το σκορ των υποκλιμάκων, όσο και το σκορ του συνόλου των απαντήσεων. Η κάθε απάντηση έχει εύρος τιμών 0 ως 3 με τις υψηλότερες τιμές να αντανακλούν μεγαλύτερη κατάθλιψη και άγχος (Zigmond & Snaith, 1983).

Η εσωτερική συγκρότηση για την υποκλίμακα του άγχους ήταν 0,845, για την υποκλίμακα της κατάθλιψης 0,758 και για το σύνολο του ερωτηματολογίου 0,803. Η συγκεκριμένη κλίμακα θεωρείται αξιόπιστη μέσα από προηγούμενα δεδομένα για χρήση σε πληθυσμούς ασθενών με στεφανιαία νόσο (Morys et al., 2016).

- **Υποκειμενική ευτυχία**

Η υποκειμενική ευτυχία των συμμετεχόντων μετρήθηκε με τη χρήση του Subjective Happiness Scale (Lyubomirsky & Lepper, 1999). Το ερωτηματολόγιο αυτό αποτελείται από 4 ερωτήσεις με τιμές απαντήσεων 1 ως 7 και το σκορ του αθροίζεται συνολικά. Υψηλότερες τιμές αντανακλούν μεγαλύτερο βαθμό υποκειμενικής ευτυχίας. Η ελληνική έκδοση του συγκεκριμένου εργαλείου δημιουργήθηκε μέσω της μεθόδου “back translation” (Maneesriwongul & Dixon, 2004).

Για το σύνολο του εργαλείου ο δείκτης εσωτερικής συγκρότησης ήταν 0,714. Η μέτρηση της υποκειμενικής ευτυχίας είναι ιδιαίτερα σημαντική, αφού σε κλινικούς πληθυσμούς αποτελεί διαμεσολαβούσα μεταβλητή και τον καλύτερο προγνωστικό παράγοντα της συνολικής ποιότητας ζωής των ασθενών (Bitsko et al., 2008).

- **Αυτό-αποτελεσματικότητα**

Η αυτό-αποτελεσματικότητα μετρήθηκε με τη χρήση της κλίμακας γενικής αυτό-αποτελεσματικότητας (Schwarzer & Jerusalem, 1995), η οποία μετρά την αυτό-αποτελεσματικότητα μέσα από 10 ερωτήσεις με τιμές απαντήσεων 1 (καθόλου) ως 4 (απόλυτα). Έγινε χρήση της ελληνικής μετάφραση της συγκεκριμένης κλίμακας, η οποία έχει δημιουργηθεί βάση αρχικής στάθμισης σε πληθυσμό ασθενών με νεοπλασίες. Ο δείκτης εσωτερικής συγκρότησης στη μελέτη αυτή ήταν 0.927 (Mystakidou et al., 2008). Στη προκειμένη έρευνα δείκτης α της συγκεκριμένης κλίμακας ήταν 0,820.

- **Αυτοεκτίμηση**

Η αυτοεκτίμηση των ασθενών μετρήθηκε μέσω της κλίμακας αυτοεκτίμησης του Rosenberg. Η εν λόγω κλίμακα μετρά την αυτοεκτίμηση μέσα από 10 ερωτήσεις απαντήσεων 0-3 (διαφωνώ απόλυτα- συμφωνώ απόλυτα (Rosenberg, 1965). Η ελληνική έκδοση του συγκεκριμένου εργαλείου δημιουργήθηκε μέσω της μεθόδου “back translation” (Maneesriwongul & Dixon, 2004).

Το εν λόγω εργαλείο προτιμήθηκε λόγω των προγενέστερων αποδεκτών ψυχομετρικών του ιδιοτήτων σε πληθυσμούς ασθενών με καρδιαγγειακά νοσήματα (O'Donnell et al., 2008). Ο δείκτης εσωτερικής συγκρότησης για τη συγκεκριμένη μελέτη ήταν 0,734.

Διαδικασία: Η συμπερίληψη των ασθενών στη μελέτη πραγματοποιήθηκε μέσω της σειράς προσέλευσης του εκάστοτε ασθενούς. Πριν την εισαγωγή του πρώτου ασθενούς στη μελέτη δημιουργήθηκε μια σειρά πιθανών συμμετεχόντων βάση μπλοκ τυχαίων αριθμών. Επιλέχθηκε η χρήση της μεθόδου τεσσάρων συνεχόμενων αριθμών λόγω της μείωσης του σφάλματος από μέρους του ερευνητή (Efird, 2011). Ο ερευνητής είχε άγνοια αναφορικά με την ομάδα στην οποία θα ανήκε ο επόμενος συμμετέχοντας, η οποία αποκαλυπτόταν μετά την επιστροφή των αρχικών μετρήσεων. Η τυχαιοποίηση πραγματοποιήθηκε μέσω μιας μηχανής δημιουργίας τυχαίων αριθμών βασισμένων στη “random noise” (ήχος) (www.random.org). Δημιουργήθηκαν 100 διαφορετικοί αριθμοί 2 πιθανών τιμών για την ομάδα παρέμβασης και την ομάδα ελέγχου. Για ασθενείς που αρνούνταν, ζητούνταν οι λόγοι άρνησης οι οποίοι και καταγράφονταν. Εν συνεχεία χορηγούνταν οι μετρήσεις και στην ομάδα παρέμβασης και στη ομάδα ελέγχου χωρίς να γνωστοποιείται στους συμμετέχοντες σε ποια ομάδα συμμετείχαν. Οι συμμετέχοντες χρειάστηκαν περίπου μισή ώρα για να πραγματοποιηθούν οι μετρήσεις. Μετά την επιστροφή των μετρήσεων που πραγματοποιούνταν σε επόμενη ημέρα πραγματοποιούνταν η έναρξη της παρέμβασης για την ομάδα

παρέμβασης και η έναρξη μιας παρέμβασης τύπου ελέγχου, για την ομάδα ελέγχου. Και στις δύο ομάδες οι ίδιες μετρήσεις θα δίδονταν και δύο μήνες μετά τη συμπλήρωση των αρχικών μετρήσεων.

Στους συμμετέχοντες της ομάδας παρέμβασης πραγματοποιήθηκε το παρεμβατικό πρόγραμμα σε συνδυασμό με την εκπαίδευση σε συμπεριφορές υγείας μέσω ενός σχετικού οδηγού. Η έναρξη της σχετικής συζήτησης πραγματοποιούνταν ως εξής: «Παρ'ότι η ασθένεια είναι πράγματι ένα εξαιρετικά δυσάρεστο γεγονός ζωής για κάθε άνθρωπο, δεν πρέπει όταν βρισκόμαστε σε αυτή τη κατάσταση να ξεχνάμε την άλλη όψη της ζωής, επιτεύγματα δηλαδή και προσωπικά κατορθώματα που μας έχουν κάνει ιδιαίτερα περήφανους και χαρούμενους. Κάθε άνθρωπος στη ζωή του σίγουρα έχει βιώσει τέτοια γεγονότα τα οποία για κάποιο λόγο όταν βρίσκεται μέσα σε μια ασθένεια συχνά τα ξεχνά. Εσείς τι τέτοια γεγονότα θα μπορούσατε να εντοπίσετε στη πορεία της ζωής σας ως τώρα?»

Τα γεγονότα που αναφέρθηκαν από τους συμμετέχοντες καταγράφηκαν και οδήγησαν στο σχηματισμό ενιαίων κατηγοριών κωδικοποίησης. Γεγονότα αναφορικά με προσωπικές, οικογενειακές και επαγγελματικές επιτυχίες καταγράφηκαν και σχημάτισαν κάποιες σύντομες «διηγήσεις». Με τον εκάστοτε συμμετέχοντα δημιουργήθηκε ένα ατομικό πρόγραμμα 10-20 λεπτών γραπτής εξάσκησης στα παραπάνω γεγονότα. Οι συμμετέχοντες καλούνταν να περιγράψουν το εκάστοτε γεγονός με τη μορφή μιας ενιαίας ιστορίας. Στη συνέχεια τους δινόταν ένας γραπτός οδηγός εξάσκησης με οδηγίες (να γίνεται ανάγνωσή του αμέσως μετά τη γραπτή εξάσκηση). Ο συνδυασμός αυτός αποφασίστηκε να πραγματοποιηθεί για τέσσερις διαδοχικές ημέρες. Μετά την εξάσκηση πραγματοποιούνταν η ανάγνωση του εκπαιδευτικού οδηγού που παρατίθεται στο Συμπληρωματικό Υλικό 1.

Για την ομάδα ελέγχου δόθηκε ο ίδιος οδηγός που βρίσκεται στο Συμπληρωματικό Υλικό 1, χωρίς ωστόσο να δίνονται οδηγίες για τη γραπτή εξάσκηση στη τεχνική αυτό-επιβεβαίωσης. Οι οδηγίες ανάγνωσης του υλικού αφορούσαν επίσης τέσσερις διαδοχικές ημέρες.

Στατιστική Ανάλυση: Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε μέσω του στατιστικού προγράμματος SPSS (έκδοση 22) για Windows (SPSS Inc, Chicago, IL). Αρχικώς, πραγματοποιήθηκε διερεύνηση της συχνότητας των κοινωνικοδημογραφικών, ανθρωπομετρικών και ιατρικών μεταβλητών εντός του εξεταζόμενου δείγματος. Καταγράφηκαν επίσης η μέση τιμή, η τυπική απόκλιση και το εύρος για όλες τις ποσοτικές μεταβλητές του δείγματος. Για κατηγορικές μεταβλητές αναφέρθηκαν οι συχνότητες της τιμής της εκάστοτε μεταβλητής με ποσοστό επί της εκατό. Για τη σύγκριση των ανωτέρω τιμών και των διαφορών τους μεταξύ των δύο ομάδων πραγματοποιήθηκαν οι έλεγχοι χ^2 για τις κατηγορικές μεταβλητές και Independent-samples T-test για τις ποσοτικές μεταβλητές. Οι συγκρίσεις αυτές αφορούσαν την αρχική μέτρηση μεταξύ των δύο ομάδων και πραγματοποιήθηκαν μετά την εξασφάλιση των κριτηρίων της κανονικότητας (Kim, 2013).

Ως προς τις τελικές μετρήσεις, πραγματοποιήθηκε σύγκριση των μέσων τιμών όλων των σκορ και των υποκλιμάκων των ερωτηματολογίων μέσω τεστ ανεξαρτήτων δειγμάτων. Για μεταβλητές όπου εκτιμήθηκε πως υπήρχε μεν μη στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των αρχικών τιμών των δύο ομάδων αλλά η διαφορά αυτή ήταν μη αμελητέα πραγματοποιήθηκε προσαρμογή ως προς τη συγχυτική επίδραση των μεταβλητών αυτών.

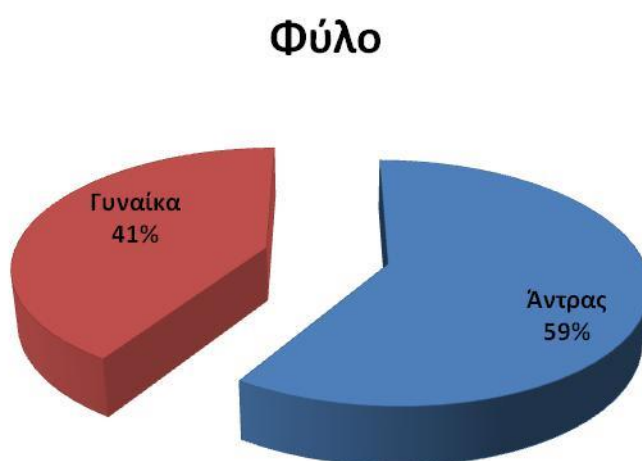
Πέραν των ανωτέρω, πραγματοποιήθηκε επίσης η συσχέτιση των τιμών των ανεξαρτήτων μεταβλητών (κοινωνικοδημογραφικές, ανθρωπομετρικές και ιατρικές μεταβλητές) με τις τιμές των εξαρτημένων μεταβλητών (σκορ ερωτηματολογίων και κλιμάκων) με βάση τις αρχικές μετρήσεις των συμμετεχόντων και των δύο ομάδων. Πραγματοποιήθηκε ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης για την εκάστοτε εξαρτημένη μεταβλητή χρησιμοποιώντας ως προβλεπτικές μεταβλητές όλες τις ανεξάρτητες μεταβλητές της μελέτης. Επίσης, πραγματοποιήθηκαν συσχετίσεις μεταξύ των εξαρτημένων μεταβλητών (συνολικών τιμών ερωτηματολογίων και υποκλιμάκων τους). Οι συσχετίσεις αυτές πραγματοποιήθηκαν μέσω του συντελεστή συσχέτισης r με τη χρήση του ελέγχου Pearson's Correlation λόγω της εξασφάλισης των κριτηρίων της κανονικότητας της κατανομής για τις εξεταζόμενες μεταβλητές της μελέτης.

Για όλα τα ερωτηματολόγια και τις υποκλίμακες τους υπολογίστηκε ο δείκτης Cronbach's α (Cronbach, 1951). Η τιμή 0.7 ορίστηκε ως το όριο της αξιοπιστίας του εκάστοτε εργαλείου. Αναφορικά με τη στατιστική σημαντικότητα (P value) ορίστηκε στο 0.05 για όλες τις αναλύσεις. Ο βαθμός επίδρασης υπολογίστηκε μέσω του τύπου $r = Z/n^{0.5}$ με τις τιμές 0.1, 0.3 και 0.5 να εκφράζουν μικρό, μέτριο και μεγάλο βαθμό επίδρασης αντίστοιχα.

Αποτελέσματα

5.1 Ανάλυση σε Κοινωνιοδημογραφικές, ανθρωπομετρικές και ιατρικές μεταβλητές

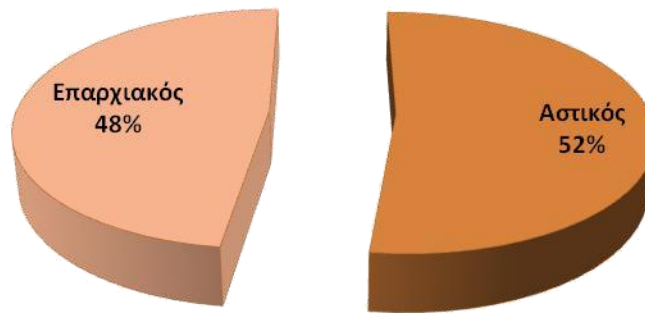
Στην έρευνα συμμετείχαν 100 άτομα, εκ των οποίων τα 50 άτομα άνηκαν στην ομάδα παρέμβασης και 50 στην ομάδα ελέγχου. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων σε ποσοστό 51% (n=51 άτομα) είναι άντρες και το υπόλοιπο 49% (n=49 άτομα) είναι γυναίκες.



Γράφημα 1: Κατανομή συχνοτήτων σύμφωνα με το φύλο

Με κριτήριο τον τόπο γέννησης των συμμετεχόντων, η πλειοψηφία έχει γεννηθεί σε κάποια αστική περιοχή σε ποσοστό 52% (n=52 άτομα) και οι υπόλοιποι σε ποσοστό 48% (n=48 άτομα) σε κάποια επαρχιακή πόλη.

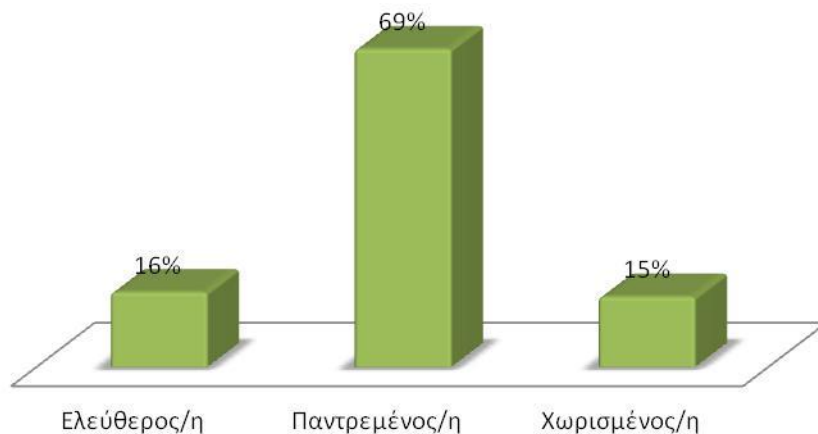
Τόπος Γέννησης



Γράφημα 2: Κατανομή συχνοτήτων σύμφωνα με τον τόπο γέννησης

Με κριτήριο την οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων, η πλειοψηφία του δείγματος σε ποσοστό 69% (n=69 άτομα) είναι παντρεμένοι. Ακολουθούν σε χαμηλότερο ποσοστό που προσεγγίζει το 16% (n=16 άτομα) όσοι είναι ελεύθεροι και σε ποσοστό 15% (n=15 άτομα) όσοι είναι χωρισμένοι.

Οικογενειακή Κατάσταση

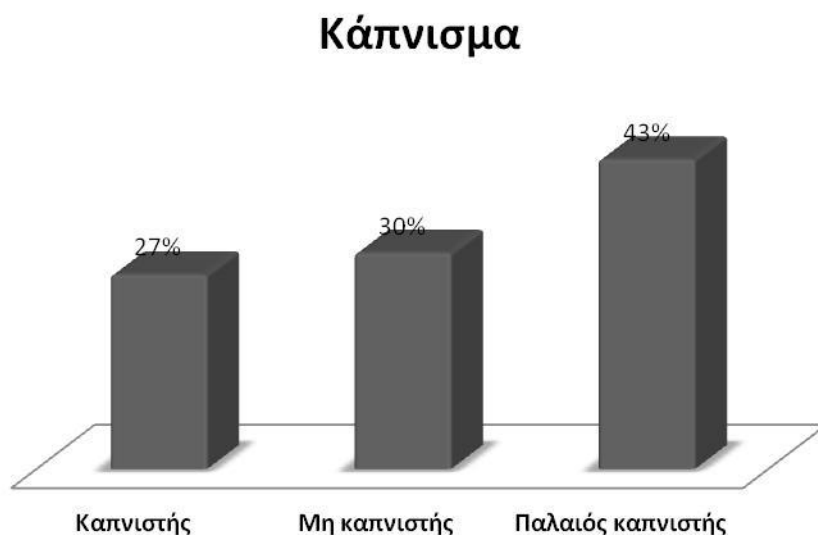


Γράφημα 3: Κατανομή συχνοτήτων σύμφωνα με την οικογενειακή κατάσταση



Γράφημα 4: Κατανομή συχνοτήτων σύμφωνα με την εργασιακή κατάσταση

Με κριτήριο την επαγγελματική κατάσταση οι περισσότεροι συμμετέχοντες είναι συνταξιούχοι σε ποσοστό 52% (n=52 άτομα) και ακολουθούν σε ποσοστό 30% (n=30 άτομα) οι εργαζόμενοι και σε ποσοστό 18% (n=18 άτομα) οι άνεργοι. Με κριτήριο το κάπνισμα, το 42% (n=42 άτομα) υποστηρίζουν ότι είναι παλαιοί καπνιστές και το 30% (n=30 άτομα) ότι δεν καπνίζουν, ενώ το 27% (n=27 άτομα) είναι καπνιστές.



Γράφημα 5: Κατανομή συχνοτήτων σύμφωνα με το κάπνισμα

Πίνακας 1: Περιγραφική στατιστική ποσοτικών μεταβλητών

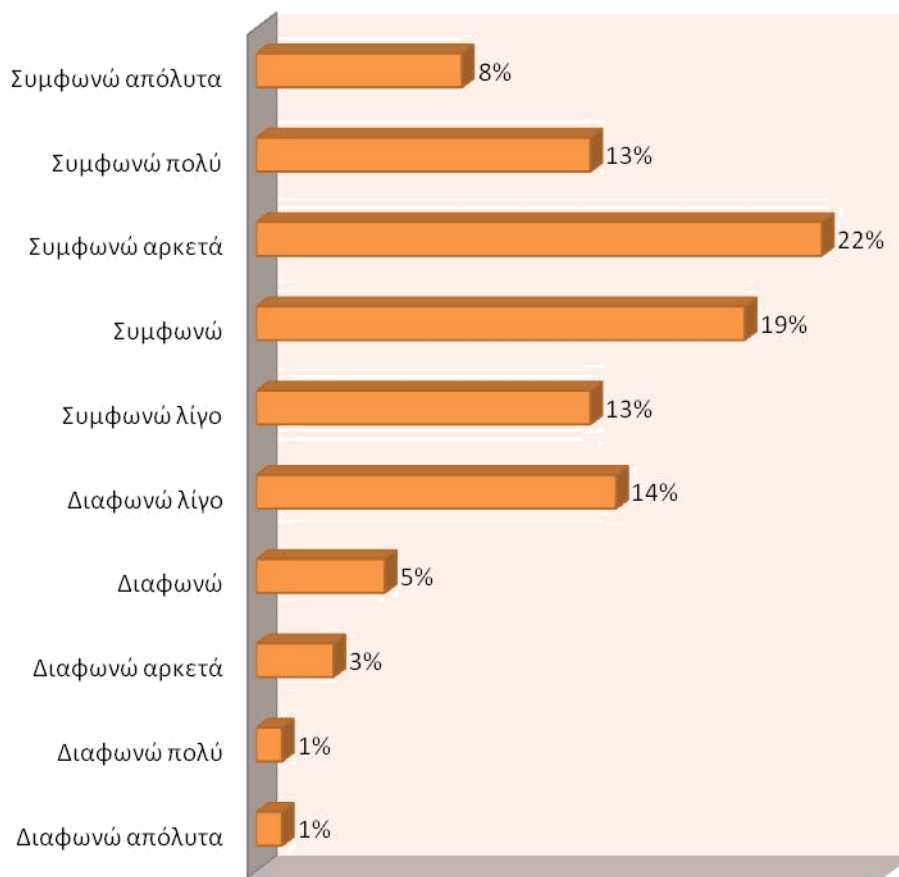
	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
Αριθμός παιδιών	0,00	9,00	1,90	1,48
Έτη εκπαίδευσης	2,00	27,00	8,99	4,66
Βάρος	45,00	135,00	78,59	15,41
Ύψος	60,00	190,00	168,55	14,30
Ύπνος (σε ώρες)	3,00	10,00	6,36	1,42
Ηλικία	30,00	94,00	65,52	11,94
Έτη διάγνωσης	0,00	36,00	9,22	7,66

Το μέσο πλήθος παιδιών είναι $M=1,90$ παιδιά ($T=1,48$ παιδιά). Όσον αφορά την εκπαίδευση των ατόμων, τα μέσα έτη εκπαίδευσης είναι 8,99 έτη ($T.A.=4,66$ έτη), ενώ υπάρχουν συμμετέχοντες, οι οποίοι δηλώνουν ότι έχουν σπουδάσει 27 έτη και κάποιοι που οι σπουδές τους αντιστοιχούν μόλις στα 2 έτη. Όσον αφορά το βάρος και το ύψος, το μέσο βάρος του δείγματος είναι 78,59 κιλά ($T.A.=15,41$ έτη) και το μέσο ύψος είναι 168,55 cm ($T.A.=14,30$ cm). Όσον αφορά την ηλικία, οι συμμετέχοντες έχουν μέση ηλικία 65,52 έτη ($T.A.=11,94$ έτη) και το εύρος της ηλικίας τους είναι 30-94 έτη. Οι συμμετέχοντες υποστηρίζουν ότι κοιμούνται κατά μέσο όρο 6,36 ώρες ($T.A.=1,42$ ώρες). Τέλος, οι συμμετέχοντες δηλώνουν ότι η νόσος έχει διαγνωστεί κατά μέσο όρο κατά 9,22 έτη ($T.A.=7,66$ έτη).

5.2 Αντιλήψεις σχετικά με τη πρόγνωση της νόσου και Αυτοαναφορά υγείας

Οι περισσότεροι συμμετέχοντες συμφωνούν αρκετά σε ποσοστό 22% ($n=22$ άτομα) ότι η πορεία της ασθένειας θα επηρεάσει την ψυχολογική τους κατάσταση και ακολουθούν όσοι συμφωνούν αρκετά σε ποσοστό 19% ($n=19$ άτομα). Από την άλλη πλευρά, οι συμμετέχοντες διαφωνούν από λίγο έως απόλυτα για το ότι η πορεία της νόσου θα καθορίσει τη ψυχολογική τους κατάσταση σε ποσοστό 24% ($n=24$ άτομα).

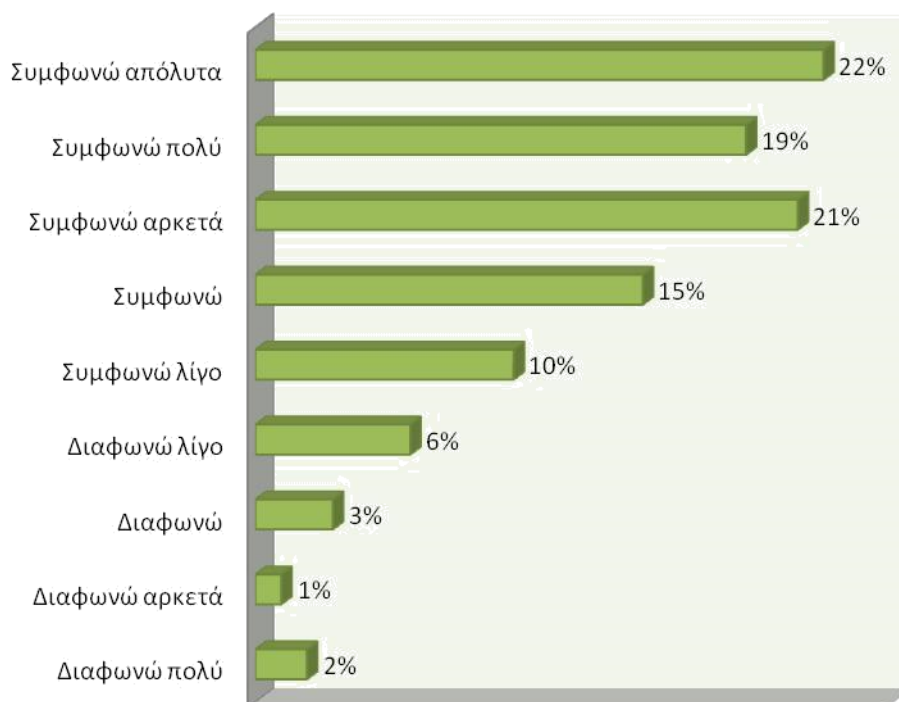
**Πιστεύετε ότι η πορεία της ασθένειας θα
επηρεάσει την ψυχολογική σας κατάσταση**



Γράφημα 6: Κατανομή συχνοτήτων σύμφωνα με το αν θεωρείται ότι η πορεία της ασθένειας θα επηρεάσει την ψυχολογική κατάσταση

Στο αν η πορεία της νόσου καθορίσει την συμπεριφορά τους σχετικά με τη διατροφή τους, το κάπνισμα, τη φυσική δραστηριότητα και τον καλό ύπνο οι περισσότεροι συμφωνούν απόλυτα και αρκετά σε ποσοστό 22% (n= 22 άτομα) και 21% (n= 21 άτομα) αντίστοιχα. Αρκετοί επίσης συμφωνούν πολύ ή συμφωνούν με το ότι η νόσος θα καθορίζει την συμπεριφορά τους σε διάφορες συνήθειες σε ποσοστό 19% (n= 19 άτομα) και 15% (n= 15 άτομα). Από την άλλη πλευρά, μόλις το 12% (n= 12 άτομα) των συμμετεχόντων θεωρεί ότι η εξέλιξη της νόσου θα αλλάξει και τις συνήθειες των συμμετεχόντων.

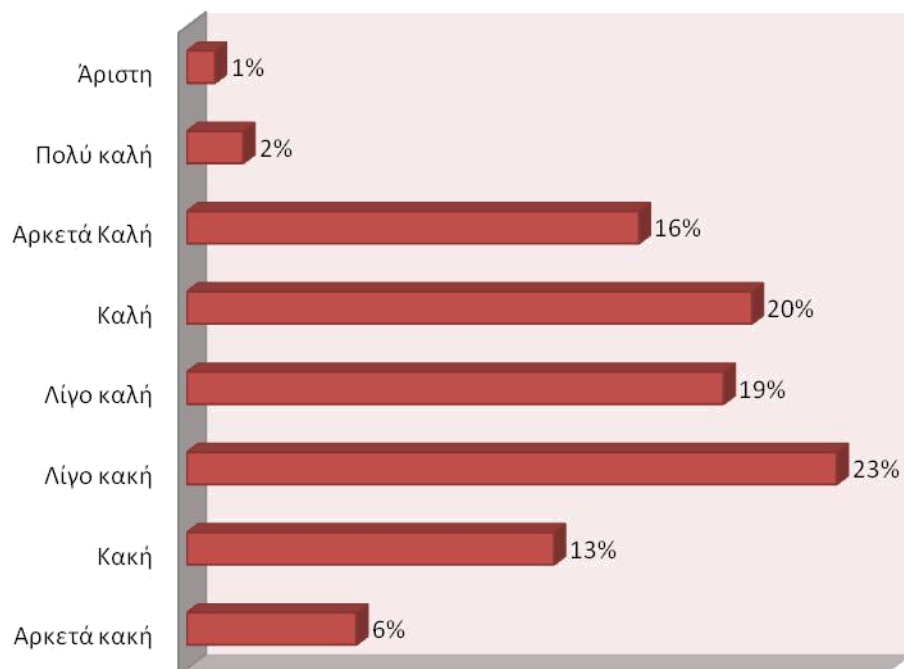
Η πορεία της ασθένειας θα επηρεάσει τη συμπεριφορά σας



Γράφημα 7: Κατανομή συχνοτήτων σύμφωνα με το αν θεωρείται ότι η πορεία της ασθένειας θα επηρεάσει την συμπεριφορά

Όσον αφορά την εικόνα που έχουν οι συμμετέχοντες για την υγεία τους διαπιστώνεται ότι οι περισσότεροι έχουν αρνητική εικόνα για την υγεία τους. Συγκεκριμένα, το 23% θεωρεί ότι η υγεία τους είναι λίγο κακή και ακολουθεί το 20% των συμμετεχόντων που θεωρεί ότι η υγεία τους είναι καλή και το 19% ότι είναι λίγο καλή. Μόλις το 1% θεωρεί ότι η υγεία του είναι άριστη και το 2% ότι είναι πολύ καλή, ενώ το 6% των συμμετεχόντων θεωρεί ότι η υγεία τους είναι η χειρίστη δυνατή.

Βαθμολογία κατάστασης υγείας



Γράφημα 8: Κατανομή συχνοτήτων σύμφωνα με το την κατάσταση της υγείας

5.3 Συμπεριφορές υγείας

Όσον αφορά την αξιολόγηση της συμπεριφοράς υγείας τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι συμμετέχοντες εμφανίζουν υψηλότερες τιμές, οι οποίες φανερώνουν και υψηλότερη προσήλωση σε συμπεριφορές υγείας και μεγαλύτερο βαθμό προσωπικού ελέγχου ως προς τις υγιεινές διατροφικές επιλογές ($M=2,69$, $T.A.=0,76$) και ακολουθεί η κοινωνική και η νοητική ισορροπία ($M=2,46$, $T.A.=0,54$). Μικρότερη συμμόρφωση παρατηρείται σε συμπεριφορές που σχετίζονται με την καθημερινή ρουτίνα ($M=2,37$, $T.A.=0,48$), με τη φυσική του δραστηριότητα ($M=2,27$, $T.A.=0,79$) και με τις υγιεινές διατροφικές επιλογές ($M=2,14$, $T.A.=0,48$).

Πίνακας 2: Περιγραφικά μέτρα για την συμπεριφορά υγείας

	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή	Τυπική Απόκλιση
--	---------------	--------------	-----------	-----------------

Υγιεινές Διαιτητικές Επιλογές	1,29	3,71	2,14	0,48
Διαιτητική Αποφυγή Βλάβης	1,00	4,00	2,69	0,76
Καθημερινή Ρουτίνα	1,38	4,00	2,37	0,48
Οργανωμένη Σωματική Άσκηση	1,00	4,00	2,27	0,79
Κοινωνική Υποστήριξη και Νοητικός Έλεγχος	1,00	3,80	2,46	0,54

Οι μεταβλητές που αντιστοιχούν στις υποκατηγορίες που μετρούν τις υγιεινές διατροφικές επιλογές, τις επιβλαβείς διατροφικές επιλογές, την καθημερινή ρουτίνα του ατόμου, τη φυσική του δραστηριότητα για 20 λεπτά ή παραπάνω τουλάχιστον 3 φορές την εβδομάδα» και τη κοινωνική και νοητική του ισορροπία ακολουθούν την κανονική κατανομή ($p\text{-value}>5\%$) (Πίνακας 2).

Πίνακας 3: Έλεγχος κανονικότητας των μεταβλητών που αξιολογούν στην Συμπεριφορές υγείας

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		Υγιεινές Διαιτητικές Επιλογές	Διαιτητική Αποφυγή Βλάβης	Καθημερινή Ρουτίνα	Οργανωμένη Σωματική Άσκηση	Κοινωνική Υποστήριξη και Νοητικός Έλεγχος	Κοινωνική Υποστήριξη και Νοητικός Έλεγχος FOLLOW UP	Οργανωμένη Σωματική Άσκηση FOLLOW UP:	Διαιτητική Αποφυγή Βλάβης FOLLOW UP:	Υγιεινές Διαιτητικές Επιλογές FOLLOW UP:	Καθημερινή Ρουτίνα FOLLOW UP:
N		98	95	94	97	98	66	66	62	66	64
Normal	Mean	2,1429	2,6947	2,3710	2,2732	2,4633	2,8576	2,4545	2,8669	2,4069	2,6641
Parameters ^{a,,b}	Std. Deviation	,47932	,75809	,47852	,78734	,54307	,44482	,82148	,59492	,41118	,30118
Most Extreme	Absolute	,100	,172	,128	,182	,108	,143	,189	,127	,125	,145
Differences	Positive	,100	,125	,128	,182	,108	,128	,145	,092	,103	,145
	Negative	-,071	-,172	-,085	-,107	-,083	-,143	-,189	-,127	-,125	-,136
Kolmogorov-Smirnov Z		,991	1,478	1,239	1,593	1,065	1,161	1,503	1,002	1,017	1,163
Asymp. Sig. (2-tailed)		,280	,087	,093	,093	,207	,135	,088	,268	,253	,134

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

Πίνακας 4: Έλεγχος T-Paired Sample Test για την συμπεριφορά υγείας

Paired Samples Test									
		Paired Differences							
					95% Confidence Interval of the Difference				
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	Lower	Upper	t	df	Sig. (2-tailed)
Pair 1	Υγιεινές Διαιτητικές Επιλογές - Υγιεινές Διαιτητικές Επιλογές FOLLOW UP:	- ,28571	,54175	,06772	-,42104	-,15039	-4,219	63	,000
Pair 2	Διαιτητική Αποφυγή Βλάβης - Διαιτητική Αποφυγή Βλάβης FOLLOW UP:	- ,15254	,65327	,08505	-,32279	,01770	-1,794	58	,078
Pair 3	Καθημερινή Ρουτίνα - Καθημερινή Ρουτίνα FOLLOW UP:	- ,27802	,51991	,06827	-,41472	-,14131	-4,072	57	,000
Pair 4	Οργανωμένη Σωματική Άσκηση - Οργανωμένη Σωματική Άσκηση FOLLOW UP:	- ,17460	,82871	,10441	-,38331	,03411	-1,672	62	,100
Pair 5	Κοινωνική Υποστήριξη και Νοητικός Έλεγχος - Κοινωνική Υποστήριξη και Νοητικός Έλεγχος FOLLOW UP	- ,39062	,58056	,07257	-,53565	-,24560	-5,383	63	,000

Για να διαπιστωθεί αν υπάρχουν διαφορές κατά την αξιολόγηση των μεταβλητών της συμπεριφοράς υγείας πριν και μετά το follow up πραγματοποιείται ο

παραμετρικός έλεγχος T-Paired Sample Test. Τα αποτελέσματα του ελέγχου δείχνουν ότι βελτιώνεται σημαντικά η συμπεριφορά των συμμετεχόντων ως προς τις υγιεινές διατροφικές επιλογές ($t=-4,219$, $p\text{-value}<5\%$, $M=2,14$ vs. $M=2,41$), την καθημερινή ρουτίνα του ατόμου ($t=-4,072$, $p\text{-value}<5\%$, $M=2,37$ vs. $M=2,66$) και τη κοινωνική και νοητική του ισορροπία ακολουθούν την κανονική κατανομή ($t=-5,383$, $p\text{-value}<5\%$, $M=2,46$ vs. $M=2,86$).

Πίνακας 5: Περιγραφικά μέτρα για την συμπεριφορά υγείας μετά το follow-up

	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή	Τυπική Απόκλιση
Υγιεινές Διαιτητικές Επιλογές FOLLOW UP:	1,29	3,14	2,41	,41
Διαιτητική Αποφυγή Βλάβης FOLLOW UP:	1,50	4,00	2,87	,59
Καθημερινή Ρουτίνα FOLLOW UP:	1,88	3,25	2,66	,30
Οργανωμένη Σωματική Άσκηση FOLLOW UP:	1,00	4,00	2,45	,82
Κοινωνική Υποστήριξη και Νοητικός Έλεγχος FOLLOW UP	1,80	3,80	2,86	,44

Από τα αποτελέσματα που αφορούν τις διαφορές ανάμεσα στην ομάδα ελέγχου και στην ομάδα παρέμβασης διαπιστώνεται ότι δεν παρατηρείται σημαντική αλλαγή όσον αφορά την συμπεριφορά υγείας, τόσο πριν την παρέμβαση, όσο και μετά την παρέμβαση ($p\text{-value}>5\%$) (Πίνακας 6).

Πίνακας 6: Έλεγχος διαφοράς ανάμεσα στην ομάδα ελέγχου και στην ομάδα παρέμβασης

Independent Samples Test									
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means					
								95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower Upper
Υγιεινές Διαιτητικές Επιλογές	Equal variances assumed	,134	,715	,300	96	,765	,02917	,09732	-,16400 ,22234
	Equal variances not assumed			,299	95,412	,765	,02917	,09739	-,16417 ,22250
Διαιτητική Αποφυγή Βλάβης	Equal variances assumed	1,659	,201	,815	93	,417	,12722	,15605	-,18267 ,43711
	Equal variances not assumed			,808	86,490	,421	,12722	,15747	-,18578 ,44023
Καθημερινή Ρουτίνα	Equal variances assumed	1,805	,182	-1,104	92	,272	-,10892	,09862	-,30478 ,08694
	Equal variances not assumed			-1,099	85,423	,275	-,10892	,09912	-,30598 ,08814
Οργανωμένη Σωματική Άσκηση	Equal variances assumed	7,287	,008	-,743	95	,459	-,11905	,16027	-,43722 ,19912
	Equal variances not assumed			-,740	86,193	,461	-,11905	,16077	-,43863 ,20054
Κοινωνική Υποστήριξη και		,223	,638	1,056	96	,294	,11583	,10967	-,10187 ,33354

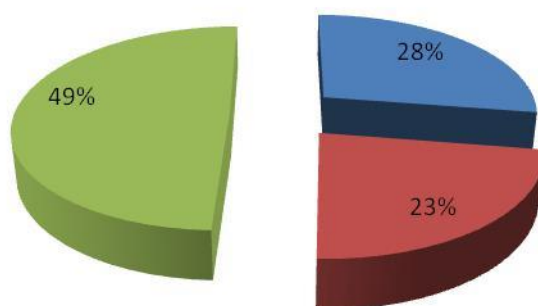
Νοητικός Έλεγχος	Equal variances not assumed			1,054	93,868	,295	,11583	,10992	-,10242	,33409
Κοινωνική Υποστήριξη και Νοητικός Έλεγχος	Equal variances assumed	,000	,990	,638	64	,526	,07022	,11006	-,14965	,29009
FOLLOW UP	Equal variances not assumed			,639	63,997	,525	,07022	,10987	-,14928	,28972
Οργανωμένη Σωματική Άσκηση FOLLOW UP:	Equal variances assumed	2,448	,123	,583	64	,562	,11857	,20336	-,28770	,52483
	Equal variances not assumed			,587	62,285	,559	,11857	,20195	-,28509	,52223
Διαιτητική Αποφυγή Βλάβης FOLLOW UP:	Equal variances assumed	,663	,419	,578	60	,565	,08804	,15226	-,21653	,39260
	Equal variances not assumed			,585	59,872	,561	,08804	,15051	-,21304	,38911
Υγιεινές Διαιτητικές Επιλογές FOLLOW UP:	Equal variances assumed	5,914	,018	1,101	64	,275	,11134	,10111	-,09064	,31333
	Equal variances not assumed			1,111	60,538	,271	,11134	,10018	-,08902	,31170
Καθημερινή Ρουτίνα FOLLOW UP:	Equal variances assumed	,285	,596	,966	62	,338	,07283	,07537	-,07784	,22349
	Equal variances not assumed			,964	61,055	,339	,07283	,07552	-,07818	,22383

5.4 Κατάθλιψη και άγχος

Το 49% (n=49 άτομα) των συμμετεχόντων εμφανίζουν μην κανονική ψυχολογική κατάσταση και ακολουθούν όσοι είναι σε κανονική κατάσταση σε ποσοστό 28% (n=28 άτομα). Σε χαμηλότερο ποσοστό που προσεγγίζει το 23% (n=23 άτομα) είναι στα όρια της μη κανονικής ψυχολογικής κατάστασης.

Ψυχολογική κατάσταση

■ NORMAL ■ BORDELIN ABNORMAL ■ ABNORMAL



Γράφημα 9: Κατανομή σύμφωνα με την ψυχολογική κατάσταση

Τα αποτελέσματα της ανάλυσης δείχνουν ότι οι μεταβλητές του «άγχους» και της «κατάθλιψης» πριν και μετά την παρακολούθηση ακολουθεί την κανονική κατανομή (p-value>5%).

Πίνακας 7: Έλεγχος κανονικότητας για τις μεταβλητές άγχους και κατάθλιψης

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test						
	ΑΓΧΟΣ	ΑΓΧΟΣ- FOLLO W UP	ΚΑΤΑΘΛΙΨ Η	ΚΑΤΑΘΛΙΨ Η-FOLLOW UP	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚ Η ΚΛΙΜΑΚΑ ΑΓΧΟΥΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚ Η ΚΛΙΜΑΚΑ ΑΓΧΟΥΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ- FOLLOW UP
N	95	64	91	65	91	63

Normal	Mean	8,8842	5,5469	5,2198	3,6462	,9937	,6599
Parameters ^a ,	Std.	3,7327	3,48206	3,16510	3,08439	,42998	,42135
^b	Deviation	3					
	n						
Most	Absolute	,103	,125	,109	,177	,081	,139
Extreme	Positive	,099	,125	,098	,177	,081	,139
Differences	Negative	-,103	-,060	-,109	-,119	-,064	-,072
	e						
Kolmogorov-Smirnov		1,007	,999	1,037	1,430	,776	1,101
Z							
Asymp. Sig. (2-tailed)		,262	,271	,232	,083	,584	,177

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

Για να διαπιστωθεί αν υπάρχουν διαφορές στο άγχος και στην κατάθλιψη πριν και μετά το follow up πραγματοποιείται ο παραμετρικός έλεγχος T-Paired Sample Test. Τα αποτελέσματα του ελέγχου δείχνουν ότι μειώνεται σημαντικά η κατάθλιψη ($t=3,056$, $p\text{-value}=0,003<5\%$, $M=5,22$ vs. $M=3,65$) και το άγχος ($t=5,190$, $p\text{-value}<5\%$, $M=8,88$ vs. $M=5,55$).

Πίνακας 8: Έλεγχος T-Paired Sample Test για τις μεταβλητές άγχους και κατάθλιψης

Paired Samples Test									
		Paired Differences							
					95% Confidence Interval of the Difference				
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	Lower	Upper	t	df	Sig. (2-tailed)
Pair 1	ΑΓΧΟΣ - ΑΓΧΟΣ-FOLLOW UP	3,22581	4,89369	,62150	1,98304	4,46857	5,190	61	,000
Pair 2	ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ - ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ-FOLLOW UP	1,41667	3,59044	,46352	,48916	2,34418	3,056	59	,003

Πίνακας 9: Περιγραφικά μέτρα για το άγχος και την κατάθλιψη

	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
ΑΓΧΟΣ	8,88	3,73
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	5,22	3,17
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ ΑΓΧΟΥΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ	0,99	0,43
ΑΓΧΟΣ-FOLLOW UP	5,55	3,48
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ-FOLLOW UP	3,65	3,08
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ ΑΓΧΟΥΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ-FOLLOW UP	0,66	0,42

Από τα αποτελέσματα που αφορούν τις διαφορές ανάμεσα στην ομάδα ελέγχου και στην ομάδα παρέμβασης διαπιστώνεται ότι δεν παρατηρείται σημαντική αλλαγή όσον αφορά το άγχος και την κατάθλιψη, τόσο πριν την παρέμβαση, όσο και μετά την παρέμβαση ($p\text{-value}>5\%$) (Πίνακας 10).

Πίνακας 10: Έλεγχος διαφοράς στο άγχος και στην κατάθλιψη ανάμεσα στην ομάδα ελέγχου και στην ομάδα παρέμβασης

Independent Samples Test										
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
									95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
ΑΓΧΟΣ	Equal variances assumed	,606	,438	-,670	93	,504	-,51556	,76926	-2,04315	1,01204
	Equal variances not assumed			-,674	92,997	,502	-,51556	,76517	-2,03503	1,00392
ΑΓΧΟΣ-FOLLOW UP	Equal variances assumed	4,024	,049	-,891	62	,376	-,77843	,87365	-2,52483	,96797
	Equal variances not assumed			-,914	57,169	,364	-,77843	,85131	-2,48303	,92617
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	Equal variances assumed	,071	,791	,081	89	,935	,05442	,66926	-1,27538	1,38423
	Equal variances not assumed			,081	84,880	,936	,05442	,67264	-1,28299	1,39184
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ-FOLLOW UP	Equal variances assumed	,274	,603	,077	63	,939	,05977	,77198	-1,48290	1,60245
	Equal variances not assumed			,078	62,994	,938	,05977	,76826	-1,47547	1,59502

5.5 Υποκειμενική ευτυχία

Κατά την αξιολόγηση της υποκειμενικής ευτυχίας διαπιστώνεται ότι πριν την παρέμβαση είναι $M=18,83$ ($T.A.=3,85$) και μετά το πρόγραμμα παρέμβασης ο δείκτης υποκειμενικής ευτυχίας είναι μη στατιστικά σημαντικά χαμηλότερος $M=18,34$ ($T.A.=3,64$) ($t=1,162$, $p\text{-value}=0,25>5\%$).

Πίνακας 11: Περιγραφική στατιστική για την υποκειμενική ευτυχία

	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΙΚΗ ΕΥΤΥΧΙΑ	18,93	3,85
ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΙΚΗ ΕΥΤΥΧΙΑ FOLLOW UP	18,34	3,64

Πίνακας 12: Έλεγχος κανονικότητας για την υποκειμενική ευτυχία

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test			
		ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΙΚΗ ΕΥΤΥΧΙΑ	ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΙΚΗ ΕΥΤΥΧΙΑ FOLLOW UP
N		100	64
Normal Parameters ^{a, b}	Mean	18,9300	18,3438
	Std. Deviation	3,84880	3,64373
Most Extreme Differences	Absolute	,065	,196
	Positive	,055	,095
	Negative	-,065	-,196
Kolmogorov-Smirnov Z		,645	1,572
Asymp. Sig. (2-tailed)		,799	,014

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

Πίνακας 13: Έλεγχος T-Paired Sample Test για την υποκειμενική ευτυχία

Paired Samples Test								
	Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
				Lower	Upper			
Pair 1 ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΙΚΗ ΕΥΤΥΧΙΑ - ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΙΚΗ ΕΥΤΥΧΙΑ FOLLOW UP	,57813	3,97933	,49742	-,41588	1,57213	1,162	63	,250

Από τα αποτελέσματα που αφορούν τις διαφορές ανάμεσα στην ομάδα ελέγχου και στην ομάδα παρέμβασης διαπιστώνεται ότι δεν υπάρχει σημαντική στατιστική διαφορά στην υποκειμενική ευτυχία πριν την παρέμβαση ($t=-0,648$, $p\text{-value}=0,519$) και μετά την παρέμβαση ($t=-0,890$, $p\text{-value}=0,377$).

Πίνακας 14: Έλεγχος διαφοράς υποκειμενική ευτυχία ανάμεσα στην ομάδα ελέγχου και στην ομάδα παρέμβασης

Independent Samples Test										
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
									95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΙΚΗ ΕΥΤΥΧΙΑ	Equal variances assumed	2,343	,129	-,648	98	,519	-,50000	,77203	-2,03206	1,03206
	Equal variances not assumed			-,648	97,556	,519	-,50000	,77203	-2,03215	1,03215
ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΙΚΗ ΕΥΤΥΧΙΑ FOLLOW UP	Equal variances assumed	,219	,641	-,890	62	,377	-,81250	,91243	-2,63643	1,01143

Kolmogorov-Smirnov Z	,812	1,013
Asymp. Sig. (2-tailed)	,525	,123

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

Πίνακας 17: Έλεγχος T-Paired Sample Test για την γενική αυτοαποτελεσματικότητα

Paired Samples Test								
	Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
				Lower	Upper			
Pair 1 ΓΕΝΙΚΗ ΑΥΤΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ - ΓΕΝΙΚΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ FOLLOW UP	-,03016	,57182	,07204	-,17417	,11385	-,419	62	,677

Από τα αποτελέσματα που αφορούν τις διαφορές ανάμεσα στην ομάδα ελέγχου και στην ομάδα παρέμβασης διαπιστώνεται ότι δεν υπάρχει σημαντική στατιστική διαφορά στην γενική αυτοαποτελεσματικότητα πριν την παρέμβαση ($t=-0,528$, $p\text{-value}=0,599$) και μετά την παρέμβαση ($t=-0,885$, $p\text{-value}=0,380$).

Πίνακας 18: Έλεγχος διαφοράς αυτοαποτελεσματικότητας ανάμεσα στην ομάδα ελέγχου και στην ομάδα παρέμβασης

Independent Samples Test									
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means					
								95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	

ΓΕΝΙΚΗ	Equal	1,272	,262	-,528	97	,599	-,04873	,09234	-,23200	,13453
ΑΥΤΟΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ	variances assumed									
	Equal			-,529	92,876	,598	-,04873	,09212	-,23167	,13420
	variances not assumed									
ΓΕΝΙΚΗ	Equal	1,660	,202	-,885	62	,380	-,09335	,10553	-,30431	,11760
ΑΥΤΟΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ	variances assumed									
FOLLOW UP	Equal			-,894	57,610	,375	-,09335	,10441	-,30238	,11568
	variances not assumed									

5.7 Αυτοεκτίμηση

Κατά την αξιολόγηση της αυτοεκτίμησης διαπιστώνεται ότι πριν την παρέμβαση είναι $M=1,93$ ($T.A.=0,46$) και μετά το πρόγραμμα παρέμβασης ο δείκτης αυτοεκτίμησης είναι μη στατιστικά σημαντικά υψηλότερος $M=1,86$ ($T.A.= 0,41$) ($t=-1,241$, $p\text{-value}=0,220>5\%$).

Πίνακας 19: Περιγραφική στατιστική για την αυτοεκτίμηση

	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ	1,93	0,46
ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ- FOLLOW UP	1,86	0,41

Πίνακας 20: Έλεγχος κανονικότητας για την αυτοεκτίμηση

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test			ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ H	ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ H-FOLLOW UP
N			92	65
Normal Parameters ^{a, b}	Mean		1,9326	1,8631
	Std. Deviation		,46032	,41215
Most Extreme Differences	Absolute		,124	,172
	Positive		,124	,172
	Negative		-,069	-,086
Kolmogorov-Smirnov Z			1,192	1,087
Asymp. Sig. (2-tailed)			,117	,143

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

Πίνακας 21: Έλεγχος T-Paired Sample Test για την αυτοεκτίμηση

Paired Samples Test								
	Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
				Lower	Upper			
Pair 1 ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ - ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ-FOLLOW UP	,10667	,66584	,08596	-,06534	,27867	1,241	59	,220

Από τα αποτελέσματα που αφορούν τις διαφορές ανάμεσα στην ομάδα ελέγχου και στην ομάδα παρέμβασης διαπιστώνεται ότι δεν υπάρχει σημαντική στατιστική διαφορά στην αυτοεκτίμηση πριν την παρέμβαση ($t=-1,212$, $p\text{-value}=0,229$) και μετά την παρέμβαση ($t=-0,430$, $p\text{-value}=0,669$).

Πίνακας 22: Έλεγχος διαφοράς αυτοεκτίμησης ανάμεσα στην ομάδα ελέγχου και στην ομάδα παρέμβασης

Independent Samples Test										
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
									95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	Df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ	Equal variances assumed	4,726	,032	-1,212	90	,229	-,11603	,09576	-,30627	,07421
	Equal variances not assumed			-84,110	1,220	,226	-,11603	,09512	-,30517	,07312
ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ- FOLLOW UP	Equal variances assumed	1,703	,197	-,430	63	,669	-,04422	,10291	-,24987	,16143
	Equal variances not assumed			-,431	61,332	,668	-,04422	,10260	-,24936	,16091

Συζήτηση

Συνοψίζοντας τα αποτελέσματα της μελέτης παρέμβασης που πραγματοποιήθηκε με την τεχνική αυτό-επιβεβαίωσης και της ομάδας ελέγχου που έλαβε εικονικού τύπου παρέμβαση, μπορούμε να παρατηρήσουμε ότι στο σύνολο των δύο περιόδων υπάρχει σημαντική διαφορά όσον αφορά την συμπεριφορά υγείας. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υπάρχει σημαντική βελτίωση πριν και μετά το follow up ως προς τις υγιεινές διατροφικές επιλογές, την καθημερινή ρουτίνα του ατόμου και τη κοινωνική και νοητική του ισορροπία που ακολουθούν την κανονική κατανομή.

Η μέτρηση του άγχους και της κατάθλιψης των συμμετεχόντων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του ερωτηματολογίου αυτοαναφοράς Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) και τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υπάρχει σημαντική βελτίωση στα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης, καθώς μειώθηκε η τάση για αυτά τα αρνητικά συναισθήματα πριν και μετά την παρέμβαση.

Η αυτοεκτίμηση αντιπροσωπεύει τη συναισθηματική πλευρά του εαυτού. Είναι η σφαιρική άποψη που έχει κάποιος για την αξία του ως άτομο. Με άλλα λόγια είναι πώς το άτομο αξιολογεί την αυτό αντίληψή του (Μακρή-Μπότσαρη, 2001α). Η αυτοαντίληψη κατά τον James, ορίζεται το πηλίκο των επιτυχιών προς τις επιδιώξεις του ατόμου. Στη θεωρία του Rogers η αυτοεκτίμηση σχετίζεται με τον ‘‘ιδανικό εαυτό’’, καθώς και ο βαθμός αυτοεκτίμησης του ατόμου σχετίζεται με την ασυμφωνία ανάμεσα σε πραγματικό και ιδανικό εαυτό. Η αυτοεκτίμηση αναπτύσσεται νωρίς στη ζωή του παιδιού και συνεχίζεται σε όλη τη διάρκειά της (Λεονταρή, 1998). Στη διαμόρφωση της αυτοεκτίμησης σημαντικό ρόλο παίζει το οικογενειακό περιβάλλον (σχέσεις, πρότυπα, κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο, προσδοκίες), το σχολείο και η σχολική κοινότητα που καθορίζει τα κριτήρια σύγκρισης με βάση τα οποία το παιδί θα προσδιορίσει την αυτοεκτίμησή του) καθώς και η ευρύτερη ομάδα των συνομηλίκων, η οποία καθορίζει την αξιολόγηση των επιμέρους τομέων αυτοαντίληψης που αναφέρθηκαν. Η αυτοεκτίμηση των ασθενών μετρήθηκε μέσω της κλίμακας αυτοεκτίμησης του Rosenberg και τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η αυτοεκτίμηση των συμμετεχόντων είναι σε χαμηλά επίπεδα και δεν παρουσιάζει σημαντικές διαφορές πριν και μετά την παρέμβαση.

Η υποκειμενική ευτυχία έχει οριστεί ως το άθροισμα των γνωστικών και συναισθηματικών αντιδράσεων που οι άνθρωποι βιώνουν όταν συγκρίνουν αυτά που

πέτυχαν με αυτά που θέλουν να πετύχουν στη ζωή τους σε σχέση με τις ανάγκες τους, τις φιλοδοξίες τους και άλλες προσδοκίες τους. Στην παρούσα μελέτη η υποκειμενική ευτυχία αξιολογήθηκε με τη χρήση του Subjective Happiness Scale. Η υποκειμενική ευτυχία των συμμετεχόντων κυμαίνεται σε μέτρια επίπεδα και είναι δεν διαφοροποιείται πριν και μετά την παρέμβαση.

Η αυτό αποτελεσματικότητα είναι πολύ σημαντικός δείκτης για το αν το άτομο θα δεσμευτεί σε έναν στόχο και συνεπώς αν θα τα καταφέρει. Η αυτό-αποτελεσματικότητα μετρήθηκε με τη χρήση της κλίμακας γενικής αυτό-αποτελεσματικότητας. Η αυτό αποτελεσματικότητα κυμαίνεται σε ικανοποιητικά επίπεδα κατά μέσο όρο για το δείγμα μας, αλλά δεν φαίνεται να διαφοροποιείται σημαντικά πριν και μετά την παρέμβαση.

Τα αποτελέσματα που αναφέρθηκαν παραπάνω δεν φαίνεται να διαφοροποιούνται ανάμεσα στην ομάδα παρέμβασης και στην ομάδα ελέγχου. Η βελτίωση που παρατηρήθηκε με τη τεχνική της αυτό-επιβεβαίωσης θα μπορούσε να αποδοθεί στο αναμενόμενο «hawthorn effect».

Συμπεράσματα

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας έδειξαν ότι βελτιώνεται σημαντικά η συμπεριφορά των συμμετεχόντων ως προς τις υγιεινές διατροφικές επιλογές, την καθημερινή ρουτίνα του ατόμου και τη κοινωνική και νοητική του ισορροπία ακολουθούν την κανονική κατανομή. Για να διαπιστωθεί αν υπάρχουν διαφορές στο άγχος και στην κατάθλιψη πριν και μετά το follow up τα αποτελέσματα του ελέγχου δείχνουν ότι μειώνεται σημαντικά η κατάθλιψη.

Σύμφωνα λοιπόν, με τα ευρήματα των ερευνών που περιλαμβάνονται στην παρούσα ανασκοπική εργασία κρίνεται επιτακτική η ανάγκη προώθησης προγραμμάτων αποκατάστασης, τα οποία συμπεριλαμβάνουν στο πρόγραμμα τους διάφορες τεχνικές, διότι η αύξηση των καρδιοπαθών των τελευταίων χρόνων οφείλεται στην καθιστική ζωή, την οποία επιβάλλει ο σύγχρονος τρόπος ζωής. Οι καρδιοπαθείς, θα πρέπει να κατανοούν τον λόγο συμμετοχής τους σε κάποιο πρόγραμμα και τα οφέλη που αποκομίζουν τα οποία έχουν ως κύριο γνώμονα την αποτροπή από ένα δεύτερο καρδιακό επεισόδιο.

Προτάσεις για μελλοντικές έρευνες

Πλήθος ερευνών ασχολείται με τους παράγοντες, οι οποίοι προβλέπουν τη συμμετοχή σε προγράμματα αποκατάστασης καρδιοπαθών, όπως το άγχος, το στρες αλλά και η κατάθλιψη. Σημαντικό ρόλο στα συμπτώματα κατάθλιψης φαίνεται ότι έχουν οι μεταβλητές της δύσπνοιας, καπνίσματος, του πόνου στο στήθος, της δύσπνοιας- κούρασης, της χρήσης αλκοόλ , αλλά και της συμμετοχής σε ομάδα ψυχοθεραπείας, της αυτοβοήθειας, της αυτοαποτελεσματικότητας και της αισιοδοξίας. Επίσης, σημαντική βελτίωση στα επίπεδα του άγχους έχει παρατηρηθεί έπειτα από παρακολούθηση παρεμβατικού προγράμματος σε καρδιοπαθείς. Δεν πρέπει να παραβλέπεται το γεγονός, ότι οι ασθενείς, που παρακολουθούν προγράμματα για τον έλεγχο του στρες, έχουν λιγότερα κλινικά επεισόδια και πέντε χρόνια αργότερα από την περίοδο του προγράμματος άσκησης (Blumenthal et al., 2002).

Βιβλιογραφία

Ελληνική

Δαρβίρη Χ. *Προαγωγή Υγείας*. Εκδόσεις Πασχαλίδης, Νοσηλευτική βιβλιοθήκη: 2009.

Καφάτος, Α. και Παπουτσάκης Γ., (1998), «Δείκτες θνησιμότητας του Ελληνικού πληθυσμού: Σχέση με αγωγή υγείας και μεσογειακή διαίτα», *Ιατρική*, 73(4), σ.287-301.

Λεκάκης, Ι., Τριανταφυλλίδη, Ε., Κώνστας, Κ., Ορφανός, Σ., Κρεμαστινός, . (2012) Η Σημασία της Καρδιοαναπνευστικής Κόπωσης όσον Αφορά στη Διάγνωση, Πρόγνωση και Παρακολούθηση των Ασθενών με Πνευματική Αρτηριακή Υπέρταση. *Ελληνική Καρδιολογική Επιθεώρηση*, 50, p. 393-397.

Παναγιωτάκος, Δ., Χρυσόχου, Χ., Πίτσαβος, Χ., Μαρινάκης, Ν., Σκούμας, Ι., Στεφανάδης, Χ. και Τούτουζας, Π. (2001), «Συσχέτιση μεταξύ στεφανιαίας νόσου και παραγόντων κινδύνου που συνδέονται με τον τρόπο ζωής», *Μελέτη ασθενών-μαρτύρων σε Ελληνικό δείγμα*, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 18 (6), σ. 580-591

Παρίσης Χ, Σκουλαρίγκης Ι, Γιαμούζης Γ, Τρυποσκιάδης Φ. Στεφανιαία νόσος: από τον αυλό στο τοίχωμα. Στο: Γ. Χατζηγεωργίου (ed) *Τιμητικός Τόμος καθηγητού Αλέξανδρου Παπαδημητρίου*. Ιατρικές εκδόσεις Κωνσταντάρας, 2013:219-226.

Στεφανάδης ΧΙ. Παθήσεις της καρδιάς. Εκδ. Πασχαλίδη (2η), 2009.

Συμεωνίδου, Ε. (2012). Αρρυθμίες οξέων στεφανιαίων συνδρόμων. *Καρδιολογική Γνώμη*, 7(1):46-56

Τούντας, Γ., Τριανταφύλλου, Δ. και Φρισήρας, Σ., (2000), «Δείκτες Υγείας στην Ευρώπη», *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 17(1), σ.89-100

Ξενόγλωσση

Abberley P. Handicapped by Numbers. A critique of the OPCS Disability Surveys (No. 9). Bristol: Bristol Polytechnic: 1991.

Adibfar A, Saleem M, Lanctot KL, Herrmann N. Potential Biomarkers for Depression Associated with Coronary Artery Disease: A Critical Review. *Curr Mol Med*. 2016; 16(2):137-64.

Ahmadi N, Hajsadeghi F, Mirshkarlo HB, Budoff M, Yehuda R, Ebrahimi R. Post-traumatic stress disorder, coronary atherosclerosis, and mortality. *Am J Cardiol*. 2011; 108(1):29-33.

Albrecht GL. Disability: Sociological Aspects. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*. 2001; 3710–3713.

Aldcroft SA, Taylor NF, Blackstock FC, O'Halloran PD. Psychoeducational rehabilitation for health behavior change in coronary artery disease: a systematic review of controlled trials. *J Cardiopulm Rehabil Prev*. 2011; 31(5):273-81.

Ambrose JA, Singh M. Pathophysiology of coronary artery disease leading to acute coronary syndromes. *F1000Prime Rep*. 2015; 7:08.

Altman BM. Definitions, concepts, and measures of disability. *Ann Epidemiol*. 2014; 24(1):2-7.

Armitage CJ, Harris PR, Hepton G, Napper L. Self-affirmation increases acceptance of health-risk information among UK adult smokers with low socioeconomic status. *Psychol Addict Behav*. 2008; 22(1):88-95.

Artero S, Astruc B, Courtet P, Ritchie K. Life-time history of suicide attempts and coronary artery disease in a community-dwelling elderly population. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2006; 21(2):108-12.

Ashton RC Jr, Whitworth GC, Seldomridge JA, et al. The effects of self-hypnosis on quality of life following coronary artery bypass surgery: preliminary results of a prospective, randomized trial. *J Altern Complement Med*. 1995; 1(3):285-90.

Ashton C Jr, Whitworth GC, Seldomridge JA, et al. Self-hypnosis reduces anxiety following coronary artery bypass surgery. A prospective, randomized trial. *J Cardiovasc Surg (Torino)*. 1997; 38(1):69-75.

Bagheri B, Meshkini F, Dinarvand K, Alikhani Z, Haysom M, Rasouli M. Life Psychosocial Stresses and Coronary Artery Disease. *Int J Prev Med*. 2016; 7:106. eCollection 2016.

Bandura A. Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review*. 1977; 84 (2): 191–215.

Barth J, Schumacher M, Herrmann-Lingen C. Depression as a risk factor for mortality in patients with coronary heart disease: a meta-analysis. *Psychosomatic Medicine* 2004; 66: 802-813.

Bauer UE, Briss PA, Goodman RA, Bowman BA. Prevention of chronic disease in the 21st century: elimination of the leading preventable causes of premature death and disability in the USA. *Lancet*. 2014; 384(9937):45-52.

Bitsko MJ, Stern M, Dillon R, Russell EC, Laver J. Happiness and time perspective as potential mediators of quality of life and depression in adolescent cancer. *Pediatr Blood Cancer*. 2008; 50(3):613-9.

Bradby H. *Medical Sociology: An Introduction*. Sage Publications: 2009.

Boscarino JA. Post-traumatic stress disorder and cardiovascular disease link: time to identify specific pathways and interventions. *Am J Cardiol*. 2011; 108(7):1052-3.

Bosworth HB, Siegler IC, Brummett BH, et al. The relationship between self-rated health and health status among coronary artery patients. *J Aging Health*. 1999; 11(4):565-84.

Bunevicius A, Staniute M, Brozaitiene J, Pop VJ, Neverauskas J, Bunevicius R. Screening for anxiety disorders in patients with coronary artery disease. *Health Qual Life Outcomes*. 2013; 11:37.

Cascio CN, O'Donnell MB, Tinney FJ, et al. Self-affirmation activates brain systems associated with self-related processing and reward and is reinforced by future orientation. *Soc Cogn Affect Neurosci*. 2016; 11(4):621-9.

Chaska NL. Medical sociology for whom? *Mayo Clin Proc*. 1997; 52(12):813-8.

- Chiou AF, Hsu SP, Hung HF. Predictors of health-promoting behaviors in Taiwanese patients with coronary artery disease. *Appl Nurs Res.* 2016; 30:1-6.
- Christodoulou C, Douzenis A, Mommersteeg PM, et al. A case-control validation of Type D personality in Greek patients with stable coronary heart disease. *Ann Gen Psychiatry.* 2013; 12(1):38.
- Cronbach, LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika.* 1951; 16(3):297–334.
- Cohen GL, Sherman DK. The psychology of change: Self-affirmation and social psychological intervention. *Annual Review of Psychology.* 2014; 65, 333-371.
- Connerney I, Sloan RP, Shapiro PA, Bagiella E, Seckman C. Depression is associated with increased mortality 10 years after coronary artery bypass surgery. *Psychosom Med.* 2010; 72(9):874-81.
- Cooke R, Trebaczyk H, Harris P, Wright AJ. Self-affirmation promotes physical activity. *J Sport Exerc Psychol.* 2014; 36(2):217-23.
- Corrella J, Spencerb SJ, Zannab MP. An affirmed self and an open mind: Self-affirmation and sensitivity to argument strength. *Journal of Experimental Social Psychology.* 2004; 40(3): 350–356.
- Creswell JD, Lam S, Stanton AL, Taylor SE, Bower JE, Sherman DK. Does self-affirmation, cognitive processing, or discovery of meaning explain cancer-related health benefits of expressive writing? *Pers Soc Psychol Bull.* 2007; 33(2):238-50.
- Darko DF. Attempted suicide by a patient with severe coronary artery disease. *Am J Psychiatry.* 1985; 142(5):658-9.
- Darviri C, Alexopoulos EC, Artemiadis AK, et al. The Healthy Lifestyle and Personal Control Questionnaire (HLPCQ): a novel tool for assessing self-empowerment through a constellation of daily activities. *BMC Public Health.* 2014; 14:995.
- Darviri C, Artemiadis AK, Tigani X, Alexopoulos EC. Lifestyle and self-rated health: a cross-sectional study of 3,601 citizens of Athens, Greece. *BMC Public Health.* 2011; 11:619.

Darviri C, Fouka G, Gnardellis C, Artemiadis AK, Tigani X, Alexopoulos EC. Determinants of self-rated health in a representative sample of a rural population: a cross-sectional study in Greece. *Int J Environ Res Public Health*. 2012; 9(3):943-54.

Davis LJ. *Enforcing Normalcy. Disability, Deafness and the Body*. New York: Verso: 1995.

DeJean D, Giacomini M, Vanstone M, Brundisini F. Patient experiences of depression and anxiety with chronic disease: a systematic review and qualitative meta -synthesis. *Ont Health Technol Assess Ser*. 2013; 13(16):1-33.

Di Matteo, M.R., Martin, L.R. (2002). *Health Psychology*. Person Education: Boston.

Edéll-Gustafsson UM, Hetta JE. Anxiety, depression and sleep in male patients undergoing coronary artery bypass surgery. *Scand J Caring Sci*. 1999; 13(2):137-43.

Efird J. Blocked randomization with randomly selected block sizes. *Int J Environ Res Public Health*. 2011; 8(1):15-20.

Emanuel AS, Howell JL, Taber JM, Ferrer RA, Klein WM, Harris PR. Spontaneous self-affirmation is associated with psychological well-being: Evidence from a US national adult survey sample. *J Health Psychol*; 2016 May 9. pii: 1359105316643595. [Epub ahead of print]

Erikson E. *Childhood and society*. New York, WW: Norton: 1950.

Finegold JA, Asaria P, Francis DP. Mortality from ischaemic heart disease by country, region, and age: statistics from World Health Organisation and United Nations. *Int J Cardiol*. 2013; 168 (2): 934-45.

Fitzsimons D, Parahoo K, Stringer M. Waiting for coronary artery bypass surgery: a qualitative analysis. *J Adv Nurs*. 2000; 32(5):1243-52.

Foster JM, Cheslik D, Nicholson JP. Cardiac Rehabilitation Reduces Depression in Coronary Artery Disease Patients. *Circulation* 2007; 116: II-803.

Faller H, Steinbuchel T, Stork S, Schowalter M, Ertl G, Angermann CE. Impact of depression on quality of life assessment in heart failure. *Int J Cardiol* 2010; 142: 133 - 137.

Freedland KE, Skala JA, Carney RM, et al. Treatment of depression after coronary artery bypass surgery: a randomized controlled trial. *Arch Gen Psychiatry*. 2009; 66(4):387-96.

Global Burden of Disease Study 2013 Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 2015; 386(9995):743-800.

Golden LW, Gersh WD, Robbins DM. *Psychological Treatment of Cancer Patients. A Cognitive-Behavioral Approach*. Allyn & Bacon: Boston; 1992.

Goldstein BI, Carnethon MR, Matthews KA, et al. Major Depressive Disorder and Bipolar Disorder Predispose Youth to Accelerated Atherosclerosis and Early Cardiovascular Disease: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*. 2015; 132(10):965-86.

Halaris A. Inflammation, heart disease, and depression. *Curr Psychiatry Rep*. 2013; 15(10):400.

Halcomb E, Daly J, Davidson P, Elliott D, Griffiths R. Life beyond severe traumatic injury: an integrative review of the literature. *Aust Crit Care*. 2005; 18(1):17-8, 20-4.

Hamer M, Venuraju SM, Lahiri A, Rossi A, Steptoe A. Objectively assessed physical activity, sedentary time, and coronary artery calcification in healthy older adults. *Arterioscler Thromb Vasc Biol*. 2012; 32(2):500-5.

Harris PR, Brearley I, Sheeran P, et al. Combining self-affirmation with implementation intentions to promote fruit and vegetable consumption. *Health Psychol*. 2014; 33(7):729-36.

Harris PR, Epton T. The Impact of Self-Affirmation on Health Cognition, Health Behaviour and Other Health-Related Responses: A Narrative Review. *Social and Personality Psychology Compass*. 2009; 3(6): 962–978.

Heinemann L, Dinkel R, Görtler E. Life expectancy in Germany: possible reasons for the increasing gap between East and West Germany. *Rev Environ Health*. 1996 ; 11(1-2):15-26.

Heslop P, Smith GD, Metcalfe C, Macleod J, Hart C. Sleep duration and mortality: The effect of short or long sleep duration on cardiovascular and all-cause mortality in working men and women. *Sleep Med.* 2002; 3(4):305-14.

Hirani SP, Pugsley WB, Newman SP. Illness representations of coronary artery disease: an empirical examination of the Illness Perceptions Questionnaire (IPQ) in patients undergoing surgery, angioplasty and medication. *Br J Health Psychol.* 2006; 11(Pt 2):199-220.

Hobbs FDR, Kenkre JE, Roalfe AK, Davis RC, Hare R, Davies MK. Impact of heart failure and left ventricular systolic dysfunction in quality of life. *Eur Heart J* 2002; 23: 1867-1876.

Höfer S, Lim L, Guyatt G, Oldridge N. The MacNew Heart Disease health-related quality of life instrument: A summary. *Health Qual Life Outcomes* 2004; 2: 3

Iestra JA, Kromhout D, van der Schouw YT, Grobbee DE, Boshuizen HC, van Staveren WA. Effect size estimates of lifestyle and dietary changes on all -cause mortality in coronary artery disease patients: a systematic review. *Circulation.* 2005; 112(6):924-34.

Jauregi J, Arias C, Vegas O, Alen F, Martinez S, Copet P, Thuilleaux D. A neuropsychological assessment of frontal cognitive functions in Prader -Willi syndrome. *J Intellect Disabil Res.* 2007; 51 (Pt 5): 350-365.

Johansson P., Dahlström U., Broström A. Consequences and predictors of depression in patients with chronic heart failure: implications for nursing care and future research. *Prog Cardiovasc Nurs* 2006; 21: 202-211.

Jutel A. Sociology of diagnosis: a preliminary review. *Sociol Health Illn.* 2009; 31(2):278-99.

Karimi-Moonaghi H, Mojalli M, Khosravan S. Psychosocial complications of coronary artery disease. *Iran Red Crescent Med J.* 2014; 16(6):e18162.

Khoueiry G, Flory M, Abi Rafeh N, et al. Depression, disability, and quality of life after off-pump coronary artery bypass grafting: a prospective 9-month follow-up study. *Heart Lung.* 2011; 40(3):217-25.

- Kim HY. Statistical notes for clinical researchers: assessing normal distribution (2) using skewness and kurtosis. *Restor Dent Endod*. 2013; 38 (1): 52-4.
- Koutis C, Drogari P, Notara V, Hsieh CC, Toutouzas P, Trichopoulos D, Kalandidi A, Tzonou A, Toupadaki N, Lan SJ. (1992) Dec. A case-control study of coronary heart disease in Athens, Greece. *Int J Epidemiol*; 21(6):1074-80
- Lee YS, Ashman T, Shang A, Suzuki W. Brief report: Effects of exercise and self-affirmation intervention after traumatic brain injury. *NeuroRehabilitation*. 2014; 35(1):57-65.
- Leiker M, Hailey BJ. A link between hostility and disease: poor health habits? *Behav Med*. 1988; 14(3):129-33.
- Leplege A, Hunt S: The problem of quality of life in medicine. *JAMA* 1997; 278: 47-50.
- Lyubomirsky S, Lepper HS. A measure of subjective happiness: Preliminary reliability and construct validation. *Social Indicators Research*. 1999; 46: 137-155.
- Maatta T, Tervo-Maatta T, Taanila A, Kaski M, Iivanainen M. Mental health, behaviour and intellectual abilities of people with Down syndrome. *Downs Syndr Res Pract*. 2006; 11 (1): 37-43.
- Maneesriwongul W, Dixon JK. Instrument translation process: a methods review. *J Adv Nurs*. 2004; 48(2):175-86.
- Meisel SR, Mazur A, Chetbourn I, et al. Usefulness of implantable cardioverter-defibrillators in refractory variant angina pectoris complicated by ventricular fibrillation in patients with angiographically normal coronary arteries. *Am J Cardiol* 2002; 89:1114-1116.
- Michopoulos I, Douzenis A, Kalkavoura C, et al. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS): validation in a Greek general hospital sample. *Ann Gen Psychiatry*. 2008; 6;7:4.

Maffulli N, Longo UG, Gougoulas N, Loppini M, Denaro V. Long-term health outcomes of youth sports injuries. *Br J Sports Med.* 2010; 44(1):21-5.

Moryś JM, Bellwon J, Adamczyk K, Gruchała M. Depression and anxiety in patients with coronary artery disease, measured by means of self-report measures and clinician-rated instrument. *Kardiol Pol.* 2016; 74 (1): 53-60.

Mystakidou K, Parpa E, Tsilika E, Galanos A, Vlahos L. General perceived self-efficacy: validation analysis in Greek cancer patients. *Support Care Cancer.* 2008; 16(12):1317-22.

Najafipour H, Banivaheb G, Sabahi A, Naderi N, Nasirian M, Mirzazadeh A. Prevalence of anxiety and depression symptoms and their relationship with other coronary artery disease risk factors: A population-based study on 5900 residents in Southeast Iran. *Asian J Psychiatr.* 2016; 20:55-60.

Nijm J, Jonasson L. Inflammation and cortisol response in coronary artery disease. *Ann Med.* 2009; 41(3):224-33.

Novoa R, Hammonds T. Clinical hypnosis for reduction of atrial fibrillation after coronary artery bypass graft surgery. *Cleve Clin J Med.* 2008; 75 Suppl 2:S44-7.

O'Donnell K, Brydon L, Wright CE, Steptoe A. Self-esteem levels and cardiovascular and inflammatory responses to acute stress. *Brain Behav Immun.* 2008; 22(8):1241-7.

Olson KL, Stiefel M, Ross C, et al. Self-Rated Health Among Patients with Coronary Artery Disease Enrolled in a Cardiovascular Risk Reduction Service. *Popul Health Manag.* 2016; 19(1):24-30.

Omran H, Filippatos G, Kranidis AI. Impaired systolic dysfunction of left ventricular longitudinal fibers: a sign of early hypertensive cardiomyopathy. *Clin Cardiol.* 2005; 28(6):282-6.

Parashar S, Rumsfeld JS. Citalopram, but not interpersonal psychotherapy, improves major depression in people with coronary artery disease. *Evid Based Ment Health.* 2007; 10(3):80.

Pelekasis P, Zisi G, Koumarianou A, et al. Forming a Stress Management and Health Promotion Program for Women Undergoing Chemotherapy for Breast Cancer: A Pilot Randomized Controlled Trial. *Integr Cancer Ther.* 2016; 15(2):165-74.

Peterson JC, Charlson ME, Hoffman Z, et al. A randomized controlled trial of positive-affect induction to promote physical activity after percutaneous coronary intervention. *Arch Intern Med.* 2012; 172(4):329-36.

Pitt B, Deldin PJ. Depression and cardiovascular disease: have a happy day--just smile! *Eur Heart J.* 2010; 31(9):1036-7.

Ramkumar A, Quah JL, Wong T, et al. Self-rated health, associated factors and diseases: a community-based cross-sectional study of Singaporean adults aged 40 years and above. *Ann Acad Med Singapore.* 2009; 38(7):606-7.

Ramsey CM, Leoutsakos JM, Mayer LS, Eaton WW, Lee HB. History of manic and hypomanic episodes and risk of incident cardiovascular disease: 11.5 year follow -up from the Baltimore Epidemiologic Catchment Area Study. *J Affect Disord.* 2010; 125(1-3):35-41.

Razzini C, Bianchi F, Leo R, Fortuna E, Siracusano A, Romeo F. Correlations between personality factors and coronary artery disease: from type A behaviour pattern to type D personality. *J Cardiovasc Med (Hagerstown).* 2008; 9(8):761-8.

Reid T, Denieffe S, Denny M, McKenna J. Psychosocial interventions for panic disorder after coronary artery bypass graft: a case study. *Dimens Crit Care Nurs.* 2005; 24(4):165-70.

Renzaho AM, Houngh B, Oldroyd J, Nicholson JM, D'Esposito F, Oldenburg B. Stressful life events and the onset of chronic diseases among Australian adults: findings from a longitudinal survey. *Eur J Public Health.* 2014; 24(1):57-62.

Robertson D, Keller C. Relationships among health beliefs, self-efficacy, and exercise adherence in patients with coronary artery disease. *Heart Lung.* 1992; 21(1):56-63.

Robson C. Real world research: A resource for social scientists and practitioner-researchers. 2nd edition edn. Malden, MA: Blackwell Publishing; 2002.

Rohleder N. Translating biobehavioral research advances into improvements in health care-a "network of networks" approach to multimorbidity. *J Eval Clin Pract*. 2016 Oct 16. doi: 10.1111/jep.12657. [Epub ahead of print]

Rosenberg M. *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press: 1965.

Rutledge T, Kenkre TS, Thompson DV, et al. Depression, dietary habits, and cardiovascular events among women with suspected myocardial ischemia. *Am J Med*. 2014; 127(9):840-7.

Sabariego C, Oberhauser C, Posarac A, et al. Measuring Disability: Comparing the Impact of Two Data Collection Approaches on Disability Rates. *Int J Environ Res Public Health*. 2015; 12(9):10329-51.

Schalock RL, Luckasson RA, Shogren KA. The Renaming of Mental Retardation: Understanding the Change to the Term Intellectual Disability. *Intellectual and Developmental Disabilities*. 2007; 45 (2): 116-124.

Shanmugasagaram S, Russell KL, Kovacs AH, Stewart DE, Grace SL. Gender and sex differences in prevalence of major depression in coronary artery disease patients: a meta-analysis. *Maturitas*. 2012; 73(4):305-11.

Schwarzer R, Jerusalem M. Generalized Self-Efficacy scale. In J. Weinman, S. Wright, & M. Johnston, *Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs* (pp. 35- 37). Windsor, England: NFER-NELSON: 1995.

Sherman DK, Cohen GL. The psychology of self-defense: Self-affirmation theory.

Advances in experimental social psychology. 2006; 38: 183-242.

Singh H, Jain S, Singh R, Gupta MS, Kishore K. Life and past one year stressful events in coronary artery disease. *Indian J Med Sci*. 2002; 56(4):172-6.

Söder M. Relative definition of handicap: implications for research. *Ups J Med Sci*. 1987; Suppl, 44:24-9.

Stafford L, Berk M, Jackson HJ. Tobacco smoking predicts depression and poorer quality of life in heart disease. *BMC Cardiovasc Disord*. 2013; 13:35.

- Steele CM. The psychology of self-affirmation: Sustaining the integrity of the self. *Advances in experimental social psychology*. 1988; 21, 261-302.
- Steptoe A, Wardle J, Cui W, et al. Trends in smoking, diet, physical exercise, and attitudes toward health in European university students from 13 countries, 1990-2000. *Prev Med*. 2002; 35(2):97-104.
- Streitberger K, Kleinhenz J. Introducing a ελέγχου needle into acupuncture research. *Lancet*. 1998; 352(9125), 364–365.
- Tziallas D, Kostapanos MS, Skapinakis P, et al. The association between Type D personality and the metabolic syndrome: a cross-sectional study in a University-based outpatient lipid clinic. *BMC Res Notes*. 2011; 4:105.
- Varvogli L, Darviri C. Stress management techniques: evidence-based procedures that reduce stress and promote health. *Health Science Journal*. 2011; 5(2): 74-89.
- Vaccarino V, Goldberg J, Rooks C, et al. Post-traumatic stress disorder and incidence of coronary heart disease: a twin study. *J Am Coll Cardiol*. 2013; 62(11):970-8.
- Welin C, Lappas G, Wilhelmsen L. Independent importance of psychosocial factors for prognosis after myocardial infarction. *J Intern Med* 2000; 247: 629- 239.
- Wiggins LD, Baio J, Rice C. Examination of the time between first evaluation and first autism spectrum diagnosis in a population-based sample. *J Dev Behav Pediatr*. 2006; 27(2 Suppl):S79-87.
- Wileman V, Farrington K, Chilcot J, et al. Evidence that self-affirmation improves phosphate control in hemodialysis patients: a pilot cluster randomized controlled trial. *Ann Behav Med*. 2014; 48(2):275-81.
- Wolf EJ, Schnurr PP. Posttraumatic stress disorder-related cardiovascular disease and accelerated cellular aging. *Psychiatric Annals*. 2016; 46(9): 527-532.
- Yang X, Chen H, Li S, Pan L, Jia C. Association of Sleep Duration with the Morbidity and Mortality of Coronary Artery Disease: A Meta-analysis of Prospective Studies. *Heart Lung Circ*. 2015; 24(12):1180-90.

Yates BC, Price-Fowlkes T, Agrawal S. Barriers and facilitators of self-reported physical activity in cardiac patients. *Res Nurs Health*. 2003; 26(6):459-69.

Zoladz JA, Pilc A. The effect of physical activity on the brain derived neurotrophic factor: from animal to human studies. *J Physiol Pharmacol*. 2010; 61(5):533-41.

Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1983; 67(6): 361–370.

Zunft HJ, Ulbricht G, Pokorný J, Sekula W, Szponar L, Abaravicius JA. Nutrition, physical activity and health status in Middle and East European countries. *Public Health Nutr*. 1999; 2(3A):437-41.

Παράρτημα

Φύλο

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Άντρας	59	59,0	59,0	59,0
	Γυναίκα	41	41,0	41,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Τόπος γέννησης

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Αστικός	51	51,0	52,0	52,0
	Επαρχιακός	47	47,0	48,0	100,0
	Total	98	98,0	100,0	
Missing	System	2	2,0		
Total		100	100,0		

Οικογενειακή κατάσταση

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ελεύθερος/η	16	16,0	16,2	16,2
	Παντρεμένος/η	68	68,0	68,7	84,8
	Χωρισμένος/η	15	15,0	15,2	100,0
	Total	99	99,0	100,0	
Missing	System	1	1,0		
Total		100	100,0		

Εργασιακή κατάσταση

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Άνεργος	18	18,0	18,0	18,0
	Εργαζόμενος	30	30,0	30,0	48,0
	Συνταξιούχος	52	52,0	52,0	100
	Total	100	100,0	100,0	

Κάπνισμα

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καοπιστής	27	27,0	27,0	27,0
	Μη καπνιστής	30	30,0	30,0	57,0
	Παλαιός καπνιστής	43	43,0	43,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Αριθμός παιδιών	91	,00	9,00	1,9011	1,47614
Έτη εκπαίδευσης	69	2,00	27,00	8,9855	4,65736
Βάρος	100	45,00	135,00	78,5900	15,41093
Ύψος	100	60,00	190,00	168,5500	14,30220
Ύπνος (σε ώρες)	98	3,00	10,00	6,3571	1,41603
ΗΛΙΚΙΑ	99	30,00	94,00	65,5152	11,94149
ΧΡΟΝΟΣ_ΝΟΣ	100	,00	36,00	9,2200	7,66414
Valid N (listwise)	62				

Πιστεύετε ότι η πορεία της ασθένειας θα επηρεάσει την ψυχολογική σας κατάσταση

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Διαφωνώ απόλυτα	1	1,0	1,0	1,0
	Διαφωνώ πολύ	1	1,0	1,0	2,0

	Διαφωνώ αρκετά	3	3,0	3,0	5,1
	Διαφωνώ	5	5,0	5,1	10,1
	Διαφωνώ λίγο	14	14,0	14,1	24,2
	Συμφωνώ λίγο	13	13,0	13,1	37,4
	Συμφωνώ	19	19,0	19,2	56,6
	Συμφωνώ αρκετά	22	22,0	22,2	78,8
	Συμφωνώ πολύ	13	13,0	13,1	91,9
	Συμφωνώ απόλυτα	8	8,0	8,1	100,0
	Total	99	99,0	100,0	
Missing	System	1	1,0		
Total		100	100,0		

Η πορεία της ασθένειας θα επηρεάσει τη συμπεριφορά σας

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Διαφωνώ πολύ	2	2,0	2,0	2,0
	Διαφωνώ αρκετά	1	1,0	1,0	3,0
	Διαφωνώ	3	3,0	3,0	6,1
	Διαφωνώ λίγο	6	6,0	6,1	12,1
	Συμφωνώ λίγο	10	10,0	10,1	22,2
	Συμφωνώ	15	15,0	15,2	37,4
	Συμφωνώ αρκετά	21	21,0	21,2	58,6
	Συμφωνώ πολύ	19	19,0	19,2	77,8
	Συμφωνώ απόλυτα	22	22,0	22,2	100,0
	Total	99	99,0	100,0	
Missing	System	1	1,0		
Total		100	100,0		

Βαθμολογία κατάστασης υγείας

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Αρκετά κακή	6	6,0	6,0	6,0

Κακή	13	13,0	13,0	19,0
Λίγο κακή	23	23,0	23,0	42,0
Λίγο καλή	19	19,0	19,0	61,0
Καλή	20	20,0	20,0	81,0
Αρκετά Καλή	16	16,0	16,0	97,0
Πολύ καλή	2	2,0	2,0	99,0
Άριστη	1	1,0	1,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Υγιεινές Διαιτητικές Επιλογές	98	1,29	3,71	2,1429	,47932
Διαιτητική Αποφυγή Βλάβης	95	1,00	4,00	2,6947	,75809
Καθημερινή Ρουτίνα	94	1,38	4,25	2,3710	,47852
Οργανωμένη Σωματική Άσκηση	97	1,00	4,00	2,2732	,78734
Κοινωνική Υποστήριξη και Νοητικός Έλεγχος	98	1,00	3,80	2,4633	,54307
Κοινωνική Υποστήριξη και Νοητικός Έλεγχος FOLLOW UP	66	1,80	3,80	2,8576	,44482
Οργανωμένη Σωματική Άσκηση FOLLOW UP:	66	1,00	4,00	2,4545	,82148
Διαιτητική Αποφυγή Βλάβης FOLLOW UP:	62	1,50	4,00	2,8669	,59492
Υγιεινές Διαιτητικές Επιλογές FOLLOW UP:	66	1,29	3,14	2,4069	,41118
Καθημερινή Ρουτίνα FOLLOW UP:	64	1,88	3,25	2,6641	,30118
Valid N (listwise)	53				

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
ΑΓΧΟΣ	95	1,00	17,00	8,8842	3,73273

ΑΓΧΟΣ-FOLLOW UP	64	,00	18,00	5,5469	3,48206
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	91	,00	15,00	5,2198	3,16510
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ-FOLLOW UP	65	,00	12,00	3,6462	3,08439
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ ΑΓΧΟΥΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ	91	,21	1,86	,9937	,42998
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ ΑΓΧΟΥΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ- FOLLOW UP	63	,00	1,79	,6599	,42135
Valid N (listwise)	58				


**Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών Ιατρική Σχολή &
Επιστημονική Εταιρεία Ελέγχου του Στρες και Προαγωγής της Υγείας**
Ερωτηματολόγιο Υγιεινού Τρόπου Ζωής και Αυτοελέγχου

Ακολουθεί μια σειρά από καθημερινές συμπεριφορές και συνήθειες.

Παρακαλούμε σημειώστε ποσό συχνά τις υιοθετείτε με βάση την παρακάτω κλίμακα :

1= Σπάνια ή Ποτέ, 2=Μερικές φορές, 3=Συχνά, 4=Πάντα

1. Προσέχω την ποσότητα του φαγητού στο πιάτο μου	1	2	3	4
2. Φροντίζω να τρώω την ίδια ώρα κάθε ημέρα	1	2	3	4
3. Ελέγχω τις ετικέτες των προϊόντων που αγοράζω	1	2	3	4
4. Μετράω τις θερμίδες των γευμάτων μου	1	2	3	4
5. Περιορίζω τα λίπη στο φαγητό μου	1	2	3	4
6. Φροντίζω να μην χάνω τα γεύματα της ημέρας	1	2	3	4
7. Φροντίζω να έχω ένα καλό πρωινό	1	2	3	4
8. Αποφεύγω το έτοιμο/γρήγορο φαγητό	1	2	3	4
9. Αποφεύγω τα αναψυκτικά	1	2	3	4
10. Όταν έχω στρες ή είμαι στεναχωρημένος (- η) αποφεύγω να χρησιμοποιώ το φαγητό για ανακούφιση	1	2	3	4
11. Αποφεύγω το πολύ φαγητό όταν είμαι με παρέα ή ότ αν βγαίνω έξω	1	2	3	4
12. Κοιμάμαι την ίδια ώρα κάθε ημέρα	1	2	3	4
13. Μου αρέσει να μαγειρεύω	1	2	3	4
14. Τρώω προϊόντα βιολογικής προέλευσης	1	2	3	4
15. Τρώω το πρωινό την ίδια ώρα κάθε ημέρα	1	2	3	4
16. Τρώω προϊόντα ολικής αλέσεως	1	2	3	4
17. Τρώω το μεσημεριανό την ίδια ώρα κάθε ημέρα;	1	2	3	4
18. Μοιράζομαι τα προβλήματα και τις ανησυχίες μου με άλλους	1	2	3	4
19. Τρώω το βραδινό την ίδια ώρα κάθε ημέρα	1	2	3	4
20. Κάνω αερόβια γυμναστική (π. χ . περπάτημα, ποδήλατο) για 20 λεπτά ή παραπάνω τουλάχιστον 3 φορές την εβδομάδα	1	2	3	4
21. Σε δύσκολες στιγμές φροντίζω να επικεντρώνομαι σε θετικές σκέψεις	1	2	3	4
22. Οι καθημερινές μου δραστηριότητες ακολουθούν ένα συγκεκριμένο πρόγραμμα	1	2	3	4
23. Έχω κάποιο συγκεκριμένο πρόγραμμα άσκησης ή άθλησης	1	2	3	4
24. Όταν πέφτω να κοιμηθώ φροντίζω να «αδειάσει» το κεφάλι μου από σκέψεις ή το πρόγραμμα της επόμενης ημέρας	1	2	3	4
25. Φροντίζω να βρίσκομαι και να συζητάω συχνά με άτομα του οικογενειακού μου περιβάλλοντος	1	2	3	4
26. Κρατώ μια ισορροπία ανάμεσα στην εργασία, στον ελεύθερο χρόνο μου και στην προσωπική μου ζωή	1	2	3	4

Οδηγίες για σκορ

Υποκλίμακες

A. Υγιεινές Διαιτητικές Επιλογές (Dietary Healthy Choices)

1 + 3 + 4 + 5 + 13 + 14 + 16

B. Διαιτητική Αποφυγή Βλάβης (Dietary Harm Avoidance)

8+9+10+11

Γ . Καθημερινή Ρουτίνα (Daily Routine)

2+6+7+12+15+17+19+22

Δ. Οργανωμένη Σωματική Άσκηση (Organized Physical Exercise)

20+23

Ε . Κοινωνική Υποστήριξη και Νοητικός Έλεγχος (Social and Mental Balance)

18+21+24+25+26

Συνολικό σκορ= A+B+Γ+Δ+Ε

Βιβλιογραφία

Darviri C, Alexopoulos EC, Artemiadis AK, Tigani X, Kraniotou C, Darviri P, Chrousos GP. The Healthy Lifestyle and Personal Control Questionnaire (HLPCQ): a novel tool for assessing self-empowerment through a constellation of daily activities. BMC Public Health. 2014 Sep 24;14(1):995. doi: 10.1186/1471-2458-14-995.



ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ «ΑΤΤΙΚΟΝ»

Β' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική

Διευθυντής: Καθηγητής ΛΑΕΚΑΚΗΣ

Νοσοκομειακή Κλίμακα Άγχους και Κατάθλιψης (ΝΚΑΚ)

Όνομα:

Ημερομηνία:

A	Αισθάνομαι ένταση
3	Τον περισσότερο καιρό
2	Συχνά
1	Κάποιες φορές - περιστασιακά
0	Καθόλου
K	Συνεχίζουν να με ευχαριστούν τα πράγματα που με ευχαριστούσαν και στο παρελθόν
3	Ναι, σίγουρα, όπως και πριν
2	Όχι τόσο πολύ
1	Λίγο
0	Καθόλου
A	Αισθάνομαι κάπως φοβισμένος/η με την ιδέα ότι κάτι τρομερό θα συμβεί
3	Πάρα πολύ
2	Ναι, αλλά όχι τόσο πολύ
1	Λίγο, αλλά δε με ανησυχεί
0	Καθόλου
K	Μπορώ να χαμογελάω και να βλέπω τη χιουμοριστική πλευρά των πραγμάτων
3	Τόσο, όσο πάντοτε
2	Όχι τόσο πολύ πλέον
1	Σίγουρα όχι τόσο τώρα πια
0	Καθόλου
A	Περνούν από το μυαλό μου σκέψεις που με ανησυχούν
3	Τον περισσότερο χρόνο
2	Αρκετό χρόνο
1	Κάποιες φορές αλλά όχι τόσο συχνά
0	Μόνο περιστασιακά
K	Αισθάνομαι χαρούμενος/η
3	Καθόλου
2	Όχι συχνά
1	Μερικές φορές
0	Τις περισσότερες φορές

	A	Μπορώ να κάθομαι αναπαυστικά και να χαλαρώνω
	0	Βεβαιότατα
	1	Συχνά
	2	Όχι συχνά
	3	Καθόλου
K		Αισθάνομαι καταβεβλημένος/η
3		Σχεδόν συνέχεια
2		Πολύ συχνά
1		Μερικές φορές
0		Καθόλου
	A	Αισθάνομαι κάπως φοβισμένος/η σαν να έχω «ταραχή» στο στομάχι
	0	Καθόλου
	1	Περιστασιακά
	2	Αρκετά συχνά
	3	Πολύ συχνά
K		Έχω χάσει το ενδιαφέρον για την εμφάνισή μου
3		Σίγουρα
2		Δεν τη φροντίζω όσο θα έπρεπε
1		Ίσως και να μην τη φροντίζω
0		Τη φροντίζω όπως πάντα
	A	Αισθάνομαι ανήσυχος/η σαν να πρέπει να είμαι σε συνεχή κίνηση
	3	Πάρα πολύ
	2	Αρκετά
	1	Όχι τόσο πολύ
	0	Καθόλου
K		Αναμένω με ευχαρίστηση να συμβούν διάφορα
0		Τόσο, όπως πάντα
1		Κάπως λιγότερο από όσο συνήθιζα
2		Πολύ λιγότερο από όσο συνήθιζα
3		Καθόλου
	A	Αντιμετωπίζω αιφνίδια αισθήματα πανικού
	3	Πολύ συχνά
	2	Αρκετά συχνά
	1	Όχι τόσο συχνά
	0	Καθόλου
K		Μπορώ να ευχαριστηθώ με: ένα καλό βιβλίο, καλή μουσική ή ένα καλό τηλεπρόγραμμα
0		Συχνά
1		Μερικές φορές
2		Όχι τόσο συχνά
3		Πολύ σπάνια
		Τώρα ελέγξτε αν έχετε απαντήσει σε όλες τις ερωτήσεις
		ΓΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΧΡΗΣΗ ΜΟΝΟ
		K(8-10).....

Κλίμακα Αυτοεκτίμησης

Παρακάτω βρίσκεται μία λίστα με προτάσεις πάνω στα γενικά συναισθήματα που έχετε για τον εαυτό σας. Παρακαλώ κυκλώστε τον αριθμό που σας αντιπροσωπεύει περισσότερο.

	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
Γενικά είμαι ικανοποιημένος/η από τον εαυτό μου.	1	2	3	4
Μερικές φορές νομίζω ότι δεν είμαι καθόλου καλός/ή.	1	2	3	4
Πιστεύω ότι έχω αρκετές αρετές.	1	2	3	4
Είμαι ικανός/ή να κάνω πράγματα τόσο καλά όσο και οι άλλοι.	1	2	3	4
Πιστεύω πως δεν υπάρχουν πολλά πράγματα για τα οποία είμαι υπερήφανος/η.	1	2	3	4
Μερικές φορές ,σίγουρα νοιώθω άχρηστος/η.	1	2	3	4
Πιστεύω ότι είμαι ένα άτομο που αξίζει, τουλάχιστον το ίδιο με τους άλλους.	1	2	3	4
Εύχομαι να είχα περισσότερο αυτοσεβασμό.	1	2	3	4
Γενικά, τείνω να νοιώθω ότι είμαι αποτυχημένος/η.	1	2	3	4
Σκέφτομαι θετικά για τον εαυτό μου.	1	2	3	4

Κλίμακα υποκειμενικής ευτυχίας

Για κάθε μία από τις ακόλουθες δηλώσεις και/ή ερωτήσεις, παρακαλώ κυκλώστε το σημείο της κλίμακας το οποίο αισθάνεστε πως σας περιγράφει καταλληλότερα.

1. Σε γενικές γραμμές, θεωρώ τον εαυτό μου:

1	2	3	4	5	6	7
Ένα μη						Έναν πολύ
χαρούμενο						χαρούμενο άνθρωπο
άνθρωπο						

2. Σε σύγκριση με τους περισσότερους ανθρώπους που βρίσκονται σε μια παρόμοια με εμένα κατάσταση, θεωρώ τον εαυτό μου:

1	2	3	4	5	6	7
Λιγότερο						Περισσότερο
χαρούμενο						χαρούμενο

3. Μερικοί άνθρωποι είναι σε γενικές γραμμές πολύ χαρούμενοι. Χαίρονται τη ζωή ανεξαρτήτως του τι συμβαίνει, απολαμβάνοντας τα πάντα στον απόλυτο βαθμό. Σε τι βαθμό σας εκφράζει αυτή η δήλωση?

1	2	3	4	5	6	7
Καθόλου						Απόλυτα

4. Μερικοί άνθρωποι είναι σε γενικές γραμμές όχι ιδιαίτερα χαρούμενοι. Παρότι δεν είναι καταθλιπτικοί, ποτέ δεν δείχνουν τόσο χαρούμενοι όσο θα μπορούσαν. Σε τι βαθμό σας περιγράφει αυτός ο χαρακτηρισμός?

1	2	3	4	5	6	7
Καθόλου						Απόλυτα

Κοινωνιοδημογραφικές, ανθρωπομετρικές και ιατρικές μεταβλητές

Φύλο: Άνδρας ☐ Γυναίκα ☐

Ημερομηνία Γεννήσεως:.....

Ημερομηνία Πρώτης Διάγνωσης της Νόσου:

Τόπος Γεννήσεως: αστικός ☐ επαρχιακός ☐

Οικογενειακή Κατάσταση: ελεύθερος/η ☐

παντρεμένος/η _____

χωρισμένος/η _____

χήρος/α _____

Αριθμός Παιδιών:.....

Εκπαιδευτικό Επίπεδο:..... έτη

Εργασιακή Κατάσταση: άνεργος ☐

εργαζόμενος _____

συνταξιούχος ☐

Καπνιστική Συνήθεια: καπνιστής ☐

μη καπνιστής _____

παλαιός καπνιστής _____

Βάρος:.....kg

Ύψος:.....cm

Πόσες περίπου ώρες κοιμάστε κάθε βράδυ τη τελευταία εβδομάδα?.....ώρες

Σε γενικές γραμμές πως θα βαθμολογούσατε τη τωρινή κατάσταση της υγείας σας?

Χείριστη

Άριστη

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Πιστεύετε ότι η πορεία της ασθένειάς σας ενδεχομένως επηρεάζεται από τη ψυχολογική σας κατάσταση?

Διαφωνώ απόλυτα

Συμφωνώ απόλυτα

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Πιστεύετε πως η πορεία της ασθένειάς σας ενδεχομένως επηρεάζεται από συμπεριφορές όπως το κάπνισμα, η σωστή διατροφή, η φυσική δραστηριότητα και ο καλός ύπνος?

Διαφωνώ απόλυτα

Συμφωνώ απόλυτα

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ & ΚΛΙΝΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑ

Επιβλέπων Καθηγητής: Χαρίλαος Κουτής

Τηλέφωνο επικοινωνίας: 2105385746

Email: chkoutis@teiath.gr

Φόρμα Συγκατάθεσης Συμμετοχής στη Μελέτη

.....
.....

Ο/η κάτωθι υπογεγραμμένος/-η.....συμφωνώ με το να συμμετέχω στη μελέτη που πραγματοποιείται από τον/την στο από τις ως τις

Όροι Συμμετοχής

- Αναγνωρίζω ότι η έρευνα γίνεται από το τμήμα Δημόσιας Υγείας του ΤΕΙ Αθήνας στα πλαίσια εξέτασης παρεμβατικού προγράμματος σε ασθενείς με Στεφανιαία νόσο.
- Αναγνωρίζω ότι τα προσωπικά και ιατρικά μου στοιχεία θα καταγραφούν από τον ερευνητή, αλλά θα χρησιμοποιηθούν μόνο για τους σκοπούς της μελέτης χωρίς να κοινοποιηθούν ονομαστικά σε κανέναν.
- Αναγνωρίζω πως αν το επιθυμώ μπορώ να μην απαντήσω σε όποιες ερωτήσεις θεωρώ σκόπιμο.
- Αποδέχομαι πιθανή τηλεφωνική επικοινωνία με τον ερευνητή.
- Μου έχει γνωστοποιηθεί πως μπορώ να διακόψω τη συμμετοχή μου στην έρευνα ανά πάσα στιγμή.
- Γνωρίζω πως η συμμετοχή μου στην έρευνα δεν σχετίζεται κατά οποιοδήποτε τρόπο με τη θεραπευτική αγωγή που τυχόν λαμβάνω.

Για επικοινωνία με τον Ερευνητή Ιωάννη Σγουρόπουλο παρακαλώ καλέστε στο 6976722093 πρωινές ώρες ή στείλτε email στο : kurasaki2010@gmail.com

Υπογραφή Ερευνητή

Υπογραφή Συμμετέχοντα στην Έρευνα

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ & ΚΛΙΝΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑ

Εισαγωγή

Ας φανταστούμε έναν ασθενή με στεφανιαία νόσο ο οποίος δεν καπνίζει, κοιμάται κατά μέσο όρο οκτώ ώρες την ημέρα, συμμορφώνεται σε υγιεινές διατροφικές επιλογές, γυμνάζεται τακτικά και ζει χωρίς στρες. Ο ασθενής αυτός δεν είναι σε καμία περίπτωση το μέσο άτομο με στεφανιαία νόσο. Για την ακρίβεια, δεν ταιριάζει και πολύ με το γενικότερο πρότυπο του «ασθενή» που πιθανώς έχουμε κατά νου. Και όμως ο άνθρωπος του συγκεκριμένου παραδείγματος είναι πραγματικά «αβοήθητος», με την έννοια πως... δεν έχει ανάγκη κάποιας επιστημονικής βοήθειας για την αλλαγή των συμπεριφορών υγείας του.

Η θλιβερή πραγματικότητα είναι πως οι περισσότεροι ασθενείς με στεφανιαία νόσο δεν θα πολυταίριαζαν με την ανωτέρω περιγραφή. Σίγουρα οι περισσότεροι έχουν κάποιες επικίνδυνες ή όχι τόσο υγιεινές συμπεριφορές, οι οποίες πολλές φορές είναι η αιτία που έφτασαν σε αυτή τη κατάσταση. Ακόμα σημαντικότερο είναι το ότι οι συμπεριφορές υγείας (όπως θα τις αποκαλούμε από εδώ και στο εξής) ενδεχομένως να σχετίζονται με τη μελλοντική κατάσταση υγείας ενός ασθενούς και το συνακόλουθο κίνδυνο θνησιμότητας.

Η εμπειρία φανερώνει πως πολλοί ασθενείς αγνοούν τις συμπεριφορές υγείας για δύο κυρίως λόγους. Πρώτον, επειδή δεν έχουν επίγνωση του βαθμού στον οποίο οι ανθυγιεινές συμπεριφορές βλάπτουν την υγεία τους. Πραγματοποιούν δηλαδή μια υποτίμηση της απειλής και του κινδύνου με αποτελέσματα πιθανώς...θανατηφόρα. Δεύτερον, αγνοούν τις ακριβείς τακτικές τις οποίες μπορούν να εφαρμόσουν για τη βελτίωση των συμπεριφορών αυτών. Σκοπός του συγκεκριμένου οδηγού είναι ακριβώς η αύξηση της γνώσης για το κίνδυνο που διατρέχει κάποιος από τις μη υγιεινές συμπεριφορές και η μείωση του κινδύνου του μέσα από την εκμάθηση και υιοθέτηση συμπεριφορών υγείας.

Ξεκινώντας από έναν καλό ύπνο...

Μια βασική προϋπόθεση για την διατήρηση μιας καλής κατάστασης υγείας είναι ο καλός ύπνος. Ο καλός ύπνος αποτελεί μια έννοια θολή και όχι επαρκώς κατανοητή. Τι ακριβώς σημαίνει ότι «κοιμάμαι καλά» ή ότι «ο ύπνος μου δεν είναι καλός»? Πως μπορώ να καταλάβω ότι κάτι πάει λάθος και κυρίως, πως μπορώ να το διορθώσω?

Ύπνος, θνησιμότητα και μακροβιότητα

Ο επαρκής ύπνος αποτελεί αναγκαία προϋπόθεση της μακροβιότητας και της απουσίας νόσου. Αναλύσεις πολλών διαφορετικών μεταξύ τους ερευνών συμφωνούν στο ότι τόσο η μικρή, όσο και η μεγάλη χρονική διάρκεια ύπνου συνδέονται με μεγαλύτερη πιθανότητα θνησιμότητας. Η κατάλληλη χρονική διάρκεια του ύπνου είναι μεταξύ 7 και 9 ωρών. Αυτή η χρονική διάρκεια είναι που διασφαλίζει τα μέγιστα οφέλη και έχει την ευεργετικότερη επίδραση στην υγεία του ανθρώπου (Carrucio et al., 2010). Άλλωστε, σε πληθυσμούς εξαιρετικής μακροβιότητας, όπως σε άτομα που ζουν πάνω από 100 χρόνια (αιωνόβιοι), ένα καθολικό χαρακτηριστικό τους είναι ο επαρκής και προσεγμένος ύπνος (Spadafora et al., 1996).

Ύπνος και πρόκληση της στεφανιαίας νόσου

Σε επίπεδο παθολογικό, η στεφανιαία νόσος είναι μια εξελικτική πορεία. Χρειάζεται δηλαδή κάποια «τροφή» ώστε να αναπτυχθεί και να εξελιχθεί για να αποτελέσει το πρόβλημα υγείας που βιώνετε σήμερα. Οι τρόποι για να συμβεί αυτό είναι πολυάριθμοι. Ένα βασικό βήμα είναι η ανάπτυξη προ-νοσηρών για την στεφανιαία νόσο καταστάσεων όπως η υπέρταση, η παχυσαρκία, ο διαβήτης και η δυσλιπιδεμία. Οι καταστάσεις αυτές βασίζονται εν μέρει στο «κακό ύπνο», δηλαδή στον ύπνο χαμηλής ποιότητας και μικρής χρονικής διάρκειας (Kohansieh & Makaryus, 2015).

Ύπνος και πρόγνωση της νόσου

Όπως προφαναφέρθηκε ο ελάχιστος και ο υπερβολικός ύπνος σχετίζονται με τη θνησιμότητα γενικότερα. Ισχύει όμως αυτό και σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο? Ναι, ανάλογες διαφορετικές μελέτες σε ασθενείς έχουν δείξει πως ο ελάχιστος και ο υπερβολικός ύπνος σχετίζονται με τη θνησιμότητα λόγω καρδιαγγειακής νόσου (Yang et al., 2015). Συνεπώς, είναι αναγκαία η σωστή χρονική οριοθέτηση του ύπνου.

Ο τέλειος ύπνος και τρόποι για να τον προσεγγίσουμε

Πως θα μπορούσαμε όμως να ορίσουμε την αρχιτεκτονική του τέλειου ύπνου? Μπορούμε να δούμε μερικές βασικές αρχές του ώστε να καταλάβουμε που στοχεύουμε

- Ώρα κατάκλισης περίπου 22:30 και ώρα έγερσης περίπου 06:30
- Έλευση του ύπνου σε μικρό χρονικό διάστημα μετά τη κατάκλιση
- Μη διακεκομμένος συνεχής ύπνος
- Μία με μιάμιση ώρα ύπνου το μεσημέρι
- Ξύπνημα χωρίς ξυπνητήρι
- Ξύπνημα με ένα αίσθημα ξεκούρασης

Βασική προϋπόθεση ενός καλού ύπνου είναι η διατήρηση του κερκαδιανού ρυθμού. Ο ρυθμός αυτός είναι με λίγα λόγια το να «είμαστε ξύπνιοι τη μέρα και να κοιμόμαστε τη νύχτα». Ιδιαίτερα σημαντική επίδραση στη πρόκληση καρδιαγγειακών προβλημάτων έχει η απόκλιση από τον κερκαδιανό ρυθμό. Για αυτό εξάλλου το λόγο άτομα με κυλιόμενα ωράρια εργασίας που δεν μπορούν να ακολουθήσουν αυτό το ρυθμό έχουν μεγάλα ποσοστά καρδιαγγειακής θνησιμότητας (Zisapel, 2001).

Τρόπου πραγμάτωσης ενός καλού ύπνου

Μια καλή τακτική για τη πραγμάτωση ενός καλού ύπνου είναι οι διαφραγματικές αναπνοές. Η λήψη δηλαδή βαθιών, αργών εισπνοών και οι εξίσου αργές προοδευτικές εκπνοές λίγο πριν κοιμηθούμε. Καταλαβαίνετε πως παίρνετε σωστά τις αναπνοές αυτές όταν η κοιλιά σας φουσκώνει και ξεφουσκώνει σε κάθε σας αναπνοή. Μια άλλη καλή τακτική είναι η φυσική δραστηριότητα. Το ελαφρύ περπάτημα κατά τη διάρκεια της ημέρας συμβάλλει στο να πετύχουμε ένα καλύτερο ύπνο το βράδυ (Buman & King, 2010). Άλλες πρακτικές μικροσυμβουλές μπορούν

να θεωρηθούν η απομόνωση των εξωτερικών θορύβων (ακόμα και με τη χρήση ωτοασπίδων), το να μην τρώμε βαριά πριν τον ύπνο και το να ζητάμε ησυχία και κατανόηση από τα υπόλοιπα άτομα που μένουν στο σπίτι.

Κεντρικά Μηνύματα

1. Ο κακός ύπνος σχετίζεται με τη θνησιμότητα των υγιών ατόμων και των ασθενών με καρδιαγγειακά νοσήματα. Αν κάποιος δεν κοιμάται καλά διατρέχει κίνδυνο.
2. Επιμέρους αποτελεσματικές στρατηγικές μπορούν να βελτιώσουν τον ύπνο. Ιδιαίτερα η αύξηση της φυσικής δραστηριότητας κατά τη διάρκεια της ημέρας οδηγεί σε βελτίωση του νυχτερινού ύπνου. Ο μεσημεριανός ύπνος είναι επίσης μια ιδιαίτερα καλή ιδέα.

Φυσική δραστηριότητα

Κατά τις οδηγίες της Αμερικάνικης Καρδιολογικής Εταιρείας η φυσική δραστηριότητα έχει ιδιαίτερα ευεργετική επίδραση σε ασθενείς με ισχαιμική καρδιακή νόσο. Ακόμα και η μέτριας έντασης φυσική δραστηριότητα σχετίζεται με οφέλη για τον έλεγχο της χοληστερόλης, του διαβήτη και της παχυσαρκίας, παράγοντες που σχετίζονται με τη πρόγνωση της νόσου. Σχετίζεται επίσης με τη μείωση της υπέρτασης σε ορισμένα άτομα, η οποία επίσης σχετίζεται με τη πορεία της στεφανιαίας νόσου.

Η δυναμική της φυσικής δραστηριότητας επεξηγείται από την ευεργετική της επίδραση στην αθηροσκλήρωση, τη ρήξη της αθηρωματικής πλάκας και η θρόμβωση (Backshall et al., 2015). Ακόμα και το απλό περπάτημα σε πολλές διαφορετικές χρονικά στιγμές κατά τη διάρκεια της μέρας σχετίζεται με τη μείωση των λιπιδίων και των φλεγμονώδων δεικτών (Lian et al., 2014). Ανεξαρτήτως του αν κάποιος ασθενής είναι άντρας ή γυναίκα, καπνιστής ή μη καπνιστής, υπέρβαρος ή με φυσιολογικό βάρος, η φυσική δραστηριότητα σχετίζεται με μείωση του συνολικού κινδύνου θνησιμότητας (Janssen & Jolliffe, 2006). Αναγκαία συνθήκη ώστε να βιώσει το άτομο τα οφέλη αυτά είναι το να υπάρχει διατηρησιμότητα της φυσικής δραστηριότητας σε βάθος χρόνου (Peterson et al., 2014).

Αποτελεσματικοί τρόποι ώστε να αυξηθεί η ήπιας αυτής έντασης φυσική δραστηριότητα είναι το περπάτημα μόνος ή με κάποιον οικείο στη φύση, η

πραγματοποίηση των κοντινών διαδρομών με τα πόδια και όχι με το αυτοκίνητο και ο προγραμματισμός μιας συγκεκριμένης ώρας κάθε μέρα η οποία θα αφιερώνεται στη φυσική δραστηριότητα.

Κεντρικά μηνύματα

1. Ακόμα και η μέτριας έντασης φυσική δραστηριότητα (π.χ. χαλαρό τρέξιμο) σχετίζεται με μείωση του κινδύνου θνησιμότητας

2. Η ένταξη της φυσικής δραστηριότητας στο καθημερινό πρόγραμμα και η προσήλωση στη φυσική δραστηριότητα είναι επιβεβλημένη

Διατροφή και στεφανιαία νόσος

Εφόσον είναι ξεκάθαρο το ότι η διατροφή παίζει κάποιο ρόλο στην ανάπτυξη της στεφανιαίας νόσου είναι πιθανόν να σχετίζεται και με την εξέλιξη της ασθένειας. Υπάρχουν κάποιες τροφές οι οποίες συνδέονται με μια χειρότερη πρόγνωση? Και αν ναι ποιές τροφές ή διατροφικές στρατηγικές συνδέονται?

Ιδιαίτερα σημαντικό οφείλει να θεωρηθεί πως σύμφωνα με μια πρόσφατη ανάλυση μιας σειράς διαφορετικών ερευνών, η βελτίωση της ποιότητας της δίετας σχετίζεται με μια αύξηση του προσδόκιμου ζωής των ασθενών, χωρίς να είναι ωστόσο ξεκάθαρο το ποια συγκεκριμένα δίετα πρέπει να προτιμάται (Iestra et al., 2005). Παρ' όλα αυτά, υπάρχουν ορισμένες γενικές οδηγίες σχετικά με τροφές που οφείλουν να αποφεύγονται και να προτιμώνται

Το Εθνικό Ινστιτούτο Υγείας των Η.Π.Α. εκτιμά ως αναγκαίες διατροφικές επιλογές για ασθενείς με ισχαιμική καρδιακή νόσο

- Τα γαλακτοκομικά προϊόντα με καθόλου ή ελάχιστα λιπαρά
- Τα ψάρια όπως η πέστροφα, ο σολωμός και ο τόνος, λόγω της μεγάλης περιεκτικότητάς τους σε ω-3 λιπαρά οξέα
- Φρούτα όπως τα μήλα, οι μπανάνες και τα πορτοκάλια
- Όσπρια όπως φασόλια, ρεβίθια και φακές
- Λαχανικά όπως το μπρόκολο, το λάχανο και τα καρότα
- Τα δημητριακά ολικής άλεσης

Οι τροφές αυτές έχουν αντιαρτηριοσκληρωτικές και αντιοξειδοτικές ιδιότητες και ως εκ τούτου πρέπει να προτιμούνται (Saita et al., 2015). Αντίθετα, οι τροφές που πρέπει να αποφεύγονται μπορούν να συνοψιστούν στις εξής:

- Το κόκκινο κρέας
- Η ζάχαρη και τα προϊόντα με μεγάλη περιεκτικότητα ζάχαρης
- Τα κορεσμένα λιπαρά και τα τρανς λιπαρά οξέα

Κεντρικά μηνύματα

1. Υπάρχει ένα πλήθος ανθυγιεινών διατροφικών επιλογών, τις οποίες ενδεχομένως ένας ασθενής να ακολουθεί και ένα πλήθος υγιεινών διατροφικών επιλογών, τις οποίες πιθανώς να αγνοεί
2. Η βελτίωση της ποιότητας της δίετας μπορεί να έχουν κάποιο όφελος επί της θνησιμότητας των ασθενών

Κάπνισμα και στεφανιαία νόσος

Το κάπνισμα αποτελεί έναν από τους παράγοντες κινδύνου για τη πρόκληση της στεφανιαίας νόσου και συνδέεται επίσης με έναν αυξημένο κίνδυνο θνησιμότητας μετά τη διάγνωση της νόσου. Οι καπνιστές με στεφανιαία νόσο έχουν μια αρκετά μεγαλύτερη πιθανότητα θανάτου σε σχέση με τους μη καπνιστές (Keil, 2000). Για το λόγο αυτό η μείωση του κινδύνου θνησιμότητας μέσα από το περιορισμό και τη διακοπή του καπνίσματος είναι επιτακτική.

Ακόμα και μετά από μόλις ένα χρόνο διακοπής του καπνίσματος παρατηρείται μια κλινικά σημαντική μείωση της θνησιμότητας των ασθενών (Hamaal et al., 2014). Πολυετείς παρακολουθήσεις φανερώνουν πως σε ένα ως πέντε χρόνια μετά τη διακοπή του καπνίσματος οι μη καπνιστές με ισχαιμική καρδιακή νόσο έχουν περίπου 50-70% μικρότερο κίνδυνο από τους καπνιστές (Keil, 2000).

Συνεπώς, απαιτείται το να αναζητηθούν πρακτικοί τρόποι ώστε να περιοριστεί η καπνιστική συνήθεια. Η πιο ενδεδειγμένη ίσως στρατηγική είναι να ζητήσετε βοήθεια από το ιατρό σας ή κάποιον άλλο επαγγελματία υγείας και αυτός να σας κατευθύνει αναλόγως. Παρακάτω βλέπουμε μερικά από τα ποσοστά επιτυχούς

αποχής από το κάπνισμα μετά από σύγκριση της εκάστοτε θεραπευτικής παρέμβασης με μια αντίστοιχη εικονικού τύπου παρέμβασης που πραγματοποιήθηκε για το καλύτερο έλεγχο της αποτελεσματικότητας της πραγματικής θεραπείας (Judvig et al., 2005).

Πίνακας 1. Ποσοστά αποχής στον 1 χρόνο
μετά από θεραπεία

Τύπος θεραπείας	Ομάδας Θεραπείας	Ομάδα μη θεραπείας
Αυτοκόλλητο νικοτίνης	11.1%	5.5%
Τσίχλα νικοτίνης	27.3%	16.5%
Εισπνεόμενη νικοτίνη	16.9%	9.1%
Βουπροπύνη	18.5%	6.6%
Συμπεριφορική θεραπεία	20.0%	13.9%

Ο παραπάνω πίνακας φανερώνει και το πόσο δύσκολο είναι για κάποιον άνθρωπο το να κόψει το κάπνισμα. Οι περισσότεροι ασθενείς φαίνεται πως πράγματι αποτυγχάνουν να το κόψουν. Οφείλουμε όμως να αναλογιστούμε πως η διακοπή του καπνίσματος ενδεχομένως να οδηγήσει σε

- Μείωση του κινδύνου θανάτου λόγω της στεφανιαίας νόσου
- Μείωση του κινδύνου θανάτου από άλλα χρόνια νοσήματα (π.χ. καρκίνος)
- Βελτίωση της συνολικής ποιότητας ζωής και της ευεξίας του ατόμου

Κεντρικά μηνύματα

- 1. Το κάπνισμα πολλαπλασιάζει το κίνδυνο θνησιμότητας ενός ασθενούς με στεφανιαία νόσο
- 2. Η διακοπή του καπνίσματος είναι μια δύσκολη διαδικασία που καλό είναι να γίνεται σε συνεργασία με επαγγελματίες υγείας και μπορεί να οδηγήσει σε μείωση του κινδύνου θνησιμότητας λόγω της στεφανιαίας νόσου, αλλά και γενικότερα

Γενικότερος τρόπος ζωής

Η επιβάρυνση της υγείας προκαλείται και από ένα γενικότερο νοσογόνο τρόπο ζωής. Ο σύγχρονος τρόπος ζωής θέλει τον άνθρωπο να βρίσκεται σε ένα διαρκές άγχος και να αγωνίζεται για να ανταπεξέλθει στις καταστάσεις της καθημερινότητας. Όταν το μέγεθος των υποχρεώσεων γίνει τέτοιο που το άτομο αδυνατεί να ανταποκριθεί τότε βιώνει παθολογικό άγχος. Οι μετασχηματισμοί των σύγχρονων κοινωνιών είναι τέτοιοι που προκαλούν ψυχικά νοσήματα στο σύγχρονο άνθρωπο. Για παράδειγμα, η κατάθλιψη οφείλεται και σε παράγοντες όπως η αστικοποίηση, καθώς και σε γενικότερες κοινωνικοπολιτισμικές αλλαγές που επιταχύνθηκαν κατά το προηγούμενο αιώνα (Hidaka, 2012).

Για να ανταπεξέλθει το άτομο στις υπερβολικά πιεστικές υποχρεώσεις μπορεί να υιοθετήσει δύο τρόπους απόκρισης: τις αντιδράσεις μάχης και τις αντιδράσεις φυγής. Δεν είναι ξεκάθαρο, ούτε είναι και σωστό το να μπούμε σε μια θεωρητική αντιπαράθεση για το αν κάποιος πρέπει να υιοθετεί μια μαχητική ή μια αποφευκτική αντιμετώπιση. Για παράδειγμα, όταν λαμβάνει ένας ασθενείς τις νέες ιατρικές του εξετάσεις μπορεί εν συνεχεία να πάει ένα περίπατο στη παραλία, αν αυτό τον ηρεμεί. Μπορεί επίσης να αναζητήσει πληροφορίες στο διαδίκτυο ή να συζητήσει με το ιατρό του, αν αυτό τον ηρεμεί. Και στις δύο περιπτώσεις δεν υπάρχει μια απαραίτητα σωστή ή απαραίτητα λάθος αντιμετώπιση. Η πρώτη ωστόσο είναι μια αποφευκτική αντιμετώπιση, ενώ η δεύτερη μια μαχητική αντιμετώπιση. Και οι δύο περιπτώσεις μπορεί να είναι εν δυνάμει αγγχογόνες αποκρίσεις ή να διαφυλάσσουν την ηρεμία του ατόμου. Πιο συμφέρον είναι επομένως το να υπάρχει μια πληθώρα επιλογών μεταξύ των οποίων το άτομο θα διαλέγει ποια του ταιριάζει ανά περίπτωση.

Θεωρείται επομένως χρήσιμο το να απαντήσει κανείς στο εξής ερώτημα:

Τι αντιμετωπίσεις έχω όταν αγχώνομαι? Πιθανές αντιμετωπίσεις μπορεί να είναι η συζήτηση με φίλους, ο περίπατος, μια ευχάριστη βόλτα, η συζήτηση με κάποιον ειδικό, η προσευχή, η διαφυγή από το άγχος μέσω της εργασίας κτλ. Παρακάτω καλείστε να σημειώσετε πιθανές αποτελεσματικές για εσάς αντιμετωπίσεις και να σκεφθείτε το πως μπορείτε να αυξήσετε τη συχνότητα που τις

χρησιμοποιείται και την αποτελεσματικότητά τους. Μπορείτε επίσης να σημειώσετε πιθανές αποτελεσματικές στρατηγικές που θα άξιζε να έχετε δοκιμάσει αλλά δεν έχετε

Όταν αγχώνομαι καταφέρνω και ξεπερνάω το άγχος ως εξής:

Βοηθητικές στρατηγικές που

θα άξιζε να δοκιμάσω:

1.....

1.....

2.....

2.....

3.....

3.....

4.....

4.....

5.....

5.....

Ιδιαίτερα σημαντικό είναι το να επιλέγονται στρατηγικές που συμβαδίζουν με τις γενικότερες συμπεριφορές υγείας. Για παράδειγμα, πολλοί ασθενείς όταν αγχώνονται καπνίζουν ή τρώνε προκειμένου να ηρεμίσουν. Ωστόσο, οι συμπεριφορές αυτές λειτουργούν εις βάρος της κατάστασης για την οποία ανησυχούν, αφού θέτουν σε περαιτέρω κίνδυνο την υγεία τους. Καθώς το στρες σχετίζεται με συμπεριφορές που δεν προάγουν την υγεία (Ng & Jeffery, 2003), ο έλεγχος του είναι επιτακτικός.

Βιβλιογραφία

- Backshall, J., Ford, G.A., Bawamia, B., Quinn, L., Trenell, M., Kunadian, V. (2015). Physical activity in the management of patients with coronary artery disease: a review. *Cardiol Rev*, 23(1):18-25.
- Bracha, H.S. (2004). Freeze, flight, fight, fright, faint: adaptationist perspectives on the acute stress response spectrum. *CNS Spectr*, 9(9):679-85.
- Buman, M., King, A. (2014). Exercise as a Treatment to Enhance Sleep. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 4(6): 500-514.
- Cappuccio F.P., D'Elia L., Strazzullo P., Miller M.A. (2010). Sleep duration and all-cause mortality: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Sleep*, 33(5):585-92.
- Hammal, F., Ezekowitz, J.A., Norris, C.M., Wild, T.C., Finegan, B.A.; APPROACH Investigators. (2014). Smoking status and survival: impact on mortality of continuing to smoke one year after the angiographic diagnosis of coronary artery disease, a prospective cohort study. *BMC Cardiovasc Disord*, 14:133.
- Hidaka, B.H. (2012). Depression as a disease of modernity: explanations for increasing prevalence. *J Affect Disord*, 140(3):205-14.
- Iestra, J.A., Kromhout, D., van der Schouw, Y.T., Grobbee, D.E., Boshuizen, H.C., van Staveren, W.A. (2005). Effect size estimates of lifestyle and dietary changes on all-cause mortality in coronary artery disease patients: a systematic review. *Circulation*, 112(6):924-34.
- Janssen, I., Jolliffe, C.J. (2006). Influence of physical activity on mortality in elderly with coronary artery disease. *Med Sci Sports Exerc*, 38(3):418-7.
- Keil, U. (2000). Coronary artery disease: the role of lipids, hypertension and smoking. *Basic Res Cardiol*, 95 Suppl 1:I52-8.
- Kohansieh M., Makaryus A.N. (2015). Sleep Deficiency and Deprivation Leading to Cardiovascular Disease. *Int J Hypertens*, 2015:615681.

Lian, X.Q., Zhao, D., Zhu, M., et al. (2014). The influence of regular walking at different times of day on blood lipids and inflammatory markers in sedentary patients with coronary artery disease. *Prev Med*, 58:64-9.

Ludvig, J., Miner, B., Eisenberg, M.J. (2005). Smoking cessation in patients with coronary artery disease. *Am Heart J*, 149(4):565-72.

Ng, D.M., Jeffery, R.W. (2003). Relationships between perceived stress and health behaviors in a sample of working adults. *Health Psychol*, 22(6):638-42.

Peterson, J.C., Charlson, M.E., Wells, M.T., Altemus, M. (2014). Depression, coronary artery disease, and physical activity: how much exercise is enough? *Clin Ther*, 36(11):1518-30.

Saita, E., Kondo, K., Momiyama, Y. (2015). Anti-Inflammatory Diet for Atherosclerosis and Coronary Artery Disease: Antioxidant Foods. *Clin Med Insights Cardiol*, 8(Suppl 3):61-5.

Spadafora F.L., Curti A., Teti R., Belmonte M., et al. (1996). Aspects of sleep in centenarians. *Arch Gerontol Geriatr*, 22 Suppl 1:419-22.

Yang, X., Chen, H., Li, S., Pan, L., Jia, C. (2015). Association of Sleep Duration with the Morbidity and Mortality of Coronary Artery Disease: A Meta-analysis of Prospective Studies. *Heart Lung Circ*, 24(12):1180-90.

Zisapel, N. (2001). Circadian rhythm sleep disorders: pathophysiology and potential approaches to management. *CNS Drugs*, 15(4):311-28.

Πηγές από το διαδίκτυο

http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/More/MyHeartandStrokeNews/Coronary-Artery-Disease---Coronary-Heart-Disease_UCM_436416_Article.jsp#.V2EtvLuLTIU

<http://www.nhlbi.nih.gov/health/health-topics/topics/hd/prevent#HeartHealthyEating>

