

ΕΛΛΗΝΙΚΗ
ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΕΘΝΙΚΟ
ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΑΘΗΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΙΑΤΡΙΚΗΣ



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΑΘΗΝΑΣ
ΤΜΗΜΑ: 1) ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
2) ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΥΓΙΕΙΝΗΣ & ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΚΛΙΝΙΚΗ ΚΑΙ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑ»

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΚΒΑΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ
ΜΕ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟ»**



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΠΟΔ. ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΑΘΗΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΣ ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ:
ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΙΩΑΝ ΛΕΚΑΚΗΣ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΑΘΗΝΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΣ ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ:
ΦΩΤ. ΜΠΑΜΠΑΤΣΙΚΟΥ

Κύριοι Ερευνητές: ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ ΜΩΥΣΙΑΔΟΥ
Τομέας: ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ
Καθηγητής: ΓΕΡΑΣΙΜΟΣ ΦΙΛΙΠΠΑΤΟΣ
Μέλη: ΚΑΛΛΙΡΟΗ ΚΟΥΡΕΑ
ΕΛΕΝΗ ΚΛΕΤΣΙΟΥ

ΑΘΗΝΑ, 2018

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΗ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΠΟΦΥΓΗ ΛΟΓΟΚΛΟΠΗΣ

Δηλώνω υπεύθυνα ότι η συγκεκριμένη Διπλωματική Εργασία εκπονήθηκε για τη λήψη του μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών του ΠΜΣ «Κλινική και Εργαστηριακή Νοσηλευτική Καρδιολογία» της Ιατρικής σχολής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών σε σύμπραξη με τη Νοσηλευτική σχολή και τη σχολή Δημόσιας Υγείνης του ΤΕΙ Αθήνας. Έχει συγγραφεί από εμένα προσωπικά και δεν έχει υποβληθεί, ούτε έχει εγκριθεί στο πλαίσιο κάποιου άλλου μεταπτυχιακού ή προπτυχιακού τίτλου σπουδών, στην Ελλάδα ή στο εξωτερικό.

Η εργασία αυτή έχοντας εκπονηθεί από εμένα, αντιπροσωπεύει τις προσωπικές μου απόψεις επί του θέματος. Η έγκρισή της δεν υποδηλώνει απαραίτητως και την αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους της Σχολής..

Οι πηγές στις οποίες ανέτρεξα για την εκπόνηση της συγκεκριμένης διπλωματικής αναφέρονται στο σύνολό τους, δίνοντας πλήρεις αναφορές στους συγγραφείς, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το Διαδίκτυο.

Σε κάθε περίπτωση, αναληθούς ή ανακριβούς δηλώσεως, υπόκειμαι στις συνέπειες που προβλέπονται στον κανονισμό σπουδών του Μεταπτυχιακού Προγράμματος καθώς και στις διατάξεις που προβλέπει η Ελληνική και Κοινοτική Νομοθεσία περί πνευματικής ιδιοκτησίας.

Ο/Η ΔΗΛΩΝ/ΟΥΣΑ,

Ονοματεπώνυμο: Αναστασία Μωυσιάδου

Υπογραφή:

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο των Ακαδημαϊκών υποχρεώσεων του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Εργαστηριακή και Κλινική Νοσηλευτική Καρδιολογία» της Ιατρικής σχολής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών σε σύμπραξη με τη Νοσηλευτική σχολή και τη σχολή Δημόσιας Υγείνης του ΤΕΙ Αθήνας, υπό την επίβλεψη του καθηγητή κου Γεράσιμου Φιλιππάτου.

Στον κο Φιλιππάτο οφείλω θερμές ευχαριστίες για την καθοδήγηση και την υποστήριξή του καθ' όλη τη διάρκεια διεκπεραίωσης της παρούσας διπλωματικής εργασίας.

Ευχαριστίες οφείλω και στην Κα Κουρέα για την εμπιστοσύνη και τον υψηλό βαθμό ελευθερίας που απλόχερα μου παραχώρησε.

Φύλακας άγγελος όλα τα χρόνια φοίτησης και ελπίζω και όλα τα επόμενα χρόνια υπήρξε η Κα Κλέτσιου. Παρούσα πάντοτε, απλόχερα μοιράστηκε το χρόνο, τις ιδέες, την τεχνογνωσία της, την ψυχραιμία της μαζί μου αλλά και με όλους τους φοιτητές. Το λιγότερο που μπορώ να κάνω είναι να το αναγνωρίσω και να το υπογραμμίσω. Ένα μεγάλο ευχαριστώ διότι κατάφερε να αποτελέσει πρότυπο και οδηγό για τη μετέπειτα πορεία μέσω του χαρακτήρα και του έργου της.

Από καρδιάς να ευχαριστήσω τον καθηγητή Κο Ευστάθιο Ηλιοδρομίτη, διευθυντή της β' καρδιολογικής κλινικής του ΠΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ» και την Κα Ελένη Πισιμίση, διευθύντρια της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας του ΠΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ» για τη διευκόλυνση μου σχετικά με τη δειγματοληψία και όποια χρήση των πληροφοριακών συστημάτων κρίθηκε αναγκαία.

Θα ήθελα επίσης να ευχαριστήσω του καθηγητές, τους ιατρούς και νοσηλευτές του ΕΣΥ που συνέβαλαν στην εκπαίδευση και καθοδήγησή μας όλα αυτά τα χρόνια.

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΣΕΛ.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ABSTRACT

A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟΣ	14
1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΝΟΣΟΥ.....	14
1.2 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΝΟΣΟΥ.....	15
1.2.1 ΣΤΑΘΕΡΗ ΣΤΗΘΑΓΧΗ.....	15
1.2.2 ΑΣΤΑΘΗΣ ΣΤΗΘΑΓΧΗ.....	16
1.2.3 ΣΤΗΘΑΓΧΗ PRINZMENTAL.....	17
1.2.4 ΟΞΥ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ.....	18
1.2.4.1 ΟΞΥ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ ΧΩΡΙΣ ΑΝΑΣΠΑΣΗ ST	19
1.2.4.2 ΟΞΥ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ ΜΕ ΑΝΑΣΠΑΣΗ ST.....	19
1.2.5 ΑΙΦΝΙΔΙΟΣ ΚΑΡΔΙΑΚΟΣ ΘΑΝΑΤΟΣ.....	20
1.2.6 ΣΙΩΠΗΛΗ ΙΣΧΑΙΜΙΑ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ.....	20
1.3 ΕΠΙΒΑΡΥΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΝΟΣΟΥ.....	22
1.3.1 ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΙΜΟΙ ΕΠΙΒΑΡΥΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΝΟΣΟΥ.....	23
1.3.2 ΜΗ ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΙΜΟΙ ΕΠΙΒΑΡΥΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΝΟΣΟΥ.....	28
1.4 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΝΟΣΟΥ.....	30
1.4.1 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΝΟΣΟΥ.....	30
1.4.2 ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΝΟΣΟΥ.....	38
2. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ	
2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ - ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ.....	45
2.2 ΚΛΙΜΑΚΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟ.....	48
3. ΑΠΟΔΟΧΗ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ	
3.1 ΟΡΙΣΜΟΣ - ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΔΟΧΗΣ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ.....	51
3.2 ΚΛΙΜΑΚΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΑΠΟΔΟΧΗΣ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟ.....	52
4. ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΟΣΟ	
4.1 Η ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΩΣ ΚΛΙΝΙΚΟ ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΚΑΙ Η ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΤΗΣ.....	54

B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΣΚΟΠΟΣ	58
2. ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ.....	59
3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	61
4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	101
5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	107
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	108
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	121
ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ	

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ο 20^{ος} αιώνας αποτελεί μια περίοδο μεγάλων αλλαγών στο «χάρτη» της χρόνιας νοσηρότητας. Οι μεταδιδόμενες νόσοι, οι οποίες αποτέλεσαν για αιώνες τη μεγάλη απειλή για την ανθρωπότητα, αντιμετωπίζονται ιδιαίτερα το δεύτερο μισό του αιώνα με αξιοσημείωτη επιτυχία, ενώ η κυριαρχία των χρόνιων ασθενειών στην παγκόσμια θνησιμότητα, έχει προκύψει και έχει περιγραφτεί λεπτομερώς σε πολλά επιστημονικά άρθρα (Leplege, 1997, Adeyi, 2007, WHO, 2008).

Τα μη μεταδιδόμενα νοσήματα πλέον αποτελούν την κύρια αιτία θανάτου παγκοσμίως, καθώς ευθύνονται για το 70% των παγκόσμιων θανάτων.

Κύριο νόσημα και πρώτη αιτία θανάτου παγκοσμίως αποτελεί η καρδιαγγειακή νόσος, η οποία προκαλεί περίπου 17,000,000 θανάτους ετησίως διεθνώς, ενώ περισσότεροι από τους μισούς θανάτους στην Ευρώπη οφείλονται σε αυτή.

Μέχρι το 2005 ο συνολικός αριθμός των θανάτων από καρδιαγγειακές παθήσεις είχε αυξηθεί σε παγκόσμιο επίπεδο σε 17.5 εκατομμύρια από 14.4 εκατομμύρια το 1990. Από αυτά τα 7.6 εκατομμύρια αποδόθηκαν σε στεφανιαία νόσο (Mackay, 2006. WHO, 2009).

Η στεφανιαία νόσος αποτελεί τη πιο κοινή αιτία θανάτου των καρδιαγγειακών παθήσεων (45% του συνόλου των θανάτων από καρδιαγγειακά νοσήματα) που αντιπροσωπεύουν 7.2 εκατομμύρια θανάτους/ έτος, ή 12% του συνόλου των θανάτων σε παγκόσμιο επίπεδο (WHO, 2018).

Επιπρόσθετα σχετίζεται με σημαντική νοσηρότητα, αναπηρία και απώλεια της παραγωγικότητας, κυρίως στις αναπτυγμένες χώρες.

Στο Ηνωμένο Βασίλειο το 2008, η στεφανιαία νόσος ήταν υπεύθυνη για περίπου έναν στους πέντε θανάτους στους άνδρες και έναν στους οκτώ θανάτους στις γυναίκες, συνολικά 88.000 θάνατοι από στεφανιαία νόσο (15% του συνόλου των θανάτων) (B.H.F, 2010). Ομοίως, στις Ηνωμένες Πολιτείες το 2005, η στεφανιαία νόσος ήταν υπεύθυνη για τον ένα στους πέντε θανάτους, αντιπροσωπεύοντας 445.687 θανάτους (18% του συνόλου των θανάτων). Στην Αυστραλία το 2006, η στεφανιαία νόσος αντιπροσώπευε τους 22.983 θανάτους (17% του

συνόλου των θανάτων) και μία φορά περισσότερο ήταν η πιο κοινή υπεύθυνη για τους αυστραλιανούς θανάτους (Lloyd- Jones, 2009).

Παρατηρούνται αυξητικές τάσεις στη συχνότητα εμφάνισης της στεφανιαίας νόσου. Οι αυξητικές αυτές τάσεις έχουν την απόδοσή τους στην αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης, στην υιοθέτηση ανθυγιεινών τρόπων ζωής, όπως το κάπνισμα, η κατανάλωση αλκοόλ και η έλλειψη φυσικής δραστηριότητας, καθώς επίσης και στα συνοδά νοσήματα, όπως η υπέρταση και ο σακχαρώδης διαβήτης. (WHO, 2018).

Έχει αποτυπωθεί όμως, πως το 80% των πρόωρων θανάτων από καρδιαγγειακή νόσο θα μπορούσε να αποφευχθεί ελέγχοντας τους κυρίως επιβαρυντικούς παράγοντες, όπως: το κάπνισμα, την ανθυγιεινή διατροφή, της έλλειψη φυσικής δραστηριότητας.

Έχει καταγραφεί πως η θνητότητα από την καρδιαγγειακή νόσο στο Ηνωμένο Βασίλειο θα μπορούσε να είναι η μισή, με μικρή τροποποίηση των επιβαρυντικών αυτών παραγόντων. Συγκεκριμένα, μείωση της τάξεως του 1% στην τιμή της χοληστερόλης θα οδηγούσε σε 2-4% μείωση της θνητότητας, μείωση 1% στο ποσοστό των καπνιστών θα οδηγούσε με απόλυτη τιμή σε 2000 λιγότερους θανάτους/χρόνο, επιπρόσθετα 1% μείωση στην τιμή της αρτηριακής πίεσεως θα μπορούσε να γλιτώσει 1500 ανθρώπους από το θάνατο. (WHO, 2017)

Εστιάζουμε λοιπόν την προσπάθεια μας μέσω της εκπαίδευσης να στοχεύσουμε στον έλεγχο των επιβαρυντικών παραγόντων, στην προαγωγή των προληπτικών ελέγχων, στην εφαρμογή συστηματικής αγωγής, όπου αυτό απαιτείται. Μέσω αυτής της διεργασίας αποσκοπούμε να συντελέσουμε στην πρόληψη της ανικανότητας, στην πρόληψη του πρόωρου θανάτου και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η εκπαίδευση θα έπρεπε να αποτελεί αναπόσπαστο και θεμελιώδες κομμάτι της καρδιακής αποκατάστασης ασθενών με στεφανιαία νόσο. Μέχρι στιγμής δεν έχει αξιολογηθεί η αναγκαιότητα - η συμβολή ενός εστιασμένου, σταθμισμένου εκπαιδευτικού προγράμματος σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο.

Αυτή είναι η σημασία της συγκεκριμένης ερευνητικής προσπάθειας, μία αδρή για αρχή ανάδειξη της συνδρομής της οργανωμένης και συντονισμένης εκπαίδευσης με προσανατολισμό στις ιδιαιτερότητες του κάθε ασθενούς με στεφανιαία νόσο.

Απαιτείται περαιτέρω μελέτη για να στοιχειοθετηθεί η αποτελεσματικότητα της εκπαίδευσης μακροπρόθεσμα και να διευκρινιστεί το είδος, η διάρκεια της εκπαιδευτικής διεργασίας αλλά και της αναγκαιότητας ύπαρξης τυχόν επανεκπαίδευσης με την πάροδο του χρόνου.

Το όραμα αυτής της έρευνας είναι μέσω όλης της προαναφερθείσας προσπάθειας να βελτιωθεί η έκβαση της στεφανιαίας νόσου, να επιμηκυνθεί το προσδόκιμο επιβίωσης του ασθενούς, να ελεγχθούν οι επιπλοκές και οι επανεισαγωγές, έχοντας πάντοτε ως προτεραιότητα τη βελτίωση του επιπέδου της ποιότητας ζωής του ασθενούς.

Εν αρχή, μέσω της εκπαίδευσης στοχεύουμε στην κατανόηση από τον ασθενή της νόσου, των επιβαρυντικών για τη νόσο παραγόντων και εν συνεχεία στην δέσμευση του ασθενούς ως προς την αποτελεσματική αυτοδιαχείριση αυτών των παραγόντων κινδύνου και της ίδιας της νόσου. Μια διεργασία, απόρροια της οποίας θα είναι και η μείωση του ποσοστού επιπλοκών και επανεισαγωγών. Ωστόσο, οι ασθενείς δεν υιοθετούν εύκολα αυτή τη στάση-συμπεριφορά και αν την υιοθετήσουν δεν τη διατηρούν συχνά στο πέρασμα του χρόνου.

Η βελτίωση του γνωστικού υποβάθρου των ασθενών και του άμεσου οικογενειακού τους περιβάλλοντος θα συνδράμει και στη βελτίωση της διαχείρισης επειγουσών καταστάσεων αλλά και συνθηκών καθημερινότητας, όπως η λήψη φαρμακευτικής αγωγής. Σημαντικός παράγοντας είναι η ψυχική υποστήριξη και η ενθάρρυνση του ασθενούς και του περιβάλλοντος του με στόχευση την αποδοχή της ασθένειας, τη δέσμευσή του ως προς τη μεταβολή και έλεγχο των επιβαρυντικών παραγόντων, τη συμμόρφωσή του με τη λήψη της

φαρμακευτικής του αγωγής. Όλα τα προαναφερθέντα έχουν ως στόχο την αύξηση της ποιότητας της ζωής του ανθρώπου και βέβαια την καλύτερη έκβαση της νόσου.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ:

Εισαγωγή: Η καρδιαγγειακή νόσος προκαλεί περίπου 17,000,000 θανάτους ετησίως διεθνώς, ενώ περισσότεροι από τους μισούς θανάτους στην Ευρώπη οφείλονται σε αυτή. Έχει αποτυπωθεί όμως, πως το 80% των πρόωγων θανάτων από καρδιαγγειακή νόσο θα μπορούσε να αποφευχθεί ελέγχοντας τους κυρίως επιβαρυντικούς παράγοντες, όπως, το κάπνισμα, την ανθυγιεινή διατροφή και την έλλειψη φυσικής δραστηριότητας.

Σκοπός: Σκοπός της προτεινόμενης μελέτης ήταν η διερεύνηση της επίδρασης της εκπαίδευσης στην έκβαση ασθενών με στεφανιαία νόσο.

Υλικό-Μέθοδος: Πρόκειται για μια ποσοτική, προοπτική, μελέτη παρέμβασης και συσχετίσεων. Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 50 ασθενείς με στεφανιαία νόσο, οι οποίοι νοσηλεύθηκαν στο κέντρο αναφοράς από τον 10/2017 και δέχθηκαν την παρέμβαση (εκπαίδευση) και μία ισάριθμη ομάδα ελέγχου ασθενών με στεφανιαία νόσο, στους οποίους μετρήθηκαν οι ίδιοι παράγοντες χωρίς να μεσολαβήσει όμως εκπαιδευτική συνεδρία. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε μέσω ερωτηματολογίων ειδικά σχεδιασμένων, με προσωπική συνέντευξη με τους ασθενείς κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους. Οι ίδιες παράμετροι μετρήθηκαν σε δύο επανελέγχους των ασθενών, οι οποίοι πραγματοποιήθηκαν σε διάστημα ενός και τριών μηνών μετά την έξοδο των ασθενών από το νοσοκομείο.

Ως δείκτες έκβασης ορίστηκαν τα κλινικά χαρακτηριστικά, η πορεία της νόσου, ανθρωπομετρικά δεδομένα και οι κλίμακες ‘The illness cognition questionnaire for chronic diseases’ και ‘The MacNew Heart Disease Health-related Quality of life questionnaire’. Για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό λογισμικό πακέτο για τις κοινωνικές επιστήμες SPSS 18.0 και ορίστηκε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $p < 0,05$.

Αποτελέσματα: Οι δύο ομάδες ασθενών ήταν ομοιογενείς και συγκρίσιμες. Υπήρξε θετική συσχέτιση της παρέμβασης με κλινικούς δείκτες, με το επίπεδο γνώσεων των ασθενών και την τροποποίηση του τρόπου ζωής. Στα κλινικά καταληκτικά σημεία δεν υπήρξε επανεισαγωγή ασθενούς στο νοσοκομείο, ούτε θάνατος. Η ομάδα παρέμβασης φάνηκε να αποδέχεται καλύτερα τη νόσο ($p=0,000$), να εντοπίζει οφέλη προερχόμενα από τη νόσο ($p=0,000$) και να μην εστιάζει στην ανικανότητα ως απόρροια της νόσου ($p=0,000$). Στην ποιότητα ζωής των ασθενών δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ του δείγματος ούτε κατά τη νοσηλεία τους στο νοσοκομείο, ούτε μετά το πέρας των τριών μηνών και το δεύτερο επανέλεγχό τους.

Συμπεράσματα: Η ομάδα παρέμβασης βελτίωσε το επίπεδο των γνώσεων της σχετικά με την τροποποίηση των επιβαρυντικών παραγόντων και τη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής, ρύθμισε πιο αποτελεσματικά τους επιβαρυντικούς παράγοντες, λάμβανε πιο συστηματικά τη φαρμακευτική αγωγή, βελτίωσε τα κλινικά και εργαστηριακά ευρήματα, αποδέχθηκε τη νόσο πιο αποτελεσματικά, εντόπισε οφέλη προερχόμενα από τη νόσο.

Μέσω της εκπαίδευσης στοχεύουμε στον έλεγχο των επιβαρυντικών παραγόντων, στην προαγωγή των προληπτικών ελέγχων, στην εφαρμογή συστηματικής αγωγής, όπου αυτό απαιτείται. Επιπρόσθετα μέσω της διεύρυνσης των γνώσεων των ασθενών και της κατανόησης της φύσης της νόσου στοχεύουμε στην αποδοχή της ασθένειας και τη δέσμευση τους ασθενούς για την καλύτερη αυτοδιαχείρισή της.

Αναμφίβολα η μελέτη της επίδρασης της εκπαίδευσης σε χρόνιους ασθενείς αποτελεί ένα ευρύ πεδίο έρευνας και ενδιαφέροντος με στόχο την εξατομικευμένη παροχή υπηρεσιών υγείας για τη βελτίωση της φυσικής, ψυχολογικής, κοινωνικής διάστασης του χρόνιου ασθενούς.

ABSTRACT:

Introduction: The cardiovascular disease causes about 17,000,000 deaths per year worldwide, while more than half of the deaths in Europe are due to it. It has been imprinted, however, that the 80% of the premature deaths caused from cardiovascular disease could be avoided by controlling the major risk factor, such as smoking, unhealthy diet and lack of physical activity.

Aim: The specific aim of this study was to explore the impact of the education on the coronary heart disease progression.

Material and methods: This is a quantitative, prospective intervention and correlation study. The sample of the intervention group of the study consisted of 50 patients with coronary disease, who were hospitalized in the reference center from 10/2017 and an equal control group of patients with coronary disease to whom measurements of the same factors made without any educational session. The collection of the data was carried out through specially designed questionnaires with a personal interview with the patients during their hospitalization. The same parameters were measured in the patient's follow-up that took place over a period of one and three months after their hospital discharge. As end points were defined clinical measurements, the progression of the disease, anthropometric features and the scales 'The illness cognition questionnaire for chronic diseases' and 'The Mac New Heart Disease Health-related Quality of life questionnaire'. For all statistical analyses the SPSS 18.0 statistical software package was used and the level of the statistical significance was set up at $p \text{ value} < 0,05$.

Results: The intervention and the control group were homogeneous and comparable. There was a positive correlation with clinical indicators, with patient's level of knowledge and the change of the lifestyle. At the clinical end points there was neither rehospitalization, nor any patient's death. The intervention group appeared to accept better the disease, to perceive benefits derived from the disease and not to focus on the Helplessness due to the disease in a statistical significant level. There was no difference in a statistical significant level at the scores of 'The Mac New Heart Disease Health-related Quality of life questionnaire' between the two groups, neither at the measurement that took place during their hospitalization, nor at the measurement that took place three months after their hospital discharge.

Conclusion: The intervention group was engaged in self-management and controlled efficiently the risk factors, was more likely to adhere to medication instructions and improved the clinical and laboratory outcomes. The intervention group also accepted the illness and

perceived benefits from the disease. The aim of the education programme is to control the risk factors of the cardiovascular disease, to promote the check-ups, to apply systematic medication, when it is necessary. Undoubtedly, the study of the education's impact in chronic patients is a very interesting and wide field of research that aims to the provision of tailor made health services in order to improve physical, psychological and social dimension of the chronic patient.

A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟΣ

1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΝΟΣΟΥ

Η αθηροσκλήρωση αποτελεί την κυριότερη αιτία της στεφανιαίας νόσου, χαρακτηριστικό της οποίας είναι η δημιουργία πλακών (αθηρωμάτων) στο τοίχωμα της αρτηρίας. Με την πάροδο των ετών η αθηροσκλήρωση εξελίσσεται προοδευτικά, προκαλεί ομαλές ή ανώμαλες αθηρωματικές πλάκες των στεφανιαίων αρτηριών με αποτέλεσμα τον περιορισμό (στένωση) ή τη διακοπή (απόφραξη) της παροχής αίματος του μυοκαρδίου. Η αθηροσκλήρωση είναι σιωπηρή και ξεκινά από μικρή ηλικία, με αποτέλεσμα πολύ συχνά να την αντιλαμβάνεται κανείς όταν ήδη έχουν δημιουργηθεί σοβαρές βλάβες (Piepoli, 2016).

Το 1958, ο Π.Ο.Υ. όρισε την αθηροσκλήρωση ως: *«το σύνολο των μεταβολών του ενδοθηλίου των αρτηριών, που περιλαμβάνει την τοπική συγκέντρωση λιπιδίων, βλεννοπολυσακχαριτών, αίματος και προϊόντων του ινώδους ιστού και ασβεστίου, με συνύπαρξη αλλοιώσεων στο μέσο χιτώνα»* (WHO, 1958).

Η αθηροσκλήρωση αποτελεί μια σοβαρή, πολυπαραγοντική νόσο που μπορεί να προσβάλλει όλες τις αρτηρίες και είναι συνέπεια της ηλικίας, της κληρονομικότητας αλλά κυρίως των μακροχρόνιων επιβαρυντικών συνθηκών. (Piepoli, 2016).

1.2 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΝΟΣΟΥ

Όπως αναφέρθηκε η συχνότερη αιτία της στεφανιαίας νόσου είναι η αθηρωματική νόσος των στεφανιαίων αγγείων. Αυτή η στένωση των αγγείων μπορεί να δώσει συμπτώματα κατά τη σωματική, αλλά και την ψυχική καταπόνηση του οργανισμού.

Η στεφανιαία νόσος εκτείνεται κλινικά από τη σιωπηρή ισχαιμία μέχρι την ασταθή και σταθερή στηθάγχη, το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, την ισχαιμική μυοκαρδιοπάθεια και τον αιφνίδιο καρδιακό θάνατο. Επίσης, είναι δυνατό να αποδυναμώσει την καρδιά και να οδηγήσει σε καρδιακή ανεπάρκεια ή αρρυθμίες.

Η **στηθάγχη** αποτελεί τη συχνότερη εκδήλωση της στεφανιαίας νόσου και ορίζεται ως ο παροξυσμός οπισθοστερνικού πόνου, ήπιου ή ισχυρού, ο οποίος εμφανίζεται όταν οι ανάγκες του μυοκαρδίου σε οξυγόνο είναι αυξημένες (αύξηση καρδιακού έργου), ενώ η προσφορά

οξυγόνου μειωμένη λόγω σημαντικής στένωσης (πάνω από το 70%) του αυλού του στεφανιαίου αγγείου από αρτηριοσκληρυντικές βλάβες (Braunwald's, 2012).

Υπάρχουν διάφορες ταξινομήσεις για τη στηθάγχη ανάλογα με τη διάρκεια, την αιτιολογία, τη σοβαρότητα, το πότε συμβαίνει και τι την κάνει να υποχωρήσει.

1.2.1 ΣΤΑΘΕΡΗ ΣΤΗΘΑΓΧΗ

Η σταθερή στηθάγχη είναι ο λιγότερο σοβαρός τύπος. Περιγράφεται από τον ασθενή σαν πόνος, σφίξιμο, κάψιμο, μούδιασμα ή πνιγμονή με αγωνιώδη χαρακτήρα και μπορεί να εντοπίζεται κεντρικά/ οπισθοστερνικά ή στον αριστερό βραχίονα.

Στη στηθάγχη αυτού του τύπου οι διαταραχές στο μυοκάρδιο είναι παροδικές και αναστρέφονται πλήρως μετά το τέλος αυτής. Ο πόνος εμφανίζεται κατά την προσπάθεια, χαρακτηρίζεται από επαναληπτικότητα, διαρκεί για 1- 2 λεπτά (σπάνια φθάνει έως 15 λεπτά) και υποχωρεί μετά τη διακοπή της προσπάθειας ή καταστέλλεται με υπογλώσσιο νιτρογλυκερίνης (Stephan, 2014).

Στους περισσότερους ασθενείς η σταθερή στηθάγχη οφείλεται στην ύπαρξη σταθερής αθηρωματικής πλάκας σε μια τουλάχιστον μεγάλη επικαρδιακή αρτηρία.

Ο πόνος εμφανίζεται έπειτα από την επίδραση κάποιου εκλυτικού παράγοντα, όπως:

- ✓ Η κόπωση
- ✓ Το άγχος και οι έντονες συναισθηματικές καταστάσεις
- ✓ Επώδυνες καταστάσεις
- ✓ Έκθεση σε έντονο ψύχος
- ✓ Βαρύ γεύμα

Η στηθάγχη είναι σοβαρότερη όταν η κρίση εμφανίζεται ευκολότερα (όπως βάδισμα σε οριζόντιο έδαφος), οπότε διαρκεί περισσότερο και η αντιμετώπιση της απαιτεί μεγαλύτερη δόση νιτρογλυκερίνης (Braunwalds, 2012, Stephan, 2014).

1.2.2 ΑΣΤΑΘΗΣ ΣΤΗΘΑΓΧΗ

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 δε φράζει τελείως το αγγείο.

Αποτελεί μια επικίνδυνη μορφή της στεφανιαίας νόσου και όπως δείχνει και το όνομά της, εδώ δεν υπάρχουν τα χαρακτηριστικά της σταθερότητας, όπως στη σταθερή στηθάγχη.

Είναι ένα μεταβατικό σύνδρομο μεταξύ της σταθερής στηθάγχης και του οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου και εκδηλώνεται σε κατάσταση ηρεμίας, χωρίς να υπάρχει κάποιο σοβαρό ερέθισμα να την προκαλεί.

Σε αυτού του τύπου τη στηθάγχη ο πόνος αντανακλά στη γνάθο, το λαιμό, στο αφτί, στον ώμο και το χέρι και συνοδεύεται από ναυτία, απώλεια συνείδησης, αδυναμία, ζάλη, δυσπεψία, καούρες και κόπωση .

Για ασταθή στηθάγχη γίνεται λόγος στις παρακάτω περιπτώσεις:

- ✓ Αιφνίδια εμφάνιση στηθάγχης σε προηγουμένως ασυμπτωματικό ασθενή κατά την οποία η συχνότητα των κρίσεων αυξάνεται πολύ γρήγορα και οδηγεί σε σημαντικό περιορισμό της αντοχής σε σωματικές επιβαρύνσεις.
- ✓ Πολύ γρήγορη αύξηση της συχνότητας και της διάρκειας των επεισοδίων.
- ✓ Στηθάγχη σε κατάσταση ανάπαυσης ή νυχτερινή στηθάγχη η οποία εμφανίζεται τις πρωινές ώρες.
- ✓ Επαναλαμβανόμενη στηθάγχη εντός έξι εβδομάδων ύστερα από μυοκαρδιακό έμφραγμα

1.2.3 ΣΤΗΘΑΓΧΗ PRINZMENTAL

Η στηθάγχη Prinzmetal ή αγγειοσπαστική στηθάγχη είναι το πιο σοβαρό είδος στηθάγχης. Συνήθως εκδηλώνεται επί εδάφους φυσιολογικών στεφανιαίων αρτηριών ή αρτηριών με

παρουσία μικρών αθηρωματικών βλαβών όταν οι μεμονωμένες ή πολλαπλές τοποθεσίες στις μεγάλες στεφανιαίες αρτηρίες και οι μεγάλοι κλάδοι τους παρουσιάσουν αγγειοσπασμό, ο οποίος προκαλεί ανάσπαση του διαστήματος ST στο ηλεκτροκαρδιογράφημα.

Οι αιτίες του αγγειοσπασμού είναι άγνωστες, αλλά μπορεί να σχετίζονται με μια ανισορροπία των αγγειοδραστικών παραγόντων οι οποίοι προέρχονται από κατεστραμμένους στεφανιαίους ενδοθηλιακούς ιστούς, υπερευαισθησία τμήματος αγγείου σε συμπαθητική διέγερση, αλλεργία ή υπομαγνησιαίμια.

Η εμφάνιση αυτού του τύπου στηθάγχης είναι ανεξάρτητη από προσπάθεια, συγκίνηση, ψύχος ή άλλο εκλυτικό παράγοντα. Τα συμπτώματα είναι συνήθως επεισοδιακά, μπορεί να διαρκέσουν αρκετά λεπτά, να συμβούν τη νύχτα και ο ασθενής δεν μπορεί να προβλέψει την κρίση (Braunwald's, 2012).

1.2.4 ΟΞΥ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ

Εκτός λοιπόν από τη στηθάγχη, εκδήλωση της στεφανιαίας νόσου, πολύ βαρύτερη βέβαια, είναι και το ***οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου***, το οποίο εμφανίζεται είτε ως πρώτη εκδήλωση της νόσου, είτε έπειτα την εμφάνιση της στηθάγχης (Glenn, 2015).

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 τους 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 (Glenn, 2015, Thygesen, 2012).

Στην πλειονότητα των περιπτώσεων ως πρώιμη κλινική εκδήλωση του οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου εμφανίζεται χαρακτηριστικός ισχυρός πόνος, ο οποίος μοιάζει με τον στηθαγχικό, στον χαρακτήρα, στην εντόπιση και στην αντανάκλαση, αλλά διαφέρει πολύ από αυτόν στο ότι συνήθως εμφανίζεται σε ηρεμία, διαρκεί πολύ (πάνω από 15- 30 λεπτά), δεν

βελτιώνεται, ούτε υποχωρεί με την ανάπαυση ή με τη λήψη νιτρογλυκερίνης (υποχωρεί μόνο με παυσίπονα, όπως η μορφίνη) και συχνά συνδυάζεται με ωχρότητα, ψυχρό ιδρώτα, ζάλη, ναυτία ή ακόμη και έμετο, οπότε εκλαμβάνεται και ως γαστρεντερίτιδα.

Ορισμένες φορές ο πόνος απουσιάζει, οπότε το οξύ έμφραγμα μπορεί να εκδηλωθεί και ως απότομη αδιαθεσία με δύσπνοια, πνευμονικό οίδημα, shock, κοιλιακή ταχυκαρδία, περιφερικές εμβολές ή ακόμη και να περάσει απαρατήρητο.

Η διάγνωση του οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου στηρίζεται:

- ✓ Στη *λήψη ιστορικού*, το οποίο είναι πολύ μεγάλης σημασίας, διότι συχνά οι τυπικές ηλεκτροκαρδιογραφικές αλλοιώσεις εμφανίζονται μετά από 1-6 ώρες από την εμφάνιση του πόνου.
- ✓ Στο *ηλεκτροκαρδιογράφημα*. Στις πρώτες ώρες του οξέος εμφράγματος η πάσχουσα περιοχή του μυοκαρδίου περιλαμβάνει τρεις συγκεντρωτικές ζώνες, δηλαδή την κεντρική (νέκρωση), τη μεσαία (βλάβη) και την περιφερική (ισχαιμία). Έχοντας υπόψη τις ζώνες αυτές αντιλαμβάνεται κανείς την ολοκληρωμένη εικόνα του ηλεκτροκαρδιογραφήματος, η οποία παρουσιάζεται στις απαγωγές που αντικρίζουν την πάσχουσα περιοχή. Η πρωιμότερη μεταβολή είναι η ανάσπαση του ST, η οποία αντιστοιχεί στη βλάβη (μεσαία ζώνη), και φθάνει τα 1-7 mm (ή περισσότερο) πάνω από την ισοηλεκτρική γραμμή. Φυσικά υπάρχουν και εμφράγματα χωρίς ανάσπαση του διαστήματος ST (Glenn, 2015, Braunwald's, 2012).

1.2.4.1 ΟΞΥ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ ΧΩΡΙΣ ΑΝΑΣΠΑΣΗ ST ΔΙΑΣΤΗΜΑΤΟΣ

Το έμφραγμα του μυοκαρδίου που δεν εμφανίζει ανάσπαση του ST διαστήματος στο ηλεκτροκαρδιογράφημα, ούτε κύματα Q αντιπροσωπεύει νέκρωση του μυοκαρδίου η οποία δεν αφορά όλο το πάχος του τοιχώματος του μυοκαρδίου. Το χωρίς ανάσπαση του ST σχετίζεται με το σύνδρομο της ασταθούς στηθάγχης με μια κοινή παθογένεια και κλινική

εικόνα και αυτό που το διαφοροποιεί είναι η παρουσία δεικτών στον ορό του αίματος (Stephan, 2014).

1.2.4.2 ΟΞΥ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ ΜΕ ΑΝΑΣΠΑΣΗ ST ΔΙΑΣΤΗΜΑΤΟΣ

Οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου με ανάσπαση του διαστήματος ST σημαίνει ότι ο εμφραγματικός ιστός έχει σημαντική ανοξία και κυτταρική βλάβη. Στις περισσότερες περιπτώσεις αυτό είναι αποτέλεσμα της πλήρους απόφραξης από θρομβωτικές συγκλείσεις πάνω από μια υποκείμενη βλάβη της πλάκας. Εάν η ροή του αίματος δεν αποκατασταθεί σε 20 λεπτά επέρχεται ο κυτταρικός θάνατος (Lambert, 2010, Glenn, 2015).

Μετά την ανάσπαση του ST, κατά τις πρώτες 10-12 ώρες, εμφανίζεται παθολογικό μεγάλο Q, το οποίο αντιστοιχεί στη νέκρωση (κεντρική ζώνη). Χρονολογικά ακολουθεί η εμφάνιση αρνητικού ή ισχαιμικού T που αντιστοιχεί στην ισχαιμία (περιφερική ζώνη) (Pieroli, 2016).

Αποφασιστικής σημασίας για τη διάγνωση του οξέος εμφράγματος είναι η αναζήτηση και ανίχνευση στον ορό του πάσχοντα ορισμένων ουσιών ή ενζύμων δηλωτικών νέκρωσης του μυοκαρδίου (Glenn, 2015).

1.2.5 ΑΙΦΝΙΔΙΟΣ ΚΑΡΔΙΑΚΟΣ ΘΑΝΑΤΟΣ

Κλινική εκδήλωση της στεφανιαίας νόσου αποτελεί και ο *αιφνίδιος καρδιακός θάνατος*, όπου ορίζεται ο καρδιακός θάνατος ο οποίος επέρχεται σε διάστημα μικρότερο της ώρας από την έναρξη τυχόν καρδιακής συμπτωματολογίας, σε ασθενείς που προηγούμενα ήταν ασυμπτωματικοί ή τουλάχιστον είχαν σταθερή κλινική κατάσταση.

Συνδέεται με την απότομη απόφραξη της στεφανιαίας αρτηρίας, η οποία χωρίς παλμό προκαλεί κοιλιακή μαρμαρυγή ή ασυστολία. Και οι δυο περιπτώσεις αν δεν αντιμετωπιστούν άμεσα είναι θανατηφόρες (Faller, 2010, Brauwald's 2012).

1.2.6 ΣΙΩΠΗΛΗ ΙΣΧΑΙΜΙΑ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ

Σχεδόν το 20-25% των ασθενών με στεφανιαία νόσο έχουν *σιωπηλή ισχαιμία του μυοκαρδίου*, η οποία τους συνοδεύει στην καθημερινή τους δραστηριότητα και της οποίας η έγκαιρη ανίχνευση και αντιμετώπιση συμβάλλει στην πρόληψη καρδιακών επεισοδίων από βλάβη του μυοκαρδίου.

Χαρακτηριστικό του συνδρόμου αυτού είναι η έλλειψη πόνου ή άλλων ισοδύναμων ισχαιμικών συμπτωμάτων και η αποκάλυψη γίνεται με καταγραφόμενη κατάσταση του τμήματος ST σε συνεχή ηλεκτροκαρδιογραφική παρακολούθηση επί 24 ή 48 ώρες ή σε μια δοκιμασία κόπωσης (Glenn, 2015).

Οι ασυμπτωματικοί ασθενείς με τεκμηριωμένη στεφανιαία νόσο, ιδίως αν υπάρχει αντικειμενική πιστοποίηση ισχαιμίας του μυοκαρδίου από τον διαγνωστικό έλεγχο, εμφανίζουν αυξημένη νοσηρότητα και θνητότητα σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Επίσης κινδυνεύουν περισσότερο από τους άλλους ασθενείς που εμφανίζουν συμπτώματα και αυτό γιατί τα πρόσωπα αυτά δεν έχουν καμία προειδοποίηση από ενόχλημα για την επερχόμενη κρίση ισχαιμίας (Stephan, 2014).

Ο Cohn το 1987 διέκρινε τρεις τύπους σιωπηρής ισχαιμίας:

- Τύπος I: διαπιστώνεται σε ασυμπτωματικά άτομα χωρίς ιστορικό προηγούμενου εμφράγματος.
- Τύπος II: διαπιστώνεται σε ασυμπτωματικά άτομα τα οποία έχουν ιστορικό προηγούμενου εμφράγματος.
- Τύπος III: παρατηρείται σε άτομα με γνωστή επίσημη στηθάγχη την οποία όμως εμφανίζουν επεισόδια σιωπηρής ισχαιμίας σε δοκιμασίες κόπωσης ή στο ηλεκτοκαρδιογράφημα διαρκείας.

Η διάρκεια των περισσότερων επεισοδίων σιωπηρής ισχαιμίας πιστεύεται ότι δεν ξεπερνά τα 10 λεπτά κι η κλινική σημασία του συνδρόμου είναι μεγάλη, διότι σιωπηρά ισχαιμικά

επεισόδια μπορεί να έχουν ως επακόλουθο αιφνίδιο θάνατο ή οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου (Piepoli, 2016).

1.3 ΕΠΙΒΑΡΥΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΝΟΣΟΥ

Για χιλιάδες χρόνια, η γνώση μας σχετικά με τις αιτίες της καρδιαγγειακής νόσου και τη θεραπεία της ήταν στατική. Μόνο το τελευταίο ήμισυ του 20^{ου} αιώνα η έρευνα για τα καρδιαγγειακά νοσήματα επιταχύνθηκε (Piepoli, 2012).

Αυτό που ώθησε όμως τους Αμερικανούς να επιταχύνουν αυτήν την έρευνα ήταν ο πρόωρος θάνατος του Αμερικανού Προέδρου Franklin D. Roosevelt, το 1945, από υπερτασική καρδιοπάθεια και εγκεφαλικό επεισόδιο (Hajar, 2017).

Ο θάνατος του Προέδρου Roosevelt έδειξε πόσα λίγα ήταν γνωστά μέχρι τότε για τις γενικές αιτίες των καρδιαγγειακών παθήσεων και ως εκ τούτου δημιουργήθηκε μια μελέτη, ένα πρόγραμμα, η λεγόμενη μελέτη Framingham (Framingham Heart Study) για τον εντοπισμό των κοινών παραγόντων ή χαρακτηριστικών που συμβάλλουν στις καρδιαγγειακές παθήσεις (Mahmood, Levy, Vasan, Wang, 2014. Hajar, 2017).

Οι έρευνες ακολούθησαν την εξέλιξη της στεφανιαίας νόσου για μεγάλο χρονικό διάστημα σε μια μεγάλη ομάδα συμμετεχόντων στη Framingham, μια μικρή πόλη της Μασαχουσέτης των Η.Π.Α (Dawber, Meadors, Moore, 1951). Λαμβάνοντας υπόψη λοιπόν τη μελέτη Framingham, καθώς επίσης και πολλές άλλες ακόμα που πραγματοποιήθηκαν στη συνέχεια, έχουν εντοπιστεί καθοριστικοί παράγοντες που οδηγούν στην ανάπτυξη στεφανιαίας νόσου και οι οποίοι ονομάζονται *προδιαθεσικοί παράγοντες* ή *παράγοντες κινδύνου* για στεφανιαία νόσο (Hajar, 2017).

Η δράση αυτών των παραγόντων είναι πολλαπλασιαστική και όχι αθροιστική, ενώ διαχωρίζονται σε αυτούς που μπορούν να τροποποιηθούν και επομένως ο έλεγχός τους να βοηθήσει στην πρόληψη της νόσου, και σε εκείνους που δεν είναι δυνατόν να τροποποιηθούν (Piepoli, 2016, Catapano, 2011).

Σε γενικές γραμμές όμως η συντριπτική τους πλειοψηφία σχετίζεται με τις συνήθειες και τον τρόπο ζωής και δύναται να τροποποιηθούν.

1.3.1 ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΙΜΟΙ ΕΠΙΒΑΡΥΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΝΟΣΟΥ

Οι τροποποιήσιμοι επιβαρυντικοί παράγοντες της στεφανιαίας νόσου είναι σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η μη κατάλληλη κατανάλωση αλκοόλης, η έλλειψη φυσικής δραστηριότητας, το κάπνισμα, ο αυξημένος δείκτης μάζας σώματος, η αυξημένη αρτηριακή πίεση, ο σακχαρώδης διαβήτης, η ανθυγιεινή διατροφή, η δυσλιπιδαιμία. (WHO, 2018).

Κάπνισμα

Η στεφανιαία νόσος είναι κατά 60 - 70% πιο συχνή στους καπνιστές και ο αιφνίδιος θάνατος δύο έως τρεις φορές συχνότερος (Χανιώτης & Χανιώτης, 2002). Σύμφωνα με τη μελέτη Framingham οι καπνιστές είχαν αυξημένο κίνδυνο εμφράγματος του μυοκαρδίου ή αιφνιδίου θανάτου και ο κίνδυνος αυτός συνδεόταν με τον αριθμό των τσιγάρων ημερησίως. Στα ίδια αποτελέσματα κατέληξαν πολλές ακόμα μελέτες (Piepoli, 2016).

Σε γενικές γραμμές, το κάπνισμα επηρεάζει την καρδιακή λειτουργία με τους εξής τρόπους:

- Αυξάνει την αρτηριακή πίεση και την καρδιακή συχνότητα και επομένως, τις ανάγκες της καρδιάς σε οξυγόνο.
- Το μονοξείδιο του άνθρακα, που βρίσκεται στον καπνό σε συγκέντρωση 2-6%, παράγεται από την καύση του τσιγάρου και προκαλεί υποξαιμία και πολυκυτταραιμία.
- Προκαλεί υπερπηκτική κατάσταση, με συνέπεια την αυξημένη πιθανότητα δημιουργίας θρόμβων που περιορίζουν ή αποφράσσουν τον αγγειακό αυλό.
- Προκαλεί ανεπιθύμητες μεταβολές των λιπιδίων, όπως αύξηση της χοληστερόλης και των τριγλυκεριδίων και μείωση της HDL χοληστερόλης (Piepoli, 2016, Hajar, 2017).

Οι βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος στην καρδιά μπορούν να εκτιμηθούν στα ακόλουθα στατιστικά στοιχεία:

- Το κάπνισμα διπλασιάζει περίπου τον κίνδυνο νοσηρότητας και θνησιμότητας από ισχαιμική καρδιοπάθεια σε σύγκριση με τους μη καπνιστές και ο κίνδυνος σχετίζεται με τη διάρκεια και την ποσότητα του καπνίσματος.
- Υπάρχουν έρευνες που δείχνουν ότι σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο η διακοπή του καπνίσματος μειώνει τον κίνδυνο νοσηρότητας σε ποσοστό 34 - 49% μέσα σε έναν χρόνο και οι πιθανότητες γίνονται ίσες με εκείνες των μη καπνιστών περίπου στα 2- 5 χρόνια. Συνεπώς όλοι οι ασθενείς με ισχαιμική καρδιοπάθεια θα πρέπει να ενημερώνονται για να σταματούν το κάπνισμα, διότι αποτελεί έναν ισχυρό παράγοντα κινδύνου για ένα πρώτο έμφραγμα του μυοκαρδίου και για θανατηφόρες και μη υποτροπές.
- Η επίδραση της διακοπής του καπνίσματος στην καρδιακή θνησιμότητα και νοσηρότητα ποικίλει ανάλογα με τον τύπο του συνδρόμου, τα χρόνια διακοπής του καπνίσματος, αλλά και τις ιδιαιτερότητες των ατόμων.
- Περίπου το 20% των ασθενών θα διακόψουν το κάπνισμα μετά από ένα οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, με αποτέλεσμα τη μείωση κατά 40% των ποσοστών θνησιμότητας και υποτροπών του εμφράγματος.
- Για τους καπνιστές ηλικίας κάτω των 50 ετών, ο κίνδυνος εμφάνισης στεφανιαίας νόσου είναι δέκα φορές μεγαλύτερος από τους μη καπνιστές της ίδιας ηλικίας.
- Το παθητικό κάπνισμα αυξάνει εξίσου τον κίνδυνο στεφανιαίας νόσου (Hajar, 2017, Piepoli, 2016).

Αρτηριακή υπέρταση

Η στεφανιαία νόσος είναι το πιο συνηθισμένο επακόλουθο για υπερτασικούς ασθενείς όλων των ηλικιών. Η υπέρταση προδιαθέτει όλες τις κλινικές εκδηλώσεις της στεφανιαίας νόσου, συμπεριλαμβανομένου του εμφράγματος του μυοκαρδίου, της στηθάγχης και του αιφνίδιου θανάτου. Ακόμη και οι φυσιολογικές υψηλές τιμές της αρτηριακής πίεσης σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο στεφανιαίας νόσου.

Ο Αμερικανός Πρόεδρος Roosevelt πέθανε από εγκεφαλική αιμορραγία, επακόλουθη της υπέρτασης. Πολλοί παλιοί γιατροί πίστευαν ότι η υψηλή αρτηριακή πίεση ήταν απαραίτητη προκειμένου να περάσει το αίμα των ηλικιωμένων μέσω των σκληρυντικών αρτηριών και ότι ήταν φυσιολογικό στοιχείο της γήρανσης. Η ιατρική κοινότητα πίστευε ότι η επιτρεπόμενη συστολική αρτηριακή πίεση ήταν 100 συν την ηλικία του συμμετέχοντος σε χιλιοστά

υδραργύρου. Για όσους ήταν ηλικίας μεγαλύτερης των 70 ετών, μερικοί θεωρούσαν αποδεκτά ανώτατα φυσιολογικά όρια αρτηριακής πίεσης ότι ήταν 210mm Hg η συστολική και 120mm Hg η διαστολική. Φυσικά η έννοια της «καλοήθους ιδιοπαθούς υπέρτασης» απορρίφθηκε αργότερα.

Σε άτομα με ήπια ή μέτρια υπέρταση, ο ουσιαστικός κίνδυνος αποδείχθηκε ότι είναι συγκεντρωτικός σε εκείνους με συνυπάρχουσα δυσλιπιδαιμία, διαβήτη και υπερτροφία αριστερής κοιλίας.

Διάφορες οδηγίες και πολυάριθμες ενημερώσεις των κατευθυντήριων γραμμών για την υπέρταση έχουν δημοσιευθεί για την βελτίωση της θεραπείας και την πρόληψη των δυσμενών καρδιαγγειακών επιπτώσεων. Δεν υπάρχει θεραπεία για την υπέρταση, αλλά υπάρχει χρήσιμη φαρμακολογική θεραπεία και μερικές στρατηγικές που μπορεί να κάνει κανείς για να μειώσει τους κινδύνους, όπως η διατροφή, η άσκηση και ο τακτικός έλεγχος της αρτηριακής πίεσης (Hajar, 2017, Piepoli, 2016).

Υπερχοληστερολαιμία

Με τον όρο υπερχοληστερολαιμία υποδηλώνεται η αύξηση της ποσότητας της χοληστερόλης στο αίμα. Η ελεύθερη χοληστερόλη που υπάρχει στα κύτταρα χρησιμεύει στην κάλυψη των αναγκών του οργανισμού για κατασκευή κυτταρικών μεμβρανών, σύνθεση ορμονών και σχηματισμό χολικών οξέων.

Η χαμηλής πυκνότητας λιποπρωτεΐνης χοληστερόλη (*LDL*) είναι η κατ' εξοχήν αθηρωματογόνο λιποπρωτεΐνη, αφού η κυκλοφορία της σε αυξημένα ποσά προάγει τις αθηρωματικές αλλοιώσεις. Κύριος ρόλος της είναι η μεταφορά χοληστερόλης από το ήπαρ στους περιφερικούς ιστούς.

Σύμφωνα με μελέτες, τα οφέλη από τη μείωση της χοληστερόλης στον ορό του αίματος για τον κίνδυνο στεφανιαίας νόσου συνδέονται με την ηλικία: μια μείωση κατά 10% της χοληστερόλης στον ορό, προκαλεί πτώση του κινδύνου στεφανιαίας νόσου κατά 50% στην ηλικία των 40, 40% στην ηλικία των 50, 30% στην ηλικία των 60 και 20% στην ηλικία των 70 ετών.

Οι τρέχουσες οδηγίες προσδιορίζουν την LDL ως τον πρωταρχικό στόχο για τη θεραπεία της υψηλής χοληστερόλης και συνεπώς της πρόληψης στεφανιαίας νόσου.

Αντίθετα, η υψηλής πυκνότητας λιποπρωτεΐνης χοληστερόλη (HDL) είναι αποδεκτή από την ιατρική κοινότητα ως ένας σημαντικός αντιαθηρωματογόνος παράγοντας, προστατευτική για τα αγγεία και συνεπώς η αύξηση της έχει γίνει μια αποδεκτή στρατηγική για τη μείωση του ποσοστού εμφάνισης στεφανιαίας νόσου. Κύριος ρόλος της είναι η μεταφορά της χοληστερόλης από τους περιφερικούς ιστούς προς το ήπαρ. Εκτιμάται ότι η αύξηση του επιπέδου της HDL κατά 1mg/dl σχετίζεται με μείωση του στεφανιαίου κινδύνου κατά 1% στους άντρες και κατά 3% στις γυναίκες.

Σύμφωνα με τη μελέτη του Framingham τα αυξημένα επίπεδα της LDL σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο για στεφανιαία νόσο και οδηγούν σε αθηρωμάτωση, ενώ τα επίπεδα HDL χοληστερόλης σχετίζονται αντιστρόφως με τον κίνδυνο για στεφανιαία νόσο (Piepoli, 2016, Catapano, 2011).

Σακχαρώδης διαβήτης

Ο ρόλος του διαβήτη στην παθογένεση των καρδιαγγειακών νοσημάτων ήταν ασαφής μέχρι το 1979, όταν ο Kannel και οι συνεργάτες του χρησιμοποίησαν δεδομένα από τη μελέτη Framingham για τον εντοπισμό του διαβήτη ως κύριο παράγοντα καρδιαγγειακού κινδύνου (Kannel & McGee, 1979).

Με βάση τα 20 χρόνια παρακολούθησης της ομάδας Framingham, αναφέρθηκε ένας διπλάσιος έως τριπλάσιος αυξημένος κίνδυνος κλινικής αθηρωματικής νόσου. Ήταν επίσης μια από τις πρώτες μελέτες για να αποδείξει τον υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης στεφανιαίας νόσου σε γυναίκες με διαβήτη σε σύγκριση με άντρες με διαβήτη.

Σύμφωνα με την American Heart Association:

- Τουλάχιστον το 68% των ατόμων ηλικίας 65 ετών και πάνω με διαβήτη πεθαίνουν από κάποια μορφή καρδιακής νόσου.
- Οι ενήλικες με διαβήτη είναι δυο έως τέσσερις φορές πιο πιθανό να πεθάνουν από στεφανιαία νόσο απ' ό,τι οι ενήλικες χωρίς διαβήτη.
- Ο διαβήτης είναι ένας από τους επτά παράγοντες που μπορούν να ελεγχθούν για καρδιαγγειακές παθήσεις.

Ο διαβήτης είναι θεραπεύσιμος αλλά, ακόμη και αν τα επίπεδα γλυκόζης είναι υπό έλεγχο, αυξάνεται σημαντικά ο κίνδυνος καρδιακής νόσου, γιατί τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη έχουν και άλλες καταστάσεις που είναι εξίσου επικίνδυνες για την εμφάνιση στεφανιαίας νόσου, όπως η υπέρταση, η ανώμαλη χοληστερόλη, η παχυσαρκία και άλλα.

Το θετικό είναι ότι με τη διαχείριση αυτών των παραγόντων κινδύνου, τα άτομα με διαβήτη μπορεί να αποφύγουν ή να καθυστερήσουν την ανάπτυξη καρδιαγγειακής νόσου (Hajar, 2017, Pieroli, 2016).

Παχυσαρκία

Η παχυσαρκία αποτελεί τον δεύτερο μετά το κάπνισμα παράγοντα κινδύνου όλων των αιτιών θανάτου στις Η.Π.Α. και ορίζεται ως η υπέρμετρη εναπόθεση λιπώδους ιστού στο σώμα.

Η συσχέτιση της παχυσαρκίας και της στεφανιαίας νόσου ήταν η πρώτη που σημειώθηκε από τον Kannel και τους συνεργάτες του στο Framingham (Kannel, 1967).

Διακρίνεται σε κεντρική και περιφερική παχυσαρκία με βάση την κατανομή του λίπους. Η *κεντρική* ή *ανδροειδής* παχυσαρκία είναι πολύ πιο επικίνδυνη από την *περιφερική* ή *γυναικοειδή* παχυσαρκία. Οι δυο αυτές μορφές παχυσαρκίας διαχωρίζονται με βάση τη σχέση περιμέτρου μέσης προς ισχία. Στην κεντρική παχυσαρκία η συσσώρευση λίπους γίνεται στο πάνω μέρος του σώματος (κοιλιά), ενώ στην περιφερική στο κάτω μέρος (ισχία).

Σύμφωνα με τον Poirier και τους συνεργάτες του (2006), ο δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ) κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο στεφανιαίας νόσου κατά την ενηλικίωση.

Η πρόληψη και ο έλεγχος του υπερβολικού βάρους και της παχυσαρκίας σε ενήλικες και παιδιά έχει καταστεί βασικό στοιχείο για την πρόληψη των καρδιαγγειακών παθήσεων (Pieroli, 2016).

Καθιστική ζωή και έλλειψη άσκησης

« Οι οδηγοί στα διώροφα λεωφορεία του Λονδίνου εμφάνισαν κατά το ήμισυ ή λιγότερο τη συχνότητα εμφάνισης της στεφανιαίας οξείας νόσου και αιφνιδίου θανάτου που αποδίδεται

στη στεφανιαία νόσο στους καθισμένους οδηγούς λεωφορείων...» Έτσι ξεκίνησε ο Morris και οι συνεργάτες του το άρθρο ορόσημο του 1953 για τη συσχέτιση της σωματικής δραστηριότητας με τη στεφανιαία νόσο. Από τότε αρκετές επιδημιολογικές μελέτες επιβεβαίωσαν τη σχέση αυτή (Morris, 1953).

Σύμφωνα με έρευνες έχει φανεί ότι η μακροχρόνια φυσική δραστηριότητα, κάθε είδους, παίζει ρόλο στη μείωση του κινδύνου εκδήλωσης στεφανιαίας νόσου. Αυτό το εύρημα φαίνεται να έχει ισχύ ακόμη και σε ηλικιωμένους, παρόλο που πρέπει να τονιστεί ότι η μέτρια ή έντονη άσκηση δεν φαίνεται να επιφέρει τα ίδια ευεργετικά αποτελέσματα, όπως στους νεαρότερους.

Η σύσταση της σωματικής άσκησης έχει γίνει ένα σημαντικό στοιχείο των προληπτικών πολιτικών για την εμφάνιση της στεφανιαίας νόσου, και όχι μόνο, για τον γενικό πληθυσμό (σε ενήλικες, ηλικιωμένους και παιδιά) (Hajar, 2017, Pieroli, 2016).

1.3.2. ΜΗ ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΙΜΟΙ ΕΠΙΒΑΡΥΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΝΟΣΟΥ

Ηλικία

Με την αύξηση της ηλικίας φαίνεται ότι αυξάνεται και ο κίνδυνος εμφάνισης στεφανιαίας νόσου, και μάλιστα είναι μεγαλύτερος σε άντρες μικρότερης ηλικίας, αλλά οι κλινικές εκδηλώσεις της (στηθάγχη, έμφραγμα και αιφνίδιος θάνατος) παρατηρούνται στους άντρες στην ηλικία των 50- 60 ετών, ενώ στις γυναίκες στην ηλικία των 60- 70 ετών.

Η καρδιακή γήρανση προκαλεί σκλήρυνση των μυϊκών ινών, οι οποίες προκαλούν μείωση της ικανότητας του μυός να χαλαρώσει, να διασταλεί και να συσταλεί. Με την πάροδο του χρόνου ο αριθμός των μυϊκών κυττάρων μειώνεται, τα κύτταρα μεγεθύνονται ή υπερτρέφονται. Τα μεγάλα αρτηριακά τοιχώματα των αγγείων διαστέλλονται και διογκώνονται και αυξάνεται η ακαμψία του αγγείου διότι το κολλαγόνο αντικαθίσταται με ίνωση των ιστών.

Οι συνέπειες όλων αυτών είναι αύξηση της αρτηριακής πίεσης, η αρτηριοσκλήρυνση και η μειωμένη καρδιακή απόδοση.

Φύλο

Η θνησιμότητα και η επικράτηση της στεφανιαίας νόσου είναι μεγαλύτερη στους άντρες απ' ότι στις γυναίκες. Οι άντρες προσβάλλονται συχνότερα από τις γυναίκες σε αναλογία 8/1 πριν την ηλικία των 40 ετών και μετά την ηλικία των 70 ετών η αναλογία γίνεται 4/1.

Ο Kannel και οι συνεργάτες του (1971), καθώς και ο Mann και οι συνεργάτες του (1976), ερμηνεύοντας τη διαφορά στη συχνότητα της στεφανιαίας νόσου στα δυο φύλα, την απέδωσαν στον προστατευτικό ρόλο των οιστρογόνων και στα διαφορετικά επίπεδα λιπιδίων στο αίμα, και ιδιαίτερα της HDL. Επειδή στις γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση παύει να υπάρχει ο προστατευτικός ρόλος των οιστρογόνων, αυξάνεται η πιθανότητα εμφάνισης της νόσου.

Οικογενειακό ιστορικό

Ένα οικογενειακό ιστορικό με στεφανιαία νόσο αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο να εμφανίσουν και τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας την ασθένεια και αποτελεί ισχυρό και ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου.

Σε σχετικές μελέτες έχει βρεθεί ότι ο κίνδυνος προσβολής από έμφραγμα του μυοκαρδίου σε άτομο με θετικό κληρονομικό ιστορικό, είναι περίπου 2,2 φορές μεγαλύτερος.

Επειδή το κληρονομικό ιστορικό αποτελεί έναν μη τροποποιήσιμο παράγοντα κινδύνου συνιστάται στα άτομα αυτά να ελέγχουν επιμελώς τους παράγοντες κινδύνου που μπορούν να τροποποιηθούν και μπορεί να συνυπάρχουν, όπως η υπερχοληστερολαιμία, ο σακχαρώδης διαβήτης, η υπέρταση και το κάπνισμα (Piepoli, 2016).

Σε γενικές γραμμές η **Ευρωπαϊκή Εταιρεία Αθηροσκλήρυνσης** έχει καταρτίσει μια σειρά οδηγιών για τον έλεγχο των παραγόντων κινδύνου της στεφανιαίας νόσου. Οι οδηγίες αυτές έχουν δυο προσεγγίσεις για την πρόληψη της νόσου:

- (α) την «πληθυσμιακή στρατηγική» και
- (β) την «ατομική στρατηγική».

Η «πληθυσμιακή στρατηγική» απευθύνεται προς το γενικό πληθυσμό μιας χώρας και προσπαθεί να βελτιώσει τη συμπεριφορά ολόκληρου του πληθυσμού ως προς την υγεία (μαζική εκπαίδευση και παράλληλα εκτεταμένη έρευνα για τους παράγοντες κινδύνου).

Η «ατομική στρατηγική» έχει στόχο να ανιχνεύσει τα άτομα που έχουν αυξημένους παράγοντες κινδύνου στεφανιαίας νόσου (αυξημένη χοληστερόλη, υπέρταση, κάπνισμα, παχυσαρκία κ.τ.λ.) και να τους αντιμετωπίσει.

1.4 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΝΟΣΟΥ

Η θεραπεία της στεφανιαίας νόσου χωρίζεται σε φαρμακευτική και επεμβατική θεραπεία επαναιμάτωσης. Αποσκοπεί αφενός στην παράταση της επιβίωσης (αποφυγή εμφράγματος και θανάτου) και αφετέρου στη βελτίωση της ποιότητας ζωής (μείωση στηθάγχης και ισχαιμίας). Ασφαλώς η πρέπουσα και καλύτερη τακτική είναι η πρόληψη, με την καταπολέμηση των προδιαθεσικών παραγόντων (μείωση χοληστερόλης, διακοπή καπνίσματος, ρύθμιση αρτηριακής πίεσης, σακχάρου κ.τ.λ.) (Garcia, 2015, Piepoli, 2016, Stephan, 2014) .

1.4.1 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΝΟΣΟΥ

A. Αντιστηθαγικά φάρμακα

Τα αντιστηθαγικά φάρμακα διορθώνουν τη δυσαναλογία της ανάγκης του μυοκαρδίου σε οξυγόνο και της προσφοράς οξυγόνου, βελτιώνοντας την κυκλοφορία του αίματος στις στεφανιαίες αρτηρίες ή μειώνοντας το καρδιακό έργο και το ποσό του οξυγόνου που καταναλώνεται από τον καρδιακό μυ. Οι τρεις μεγαλύτερες κατηγορίες αντιστηθαγικών φαρμάκων είναι τα *νιτρώδη*, οι *β-αδρενεργικοί αναστολείς* και οι *ανταγωνιστές διαύλων ιόντων ασβεστίου* (Stephan, 2014).

Νιτρώδη

Τα νιτρώδη είναι φάρμακα πρώτης επιλογής και θεραπεύουν τα οξέα επεισόδια της στηθάγχης. Η κύρια δράση τους δεν έχει εξακριβωθεί εντελώς, όμως είναι γνωστό ότι προκαλούν περιφερική αγγειοδιαστολή ειδικά στις φλέβες, δρώντας στους λείους μυς των αγγείων που συμμετέχουν στον σχηματισμό του νιτρικού οξέος ή στην παραγωγή κυκλικής μονοφωσφατικής γουανοσίνης cGMP, η οποία αυξάνει την παραγωγή προστακυκλίνης. Η λίμναση του αίματος στα αγγεία μειώνει τη φλεβική επιστροφή και μειώνεται έτσι ο όγκος αίματος της αριστερής κοιλίας. Η μείωση της διαστολής του καρδιακού τοιχώματος μειώνει και την απαίτηση σε οξυγόνο, οπότε ανακουφίζεται γρήγορα ο πόνος. Τέτοια φάρμακα είναι η τρινιτρίνη, η νιτρογλυκερίνη, η δινιτρική ισισιρβίδη και η μονοτρική ισοσορβίδη (García, 2015, Stephan, 2014).

Τα νιτρώδη χορηγούνται σε πολλές μορφές, όπως δισκία (νιτρογλυκερίνη και δινιτρική ισισιρβίδη), κάψουλες, υπογλώσσια, σπρέι, σε διάλυμα, διαδερμικά με αυτοκόλλητο το οποίο επαλείφεται με τρινιτρογλυκερίνη ή ως αλοιφή για διαδερμική χρήση.

Η κυριότερη ανεπιθύμητη ενέργεια που μπορεί να έχουν είναι η υπόταση και η κεφαλαλγία. Η μεν υπόταση παρέρχεται αμέσως με τη διακοπή της θεραπείας, η δε κεφαλαλγία εμφανίζεται κυρίως στην αρχή ή με την αύξηση της δόσης.

Η χρόνια χορήγηση νιτρωδών προλαμβάνει και μειώνει τη συχνότητα στηθαγχικών επεισοδίων και βελτιώνει την αντοχή στην κόπωση. Όμως δημιουργείται μια ανοχή στη δράση των νιτρωδών μακράς δράσης, γι' αυτό προτιμάται η διακεκομμένη χορήγηση τους.

B- αδρενεργικοί αναστολείς

Οι β- αδρενεργικοί υποδοχείς καταστέλλουν τους β- υποδοχείς αποκλείοντας τους. Έτσι οι κατεχολαμίδες, οι οποίες παράγονται σε περιπτώσεις stress (άσκηση ή συναισθηματικό stress), δεν έχουν υποδοχείς για να δράσουν.

Οι β- αδρενεργικοί αναστολείς μειώνουν τη συχνότητα του καρδιακού ρυθμού, καθώς επίσης και τη συσταλτικότητα του μυοκαρδίου και με αυτόν τον τρόπο μειώνουν την ανάγκη του μυοκαρδίου σε οξυγόνο.

Υπάρχουν β αναστολείς οι οποίοι αναστέλλουν τους β1 υποδοχείς, οπότε λέγονται β1-αδρενεργικοί αναστολείς, και εκείνοι που αναστέλλουν τους β1 και τους β2. Οι β1 υποδοχείς βρίσκονται κυρίως στον καρδιακό μυ και θέλουμε εκλεκτικά να αναστέλλονται μόνο αυτοί. Οι β2 υποδοχείς βρίσκονται κυρίως στους βρόγχους και πολλές φορές όταν χορηγούνται μη εκλεκτικοί β αναστολείς (δηλαδή αυτοί που αναστέλλουν και τους β1 και τους β2) μπορεί να συμβεί βρογχόσπασμος (Stephan, 2014).

Χορηγούνται από το στόμα ή ενδοφλέβια και ενδείκνυται για την πρόληψη στηθάγχης μετά την κόπωση, αλλά δεν δρουν εάν έχει ήδη εγκατασταθεί ο στηθαγχικός πόνος.

Τέτοιου είδους φάρμακα είναι η προπρανολόλη, η μεπρολόλη, η πινδολόλη και η εσμαλόλη.

Οι ανεπιθύμητες ενέργειες που μπορεί να προκαλέσουν είναι βραδυκαρδία, βρογχόσπασμο, σεξουαλικές διαταραχές, κατάθλιψη, εφιάλτες κατά τον νυχτερινό ύπνο και εμφάνιση ψυχρών άκρων.

Ανταγωνιστές διαύλων ασβεστίου

Οι ανταγωνιστές διαύλων ασβεστίου είναι φάρμακα τα οποία προκαλούν αρνητική ινότροπο δράση, μειώνοντας την εισροή των ιόντων ασβεστίου, τα οποία εισέρχονται στα καρδιακά κύτταρα. Με αυτόν τον τρόπο επιβραδύνεται η αγωγή και επιμηκύνεται η απόλυτα ανερέθιστη περίοδος σε ιστούς οι οποίοι εξαρτώνται από ρεύματα ασβεστίου, όπως είναι ο κολποκοιλιακός κόμβος. Έτσι επιτυγχάνεται από τη μια μείωση του καρδιακού ρυθμού και από την άλλη αγγειοδιαστολή.

Στην κατηγορία αυτών των φαρμάκων ανήκουν η νιφεδιπίνη και η αμβλοδιπίνη, οι οποίες έχουν ναί μεν μικρή επίδραση στην καρδιά και στον ρυθμό της, αλλά προκαλούν περισσότερο αγγειοδιαστολή. Η αμβλοδιπίνη έχει μεγάλη διάρκεια δράσης και προκαλεί μικρότερη ταχυκαρδία από τη νιφεδιπίνη. Η βεραπαμίλη, όπως και η διλτιαζέμη καταστέλλουν τον φλεβόκομβο προκαλώντας μετρίου βαθμού βραδυκαρδίας επί ηρεμίας.

Χορηγούνται ενδοφλέβια ή από το στόμα και όσον αφορά τις ανεπιθύμητες ενέργειες, σε ένα ποσοστό γύρω στο 5% των ασθενών, προκαλούν γαστρεντερικές διαταραχές. Πιο

συγκεκριμένα, η βεραπαμίλη μπορεί να προκαλέσει δυσκοιλιότητα, να αυξήσει τα επίπεδα της διγοξίνης σε ασθενείς που λαμβάνουν δακτυλίτιδα, καθώς και υπόταση σε ασθενείς οι οποίοι λαμβάνουν κινιδίνη. Η νιφεδιπίνη μπορεί να προκαλέσει πονοκέφαλο, υπόταση, οίδημα στα άκρα και ταχυκαρδία. Ενώ η διλτιαζέμη είναι πολύ καλά ανεκτή από τους περισσότερους ασθενείς (Garcia, 2015)

B. Φάρμακα για πρόληψη εμφράγματος του μυοκαρδίου και καρδιακό θάνατο

Αντιαιμοπεταλιακά – Αντιθρομβωτικά

Η χορήγησή των αντιαιμοπεταλιακών παραγόντων ενδείκνυται για τη δευτερογενή πρόληψη σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο, Εγκεφαλικό επεισόδιο, περιφερική αγγειοπάθεια, σε οξύ στεφανιαίο σύνδρομο και για την προφύλαξη θρόμβωσης ενδοστεφανιαίας πρόθεσης.

Το σαλικυλικό οξύ (ασπιρίνη) είναι από τα παλαιότερα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα, χορηγείται από το στόμα και απορροφάται ταχέως από το γαστρικό βλεννογόνο. Αναστέλλει τη συσσώρευση των αιμοπεταλίων λόγω μείωσης της παραγωγής της θρομβοξάνης και έχει χρόνο ημιζωής 20 λεπτά. Ο τρόπος δράσης του είναι με ακετυλίωση της κυκλοξυγενάσης των αιμοπεταλίων, πράγμα το οποίο καθιστά τη δράση της ασπιρίνης μόνιμη και είναι κάτι που δεν το πετυχαίνουν τα άλλα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη. Η δράση της ασπιρίνης στη συσσώρευση των αιμοπεταλίων μπορεί να διατηρηθεί για 5 ημέρες, γι' αυτό οι ασθενείς οι οποίοι πρόκειται να χειρουργηθούν πρέπει να σταματήσουν τη λήψη ασπιρίνης 5-10 ημέρες προ του χειρουργείου (Pieroli, 2016).

Όσον αφορά τις ανεπιθύμητες ενέργειες αυτές μπορεί να είναι γαστρίτιδα, έλκος, γαστρορραγία, διάτρηση εντέρου, κεφαλαλγία και σύγχυση. Επίσης, σε ασθενείς με ρινικούς πολύποδες ή ενδογενές άσθμα έχει προκληθεί βρογχικό άσθμα με τη χορήγηση ασπιρίνης. Τέλος, έχει παρατηρηθεί αύξηση των ηπατικών ενζύμων σε ασθενείς που λαμβάνουν ασπιρίνη λόγω συστηματικού ερυθρεματοειδούς λύκου ή ρευματοειδούς αρθρίτιδας, όμως η διακοπή του φαρμάκου προκάλεσε επάνοδο τιμών στα φυσιολογικά επίπεδα.

Στους αναστολείς των υποδοχέων P2Y₁₂ εντάσσονται οι τικλοπιδίνη, κλοπιδογρέλη, πρασουγρέλη και η τικαγρελόρη.

Οι αντιπηκτικοί παράγοντες χρησιμοποιούνται σε περιπτώσεις προσθετικής βαλβίδας, θρόμβου στην αριστερή κοιλία σε ανεύρυσμα ή μετά από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, σε πνευμονική εμβολή, σε οξύ στεφανιαίο σύνδρομο.

Στους αντιπηκτικούς παράγοντες εντάσσονται οι ανταγωνιστές της βιταμίνης Κ, όπως η βαρφαρίνη και η ασενοκουμαρόλη και τα νεώτερα αντιπηκτικά, όπως dabigatran, το rivaroxaban και το apixaban.

Ως παρεντερικά αντιπηκτικά φάρμακα χρησιμοποιούνται η ηπαρίνη και οι ηπαρίνες χαμηλού μοριακού βάρους, όπως η ενοξοπαρίνη, η ναδροπαρίνη, η τινζαπαρίνη και ο αναστολέας του παράγοντα Χα.

Στους αναστολείς της θρομβίνης εντάσσεται η λεπιρουδίνη, η μπιβαλιρουδίνη. (Αναστασίου Νανά, 2014)

Υπολιπιδαιμικοί παράγοντες

✓ Ρητίνες δέσμευσης των χολικών οξέων (χολεστυραμίνη)

Οι ρητίνες δέσμευσης χολικών οξέων ενδείκνυται όταν υπάρχει αύξηση της LDL χοληστερόλης και κυρίως όταν αυτή είναι μεμονωμένη. Οι ρητίνες δεσμεύονται με τα χολικά οξέα στο λεπτό έντερο και επιτρέπουν μόνο μερικώς την απορρόφηση του. Έτσι, η μικρότερη επαναρρόφηση από το λεπτό έντερο των χολικών οξέων προς το ήπαρ έχει σαν αποτέλεσμα τη μείωση της χοληστερόλης και κυρίως της LDL. Η LDL χοληστερόλη στο πλάσμα με τη χορήγηση των ρητινών δέσμευσης χολικών οξέων μπορεί να μειωθεί κατά 15- 25%, ενώ η HDL δεν επηρεάζεται.

Η σοβαρότερη παρενέργεια των ρητινών είναι οι γαστρεντερικές διαταραχές, καθώς επίσης και το γεγονός ότι μπορεί να εμποδίσουν και την απορρόφηση άλλων φαρμάκων, όπως η διγοξίνη, διουρητικά, β- αναστολείς κτλ. Σε λίγα άτομα μπορεί να εμφανιστεί και παροδική αύξηση των τρανσαμινασών.

✓ Φιμπράτες (κλοφιμπράτη)

Οι φιμπράτες χορηγούνται κυρίως σε άτομα με υπερτριγλυκεριδαιμία, καθώς μειώνουν τα τριγλυκερίδια στο πλάσμα κατά 20- 40% με τρεις τρόπους:

- Εμποδίζουν τη σύνδεση των VLDL τριγλυκεριδίων από το ήπαρ.
- Αυξάνουν τη δραστικότητα της λιποπρωτεϊνικής λιπάσης με αποτέλεσμα αυξημένη λιπόλυση των τριγλυκεριδίων των VLDL και των χυλομικρών.
- Αυξάνουν την έκκριση της χοληστερόλης από το ήπαρ προς τη χολή.

Οι πιο συνηθισμένες παρενέργειες είναι γαστρεντερικές διαταραχές, δερματικές διαταραχές, μυϊκά άλγη και σπάνια αύξηση τρανσαμινασών.

✓ Νικοτινικό οξύ (νιασίνη)

Το νικοτινικό οξύ μειώνει την παραγωγή των λιποπρωτεϊνών στο ήπαρ, αλλά ο μηχανισμός του δεν είναι ακόμη γνωστός. Χορηγείται στην πρωτοπαθή υπερχοληστεροναιμία και στην συνδυασμένη δυσλιπιδαιμία.

Το νικοτινικό οξύ προκαλεί όμως πολλές παρενέργειες και μόνο το 50% των ατόμων που το λαμβάνουν μπορούν να συνεχίσουν τη θεραπεία. Συνήθως υπάρχει έξαψη, κνησμός ή εξανθήματα. Επίσης, μπορεί να συμβεί ενεργοποίηση πεπτικού έλκους, πόνος στο στομάχι και παθήσεις του εντέρου. Προκαλεί αύξηση των τρανσαμινασών, υπερουριχαιμία, υπεργλυκαιμία και σε άτομα που έχουν στεφανιαία νόσο μπορεί να προκαλέσει αρρυθμίες.

✓ Αναστολείς του ενζύμου HMG- COA αναγωγάση (στατίνες) (λοβαστατίνη, φλουβαστατίνη, πραβαστατίνη, συνβαστατίνη, εζετιμίμη)

Οι στατίνες είναι μια ομάδα φαρμάκων, που κυκλοφορούν σε μεγάλο αριθμό σκευασμάτων και η HMG- COA αναγωγάση είναι το ένζυμο κλειδί της διαδικασίας της σύνθεσης της χοληστερόλης. Οι στατίνες αναστέλλουν τη δράση της HMG- COA αναγωγάσης εμποδίζοντας έτσι τη σύνθεση της χοληστερόλης στο ηπατικό κύτταρο. Οι στατίνες μειώνουν την LDL κατά 30- 40% και σε συνδυασμό με ρητίνες δέσμευσης χολικών οξέων κατά 50- 60%. Επίσης, αυξάνουν την HDL χοληστερόλη κατά 5- 15%.

Όσον αφορά στις παρενέργειες, σε γενικές γραμμές οι στατίνες είναι καλά ανεκτές. Έχουν περιγραφεί ελαφρά περιστατικά αύξησης τρανσαμινασών.

✓ Ω3 λιπαρά οξέα

Τα Ω3 λιπαρά οξέα χορηγούνται συνήθως στην υπερτριγλυκεριδαιμία και ανευρίσκονται κυρίως στα ιχθυέλαια σε μεγάλες δόσεις. Μειώνουν τη σύνθεση των VLDL και τα τριγλυκερίδια, ενώ αυξάνουν την LDL. Ιδιαίτερες ανεπιθύμητες ενέργειες δεν αναφέρονται.

✓ Συνδυασμός φαρμάκων

Σε πολλές περιπτώσεις ο συνδυασμός φαρμάκων είναι αναγκαίος, ιδίως για την αντιμετώπιση ανθεκτικών βαρειών δυσλιπιδαιμιών. Συχνά χορηγούνται ρητίνες με φιμπράτη. Η συγχορήγηση ρητινών και στατινών έχει οδηγήσει σε εντυπωσιακές μειώσεις της LDL μέχρι και 50% (Αναστασίου-Νανά, 2014).

Γ. Αντιυπερτασικά

✓ Αναστολείς του μετατρεπτικού ενζύμου (A- MEA)

Οι αναστολείς του μετατρεπτικού ενζύμου της αγγιοτενσίνης ή A-MEA αναστέλλουν τη μετατροπή της αγγιοτενσίνης I σε αγγιοτενσίνη II. Η ανοξία την οποία αναγνωρίζει ο οργανισμός έχει σαν αποτέλεσμα την έκκριση ρενίνης η οποία ενεργοποιεί το αγγιοτενσινογόνο και αυτό μετατρέπεται σε αγγιοτενσίνη I, η οποία είναι ανενεργός.

Η αγγιοτενσίνη I με το ένζυμο μετατροπέας στους πνεύμονες γίνεται αγγιοτενσίνη II, η οποία είναι ισχυρότατη αγγειοσυσπαστική ουσία και προκαλεί αφενός αγγειοσύσπαση και αφετέρου έκκριση ορμονών όπως της αλδοστερόνης και της αντιδιουρητικής ορμόνης. Η μεν αλδοστερόνη κατακρατά νάτριο, η δε αντιδιουρητική ορμόνη κατακρατά ύδωρ, με αποτέλεσμα την αύξηση της αρτηριακής πίεσης και την καλύτερη αιμάτωση του νεφρού.

Τα συχνότερα χρησιμοποιούμενα είναι η καπτοπρίλη και η εναλαπρίλη. Όσον αφορά τις παρενέργειες η κυριότερη, σε ποσοστό 30%, είναι η εμφάνιση βήχα. Επίσης, μπορεί να εμφανιστεί πρωτεϊνουρία και υπερκαλιαιμία.

✓ β- αδρενεργικοί αναστολείς

Οι β-αδρενεργικοί αναστολείς αναφέρθηκαν και στα αντιστηθαγικά φάρμακα, χρησιμοποιούνται όμως και ως αντιυπερτασικά διότι:

- Μειώνουν τη συμπαθητική δραστηριότητα λόγω του ότι αναστέλλουν τους υποδοχείς του συμπαθητικού β1 και β2.
- Μειώνουν την καρδιακή παροχή.

- Επιδρούν στη ρηνίνη μειώνοντας την απελευθέρωση της.

✓ Ανταγωνιστές διαύλων ασβεστίου

Όπως και οι β- αδρενεργικοί αναστολείς, έτι και οι ανταγωνιστές διαύλων ασβεστίου, εκτός από αντιστηθαγικά, χρησιμοποιούνται και ως αντιυπερτασικά διότι προκαλούν περιφερική αγγειοδιαστολή. Η νιφεδιπίνη είναι το πιο συχνά χρησιμοποιούμενο φάρμακο, η βεραπαμίλη χρησιμοποιείται σχεδόν αποκλειστικά για τις ταχυκαρδίες, ενώ η διλτιαζέμη χρησιμοποιείται συχνά ως αντιυπερτασικό.

✓ Διουρητικά

Τα διουρητικά είναι τα παλαιότερα χρησιμοποιούμενα φάρμακα για τη ρύθμιση της υπέρτασης διότι η αποβολή μεγάλου όγκου ούρων έχει σαν αποτέλεσμα τη μείωση της αρτηριακής πίεσης. Η κυριότερη παρενέργεια όμως που προκαλούν είναι η μείωση των ηλεκτρολυτών διότι μαζί με τα ούρα παρασύρονται και ηλεκτρολύτες.

✓ Αναστολείς της ρενίνης

Δρουν στη δραστική θέση της ρενίνης αναστέλλοντας τη μετατροπή του αγγειοτενσινογόνου σε αγγειοτενσίνη I.

✓ Αναστολείς των υποδοχέων AT1 της αγγειοτενσίνης II

Δρουν αναστέλλοντας το σύστημα ρενίνης-αγγειοτενσίνης-αλδοστερόλης στο επίπεδο των υποδοχέων της αγγειοτενσίνης II. Δε θα πρέπει να θεωρηθούν απλώς οι αντικαταστάτες των AMEA διότι οι τελευταίοι φαίνονται να έχουν μια επιπλέον προστατευτική δράση στο μυοκάρδιο ως προς την πρόληψη εμφάνισης οξέων ισχαιμικών στεφανιαίων συνδρόμων.

✓ Ανταγωνιστές της Αλδοστερόνης

Αποτελούν αντιυπερτασικά φάρμακα με ήπια δράση. Σε αυτούς ανήκουν η σπιρονολακτόνη και η επλερενόνη.

✓ Αναστολείς των α-αδρενεργικών υποδοχέων (α-αναστολείς)

Δεν ανήκουν στα υπερτασικά πρώτης επιλογής. Δρουν μέσω χάλασης των μυϊκών ινών των αρτηριολιών και επακόλουθης μείωσης των αγγειακών αντιστάσεων.

Σε αυτούς περιλαμβάνονται η πραζοσίνη, η τεραζοσίνη και η δοξασίνη.

✓ Τα κεντρικώς δρώντα υπερτασικά

Στοχεύουν στους α-αδρενεργικούς υποδοχείς στο κεντρικό νευρικό σύστημα μειώνοντας την περιφερική δράση του συμπαθητικού νευρικού συστήματος. Στην ομάδα αυτή ανήκουν η μεθυλντόπα, η κλονιδίνη (Αναστασίου-Νανά, 2014)

Δ. Αντιαρρυθμικά φάρμακα

Τα αντιαρρυθμικά φάρμακα χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση επικίνδυνων για τη ζωή των ασθενών αρρυθμιών όπως κολπική μαρμαρυγή, κοιλιακή ταχυκαρδία ή μαρμαρυγή. Η ουσία που χρησιμοποιείται κυρίως είναι η αμιοδαρόνη η οποία μειώνει τον κίνδυνο του αιφνίδιου θανάτου αλλά χρειάζεται προσοχή λόγω των πιθανών παρενεργειών της όπως η φωτοευαισθησία, εξανθήματα, νεφροπάθεια, επίδραση στο θυρεοειδή αδένα (Glenn, 2015).

1.4.2 ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΝΟΣΟΥ

1. Θρομβόλυση

Η θρομβόλυση είναι μια μέθοδος επαναιμάτωσης που γίνεται με φαρμακευτικά μέσα και ανοίγει την πλήρως αποφραγμένη αρτηρία σε ποσοστό περίπου 70%. Πρέπει να χορηγείται το ταχύτερο δυνατό διότι μειώνει τον κίνδυνο θανάτου, καρδιακής ανεπάρκειας και συστολικής δυσλειτουργίας της αριστερής κοιλίας (Glenn 2015, Braunwald's 2012).

Πιο συγκεκριμένα, η θρομβόλυση πρέπει να χορηγείται σε ασθενείς με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, με ανάσπαση του διαστήματος ST στο ηλεκτροκαρδιογράφημα και εντός 12 ωρών από την έναρξη των συμπτωμάτων, ή σε ασθενείς στους οποίους τα συμπτώματα έχουν

αρχίσει λιγότερο από 12 - 24 ώρες πριν, αλλά εμφανίζουν συμπτώματα συνεχιζόμενης ισχαιμίας (παρουσία πόνου).

Τα φάρμακα που χορηγούνται για θρομβόλυση είναι:

- Η στρεπτοκινάση (ΣΤΚ)
- Ο ενεργοποιητής του ιστικού πλασμινογόνου (αλτεπλάση, t- PA)
- Ο ανασυνδυασμένος ενεργοποιητής του πλασμινογόνου (retavase, r- PA)
- Η τενεκτεπλάση (TNK- tPA)

Ο τρόπος δράσης των θρομβολυτικών έγκειται στην αύξηση της μετατροπής του πλασμινογόνου σε πλασμίνη, με αποτέλεσμα την αύξηση της διάσπασης των ερυθρών θρόμβων που παρατηρούνται στους ασθενείς με οξύ έμφραγμα. Τα TNK- tPA και τα t- PA είναι ειδικά της ινικής και δρουν μόνο στο πλασμινογόνο το οποίο έχει δεσμευτεί στον θρόμβο.

Αποτέλεσμα αυτής της δράσης των εν λόγω φαρμάκων είναι η σημαντικά μειωμένη πρόκληση συστηματικής ινωδόλυσης και η μειωμένη επίπτωση αιμορραγικών επιπλοκών από τη χορήγησή τους.

Απόλυτες αντενδείξεις θρομβόλυσης:

- Προηγθέν αιμορραγικό Α.Ε.Ε, οποτεδήποτε.
- Ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο τους προηγούμενους 6 μήνες.
- Γνωστή ενδοκρανιακή νεοπλασία ή εγκεφαλική, αγγειακή ανωμαλία.
- Κρανιο-εγκεφαλική κάκωση τις προηγούμενες 3 εβδομάδες.
- Μείζον τραύμα, μείζον χειρουργείο, σε διάστημα λιγότερο των τριών προηγούμενων εβδομάδων.
- Γαστρορραγία, σε διάστημα λιγότερο των προηγούμενων τεσσάρων εβδομάδων.
- Ενεργός αιμορραγία ή αιμορραγική διάθεση με εξαίρεση την αιμορραγία περιόδου.
- Υποψία διαχωρισμού αορτής.

Σχετικές αντενδείξεις θρομβόλυσης:

- Ανεξέλεγκτη υπέρταση ή ιστορικό χρόνιας σοβαρής αρτηριακής υπέρτασης
- Ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο παλαιότερο από 6 μήνες ή άνοια
- Χρήση αντιπηκτικών φαρμάκων
- Τραυματική ή παρατεταμένη (περισσότερο από 10 λεπτά) καρδιο-αναπνευστική αναζωογόνηση

- Παρακέντηση αρτηριών που δεν μπορούν να συμπιεστούν
- Πρόσφατη (λιγότερη των τεσσάρων εβδομάδων) εσωτερική αιμορραγία
- Εγκυμοσύνη
- Ενεργό πεπτικό έλκος

Η αποτελεσματικότητα της θρομβόλυσης εξαρτάται από το χρονικό διάστημα από την έναρξη των συμπτωμάτων έως τη χορήγηση του φαρμάκου.

Το μέγιστο όφελος της είναι τις πρώτες δυο ώρες από την έναρξη των συμπτωμάτων του εμφράγματος. Στη συνέχεια, το όφελος μειώνεται λόγω επελθούσας νέκρωσης σε μεγάλο τμήμα του ισχαιμούντος μυοκαρδίου και λόγω καλύτερης οργάνωσης και ανθεκτικότητας των θρόμβων να θρομβολυθούν και εξανεμίζεται μετά από την παρέλευση του 12ώρου.

Για κάθε 1.000 ασθενείς που λαμβάνουν θρομβόλυση, 65 ζωές σώζονται, εάν χορηγηθεί την πρώτη ώρα από την έναρξη των συμπτωμάτων, 26 ζωές σώζονται, όταν χορηγηθεί σε 1-3 ώρες, και 18 ζωές σώζονται, όταν χορηγηθεί από 3-12 ώρες.

Σύμφωνα με έρευνες, η χορήγηση θρομβόλυσης σχετίζεται με σημαντική, κατά 30%, μείωση της θνητότητας. Η αποτελεσματικότητα της θρομβόλυσης περιορίζεται, καθώς το 20-30% των ασθενών έχουν απόλυτες αντενδείξεις για τη χορήγησή της και μόνο στο 50-70% των ασθενών είναι επιτυχής, ενώ υποτροπή της ισχαιμίας εμφανίζεται στο 15-30% των ασθενών με επιτυχή θρομβόλυση. Τέλος, μείζονες αιμορραγίες παρατηρούνται στο 4-5% των ασθενών, ενώ η πιθανότητα ενδοκράνιας, σχεδόν πάντα θανατηφόρας, αιμορραγίας είναι 0,7-1,5%. Παράγοντες κινδύνου για την πρόκληση αιμορραγίας από τη θρομβόλυση αποτελούν η μεγάλη ηλικία (μεγαλύτερη από τα 75 έτη), το γυναικείο φύλο, το πολύ χαμηλό βάρος σώματος, η υπέρταση κατά την εισαγωγή, η αιμορραγική διάθεση, τα ενδοκράνια νεοπλάσματα και το ιστορικό αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου.

Άλλες σπάνιες επιπλοκές της θρομβόλυσης είναι ο πυρετός και το εξάνθημα, ενώ αναφυλακτική αντίδραση είναι σπάνια (Glenn, 2015).

2. Αγγειοπλαστική

Η αγγειοπλαστική είναι η πλέον διαδεδομένη, μη χειρουργική μέθοδος αντιμετώπισης της συμπτωματικής νόσου που στοχεύει στη διάνοιξη των στενωμένων ή αποφραγμένων στεφανιαίων αρτηριών (Glenn, 2015).

Διενεργείται σε κατάλληλα εξειδικευμένο τμήμα, κατάλληλα εξοπλισμένο, με έμπειρο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, όλο το εικοσιτετράωρο και βασίζεται στην τεχνική της στεφανιογραφίας, με την οποία προσδιορίζεται ανατομικά η διάγνωση της στεφανιαίας νόσου και καταδεικνύεται η θέση και η έκταση της απόφραξης των στεφανιαίων αρτηριών καθώς και η ανάπτυξη ή μη παράπλευρης κυκλοφορίας.

Η αγγειοπλαστική μπορεί να γίνει με απλή διάνοιξη της στεφανιαίας αρτηρίας που εμφανίζει στένωση με διαστολή με μπαλόνι ή να συνοδευθεί από τοποθέτηση ενδοαγγειακής πρόθεσης (stent) (Lambert, 2010).

- Διαστολή με μπαλόνι

Η διαστολή με μπαλόνι χρησιμοποιείται ως συμπληρωματική θεραπεία για τους ασθενείς με συνεχιζόμενη ισχαιμία. Στην επέμβαση αυτή χρησιμοποιείται ένας μικρός καθετήρας, ο οποίος στην άκρη του έχει ένα μπαλόνι για να ανοίξει την αποφραγμένη στεφανιαία αρτηρία. Όταν λοιπόν το μπαλόνι αυτό, με ταυτόχρονη χρήση ακτινών X, προωθηθεί με τη βοήθεια του σύρματος στο σημείο της στένωσης, διατείνεται (φουσκώνει) συμπιέζοντας την αθηρωματική πλάκα στο τοίχωμα της αρτηρίας. Αν ο αυλός της στεφανιαίας αρτηρίας στο σημείο της στένωσης έχει ανοίξει ικανοποιητικά και εξασφαλίζεται ομαλή ροή του αίματος προς την καρδιά, το μπαλόνι αφαιρείται και η επέμβαση έχει ολοκληρωθεί (Lambert, 2010).

- Τοποθέτηση ενδοαγγειακής πρόθεσης (stent)

Οι στεφανιαίες ενδοπροθέσεις (stents) χρησιμοποιούνται με μεγάλη επιτυχία στη σύγχρονη επεμβατική καρδιολογία και συμβάλλουν στη μείωση της συχνότητας επαναστένωσης με το να εμποδίζουν την ελαστική επαναφορά και την αρνητική αναδιαμόρφωση των στεφανιαίων αγγείων, καθώς και με το να κλείνουν τους κρημνούς του διαχωρισμού μετά την έκπτυξη του

ελαστικού ασκού. Επίσης, έχουν μειωμένη συχνότητα επαναστένωσης συγκριτικά με την απλή έκπτυξη μπαλονιού και χωρίζονται σε δυο κύριες μορφές: τα μεταλλικά και τα επικαλυμμένα stents.

Φυσικά και στην αγγειοπλαστική με *μεταλλικά stents* η επαναστένωση είναι πιθανή και συμβαίνει λόγω της υπερπλασίας του ενδοθηλίου μέσα σε αυτά. Εμφανίζεται συνήθως σε ασθενείς με μικρά αγγεία, μεγάλες επιμήκεις βλάβες, καθώς και σε εκείνους με σακχαρώδη διαβήτη.

Τα *επικαλυμμένα stents* έκαναν την εμφάνιση τους στις αρχές του 2000 με κύριο στόχο την ελάττωση της επαναστένωσης λόγω ενδοθηλιακής υπερπλασίας. Τα τρία συστατικά μέρη των επικαλυμμένων stents είναι ο ενδοστεφανιαίας νάρθηκας που εκπτύσσεται με το μπαλόνι, ένα στρώμα από πολυμερές υλικό που παρέχει συνεχή έγχυση φαρμάκου και ο φαρμακολογικός παράγοντας που εκλύεται για να περιορίσει την ενδοθηλιακή υπερπλασία.

Διακρίνονται σε stents που εκλύουν ραπαμυκίνη, έναν ανοσοκατασταλτικό παράγοντα που προκαλεί αναστολή του πολλαπλασιασμού και της μετανάστευσης των λείων μυϊκών κυττάρων του αγγειακού τοιχώματος και τα stents που εκλύουν πακλιταξέλη, έναν φαρμακολογικό παράγοντα με αντιφλεγμονώδη δράση που επίσης εμποδίζει την κυτταρική διαίρεση και μετανάστευση (Classen, 2010).

Ως **πρωτογενής αγγειοπλαστική** ορίζεται η αγγειοπλαστική η οποία εφαρμόζεται στην οξεία φάση του εμφράγματος του μυοκαρδίου, χωρίς να έχει προηγηθεί θρομβολυτική αγωγή. Επιπλέον, με την πρωτογενή αγγειοπλαστική μειώνεται σημαντικά ο κίνδυνος αιμορραγικών επιπλοκών που συνδέονται με τη θρομβολυτική αγωγή.

Προϋποθέσεις για τη διενέργεια πρωτοπαθούς αγγειοπλαστικής είναι οι ακόλουθες:

- Ασθενείς με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου (συμπεριλαμβανομένου και του οπίσθιου εμφράγματος).
- Έναρξη των συμπτωμάτων τουλάχιστον 12 ώρες πριν.
- Χρόνος άφιξης στα επείγοντα – διενέργειας της αγγειοπλαστικής λιγότερο από 90 λεπτά.

- Έμπειρο προσωπικό για τη διενέργεια αγγειοπλαστικής.
- Έμπειρο αιμοδυναμικό εργαστήριο.
- Καρδιοχειρουργική κάλυψη.

Επίσης, ισχύουν τα εξής:

- Η πρωτογενής αγγειοπλαστική είναι προτιμότερη της θρομβόλυσης, όταν ο χρόνος από την έναρξη των συμπτωμάτων είναι μεγαλύτερος από 3 ώρες.
- Πρωτογενής αγγειοπλαστική πρέπει να διενεργείται και σε ασθενείς με καρδιογενή καταπληξία ή και συμπτώματα καρδιακής ανεπάρκειας, όταν από την έναρξη των συμπτωμάτων δεν έχουν περάσει περισσότερες από 12 ώρες.
- Πρωτογενής αγγειοπλαστική πρέπει να διενεργείται σε όλους τους ασθενείς κάτω των 75 ετών με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, οι οποίοι εκδηλώνουν κυκλοφορική καταπληξία εντός 36 ωρών από την εκδήλωση του εμφράγματος και εφόσον η επέμβαση μπορεί να πραγματοποιηθεί εντός 18 ωρών από την εκδήλωση της καταπληξίας. Σε ασθενείς ηλικίας μεγαλύτερης των 75 ετών με παρόμοια κλινική εικόνα θα πρέπει να γίνεται εξατομίκευση.

Σε ασθενείς στους οποίους η αρχική θρομβόλυση δεν ήταν επιτυχής μπορεί να διενεργηθεί αγγειοπλαστική που χαρακτηρίζεται ως αγγειοπλαστική διάσωσης (rescue PTCA). Η αγγειοπλαστική διάσωσης συνοδεύεται από αυξημένη θνητότητα σε σχέση με την πρωτογενή (5- 10%), ενώ η θνητότητα είναι ακόμη πιο μεγάλη, εάν η αγγειοπλαστική διάσωσης είναι ανεπιτυχής (35- 40%).

Η δυσμενής αυτή έκβαση οφείλεται στην απόφραξη των περιφερικών κλάδων του αποφραγμένου αγγείου από τμήματα του θρόμβου κατά την αγγειοπλαστική (no re-flow φαινόμενο). Κατάλληλοι ασθενείς για τη διενέργεια αγγειοπλαστικής διάσωσης είναι οι ασθενείς μετά τη θρομβόλυση και με συνεχή πόνο για περισσότερο από 90 λεπτά, και σημεία και συμπτώματα καρδιακής ανεπάρκειας ή/και αιμοδυναμικής αστάθειας εντός 36 ωρών από την έναρξη των συμπτωμάτων (Glenn, 2015).

3. Αορτοστεφανιαία παράκαμψη (Bypass)

Η αορτοστεφανιαία παράκαμψη ή bypass είναι μια χειρουργική επέμβαση ανοιχτής καρδιάς μέσω της οποίας παρακάμπτονται οι στενώσεις των στεφανιαίων αρτηριών που προκαλούν τη στεφανιαία νόσο, χωρίς να διανοίγονται.

Οι βασικοί στόχοι της χειρουργικής επαναιμάτωσης του μυοκαρδίου είναι η αποτροπή του αιφνίδιου θανάτου, η βελτίωση της λειτουργικότητας της αριστερής κοιλίας, η καλυτέρευση της ποιότητας ζωής και φυσικά η παράταση της επιβίωσης.

Για την επαναιμάτωση του μυοκαρδίου χρησιμοποιούνται φλεβικά και αρτηριακά μοσχεύματα. Τα φλεβικά μοσχεύματα κατά κανόνα λαμβάνονται από τη μείζονα σαφηνή φλέβα. Όταν η μείζονα σαφηνή είναι ποιοτικώς ακατάλληλη ή έχει αφαιρεθεί λόγω κιρσών λαμβάνονται από την ελάσσονα σαφηνή ή τη βραχιόνια φλέβα.

Από τα αρτηριακά μοσχεύματα το συχνότερο χρησιμοποιούμενο είναι η μαστική (δεξιά και αριστερή) και λιγότερο η κερκιδική αρτηρία.

Η παράκαμψη με φλέβες γίνεται συνήθως από την αορτή στην στεφανιαία αρτηρία, ενώ με αρτηρίες από τη θέση της έκφυσής τους στις στεφανιαίες αρτηρίες. Οι αρτηρίες μπορούν να χρησιμοποιηθούν και σαν ελεύθερα μοσχεύματα μεταξύ αορτής και στεφανιαίων αγγείων. Βασική προϋπόθεση όμως για τη διενέργεια παρακάμψεως αποτελεί το μέγεθος της στεφανιαίας αρτηρίας, της οποίας η εσωτερική διάμετρος θα πρέπει να είναι μεγαλύτερη του 1mm. Όσον αφορά την αναστόμωση του με τη στεφανιαία αρτηρία αυτή μπορεί να γίνει απευθείας με το αγγείο ή γίνεται πρώτα ενδοαρτηρεκτομή, δηλαδή αφαίρεση τη αθηρωματικής πλάκας εκ του εσωτερικού της αρτηρίας.

Η βατότητα των φλεβικών μοσχευμάτων μέσα στους πρώτους έξι μήνες είναι πάνω από 80%, ενώ οι πιθανότητες να μείνουν ανοιχτά μετά το εξάμηνο είναι πολύ μεγάλες, καθώς το ετήσιο ποσοστό απόφραξης κυμαίνεται στο 2%.

Σε αντίθεση με τα φλεβικά μοσχεύματα, τα αρτηριακά παραμένουν βατά (ανοιχτά) για πολλά χρόνια σε εξαιρετικά μεγάλο ποσοστό (>90% στη δεκαετία)(Glenn, 2015).

2. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ – ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ

Η πρώτη προσπάθεια ορισμού της ποιότητα ζωής έγινε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας το 1947. Η ποιότητα ζωής σχετίστηκε με την υγεία και αποτελεί *«την κατάσταση σωματικής, πνευματικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλά την απουσία νόσου ή ανικανότητας»*.

Αυτή η προσπάθεια ορισμού όμως ήταν ελλιπής και δεν μπορούσε να μεταφερθεί η πολυσυνθετότητα του όρου. Συνεπώς περίπου 50 χρόνια αργότερα, το 1993, διατυπώνεται ο νέος ορισμός του ΠΟΥ, ο οποίος είναι ευρύτερος και σύμφωνα με αυτόν *«η έννοια της ποιότητας ζωής καθορίζεται τόσο από το πώς αντιλαμβάνεται το άτομο τη θέση του στη ζωή, στο πολιτισμικό πλαίσιο και στο σύστημα αξιών μέσα στο οποίο ζει, όσο και από τους στόχους, τις προσδοκίες, το επίπεδο διαβίωσης και τα ενδιαφέροντά του. Είναι μια ευρεία έννοια, που επηρεάζεται ποικιλότροπα από τη φυσική και ψυχολογική κατάσταση του ατόμου, το επίπεδο ανεξαρτησίας του, τις κοινωνικές του σχέσεις και τις σχέσεις του με το περιβάλλον του»*. (THE WHOQOL GROUP, 1995).

Είναι φανερό ότι σε αυτό τον ορισμό δίνεται έμφαση στον τρόπο με τον οποίο το ίδιο το άτομο αξιολογεί την ποιότητα ζωής του, καθώς πρόκειται για έναν υποκειμενικό ορισμό. Η συσχέτιση παραγόντων προσωπικής και κοινωνικής ζωής, η συνολική ικανοποίηση από τη ζωή, η ηθική, η αυτοεκτίμηση και η αυτοπραγμάτωση του ανθρώπου επηρεάζουν την ολοκλήρωση της προσωπικότητας του ατόμου, αλλά και την ολοκλήρωση του κοινωνικού συνόλου (Κωσταγιόλας, 2008).

Στο χώρο της υγείας το ενδιαφέρον εστιάζεται στην αξιολόγηση των περιοχών εκείνων που σχετίζονται περισσότερο με την ασθένεια ή τη θεραπεία, και γι' αυτό επικράτησε ο όρος *«Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής»* (health – related quality of life, HRQL). Όμως, παρά τη διαδεδομένη χρήση της φράσης, δεν υπάρχει συναίνεση στον καθορισμό της έννοιας *«σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής»* (health related quality of life, HRQL), αν και οι ορισμοί περιλαμβάνουν συνήθως τη φυσική, συναισθηματική και κοινωνική ευημερία του ατόμου. Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής είναι ένα επιστημονικό δημιούργημα, που αναφέρεται στην επίδραση που ασκούν οι συνθήκες υγείας και τα συμπτώματά τους στην

ποιότητα της ζωής του ατόμου. Στο πλαίσιο των δραστηριοτήτων της υγειονομικής περίθαλψης, ο όρος «σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής» προτιμάται από τον όρο «ποιότητα ζωής», επειδή ο πρώτος καθιστά σαφές το γεγονός ότι εστιάζει στην υγεία, αν και χάριν συντομίας πιο συχνά χρησιμοποιείται ο δεύτερος.

Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής παρέχει έναν κοινό συγκριτικό τρόπο μέτρησης, ο οποίος μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την εκτίμηση της επίδρασης διαφορετικών θεραπειών της ίδιας κατάστασης υγείας ή την επίδραση διαφορετικών θεραπειών μεταξύ διαφορετικών καταστάσεων υγείας (Thompson, 2001). Έτσι, τα εργαλεία μέτρησης της ποιότητας που αναπτύχθηκαν κατά καιρούς, έχουν σταδιακά εξελιχθεί με σκοπό την καλύτερη χρήση τους στην αξιολόγηση της επίδρασης της ασθένειας, της θεραπείας και άλλων μεταβλητών, που έχουν επιπτώσεις στην ποιότητα της ανθρώπινης ζωής. Τα εργαλεία αυτά παρέχουν μια αξιολόγηση της υποκειμενικής εκτίμησης του ασθενή, όσον αφορά στα προβλήματα της υγείας του σε τομείς, όπως οι φυσικές λειτουργίες, η συναισθηματική κατάσταση, η κοινωνική δραστηριότητα, η ανταπόκριση στο ρόλο, ο πόνος και η κόπωση. Κατά συνέπεια, η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής μπορεί να οριστεί ως κατάσταση υγείας και να αντιμετωπισθεί ως συνέχεια ή σύνθεση των ολοένα και περισσότερων παραγόντων ή μεταβλητών της έκβασης της υγείας των ασθενών, όπως είναι οι βιολογικοί/ φυσικοί παράγοντες, τα συμπτώματα, οι διάφορες λειτουργίες, η γενική αντίληψη για την υγεία και η γενική ευημερία ή ποιότητα της ζωής τελικά (Wilson, 1995).

Ωστόσο, ενώ οι επαγγελματίες υγείας ενδιαφέρονται συνήθως για τις αλλαγές στις αντικειμενικές φυσικές μετρήσεις, οι ασθενείς, καθώς και τα μέλη της οικογένειας των ασθενών, ενδιαφέρονται εξίσου για το εάν και κατά πόσο μια θεραπεία ή παρέμβαση επηρεάζει τα συμπτώματα, τις φυσικές λειτουργίες και τον κοινωνικό ρόλο των ασθενών. Τα εργαλεία μέτρησης της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής μετρούν τα αποτελέσματα της θεραπείας στις πτυχές εκείνες, που οι ασθενείς επιδεικνύουν το μεγαλύτερο ενδιαφέρον. Επειδή τα εργαλεία αυτά περιγράφουν ή χαρακτηρίζουν την κατάσταση της ζωής του ασθενούς ως αποτέλεσμα της εφαρμοζόμενης θεραπείας στο πλαίσιο της υγειονομικής περίθαλψης, είναι χρήσιμα και σημαντικά συμπληρώματα στα παραδοσιακά φυσικά ή βιολογικά μέτρα εκτίμησης της κατάστασης της υγείας (Wilson, 1995).

Η ποιότητα ζωής αναγνωρίζεται ως ένα υποκειμενικό μέγεθος και για το λόγο αυτό, η εκτίμησή της οφείλει να βασίζεται στις αναφορές του ασθενή. Μόνο ο ίδιος ο ασθενής μπορεί

καλύτερα από οποιονδήποτε άλλο να περιγράψει το νόημα που αποκτά για εκείνον η νόσος του και να εκτιμήσει πως επηρεάζει τη ζωή του ενώ ταυτόχρονα του καλλιεργείται ένα αίσθημα αυτοελέγχου, χρησιμότητας και αυτοβοήθειας.

Η προσπάθεια εκτίμησης ενός μεγέθους το οποίο δεν έχει ορισθεί είναι δύσκολη. Στην κλινική πρακτική και έρευνα οι προσπάθειες εκτίμησής της βασίζονται συχνά σε έναν ορισμό, που τις περισσότερες φορές διατυπώνεται γι' αυτό το σκοπό. Αυτό έχει ως συνέπεια να περιγράφονται πολλές διαφορετικές μέθοδοι εκτίμησης της ποιότητας ζωής. Κάθε μέθοδος εμφανίζει πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα και δεν αναγνωρίζεται κάποια ιδανικότερη από άλλες. Ωστόσο, υποστηρίζεται ότι η επιλογή της καταλληλότερης μεθόδου βασίζεται στις ανάγκες της συγκεκριμένης μέτρησης ή του πληθυσμού των ασθενών.

Ο πολυδιάστατος και υποκειμενικός χαρακτήρας της ποιότητας ζωής δημιουργεί ερωτηματικά σχετικά με εκείνες τις διαστάσεις που αντανακλούν καλύτερα την αντίληψη της ποιοτικής ζωής. Παλιότερα, διατυπώνονταν διαφωνίες για το ποιες διαστάσεις πρέπει να περιλαμβάνονται στην εκτίμησή της. Σήμερα, είναι ευρέως αποδεκτό ότι η ικανοποιητική εκτίμηση της ποιότητας ζωής περιλαμβάνει δείκτες, τόσο αντικειμενικούς και κοινωνικούς της ανθρώπινης ανάπτυξης, όσο και υποκειμενικούς και ατομικούς δείκτες σωματικής και ψυχοκοινωνικής ευεξίας. Οι δείκτες αυτοί αποτυπώνουν την κοινωνική και ατομική πραγματικότητα που επηρεάζει την ποιότητα της ζωής και αποτελούν χρήσιμα μεθοδολογικά εργαλεία εκτίμησης της ανθρώπινης ανάπτυξης και ποιότητας ζωής.

Κοινωνικοί δείκτες ποιότητας ζωής / ANTIKEIMENIKOI

Οι δείκτες αυτοί αποτυπώνουν τη συσχέτιση των κοινωνικοοικονομικών και δημογραφικών παραμέτρων με τους υγειονομικούς παράγοντες και τους δείκτες υγείας ενός πληθυσμού. Η χρησιμότητά τους έγκειται στο γεγονός ότι επιτρέπουν τη μακροχρόνια παρακολούθηση της εξέλιξης ενός φαινομένου και συνεπώς συμβάλλουν στην αξιολόγηση του βαθμού επίτευξης σκοπών και στόχων.

Καθώς η ποιότητα ζωής είναι ένα σύνθετο φαινόμενο, η προσπάθεια μέτρησής της κινείται σε τρεις κυρίως διαστάσεις και συγκεκριμένα στη μέτρηση (α) της σωματικής ευεξίας, (β) της ψυχικής ευεξίας και (γ) της κοινωνικής ευεξίας (Σαρρής, 2001).

Οι παραπάνω παράμετροι θεωρούνται απαραίτητες προκειμένου να διασφαλιστεί μια ολιστική εκτίμηση της ποιότητας ζωής και η εκτίμησή τους γίνεται με διάφορα εργαλεία μέτρησης.

2.2 ΚΛΙΜΑΚΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟ

Υπάρχουν πολλά και διαφορετικά εργαλεία μέτρησης της ποιότητας ζωής. Στόχος του εργαλείου όμως μέτρησης είναι τα αποτελέσματά του να αποτυπώνουν την πραγματικότητα που βιώνει ο ασθενής και να μπορούν σαφώς να ερμηνευτούν.

Η ικανοποιητική εκτίμηση της ποιότητας ζωής απαιτεί ένα εργαλείο, το οποίο να είναι αρκετά ευαίσθητο για να διακρίνει μεταβολές στην ολική ποιότητα ζωής των ασθενών και στις επιμέρους παραμέτρους της διαχρονικά. Να μπορεί να συμπληρώνεται εύκολα, με τις ελάχιστες επεξηγήσεις και χωρίς την παρέμβαση άλλου. Να είναι κατανοητό και βραχύ και να μην καταπονεί εκείνους που το συμπληρώνουν. Να εκτιμά με ακρίβεια συγκεκριμένες παραμέτρους που ορίζει. Να αντανακλά τη σχετική σημαντικότητα κάθε μιας διάστασης της ποιότητας ζωής εξατομικευμένα για το άτομο. Να παρέχει αποτελέσματα που μπορούν να ερμηνευτούν. Να διαθέτει αξιοπιστία, εγκυρότητα, ειδικότητα και ευαισθησία.

Με τον όρο **αξιοπιστία** (reliability) εννοούμε την ιδιότητα ενός εργαλείου να μετρά με ακρίβεια και συνέπεια αυτό που προτίθεται να μετρήσει και να μην επηρεάζεται από την πλειονότητα των τυχαίων παραγόντων στη ζωή ενός ατόμου που μπορεί να επηρεάσουν τα αποτελέσματα των μετρήσεων. Η **εγκυρότητα** (validity) δηλώνει τι είναι αυτό που μετρά ένα εργαλείο και εάν αυτό που μετρά είναι πραγματικά αυτό που προτίθεται να μετρήσει. Η

ειδικότητα (specificity) ενός εργαλείου αναφέρεται στη δυνατότητά του να προσδιορίζει σωστά διαφορετικούς πληθυσμούς ασθενών. Η **ευαισθησία** (sensitivity) ενός εργαλείου μέτρησης εκφράζει την ακρίβεια της μέτρησης, με την έννοια ότι δε διαφεύγουν τυχόν αλλαγές ή διαφοροποιήσεις που οφείλονται σε παράγοντες όπως η εξέλιξη της νόσου, η επιδείνωση της υγείας, η ψυχολογική εξάρτηση από τη νόσο κ.α.

Κατά τη μέτρηση της ποιότητας ζωής είναι σημαντικό το επιλεγμένο εργαλείο να μετρά τις διαστάσεις της υγείας, που σχετίζονται με το συγκεκριμένο προς μελέτη σύνολο ασθενών (Wilson, 1995, McDowell, 1996). Επίσης, ένα εργαλείο μέτρησης της ποιότητας ζωής, πρέπει να λάβει υπόψη τις απαντήσεις του ατόμου σχετικά με όλες τις πτυχές της ζωής του καθώς όταν κάποιος είναι άρρωστος, σχεδόν όλες οι πτυχές της ζωής του μπορούν να επηρεαστούν με τον ένα ή τον άλλο τρόπο (Guyatt, 1993).

Τα ειδικά εργαλεία - κλίμακες μέτρησης αφορούν στην ποιότητα ζωής ασθενών με μια συγκεκριμένη πάθηση. Το ερωτηματολόγιο είναι σταθμισμένο ως προς τη συγκεκριμένη πάθηση και ως εκ τούτου έχει μεγαλύτερη κλινική ευαισθησία και ενδεχομένως και μεγαλύτερη ικανότητα στην ανίχνευση μεταβολής των διερευνούμενων παραμέτρων.

Το ερωτηματολόγιο **MacNew Heart Disease Health-related Quality of Life Questionnaire (MacNew)** έχει επιλεγεί για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής των ασθενών στη συγκεκριμένη μελέτη. Είναι ένα ειδικό εργαλείο για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής ασθενών με στεφανιαία νόσο, με καρδιακή ανεπάρκεια ή με έμφραγμα του μυοκαρδίου. Είναι αυτό-συμπληρούμενο και στηρίζεται σε ένα παλαιότερο ερωτηματολόγιο για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής ασθενών με έμφραγμα του μυοκαρδίου (Oldridge, 1991). Αξιολογεί τρεις διαστάσεις, την ψυχολογική, τη σωματική και την κοινωνική κατάσταση των ασθενών. Περιλαμβάνει 27 ερωτήσεις η βαθμολόγηση των οποίων γίνεται με κλίμακα τύπου Likert 7 σημείων και αφορά τη συχνότητα κάποιων συμπτωμάτων, συναισθημάτων, συμβάντων ή καταστάσεων που βίωσε ο ασθενής τη χρονική περίοδο των τελευταίων δύο εβδομάδων. Τα αποτελέσματα συμψηφίζονται χωριστά για κάθε διάσταση ενώ μπορεί να δοθεί και μία συνολική εκτίμηση της ποιότητας ζωής από το άθροισμα όλων των ερωτήσεων (Lim, 1993, Valenti, 1996, Höfer, 2004).

Σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο μπορούν επίσης να χρησιμοποιηθούν για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής των ασθενών και οι κλίμακες Angina Pectoris Quality of Life Questionnaire (APQLQ) και Seattle Angina Questionnaire (SAQ).

3. ΑΠΟΔΟΧΗ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

3.1 ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΔΟΧΗΣ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

Η αποδοχή της ασθένειας ως όρος σημαίνει πως ο ασθενής κατανοώντας τη φύση της πάθησής του δε μάχεται ενάντια σε αυτή, συμφιλιώνεται, δεν την αρνείται και με αυτόν τον τρόπο σχεδιάζεται το πλάνο για τη συνέχιση της ζωής του.

Από τις αρχές της δεκαετίας του '80 η προσοχή της επιστημονικής κοινότητας στράφηκε στη μελέτη και τη χρησιμότητα που απορρέει από τη μέτρηση της αποδοχής μίας χρόνιας νόσου από τον ίδιο τον ασθενή. Εντοπίστηκε η διαφορετικότητα της ψυχολογικής προσαρμογής των ατόμων στη χρόνια νόσο και αποτυπώθηκαν οι διαφορές στην έκβαση της νόσου που επηρεάζονται από αυτή.

Γνωστικές στρατηγικές, συμπεριλαμβανομένης της αναζήτησης πληροφορίας, συσχετίστηκαν με θετική επίδραση ενώ συναισθηματικές στρατηγικές όπως αποφυγή, κατηγορία, συσχετίστηκαν με αρνητική επίδραση, μείωση της αυτοπεποίθησης και μικρότερη προσαρμογή στις απαιτήσεις της νόσου (Felton, 1984).

Έκτοτε και αφού ως εργαλείο χρησιμοποιήθηκε πολλές φορές από τους ερευνητές υπογραμμίστηκε η επίδραση της αποδοχής της ασθένειας σε παραμέτρους που σχετίζονται με την έκβαση της νόσου. Η αποδοχή της νόσου και η ποιότητα της ζωής ασθενών με καρδιαγγειακές νόσους χρησιμοποιήθηκαν ως μεταβλητές σε πληθώρα ερευνών.

Τα αποτελέσματα παρουσιάζουν τους ασθενείς με χαμηλό άθροισμα στην κλίμακα αποδοχής της νόσου να εμφανίζουν υψηλότερο άθροισμα σε κλίμακες πόνου, δυσκολία στον ύπνο, κοινωνική απομόνωση ενώ υψηλότερα αθροίσματα συσχετίζονται θετικά με υψηλότερα αθροίσματα σε κλίμακες μέτρησης της ψυχικής ευεξίας των ασθενών (Obieglo, 2014, Karademas, 2010).

Επιπρόσθετα ασθενείς, οι οποίοι δεν αποδέχονται τη νόσο τους σημαίνει πως δεν εμπλέκονται ουσιαστικά στη θεραπευτική διαδικασία και απλώς λειτουργούν μηχανικά και εκτελεστικά προς αυτήν. Αυτή είναι μια διεργασία, η οποία σε βάθος χρόνου οδηγεί σε

εξουθένωση και ως απόρροια σε μεταβολή εκ μέρους του ασθενούς του θεραπευτικού πλάνου και μείωση της αποτελεσματικότητάς του.

Η κατάθλιψη και τα συμπτώματα άγχους έχει φανεί πως έχουν επίδραση στην έκβαση και την αποτελεσματικότητα προγραμμάτων καρδιακής αποκατάστασης. Μικρότερα αθροίσματα στην κλίμακα αποδοχής της νόσου συσχετίστηκαν θετικά με την παρουσία συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης με αποτέλεσμα μετά την ολοκλήρωση των προγραμμάτων οι ασθενείς να μην εμφανίζουν καμία βελτίωση (Szczepanska-Gieracha, 2012, Guck, 2012).

Η αποδοχή της νόσου και η αποδοχή της οριοθέτησης που τίθεται πια στη ζωή των ασθενών λόγω της νόσου συνεπάγεται καλύτερη διαχείριση των επιβαρυντικών παραγόντων εκ μέρους τους, συνέπεια στη λήψη της φαρμακευτικής τους αγωγής, μείωση των συνθηκών άγχους και καλύτερη διαχείρισή του, βελτίωση στις διατροφικές συνήθειες, περισσότερη φυσική δραστηριότητα, βελτίωση των γνώσεων τους σχετικά με τη νόσο και περισσότερη υποστήριξη από το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον τους. (Pierobon, 2009).

3.2 ΚΛΙΜΑΚΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΑΠΟΔΟΧΗΣ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

Το 1984 παρουσιάστηκε η πρώτη κλίμακα μέτρησης της αποδοχής της ασθένειας The acceptance of illness scale, υπογραμμίζοντας πόσο σημαντική είναι αυτή η διεργασία για την ψυχολογική προσαρμογή ενός χρόνιου ασθενούς στη νόσο. Έκτοτε χρησιμοποιήθηκε ως εργαλείο σε πληθώρα ερευνών (Felton, 1984).

Το 2001 παρουσιάστηκε ένα νέο, επικαιροποιημένο εργαλείο **The illness cognition questionnaire for chronic diseases**, στο οποίο προτείνεται από τους συγγραφείς η χρήση τριών γενικών παραμέτρων γνωστικής λειτουργίας της ασθένειας, οι οποίες αντανακλούν διαφορετικούς τρόπους επαναξιολόγησης και επαναπροσδιορισμού στην εκ φύσεως αποστροφή των ασθενών για μια χρόνια συνθήκη.

Η αυτοαξιολογούμενη ανικανότητα ως ένας τρόπος των ασθενών να δώσουν έμφαση στην αποστροφή τους προς τη νόσο.

Η αποδοχή της νόσου από τους ασθενείς που αποτελεί έναν τρόπο ελλάτωσης της αποστροφής τους προς τη νόσο.

Η αντίληψη από πλευράς των ασθενών οφέλους που προκύπτει από τη νόσο ως ένας τρόπος άθροισης θετικής προσέγγισης προς τη νόσο.

Είναι ένα αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο, το οποίο έχει σταθμιστεί στην ελληνική γλώσσα. Αποτελείται από 18 ερωτήσεις κλειστού τύπου, έξι ερωτήσεις για κάθε μία από τις τρεις υπό μελέτη παραμέτρους. Η βαθμολόγηση γίνεται με μία κλίμακα τύπου Likert 4 σημείων, όπου δηλώνει το βαθμό συμφωνίας του ασθενούς με κάθε επιμέρους διατύπωση (Evers, 2001 Karademas, 2009).

4. ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΟΣΟ

4.1 Η ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΩΣ ΚΛΙΝΙΚΟ ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΚΑΙ Η ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΤΗΣ

Τα προγράμματα καρδιακής αποκατάστασης-προγράμματα δευτερογενούς πρόληψης θεωρούνται πλέον μέρος της δεδομένης φροντίδας υγείας ασθενών με καρδιαγγειακή νόσο, συμβάλλοντας στη βελτίωση της έκβασης της νόσου των ασθενών αυτών (Savage, 2011).

Η εκπαίδευση αποτελεί βασικό, αναπόσπαστο κομμάτι της θεραπείας των ασθενών με στεφανιαία νόσο στα προγράμματα καρδιακής αποκατάστασης. Κατευθυντήριες οδηγίες εδραιώνονται, όμως απαιτείται μέσω της διεπιστημονικής προσέγγισης και εξατομικευμένων εκπαιδευτικών προγραμμάτων αυτή η πληροφορία να μεταβιβάζεται στον ασθενή με στόχο την υιοθέτησή της από πλευράς του (Meng, 2014).

Ο νοσηλευτής ως μέλος της διεπιστημονικής ομάδας πλαισίωσης του ασθενούς και ως υπεύθυνος της εκπαίδευσης του έχει φανεί πως μπορεί να ωφελήσει τον ασθενή ως προς τη βελτίωση των γνώσεών του, της αυτοπεποίθησής του αλλά και της ικανοποίησής του, με όλα τα οφέλη που έχει αυτή η συνθήκη ως απόρροια (Dontje, 2013, Moser, 2012, DeVon, 2010).

Ο ελλιπής έλεγχος των επιβαρυντικών παραγόντων της στεφανιαίας νόσου σχετίζεται με υψηλά ποσοστά επιπλοκών και επανεισαγωγών, Η αποτελεσματική αυτοδιαχείριση και η δέσμευση του ασθενούς ως προς αυτήν την κατεύθυνση οδηγεί σε μείωση των ποσοστών αυτών (Lie, 2012).

Η πρόσφατη βιβλιογραφία αναδεικνύει την ανάγκη ο ασθενής να δέχεται εξατομικευμένη πληροφόρηση για τη φύση της νόσου του αλλά και τους παράγοντες που την επιβαρύνουν. Η πληροφόρηση αυξάνει το κίνητρο του ασθενούς αλλά και τη δέσμευσή του για την καλύτερη αυτοδιαχείριση της νόσου του (Davies, 2015, Pavy, 2013).

Το κάπνισμα, η ανθυγιεινή διατροφή και η ελλιπής φυσική δραστηριότητα αποτελούν τους πιο κοινούς τροποποιήσιμους επιβαρυντικούς παράγοντες της στεφανιαίας νόσου. Η επιμονή στη μη μεταβολή των παραγόντων αυτών αποτελεί ένα κοινό πρόβλημα μεταξύ των ασθενών με χρόνια στεφανιαία νόσο. Ο μακροχρόνιος έλεγχος της αρτηριακής πίεσης δεν είναι

ικανοποιητικός ακόμα και σε ασθενείς που είχαν ήδη ένα καρδιακό επεισόδιο στη ζωή τους. (Melamed, 2014, Khatana, 2014, Muller-Nordhorn, 2008).

Τα εκπαιδευτικά προγράμματα αποτελούν ένα μέσο τροποποίησης των παραγόντων αυτών με στόχο τη βελτίωση του τρόπου ζωής των ασθενών και με στόχευση τη δευτερογενή πρόληψη. Σε τέτοιου είδους προγράμματα, τα οποία έχουν διενεργηθεί σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο, μετά από επεμβατική παρέμβαση και στόχευαν στην τροποποίηση των παραγόντων αυτών ήταν εμφανής η βελτίωση ως προς αυτήν την κατεύθυνση και υπογραμμίστηκε η ανάγκη τα προγράμματα αυτά να ενταχθούν στην καθημερινή κλινική πρακτική (Budnik, 2015, Froger, 2009, Ma, 2008, Woodgate, 2008)

Μια πολύ σημαντική παράμετρος στην έκβαση της στεφανιαίας νόσου είναι η συνοχή-συνέπεια ως προς τη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής. Παρότι η μη συνέπεια ως προς τη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής είναι συνδεδεμένη με υψηλό καρδιαγγειακό ρίσκο, είναι μικρός ο βαθμός της πληροφόρησης προς τους ασθενείς που εστιάζει σε αυτήν την κατεύθυνση. Οι μελέτες αναδεικνύουν πως ασθενείς με καλύτερη εκπαίδευση αυξάνουν το επίπεδο γνώσεών τους σχετικά με τη νόσο και αυτό οδηγεί σε μεγαλύτερα ποσοστά συνέπειας και δέσμευσης ως προς τη λήψη της φαρμακευτικής τους αγωγής (Zhao, 2015)

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει μια πολύ σημαντική παράμετρος. Ο χρόνος δράσεως-απόκρισης, ο οποίος μεσολαβεί από την έναρξη των συμπτωμάτων μέχρι και την κλήση για εξειδικευμένη βοήθεια είναι μείζονος σημασίας για την έκβαση της νόσου.

Μια ερευνητική μελέτη ανέδειξε πως σε ασθενείς με διαγνωσμένη στεφανιαία νόσο και σε ασθενείς χωρίς προηγούμενο ιστορικό δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά στο χρόνο που μεσολάβησε από την εμφάνιση συμπτωμάτων μέχρι την κλήση εξειδικευμένης βοήθειας. Η μείωση του χρονικού αυτού διαστήματος θα πρέπει να είναι εκπαιδευτικός στόχος σε κάθε ασθενή με διαγνωσμένη στεφανιαία νόσο (Puymirat, 2015, Jankowski, 2011).

Η προσπάθεια μελέτης της επίδρασης εκπαιδευτικών προγραμμάτων στον ασθενή έχει αναδείξει πολύ σημαντικές παραμέτρους. Η οργανωμένη παρακολούθηση των ασθενών σε χρονικά διαστήματα μετά τη νοσηλεία τους αύξησε την αυτοπεποίθηση των ασθενών σχετικά με την ικανότητά τους να διαχειρίζονται τη νόσο τους, μείωσε τα επίπεδα κατάθλιψης και άγχους και οι αλλαγές στον τρόπο ζωής τους διατηρήθηκαν για το χρονικό διάστημα της παρακολούθησης (Ludman, 2013, Intarakamhang, 2012).

Παράλληλα όμως ανέδειξε και πολλούς από τους προβληματισμούς των ασθενών όπως την αβεβαιότητα και την ανασφάλειά τους για το τι πρέπει να αναμένουν μετά από την έξοδό τους από το νοσοκομείο. Ο πόνος, η περιποίηση χειρουργικού τραύματος σε περίπτωση προηγηθείσας επεμβατικής πράξης, αμφιβολίες σχετικά με τη δραστηριότητά τους, τη σεξουαλική τους ζωή, την οδήγηση, την επιστροφή τους στη δουλειά.

Η πολυπλοκότητα της ανθρώπινης φύσης αλλά και της ίδιας της νόσου επιβάλλει έναν προσανατολισμό στους λειτουργούς υγείας με επίκεντρο τις ανάγκες του ασθενή και με εκπαιδευτικές δράσεις επικαιροποιημένες και εξατομικευμένες (Lie, 2012)

Β. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Σκοπός: Σκοπός της συγκεκριμένης μελέτης ήταν η διερεύνηση της επίδρασης της εκπαίδευσης των ασθενών με στεφανιαία νόσο στην έκβαση της νόσου τους.

Επιμέρους στόχοι: Οι επιμέρους στόχοι της προτεινόμενης μελέτης ήταν οι εξής:

- 1 Η ποσοτικοποίηση της ποιότητας ζωής των ασθενών
- 2 Η ποσοτικοποίηση της αποδοχής της νόσου
- 3 Η μέτρηση της διακύμανσης της ποιότητας ζωής του ασθενούς
- 4 Η μέτρηση της διακύμανσης του επιπέδου της αποδοχής της ασθένειας
- 5 Η καταγραφή των επιπλοκών από τη νόσο και των επανεισαγωγών
- 6 Η εκπαίδευση του ασθενούς και του άμεσου οικογενειακού περιβάλλοντος ως προς τη διαχείριση επειγουσών καταστάσεων σχετικών με τη νόσο, τη σημασία της συστηματικής λήψης της φαρμακευτικής αγωγής και την επίδραση των επιβαρυντικών παραγόντων στην εξέλιξη της νόσου
- 7 Δυνητικές συσχετίσεις μεταξύ αυτών των κλιμάκων και κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών του ασθενούς, κλινικών δεικτών, σωματομετρικών δεδομένων

Μέθοδος: Πρόκειται για μια ποσοτική, προοπτική, μελέτη παρέμβασης και συσχετίσεων.

Μετρήθηκε μια ομάδα ατόμων πριν και μετά την παρέμβαση (εκπαίδευση), χωρίς τυχαιοποίηση. Η ομάδα αυτή συγκρίθηκε με μία ομάδα ελέγχου, η οποία δεν έλαβε την παρέμβαση.

Ο τύπος αυτός έρευνας είναι χρήσιμος στην αξιολόγηση προληπτικών παρεμβάσεων και έχει ως προσανατολισμό την ευρύτερη εφαρμογή σε όλην την κοινότητα.

Χώρος και χρόνος διεξαγωγής της μελέτης: Η μελέτη πραγματοποιήθηκε σε ένα κέντρο αναφοράς , στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο ΑΤΤΙΚΟΝ, το χρονικό διάστημα 2017-2018

Δείγμα της μελέτης: Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 100 ασθενείς με στεφανιαία νόσο, οι οποίοι εισήχθησαν στο προαναφερθέν νοσοκομείο από τον 10/2017 και πληρούσαν τα κριτήρια εισαγωγής στη μελέτη. Οι ασθενείς εντάχθηκαν τυχαία είτε στην ομάδα που δέχτηκε την παρέμβαση (n=50), είτε στην ομάδα ελέγχου (n=50), στην οποία μετρήθηκαν οι ίδιοι παράγοντες χωρίς να πραγματοποιηθεί παρέμβαση.

Δεγματοληψία: Κριτήρια εισόδου στην έρευνα αποτέλεσαν τα εξής: Ηλικία μεγαλύτερη των 18 ετών, επιβεβαιωμένη διάγνωση στεφανιαίας νόσου, συναίνεση υπογεγραμμένη, η δυνατότητα ομιλίας, κατανόησης και ανάγνωσης της ελληνικής γλώσσας, επίπεδο συνείδησης μη διαταραγμένο, το οποίο καθιστά τον ασθενή ικανό για συνεργασία.

Κριτήριο αποκλεισμού αποτέλεσε η έλλειψη ύπαρξης ενός τουλάχιστον εκ των κριτηρίων εισόδου στην έρευνα, η παρουσία χρόνιου νοσήματος τροποποιητικού της συμπεριφοράς, η έλλειψη υποστηρικτικού ψυχοκοινωνικού δικτύου και η αδυναμία συνεργασίας με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό.

Μεθοδολογία-Εργαλεία αξιολόγησης: Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε μέσω ειδικά σχεδιασμένων ερωτηματολογίων με προσωπική συνέντευξη με τον ασθενή.

Για τους ασθενείς, οι οποίοι έλαβαν την παρέμβαση, ο τόπος συνέντευξης και εκπαίδευσης ήταν το νοσοκομείο.

Αρχικά δόθηκε ένα έντυπο ενημέρωσης και συγκατάθεσης στον ασθενή, το οποίο κλήθηκε να υπογράψει, ώστε να παραχωρήσει την άδεια στον ερευνητή να λαμβάνει δεδομένα είτε από το φάκελο του ασθενούς, είτε μέσω συνέντευξης.

Εν συνεχεία συμπληρώθηκε ένα έντυπο συλλογής δημογραφικών στοιχείων, στοιχείων εισαγωγής του ασθενούς στο νοσοκομείο και λήψη του ιστορικού του, ατομικού και οικογενειακού.

Στη συνέχεια δόθηκε ένα εκπαιδευτικό έντυπο στον ασθενή, το οποίο τον ενημέρωνε έγγραφα για όλα τα θέματα στα οποία εκπαιδεύτηκε και επάνω στο οποίο σημειωνόταν η ημερομηνία της παρέμβασης (εκπαίδευσης), τα στοιχεία του ερευνητή-εκπαιδευτή και το τηλέφωνο επικοινωνίας μαζί του, καθώς και το επόμενο ραντεβού μαζί του για επανέλεγχο.

Στο σημείο αυτό, στην ομάδα παρέμβασης πραγματοποιήθηκε ειδικά δομημένο εκπαιδευτικό πρόγραμμα με τη χρήση και έντυπου υλικού. Η πρώτη συνέντευξη και εκπαίδευση πραγματοποιήθηκε κατά τη νοσηλεία του ασθενή και ο επανέλεγχος ορίστηκε σε χρονικά διαστήματα του ενός μήνα και μετά το πέρας του τριμήνου.

Επιπρόσθετα σε όλα τα χρονικά διαστήματα συμπληρώθηκαν κλίμακες, οι οποίες μαζί με σωματομετρικά δεδομένα, κλινικά δεδομένα, δεδομένα επιπλοκών, επανεισαγωγών χρησιμοποιήθηκαν ως ποσοτικά καταληκτικά σημεία συσχέτισεων.

Οι κλίμακες αυτές ήταν οι εξής:

1. The illness cognition questionnaire for chronic diseases, το οποίο είχε σταθμιστεί στην ελληνική γλώσσα..

Οι διαστάσεις που μελετά το ερωτηματολόγιο είναι τρεις και αντίστοιχα το score για καθεμία από αυτές προκύπτει από το άθροισμα έξι επιμέρους ερωτήσεων.

Αναλυτικότερα, Helplessness - ανικανότητα προκύπτει από το άθροισμα των ερωτήσεων: 1, 5, 7, 9, 12, 15.

Acceptance – αποδοχή της νόσου προκύπτει από το άθροισμα των ερωτήσεων: 2, 3, 10, 13, 14, 17.

Perceived Benefits - όφελος προκύπτει από το άθροισμα των ερωτήσεων: 4, 6, 8, 11, 16, 18.

Στο ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε οι ερωτήσεις ήταν δομημένες ώστε κάθε έξι να αντιστοιχούν σε κάθε μία από τις τρεις κατηγορίες.

2. MacNew Heart Disease Health-related Quality of life questionnaire, το οποίο είχε σταθμιστεί στην ελληνική γλώσσα και σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο.

Οι διαστάσεις της ποιότητας ζωής που μελετά το ερωτηματολόγιο είναι τρεις.

Η συναισθηματική διάσταση που εκτιμά την αντίληψη που έχει ο ίδιος ο ασθενής για τη ζωή του, τον τρόπο ζωής του και τη διάθεσή του.

Το συνολικό score προκύπτει από το άθροισμα των εξής δεκατεσσάρων ερωτήσεων του ερωτηματολογίου: 1-8, 10, 12, 13, 15, 18, 23.

Μέσω των ερωτήσεων για τη φυσική διάσταση αποτιμάται ο πόνος και ο βαθμός της ικανότητας του ασθενούς να πραγματοποιεί τις καθημερινές του δραστηριότητες.

Το συνολικό score της φυσικής διάστασης προκύπτει από το άθροισμα των ακόλουθων δεκατριών ερωτήσεων: 6, 9, 12, 14, 16, 17, 19-21, 24-27.

Τέλος, η κοινωνική διάσταση αναφέρεται στη γενικότερη ικανοποίηση του ασθενούς από τη ζωή του. Το συνολικό score προκύπτει από το άθροισμα των δεκατριών ερωτήσεων 2, 11-13, 15, 17, 20-26.

Μπορεί να δοθεί και μία συνολική εκτίμηση της ποιότητας ζωής από το άθροισμα όλων των ερωτήσεων

Οι απαντήσεις του ερωτηματολογίου δίνονται με την κλίμακα Likert από το 1-7. Το 7 δηλώνει άριστο επίπεδο ζωής.

Την ομάδα ελέγχου αποτέλεσαν ισάριθμοι ασθενείς, στους οποίους μετρήθηκαν οι ίδιοι παράγοντες, με τον ίδιο ακριβώς τρόπο χωρίς όμως να πραγματοποιηθεί παρέμβαση (εκπαίδευση). Ο τόπος συνέντευξης ήταν το νοσοκομείο.

Οι ασθενείς αυτοί επανελέγχθηκαν μέσω τηλεφωνικής συνέντευξης μετά το πέρας ενός και τριών μηνών από την περίοδο της νοσηλείας τους.

Θέματα ηθικής και δεοντολογίας: Όλοι οι ασθενείς ενημερώθηκαν για το σκοπό της μελέτης, τη διαχείριση των πληροφοριών, τη διασφάλιση του απορρήτου και της ανωνυμίας και τη διαδικασία της μελέτης και συμπλήρωσαν γραπτή ενυπόγραφη συγκατάθεση. Μετά τη συγκατάθεσή τους για τη συμμετοχή στη μελέτη, προβήκαμε στη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων μέσω της προσωπικής συνέντευξη με τον ερευνητή. Μετά το τέλος της συνέντευξης καταγράφηκαν τα δεδομένα από τον ιατρικό φάκελο (δημογραφικά και κλινικά στοιχεία, αποτελέσματα εργαστηριακών εξετάσεων). Τα ονόματα των ασθενών και η πλήρης βάση δεδομένων των στοιχείων τους, θα είναι γνωστά μόνο στον κύριο ερευνητή και θα φυλάσσονται σε κλειδωμένο αρχείο. Σε καμιά φάση δε θα γίνουν γνωστά τα ονόματα των ασθενών και δεν πρόκειται να αναφερθούν σε καμία αναφορά ή δημοσίευση των αποτελεσμάτων της μελέτης τόσο κατά τη φάση συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων αλλά και μεταγενέστερα. Η πλήρης βάση δεδομένων, η οποία περιλαμβάνει και τα ονόματα των ασθενών θα καταστραφεί με τη δεοντολογική πρακτική καταστροφής εγγράφων 3 μήνες μετά την παρουσίαση αυτής της μελέτης.

Για το λόγο αυτό σε κάθε ασθενή δόθηκε συγκεκριμένος κωδικός αριθμός, που στη συνέχεια συνόδευε τις κλίμακες αξιολόγησης και τις κλινικές πληροφορίες που συγκεντρώθηκαν. Η παρούσα μελέτη δεν επηρέασε την πορεία της νόσου των ασθενών και ήταν ανεξάρτητη από τις θεραπευτικές και νοσηλευτικές παρεμβάσεις που έλαβαν οι ασθενείς κατά τη διάρκεια της παρακολούθησής τους στο εξωτερικό καρδιολογικό ιατρείο.

Στατιστική ανάλυση: Οι μεταβλητές παρουσιάζονται ως μέσος $\pm$ σταθερή απόκλιση ($M \pm SD$). Οι μεταβλητές ελέγχθηκαν ως προς την κανονικότητα της κατανομής τους και μετατράπηκαν ανάλογα όπου ήταν απαραίτητο. Μη παραμετρικές μέθοδοι χρησιμοποιήθηκαν όπου υπήρξε ένδειξη ανάλογα με το είδος των μεταβλητών. Οι στατιστικοί έλεγχοι ήταν αμφίπλευροι με επίπεδο σημαντικότητας 0,05. Χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία *student's t test* για ανεξάρτητες ομάδες και ζεύγη, και η ανάλυση μεταβλητότητας, καθώς και ανάλυση συσχέτισης μέσω του συντελεστή *Pearson's r*. Τα αποτελέσματα των παραπάνω δοκιμασιών επιβεβαιώθηκαν με μη παραμετρικές δοκιμασίες και τον συντελεστή συσχέτισης *Spearman's ρ* (ρ). Επίσης, εφαρμόστηκε η διαδικασία της πολυμεταβλητής λογιστικής παλινδρόμησης και των μερικών συσχετίσεων, για έλεγχο πιθανών διαμεσολαβητικών μεταβλητών.

Για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό λογισμικό πακέτο για τις κοινωνικές επιστήμες SPSS 18.0 (SPSS Inc., Chicago IL).

Περιορισμοί και αδύνατα σημεία της έρευνας:

Οι κυριότεροι περιορισμοί της μελέτης ήταν οι εξής:

- Το δείγμα των ασθενών ήταν ευκολίας και όχι τυχαίο
- Αριθμητικά περιορισμένο δείγμα ασθενών με αποτέλεσμα την ελάττωση της στατιστικής ισχύος της μελέτης για ανάδειξη σημαντικών μεταβολών και κατ' επέκταση στη γενίκευση του συνόλου των ασθενών
- Τέλος, περιορισμό στη μελέτη αποτέλεσε και η «προκατάληψη της πληροφόρησης». Τα ερωτηματολόγια συλλογής δεδομένων βασίστηκαν σε αυτοαναφορές και καμία αναφερθείσα συμπεριφορά δεν θα μπορούσε να επαληθευθεί αντικειμενικά

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:

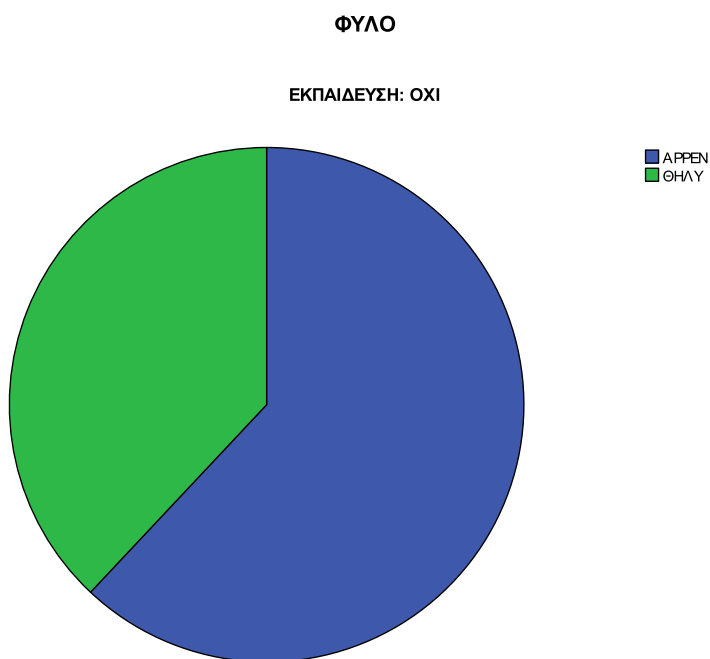
ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ – ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Η ομάδα παρέμβασης περιλάμβανε 31 άνδρες (62%) και 19 γυναίκες (38%) με μέση ηλικία $63,54 \pm 12,2$ (εύρος ηλικίας 38-84.) Η ομάδα ελέγχου περιλάμβανε 29 άνδρες (58%) και 21 γυναίκες (42%) με μέση ηλικία $60,8 \pm 12,2$ (εύρος ηλικίας 40-84). Το 94% του δείγματος της ομάδας παρέμβασης ήταν εθνικότητας ελληνικής σε αντιστοιχία με το 88% του δείγματος της ομάδας ελέγχου. Το 78% του δείγματος της ομάδας παρέμβασης ήταν παντρεμένοι σε αντιστοιχία με το 62% της ομάδας ελέγχου. Πλειοψηφικά με ποσοστό 28% η ομάδα παρέμβασης περιλάμβανε αποφοίτους ΑΕΙ/ΑΤΕΙ σε αντιστοιχία με το 32% της ομάδας ελέγχου. Το 64% της ομάδας παρέμβασης είχε εισόδημα 5000-9999 ευρώ/έτος σε αντιστοιχία με το 54% της ομάδας ελέγχου. Το 48% του δείγματος της ομάδας παρέμβασης ήταν συνταξιούχοι και το 42% εργαζόμενοι, αντίστοιχα το 28% του δείγματος της ομάδας ελέγχου ήταν συνταξιούχοι και το 44% εργαζόμενοι. Σε ποσοστό 90% τα μέλη της ομάδας παρέμβασης κατοικούσαν σε αστική περιοχή, σε αντιστοιχία με το 88% των μελών της ομάδας ελέγχου. Το 56% της ομάδας παρέμβασης είχε ένα ή δύο παιδιά, σε αντιστοιχία με το 68% της ομάδας ελέγχου.

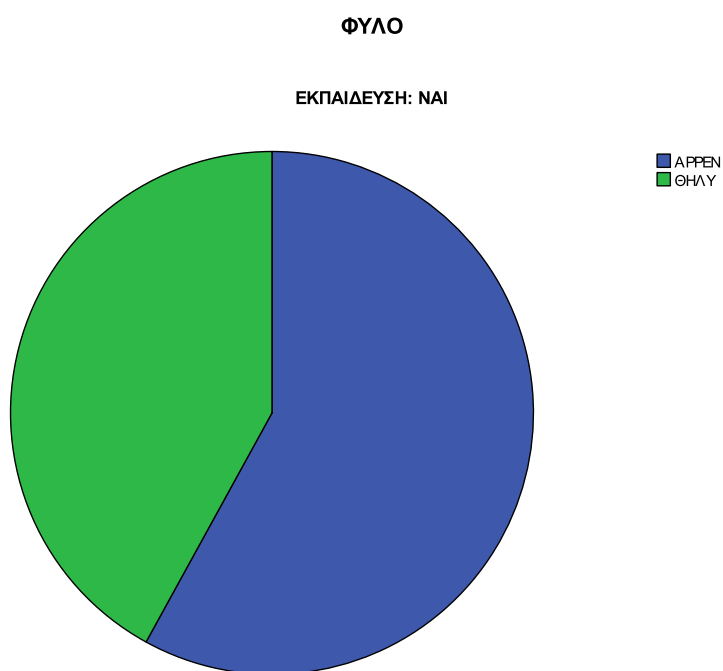
<u>Νοσηλεία στο Νοσοκομείο</u>	<u>Ομάδα ελέγχου</u> N=50	<u>Ομάδα παρέμβασης</u> N=50
ΦΥΛΟ	Άνδρες (n=29)	58% Άνδρες (n=31)
	Γυναίκες (n=21)	42% Γυναίκες (n=19)
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	Παντρεμένος (n=31)	62% Παντρεμένος (n=39)
	Διαζευγμένος (n=15)	78% Διαζευγμένος (n=9)
	Ανύπαντρος (n=4)	18% Ανύπαντρος (n=2)
ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ	Ελληνική (n=44)	88% Ελληνική (n=47)
	Αλβανική (n=2)	94% Αλβανική (n=2)
	Ουκρανική (n=2)	4% Ρωσική (n=1)
	Άλλη (n=2)	2% Άλλη (n=1)

	(n=2)			
ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ	PhD/Master Degree (n=3)	6%	PhD/Master Degree (n=4)	8%
	Απόφοιτος ΑΕΙ/ΑΤΕΙ (n=16)	32%	Απόφοιτος ΑΕΙ/ΑΤΕΙ (n=14)	28%
	Απόφοιτος ΙΕΚ (n=12)	24%	Απόφοιτος ΙΕΚ (n=8)	16%
	Απολυτήριο λυκείου (n=11)	22%	Απολυτήριο λυκείου (n=12)	24%
	Υποχρεωτική Εκπαίδευση (n=8)	16%	Υποχρεωτική εκπαίδευση (n=12)	24%
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	Ανεργος (n=11)	22%	Ανεργος (n=4)	8%
	Συνταξιούχος (n=14)	28%	Συνταξιούχος (n=24)	48%
	Εργαζόμενος (n=22)	44%	Εργαζόμενος (n=21)	42%
	Οικιακά (n=3)	6%	Οικιακά (n=1)	2%
ΕΙΣΟΔΗΜΑ	<5000 € /έτος (n=17)	34%	<5000 € /έτος (n=6)	12%
	5000-9999 € /έτος (n=27)	54%	5000-9999 € /έτος (n=32)	64%
	10000-14999 € /έτος (n=6)	12%	10000-14999 € /έτος (n=10)	20%
			15000-19999 € /έτος (n=2)	4%
ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΑΙΔΙΩΝ	0 (n=8)	16%	0 (n=5)	10%
	1 (n=15)	30%	1 (n=9)	18%
	2 (n=19)	38%	2 (n=24)	48%
	3 (n=6)	12%	3 (n=6)	12%
	4 (n=2)	4%	4 (n=5)	10%
			7 (n=1)	2%
ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ	Αστική περιοχή (n=44)	88%	Αστική περιοχή (n=45)	90%
	Ημιαστική περιοχή (n=4)	8%	Ημιαστική περιοχή (n=3)	6%
	Αγροτική περιοχή (n=2)	4%	Αγροτική περιοχή (n=2)	4%

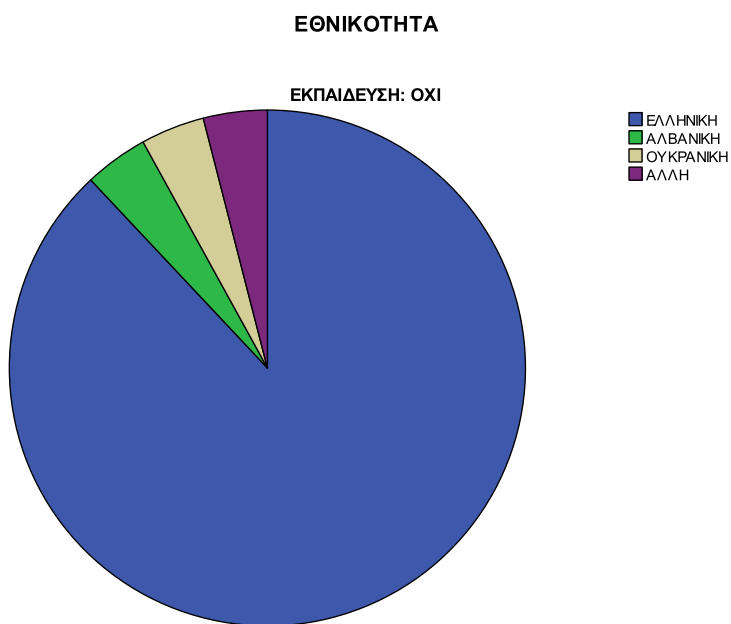
ΣΧΗΜΑΤΙΚΗ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ



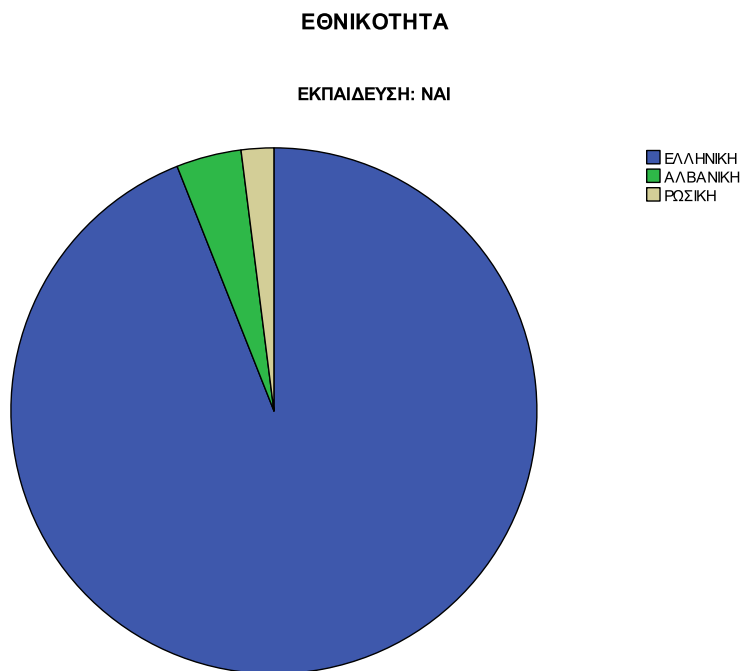
Σχήμα 1: Κατανομή φύλου ομάδας ελέγχου



Σχήμα 2: Κατανομή φύλου ομάδας παρέμβασης



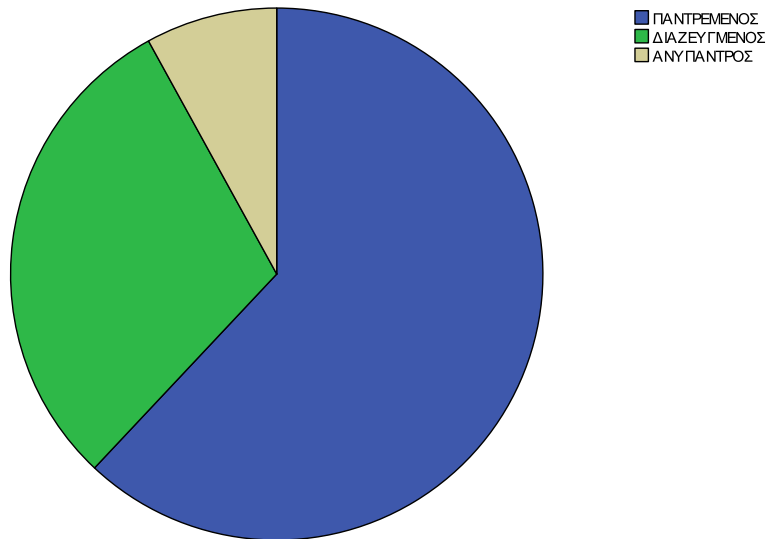
Σχήμα 3: Κατανομή εθνικότητας ομάδας ελέγχου



Σχήμα 4: Κατανομή εθνικότητας ομάδας παρέμβασης

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

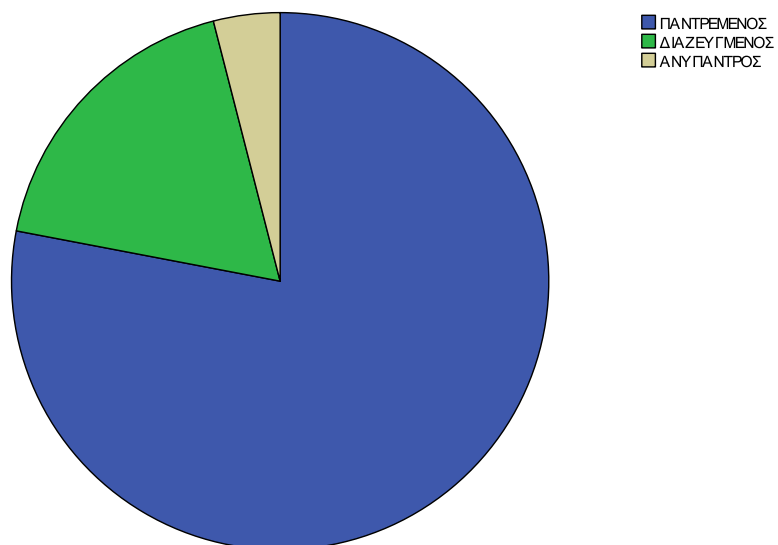
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ: ΟΧΙ



Σχήμα 5: Κατανομή οικογενειακής κατάστασης ομάδας ελέγχου

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

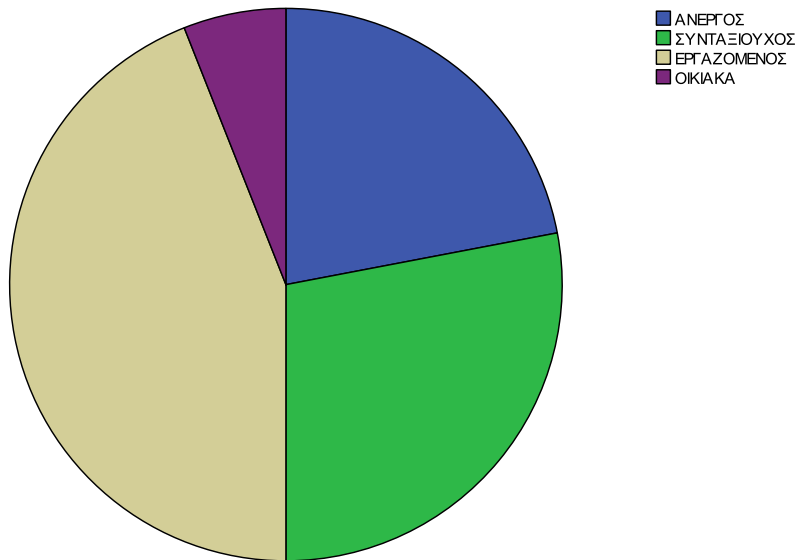
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ: ΝΑΙ



Σχήμα 6: Κατανομή οικογενειακής κατάστασης ομάδας παρέμβασης

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

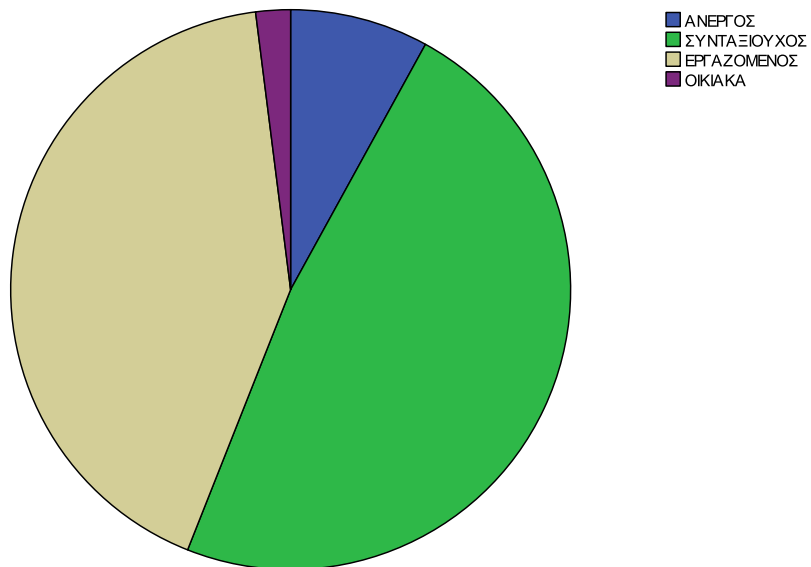
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ: ΟΧΙ



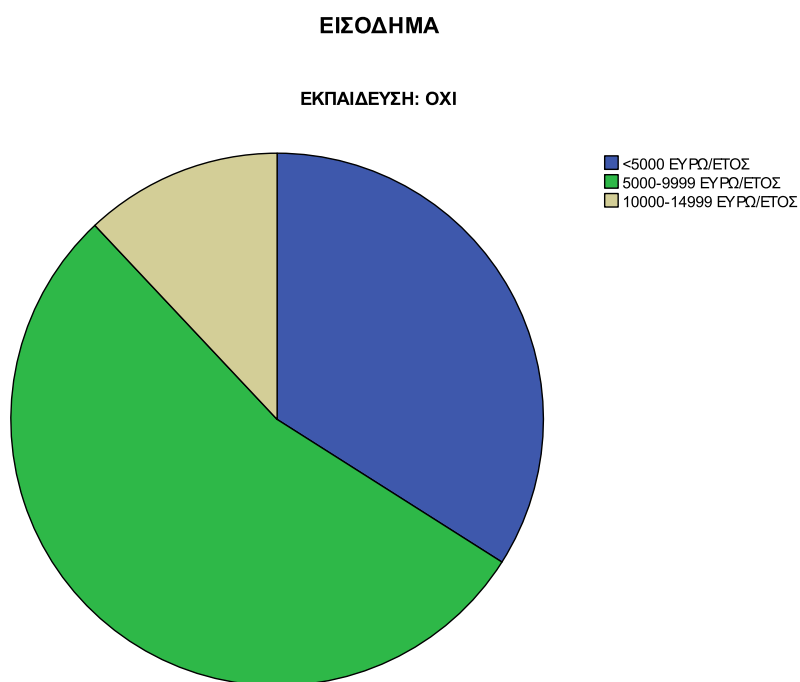
Σχήμα 7: Κατανομή επαγγελματικής κατάστασης ομάδας ελέγχου

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

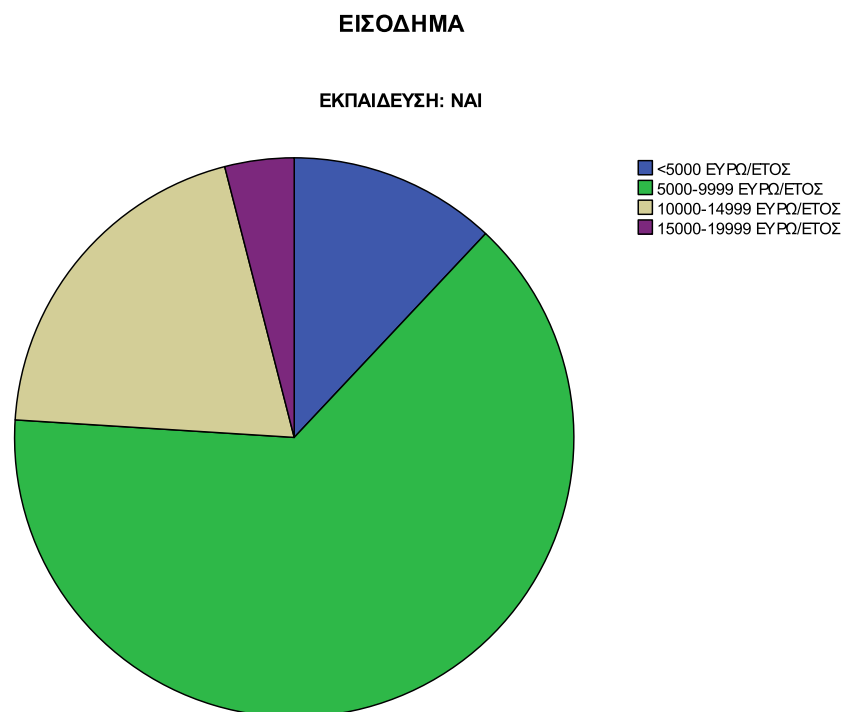
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ: ΝΑΙ



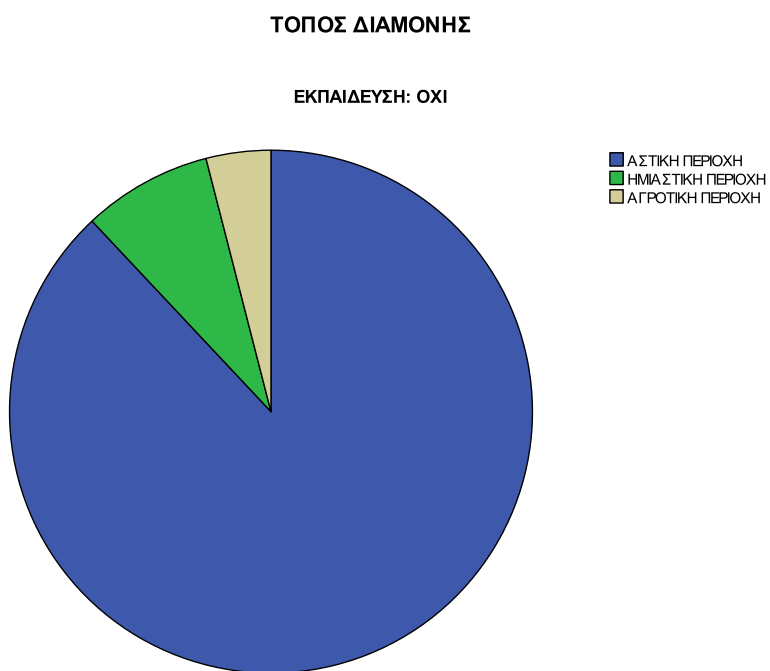
Σχήμα 8: Κατανομή επαγγελματικής κατάστασης ομάδας παρέμβασης



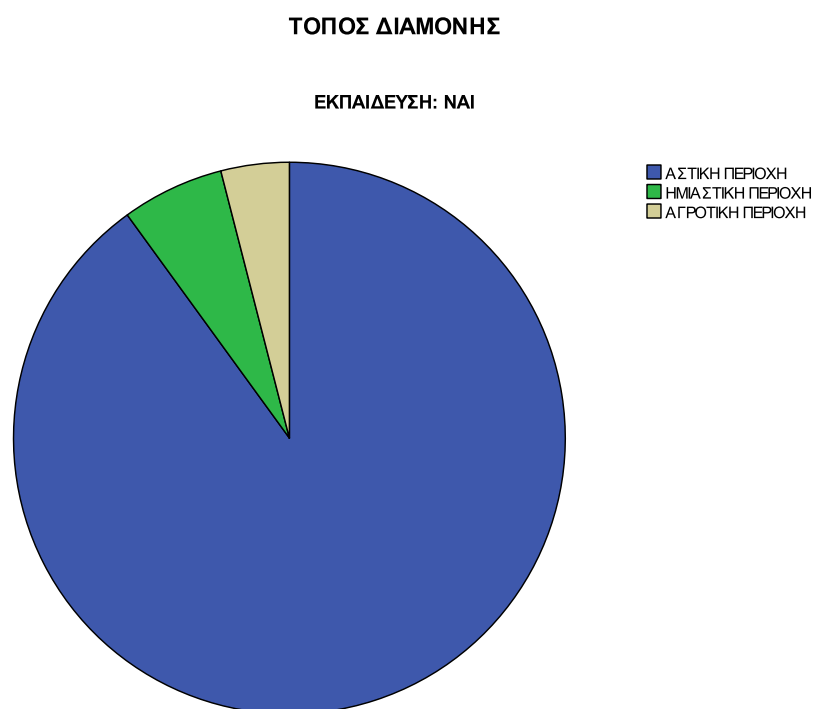
Σχήμα 9: Κατανομή εισοδήματος ομάδας ελέγχου



Σχήμα 10: Κατανομή εισοδήματος ομάδας παρέμβασης



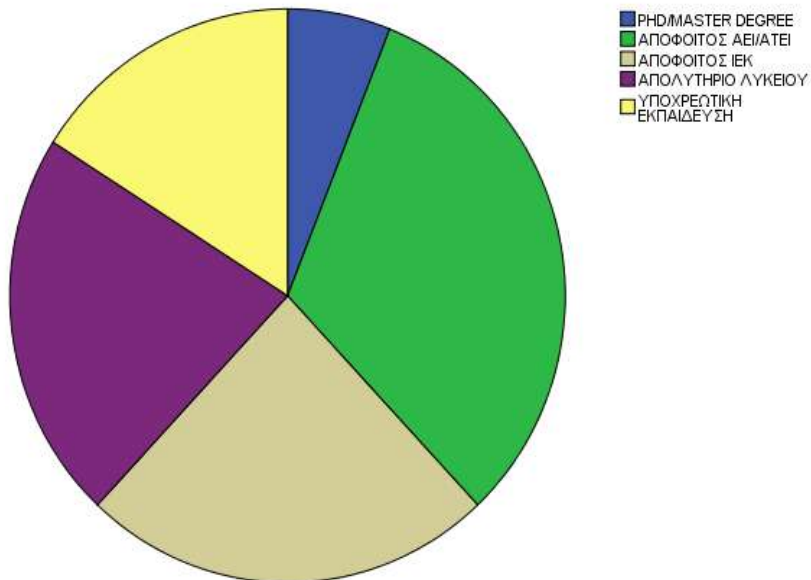
Σχήμα 11: Κατανομή τόπου διαμονής ομάδας ελέγχου



Σχήμα 12: Κατανομή τόπου διαμονής ομάδας παρέμβασης

ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

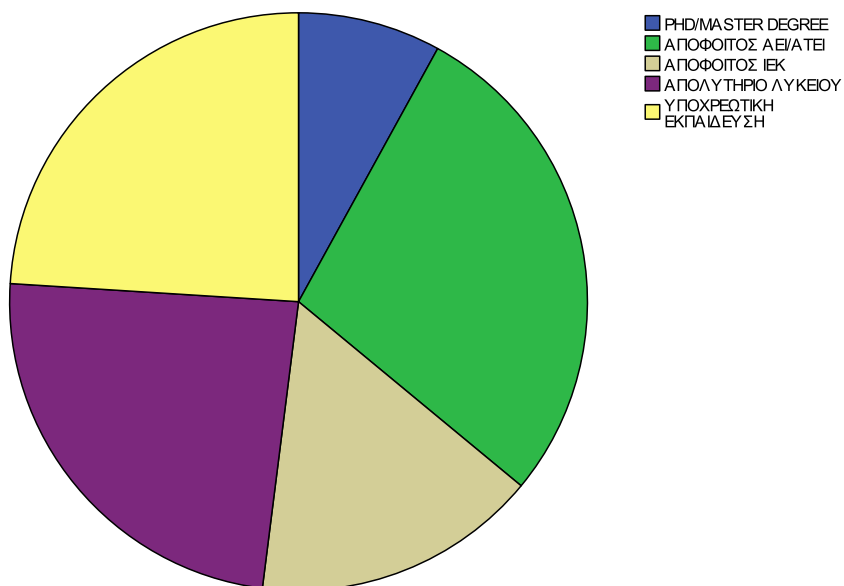
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ: ΟΧΙ



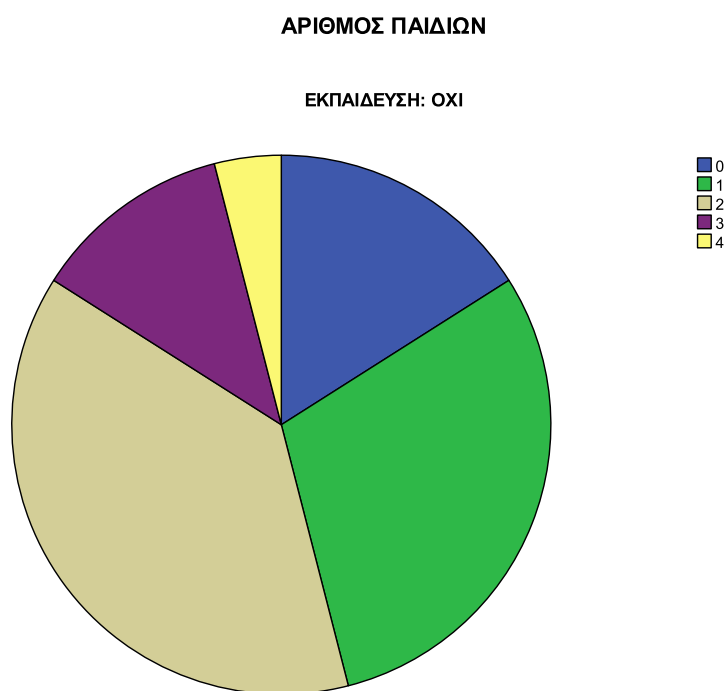
Σχήμα 13: Κατανομή επιπέδου εκπαίδευσης ομάδας ελέγχου

ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

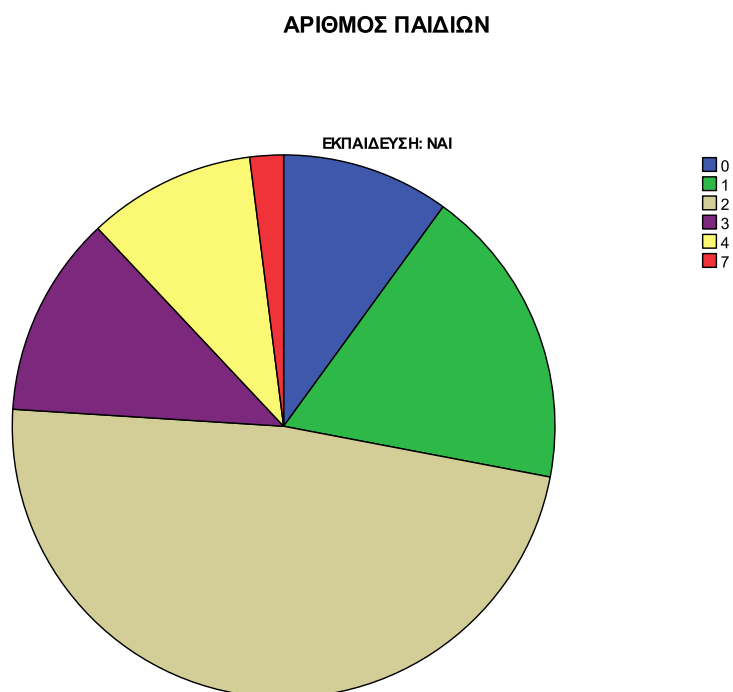
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ: ΝΑΙ



Σχήμα 14: Κατανομή επιπέδου εκπαίδευσης ομάδας παρέμβασης



Σχήμα 15: Κατανομή αριθμού παιδιών ομάδας ελέγχου



Σχήμα 16: Κατανομή αριθμού παιδιών ομάδας παρέμβαση

ΣΩΜΑΤΟΜΕΤΡΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Ως προς τα σωματομετρικά δεδομένα τα μέλη του δείγματος των 2 ομάδων ήταν ομοιογενή. Συγκεκριμένα, μέσο ύψος στην ομάδα ελέγχου ήταν 169,42cm με τυπική απόκλιση 8,17, ενώ στην ομάδα παρέμβασης 168,76cm με τυπική απόκλιση 6,92. Μέσο βάρος των μελών της ομάδας ελέγχου ήταν 84,92kg με τυπική απόκλιση 12, ενώ των μελών της ομάδας παρέμβασης 83,76kg με τυπική απόκλιση 12,47. Μέσος στην περιφέρεια μέσης για την ομάδα ελέγχου ήταν 109,68cm με τυπική απόκλιση 19,52, ενώ στην ομάδα παρέμβασης 104,82cm με τυπική απόκλιση 18,73.

Στον πρώτο επανέλεγχο, μετά το πέρας ενός μήνα, η ομάδα ελέγχου είχε μέσο βάρος 84,74kg με τυπική απόκλιση 11,70 και η ομάδα παρέμβασης 83,34kg με τυπική απόκλιση 11,93. Ο μέσος δείκτης μάζας σώματος για την ομάδα ελέγχου ήταν 29,38 με τυπική απόκλιση 2,42, ενώ για την ομάδα παρέμβασης 29,10 με τυπική απόκλιση 2,6.

Στο δεύτερο επανέλεγχο, μετά το πέρας τριών μηνών, το μέσο βάρος για την ομάδα ελέγχου ήταν 84,64kg με τυπική απόκλιση 11,48 και ο μέσος δείκτης μάζας σώματος 29,35 με τυπική απόκλιση 2,38. Στην ομάδα παρέμβασης αντίστοιχα, το μέσο βάρος ήταν 82,62kg με τυπική απόκλιση 11 και ο μέσος δείκτης μάζας σώματος 28,87 με τυπική απόκλιση 2,39.

<u>Νοσηλεία στο Νοσοκομείο</u>	<u>Ομάδα ελέγχου</u> N=50 Mean $\pm$ Std. Dev. (min-max)	<u>Ομάδα παρέμβασης</u> N=50 Mean $\pm$ Std. Dev. (min-max)
ΥΨΟΣ	169,42 $\pm$ 8,17 (150-186)	168,76 $\pm$ 6,92 (154-187)
ΒΑΡΟΣ	84,92 $\pm$ 12 (63-119)	83,76 $\pm$ 12,47 (63-112)
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΜΕΣΗΣ	109,68 $\pm$ 19,52 (80-161)	104,82 $\pm$ 18,73 (73-150)
ΔΕΙΚΤΗΣ ΜΑΖΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ	29,74 $\pm$ 2,61 (24,60-36,27)	29,46 $\pm$ 2,70 (24,40-35,70)
<u>1 μήνας μετά</u>		
ΒΑΡΟΣ	84,74 $\pm$ 11,70 (63-115)	83,34 $\pm$ 11,93 (63-109)
ΔΕΙΚΤΗΣ ΜΑΖΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ	29,38 $\pm$ 2,42 (24,50-35,40)	29,10 $\pm$ 2,60 (24,10-34,30)
<u>3 μήνες μετά</u>		
ΒΑΡΟΣ	84,64 $\pm$ 11,48 (63-112)	82,62 $\pm$ 11 (63-106)
ΔΕΙΚΤΗΣ ΜΑΖΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ	29,35 $\pm$ 2,38 (24,50-34,80)	28,87 $\pm$ 2,39 (24,10-33,90)

ΕΠΙΒΑΡΥΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Στην καταγραφή των επιβαρυντικών παραγόντων ανευρέθηκαν τα εξής:

Η ομάδα ελέγχου είχε θετικό οικογενειακό ιστορικό σε ποσοστό 30%, ενώ η ομάδα παρέμβασης σε ποσοστό 36%. Το ατομικό ιατρικό ιστορικό των μελών της ομάδας ελέγχου ήταν θετικό σε ποσοστό 30%, ενώ των μελών της ομάδας παρέμβασης σε ποσοστό 38%. Κανένα μέλος του δείγματος δεν έπασχε από νόσο νεφρών, ούτε είχε υποστεί κάποιο εγκεφαλικό επεισόδιο. Ινσουλινοθεραπεία λάμβανε το 10% των μελών της ομάδας ελέγχου και αντίστοιχα το 6% της ομάδας παρέμβασης. Αρτηριακή υπέρταση εμφάνιζε το 60% των μελών της ομάδας ελέγχου, ενώ στην ομάδα παρέμβασης το αντίστοιχο ποσοστό ήταν 30%. Διαγνωσμένη καρδιοπάθεια είχε το 12% της ομάδας ελέγχου και το 26% της ομάδας παρέμβασης. Το 56% της ομάδας ελέγχου εμφάνιζε κάποιας μορφής δυσλιπιδαιμία, σε αντιστοιχία με το 70% της ομάδας παρέμβασης. Τα μέλη της ομάδας ελέγχου ήταν κατά 66% καπνιστές, με το 20% >40 pack years. Το ποσοστό των καπνιστών για την ομάδα παρέμβασης ήταν 72%, με το 26% >40 pack years. Ο δείκτης μάζας σώματος ήταν ιδιαίτερα αυξημένος σε ποσοστό 72% στην ομάδα ελέγχου και σε ποσοστό 70% στην ομάδα παρέμβασης.

<u>Νοσηλεία στο Νοσοκομείο</u>	<u>Ομάδα ελέγχου</u> N=50		<u>Ομάδα παρέμβασης</u> N=50	
ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΑ	Ναι (n=6)	12%	Ναι (n=13)	26%
	Όχι (n=42)	88%	Όχι (n=37)	74%
ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ	Όχι (n=50)	100%	Όχι (n=50)	100%
ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ	Ιδιοπαθής (n=30)	60%	Ιδιοπαθής (n=15)	30%
	Όχι (n=20)	40%	Όχι (n=35)	70%
ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ	Ινσουλινοθεραπεία (n=5)	10%	Ινσουλινοθεραπεία (n=3)	6%
	Όχι (n=45)	90%	Όχι (n=47)	94%
ΔΥΣΛΙΠΙΔΑΙΜΙΑ	Υπερχοληστεριναιμία (n=6)	12%	Υπερχοληστεριναιμία (n=8)	16%
	Υπερτριγλυκεριδαιμία (n=7)	14%	Υπερτριγλυκεριδαιμία (n=13)	26%
	Και τα δύο (n=15)	30%	Και τα δύο (n=14)	28%
	Όχι (n=22)	44%	Όχι (n=15)	30%
ΝΟΣΟΣ ΝΕΦΡΩΝ	Όχι (n=50)	100%	Όχι (n=50)	100%
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ	Ναι (n=15)	30%	Ναι (n=18)	36%
	Όχι (n=35)	70%	Όχι (n=32)	64%
ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ	Ναι (n=25)	50%	Ναι (n=19)	38%
	Όχι (n=25)	50%	Όχι (n=31)	62%
ΚΑΠΝΙΣΜΑ	Ναι (n=33)	66%	Ναι (n=36)	72%
	Όχι (n=17)	34%	Όχι (n=14)	28%
PACK YEARS	10-20 (n=6)	12%	10-20 (n=7)	14%
	21-30 (n=8)	16%	21-30 (n=11)	22%
	31-40 (n=9)	18%	31-40 (n=5)	10%
	41-60 (n=6)	12%	41-60 (n=8)	16%
	61-75 (n=3)	6%	61-75 (n=1)	2%
	76-125 (n=1)	2%	76-125 (n=4)	8%

ΔΕΙΚΤΗΣ ΜΑΖΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ	24,5-27,6 (n=14)	28%	24,5-27,6 (n=15)	30%
	27,7-29,7 (n=14)	28%	27,7-29,7 (n=16)	32%
	29,8-31,9 (n=15)	30%	29,8-31,9 (n=8)	16%
	32-34,1 (n=6)	12%	32-34,1 (n=10)	20%
	>34,1 (n=1)	2%	>34,1 (n=1)	2%

ΚΛΙΝΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

Στα κλινικά ευρήματα η ομάδα ελέγχου είχε μέση συστολική αρτηριακή πίεση 146,44 με τυπική απόκλιση 13,97, μέση διαστολική αρτηριακή πίεση 82,80 με τυπική απόκλιση 8,56, μέσο αριθμό σφύξεων 81,46 με τυπική απόκλιση 9,20 και μέσο κλάσμα εξώθησης 40,90 με τυπική απόκλιση 5,11. Αντίστοιχα, η ομάδα παρέμβασης είχε μέση συστολική αρτηριακή πίεση 142,94 με τυπική απόκλιση 15,79, μέση διαστολική αρτηριακή πίεση 80,94 με τυπική απόκλιση 11,1, μέσο αριθμό σφύξεων 79,90 με τυπική απόκλιση 8,75 και μέσο κλάσμα εξώθησης 45,80 με τυπική απόκλιση 6,57.

Στον πρώτο επανέλεγχο, μετά το πέρας ενός μήνα, η ομάδα ελέγχου είχε μέση συστολική αρτηριακή πίεση 137,30 με τυπική απόκλιση 12,01, μέση διαστολική αρτηριακή πίεση 73,84 με τυπική απόκλιση 7,44 και μέσο αριθμό σφύξεων 81,42 με τυπική απόκλιση 8,72. Αντίστοιχα, η ομάδα παρέμβασης είχε μέση συστολική αρτηριακή πίεση 132,80 με τυπική απόκλιση 8,72, μέση διαστολική αρτηριακή πίεση 68,62 με τυπική απόκλιση 5,04 και μέσο αριθμό σφύξεων 73,52 με τυπική απόκλιση 6,03.

Στο δεύτερο επανέλεγχο, μετά το πέρας τριών μηνών, η ομάδα ελέγχου είχε μέση συστολική αρτηριακή πίεση 144,08 με τυπική απόκλιση 10,09, μέση διαστολική αρτηριακή πίεση 79,30 με τυπική απόκλιση 7,29 και μέσο αριθμό σφύξεων 81,50 με τυπική απόκλιση 8,68. Αντίστοιχα, η ομάδα παρέμβασης είχε μέση συστολική αρτηριακή πίεση 134,86 με τυπική απόκλιση 8,84, μέση διαστολική αρτηριακή πίεση 70,08 με τυπική απόκλιση 5,69 και μέσο αριθμό σφύξεων 72,30 με τυπική απόκλιση 6,15.

<u>Νοσηλεία στο Νοσοκομείο</u>	<u>Ομάδα ελέγχου</u> N=50 Mean $\pm$ Std. Dev. (min-max)	<u>Ομάδα παρέμβασης</u> N=50 Mean $\pm$ Std. Dev. (min-max)
ΣΥΣΤΟΛΙΚΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΠΙΕΣΗ	146,44 $\pm$ 13,97 (119-175)	142,94 $\pm$ 15,79 (112-172)
ΔΙΑΣΤΟΛΙΚΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΠΙΕΣΗ	82,80 $\pm$ 8,56 (70-100)	80,94 $\pm$ 11,1 (60-103)
ΣΦΥΞΕΙΣ	81,46 $\pm$ 9,20 (64-102)	79,90 $\pm$ 8,75 (60-100)
ΚΛΑΣΜΑ ΕΞΩΘΗΣΗΣ	40,90 $\pm$ 5,11 (35-55)	45,80 $\pm$ 6,57 (35-60)
<u>1 μήνας μετά</u>		
ΣΥΣΤΟΛΙΚΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΠΙΕΣΗ	137,30 $\pm$ 12,01 (116-159)	132,80 $\pm$ 8,72 (114-149)
ΔΙΑΣΤΟΛΙΚΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΠΙΕΣΗ	73,84 $\pm$ 7,44 (62-96)	68,62 $\pm$ 5,04 (58-79)
ΣΦΥΞΕΙΣ	81,42 $\pm$ 8,72 (64-98)	73,52 $\pm$ 6,03 (60-85)
<u>3 μήνες μετά</u>		
ΣΥΣΤΟΛΙΚΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΠΙΕΣΗ	144,08 $\pm$ 10,09 (121-159)	134,86 $\pm$ 8,84 (114-149)
ΔΙΑΣΤΟΛΙΚΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΠΙΕΣΗ	79,30 $\pm$ 7,29 (64-95)	70,08 $\pm$ 5,69 (58-85)
ΣΦΥΞΕΙΣ	81,50 $\pm$ 8,68 (64-97)	72,30 $\pm$ 6,15 (60-85)

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στα εργαστηριακά αποτελέσματα: ολική χοληστερόλη, HDL χοληστερόλη, LDL χοληστερόλη, τριγλυκερίδια, γλυκόζη, κρεατινίνη, δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των 2 ομάδων κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους.

Στον πρώτο επανέλεγχο, μετά το πέρας ενός μήνα, στα εργαστηριακά αποτελέσματα δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των 2 ομάδων, εκτός από την τιμή της γλυκόζης. Μέσος στην ομάδα παρέμβασης 113,24 με τυπική απόκλιση 27,18 ενώ στην ομάδα ελέγχου 127,90 με τυπική απόκλιση 36,13 ($p=0,025$). Συνεπώς, η ομάδα παρέμβασης ρύθμισε πιο αποτελεσματικά τις τιμές του σακχάρου.

Στο δεύτερο επανέλεγχο, μετά το πέρας τριών μηνών, στα εργαστηριακά αποτελέσματα υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των 2 ομάδων στην τιμή της γλυκόζης. Μέσος στην ομάδα παρέμβασης 105,16 με τυπική απόκλιση 15,58 ενώ στην ομάδα ελέγχου 123,38

με τυπική απόκλιση 28,84 ($p=0,000$). Συνεπώς, η ομάδα παρέμβασης ρύθμισε πιο αποτελεσματικά τις τιμές του σακχάρου. Στατιστικά σημαντική διαφορά υπήρξε στις τιμές της ολικής χοληστερόλης. Μέσος στην ομάδα παρέμβασης ήταν 207,20 με τυπική απόκλιση 22,97 ενώ στην ομάδα ελέγχου μέσος 219,32 με τυπική απόκλιση 36,14 ($p=0,048$). Επιπρόσθετα στατιστικά σημαντική διαφορά εμφάνισαν και οι τιμές της LDL χοληστερόλης με την ομάδα παρέμβασης να έχει μέσο 37,62 με τυπική απόκλιση 6,28 και την ομάδα ελέγχου μέσο 37,70 και τυπική απόκλιση 8,45 ($p=0,034$). Συνεπώς η ομάδα παρέμβασης ρύθμισε πιο αποτελεσματικά τις τιμές της χοληστερόλης. Οι τιμές της κρεατινίνης εμφάνισαν επίσης στατιστικά σημαντική διαφορά με την ομάδα παρέμβασης να είναι καλύτερη στον έλεγχο της με μέσο 0,89 και τυπική απόκλιση 0,14 ενώ η ομάδα ελέγχου μέσο 0,95 και τυπική απόκλιση 0,15 ($p=0,046$). Οριακή διαφορά στατιστικά σημαντική βρέθηκε και στις τιμές των τριγλυκεριδίων με την ομάδα παρέμβασης να έχει μέσο 162,14 και τυπική απόκλιση 53,89 και την ομάδα ελέγχου μέσο 189,32 και τυπική απόκλιση 80,31 ($p=0,050$). Συνεπώς η ομάδα παρέμβασης ρύθμισε αποτελεσματικότερα τις τιμές των τριγλυκεριδίων.

<u>Νοσηλεία στο Νοσοκομείο</u>	<u>Ομάδα παρέμβασης</u> N=50 Mean $\pm$ Std. Dev.	<u>Ομάδα ελέγχου</u> N=50 Mean $\pm$ Std. Dev.	<u>Στατιστική σημαντικότητα (p)</u>
Ολική χοληστερόλη	221,56 $\pm$ 37,02	221,50 $\pm$ 37,50	=0,994
HDL χοληστερόλη	37,34 $\pm$ 8,07	37,70 $\pm$ 8,45	=0,938
LDL χοληστερόλη	171,62 $\pm$ 36,86	171,02 $\pm$ 40,23	=0,828
Τριγλυκερίδια	215,05 $\pm$ 90,48	208,42 $\pm$ 102,97	=0,732
Γλυκόζη	124,54 $\pm$ 43,99	135,46 $\pm$ 43,42	=0,215
Κρεατινίνη	0,90 $\pm$ 0,16	0,93 $\pm$ 0,15	=0,501

<u>1 μήνας μετά</u>	<u>Ομάδα παρέμβασης</u> N=50 Mean $\pm$ Std. Dev.	<u>Ομάδα ελέγχου</u> N=50 Mean $\pm$ Std. Dev.	<u>Στατιστική σημαντικότητα (p)</u>
Ολική χοληστερόλη	215,88 $\pm$ 30,12	220,66 $\pm$ 34,37	=0,461
HDL χοληστερόλη	37,96 $\pm$ 7,78	37,08 $\pm$ 7,22	=0,231
LDL χοληστερόλη	163,48 $\pm$ 29,62	171,54 $\pm$ 36,37	=0,559
Τριγλυκερίδια	193,76 $\pm$ 71,91	197,46 $\pm$ 89,92	=0,821
Γλυκόζη	113,24 $\pm$ 27,18	127,90 $\pm$ 36,13	= 0,025*
Κρεατινίνη	0,90 $\pm$ 0,14	0,95 $\pm$ 0,15	=0,162

* Η συσχέτιση είναι σημαντική σε επίπεδο $\alpha=0.05$

<u>3 μήνες μετά</u>	<u>Ομάδα παρέμβασης</u> N=50 Mean $\pm$ Std. Dev.	<u>Ομάδα ελέγχου</u> N=50 Mean $\pm$ Std. Dev.	<u>Στατιστική σημαντικότητα (p)</u>
Ολική χοληστερόλη	207,20 $\pm$ 22,97	219,32 $\pm$ 36,14	= 0,048*
HDL χοληστερόλη	37,62 $\pm$ 6,28	37,46 $\pm$ 8,01	= 0,034*
LDL χοληστερόλη	156,54 $\pm$ 22,58	169,94 $\pm$ 37,92	=0,912
Τριγλυκερίδια	162,14 $\pm$ 53,89	189,32 $\pm$ 80,31	= 0,050*
Γλυκόζη	105,16 $\pm$ 15,58	123,38 $\pm$ 28,84	= 0,000**
Κρεατινίνη	0,89 $\pm$ 0,14	0,95 $\pm$ 0,15	= 0,046*

* Η συσχέτιση είναι σημαντική σε επίπεδο $\alpha=0.05$

** Η συσχέτιση είναι σημαντική σε επίπεδο $\alpha=0.01$

ΤΡΟΠΟΣ ΖΩΗΣ – ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ

Ως προς τις διαιτητικές συνήθειες του δείγματος, το 52% της ομάδας ελέγχου και το 50% της ομάδας παρέμβασης αντίστοιχα, έτρωγε σε ακανόνιστα ωράρια, ενώ το 66% της ομάδας ελέγχου και το 64% της ομάδας παρέμβασης αντίστοιχα, ως τυπολογία φαγητού επέλεξαν φρούτα και λαχανικά, λευκό κρέας, προϊόντα καπνιστού κρέατος αρκετές φορές την εβδομάδα, σάλτσες, ζυμαρικά, αρτοσκευάσματα από λευκό αλεύρι, ζωικά λίπη, κόκκινο κρέας, λιπαρά τυριά, γλυκά. Την αλλαγή στις διατροφικές συνήθειες σκεφτόταν 56% της ομάδας ελέγχου και το 58% της ομάδας παρέμβασης.

<u>Νοσηλεία στο Νοσοκομείο</u>	<u>Ομάδα παρέμβασης</u> N=50		<u>Ομάδα ελέγχου</u> N=50	
ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ	Τρώει τακτικά (n=25)	50%	Τρώει τακτικά (n=24)	48%
	Τρώει ακανόνιστα (n=25)	50%	Τρώει ακανόνιστα (n=26)	52%
ΤΥΠΟΛΟΓΙΑ ΦΑΓΗΤΟΥ	1 (n=12)	24%	1 (n=12)	24%
	2 (n=32)	64%	2 (n=33)	66%
	3 (n=6)	12%	3 (n=5)	10%
ΣΚΕΦΤΕΣΤΕ ΤΗΝ ΑΛΛΑΓΗ ΤΩΝ ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΩΝ ΣΥΝΗΘΕΙΩΝ ΣΑΣ;	Ναι (n=29)	58%	Ναι (n=28)	56%
	Όχι (n=21)	42%	Όχι (n=22)	44%

Ως προς την κατανάλωση αλκοόλ, το 18% της ομάδας ελέγχου και το 22% της ομάδας παρέμβασης κατανάλωνε ακατάλληλες ημερήσιες ποσότητες, ενώ το 12% των μελών της ομάδας ελέγχου σκεφτόταν την αλλαγή στην ποσότητα κατανάλωσης αλκοόλ, με το ποσοστό αυτό για την ομάδα παρέμβασης να είναι στο 64%.

<u>Νοσηλεία στο Νοσοκομείο</u>	<u>Ομάδα παρέμβασης</u> N=50		<u>Ομάδα ελέγχου</u> N=50	
ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΑΛΚΟΟΛ	Κατάλληλα (n=28)	56%	Κατάλληλα (n=34)	68%
	Ακατάλληλα (n=11)	22%	Ακατάλληλα (n=9)	18%
	Καθόλου (n=11)	22%	Καθόλου (n=7)	14%
ΣΚΕΦΤΕΣΤΕ ΤΗΝ ΑΛΛΑΓΗ ΤΗΣ ΠΟΣΟΤΗΤΑΣ ΑΛΚΟΟΛ ΠΟΥ ΚΑΤΑΝΑΛΩΝΕΤΕ;	Ναι (n=32)	64%	Ναι (n=6)	12%
	Όχι (n=18)	36%	Όχι (n=44)	88%

Το 84% των μελών της ομάδας ελέγχου έκανε κάποια δραστηριότητα στην πλειοψηφία του όμως μία με δύο φορές την εβδομάδα για 60 έως 90 λεπτά. Αντίστοιχα το 90% των μελών της ομάδας παρέμβασης έκανε κάποια δραστηριότητα μία με τρεις φορές την εβδομάδα για 15 έως 45 λεπτά. Το 80% της ομάδας ελέγχου σκεφτόταν την αλλαγή των δραστηριοτήτων του, ενώ αντίστοιχα το ποσοστό αυτό για την ομάδα παρέμβασης ήταν 68%.

<u>Νοσηλεία στο Νοσοκομείο</u>	<u>Ομάδα παρέμβασης</u> N=50		<u>Ομάδα ελέγχου</u> N=50	
ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ	Ναι (n=45)	90%	Ναι (n=42)	84%
	Όχι (n=5)	10%	Όχι (n=8)	16%
ΛΕΠΤΑ/ΗΜΕΡΑ	15-45 (n=28)	56%	15-45 (n=13)	26%
	60-90 (n=20)	40%	60-90 (n=34)	68%
	>90 (n=2)	4%	>90 (n=3)	6%
ΗΜΕΡΕΣ/ΕΒΔΟΜΑΔΑ	1 (n=14)	28%	1 (n=23)	46%
	2 (n=22)	44%	2 (n=20)	40%
	3 (n=12)	24%	3 (n=4)	8%
	4 (n=2)	4%	4 (n=2)	4%
			5 (n=1)	2%
ΣΚΕΦΤΕΣΤΕ ΤΗΝ ΑΛΛΑΓΗ ΤΩΝ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΩΝ ΣΑΣ;	Ναι (n=34)	68%	Ναι (n=40)	80%
	Όχι (n=16)	32%	Όχι (n=10)	20%

ΔΕΙΚΤΕΣ ΕΚΒΑΣΗΣ

Στον πρώτο επανέλεγχο, ο οποίος πραγματοποιήθηκε μετά το πέρας του ενός μήνα, γνώση των επιπέδων της LDL χοληστερόλης του είχε το 26% της ομάδας ελέγχου, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για την ομάδα παρέμβασης ήταν 80%. Γνώση των επιπέδων των τιμών του σακχάρου του είχε το 72% της ομάδας ελέγχου και το 96% αντίστοιχα της ομάδας παρέμβασης. Γνώση της φαρμακευτικής αγωγής που λαμβάνει από μνήμης ή από λίστα είχε το 82% της ομάδας ελέγχου και το 96% της ομάδας παρέμβασης. Το 86% των μελών της ομάδας ελέγχου δήλωσε πως λαμβάνει τη φαρμακευτική του αγωγή, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για την ομάδα παρέμβασης ήταν 100%. Γνώση των φυσιολογικών επιπέδων της αρτηριακής πίεσης είχε το 68% της ομάδας ελέγχου και το 82% της ομάδας παρέμβασης. Το 32% των μελών της ομάδας παρέμβασης μπορούσε να ονοματίσει τους παράγοντες κινδύνου των καρδιαγγειακών παθήσεων ενώ αντίστοιχα ικανό να τους ονοματίσει από την ομάδα παρέμβασης ήταν το 76%. Το 28% της ομάδας ελέγχου απάντησε θετικά στο εάν θεωρεί πως έχει ενημερωθεί για τις σωστές διαιτητικές συνήθειες με το ποσοστό αυτό να ανέρχεται για την ομάδα παρέμβασης στο 100%. Το 28% της ομάδας ελέγχου δήλωσε πως ακολουθεί διατροφικό πλάνο, ενώ το ποσοστό αυτό για την ομάδα παρέμβασης ήταν 100%. Αντίστοιχα, η ομάδα ελέγχου σε ποσοστό 26% θεωρεί πως έχει ενημερωθεί για το σωστό πρόγραμμα άσκησης, ενώ θετικά ως προς την ενημέρωση της για το σωστό πρόγραμμα άσκησης απάντησε στο 100% η ομάδα παρέμβασης. Πλάνο δραστηριότητας δήλωσε πως ακολουθεί το 28% της ομάδας ελέγχου, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για την ομάδα παρέμβασης ήταν 90%. Το 74% των μελών του δείγματος της ομάδας ελέγχου στον πρώτο επανέλεγχο αισθάνεται σταθερότητα ως προς την έκβαση της νόσου και το 12% βελτίωση. Τα μέλη της ομάδας παρέμβασης στον πρώτο επανέλεγχο αισθάνονται σταθερότητα ως προς την έκβαση της νόσου σε ποσοστό 76% και σε ποσοστό 18% βελτίωση.

Στο δεύτερο επανέλεγχο, ο οποίος πραγματοποιήθηκε μετά το πέρας των τριών μηνών, γνώση των επιπέδων της LDL χοληστερόλης του είχε το 32% της ομάδας ελέγχου, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για την ομάδα παρέμβασης ήταν 98%. Γνώση των επιπέδων των τιμών του σακχάρου του είχε το 62% της ομάδας ελέγχου και το 100% αντίστοιχα της ομάδας παρέμβασης. Γνώση της φαρμακευτικής αγωγής που λαμβάνει από μνήμης ή από λίστα είχε το 76% της ομάδας ελέγχου και το 100% της ομάδας παρέμβασης. Το 86% των μελών της

ομάδας ελέγχου δήλωσε πως λαμβάνει τη φαρμακευτική του αγωγή, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για την ομάδα παρέμβασης ήταν 100%. Γνώση των φυσιολογικών επιπέδων της αρτηριακής πίεσης είχε το 68% της ομάδας ελέγχου και το 96% της ομάδας παρέμβασης. Το 38% των μελών της ομάδας παρέμβασης μπορούσε να ονοματίσει τους παράγοντες κινδύνου των καρδιαγγειακών παθήσεων ενώ αντίστοιχα ικανό να τους ονοματίσει από την ομάδα παρέμβασης ήταν το 94%. Το 28% της ομάδας ελέγχου απάντησε θετικά στο εάν θεωρεί πως έχει ενημερωθεί για τις σωστές διαιτητικές συνήθειες με το ποσοστό αυτό να ανέρχεται για την ομάδα παρέμβασης στο 100%. Το 26% της ομάδας ελέγχου δήλωσε πως ακολουθεί διατροφικό πλάνο, ενώ το ποσοστό αυτό για την ομάδα παρέμβασης ήταν 100%. Αντίστοιχα, η ομάδα ελέγχου σε ποσοστό 26% θεωρεί πως έχει ενημερωθεί για το σωστό πρόγραμμα άσκησης, ενώ θετικά ως προς την ενημέρωση της για το σωστό πρόγραμμα άσκησης απάντησε στο 100% η ομάδα παρέμβασης. Πλάνο δραστηριότητας δήλωσε πως ακολουθεί το 28% της ομάδας ελέγχου, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για την ομάδα παρέμβασης ήταν 96%. Στο δεύτερο επανέλεγχο το 80% των μελών του δείγματος της ομάδας ελέγχου νιώθει σταθερότητα ως προς την έκβαση της νόσου και το 14% βελτίωση. Τα μέλη της ομάδας παρέμβασης στο δεύτερο επανέλεγχο αισθάνονται σταθερότητα ως προς την έκβαση της νόσου σε ποσοστό 58% και σε ποσοστό 42% βελτίωση.

Το ποσοστό των καπνιστών στην πρώτη συνέντευξη με τα μέλη των ομάδων ήταν 66% για την ομάδα ελέγχου και 72% για την ομάδα παρέμβασης. Στον πρώτο επανέλεγχο, μετά το πέρας ενός μήνα, το ποσοστό των καπνιστών για την ομάδα ελέγχου 66% ήταν ενώ για την ομάδα παρέμβασης 54%. Στο δεύτερο επανέλεγχο που πραγματοποιήθηκε μετά το πέρας τριών μηνών ποσοστό των καπνιστών για την ομάδα ελέγχου 64% ήταν ενώ για την ομάδα παρέμβασης 44%.

<u>Νοσηλεία στο Νοσοκομείο</u>	<u>Ομάδα ελέγχου</u> N=50		<u>Ομάδα παρέμβασης</u> N=50	
ΠΟΙΟ ΕΙΝΑΙ ΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΓΝΩΣΗΣ ΣΑΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΩΝ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ;	Κανένα (n=26)	52%	Κανένα (n=26)	52%
	Στοιχειώδεις (n=24)	48%	Στοιχειώδεις (n=24)	48%
ΚΑΠΝΙΖΕΤΕ;	Ναι (n=33)	66%	Ναι (n=36)	72%
	Όχι (n=17)	34%	Όχι (n=14)	28%
<u>1 μήνας μετά</u>				
ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΤΩΝ ΤΙΜΩΝ ΤΗΣ LDL ΧΟΛΗΣΤΕΡΟΛΗΣ ΣΑΣ;	Ναι (n=13)	26%	Ναι (n=40)	80%
	Όχι (n=37)	74%	Όχι (n=10)	20%
ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΤΩΝ ΤΙΜΩΝ ΤΟΥ ΣΑΚΧΑΡΟΥ ΣΑΣ;	Ναι (n=36)	72%	Ναι (n=48)	96%
	Όχι (n=14)	28%	Όχι (n=2)	4%
ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΤΑ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΤΩΝ ΤΙΜΩΝ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ;	Ναι (n=34)	68%	Ναι (n=41)	82%
	Όχι (n=16)	32%	Όχι (n=9)	18%
ΕΧΕΤΕ ΕΝΗΜΕΡΩΘΕΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΛΛΗΛΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ;	Ναι (n=14)	28%	Ναι (n=50)	100%
	Όχι (n=36)	72%		
ΕΧΕΤΕ ΕΝΗΜΕΡΩΘΕΙ ΓΙΑ ΤΟ ΚΑΤΑΛΛΗΛΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΑΣΚΗΣΗΣ;	Ναι (n=13)	26%	Ναι (n=50)	100%
	Όχι (n=37)	74%		
ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΤΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΠΟΥ ΣΑΣ ΕΧΕΙ ΣΥΣΤΗΘΕΙ;	Από μνήμης (n=13)	26%	Από μνήμης (n=24)	48%
	Έχει λίστα (n=28)	56%	Έχει λίστα (n=24)	48%
	Όχι (n=9)	18%	Όχι (n=2)	4%
ΜΠΟΡΕΙΤΕ ΝΑ ΟΝΟΜΑΤΙΣΕΙ ΤΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΤΩΝ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ;	Ναι (n=16)	32%	Ναι (n=38)	76%
	Όχι (n=34)	68%	Όχι (n=12)	24%
ΚΑΠΝΙΖΕΤΕ;	Ναι (n=33)	66%	Ναι (n=27)	54%
	Όχι (n=17)	34%	Όχι (n=23)	46%
ΑΚΟΛΟΥΘΕΙΤΕ ΤΙΣ	Απόλυτα	14%	Απόλυτα	50%

ΟΔΗΓΙΕΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΠΟΥ ΣΑΣ ΕΧΟΥΝ ΣΥΣΤΗΘΕΙ;	(n=7) Μάλλον ναι (n=7) Μάλλον όχι (n=25) Όχι (n=11)	14% 50% 22%	(n=25) Μάλλον ναι (n=25)	50%
ΑΚΟΛΟΥΘΕΙΤΕ ΤΙΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ ΠΟΥ ΣΑΣ ΕΧΟΥΝ ΣΥΣΤΗΘΕΙ;	Απόλυτα (n=2) Μάλλον ναι (n=12) Μάλλον όχι (n=29) Όχι (n=7)	4% 24% 58% 14%	Απόλυτα (n=18) Μάλλον ναι (n=27) Μάλλον όχι (n=5)	36% 54% 10%
ΛΑΜΒΑΝΕΤΕ ΤΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΠΟΥ ΣΑΣ ΕΧΕΙ ΣΥΣΤΗΘΕΙ;	Απόλυτα (n=21) Μάλλον ναι (n=22) Μάλλον όχι (n=7)	42% 44% 14%	Απόλυτα (n=41) Μάλλον ναι (n=9)	82% 18%
ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ Η ΑΙΣΘΗΣΗ ΣΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΑΣ;	Βελτίωση (n=6) Σταθερότητα (n=37) Επιδείνωση (n=7)	12% 74% 14%	Βελτίωση (n=9) Σταθερότητα (n=38) Επιδείνωση (n=3)	18% 76% 6%
3 μήνες μετά				
ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΤΩΝ ΤΙΜΩΝ ΤΗΣ LDL ΧΟΛΗΣΤΕΡΟΛΗΣ ΣΑΣ;	Ναι (n=16) Όχι (n=34)	32% 68%	Ναι (n=48) Όχι (n=2)	98% 2%
ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΤΩΝ ΤΙΜΩΝ ΤΟΥ ΣΑΚΧΑΡΟΥ ΣΑΣ;	Ναι (n=31) Όχι (n=19)	62% 38%	Ναι (n=50)	100%
ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΤΑ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΤΩΝ ΤΙΜΩΝ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ;	Ναι (n=34) Όχι (n=16)	68% 32%	Ναι (n=48) Όχι (n=2)	96% 4%
ΕΧΕΤΕ ΕΝΗΜΕΡΩΘΕΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΛΛΗΛΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ;	Ναι (n=14) Όχι (n=36)	28% 72%	Ναι (n=50)	100%
ΕΧΕΤΕ ΕΝΗΜΕΡΩΘΕΙ ΓΙΑ ΤΟ ΚΑΤΑΛΛΗΛΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΑΣΚΗΣΗΣ;	Ναι (n=13) Όχι (n=37)	26% 74%	Ναι (n=50)	100%
ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΤΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΠΟΥ ΣΑΣ ΕΧΕΙ ΣΥΣΤΗΘΕΙ;	Από μνήμης (n=11) Έχει λίστα (n=27)	22% 54%	Από μνήμης (n=32) Έχει λίστα (n=18)	64% 36%

	Όχι (n=12)	24%		
ΜΠΟΡΕΙΤΕ ΝΑ ΟΝΟΜΑΤΙΣΕΙ ΤΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΤΩΝ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ;	Ναι (n=19) Όχι (n=31)	38% 62%	Ναι (n=47) Όχι (n=3)	94% 6%
ΚΑΠΝΙΖΕΤΕ;	Ναι (n=32) Όχι (n=18)	64% 36%	Ναι (n=22) Όχι (n=28)	44% 56%
ΑΚΟΛΟΥΘΕΙΤΕ ΤΙΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΠΟΥ ΣΑΣ ΕΧΟΥΝ ΣΥΣΤΗΘΕΙ;	Απόλυτα (n=3) Μάλλον ναι (n=10) Μάλλον όχι (n=26) Όχι (n=11)	6% 20% 52% 22%	Απόλυτα (n=24) Μάλλον ναι (n=21)	58% 42%
ΑΚΟΛΟΥΘΕΙΤΕ ΤΙΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ ΠΟΥ ΣΑΣ ΕΧΟΥΝ ΣΥΣΤΗΘΕΙ;	Απόλυτα (n=4) Μάλλον ναι (n=10) Μάλλον όχι (n=29) Όχι (n=7)	8% 20% 58% 14%	Απόλυτα (n=23) Μάλλον ναι (n=25) Μάλλον όχι (n=2)	46% 50% 4%
ΛΑΜΒΑΝΕΤΕ ΤΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΠΟΥ ΣΑΣ ΕΧΕΙ ΣΥΣΤΗΘΕΙ;	Απόλυτα (n=14) Μάλλον ναι (n=29) Μάλλον όχι (n=7)	28% 58% 14%	Απόλυτα (n=37) Μάλλον ναι (n=13)	74% 26%
ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ Η ΑΙΣΘΗΣΗ ΣΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΑΣ;	Βελτίωση (n=7) Σταθερότητα (n=40) Επιδείνωση (n=3)	14% 80% 6%	Βελτίωση (n=21) Σταθερότητα (n=29)	42% 58%

The illness cognition questionnaire for chronic diseases

Στην κλίμακα “The illness Cognition questionnaire for chronic diseases” κατά τη διάρκεια της νοσηλείας, η ομάδα παρέμβασης σημείωσε μέσο άθροισμα 41,54 με τυπική απόκλιση 4,99 ενώ η ομάδα ελέγχου μέσο άθροισμα 41,3 με τυπική απόκλιση 5,7. Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων ($p=0,823$).

Στον πρώτο επανέλεγχο που πραγματοποιήθηκε μετά το πέρας του ενός μήνα, η ομάδα παρέμβασης σημείωσε μέσο άθροισμα 42,16 με τυπική απόκλιση 3,91 ενώ η ομάδα ελέγχου μέσο άθροισμα 41,3 με τυπική απόκλιση 5,7. Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων ($p=0,964$).

Στο δεύτερο επανέλεγχο που πραγματοποιήθηκε μετά το πέρας των τριών μηνών, η ομάδα παρέμβασης σημείωσε μέσο άθροισμα 45,72 με τυπική απόκλιση 3,28 ενώ η ομάδα ελέγχου μέσο άθροισμα 43,6 με τυπική απόκλιση 3,78. Η ομάδα παρέμβασης σημείωσε υψηλότερο μέσο άθροισμα στατιστικά σημαντικό ($p=0,000$).

Στατιστικά σημαντική διαφορά εμφανίζεται και σε κάθε επιμέρους διάσταση της κλίμακας.

Στη διάσταση της ανικανότητας οφειλόμενης στη νόσο η ομάδα παρέμβασης σημείωσε μέσο άθροισμα 12,58 με τυπική απόκλιση 1,76, ενώ η ομάδα ελέγχου μέσο άθροισμα 15,48 με τυπική απόκλιση 2,02 ($p=0,000$).

Στη διάσταση της αποδοχής της νόσου η ομάδα παρέμβασης σημείωσε μέσο άθροισμα 16,26 με τυπική απόκλιση 1,71, ενώ η ομάδα ελέγχου μέσο άθροισμα 13,86 με τυπική απόκλιση 1,94 ($p=0,000$).

Στη διάσταση του οφέλους από τη νόσο η ομάδα παρέμβασης σημείωσε μέσο άθροισμα 16,58 με τυπική απόκλιση 1,77, ενώ η ομάδα ελέγχου μέσο άθροισμα 13,86 με τυπική απόκλιση 1,85 ($p=0,000$). Συνεπώς η ομάδα παρέμβασης αποδέχεται τη νόσο και εντοπίζει οφέλη προερχόμενα από αυτή χωρίς να εστιάζει στην ανικανότητα ως απόρροια της νόσου.

<u>Νοσηλεία στο Νοσοκομείο</u>	<u>Ομάδα παρέμβασης</u> N=50 Mean $\pm$ Std. Dev.	<u>Ομάδα ελέγχου</u> N=50 Mean $\pm$ Std. Dev.	<u>Στατιστική σημαντικότητα (p)</u>
Ανικανότητα	16,78 $\pm$ 2,22	16,44 $\pm$ 2,48	=0,473
Αποδοχή νόσου	12,5 $\pm$ 2,14	12,62 $\pm$ 2,2	=0,818
Όφελος	12,24 $\pm$ 2,17	12,26 $\pm$ 2,2	=0,964
Άθροισμα	41,54 $\pm$ 4,99	41,3 $\pm$ 5,7	=0,823

<u>1 μήνας μετά</u>	<u>Ομάδα παρέμβασης</u> N=50 Mean $\pm$ Std. Dev.	<u>Ομάδα ελέγχου</u> N=50 Mean $\pm$ Std. Dev.	<u>Στατιστική σημαντικότητα (p)</u>
Ανικανότητα	15,88 $\pm$ 1,98	16,44 $\pm$ 2,48	=0,740
Αποδοχή νόσου	13,34 $\pm$ 1,75	12,62 $\pm$ 2,2	=0,797
Όφελος	12,98 $\pm$ 1,77	12,26 $\pm$ 2,2	=0,659
Άθροισμα	42,16 $\pm$ 3,91	41,3 $\pm$ 5,7	=0,964

<u>3 μήνες μετά</u>	<u>Ομάδα παρέμβασης</u> N=50 Mean $\pm$ Std. Dev.	<u>Ομάδα ελέγχου</u> N=50 Mean $\pm$ Std. Dev.	<u>Στατιστική σημαντικότητα (p)</u>
Ανικανότητα	12,58 $\pm$ 1,76	15,48 $\pm$ 2,02	=0,000*
Αποδοχή νόσου	16,26 $\pm$ 1,71	13,86 $\pm$ 1,94	=0,000*
Όφελος	16,58 $\pm$ 1,77	13,86 $\pm$ 1,85	=0,000*
Άθροισμα	45,72 $\pm$ 3,28	43,16 $\pm$ 3,78	=0,000*

* Η συσχέτιση είναι σημαντική σε επίπεδο δίπλευρης σημαντικότητας $\alpha=0.01$

Mac-New Heart Disease-related Quality of life questionnaire

Στην κλίμακα “Mac New Heart Disease Health-related Quality of life” κατά τη διάρκεια της νοσηλείας, η ομάδα παρέμβασης σημείωσε μέσο άθροισμα στην κοινωνική διάσταση 70,06 με τυπική απόκλιση 5,27, μέσο άθροισμα στη φυσική διάσταση 69,86 με τυπική απόκλιση 5,12, μέσο άθροισμα στην ψυχολογική διάσταση 72,88 με τυπική απόκλιση 6,47 και συνολικό μέσο άθροισμα 143,72 με τυπική απόκλιση 6,57.

Αντίστοιχα, η ομάδα ελέγχου σημείωσε μέσο άθροισμα στην κοινωνική διάσταση 70,12 με τυπική απόκλιση 5,38, μέσο άθροισμα στη φυσική διάσταση 69,84 με τυπική απόκλιση 5,46, μέσο άθροισμα στην ψυχολογική διάσταση 72,56 με τυπική απόκλιση 6,37 και συνολικό μέσο άθροισμα 141,26 με τυπική απόκλιση 6,69.

Σε καμία παράμετρο δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων.

Στον πρώτο επανέλεγχο που πραγματοποιήθηκε μετά το πέρας του ενός μήνα, η ομάδα παρέμβασης σημείωσε μέσο άθροισμα στην κοινωνική διάσταση 56,10 με τυπική απόκλιση 5,57, μέσο άθροισμα στη φυσική διάσταση 56,44 με τυπική απόκλιση 5,76, μέσο άθροισμα στην ψυχολογική διάσταση 56,68 με τυπική απόκλιση 6,55 και συνολικό μέσο άθροισμα 118,20 με τυπική απόκλιση 7,44.

Αντίστοιχα, η ομάδα ελέγχου σημείωσε μέσο άθροισμα στην κοινωνική διάσταση 59,30 με τυπική απόκλιση 4,94, μέσο άθροισμα στη φυσική διάσταση 65,7 με τυπική απόκλιση 7,21, μέσο άθροισμα στην ψυχολογική διάσταση 58,36 με τυπική απόκλιση 5,53 και συνολικό μέσο άθροισμα 126,38 με τυπική απόκλιση 7,53.

Η ομάδα ελέγχου σημείωσε στατιστικά υψηλότερο μέσο άθροισμα στην κοινωνική παράμετρο ($p=0,003$), στατιστικά υψηλότερο μέσο άθροισμα στη φυσική παράμετρο ($p=0,000$) και στατιστικά υψηλότερο συνολικό μέσο άθροισμα ($p=0,000$).

Στο δεύτερο επανέλεγχο που πραγματοποιήθηκε μετά το πέρας των τριών μηνών, η ομάδα παρέμβασης σημείωσε μέσο άθροισμα στην κοινωνική διάσταση 75,70 με τυπική απόκλιση 4,40, μέσο άθροισμα στη φυσική διάσταση 71,76 με τυπική απόκλιση 3,95, μέσο άθροισμα στην ψυχολογική διάσταση 77,96 με τυπική απόκλιση 4,28 και συνολικό μέσο άθροισμα 152,40 με τυπική απόκλιση 5,58.

Αντίστοιχα, η ομάδα ελέγχου σημείωσε μέσο άθροισμα στην κοινωνική διάσταση 69,98 με τυπική απόκλιση 3,84, μέσο άθροισμα στη φυσική διάσταση 66,9 με τυπική απόκλιση 4,04,

μέσο άθροισμα στην ψυχολογική διάσταση 69,78 με τυπική απόκλιση 4,63 και συνολικό μέσο άθροισμα 139,86 με τυπική απόκλιση 5,02.

Σε καμία παράμετρο δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων.

<u>Νοσηλεία στο Νοσοκομείο</u>	<u>Ομάδα παρέμβασης</u> N=50 Mean ± Std. Dev.	<u>Ομάδα ελέγχου</u> N=50 Mean ± Std. Dev.	<u>Στατιστική σημαντικότητα (p)</u>
Κοινωνική	70,06 ± 5,27	70,12 ± 5,38	=0,955
Κοινωνική (μέση τιμή)	5,35 ± 0,41	5,35 ± 0,41	=1
Φυσική	69,86 ± 5,12	69,84 ± 5,46	=0,985
Φυσική (μέση τιμή)	5,34 ± 0,38	5,34 ± 0,41	=0,980
Ψυχολογική	72,88 ± 6,47	72,56 ± 6,37	=0,804
Ψυχολογική (μέση τιμή)	5,16 ± 0,46	5,14 ± 0,45	=0,862
Άθροισμα	143,72 ± 6,57	141,26 ± 6,69	=0,067
Άθροισμα (μέση τιμή)	5,23 ± 0,24	5,23 ± 0,24	=0,067

<u>1 μήνας μετά</u>	<u>Ομάδα παρέμβασης</u> N=50 Mean ± Std. Dev.	<u>Ομάδα ελέγχου</u> N=50 Mean ± Std. Dev.	<u>Στατιστική σημαντικότητα (p)</u>
Κοινωνική	56,10 ± 5,57	59,30 ± 4,94	=0,003*
Κοινωνική (μέση τιμή)	4,31 ± 0,42	4,56 ± 0,38	=0,003*
Φυσική	56,44 ± 5,76	65,7 ± 7,21	=0,000*
Φυσική (μέση τιμή)	4,34 ± 0,44	5,03 ± 0,53	=0,000*
Ψυχολογική	56,68 ± 6,55	58,36 ± 5,53	=0,279
Ψυχολογική (μέση τιμή)	4,56 ± 0,44	4,48 ± 0,42	=0,401
Άθροισμα	118,20 ± 7,44	126,38 ± 7,53	=0,000*
Άθροισμα (μέση τιμή)	4,37 ± 0,27	4,68 ± 0,27	=0,000*

* Η συσχέτιση είναι σημαντική σε επίπεδο δίπλευρης σημαντικότητας $\alpha=0.01$

<u>3 μήνες μετά</u>	<u>Ομάδα παρέμβασης</u> N=50 Mean ± Std. Dev.	<u>Ομάδα ελέγχου</u> N=50 Mean ± Std. Dev.	<u>Στατιστική σημαντικότητα (p)</u>
Κοινωνική	75,70 ± 4,40	69,98 ± 3,84	=0,955
Κοινωνική (μέση τιμή)	5,82 ± 0,33	5,38 ± 0,29	=1
Φυσική	71,76 ± 3,95	66,9 ± 4,04	=0,985
Φυσική (μέση τιμή)	5,52 ± 0,30	5,14 ± 0,31	=0,980
Ψυχολογική	77,96 ± 4,28	69,78 ± 4,63	=0,804
Ψυχολογική (μέση τιμή)	5,56 ± 0,30	4,98 ± 0,33	=0,862
Άθροισμα	152,40 ± 5,58	139,86 ± 5,02	=0,067
Άθροισμα (μέση τιμή)	5,64 ± 0,20	5,18 ± 0,18	=0,067

Στα κλινικά καταληκτικά σημεία δεν υπήρξε οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, επανεισαγωγή περιστατικού στο νοσοκομείο ή θάνατος στο χρονικό διάστημα που επανελέγχθηκαν τα περιστατικά σε κανένα μέλος των ομάδων.

ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ ΜΕ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΗ ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΤΗΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

Από τον έλεγχο διαφορών ανάμεσα στις δύο ομάδες (παρέμβασης και ελέγχου) κατά τον πρώτο επανέλεγχο, μετά το πέρας ενός μήνα, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά (paired t-test) αναφορικά με τη γνώση των ασθενών των επιπέδων των τιμών του σακχάρου τους $p=0,001$, τη γνώση των επιπέδων των τιμών της LDL χοληστερόλης τους $p=0,000$, τις τιμές της συστολικής πίεσης $p=0,035$, τις τιμές της διαστολικής πίεσης $p=0,000$, τις τιμές των σφύξεων $p=0,000$ με τη γνώση των παραγόντων κινδύνου των καρδιαγγειακών παθήσεων $p=0,025$, καθώς και με τη γνώση της φαρμακευτικής τους αγωγής $p=0,000$.

Το επίπεδο των γνώσεων των ασθενών αναφορικά με τα επίπεδα των τιμών της αρτηριακής τους πίεσης, το βάρος, το δείκτη μάζας σώματος, τις τιμές της ολικής χοληστερόλης, τις τιμές της HDL χοληστερόλης, τις τιμές των τριγλυκεριδίων και της κρεατινίνης δε διέφερε στατιστικά σημαντικά ανάμεσα στις δύο ομάδες. Επίσης δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά αναφορικά με τη διακοπή του καπνίσματος.

Στο δεύτερο επανέλεγχο, μετά το πέρας τριών μηνών, παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στο επίπεδο γνώσεων των δύο ομάδων αναφορικά με τις τιμές του σακχάρου $p=0,000$, με τις τιμές της συστολικής πίεσης $p=0,000$, τις τιμές της διαστολικής πίεσης $p=0,000$, τις τιμές των σφύξεων $p=0,000$, τις τιμές της ολικής χοληστερόλης $p=0,048$, τις τιμές της LDL χοληστερόλης $p=0,034$, τις τιμές της κρεατινίνης $p=0,046$, καθώς και με τη γνώση των ασθενών των επιπέδων των τιμών του σακχάρου τους $p=0,000$, τη γνώση των επιπέδων των τιμών της HDL χοληστερόλης τους $p=0,000$, τις τιμές της κρεατινίνης $p=0,046$, οριακή συσχέτιση υπήρξε και με τις τιμές των τριγλυκεριδίων $p=0,050$, με τη γνώση των παραγόντων κινδύνου των καρδιαγγειακών παθήσεων $p=0,003$, καθώς και με τη γνώση της φαρμακευτικής τους αγωγής $p=0,000$.

Θετικά συσχετίστηκε η διακοπή του καπνίσματος κατά το δεύτερο επανέλεγχο με τα μέλη της ομάδας παρέμβασης να είναι πιο αποτελεσματικά ως προς τη διαχείριση $p=0,035$.

Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά σε σχέση με το δείκτη μάζας των ασθενών, το βάρος των ασθενών καθώς και με τις τιμές της HDL χοληστερόλης.

ΠΟΛΥΠΑΡΑΓΟΝΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Από την πολυπαραγοντική ανάλυση φάνηκε πως οι τιμές που έλαβε η κλίμακα “The illness cognition questionnaire for chronic diseases” δεν επηρεάστηκαν από τις μεταβλητές ηλικία, φύλο, εθνικότητα, οικογενειακή κατάσταση, επίπεδο εκπαίδευσης, εισόδημα, τόπος διαμονής, αριθμός τέκνων σε καμία από τις επιμέρους παραμέτρους.

Από την ίδια ανάλυση φάνηκε πως οι τιμές που έλαβε η κλίμακα “The Mac-New Heart disease-related quality of life questionnaire” δεν επηρεάστηκαν από τις μεταβλητές ηλικία, φύλο, εθνικότητα, οικογενειακή κατάσταση, επίπεδο εκπαίδευσης, εισόδημα, αριθμός τέκνων.

Στατιστικά σημαντική διαφορά παρατηρήθηκε στη συσχέτιση του τόπου διαμονής και των τιμών που έλαβε η κοινωνική παράμετρος-διάσταση της κλίμακας, $p=0,037$ καθώς και το συνολικό άθροισμα της κλίμακας, $p=0,032$.

Στατιστικά σημαντική διαφορά παρατηρήθηκε και μεταξύ της επαγγελματικής κατάστασης του δείγματος σε σχέση με τις τιμές που έλαβε η ψυχολογική παράμετρος-διάσταση της κλίμακας, $p=0,024$ καθώς και οριακά στατιστικά σημαντική συσχέτιση με το συνολικό άθροισμα της κλίμακας $p=0,050$.

The illness cognition questionnaire for chronic diseases

Φύλο	Ανικανότητα	p = 0,431
	Αποδοχή νόσου	p = 0,610
	Όφελος	p = 0,913
	Άθροισμα	p = 0,618
Ηλικία	Ανικανότητα	p = 0,619
	Αποδοχή νόσου	p = 0,825
	Όφελος	p = 0,469
	Άθροισμα	p = 0,802
Εθνικότητα	Ανικανότητα	p = 0,207
	Αποδοχή νόσου	p = 0,904
	Όφελος	p = 0,411
	Άθροισμα	p = 0,854
Οικογενειακή κατάσταση	Ανικανότητα	p = 0,968
	Αποδοχή νόσου	p = 0,137
	Όφελος	p = 0,334
	Άθροισμα	p = 0,391
Επίπεδο εκπαίδευσης	Ανικανότητα	p = 0,451
	Αποδοχή νόσου	p = 0,249
	Όφελος	p = 0,229
	Άθροισμα	p = 0,182
Επαγγελματική κατάσταση	Ανικανότητα	p = 0,982
	Αποδοχή νόσου	p = 0,961
	Όφελος	p = 0,941
	Άθροισμα	p = 0,995
Εισόδημα	Ανικανότητα	p = 0,760
	Αποδοχή νόσου	p = 0,824
	Όφελος	p = 0,123
	Άθροισμα	p = 0,449
Τόπος Διαμονής	Ανικανότητα	p = 0,803
	Αποδοχή νόσου	p = 0,347
	Όφελος	p = 0,860
	Άθροισμα	p = 0,639
Αριθμός τέκνων	Ανικανότητα	p = 0,735
	Αποδοχή νόσου	p = 0,391
	Όφελος	p = 0,385
	Άθροισμα	p = 0,583

Mac-New Heart Disease-related Quality of life questionnaire

Φύλο	Κοινωνική	p = 0,063
	Φυσική	p = 0,542
	Ψυχολογική	p = 0,286
	Άθροισμα	p = 0,818

Ηλικία	Κοινωνική	p = 0,228
	Φυσική	p = 0,269
	Ψυχολογική	p = 0,897
	Άθροισμα	p = 0,887

Εθνικότητα	Κοινωνική	p = 0,710
	Φυσική	p = 0,169
	Ψυχολογική	p = 0,357
	Άθροισμα	p = 0,807

Οικογενειακή κατάσταση	Κοινωνική	p = 0,080
	Φυσική	p = 0,390
	Ψυχολογική	p = 0,623
	Άθροισμα	p = 0,663

Επίπεδο εκπαίδευσης	Κοινωνική	p = 0,462
	Φυσική	p = 0,802
	Ψυχολογική	p = 0,654
	Άθροισμα	p = 0,866

Επαγγελματική κατάσταση	Κοινωνική	p = 0,627
	Φυσική	p = 0,446
	Ψυχολογική	p = 0,024*
	Άθροισμα	p = 0,050*

Εισόδημα	Κοινωνική	p = 0,139
	Φυσική	p = 0,436
	Ψυχολογική	p = 0,413
	Άθροισμα	p = 0,134

Τόπος διαμονής	Κοινωνική	p = 0,037*
	Φυσική	p = 0,458
	Ψυχολογική	p = 0,476
	Άθροισμα	p = 0,032*

Αριθμός τέκνων	Κοινωνική	p = 0,275
	Φυσική	p = 0,879
	Ψυχολογική	p = 0,363
	Άθροισμα	p = 0,574

* Η συσχέτιση είναι σημαντική σε επίπεδο σημαντικότητας α=0.05

ΜΕΤΑΒΟΛΗ ΣΤΗΝ ΑΠΟΔΟΧΗ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

Σε κάθε χρονικό σημείο τα μέλη και των δύο ομάδων εμφάνισαν στατιστικά σημαντική βελτίωση στα επιμέρους αθροίσματα κάθε επιμέρους διάστασης της κλίμακας. Τα μέλη της ομάδας παρέμβασης όμως εμφάνισαν σημαντικότερη διαφορά σε απόλυτο αριθμό σε κάθε χρονικό σημείο ελέγχου.

Ομάδα ελέγχου N=50		
Ανικανότητα (νοσηλεία στο νοσοκομείο) - Ανικανότητα (1 μήνας μετά)	r = 2,995	p = 0,004**
Αποδοχή νόσου (νοσηλεία στο νοσοκομείο) – Αποδοχή νόσου (1 μήνας μετά)	r = -3,784	p = 0,000**
Όφελος (νοσηλεία στο νοσοκομείο) – Όφελος (1 μήνας μετά)	r = -3,353	p = 0,002**
Συνολικό άθροισμα (νοσηλεία στο νοσοκομείο) – Συνολικό άθροισμα (1 μήνας μετά)	r = -2,657	p = 0,110
Ομάδα παρέμβασης N=50		
Ανικανότητα (νοσηλεία στο νοσοκομείο) - Ανικανότητα (1 μήνας μετά)	r = 5,028	p = 0,000**
Αποδοχή νόσου (νοσηλεία στο νοσοκομείο) – Αποδοχή νόσου (1 μήνας μετά)	r = -4,393	p = 0,000**
Όφελος (νοσηλεία στο νοσοκομείο) – Όφελος (1 μήνας μετά)	r = -3,746	p = 0,002**
Συνολικό άθροισμα (νοσηλεία στο νοσοκομείο) – Συνολικό άθροισμα (1 μήνας μετά)	r = -1,855	p = 0,070
Ομάδα ελέγχου N=50		
Ανικανότητα (1 μήνας μετά) – Ανικανότητα (3 μήνες μετά)	r = 2,240	p = 0,030*
Αποδοχή νόσου (1 μήνας μετά) – Αποδοχή νόσου (3 μήνες μετά)	r = -3,525	p = 0,001**
Όφελος (1 μήνας μετά) – Όφελος (3 μήνες μετά)	r = -4,955	p = 0,000**
Συνολικό άθροισμα (1 μήνας μετά) – Συνολικό άθροισμα (3 μήνες μετά)	r = -2,924	p = 0,005**
Ομάδα παρέμβασης N=50		
Ανικανότητα (1 μήνας μετά) – Ανικανότητα (3 μήνες μετά)	r = 14,299	p = 0,000**
Αποδοχή νόσου (1 μήνας μετά) – Αποδοχή νόσου (3 μήνες μετά)	r = -13,212	p = 0,000**
Όφελος (1 μήνας μετά) –	r = -14,647	p = 0,000**

Όφελος (3 μήνες μετά)		
Συνολικό άθροισμα (1 μήνας μετά) – Συνολικό άθροισμα (3 μήνες μετά)	$r = -8,417$	$p = 0,000^{**}$
Ομάδα ελέγχου N=50		
Ανικανότητα (νοσηλεία στο νοσοκομείο) – Ανικανότητα (3 μήνες μετά)	$r = 3,175$	$p = 0,003^{**}$
Αποδοχή νόσου (νοσηλεία στο νοσοκομείο) – Αποδοχή νόσου (3 μήνες μετά)	$r = -5,671$	$p = 0,000^{**}$
Όφελος (νοσηλεία στο νοσοκομείο) – Όφελος (3 μήνες μετά)	$r = -6,039$	$p = 0,000^{**}$
Συνολικό άθροισμα (νοσηλεία στο νοσοκομείο) – Συνολικό άθροισμα (3 μήνες μετά)	$r = -3,510$	$p = 0,001^{**}$
Ομάδα παρέμβασης N=50		
Ανικανότητα (νοσηλεία στο νοσοκομείο) – Ανικανότητα (3 μήνες μετά)	$r = 16,039$	$p = 0,000^{**}$
Αποδοχή νόσου (νοσηλεία στο νοσοκομείο) – Αποδοχή νόσου (3 μήνες μετά)	$r = -13,588$	$p = 0,000^{**}$
Όφελος (νοσηλεία στο νοσοκομείο) – Όφελος (3 μήνες μετά)	$r = -14,007$	$p = 0,000^{**}$
Συνολικό άθροισμα (νοσηλεία στο νοσοκομείο) – Συνολικό άθροισμα (3 μήνες μετά)	$r = -7,309$	$p = 0,001^{**}$

* Η συσχέτιση είναι σημαντική σε επίπεδο σημαντικότητας $\alpha=0.05$

** Η συσχέτιση είναι σημαντική σε επίπεδο δίπλευρης σημαντικότητας $\alpha=0.01$

ΜΕΤΑΒΟΛΗ ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

Στον πρώτο επανέλεγχο, δηλαδή μετά το πέρας ενός μήνα, τα μέλη και των δύο ομάδων εμφάνισαν στατιστικά σημαντική μείωση του αθροίσματος σε κάθε επιμέρους διάσταση της κλίμακας σε σύγκριση με το άθροισμα κατά την περίοδο της νοσηλείας τους.

Στο δεύτερο επανέλεγχο, τα μέλη της ομάδας ελέγχου εμφάνισαν στατιστικά σημαντική βελτίωση του αθροίσματος στην κοινωνική διάσταση της κλίμακας, στην ψυχολογική διάσταση και στο συνολικό άθροισμα, όχι όμως στη φυσική διάσταση της κλίμακας, σε σχέση με το άθροισμα του πρώτου επανελέγχου.

Η ομάδα παρέμβασης εμφάνισε στατιστική βελτίωση στο άθροισμα κάθε επιμέρους διάστασης της κλίμακας.

Τα μέλη της ομάδας ελέγχου σε κάθε επιμέρους διάσταση της κλίμακας σημείωσαν χαμηλότερο άθροισμα στο δεύτερο επανέλεγχο, δηλαδή μετά το πέρας τριών μηνών, συγκριτικά με το άθροισμα κατά την περίοδο της νοσηλείας τους με στατιστικά σημαντική διαφορά να εντοπίζεται στη φυσική και ψυχολογική διάσταση της κλίμακας.

Αντίθετα, η ομάδα παρέμβασης σε κάθε επιμέρους διάσταση της κλίμακας σημείωσε στατιστικά σημαντικό υψηλότερο άθροισμα σε σύγκριση με το άθροισμα κατά την περίοδο της νοσηλείας των μελών της.

Ομάδα ελέγχου N=50		
Κοινωνική (νοσηλεία στο νοσοκομείο) – Κοινωνική (1 μήνας μετά)	r = 23,19	p = 0,000**
Φυσική (νοσηλεία στο νοσοκομείο) – Φυσική (1 μήνας μετά)	r = 3,77	p = 0,000**
Ψυχολογική (νοσηλεία στο νοσοκομείο) – Ψυχολογική (1 μήνας μετά)	r = 11,783	p = 0,000**
Συνολικό άθροισμα (νοσηλεία στο νοσοκομείο) – Συνολικό άθροισμα (1 μήνας μετά)	r = 11,47	p = 0,000**
Ομάδα παρέμβασης N=50		
Κοινωνική (νοσηλεία στο νοσοκομείο) – Κοινωνική (1 μήνας μετά)	r = 15,022	p = 0,000**
Φυσική (νοσηλεία στο νοσοκομείο) – Φυσική (1 μήνας μετά)	r = 12,087	p = 0,000**
Ψυχολογική (νοσηλεία στο νοσοκομείο) – Ψυχολογική (1 μήνας μετά)	r = 11,874	p = 0,000**
Συνολικό άθροισμα (νοσηλεία στο νοσοκομείο) – Συνολικό άθροισμα (1 μήνας μετά)	r = 18,346	p = 0,000**
Ομάδα ελέγχου N=50		
Κοινωνική (1 μήνας μετά) – Κοινωνική (3 μήνες μετά)	r = -19,190	p = 0,000**
Φυσική (1 μήνας μετά) – Φυσική (3 μήνες μετά)	r = -1,186	p = 0,242
Ψυχολογική (1 μήνας μετά) – Ψυχολογική (3 μήνες μετά)	r = -11,853	p = 0,000**
Συνολικό άθροισμα (1 μήνας μετά) – Συνολικό άθροισμα (3 μήνες μετά)	r = -11,445	p = 0,000**
Ομάδα παρέμβασης N=50		
Κοινωνική (1 μήνας μετά) – Κοινωνική (3 μήνες μετά)	r = -20,407	p = 0,000**
Φυσική (1 μήνας μετά) – Φυσική (3 μήνες μετά)	r = -15,802	p = 0,000**

Ψυχολογική (1 μήνας μετά) – Ψυχολογική (3 μήνες μετά)	r = -17,336	p = 0,000**
Συνολικό άθροισμα (1 μήνας μετά) – Συνολικό άθροισμα (3 μήνες μετά)	r = -26,121	p = 0,000**
Ομάδα ελέγχου N=50		
Κοινωνική (νοσηλεία στο νοσοκομείο) – Κοινωνική (3 μήνες μετά)	r = 0,307	p = 0,760
Φυσική (νοσηλεία στο νοσοκομείο) – Φυσική (3 μήνες μετά)	r = 5,390	p = 0,000**
Ψυχολογική (νοσηλεία στο νοσοκομείο) – Ψυχολογική (3 μήνες μετά)	r = 5,560	p = 0,000**
Συνολικό άθροισμα (νοσηλεία στο νοσοκομείο) – Συνολικό άθροισμα (3 μήνες μετά)	r = 1,919	p = 0,061
Ομάδα παρέμβασης N=50		
Κοινωνική (νοσηλεία στο νοσοκομείο) – Κοινωνική (3 μήνες μετά)	r = -11,974	p = 0,000**
Φυσική (νοσηλεία στο νοσοκομείο) – Φυσική (3 μήνες μετά)	r = -5,783	p = 0,000**
Ψυχολογική (νοσηλεία στο νοσοκομείο) – Ψυχολογική (3 μήνες μετά)	r = -8,859	p = 0,000**
Συνολικό άθροισμα (νοσηλεία στο νοσοκομείο) – Συνολικό άθροισμα (3 μήνες μετά)	r = -11,479	p = 0,000**

* Η συσχέτιση είναι σημαντική σε επίπεδο σημαντικότητας $\alpha=0.05$

** Η συσχέτιση είναι σημαντική σε επίπεδο δίπλευρης σημαντικότητας $\alpha=0.01$

ΣΥΖΗΤΗΣΗ:

Η πρόκληση της αξιοποίησης των απόψεων των ίδιων των ασθενών, του επιπέδου της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής, της αποδοχής της νόσου, των κλινικών δεδομένων, ώστε να προσαρμοστεί η παρεχόμενη φροντίδα υγείας στις ανάγκες, στις απαιτήσεις και τις προσδοκίες κάθε ασθενούς αποτέλεσε το έναυσμα για την πραγματοποίηση αυτής της μελέτης.

Αποτελεί την πρώτη μελέτη σε ελληνικό πληθυσμό που μέσω μετρήσιμων καταληκτικών σημείων, μέσω της αξιοποίησης κλινικών στοιχείων, ανθρωπομετρικών δεδομένων, διαδεδομένων εργαλείων μέτρησης της ποιότητας ζωής και της αποδοχής της ασθένειας προσπάθησε προοπτικά να διερευνήσει τη συνδρομή της εκπαίδευσης στην έκβαση ασθενών με στεφανιαία νόσο. Δεν έχει καταγραφεί παρόμοια ερευνητική προσπάθεια αποτίμησης της επίδρασης της εκπαίδευσης με τόσα καταληκτικά σημεία.

Τα μέλη των δύο ομάδων κατά τη νοσηλεία τους στο νοσοκομείο, όπου και πραγματοποιήθηκε η πρώτη συλλογή δεδομένων, εμφάνισαν ομοιογένεια στα ανθρωπομετρικά δεδομένα και στα κλινικά ευρήματα και το άθροισμα κάθε επιμέρους διάστασης από τις κλίμακες μέτρησης της αποδοχής και της ποιότητας ζωής δεν εμφάνισε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων, συνεπώς κατέστη δυνατή και πιο αξιόπιστη η μετέπειτα συσχέτισή τους.

Τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας προσδοκάται ότι θα συμβάλλουν στην ανάδειξη της επιστημονικής, κλινικής αλλά κυρίως ασθενοκεντρικής συνδρομής της εκπαίδευσης στην έκβαση της στεφανιαίας νόσου.

Τα προγράμματα καρδιακής αποκατάστασης - προγράμματα δευτερογενούς πρόληψης θεωρούνται πλέον μέρος της δεδομένης φροντίδας υγείας ασθενών με καρδιαγγειακή νόσο, συμβάλλοντας στη βελτίωση της έκβασης της νόσου των ασθενών αυτών.

Στόχος είναι η εξατομικευμένη εκπαίδευση να αποτελέσει στο μέλλον αναπόσπαστο κομμάτι προγραμμάτων καρδιακής αποκατάστασης ασθενών με στεφανιαία νόσο.

Ο ανθυγιεινός τρόπος ζωής είναι ένα σύνηθες πρόβλημα των ασθενών με στεφανιαία νόσο, η εκπαίδευση αποτελεί ένα μέσο βελτίωσης του τρόπου ζωής για δευτερογενή πρόληψη (Melamed RJ, 2014).

Η κατανόηση της φύσης της νόσου και η γνώση των επιβαρυντικών παραγόντων μπορεί να οδηγήσει στη δέσμευση του ασθενούς για την τροποποίηση των καθημερινών του συνηθειών και την υιοθέτηση των οδηγιών που του συστήνονται.

Μελετώντας την προοπτική των ασθενών με στεφανιαία νόσο και έχοντας ως στόχο την κατανόηση της οπτικής τους στο θέμα της καρδιακής αποκατάστασης, μια ομάδα ασθενών παρακολουθήθηκε τρεις μήνες μετά το εξιτήριο από το νοσοκομείο.

Οι ασθενείς ανέφεραν πως έτειναν να διατηρούν συμπεριφορές ως απόρροια της νόσου και όχι ως συνειδητή επιλογή μεταβολής του τρόπου ζωής (White S, 2009).

Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο για τη βελτίωση των γνώσεών τους σχετικά με την ασθένειά τους, μια ομάδα ασθενών δέχθηκε την εκπαιδευτική παρέμβαση κατά τη νοσηλεία της στο νοσοκομείο και μία ομάδα ασθενών αποτέλεσε την ομάδα ελέγχου.

Οι ασθενείς μέσω ερωτηματολογίου επανελέγχθηκαν σε έξι και σε δώδεκα μήνες μετά το εξιτήριό τους από το νοσοκομείο. Βρέθηκε θετικά στατιστικά σημαντική διαφορά στις γνώσεις για το θεραπευτικό πλάνο και στις γνώσεις σχετικά με την τροποποίηση του τρόπου ζωής στην ομάδα παρέμβασης και στα δύο χρονικά διαστήματα επανελέγχου (Meng k, 2014).

Στη δική μας μελέτη αυτή η παρέμβαση (εκπαίδευση) συσχετίστηκε θετικά με τη γνώση των ασθενών των επιπέδων των τιμών του σακχάρου τους, τη γνώση των επιπέδων των τιμών της HDL χοληστερόλης τους, με τη γνώση των παραγόντων κινδύνου των καρδιαγγειακών παθήσεων, καθώς και με τη γνώση της φαρμακευτικής τους αγωγής. Η ομάδα παρέμβασης σε ποσοστό 100% είχε ενημερωθεί για τη σωστή διατροφή και το σωστό πρόγραμμα άσκησης ενώ για την ομάδα ελέγχου το ποσοστό ήταν 28% και 26% αντίστοιχα.

Η δυσλιπιδαιμία και ο σακχαρώδης διαβήτης έχουν αναγνωριστεί από τη βιβλιογραφία ως παράγοντες κινδύνου εμφάνισης στεφανιαίας νόσου. Σε μια ερευνητική προσπάθεια καταγραφής της συνδρομής της εκπαίδευσης στη διαχείρισή της, φάνηκε πως ένα χρόνο μετά τη διεπιστημονική εκπαιδευτική προσέγγιση ασθενών με δυσλιπιδαιμία, το 51% αυτών

κατάφερε τα εργαστηριακά αποτελέσματα να είναι εντός φυσιολογικών ορίων της χώρας (Khatana SA, 2014)

Μια άλλη προοπτική μελέτη παρατήρησε σημαντική μείωση των τιμών της ολικής χοληστερόλης και της LDL χοληστερόλης σε επανέλεγχο ασθενών ένα χρόνο μετά την εκπαιδευτική τους συνεδρία (Pierobon A, 2009).

Εκπαιδευτική παρέμβαση για τη διαχείριση του διαβήτη τύπου II πραγματοποιήθηκε κατά τη νοσηλεία ασθενών στον νοσοκομείο και οι ίδιοι ασθενείς επανελέγχθηκαν τρεις, έξι και δώδεκα μήνες μετά τη νοσηλεία τους. Στη μελέτη αυτή φάνηκε πως η εκπαίδευση οδήγησε σε δέσμευση ως προς την αυτοδιαχείριση της πάθησης και καλύτερη ρύθμιση των επιπέδων του σακχάρου (Davies AK, 2015).

Στη δική μας μελέτη, η ομάδα παρέμβασης ρύθμισε πιο αποτελεσματικά τις τιμές του σακχάρου, τις τιμές της ολικής χοληστερόλης και LDL χοληστερόλης. Οι τιμές της κρεατινίνης εμφάνισαν επίσης στατιστικά σημαντική διαφορά με την ομάδα παρέμβασης να είναι καλύτερη στον έλεγχο της. Οριακή διαφορά στατιστικά σημαντική βρέθηκε και στις τιμές των τριγλυκεριδίων με την ομάδα παρέμβασης να έχει ρυθμίσει αποτελεσματικότερα τις τιμές των τριγλυκεριδίων.

Σε μετά ανάλυση 36 τυχαιοποιημένων μελετών σχετικά με εκπαιδευτικές κατ'οίκον παρεμβάσεις στα πλαίσια δευτερογενούς πρόληψης για ασθενείς με στεφανιαία νόσο, φάνηκε πως η παρέμβαση βελτίωσε την ποιότητα ζωής των ασθενών σε στατιστικά σημαντικό επίπεδο, μειώθηκε το επίπεδο άγχους των ασθενών, μειώθηκαν τα επίπεδα της συστολικής πίεσης των ασθενών, διέκοψαν το κάπνισμα και μειώθηκε η ολική χοληστερόλη σε στατιστικά σημαντικό βαθμό (Clark, 2010).

Στη δική μας μελέτη, η παρέμβαση (εκπαίδευση) στον πρώτο και δεύτερο επανέλεγχο, μετά το πέρας ενός μήνα, συσχετίστηκε θετικά με τις τιμές της συστολικής πίεσης, τις τιμές της διαστολικής πίεσης, τις τιμές των σφύξεων.

Θετικά συσχετίστηκε η διακοπή του καπνίσματος κατά το δεύτερο επανέλεγχο με τα μέλη της ομάδας παρέμβασης να είναι πιο αποτελεσματικά ως προς τη διαχείριση.

Στη μια άλλη προοπτική μελέτη της επίδρασης της εκπαίδευσης στον έλεγχο του άγχους ασθενών με στεφανιαία νόσο φάνηκε πως η δια ζώσης εκπαίδευση μέσω μίας συνεδρίας 45 λεπτών οδήγησε στη μείωση άγχους των ασθενών της ομάδας παρέμβασης σε στατιστικά σημαντικό βαθμό ενώ τα μέλη της ομάδας ελέγχου στους επανελέγχους των τριών και δώδεκα μηνών διατήρησαν τα επίπεδα του άγχους στα ίδια επίπεδα (Moser, 2012).

Σε μία ακόμα μελέτη πραγματοποιήθηκε ένα εκπαιδευτικό πρόγραμμα κατά τη διάρκεια της νοσηλείας στο νοσοκομείο ασθενών με στεφανιαία νόσο. Κατά τον επανέλεγχο τρεις μήνες μετά βρέθηκε ότι βελτιώθηκε η ποιότητα ζωής σε βαθμό στατιστικά σημαντικό και μειώθηκε ο δείκτης μάζας σώματος των ασθενών σε βαθμό στατιστικά σημαντικό (Intarakamhang, 2012).

Σε μελέτη διαχείρισης της παχυσαρκίας ασθενών με στεφανιαία νόσο μόνο το 18% του δείγματος είχε φυσιολογικό δείκτη μάζας σώματος ενώ το 53% είχε αυξημένη περιφέρεια μέσης. Μετά την αποχώρησή τους από το νοσοκομείο μόνο οι μισοί ακολούθησαν τις διαιτητικές συστάσεις και το 48% ανέφερε δέσμευση για τη φυσική του δραστηριότητα. Μόνο το 13% των ασθενών κατάφερε να μειώσει το δείκτη μάζας σώματος ενώ το 21% των ασθενών αύξησε το σωματικό του βάρος κατά 5% ή περισσότερο (De Bacquer, 2010).

Σε μια άλλη μελέτη εκπαιδευτικής παρέμβασης σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο με στόχο τη βελτίωση των διαιτητικών συνηθειών των ασθενών βρέθηκε πως η ομάδα παρέμβασης εμφάνισε στατιστικά σημαντική βελτίωση στις διαιτητικές συνήθειες συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου (Frager-Bompas, 2009).

Στη δική μας μελέτη η απώλεια βάρους και ο δείκτης μάζας σώματος δε συσχετίστηκε θετικά με την παρέμβαση.

Σε προηγούμενη μελέτη μια ομάδα ασθενών με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου συμμετείχε σε πρόγραμμα ψυχολογικής παρέμβασης μετά το εξιτήριο από το νοσοκομείο.

Εκπαιδεύτηκαν σχετικά με τους επιβαρυντικούς παράγοντες της νόσου, τεχνικές χαλάρωσης και διαχείρισης άγχους, για τον τρόπο παρακολούθησης των ζωτικών τους λειτουργιών, για την αποτελεσματική αυτοδιαχείριση της νόσου αλλά και τη σημασία της κλινικής παρακολούθησης. Η ομάδα παρέμβασης ανεξάρτητα από άλλους επιβαρυντικούς παράγοντες τέσσερις μήνες μετά τη νοσηλεία της, σημείωσε χαμηλότερα αθροίσματα σε κλίμακες

μέτρησης του άγχους και υψηλότερα αποτελέσματα στα ερωτηματολόγια γνώσεων (Orth – Gomer, 2009).

Σε συστηματική μετά ανάλυση όπου ασθενείς, οι οποίοι είχαν υποβληθεί σε χειρουργείο παράκαμψης στεφανιαίων αγγείων, εκπαιδεύτηκαν για την αυτοφροντίδα τους πριν το εξιτήριο από το νοσοκομείο το όφελος της εκπαίδευσης μετρήθηκε με κλινικούς δείκτες σε χρονικά διαστήματα επανελέγχου μετά τη νοσηλεία τους από τρεις μήνες έως ένα χρόνο μετά. Οι δείκτες αυτοί συσχετίστηκαν θετικά με την παρέμβαση και η πρόταση των συγγραφέων ήταν η εκπαιδευτική προσέγγιση να είναι εξατομικευμένη και η συνεδρία να επαναλαμβάνεται (Frederick, 2009)

Χρόνιοι ασθενείς με στεφανιαία νόσο, με μεγαλύτερο άθροισμα στη διάσταση της αποδοχής της ασθένειας εμφάνισαν υψηλότερο άθροισμα στην αυτοαξιολόγηση της πορείας της νόσου τους και εμφάνισαν λιγότερα ψυχολογικά συμπτώματα (Karademas, 2009).

Στη δική μας μελέτη στην κλίμακα “The illness Cognition questionnaire for chronic diseases” στον πρώτο επανέλεγχο που πραγματοποιήθηκε μετά το πέρας του ενός μήνα, δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων. Στο δεύτερο επανέλεγχο που πραγματοποιήθηκε μετά το πέρας των τριών μηνών στατιστικά σημαντική διαφορά εμφανίζεται και σε κάθε επιμέρους διάσταση της κλίμακας, με την ομάδα παρέμβασης αποδέχεται τη νόσο και να εντοπίζει οφέλη προερχόμενα από αυτή χωρίς να εστιάζει στην ανικανότητα ως απόρροια της νόσου.

Μία ομάδα ασθενών με στεφανιαία νόσο, άνω των 65 ετών δέχθηκε αφού συμπλήρωσε ένα ερωτηματολόγιο γνώσεων, εκπαιδευτική παρέμβαση σχετικά με τον τρόπο δράσης επί εμφάνισης συμπτωμάτων. Μετά το πέρας τριών μηνών οι ίδιοι ασθενείς και ασθενείς με στεφανιαία νόσο, οι οποίοι αποτέλεσαν την ομάδα ελέγχου συμπλήρωσαν το ίδιο ερωτηματολόγιο. Υπήρχε στατιστικά σημαντική βελτίωση των γνώσεων και της επιλογής αποφάσεων των μελών της ομάδας παρέμβασης (Tullmann, 2007).

Σε μελέτη για την επίδραση της εκπαίδευσης και της συμβουλευτικής στη γνώση, στη συμπεριφορά και στις πεποιθήσεις των ασθενών καθώς και για στον τρόπο δράσης τους επί εμφάνισης συμπτωμάτων οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου, μία ομάδα εκατό ασθενών συμμετείχε στο εκπαιδευτικό πρόγραμμα και ισάριθμοι ασθενείς αποτέλεσαν την ομάδα

ελέγχου. Οι ασθενείς μέσω ερωτηματολογίου επανελέγχθηκαν ένα χρόνο μετά και η μελέτη κατέληξε στο συμπέρασμα ότι μια μικρή εκπαιδευτική παρέμβαση συντελεί στη βελτίωση των γνώσεων και οδηγεί στην ενδεικνυόμενη αντίδραση σε πιθανή εμφάνιση συμπτωμάτων (Buckley, 2007).

Μία παρόμοια μελέτη αποτύπωσε τη συνδρομή της διεπιστημονικής εκπαιδευτικής προσέγγισης πενήντα ασθενών και τους σύγκρινε με ισάριθμους ασθενείς που αποτέλεσαν την ομάδα ελέγχου. Τα μέλη της ομάδας παρέμβασης είχαν καλύτερη γνώση των κατευθυντήριων οδηγιών και υψηλότερα άθροισμα στην κλίμακα μέτρησης της ποιότητας ζωής (Yum, 2006).

Σε μία ακόμα μελέτη εκπαιδευτικής παρέμβασης σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο και στόχο την καλύτερη ποιότητα ζωής των ασθενών, παρατηρήθηκε πως η ομάδα παρέμβασης σημείωσε στατιστικά σημαντικά υψηλότερο άθροισμα στην κλίμακα αξιολόγησης της ποιότητας ζωής στον επανέλεγχο των έξι μηνών αλλά όχι στον επανέλεγχο των τριών μηνών (Johnson, 2009).

Στη δική μας μελέτη στην κλίμακα “Mac New Heart Disease Health-related Quality of life” στον πρώτο επανέλεγχο που πραγματοποιήθηκε μετά το πέρας του ενός μήνα, παρατηρείται σημαντική στατιστική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων. Η ομάδα ελέγχου σημείωσε υψηλότερο μέσο άθροισμα στην κοινωνική παράμετρο, υψηλότερο μέσο άθροισμα στη φυσική παράμετρο και υψηλότερο συνολικό μέσο άθροισμα.

Στο δεύτερο επανέλεγχο που πραγματοποιήθηκε μετά το πέρας των τριών μηνών, σε καμία παράμετρο δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:

Η ομάδα παρέμβασης:

- Βελτίωσε το επίπεδο των γνώσεων της σχετικά με την τροποποίηση των επιβαρυντικών παραγόντων και τη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής
- Ρύθμισε πιο αποτελεσματικά τους επιβαρυντικούς παράγοντες
- Λάμβανε πιο συστηματικά τη φαρμακευτική αγωγή
- Βελτίωσε τα κλινικά και εργαστηριακά ευρήματα
- Αποδέχθηκε τη νόσο πιο αποτελεσματικά
- Εντόπισε οφέλη προερχόμενα από τη νόσο

Η εκπαίδευση θα έπρεπε να αποτελεί αναπόσπαστο και θεμελιώδες κομμάτι της καρδιακής αποκατάστασης ασθενών με στεφανιαία νόσο. Μέχρι στιγμής δεν έχει αξιολογηθεί η αναγκαιότητα - η συμβολή ενός εστιασμένου, σταθμισμένου εκπαιδευτικού προγράμματος σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο.

Εστιάζουμε λοιπόν την προσπάθεια μας μέσω της εκπαίδευσης να στοχεύσουμε στον έλεγχο των επιβαρυντικών παραγόντων, στην προαγωγή των προληπτικών ελέγχων, στην εφαρμογή συστηματικής αγωγής, όπου αυτό απαιτείται.. Αναμφίβολα η μελέτη της επίδρασης της εκπαίδευσης σε χρόνιους ασθενείς αποτελεί ένα ευρύ πεδίο έρευνας και ενδιαφέροντος για όλους τους επαγγελματίες υγείας αλλά κυρίως για τους νοσηλευτές διότι μπορεί να προσφέρει αξιόλογα αποτελέσματα σχετικά με το επίπεδο των εξατομικευμένων παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας με τελικό στόχο τη βελτίωση της φυσικής, ψυχολογικής, κοινωνικής διάστασης του ασθενούς.

Λαμβάνοντας ως δεδομένο ότι η μελέτη αυτή αποτελεί την πρώτη ερευνητική προσπάθεια σε ελληνικό πληθυσμό που μέσω μετρήσιμων καταληκτικών σημείων, μέσω της αξιοποίησης κλινικών στοιχείων, ανθρωπομετρικών δεδομένων, διαδεδομένων εργαλείων μέτρησης της ποιότητας ζωής και της αποδοχής της ασθένειας προσπάθησε προοπτικά να διερευνήσει τη συνδρομή της εκπαίδευσης στην έκβαση ασθενών με στεφανιαία νόσο και ότι δεν έχει καταγραφεί παρόμοια ερευνητική προσπάθεια αποτίμησης της επίδρασης της εκπαίδευσης με τόσα καταληκτικά σημεία, πρέπει να αναφερθεί πως τα αποτελέσματα εμφανίζονται παρόμοια με αυτά άλλων μελετών.

Στο σημείο αυτό πρέπει να υπογραμμιστεί ότι απαιτείται περαιτέρω μελέτη για να στοιχειοθετηθεί η αποτελεσματικότητα της εκπαίδευσης μακροπρόθεσμα και να διευκρινιστεί το είδος, η διάρκεια της εκπαιδευτικής διεργασίας αλλά και της αναγκαιότητας ύπαρξης τυχόν επανεκπαίδευσης με την πάροδο του χρόνου.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ:

Adeyi O., Smith O., Robles SW, Public policy and the challenge of chronic noncommunicable diseases, World bank, 2007; 188.

Albert N, Improving medication adherence in chronic cardiovascular disease. Crit. Care Nurse, 2008; 28(5): 54-64.

Beckie TM, et al, “The effects of a tailored cardiac rehabilitation program on depressive symptoms in women: A randomized trial, Int J Nurs Stud., 2011;48(1):3-12

Bertrand M.E., Simoons M.L., Fox K.A., Wallentin L.C., Hamm C.W., McFadden E., Management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. Eur. Heart J, 2002; 23:1809- 40.

Blum A. & Blum, Coronary artery disease: Are men and women created equal? Gender Medicine, 2009; 6(3): 410- 418.

Boden W.E., Shah P.K., Gupta V., Ohman E.M., Contemporary approach to the diagnosis and management of non- ST- segment elevation acute coronary syndromes. Prog. Cardiovasc. Dis., 2007; 50(5): 311-51.

Braunwald E., Unstable angina. A classification. Circulation, 1982; 80(2):410-4.

Braunwald’s Heart Disease: A textbook of cardiovascular Medicine, 2012.

British Heart Foundation (BHF) (2010). Coronary heart disease statistics 2010. Oxford: British Heart foundation Health Promotion Research Group.

Budnik, M., Opolski, G., “The assessment of coronary heart disease risk factors correlated with demographic and social data in post-coronary intervention in Polish population”, Cardiology J., 2015;22(3), pp. 276-284

Campbell N.C., Thain J., Deans H.G., Ritchie L.D., Rawles J.M., Secondary prevention in coronary heart disease: Baseline survey of provision in general practice. *BMJ*. 1998; 316: 1430- 4.

Clark AM., et al, “A meta-analysis of randomized control trials of home-based secondary prevention programs for coronary artery disease”, *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil.*, 2010;17(3):261-270

Classen M., Diehl V., Kochsiek K., Εσωτερική παθολογία και διαφορική διάγνωση, 2010, Εκδόσεις Πασχαλίδης. Αθήνα.

Critchley J.A. & Capewell S., Mortality risk reduction associated with smoking cessation in patients with coronary heart disease. A systematic review. *JAMA*, 2003; 290: 86- 97.

Davies AK, McGale N, Humphries SE, Hirani SP, Beaney KE, Bappa DA, McCabe JG, Newman SP, effectiveness of a self-management intervention with personalized genetic and lifestyle-related risk information on coronary heart disease and diabetes-related risk in type 2 diabetes: study protocol for a randomized controlled trial, centre for health services research, school of health sciences, City university London, 2015.

Dawber T.R., Meadors G.F., Moore F.E., Epidemiological approaches to heart disease: The Framingham study. *Am. J. Public Health. Nations Health*, 1951; 41:279- 81.

Dennis SM, at al, “Do people with existing chronic conditions benefit from telephone coaching? A rapid review”, *Aust Health Rev*, 2013; 37(3): 381-388

Devon HA, et al, “The Know and Go! Program improves knowledge for patients with coronary heart disease in pilot testing”, *Heart Lung*, 2010; 39(6): 23-33

Dontje K, et al, “Nurse-led visits support shared decision making in stable coronary artery disease”, *J Cardiovasc Nurs*, 2013; 28(3): 269-276

Doyle J.T., Dawber T.R., Kannel W.B., Helsin A.S., Kahn H.A, Cigarette smoking and coronary heart disease. Combined experience of the Albany and Framingham studies. N. Engl. J. Med, 1962; 266: 796- 801.

Elbaz M, Roncalli J, “Cardiac rehabilitation provides favourable long-term dietary changes. Why not extend the education programme?”, Arch Cardiovasc Dis., 2009;102(2): 85-87

Elliott P.M., McKenna W.J., "Hypertrophic cardiomyopathy", *Lancet*, 2004; 363(9424):1881-1891.

Eveers AW, Kraaimaat FW, van Lankveld W, Vongen PJ, Jacobs FW, Biilsma JW, J Consult Clin Psychol, 2001; 69(6): 1026-36

Faller H., Steinbuchel T., Stork S. Schowalter M., Ertl G., Angerman C.E., Impact of depression on quality of life assessment in heart failure. Inter. J. cardiol, 2010; 142:133-137.

Felton B.J., Revenson T.A., Coping with chronic illness: A study of illness controllability and the influence of coping strategies on psychological adjustment Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1984; 52 (3):343-353.

Felton B.J., Revenson T.A., Hinrichsen G.A, Stress and coping in the explanation of psychological adjustment Social Scienceand Medecine, 1984; 18 (10):889-898.

Fox C., Evans J., Larson M., Kannel W., Levy D., Temporal trends in coronary heart disease mortality and sudden cardiac death from 1950 to 1999: the Framingham Heart Study. Circulation, 2004; 110: 522- 527.

Froger-Bompas C, et al, “Sustained positive impact of a coronary rehabilitation programme on adherence to dietary recommendations”, Arch Cardiovasc Dis., 2009; 102(2): 97-104

Gan S., Beaver S. Houck P., MacLehose R., Lawson H., Chan L., Treatment of acute myocardial infraction and 30- day mortality among women and men. NEJM, 2000; 343(1): 8-15.

Garcia B.H., Giverhaug T., Hogli J.U., Skjold F., Smabrekke L., A pharmacist- led follow- up program for patients oin North Norway- a randomized controlled trial, 2015; 13(2): 575.

Catapano AL,European society of cardiology, European atherosclerosis society, Guidelines for the management of dyslipidaemias, European heart journal, 2016;37(39)2999-3058.

Glenn N. et al, Guidelines for the management of st-elevation infraction, Circulation, 133:1135-1147, 2015.

Gotto A.M., Interactions of the major risk factors for coronary heart disease: historical perspectives. Heart Views, 1986; 18(3): 109-114.

Grundy S.M., Cleeman J.I., Merz L.T., Hunninghake D.B., et. al., Implications of recent clinical trials for the national cholesterol education program adult treatment panel III guidelines, Circulation, (2004); 110: 227- 39.

Guck, T.P., et al, "Relationship between acceptance of illness and functional outcomes following cardiac rehabilitation", Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention, 2012;32(4): 187-191

Guyatt G.H., Feeny D.H., Patrick D.L., "Measuring health-related quality of life", *Ann Intern Med*, 1995; 118(8): 622-629.

Hajar R., Risk- factors for coronary artery disease: historical perspectives. Heart Views, 2017; 18(3): 109- 114.

Hamm C.W. & Braunwald E., A classification of unstable angina revisited. Circulation, 2000; 102(1).

Higgins M., Epidemiology and prevention of coronary heart disease in familie. Am. J. med, 2000; 108:389- 395.

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.

Intarakamhang P., Intarakamhang U., “Effects of the comprehensive cardiac rehabilitation program on psychological factors and quality of life among coronary heart disease patients”, *Glob J Health Sci*, 2012;24(5): 45-152

Jankowski P, et al, “Half of coronary patients are not instructed how to respond to symptoms of a heart attack”, *Cardiol J*, 2011;18(6): 668-674

Johnson NA, Lim LL, Bowe SJ, “Multicenter randomized controlled trial of a home walking intervention after outpatient cardiac rehabilitation on health-related quality of life in women”, *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*, 2009;16(5): 633-637

Jolly K., Bradley F., Sharp S., Smith H., Thompson S., Kinmonth A.L., et. al., Randomized controlled trial of follow up care in general practice of patients with myocardial infraction and angina: final results of the Southampton heart integrated care project (SHIP). The SHIP collaborative group. *BMJ*, 1999; 318: 706- 11.

Kannel W.B., Fifty years of Framingham study contributions to understanding hypertension. *J. Hum. Hypertens*, 2000; 14:83- 90.

Kannel W.B., Hypertension: reflections on risks and prognostication. *Med. Clin. North Am*, 2009; 93: 541- 58.

Kannel W.B., LeBauer E.J., Dawber T.R., McNamara P.M., Relation of body weight to developmrnt of coronary heart disease. The Framingham study. *Circulation*, 1967; 35(4): 734-44.

Kannel W.B., Castelli W.P., Gordon T., McNamara P.M., Serum cholesterol, lipoproteins and the risk of coronary heart disease: the Framingham study. *Ann. Intern. Med*, 1971; 74(1):1-12.

Kannel W.B. & McGeen D.L., Diabetes and cardiovascular disease. The Framingham study. *JAMA*, 1979; 241: 2035- 8.

Karademas, E.C., Hondronikola, I., “The impact of illness acceptance to subjective health, and their stability over time: A prospective study in a sample of cardiac patients”, *Psychology, Health and Medicine*, 2010;15 (3): 336-346

Khatana SA, Jiang L, Wu WC, A comprehensive analysis of dyslipidaemia in a large health care system, *J Eval Clin Pract*, 2014; 20(1): 81-7

Kones R., Primary prevention of coronary heart disease: integration of new data, evolving views, revised goals and role of rosuvastatin in management. A comprehensive survey. *Drug Design, Development and Therapy*, 2011; 5:325-380.

Kripalani S., et al, “Improving medication adherence through graphically enhanced interventions in coronary heart disease: a randomized controlled trial”, *J Gen Intern Med*, 2012; 27(12): 1609-1617

Labarthe D., *Epidemiology and prevention of cardiovascular diseases. A global challenge.* Maryland, an. Aspen. Publ, 1998; 167- 367.

Lakier J.B., Smoking and cardiovascular disease. *Am. J. Med*, 1992; 93: 85- 125.

Lambert L., Brown K., Segal E., Brophy J., Rodes- Caban J., Bogaty P., et. Al, Association between timeliness of reperfusion therapy and clinical outcomes in ST- elevation myocardial infarction. *JAMA. American Medical Association*, 2010; 303(21): 2148.

Law M.R., Wald N.J., Thompson S.G., By how much and how quickly does reduction in serum cholesterol concentration lower risk of ischaemic heart disease? *BMJ*, 1994; 308: 367- 72.

Leplege A. & Hunt S., The problem of quality of life in medicine. *JAMA*, 1997; 278: 47- 50.

Lernfelt B., Landahl S., Svanborg A., Coronary heart disease at 70, 75 and 79 years of age: a longitudinal study with special reference to sex differences and mortality. *Age Ageing*, 1990; 19(5): 297- 303.

Levitan I., Volkov S., Subbaiah P.V., Oxidized LDL: diversity patterns of recognition and pathophysiology. *Antioxidants and Redox Signaling*, 2010; 13(1): 39- 75.

Liao y., McGee D.L., Cooper R.S., Sutkowski M.B., How generalizable are coronary risk prediction models? Comparison of Framingham and two national cohorts. *Am. Heart J*, 1999; 137:837- 845.

Lie L., et al, "Patient's experiences with symptoms and needs in the early rehabilitation phase after coronary artery bypass grafting", *Eur J Cardiovasc Nurs*, 2012; 11(1): 14-24

Lim L.L., Valenti L.A., Knapp J.C., Dobson A.J., Plotnikoff R., Higginbotham N., Heller R.F., "A self-administered quality-of-life questionnaire after acute myocardial infarction", *J Clin Epidemiol*, 1993; 46(11):1249-1256.

Lloyd- jones D., Adams R., Carnethon M., De Simone G., Ferguson T., Flegal K, Heart disease and stroke statistics: 2009 update: a report from the American Heart Association Statistics Commitee and Stroke Statistics Subcommitee. *Circulation*, 2009; 119(3): 480- 6.

Ludman EJ, Peterson D, Katon WJ, Lin EH, Ciechanowski P, Young B, Gensichen J, Improving confidence for self-care in patients with depression and chronic illness, *Behav Med*, 2013; 39(1): 1-6.

Ma Y, Li W, Pagoto SL, Merriam PA, Dietary quality 1 year after diagnosis of coronary heart disease, *J Am Diet Assoc*, 2008; 108(2): 240-6.

Mc Dowell I., Newell C. (1996), *Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires*, New York: Oxford University Press.

MccKay J. & Mensah G., *The Atlas of heart disease and stroke*, 2006; WHO, DCD.

Mahmood S.S., Levy D., Vasan R.S., Wang T.J., The Framingham heart study and the epidemiology of cardiovascular disease: A historical perspective. *Lancet*, 2014; 383: 999-1008.

Mann J.I., Inman W.H., Thorogood M., Oral contraceptive use in order women and fatal myocardial infraction. Br. Med. J, 1976; 2(6033): 445- 447.

Melamed RJ, et al, “Evaluating the efficacy of an education program for patients with coronary heart disease”, 2014; 111(47): 802-808

Mendi S, Puska P, Norrving B, “Global Atlas on Cardiovascular Disease Prevention and Control, Geneva: World Health Organisation, 2011.

Meng K, et al,”Evaluation of a standardized patient education program for inpatient cardiac rehabilitation: impact of illness knowledge and self-management behaviours up to 1 year”, Health Educ Res, 2014; 29(2): 235-246

Miketic JK., et al, “Factors influencing the outcomes of patients with both coronary artery disease and diabetes enrolled in standard cardiac rehabilitation programs: a literature review”, J Cardiovasc Nurs, 2011; 26(3): 210-217

Moore K.J. & Tabas I., Macrophages in the pathogenesis of artherosclerosis. Cell, 2011; 145(3): 341- 355.

Morris J.N., Heady J.A., Raffle P.A. Roberts C.G., Parks J.W., Coronary heart disease and rphysical activity of work. Lancet, 1953; 265(6795): 1053-7.

Moser DK., et al, “The impact on anxiety and perceived control of a short one-on-one nursing intervention designed to decrease treatment seeking delay in people with coronary heart disease”, Eur J Cardiovasc Nurs, 2012; 11(2): 160-167

Mosleh SM, Kiger A, Campbell N., “Improving uptake of cardiac rehabilitation: using theoretical modeling to design an intervention”, Eur J Cardiovasc Nurs, 2009; 8(3): 161-168

Muller-Nordhorn J, Vooler H, Pfennig A, Binting S, Krobot KJ, Willich SN, Int J Cardiol, 2008; 130(2): 205-10.

Nalamothu B.K., Bradley E.H., Krumholz H.M., Time to treatment in primary percutaneous coronary intervention. *N. Engl. J. Med. Massachusetts Medical Society*, 2007; 357(16): 1631-8.

Oldridge N., Guyatt G., Jones N., Crowe J., Singer J., Feeny D., McKelvie R., Runions J., Streiner D., Torrance G., "Effects on quality of life with comprehensive rehabilitation after acute myocardial infarction", *Am J Cardiol*, 1991;; 67(13):1084-1089.

Park JH, et al, "Effects of a psychoeducational intervention for secondary prevention in Korean patients with coronary artery disease: a pilot study", *Int J Nurs Pract*, 2013; 19(3):. 295-305

Patrono C., Bachmann F., Baigent C., Bode C., Caterina R., Charbonnier B., Expert consensus document on the use of antiplatelet agents. The task force on the use of antiplatelet agents in patients with atherosclerotic cardiovascular disease of the European society of cardiology. *Eur. Heart J*, 2004; 25: 166- 81.

Pavy B., et al, "Therapeutic education in coronary heart disease: position paper from the working group of exercise rehabilitation and sport and the Therapeutic education commission of the French society of cardiology", *Arch Cardiovasc Dis*, 2013;106(12): 680-689.

Petter M, et al, "Correlates of exercise among coronary heart disease patients: review, implications and future directions", *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*, 2009; 16(5): 515-526.

Pfisterer M., Right ventricular involvement in myocardial infarction and cardiogenic shock. *Lancet*, 2003; 362: 392.

Piepoli MF, et al, European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice, *Eur Heart* 2016; 37(29): 2315-2381

Poirier P., Giles T.D., Bray G.A., Hong Y., Stern J.S., Pi-Sunyer F.X., Eckel R.H., Obesity and cardiovascular disease: pathophysiology, evaluation and effect of weight loss: an update of the 1997 American Heart Association Scientific statement on obesity committee of

the council on nutrition, physical activity and metabolism. *Circulation*, 2006; 113(6): 898-918.

Puymirat E., et al, "Patient education after acute myocardial infraction: cardiologists should adapt their message-French registry of acute ST-elevation or non ST-elevation myocardial infraction", *J Cardiovascular Med*, 2015; 16(11)::761-767.

Reeves GR., Whellan DJ., "Recent advances in cardiac rehabilitation", *Curr Opin Cardiol.*, 2010; 25(6): 589-596.

Rosenberg L, Palmer J.R., Shapiro S., Decline in the risk of myocardial infraction among women who stop smoking. *N. Engl. J. Med*, 1990; 322: 213- 7.

Savage PD, et al, "Clinical research in cardiac rehabilitation and secondary prevention: looking back and moving forward", *J Cardiopulm Rehabil Prev*, 2011; 31(6): 333-341.

Schadewalt V., Schultz T., "Nurse-led clinics as an effective service for cardiac patients: results from a systematic review", *Int J Evid Based Healthc*, 2011; 9(3): 199-214.

Simmons A., Falbe J., Vacek J., Coronary artery disease in women: a review and update. *Reviews in Cardiovascular Medicine*, 2011; 12(2): 84- 93.

Slopen N., Koenen K.C., Kubzansky L.D., Childhood adversity and immune and inflammatory biomarkers associated with cardiovascular risk in youth: A systematic review. *Brain, Behavior and Immunity*, 2012; 26(2): 239- 250.

Sol BG., et al, "The effect of self-efficacy on cardiovascular lifestyle", *Eur J Cardiovasc Nurs*, 2011; 10(3): 180-186.

Stephan D, et al, Guidelines for the diagnosis and management of patients with stable ischemic heart disease. A report of the American college of cardiology foundation/ American heart association for thoracic surgery, preventive cardiovascular nurses association, society for cardiovascular angiography and interventions and society of thoracic surgeons, *J Am Coll Cardiol* 2014; 60(24):2564-2603.

Szczepanska-Gieracha, J., et al, "The role of depressive and anxiety symptoms in the evaluation of cardiac rehabilitation efficacy after coronary artery bypass grafting surgery", *European Journal of Cardio-thoracic Surgery*, 2012; 42 (5): 108-114.

THE WHOQOL GROUP, "The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the Health Organization" *Soc Sci Med*, 1995; 41(10):1403-1409.

Thompson D.R., Roebuck A., "The measurement of health-related quality of life in patients with coronary heart disease", *J Catdiovasc Nurs*, 2001; 16(1):28-33.

Thygesen K., Alpert J.S., Jaffe A.S., Simoons M.L., Chaintman B.R., white H.D., Third universal definition of myocardial infarction. *G. ital. cardiol*, 2012; 9.

Valenti L., Lim L., Heller R.F., Knapp J., "An improved questionnaire for assessing quality of life after acute myocardial infarction", *Qual Life Res*, 1996; 5(1):151-161.

Van de Werf F., Ardissino D., Bertin A., Cokkinos D.V., Falk E., Fox K.A., Management of acute myocardial infraction in patients presenting with ST- segment elevation. The task force on the management of acute myocardial infraction of the European society of cardiology. *Eur. Heart J*, 2003; 24:28-66.

Weneweser P. & Windecker S., Acute coronary syndromes. *Herz*, 2008; 33(1):25-37.

White H.D., Barbash G.I., Califf R.M., Simes R.J. Granger C.B., Weaver W.D., Age and outcome with contemporary thrombolytic therapy. Results from the GUSTO- I trial. Global utilization of streptokinase and TPA for occluded coronary arteries trial. *Circulation*, 1996; 94(8): 1826- 33.

WHO (1958). The World Health Organization technical report series. No 143. Genova: Palais des Nations.

WHO (2008). The global burden of disease: 2004 update. Geneva: World Health Organization.

WHO (2009). World Health Statistics 2009. Geneva: World Health Organization.

WHO (2017). World Health Statistics 2017, World Health Organization.

WHO (2018). World Health Statistics 2018, World Health Organization.

Wilson I.B., Cleary P.D., "Linking clinical variables with health-related quality of life: A conceptual model of patient outcomes", *JAMA*, 1995; 273(1):59-65.

Woodgate J, Brawley LR, Self efficacy for exercise in cardiac rehabilitation: review and recommendations, *J Health Psychol*, 2008; 13(3): 366-87.

Yehle KS., et al, "A qualitative analysis of coronary heart disease patient views of dietary adherence and web-based and mobile-based nutrition tools", *J Cardiopulm Rehabil Prev*, 2012; 32(4): 203-209.

Yusuf S., Reddy S., Ounpuu S., Anand S., Global burden of cardiovascular diseases: part I: general considerations, the epidemiologic transition, risk factors and impact of urbanization. *Circulation*, 2001; 104(22): 2746-53.

Zhao S., et al, "Education is critical for medication adherence in patients with coronary heart disease", *Acta Cardiol.*, 2015; 70 (2): 197-204.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ:

Αναστασίου Νανά Μ, Ηλιοδρομίτης Ε, Λεκάκης Ι, Παρασκευαΐδης Ι, Ρίζος Ι, Φιλιππάτος Γ, *Εγχειρίδιο Καρδιαγγειακών Νοσημάτων*, Εκδόσεις Πασχαλίδης, 2014.

Κρεμαστινός Δ. *Επίτομη καρδιολογία*, Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, 2005.

Κωσταγιόλας Π.Α., Καϊτελίδου Δ., Χατζοπούλου Μ.Ε., *Βελτιώνοντας την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας*, Αθήνα: Εκδόσεις Παπασωτηρίου, 2008.

Παναγιωτάκος Δ., χρυσοχόου Χ., Πίτσαβος Χ., Μαρινάκης Ν., Σκούμας Ι., Στεφανάδης Χ., Συσχέτιση μεταξύ στεφανιαίας νόσου και παραγόντων κινδύνου που συνδέονται με τον τρόπο ζωής. Μελέτη ασθενών-μαρτύρων σε Ελληνικό δείγμα (CARDIO2000). *Αρχεία ελληνικής ιατρικής*, 2001; 18(6):580- 591.

Σαρρής Μ., *Κοινωνιολογία της υγείας και Ποιότητα Ζωής*, Αθήνα, Εκδόσεις Παπαζήση, 2001.

Στεφανάδης Χρ., *Παθήσεις της καρδιάς*, Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα, 2009.

Τσόχας Κ.Α. & Χατζηχρήστου Ε.Θ., *Κλινική φαρμακολογία II*, Ειδικό μέρος, Ειδική φαρμακολογία, Εκδόσεις Λύχνος, Αθήνα, 2005.

Χανιώτης Φ.Ι. & Χανιώτης Δ.Ι., *Νοσολογία- παθολογία*, Τόμος Γ', Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα, 2002.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΓΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΕ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

Αγαπητέ ασθενή,

Η Φύση και ο Σκοπός του Προγράμματος

Η καρδιαγγειακή νόσος προκαλεί περίπου 17,000,000 θανάτους διεθνώς, ενώ περισσότεροι από τους μισούς θανάτους στην Ευρώπη οφείλονται σε αυτή. Έχει αποτυπωθεί όμως, πως το 80% των πρόωγων θανάτων από καρδιαγγειακή νόσο θα μπορούσε να αποφευχθεί ελέγχοντας τους κυρίως επιβαρυντικούς παράγοντες, όπως, το κάπνισμα, την ανθυγιεινή διατροφή και την έλλειψη φυσικής δραστηριότητας. Ο στόχος αυτού του προγράμματος είναι να σας προσφέρει ένα εκπαιδευτικό εργαλείο προκειμένου να κατανοήσετε καλύτερα τους παράγοντες. Ο ενεργός σας ρόλος ως ασθενής είναι πολύ σημαντικός για τη βελτίωση της δικής σας ανάρρωσης, ποιότητα ζωής και πρόγνωσης.

Επεξήγηση Διαδικασιών

Θα σας κάνουμε κάποιες ερωτήσεις σχετικές με την κατάσταση σας πριν τη στεφανιαία νόσο, λεπτομέρειες για τα συμπτώματά σας και για το πώς φθάσατε στο νοσοκομείο. Η διάγνωσή σας και η θεραπεία σας θα καταγραφεί μέχρι να φύγετε από το νοσοκομείο. Θα σας δώσουμε ένα εκπαιδευτικό εργαλείο και θα σας παρακολουθούμε στις 30 ημέρες και στους 3 μήνες μετά την έξοδο σας από το νοσοκομείο.

Πιθανοί Κίνδυνοι

Δεν υπάρχουν κίνδυνοι από τη συμμετοχή σας στο πρόγραμμα. Η συνέντευξη και η εκπαίδευσή σας απαιτεί λίγο από το χρόνο σας.

Πιθανά Οφέλη από το Πρόγραμμα

Θα επωφεληθείτε άμεσα από το πρόγραμμα.

Ποια είναι τα δικαιώματά σας από τη συμμετοχή στο πρόγραμμα;

Η συμμετοχή σας στο πρόγραμμα είναι τελείως εθελοντική. Μπορείτε να αρνηθείτε να συμμετέχετε ή να σταματήσετε οποιαδήποτε στιγμή κατά τη διάρκεια της θεραπείας σας χωρίς να χρειάζεται να εξηγήσετε γιατί. Η απομάκρυνσή σας από το πρόγραμμα δεν θα επηρεάσει τη θεραπεία σας με κανέναν τρόπο.

Αποζημίωση

Η συμμετοχή σας είναι εθελοντική. Δεν δίνεται αποζημίωση για τη συμμετοχή σας.

Απόρρητο

Όλες οι πληροφορίες που θα δώσετε είναι τελείως απόρρητες. Ο καθένας από εσάς θα λάβει έναν κωδικό αριθμό, ο οποίος στη συνέχεια θα συνοδεύει όλες τις πληροφορίες που λαμβάνουμε. Μόλις θα έχουμε αναλύσει τις πληροφορίες κανείς δεν θα μπορεί να σας αναγνωρίσει σαν συμμετέχοντα. Τα άρθρα σε επιστημονικά περιοδικά και οι ερευνητικές εκθέσεις που θα προκύψουν δεν θα περιέχουν πληροφορίες που θα μπορούσαν να αναγνωρίσουν εσάς, τον καρδιολόγο σας ή το νοσοκομείο στο οποίο εισαχθήκατε.

Ο συμμετέχων αναγνωρίζει ότι είχε χρόνο για να ρωτήσει ερωτήσεις και δεν έχει αντίρρηση να συμμετέχει στη συνέντευξη.

Ονοματεπώνυμο ασθενούς:

Υπογραφή:

Ημερομηνία:

ΦΟΡΜΑ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Αριθμός Περιστατικού:

1. Δημογραφικά δεδομένα

Ονοματεπώνυμου ασθενούς:

Ημερομηνία γέννησης:

Φύλο: ☐ άρρεν ☐ θήλυ

Εθνικότητα:

Προσωπικό τηλέφωνο επικοινωνίας:

Οικογενειακή κατάσταση: ☐ Παντρεμένος
☐ Διαζευγμένος
☐ Ανύπαντρος

Επίπεδο εκπαίδευσης: ☐ PhD/Master Degree
☐ Απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ
☐ Απόφοιτος ΙΕΚ
☐ Απολυτήριο Λυκείου
☐ Υποχρεωτική εκπαίδευση

Επαγγελματική κατάσταση: ☐ Άνεργος
☐ Συνταξιούχος
☐ Εργαζόμενος
☐ Οικιακά

Εισόδημα: ☐ <5000 ευρώ/έτος
☐ 5000- 9999 ευρώ/έτος
☐ 10000-14999 ευρώ/έτος
☐ 15000- 19999 ευρώ/έτος
☐ >19999 ευρώ/έτος

Τόπος Διαμονής:

Αριθμός τέκνων:

Ονοματεπώνυμο συγγενούς:

Τηλέφωνο επικοινωνίας συγγενούς:

2. Βασικά χαρακτηριστικά – εισόδου

Ανθρωπομετρικά δεδομένα:

Ύψος (εκατοστά):

Δείκτης μάζας σώματος (κιλά/μέτρα²) :

Βάρος (κιλά):

Περιφέρεια μέσης (εκατοστά):

Κλινικά στοιχεία:

Αιτία εισαγωγής:

Κλάσμα εξώθησης αριστερής κοιλίας:%

Αντιμετώπιση:

- ☐ θρομβόλυση ☐ IIb,IIIa αναστολείς ☐ μπιβαλιρουδίνη ☐ ηπαρίνη
☐ ενοξαπαρίνη
☐ πρωτογενής αγγειοπλαστική
προσπέλαση από: ☐ κερκιδική ☐ μηριαία
Πόσα stents:..... Είδος stent:.....

Διάρκεια συμπτωμάτων προ αφίξεως στο νοσοκομείο:

Διάρκεια νοσηλείας στη ΜΕΜΦ:

Διάρκεια νοσηλείας συνολική:

Επιπλοκές ☐ αρρυθμία απειλητική για τη ζωή (όχι επαναιμάτωσης) ☐ καρδιακή ανεπάρκεια
☐ Αιμορραγία

Κλινική εξέταση εισόδου:

Αρτηριακή πίεση (mmHg):

Σφύξεις:

3. Ιστορικό

Καρδιαγγειακές παθήσεις:

Ισχαιμική καρδιοπάθεια ☐ απουσία AP συνδρόμου ☐ σταθερό AP ☐ ασταθές AP
☐ st.p. MI ☐ st.p. PCI ☐ st.p. CABG

Ισχαιμική νόσος άκρων ή περιφερικών αρτηριών ☐ I. ☐ IIa.
(σύμφωνα με την ταξινόμηση Fontain): ☐ IIb. ☐ III, IV.

Εγκεφαλικό ☐ Ισχαιμικό ☐ Αιμορραγικό

Αρτηριακή Υπέρταση ☐ Ιδιοπαθής ☐ Δευτερογενής

Σακχαρώδης Διαβήτης ☐ Θεραπεία με επίθεμα ☐ Ινσουλινοθεραπεία

Δυσλιπιδαιμία ☐ Υπερχοληστεριναιμία ☐ Υπερτριγλυκεριδαιμία ☐ και τα δύο

Νόσος νεφρών ☐ Οξεία ☐ Χρόνια

Καρδιαγγειακές παθήσεις στο οικογενειακό ιστορικό (γονείς / αδέρφια):

.....

Προσωπικό ιστορικό (άλλες παθήσεις και χειρουργικές επεμβάσεις εκτός από καρδιαγγειακές παθήσεις):

.....

Φαρμακευτική αγωγή προ συμβάματος:

Υπολιπιδαιμικά φάρμακα ☐ στατίνες ☐ φιβράτη ☐ εζετιμίδη ☐ άλλα:.....

Αντιθρομβωτικά φάρμακα ☐ ακετυλοσαλικυλικό οξύ ☐ κλοπιδογρελη ☐ τικαγρελόρη
☐ πρασουγκρέλη

Αντιυπερτασικά φάρμακα ☐ αναστολέας μετατρεπτικού ενζύμου αγγειοτενσίνης ☐ αναστολέας
υποδοχέων αγγειοτενσίνης ☐ βήτα αναστολέας ☐ αναστολέας
ασβεστίου ☐ διουρητικά ☐ άλλα:.....

Αντιπηκτικά φάρμακα: ☐ βαρφαρίνη ☐ καινούρια αντιπηκτικά

Νιτρώδη: ☐ μεγάλης διάρκειας ☐ μικρής διάρκειας

4. Αποτελέσματα εργαστηριακών εξετάσεων:

Ολική χοληστερόλη (mmol/l):.....LDL χοληστερόλη(mmol/l):.....

HDL χοληστερόλη(mmol/l):.....Τριγλυκερίδια(mmol/l):.....

Σάκχαρο(mmol/l) :.....Κρεατινίνη(umol/l):.....

Κάπνισμα: ☐ όχι ☐ ναι: ημερήσια ποσότητα: διάρκεια (χρόνια):

Σκέφτεται ο ασθενής να διακόψει το κάπνισμα; ☐ ναι ☐ όχι

Διαιτητικές Συνήθειες:

☐ τρώει τακτικά ☐ τρώει ακανόνιστα

Τυπολογία:

☐ Μεγάλη ποσότητα φρούτων και λαχανικών, λευκό κρέας, ψάρι, ολικής αλέσεως αρτοσκευάσματα, προτιμά τα φυτικά λίπη, γλυκά μόνο περιστασιακά

☐ Φρούτα και λαχανικά, λευκό κρέας, ολικής αλέσεως αρτοσκευάσματα, προτιμά τα φυτικά λίπη, προϊόντα καπνιστού κρέατος αρκετές φορές την εβδομάδα (2-3), σάλτσες, ζυμαρικά, αρτοσκευάσματα από λευκό αλεύρι, ζωικά λίπη, κόκκινο κρέας, λιπαρά τυριά, γλυκά

☐ Κυρίως ζωικά λίπη, προϊόντα καπνιστού κρέατος, αρτοσκευάσματα από λευκό αλεύρι, κόκκινο κρέας, γλυκά, λίγα φρούτα και λαχανικά

Σκέφτεται ο ασθενής την αλλαγή των διαιτητικών του συνηθειών; ☐ ναι ☐ όχι

Αλκοόλ

☐ Κατάλληλα (ημερησίως – γυναίκες 2 dcl κρασιού ή 0,3 l μύρας, άνδρες 3-4 dcl κρασιού ή 0,5 l μύρας)

☐ Ακατάλληλα

☐ Καθόλου

Σκέφθεται ο ασθενής την αλλαγή της ποσότητας της κατανάλωσης αλκοόλ ; ☐ ναι ☐ όχι

ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ

☐ Δουλειές του σπιτιούλεπτά ανά ημέραημέρες ανά εβδομάδα

☐ Περπάτημαλεπτά ανά ημέραημέρες ανά εβδομάδα

☐ Άσκησηλεπτά ανά ημέραημέρες ανά εβδομάδα

☐ Άλλες δραστηριότητεςλεπτά ανά ημέραημέρες ανά εβδομάδα

Σκέφθεται ο ασθενής την αλλαγή των δραστηριοτήτων του; ☐ ναι ☐ όχι

Το επίπεδο των γνώσεων πρόληψης των καρδιαγγειακών παθήσεων

☐ κανένα ☐ στοιχειώδες ☐ προχωρημένο

Συμπορεύεται η οικογένεια με την αλλαγή του τρόπου ζωής; ☐ ναι ☐ όχι

Φαρμακευτική αγωγή εξόδου (ακριβώς, συμπεριλαμβανομένης της δόσης):

.....
.....
.....
.....
.....

Σχόλια:.....

.....
.....
.....
.....

Συντάχθηκε από:

Ημερομηνία:

ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟ

Όνομα:.....

Ημερομηνία:.....

Γνωρίζω ότι έχω διαγνωστεί με στεφανιαία νόσο. Ως αποτέλεσμα, η καρδιά μου ίσως δεν αντλεί αίμα τόσο καλά όσο πριν.

Σημαντικά αποτελέσματα εξετάσεων

Κλάσμα εξώθησης =%

Αυτή είναι μία μέτρηση για το πόσο καλά αντλεί η καρδιά μου. Το φυσιολογικό εύρος τιμών για το κλάσμα εξώθησης είναι 55-65%.

Τιμές χοληστερόλης

Ολική χοληστερόλη (TC) =mg/dL (στόχος: λιγότερο από 160 mg/dL)

Χαμηλής πυκνότητας χοληστερόλη (LDL ή «κακή» χοληστερόλη) =mg/dL
(στόχος: λιγότερο από 100 mg/dL ή 70 mg/dL)

Υψηλής πυκνότητας χοληστερόλη (HDL ή «καλή» χοληστερόλη) =mg/dL
(στόχος: περισσότερο από 40 mg/dL)

Τριγλυκερίδια (TG ή λίπη) =mg/dL (στόχος: λιγότερο από 150 mg/dL)

Κατανοώ ότι οι αλλαγές στη διατροφή μου, η άσκηση, και η φαρμακευτική αγωγή για τη μείωση της χοληστερόλης απαιτούνται για την επίτευξη και διατήρηση των άνωθεν στόχων ως προς την τιμή της χοληστερόλης. Το να φθάσουν οι τιμές της χοληστερόλης μου σε αυτούς τους στόχους ίσως με βοηθήσει στην πρόληψη μελλοντικών καρδιακών προσβολών και εγκεφαλικών επεισοδίων και θα με βοηθήσει να ζήσω μια μακρύτερη και υγιέστερη ζωή.

Αρτηριακή πίεση:mmHg (στόχος: λιγότερο από 140/90 mmHg, εάν έχω διαβήτη ή νεφρική πάθηση, ο στόχος είναι λιγότερο από 130/80 mmHg)

Κατανοώ ότι ένα υγιές επίπεδο αρτηριακής πίεσης αποτελεί κλειδί προστασίας της καρδιάς, του εγκεφάλου και των νεφρών από βλάβες.

Δείκτης μάζας σώματος:Kg/m² (στόχος: 18.5 – 24.9 Kg/m²)

Κατανοώ ότι αποκτώντας υγιές βάρος μπορεί να μειωθεί ο κίνδυνος εμφάνισης διαβήτη, καρδιακών προσβολών και πιθανού καρκίνου. Ο δείκτης μάζας σώματος αποτελεί έναν καλό τρόπο μέτρησης του σωματικού λίπους χρησιμοποιώντας και το ύψος και το βάρος. Ένας δείκτης μάζας σώματος από 25.0-29.9 Kg/m² υποδεικνύει υπέρβαρο και 30.0 Kg/m² ή υψηλότερα υποδεικνύει παχυσαρκία.

Κατανοώ πως υπάρχουν αρκετά βήματα που μπορώ να κάνω ώστε να βοηθήσω να διατηρηθεί ο εαυτός μου υγιής και να αποτρέψω άλλη επείγουσα κατάσταση όπως αυτή που με έφερε στο νοσοκομείο. Η λήψη δραστηκών μέτρων ώστε ενεργητικά να νοιαστώ για τον εαυτό μου μπορούν να βοηθήσουν ώστε να επιβραδύνω ή να αντιστρέψω την εξέλιξη της καρδιακής νόσου.

Πράγματα που μπορώ να κάνω ο ίδιος για να βοηθήσω τον εαυτό μου συμπεριλαμβάνοντας το να γνωρίζω τα σημαντικά αποτελέσματα των εξετάσεων μου, το να λαμβάνω τη φαρμακευτική αγωγή μου, το να μην καπνίζω, το να ακολουθώ μια δίαιτα χαμηλή σε λίπη και χοληστερόλη.

Θα τηρήσω όλα τα ραντεβού παρακολούθησής μου.

Εμφυτεύσιμες καρδιακές συσκευές

Κατανοώ ότι εάν το κλάσμα εξώθησής μου παραμείνει στο 35% ή χαμηλότερα μετά τη φαρμακευτική αγωγή, ίσως επωφεληθώ από την απόκτηση ενός εμφυτεύσιμου καρδιακού απινιδωτή (ICD).

Λήψη της φαρμακευτικής αγωγής

Κατανοώ ότι τα φάρμακα για την καρδιά, συμπεριλαμβανομένης της ασπιρίνης, τα αντιαιμοπεταλιακά φάρμακα, τους αναστολείς μετατρεπτικού ενζύμου αγγειοτενσίνης, τους αναστολείς υποδοχέων αγγειοτενσίνης, τους βήτα αναστολείς, τους ανταγωνιστές αλδοστερόνης και φάρμακα μείωσης της χοληστερόλης, ίσως με βοηθήσουν να αποτρέψω ένα μελλοντικό καρδιακό επεισόδιο και να ζήσω μια μακρύτερη και υγιέστερη ζωή. Αφού φύγω από το νοσοκομείο, θα συνεχίσω να λαμβάνω τη φαρμακευτική αγωγή για την καρδιά μου.

Κατανοώ ότι δεν πρέπει να σταματήσω να λαμβάνω κάτι από τη φαρμακευτική αγωγή για την καρδιά μου εκτός και εάν το συζητήσω με τον ιατρό ή τη νοσηλεύτριά μου. Κατανοώ ότι πάντοτε θα έχω το ρίσκο για μια ακόμη καρδιακή προσβολή και ότι ίσως θα πρέπει να διατηρήσω τα περισσότερα ή όλα από αυτή τη φαρμακευτική αγωγή για το υπόλοιπο της ζωής μου.

Θα ακολουθήσω επίσης της οδηγίες που μου δόθηκαν για:

Διακοπή του καπνίσματος

Κατανοώ ότι το κάπνισμα αυξάνει της πιθανότητες να υποστώ κι άλλη καρδιακή προσβολή, μπορεί να επηρεάσει την ποιότητα της ζωής μου, και μπορεί να συντομεύσει τη ζωή μου.

☐ Καπνίζω και με έχουν συμβουλέψει να το διακόψω ☐ δεν καπνίζω

Για να με βοηθήσει να διακόψω το κάπνισμα, ο ιατρός μου μου πρότεινε/συνταγογράφησε:

.....

Διατροφή και μείωση βάρους:

Κατανοώ ότι μια δίαιτα χαμηλή σε λιπαρά και χοληστερόλη ίσως με βοηθήσει να μειώσω τις πιθανότητες μιας μελλοντικής καρδιακής προσβολής, όπως και στη διατήρηση ενός υγιούς βάρους.

☐ Δέχθηκα συμβουλές για μια χαμηλή σε λιπαρά και χοληστερόλη διατροφή

☐ Δέχθηκα συμβουλές για τη μείωση βάρους

Φυσική δραστηριότητα:

☐ Ο ιατρός/νοσηλεύτής μου συστήνει να ασκώμαιανά ημέρα.....φορές την εβδομάδα, προς το παρόν.

Μια καλή άσκηση για μένα είναι.....

☐ Με συμβούλεψαν να συμμετάσχω σε ένα επίσημο πρόγραμμα καρδιακής αποκατάστασης

Επικοινωνία με:

Πότε να καλέσω το 166 την υπηρεσία ασθενοφόρων για έκτακτη ανάγκη

Θα πρέπει να καλέσω το 166 εάν νοιώσω ένα νέο είδος πόνου στο στήθος, πόνο που η νιτρογλυκερίνη δε βοηθά, ή πόνο που διαρκεί πάνω από 15 λεπτά, ή εάν αισθανθώ ξαφνικά δυσκολία στην αναπνοή ή χάσω τις αισθήσεις μου.

Θα πρέπει να τηρήσω αυτό και μελλοντικά ραντεβού ακόμα και εάν αισθάνομαι καλά, επειδή στα ραντεβού αυτά θα:

- ρυθμίζονται οι δόσεις των φαρμάκων
- ελέγχονται τα εργαστηριακά αποτελέσματα
- ελέγχονται τα επίπεδα λιπιδίων
- αξιολογούνται τα συμπτώματα
- επαναμετράται το κλάσμα εξώθησης
- αξιολογείται εάν ένας εμφυτεύσιμος απινιδωτής μπορεί να με βοηθήσει να ζήσω περισσότερο

Γνωρίζω ότι ακολουθώντας τις συμβουλές του ιατρού/νοσηλευτή μου μπορώ να βοηθηθώ ώστε να ζήσω μακρύτερη και υγιέστερη ζωή.

Υπογραφή ασθενούς:.....

Ημερομηνία:.....

Υπογραφή επαγγελματία υγείας που διεξήγαγε την εκπαίδευση:.....

Αριθμός τηλεφώνου επαγγελματία υγείας:.....

Ραντεβού παρακολούθησης και εξετάσεων

Το πρώτο μου ραντεβού προγραμματίζεται για:.....

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΛΑΝΟΥ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ (1 ΜΗΝΑ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ)

Ονοματεπώνυμου ασθενούς:

Αριθμός περιστατικού:

Αξιολόγηση γνώσεων:

Μπορεί ο ασθενής να ονοματίσει τους παράγοντες κινδύνου των καρδιαγγειακών παθήσεων;

☐ ναι ☐ όχι

Γνωρίζει ο ασθενής τα επίπεδα της LDL χοληστερόλης του; ☐ ναι ☐ όχι

Γνωρίζει ο ασθενής τα επίπεδα του σακχάρου του; ☐ ναι ☐ όχι

Γνωρίζει ο ασθενής τα φυσιολογικά επίπεδα της αρτηριακής πίεσης; ☐ ναι ☐ όχι

Έχει ενημερωθεί για τη σωστή διατροφή; ☐ ναι ☐ όχι

Έχει ενημερωθεί για το σωστό πρόγραμμα ασκήσεως; ☐ ναι ☐ όχι

Γνωρίζει ο ασθενής τη φαρμακευτική του αγωγή; ☐ από μνήμης ☐ έχει λίστα ☐ όχι

Υποκειμενική αξιολόγηση ασθενούς, πώς ο ίδιος ακολουθεί το θεραπευτικό πλάνο

Διατροφή ☐ απόλυτα ☐ μάλλον ναι ☐ μάλλον όχι ☐ όχι

Δραστηριότητα ☐ απόλυτα ☐ μάλλον ναι ☐ μάλλον όχι ☐ όχι

Λήψη φαρμακευτικής αγωγής ☐ απόλυτα ☐ μάλλον ναι ☐ μάλλον όχι ☐ όχι

Κάπνισμα ☐ απόλυτα ☐ μάλλον ναι ☐ μάλλον όχι ☐ όχι

Αντίδραση στην εκπαίδευση

☐ ενεργός (έχει ερωτήσεις, ενδιαφέρον) ☐ παθητικός (δεν έχει ενδιαφέρον)

Κλινικά καταληκτικά σημεία:

Επανενοσηλεία: ☐ όχι ☐ ναι

Ύψος (εκατοστά):

Βάρος (κιλά):

Δείκτης μάζας σώματος (κιλά/μέτρα²):

Περιφέρεια μέσης (εκατοστά):

Αρτηριακή πίεση (mmHg):

Σφύξεις:

Κάπνισμα ☐ όχι ☐ ναι

Θάνατος (από άλλη αιτία) ☐ όχι ☐ ναι

Θάνατος (καρδιαγγειακό αίτιο) ☐ όχι ☐ ναι

Μη θανατηφόρο έμφραγμα του μυοκαρδίου ☐ όχι ☐ ναι
Έγινε επαναγγείωση ☐ όχι ☐ ναι

Εργαστηριακά καταληκτικά σημεία:

Ολική χοληστερόλη (mmol/l): LDL χοληστερόλη(mmol/l): HDL χοληστερόλη(mmol/l):.....

Τριγλυκερίδια(mmol/l): Σάκχαρο(mmol/l) : Κρεατινίνη(umol/l):

Θεραπευτική αγωγή (ακριβώς, συμπεριλαμβανομένης της δόσης):

.....
.....
.....

Σχόλια:

.....
.....

Αίσθηση του ασθενούς: ☐ βελτίωση ☐ σταθερότητα ☐ επιδείνωση

Συντάχθηκε από:

Ημερομηνία ελέγχου:

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΛΑΝΟΥ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ (3 ΜΗΝΕΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ)

Ονοματεπώνυμου ασθενούς:

Αριθμός περιστατικού:

Αξιολόγηση γνώσεων:

Μπορεί ο ασθενής να ονοματίσει τους παράγοντες κινδύνου των καρδιαγγειακών παθήσεων;

☐ ναι ☐ όχι

Γνωρίζει ο ασθενής τα επίπεδα της LDL χοληστερόλης του; ☐ ναι ☐ όχι

Γνωρίζει ο ασθενής τα επίπεδα του σακχάρου του; ☐ ναι ☐ όχι

Γνωρίζει ο ασθενής τα φυσιολογικά επίπεδα της αρτηριακής πίεσης; ☐ ναι ☐ όχι

Έχει ενημερωθεί για τη σωστή διατροφή; ☐ ναι ☐ όχι

Έχει ενημερωθεί για το σωστό πρόγραμμα ασκήσεως; ☐ ναι ☐ όχι

Γνωρίζει ο ασθενής τη φαρμακευτική του αγωγή; ☐ από μνήμης ☐ έχει λίστα ☐ όχι

Υποκειμενική αξιολόγηση ασθενούς, πώς ο ίδιος ακολουθεί το θεραπευτικό πλάνο

Διατροφή ☐ απόλυτα ☐ μάλλον ναι ☐ μάλλον όχι ☐ όχι

Δραστηριότητα ☐ απόλυτα ☐ μάλλον ναι ☐ μάλλον όχι ☐ όχι

Λήψη φαρμακευτικής αγωγής ☐ απόλυτα ☐ μάλλον ναι ☐ μάλλον όχι ☐ όχι

Κάπνισμα ☐ απόλυτα ☐ μάλλον ναι ☐ μάλλον όχι ☐ όχι

Αντίδραση στην εκπαίδευση

☐ ενεργός (έχει ερωτήσεις, ενδιαφέρον) ☐ παθητικός (δεν έχει ενδιαφέρον)

Κλινικά καταληκτικά σημεία:

Επανενοσηλεία: ☐ όχι ☐ ναι

Ύψος (εκατοστά):

Βάρος (κιλά):

Δείκτης μάζας σώματος (κιλά/μέτρα²):

Περιφέρεια μέσης (εκατοστά):

Αρτηριακή πίεση (mmHg):

Σφύξεις:

Κάπνισμα ☐ όχι ☐ ναι

Θάνατος (από άλλη αιτία) ☐ όχι ☐ ναι

Θάνατος (καρδιαγγειακό αίτιο) ☐ όχι ☐ ναι

Μη θανατηφόρο έμφραγμα του μυοκαρδίου ☐ όχι ☐ ναι

Έγινε επαναγγείωση ☐ όχι ☐ ναι

Εργαστηριακά καταληκτικά σημεία:

Ολική χοληστερόλη (mmol/l): LDL χοληστερόλη(mmol/l): HDL χοληστερόλη(mmol/l):.....

Τριγλυκερίδια(mmol/l): Σάκχαρο(mmol/l) : Κρεατινίνη(umol/l):

Θεραπευτική αγωγή (ακριβώς, συμπεριλαμβανομένης της δόσης):

.....
.....
.....

Σχόλια:

.....
.....

Αίσθηση του ασθενούς: ☐ βελτίωση ☐ σταθερότητα ☐ επιδείνωση

Συντάχθηκε από:

Ημερομηνία ελέγχου:

The illness cognition questionnaire for chronic diseases

Παρακάτω υπάρχει μια λίστα με ‘δηλώσεις’ σχετικές προς την ασθένειά σας. Παρακαλώ σημειώστε πόσο συμφωνείτε με αυτές βάζοντας σε κύκλο τον αριθμό που αντιστοιχεί στην απάντηση που θέλετε να δώσετε. Μην δαπανάτε πολύ χρόνο για να απαντήσετε. Οι πρώτες εντυπώσεις είναι συνήθως οι καλύτερες.

	Δεν συμφωνώ καθόλου	Συμφωνώ κάπως	Συμφωνώ σε μεγάλο βαθμό	Συμφωνώ απολύτως
1. Η ασθένειά μου με κάνει συχνά να νιώθω ανήμπορος.	1	2	3	4
2. Η ασθένειά μου επιβάλλει περιορισμούς σε οτιδήποτε είναι σημαντικό για μένα.	1	2	3	4
3. Η ασθένεια μου ελέγχει τη ζωή μου.	1	2	3	4
4. Εξαιτίας της ασθένειάς μου, χάνω τα πράγματα που μου αρέσουν περισσότερο.	1	2	3	4
5. Η ασθένειά μου με παρεμποδίζει να κάνω ό,τι πραγματικά θα ήθελα να κάνω.	1	2	3	4
6. Υπάρχουν φορές που η ασθένειά μου με κάνει να νιώθω άχρηστος.	1	2	3	4
7. Έχω μάθει να αποδέχομαι τους περιορισμούς που επιβάλλει η ασθένειά μου.	1	2	3	4
8. Έχω μάθει να ζω με την ασθένειά μου.	1	2	3	4
9. Μπορώ να αποδέχομαι την ασθένειά μου καλά.	1	2	3	4
10. Μπορώ να αντιμετωπίσω με αποτελεσματικότητα την ασθένειά μου.	1	2	3	4
11. Μπορώ να χειριστώ τα προβλήματα που σχετίζονται με την ασθένειά μου.	1	2	3	4
12. Νομίζω ότι μπορώ να χειριστώ τα προβλήματα που σχετίζονται με την ασθένειά μου, ακόμα και αν χειροτερέψει.	1	2	3	4
13. Η αντιμετώπιση της ασθένειας με έχει κάνει δυνατότερο άνθρωπο.	1	2	3	4
14. Έχω μάθει πολλά από την ασθένειά μου.	1	2	3	4
15. Η ασθένειά μου με δίδαξε να απολαμβάνω την κάθε στιγμή περισσότερο.	1	2	3	4
16. Η ασθένειά μου έχει κάνει τη ζωή πιο πολύτιμη για μένα.	1	2	3	4
17. Η ασθένειά μου με έχει βοηθήσει να συνειδητοποιήσω τι είναι σημαντικό στη ζωή	1	2	3	4
18. Κοιτώντας πίσω, μπορώ να δω ότι η ασθένειά μου έχει φέρει και μερικές θετικές αλλαγές στη ζωή μου.	1	2	3	4

MACNEW-Ελληνική έκδοση

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΙΑ ΤΗ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Θα θέλαμε να σας κάνουμε κάποιες ερωτήσεις για το πώς αισθανόσαστε ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΩΝ 2 ΤΕΛΕΥΤΑΙΩΝ ΕΒΔΟΜΑΔΩΝ.

Για κάθε ερώτηση επιλέξτε μία μόνο απάντηση, βάζοντας μέσα σε κύκλο τον αριθμό που συμφωνεί με την απάντησή σας.

		Συνεχώς	Πολύ Συχνά	Συχνά	Μερικές Φορές	Λίγες Φορές	Απάνια	Ποτέ
1	Γενικά, πόσο συχνά τις τελευταίες 2 εβδομάδες αισθανθήκατε ανυπόμονος ή θυμωμένος;	1	2	3	4	5	6	7
2	Πόσο συχνά τις τελευταίες 2 εβδομάδες αισθανθήκατε ότι δεν αξίζετε ή ότι είστε ανεπαρκής;	1	2	3	4	5	6	7
3	Τις τελευταίες 2 εβδομάδες, πόσο συχνά αισθανθήκατε πολύ σίγουρος και βέβαιος ότι θα μπορούσατε να τα καταφέρετε με το πρόβλημα της καρδιάς σας;	7	6	5	4	3	2	1
4	Γενικά, πόσο συχνά αισθανθήκατε αποθαρρημένος ή απογοητευμένος τις τελευταίες 2 εβδομάδες;	1	2	3	4	5	6	7
5	Πόσο συχνά τις τελευταίες 2 εβδομάδες αισθανθήκατε ήρεμος και χωρίς ένταση;	7	6	5	4	3	2	1
6	Πόσο συχνά τις τελευταίες 2 εβδομάδες αισθανθήκατε εξαντλημένος ή με μειωμένη ενέργεια;	1	2	3	4	5	6	7

7	Πόσο ευτυχισμένος, ικανοποιημένος ή ευχαριστημένος ήσασταν με την προσωπική σας ζωή τις τελευταίες 2 εβδομάδες;
1	Καθόλου ικανοποιημένος, δυστυχισμένος τον περισσότερο χρόνο
2	Πολύ λίγο ικανοποιημένος
3	Λίγο ικανοποιημένος
4	Αρκετά ικανοποιημένος
5	Πολύ ικανοποιημένος
6	Πάρα πολύ ικανοποιημένος
7	Πλήρως ικανοποιημένος και ευτυχισμένος, περισσότερο δεν θα μπορούσα

		Συνεχώς	Πολύ συχνά	Συχνά	Μερικές φορές	Λίγες φορές	Σπάνια	Ποτέ
8	Γενικά, πόσο συχνά τις τελευταίες 2 εβδομάδες αισθανθήκατε ανήσυχος ή είχατε δυσκολία στην προσπάθεια να ηρεμήσετε;	1	2	3	4	5	6	7

9	Τί εντάσεως λαχάνιασμα είχατε ενώ κάνατε τις καθημερινές σας δραστηριότητες τις τελευταίες 2 εβδομάδες;
1	Υπερβολικό λαχάνιασμα
2	Έντονο λαχάνιασμα
3	Αρκετό λαχάνιασμα
4	Μέτριο λαχάνιασμα
5	Λίγο λαχάνιασμα
6	Πολύ λίγο λαχάνιασμα
7	Καθόλου λαχάνιασμα

		Συνεχώς	Πολύ Συχνά	Συχνά	Μερικές Φορές	Λίγες Φορές	Σπάνια	Ποτέ
10	Πόσο συχνά τις τελευταίες 2 εβδομάδες αισθανθήκατε δακρυσμένος ή έτοιμος να κλάψετε;	1	2	3	4	5	6	7

11	Πόσο συχνά τις τελευταίες 2 εβδομάδες αισθανθήκατε ότι είσαστε περισσότερο εξαρτώμενος από άλλους από ότι ήσασταν πριν το πρόβλημα της καρδιάς;	1	2	3	4	5	6	7
		Συνεχώς	Πολύ Συχνά	Συχνά	Μερικές Φορές	Λίγες Φορές	Σπάνια	Ποτέ
12	Πόσο συχνά τις τελευταίες 2 εβδομάδες αισθανθήκατε ότι δεν ήσασταν σε θέση να κάνετε τις συνηθισμένες σας κοινωνικές δραστηριότητες;	1	2	3	4	5	6	7
13	Πόσο συχνά τις τελευταίες 2 εβδομάδες αισθανθήκατε ότι οι άλλοι δεν σας έχουν πια την ίδια εμπιστοσύνη όπως σας είχαν στο παρελθόν πριν το πρόβλημα της καρδιάς;	1	2	3	4	5	6	7
14	Πόσο συχνά τις τελευταίες 2 εβδομάδες αισθανθήκατε πόνο στο στήθος ενώ κάνατε τις καθημερινές σας δραστηριότητες;	1	2	3	4	5	6	7
15	Πόσο συχνά τις τελευταίες 2 εβδομάδες αισθανθήκατε αβέβαιος για τον εαυτό σας ή ότι σας έλειπε αυτοπεποίθηση;	1	2	3	4	5	6	7
16	Πόσο συχνά τις τελευταίες 2 εβδομάδες αισθανθήκατε ενόχληση από πόνο ή κούραση στα πόδια;	1	2	3	4	5	6	7
17	Τις τελευταίες 2 εβδομάδες πόσο έχετε περιοριστεί στο να κάνετε ασκήσεις ή σπορ λόγω του προβλήματος της καρδιάς;							
	1	Πάρα πολύ περιορισμένος						
	2	Πολύ περιορισμένος						

- 3 Αρκετά περιορισμένος
 4 Μέτρια περιορισμένος
 5 Λίγο περιορισμένος
 6 Πολύ λίγο περιορισμένος
 7 Καθόλου περιορισμένος

		Συνεχώς	Πολύ συχνά	Συχνά	Μερικές φορές	Λίγες φορές	Σπάνια	Ποτέ
18	Πόσο συχνά τις τελευταίες 2 εβδομάδες αισθανθήκατε αγωνία ή φόβο;	1	2	3	4	5	6	7
19	Πόσο συχνά τις τελευταίες 2 εβδομάδες αισθανθήκατε ζάλη;	1	2	3	4	5	6	7

20	Γενικά, τις τελευταίες 2 εβδομάδες πόσο έχετε περιοριστεί λόγω του προβλήματος της καρδιάς σας;							
	1	Πάρα πολύ περιορισμένος						
	2	Πολύ περιορισμένος						
	3	Αρκετά περιορισμένος						
	4	Μέτρια περιορισμένος						
	5	Λίγο περιορισμένος						
	6	Πολύ λίγο περιορισμένος						
	7	Καθόλου περιορισμένος						

		Συνεχώς	Πολύ Συχνά	Συχνά	Μερικές Φορές	Λίγες Φορές	Σπάνια	Ποτέ
21	Πόσο συχνά τις τελευταίες 2 εβδομάδες αισθανθήκατε αβέβαιος ως προς το πόση άσκηση ή σωματική δραστηριότητα μπορείτε να κάνετε;	1	2	3	4	5	6	7

22	Πόσο συχνά τις τελευταίες 2 εβδομάδες αισθανθήκατε ότι η οικογένειά σας είναι υπερπροστατευτική προς εσάς;	1	2	3	4	5	6	7
23	Πόσο συχνά τις τελευταίες 2 εβδομάδες αισθανθήκατε ότι είστε βάρος στους άλλους;	1	2	3	4	5	6	7
24	Πόσο συχνά τις τελευταίες 2 εβδομάδες αισθανθήκατε ότι δεν κάνετε πράγματα με άλλους ανθρώπους λόγω του προβλήματος της καρδιάς;	1	2	3	4	5	6	7

		Συνεχώς	Πολύ Συχνά	Συχνά	Μερικές Φορές	Λίγες Φορές	Σπάνια	Ποτέ
25	Πόσο συχνά τις τελευταίες 2 εβδομάδες αισθανθήκατε ότι δεν είστε σε θέση να έχετε κοινωνική δραστηριότητα λόγω του προβλήματος της καρδιάς;	1	2	3	4	5	6	7

26	Γενικά, τις τελευταίες 2 εβδομάδες πόσο έχετε περιοριστεί σωματικά λόγω του προβλήματος της καρδιάς;
1	Πάρα πολύ περιορισμένος
2	Πολύ περιορισμένος
3	Αρκετά περιορισμένος
4	Μέτρια περιορισμένος
5	Λίγο περιορισμένος
6	Πολύ λίγο περιορισμένος
7	Καθόλου περιορισμένος

27

	Συνεχώς	Πολύ συχνά	Συχνά	Μερικές φορές	Λίγες φορές	Σπάνια	Ποτέ
Πόσο συχνά τις τελευταίες 2 εβδομάδες αισθανθήκατε ότι το πρόβλημα της καρδιάς έχει περιορίσει ή επηρεάσει τη σεξουαλική σας δραστηριότητα;	1	2	3	4	5	6	7

