

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΔΙΔΡΥΜΑΤΙΚΟ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΕΙΔΙΚΕΥΣΗ: «ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

«ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΕΜΠΕΙΡΙΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ
ΜΕ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ
ΓΙΑ ΤΗ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ
ΤΗΣ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ»

ΕΛΕΝΗ ΛΟΥΚΗ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΘΗΝΑ 2021

**«ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΕΜΠΕΙΡΙΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ
ΜΕ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ
ΓΙΑ ΤΗ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ
ΤΗΣ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ»**

**ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΔΙΔΡΥΜΑΤΙΚΟ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ**

ΕΙΔΙΚΕΥΣΗ: «ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

**«ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΕΜΠΕΙΡΙΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ
ΜΕ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ
ΓΙΑ ΤΗ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ
ΤΗΣ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ»**

ΕΛΕΝΗ ΛΟΥΚΗ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΘΗΝΑ 2021

ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

ΚΑΪΤΕΛΙΔΟΥ ΔΑΦΝΗ (ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ)

ΟΛΓΑ ΣΙΣΚΟΥ

ΠΕΤΡΟΣ ΓΑΛΑΝΗΣ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	8
ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	9
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	10
ABSTRACT.....	12
ΣΥΝΤΜΗΣΕΙΣ	14
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	15
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	17
1 ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ	18
1.1 Γενικά περί καρδιαγγειακών νοσημάτων	18
1.2 Στεφανιαία νόσος.....	19
1.3 Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο	19
1.3.1 Παθοφυσιολογία ισχαιμικού αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου	21
1.3.2 Τύποι ισχαιμικού αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου	21
1.3.3 Κλινική εικόνα ισχαιμικού αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου	23
1.4 Παράγοντες κινδύνου ισχαιμικού αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου..	25
1.4.1 Τροποποιήσιμοι παράγοντες κινδύνου	26
1.4.1.1 Αρτηριακή υπέρταση	26
1.4.1.2 Κάπνισμα.....	27
1.4.1.3 Δυσλιπιδαιμία, Παχυσαρκία, Διατροφικές συνήθειες.....	29
1.4.1.4 Σακχαρώδης Διαβήτης.....	32
1.4.1.5 Καθιστική ζωή.....	33
1.4.1.6 Κατάχρηση ουσιών	34
1.4.1.7 Άγχος (Stress)	34
1.4.2 Μη τροποποιήσιμοι παράγοντες κινδύνου.....	35

1.4.2.1 Ηλικία.....	35
1.4.2.2 Φύλο	36
1.4.2.3. Φυλή/ Εθνικότητα	36
1.4.2.4 Οικογενειακό Ιστορικό / Κληρονομικότητα	37
1.5 Επιδημιολογικά δεδομένα.....	38
1.6 Εκτίμηση της ποιότητας ζωής Quality of Life	39
2. ΑΥΤΟ ΑΝΑΦΕΡΟΜΕΝΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΕΜΠΕΙΡΙΩΝ ΚΑΙ ΕΚΒΑΣΕΩΝ ΑΠΟ ΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ	41
2.1 Εννοιολογική προσέγγιση της διερεύνησης των εμπειριών των ασθενών από τη φροντίδα υγείας	41
2.2 Εννοιολογική προσέγγιση των αυτοαναφερόμενων κλινικών αποτελεσμάτων	42
2.3 Διαφορά μεταξύ των μελετών ικανοποίησης και διερεύνησης εμπειριών	42
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
3. ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ.....	46
3.1 Σκοπός μελέτης	46
3.2 Υλικό και μέθοδος.....	46
3.3 Εργαλείο και μέθοδος συλλογής δεδομένων	46
3.4 Στατιστική Ανάλυση	47
3.5 Θέματα Ηθικής και Δεοντολογίας	48
3.6 Περιορισμοί Μελέτης.....	48
4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	49
4.1 Αποτελέσματα Περιγραφικής Στατιστικής	49
4.1.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά και στοιχεία νοσηλείας.....	49
4.1.2. Διάγνωση ΑΕΕ.....	54
4.13. Εισαγωγή στο Νοσοκομείο	55

4.1.4. Ιατρικό Προσωπικό.....	56
4.1.5. Νοσηλευτικό προσωπικό.....	57
4.1.6. Φροντίδα/Θεραπεία στο Νοσοκομείο.....	59
4.1.7. Έξοδος από το Νοσοκομείο.....	63
4.1.8. Βαθμολογία εμπειριών από τη νοσηλεία για ΑΕΕ.....	63
4.2 Αναλύσεις Συσχετίσεων.....	67
4.2.1. Εξαρτημένη μεταβλητή: Βαθμολογία εμπειριών από τη νοσηλεία για ΑΕΕ.....	67
4.2.2. Εξαρτημένη μεταβλητή: Συνολική βαθμολογία αξιολόγησης της φροντίδας κατά τη διάρκεια της νοσηλείας.....	72
5. ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	77
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ.....	82

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ευχαριστώ την επιβλέπουσα καθηγήτρια μου κ Δάφνη Καϊτελίδου και την κ. Όλγα Σίσκου για την εμπιστοσύνη, την στήριξη και τις υποδείξεις που μου παρείχαν για την εκπόνηση αυτής της εργασίας και την ολοκλήρωσή της. Θερμά ευχαριστώ το σύνολο των ανθρώπων με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο και τον καθένα ξεχωριστά που με προθυμία και ευχαρίστηση συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια για να διεξαχθεί η έρευνα αυτή.

Τέλος, θέλω να ευχαριστήσω την οικογένειά μου για τις αρχές που μου ενέπνευσαν, την αμέριστη βοήθεια που μου προσέφεραν και την κατανόηση τους στην επιθυμία μου να ασχοληθώ με το παρόν θέμα, αφιερώνοντάς το στη μνήμη του πατέρα μου.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η παρούσα διπλωματική εργασία πραγματοποιήθηκε στο Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Τμήμα της Νοσηλευτικής, στο Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών Οργάνωση και Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας - Πληροφορική της υγείας.

Θέμα της Διπλωματικής εργασίας αποτελεί η διερεύνηση των εμπειριών ασθενών με καρδιαγγειακά νοσήματα από τη νοσηλεία για τη βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας. Σκοπός της μελέτης αποτέλεσε η εκτίμηση των εμπειριών ασθενών με καρδιαγγειακά νοσήματα μέσω της παρεχόμενης ενδονοσοκομειακής φροντίδας που έλαβαν.

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΔΙΔΡΥΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΕΙΔΙΚΕΥΣΗ: «ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΕΜΠΕΙΡΙΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ
ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΓΙΑ ΤΗ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ
ΤΗΣ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ»**

Από την ΕΛΕΝΗ ΛΟΥΚΗ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Πρόκειται για προοπτική, πολυκεντρική μη παρεμβατική μελέτη παρατήρησης 217 ασθενών που υπέστησαν εγκεφαλικό επεισόδιο για πρώτη φορά. Το έργο αποτελεί προσπάθεια εκτίμησης και αξιολόγησης των εμπειριών των ασθενών με καρδιαγγειακά νοσήματα και ΑΕΕ ως ένα μέσο για τη βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης ενδονοσοκομειακής φροντίδας.

Αντικείμενο / Σκοπός: Αντικείμενο της εργασίας αποτελεί η διερεύνηση και εκτίμηση των εμπειριών των ασθενών με ΑΕΕ από την ενδονοσοκομειακή τους φροντίδα και της επίδρασης της παρεχόμενης φροντίδας από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό ως προς την βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας .

Υλικό και Μέθοδος: Αποτελεί μελέτη παρατήρησης 217 ασθενών με υποκείμενα καρδιαγγειακά νοσήματα που υπέστησαν και εγκεφαλικό επεισόδιο για πρώτη φορά (ισχαιμικό ή αιμορραγικό) (κωδικοί ICD-10: I61, I63 και I64) και εισήχθησαν σε χρονικό διάστημα 48 ωρών από την έναρξη των

συμπτωμάτων σε οκτώ (8) Δημόσια Νοσοκομεία της χώρας στα οποία διεξάγεται η μελέτη. Οι ασθενείς κλήθηκαν να απαντήσουν μέσω τηλεφωνικών συνεντεύξεων στο ερωτηματολόγιο NHS-Stroke Questionnaire αναφορικά με τις εμπειρίες τους από την ενδονοσοκομειακή νοσηλεία.

Αποτέλεσμα: Τα αποτελέσματα της έρευνας είναι ιδιαίτερα ενθαρρυντικά για την ποιότητα παροχής της ενδονοσοκομειακής φροντίδας σε ασθενείς με καρδιαγγειακά νοσήματα. Όσον αφορά τη συνολική ικανοποίηση των ασθενών από την ενδονοσοκομειακή τους φροντίδα οι συμμετέχοντες έμειναν αρκετά ικανοποιημένοι ως προς την φροντίδα που δέχτηκαν. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών απάντησαν πως θα αξιολογούσαν τη φροντίδα που έλαβαν από το νοσοκομείο ως εξαιρετική (26,3%), πολύ καλή (35,5%), καλή (31,8%) ενώ σε ένα αρκετά μικρό ποσοστό αξιολόγησε την εμπειρία του από μέτρια (5,1%) έως φτωχή (0,5%). Σχετικά με την επάρκεια του προσωπικού προκύπτει μικρότερος βαθμός ικανοποίησης που παρουσιάζεται ως αριθμητική έλλειψη του νοσηλευτικού προσωπικού καθώς μόνο το 36,9% απάντησαν ότι, κατά τη γνώμη τους, υπήρχε πάντα ή σχεδόν πάντα επαρκές νοσηλευτικό προσωπικό.

Συμπέρασμα: Με βάση τα παραπάνω αποτελέσματα σχετικά με την επάρκεια του προσωπικού προκύπτει πως μέλημα του κράτους αποτελεί η στελέχωση των νοσοκομείων με επαρκές νοσηλευτικό προσωπικό προκειμένου η φροντίδα να είναι όσο το δυνατό εξατομικευμένη αλλά και εξειδικευμένη από εκπαιδευμένο και καταρτισμένο προσωπικό. Συμπερασματικά, φαίνεται πως η παροχή υψηλής ποιότητας ενδονοσοκομειακής φροντίδας για την αντιμετώπιση του ΑΕΕ αποτελεί ισχυρό μέτρο που επηρεάζει θετικά στην αξιολόγηση της εμπειρίας του ασθενούς.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ

Καρδιαγγειακές παθήσεις, εγκεφαλικό επεισόδιο, εμπειρίες ασθενών από τη νοσηλεία.

NATIONAL AND KAPODISTRIAN UNIVERSITY OF ATHENS
FACULTY OF NURSING

INTERUNIVERSITY POSTGRADUATE PROGRAM IN HEALTH CARE
MANAGEMENT

DISSERTATION

«INVESTIGATING THE EXPERIENCES OF PATIENTS
WITH CARDIOVASCULAR DISEASE FROM HOSPITALISATION
TO IMPROVE THE QUALITY OF CARE PROVIDED»

By ELENI LOUKI

SUMMARY

Introduction: This is a prospective, multicenter non-invasive observational study of 217 patients who suffered a stroke for the first time. The project is an attempt to assess and evaluate the experiences of patients with cardiovascular disease and stroke as a means of improving the quality of inpatient care provided.

Object / Purpose: The object of the work is to investigate and evaluate the experiences of patients with stroke- from their inpatient care and the impact of care provided by medical and nursing staff to improve the quality of care provided.

Method: This is an observational study of 120 patients who suffered an acute stroke for the first time (vascular and ischemic) (ICD-10 codes: I61, I63 and I64) and were admitted within 48 hours of the onset of symptoms in eight (8) Public Hospitals of the country in which the study is conducted. All patients were monitored for their health needs after discharge from the hospital, the socio-economic consequences of the disease, the use of health services

(medication, rehabilitation, frequency of regular visits to hospitals / doctors) and the loss of productivity-. The NHS-Stroke Questionnaire was used to gather the required information on quality of life determinants and the answers were collected by telephone based on the contact details they had given when declaring their participation in the research.

Results: The results of the study are particularly encouraging for the quality of inpatient care provided to patients with cardiovascular disease. Regarding the overall satisfaction of the patients from their in-hospital care, the participants were quite satisfied with the care they received. The largest percentage of patients answered that they would evaluate the care they received from the hospital as excellent (26.3%), very good (35.5%), good (31.8%) while in a rather small percentage they evaluated the experience from moderate (5.1%) to poor (0.5%).

Regarding the adequacy of the staff, there is a lower degree of satisfaction which is presented as a numerical lack of nursing staff as only 36.9% answered that, in their opinion, there was always or almost always sufficient nursing staff.

Conclusions: Based on the above results regarding the adequacy of the staff, it appears that the concern of the state is the staffing of hospitals with sufficient nursing staff in order for the care to be as individualized as possible but also specialized by trained and qualified staff. In conclusion, it seems that the provision of high quality inpatient care for the treatment of stroke is a powerful measure that has a positive effect on the evaluation of the patient's experience.

KEY -WORDS

Cardiovascular diseases, stroke, patients' experiences of inpatient care.

ΣΥΝΤΜΗΣΕΙΣ

AEE	Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο
ΠΟΥ	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
DALYs	Disability-Adjusted Life Years
HDL	High Density Lipoprotein
LDL	Low Density Lipoprotein
NIHSS	National Institutes of Health Stroke Scale
QOL	Quality of life
WHO	World Health Organization

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα καρδιαγγειακά νοσήματα επιφέρουν υψηλό επιδημιολογικό φορτίο στη σύγχρονη εποχή. Αν και η ιατρική επιστήμη έχει κάνει άλματα προόδου, οι καρδιαγγειακές παθήσεις κατέχουν την πρώτη θέση στο κατάλογο των νοσημάτων με υψηλά ποσοστά θνησιμότητας, τόσο στις ανεπτυγμένες όσο και στις αναπτυσσόμενες χώρες. Η Ελλάδα κατέχει μια από τις υψηλότερες θέσεις στο κατάλογο των χωρών που πλήττονται περισσότερο.

Οι παράγοντες κινδύνου που αυξάνουν το φορτίο των καρδιαγγειακών παθήσεων σχετίζονται με τον τρόπο ζωής των ανθρώπων, όπως είναι το κάπνισμα, η κατανάλωση αλκοόλ, η παχυσαρκία, οι διατροφικές συνήθειες και η ελλιπής φυσική δραστηριότητα και οδηγούν με αυξημένη πιθανότητα στην εκδήλωση καρδιαγγειακών παθήσεων, συνηθέστερα αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων και στεφανιαίας νόσου.

Τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ασθενών με διάφορους τρόπους έχοντας, όχι μόνο σωματικές συνέπειες, αλλά επίσης συναισθηματικές, γνωστικές και κοινωνικές. Η σοβαρότητα των σωματικών και πνευματικών βλαβών, που ακολουθούν ένα αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο επηρεάζει έντονα την ποιότητα ζωής. Η ποιότητα ζωής είναι μια πολυδιάστατη έννοια που καλύπτει σημαντικές περιοχές ή τομείς της ζωής ενός ατόμου, συμπεριλαμβανομένης της σωματικής λειτουργίας, των ψυχολογικών διαδικασιών, κοινωνικές και οικονομικές ανησυχίες καθώς και πνευματικές και υπαρξιακές πτυχές. Η ποιότητα ζωής είναι ένας σημαντικός στόχος στο πλαίσιο της προληπτικής και θεραπευτικής καρδιολογίας. Δεδομένου, λοιπόν, ότι η θνησιμότητα λόγω ενός αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου μειώνεται, ολοένα και περισσότεροι ασθενείς καλούνται να αντιμετωπίσουν στην καθημερινότητα τους βλάβες και αναπηρίες.

Η ανάγκη βελτίωσης της ποιότητας της ενδονοσοκομειακής νοσηλείας αποτελεί πρωταρχικό στόχο για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής και τη μεγαλύτερη προσοχή στην αποκατάσταση των ασθενών αυτών. Συνεπώς, η μέτρηση των εμπειριών των ασθενών αποτελεί ζωτικής σημασίας «εργαλείο» και μέσο για τη βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας.

Είναι σημαντικό, τόσο ως μέτρο έκβασης στις κλινικές δοκιμές όσο και ως θεώρηση στις θεραπευτικές αποφάσεις. Αντικείμενο της παρούσας έρευνας

είναι η διερεύνηση των εμπειριών ασθενών πασχόντων από καρδιαγγειακά νοσήματα κυρίως ατόμων με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο από την ενδονοσοκομειακή τους νοσηλεία.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1 ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

1.1 Γενικά περί καρδιαγγειακών νοσημάτων

Τα καρδιαγγειακά νοσήματα συνεχίζουν να αποτελούν την κύρια αιτία θανάτου σε παγκόσμια κλίμακα ενώ αποτελούν την πρώτη αιτία θανάτου στην Ευρώπη. Αν και πολλές είναι οι θεραπείες και οι ιατρικές παρεμβάσεις για την πρόληψη από τη καρδιαγγειακή νόσο, τα ποσοστά θνησιμότητας συνεχίζουν να αυξάνονται συνεχώς κρούοντας τον κώδωνα του κινδύνου για την παγκόσμια υγεία.[1,2]

Ο όρος «καρδιαγγειακά νοσήματα» περιλαμβάνει γενικά τα νοσήματα που προσβάλλουν την καρδιά και τα αιμοφόρα αγγεία. Τα πιο συνήθη και πιο σημαντικά για τη δημόσια υγεία καρδιαγγειακά νοσήματα είναι η ισχαιμική καρδιοπάθεια ή αλλιώς η στεφανιαία νόσος και τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια.[3]

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) οι καρδιαγγειακές παθήσεις διακρίνονται σε καρδιαγγειακά νοσήματα λόγω αθηροσκλήρωσης και σε άλλες καρδιαγγειακές νόσους. Στην κατηγορία της αθηροσκλήρωσης περιλαμβάνονται η ισχαιμική καρδιακή νόσος ή η στεφανιαία νόσος (καρδιακή προσβολή), η αγγειακή εγκεφαλική νόσος (εγκεφαλικό επεισόδιο), και οι ασθένειες της αορτής και των αρτηριών, συμπεριλαμβανομένης της υπέρτασης και της περιφερικής αρτηριακής νόσου. Στα υπόλοιπα καρδιαγγειακά νοσήματα συγκαταλέγονται οι συγγενείς καρδιοπάθειες, η ρευματική καρδιακή νόσος, οι μυοκαρδιοπάθειες και οι καρδιακές αρρυθμίες. Μεγαλύτερης συχνότητας καρδιαγγειακά νοσήματα αποτελούν: η στεφανιαία νόσος, το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο και οι περιφερικές αγγειοπάθειες. Γίνεται έτσι κατανοητό πως τα καρδιαγγειακά νοσήματα αποτελούν έναν γενικό όρο που αντιπροσωπεύει ένα ευρύ φάσμα διαταραχών, οι οποίες προκαλούνται λόγω δημιουργίας αθηρωματικής πλάκας, με αποτέλεσμα τη στένωση των αγγείων και τη μη ομαλή κυκλοφορία του αίματος.[4] Η απειλή που δέχεται η παγκόσμια υγεία λόγω των καρδιαγγειακών νοσημάτων αποτελεί ένα φλέγον ζήτημα κυρίως λόγω του επιπολασμού των νοσημάτων αυτών.

1.2 Στεφανιαία νόσος

Ως στεφανιαία νόσος ή αλλιώς ως ισχαιμική καρδιοπάθεια ορίζεται κάθε διαταραχή της ροής του αίματος στο μυοκάρδιο λόγω αθηρωμάτωσης των στεφανιαίων αρτηριών. Η αθηροσκλήρυνση των στεφανιαίων αρτηριών είναι η πιο συχνή αιτία ισχαιμίας του μυοκαρδίου. Με τη ρήξη της αθηροσκληρωτικής πλάκας, ένας θρόμβος διακόπτει τη ροή του αίματος προς την καρδιά, μειώνεται η παροχή του οξυγόνου και των θρεπτικών συστατικών και επέρχεται καταστροφή του καρδιακού μυ και άρα έμφραγμα του μυοκαρδίου. Η σκλήρυνση και στένωση των στεφανιαίων αρτηριών οφείλεται στη δημιουργία και εναπόθεση στο εσωτερικό τους τοίχωμα, ενός υλικού που ονομάζεται πλάκα αθηρωμάτωσης. Όσο μεγαλώνει η πλάκα αθηρωμάτωσης, η αθηροσκλήρωση επιδεινώνεται και ο αυλός των στεφανιαίων αρτηριών που έχουν προσβληθεί, στενεύουν περισσότερο. Για το λόγο αυτό λοιπόν η στεφανιαία νόσος της καρδιάς, αποκαλείται επίσης ισχαιμική νόσος της καρδιάς. Σταδιακά και με το πέρασμα του χρόνου, η δημιουργία και ανάπτυξη των πλακών στις στεφανιαίες αρτηρίες, οδηγεί στις ακόλουθες καταστάσεις: (1) Στένωση αρτηριών: Είναι αιτία μείωσης αίματος και οξυγόνου που φτάνει στο μυοκάρδιο, (2) Πλήρης απόφραξη των αρτηριών: Διακόπτεται πλήρως η ροή αίματος προς το μυοκάρδιο, (3) Σχηματισμός θρόμβων: Οι θρόμβοι που σχηματίζονται λόγω πλακών αθηρωμάτωσης μπορούν να διακόψουν πλήρως ή μερικώς τη ροή του αίματος προς το μυοκάρδιο.[5] Οι κλινικές εκδηλώσεις της νόσου είναι ανάλογες με την έκταση της απόφραξης. Έτσι, όταν η απόφραξη των στεφανιαίων αγγείων είναι μερική, η παροχή αίματος και οξυγόνου στον καρδιακό μυ είναι μειωμένη και το χαρακτηριστικό σύμπτωμα είναι η στηθάγχη.[6]

1.3 Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο

Τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια οφείλονται σε διακοπή της παροχής αίματος προς τον εγκέφαλο, πρόκειται δηλαδή για διαταραχή της εγκεφαλικής αιματικής κυκλοφορίας. Ανάλογα με τον παθοφυσιολογικό μηχανισμό της διαταραχής, διακρίνονται σε ισχαιμικά και αιμορραγικά επεισόδια. Ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο μπορεί να προκύψει είτε από απόφραξη εγκεφαλικών αρτηριών από θρόμβους, λόγω αθηροσκλήρυνσης, είτε από νόσο των μικρών αγγείων του εγκεφάλου. Θρόμβοι μπορεί να μεταφερθούν στον εγκέφαλο και

μέσω της κυκλοφορίας από την καρδιά, όπου και σχηματίζονται όταν το άτομο πάσχει από καρδιακή αρρυθμία. Αντίθετα, τα αιμορραγικά επεισόδια προκύπτουν από ρήξη των αιμοφόρων αγγείων, η οποία ενδέχεται να είναι συνέπεια είτε της υψηλής αρτηριακής πίεσης, είτε αθηροσκληρώσεως, είτε της παρουσίας κάποιου ανευρύσματος, ενώ συχνά συνυπάρχουν περισσότεροι του ενός αιτιολογικοί παράγοντες. Τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια προκαλούν βλάβες στον εγκεφαλικό ιστό, είτε λόγω της ανεπαρκούς παροχής οξυγόνου, είτε λόγω της αιμορραγίας. Ανάλογα με την έκταση των βλαβών και την περιοχή στην οποία συνέβησαν, οι συνέπειες κυμαίνονται από ήπιες και συχνά πρόσκαιρες λειτουργικές διαταραχές ως τον θάνατο σε πολύ σύντομο χρονικό διάστημα .[7]

Οι συχνότερες μορφές ΑΕΕ είναι τα ισχαιμικά εγκεφαλικά επεισόδια (85%) και λιγότερο συχνό το αιμορραγικό εγκεφαλικό επεισόδιο (15%), που περιλαμβάνει την ενδοεγκεφαλική αιμορραγία, την αιμορραγία της παρεγκεφαλίδας και την υπαραχνοειδή αιμορραγία.[8]

Τα ισχαιμικά και αιμορραγικά αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια εμφανίζονται σε 16 εκατομμύρια ανθρώπους παγκοσμίως κάθε χρόνο, με τον κίνδυνο εμφάνισης ενός εγκεφαλικού επεισοδίου να διπλασιάζεται κάθε δεκαετία της ζωής μετά την ηλικία των 55 χρόνων.[9,10]

Στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής κάθε 40 δευτερόλεπτα κάποιος βιώνει ένα αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Το συνολικό κόστος που προκύπτει και περιλαμβάνει τη φροντίδα, τα φάρμακα και το χαμένο χρόνο παραγωγικής εργασίας των ασθενών αυτών υπολογίζεται περίπου σε 73,7 εκατομμύρια δολάρια για το 2010, ενώ το κόστος συνεχίζει να παραμένει μεγάλο για τους ασθενείς με ΑΕΕ και τις οικογένειες τους. Την ίδια στιγμή το ΑΕΕ αποτελεί την κυριότερη αιτία μακρόχρονης αναπηρίας στους ενήλικες. Διάφορα ελλείμματα και αναπηρίες παραμένουν στο 75% περίπου των ασθενών με ΑΕΕ, ενώ το 15-30% αναφέρουν ένα σημαντικό επίπεδο αναπηρίας.[11] Έχει υπολογιστεί ότι οι επιζήσαντες μετά από ένα ΑΕΕ χρειάζονται συνεχή φροντίδα τρεις μήνες μετά και αναφέρεται επταπλάσιος κίνδυνος θνησιμότητας 12 μήνες μετά το ΑΕΕ.[12]

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο κατατάσσεται ως τέταρτη αιτία σε συνθήκες αναπηρίας (DALYs). Συγκεκριμένα φαίνεται να αντιστοιχεί σε 6,3% DALYs, περίπου 83,61

εκατομμύρια DALYs στις χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος χώρες και 9,35 εκατομμύρια στις υψηλού εισοδήματος χώρες. Συμπερασματικά, η ανίχνευση ασθενών που βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο να έχουν φτωχή έκβαση τρεις μήνες μετά το επεισόδιο είναι ιδιαίτερα σημαντική για τα συστήματα περίθαλψης στην προσπάθεια αποκατάστασης των ασθενών στην περίοδο μετά το οξύ ΑΕΕ.[13,14]

1.3.1 Παθοφυσιολογία ισχαιμικού αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου

Οι αιτίες των ισχαιμικών αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων ταξινομούνται με βάση την θέση της πηγής της αρτηριακής απόφραξης στα πλαίσια του αγγειακού συστήματος, ξεκινώντας από την πιο κεντρική προς την περιφερική. Βασική αιτία ισχαιμικού αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου μπορεί να αποτελέσει μία αιματολογική διαταραχή, όπως καταστάσεις υπερπηκτικότητας (πολυκυτταραιμία, θρομβοκυττάρωση, λευχαιμία), δρεπανοκυτταρική αναιμία, ανεπάρκεια πρωτεΐνης C, πρωτεΐνης S ή αντιθρομβίνης III, μεταλλάξεις του παράγοντα V Leiden και της 20210 προθρομβίνης.[15]

Στην καρδιακή προέλευση, ως η πιο κεντρική αιτία θεωρείται, τόσο κάποια αρρυθμία, όσο και κάποια δομική διαταραχή, όπως οι βαλβιδοπάθειες, η υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια, το πρόσφατο έμφραγμα του μυοκαρδίου και άλλες δομικές διαταραχές της καρδιάς. Επίσης μπορεί να υπάρξει έμβολο από κάποια αρτηρία όπως η αορτή, είτε από τη φλεβική κυκλοφορία μέσω καρδιακού ελλείμματος, π.χ. ανοικτό ωοειδές τρήμα (παράδοξη εμβολή), μπορεί να εισέλθει στην εγκεφαλική κυκλοφορία και να αποφράξει έναν ή περισσότερους αρτηριακούς κλάδους. Μία ακόμη θέση απόφραξης αποτελεί τυχόν διαταραχή ενός μεγάλου αγγείου, που μπορεί να προκληθεί από την αθηροσκλήρωση ή κάποιο ανεύρυσμα. Τέλος, η αποφρακτική νόσος των μικρών αγγείων η οποία προκαλείται είτε από φλεγμονώδεις, είτε από μη φλεγμονώδεις αρτηριοπάθειες.[8]

1.3.2 Τύποι ισχαιμικού αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου

Σημειώνονται στη βιβλιογραφία διάφοροι τρόποι και συστήματα ταξινόμησης των αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων, ανάμεσα στους οποίους αναφέρονται η ταξινόμηση κατά TOAST, η CCS (Causative Classification System), η ταξινόμηση κατά ASCO (Atherosclerosis, Small-

vessel disease, Cardiac source, Other cause), και το σύστημα CISS (Chinese Ischemic Stroke Subclassification).[16,17]

Το πιο ευρέως χρησιμοποιούμενο σύστημα για τον καθορισμό των υποτύπων του ισχαιμικού αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου αποτελεί αυτό σύμφωνα με τα κριτήρια TOAST (Trial of ORG 10172 in Acute Stroke Treatment). Ο προσδιορισμός του ακριβούς τύπου συνδέεται με την πρόγνωση του επεισοδίου, τον κίνδυνο υποτροπής, αλλά και τις θεραπευτικές επιλογές. Σύμφωνα λοιπόν με την ταξινόμηση αυτή, τα ισχαιμικά αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια ταξινομούνται αιτιολογικά σε πέντε κατηγορίες. Ειδικότερα, σε : 1. Αθηροσκληρωτικά, ήτοι αυτά που προκύπτουν από την αθηροσκλήρωση μεγάλων αρτηριών (ενδοκράνια και εξωκράνια), είτε λόγω θρόμβωσης, είτε λόγω αρτηριο-αρτηριακής εμβολής (LAA, large-artery atherosclerosis) 2. τα καρδιοεμβολικά (CE, cardioembolism) 3. Μικρά υποφλοιώδη, βοθριωτά ή κενοχωριώδη έμφρακτα, προκύπτουν από απόφραξη μικρών αρτηριών (SAO, small-artery occlusion) 4. Ισχαιμικά εγκεφαλικά άλλης καθορισμένης αιτίας (OC) και 5. Ισχαιμικά αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια αδιευκρίνιστης αιτιολογίας (UND), όταν δεν μπορεί να καθοριστεί ο παθογενετικός μηχανισμός. Οι ορισμοί των παραπάνω υποτύπων βασίζονται στους παράγοντες κινδύνου, σε κλινικά χαρακτηριστικά και στα αποτελέσματα του διαγνωστικού ελέγχου.[18]

Σε ένα επόμενο βήμα ταξινόμησης, η ταξινόμηση κατά SPARKLE (Subtypes of Ischaemic Stroke Classification System), συμπεριλαμβάνει τη μέτρηση μέσω υπερήχου της αθηρωματικής πλάκας στον ορισμό του LAD (Large Artery Disease), φιλοδοξώντας να κατηγοριοποιήσει κάποια εγκεφαλικά επεισόδια στην κατηγορία των LAD, που διαφορετικά θα είχαν «χαθεί» με το προηγούμενο σύστημα ταξινόμησης.[18] Σύμφωνα τώρα με την ταξινόμηση κατά A-S-C-O (Atherosclerosis, Smallvessel disease, Cardiac source, Other cause), η οποία βασίζεται στο φαινότυπο του ασθενούς, «βαθμολογείται» καθεμία από τις τέσσερις πτυχές: A, αθηροσκλήρωση, S: νόσος μικρών αγγείων, C: καρδιογενής πηγή και O: άλλη αιτία.¹⁹ Τα διάφορα συστήματα ταξινόμησης έχουν διαφορετικό βαθμό πολυπλοκότητας και αξιοπιστίας, και χρειάζονται περαιτέρω μελέτες για να αξιολογήσουν τη χρησιμότητα των διαφόρων υποτύπων στην κλινική αντιμετώπιση του αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου, καθώς και να αξιολογηθούν τα συστήματα

ταξινόμησης ως προς την αξιοπιστία τους κατά τη χρήση τους στην κλινική πράξη.[16]

Τέλος, το σύστημα CCS (Chinese Ischemic Stroke Subclassification), περιλαμβάνει κλινικά, επιδημιολογικά και διαγνωστικά δεδομένα για να κατατάξει ένα ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο σε πέντε κατηγορίες. Ειδικότερα, σε αυτά από αθηροσκλήρωση μεγάλων αρτηριών, τα καρδιο-αορτικά εμβολικά, εκείνα από απόφραξη μικρών αρτηριών, από άλλες αιτίες και τέλος τα ΑΕΕ ακαθόριστης αιτίας.

Η ομάδα των ΑΕΕ ακαθόριστης αιτίας διακρίνεται περαιτέρω σε αυτά από κρυπτογενή εμβολισμό, άλλη κρυπτογενή «εστία», ελλιπή αξιολόγηση και αταξινομήτη αιτία. Στο συγκεκριμένο, μάλιστα, σύστημα ταξινόμησης, ανάλογα με τη βαρύτητα των ενδείξεων χαρακτηρίζεται η κατηγορία ως «εμφανής», «πιθανή», ή «δυνατή» με φθίνουσα σειρά βαρύτητας ανάλογα πάντα με τις ενδείξεις. Πάντως τα συστήματα ταξινόμησης CCS και ASCO επιδεικνύουν καλή έως άριστη συμφωνία με το σύστημα ταξινόμησης κατά TOAST.[19,20]

1.3.3 Κλινική εικόνα ισχαιμικού αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου

Οι κλινικές εκδηλώσεις φανερώνουν οξεία εγκεφαλική δυσλειτουργία με διάχυτη ή εστιακή βλάβη του νευρικού συστήματος που μπορεί να καταλήξει σε θάνατο. Η κλινική εικόνα του εμφράκτου εξαρτάται από την περιοχή που έχει υποστεί την ισχαιμική βλάβη με την περιοχή της ισχαιμίας. Ο τρόπος εισβολής και η εξέλιξη μέχρι την πλήρη εγκατάσταση του εμφράκτου δίνει ορισμένα κοινά χαρακτηριστικά, άσχετα με την αρτηρία που πάσχει. Ειδικότερα, παρατηρείται: η οξεία προσβολή, όπου η πλήρης κλινική εικόνα εγκαθίσταται συνήθως σε λίγα λεπτά, αλλά σε κάποιες περιπτώσεις προηγούνται πρόδρομα συμπτώματα (για λεπτά ή ώρες), συχνά με εστιακό χαρακτήρα ή απλώς με πονοκέφαλο, ζάλη, υπνηλία ή σύγχυση. Συχνά η προσβολή αποτελείώνεται τη νύχτα στον ύπνο. Σε συνέχεια, η προσβολή σε εξέλιξη ή υποξεία προσβολή, που αρχίζει με ελαφρά συμπτώματα και ολοκληρώνεται σε ώρες ή μέρες, βαθμιαία ή κατά ώσεις.

Τέλος, η βραδεία ή χρόνια προσβολή, που εκδηλώνεται με βραδεία εξέλιξη εβδομάδων ή μηνών και μπορεί να μιμηθεί και την ανάπτυξη ενός όγκου στην περιοχή της πρόσθιας ή μέσης εγκεφαλικής αρτηρίας. Τα

εμβολικά εγκεφαλικά επεισόδια εμφανίζονται αιφνίδια, ενώ τα θρομβωτικά εμφανίζουν μία περισσότερο προοδευτική εισβολή.[8]

Η συμπτωματολογία που περιγράφει ένας ασθενής με ΑΕΕ συνήθως είναι εμφανής κατά την κλινική εξέταση και περιλαμβάνει συμπτώματα όπως μυϊκή αδυναμία, απώλεια εκούσιων κινήσεων κάποιου μέλους, ημιπάρεση ή ημιπληγία, διαταραχές αισθητικότητας, διαταραχές όρασης (ημιανοψία), διπλωπία, διαταραχές λόγου, αφασία, η οποία μπορεί να είναι κινητική, αισθητική ή και μικτή, δυσαρθρία, δυσκαταποσία-δυσφαγία, διαταραχή ισορροπίας, ίλιγγο, πάρεση ή παράλυση κρανιακών νεύρων (προσωπικού, υπογλώσσου, γλωσσοφαρυγγικού, οφθαλμοκινητικών). Ακόμη, μπορεί να παρατηρηθεί διαταραχή προσανατολισμού, αντίληψης, μνήμης, επιπέδου συνείδησης, βυθιότητα, διέγερση, σύγχυση, ακόμη και σπασμοί. Σε ισχαιμικό επεισόδιο του στελέχους μάλιστα, η κλινική εικόνα είναι πολύ βαριά με διαταραχές καρδιακού ρυθμού, αναπνοής ακόμη και κώμα. Τα συμπτώματα όμως «εξειδικεύονται» περαιτέρω ανάλογα με το προσβληθέν αγγείο. Έτσι, σε περίπτωση ισχαιμίας του καρωτιδικού συστήματος οι κλινικές εκδηλώσεις περιλαμβάνουν χαρακτηριστικά την ανίχνευση φύσματος στην καρωτίδα, ενώ η στένωση ή απόφραξη της καρωτίδας μπορεί να προκαλεί έμφρακτο στο ημισφαίριο σε περιοχές της πρόσθιας, της μέσης εγκεφαλικής και της πρόσθιας χοριοειδούς αρτηρίας με αντίστοιχη σημειολογία. Η βαρύτητα του εμφράκτου εξαρτάται από την κατάσταση της παράπλευρης κυκλοφορίας κυρίως στο εξάγωνο του Willis. Τα συχνότερα συμπτώματα είναι θάμβος ή αμαύρωση ενός οφθαλμού (δεδομένου ότι η έσω καρωτίδα αιματώνει μέσω της οφθαλμικής αρτηρίας το οπτικό νεύρο και τον αμφιβληστροειδή), πάρεση-υπαισθησία ενός κάτω άκρου, πάρεση υπαισθησία ημιπροσώπου και ομόπλευρου άνω άκρου (ενδεχομένως και κάτω άκρου), αφασία (στο επικρατούν ημισφαίριο) και αγνωσία-απραξία στο μη επικρατούν ημισφαίριο.

Το έμφρακτο στο στέλεχος της μέσης εγκεφαλικής αρτηρίας μπορεί να προκαλέσει βαριά παράλυση ημιπροσώπου, άνω και κάτω άκρου, διαταραχή επιπέδου συνείδησης και μικτή αφασία, ενώ στην πρόσθια εγκεφαλική κύρια εκδήλωση αποτελεί η παράλυση και υπαισθησία του αντίστοιχου κάτω άκρου. Μπορεί να υπάρχει και ακράτεια ούρων. Μείωση της αιματικής ροής στην οπίσθια εγκεφαλική και πιθανό έμφρακτο σε μέρος του κροταφικού λοβού και στον ινιακό λοβό προκαλεί ομώνυμη ημιανοψία στο αντίθετο πλάγιο με

διατήρηση της κεντρικής όρασης. Η ισχαιμία στο σπονδυλοβασικό σύστημα μπορεί να προκαλέσει διάφορους συνδυασμούς ημιπάρεσης, τετραπάρεσης, χιαστής πάρεσης ή και τριπάρεσης με παραλύσεις από τα κατώτερα κρανιακά νεύρα. Σε μεγάλα έμφρακτα ο άρρωστος πέφτει σε κώμα με κόρες διευρυμένες. Αν το έμφρακτο περιλαμβάνει το δικτυωτό σχηματισμό, τότε έχουμε διαταραχές καρδιοαναπνευστικές και προϋούσα πτώση της αρτηριακής πίεσης πριν από την επέλευση του θανάτου. Βλάβη της βασικής αρτηρίας εκδηλώνεται ως σύνδρομο αυτής με ημιπάρεση - ημιϋπαισθησία ή και τετραπληγία, με κόρες σε μύση, που όμως αντιδρούν στο φως και κώμα, που μπορεί να εκδηλώνεται και με τη μορφή της ακινητικής αλαλίας. Στα ισχαιμικά ΑΕΕ από εμβολή, η έναρξη των συμπτωμάτων είναι αστραπιαία, συνήθως χωρίς άμεσα πρόδρομα συμπτώματα. Αν το έμβολο είναι μικρό και διαλυθεί, έχουμε εικόνα παροδικού ισχαιμικού επεισοδίου. Οι εκδηλώσεις προέρχονται κυρίως από το εγκεφαλικό ημισφαίριο, με ημιπληγία περισσότερο στο άνω άκρο, γιατί τα έμβολα είναι συχνότερα στη μέση εγκεφαλική μετά την έκφυση των φακοραβδωτών αρτηριών. Κατά τα άλλα μπορεί να εμφανισθούν διάφορες εικόνες από αρτηριακό αποκλεισμό. Οι ασθενείς με οξύ ΑΕΕ, λοιπόν, είναι επείγοντα περιστατικά που απαιτούν άμεση αναγνώριση, άμεση διαγνωστική προσέγγιση και άμεση αντιμετώπιση. Η μείωση του χρόνου από την άφιξη του ασθενή με ΑΕΕ στο νοσοκομείο μέχρι την έναρξη μιας ορθολογικής θεραπείας με βάση τη σαφή διάγνωση είναι καθοριστική για την πρόγνωση του ασθενή, δεδομένου ότι «χρόνος ίσον εγκέφαλος».

Η ενασχόληση με ασθενείς με ΑΕΕ απαιτεί ενθουσιασμό απ' όλες τις πλευρές: από τους κλινικούς ιατρούς, τους ακτινολόγους, τους νοσηλευτές, αλλά και τα διοικητικά στελέχη των νοσοκομείων και τους εκπροσώπους της δημόσιας υγείας.[15]

1.4 Παράγοντες κινδύνου ισχαιμικού αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου

Ο όρος «παράγοντας κινδύνου» πρωτοαναφέρθηκε στις δημοσιεύσεις της μελέτης Framingham. Η μελέτη Framingham παρουσίασε σπουδαία δεδομένα πάνω στη σχέση μεταξύ των παραγόντων κινδύνου και της ανάπτυξης καρδιακών παθήσεων. Οι παράγοντες κινδύνου για στεφανιαία νόσο ταξινομούνται σε δύο κατηγορίες: στους τροποποιήσιμους και στους μη τροποποιήσιμους παράγοντες. Τροποποιήσιμοι λέγονται οι παράγοντες που

μπορούν να μεταβληθούν, ενώ μη τροποποιήσιμοι ονομάζονται οι παράγοντες που δεν μπορούν να αλλάξουν. Αξίζει να αναφερθεί ότι η συνύπαρξη δύο ή περισσότερων παραγόντων κινδύνου αυξάνει πολλαπλασιαστικά των κίνδυνο εμφάνισης στεφανιαίας νόσου. Οι παράγοντες κινδύνου που δεν μπορούν να αλλάξουν είναι η ηλικία, το φύλο και το οικογενειακό ιστορικό. Όμως υπάρχουν παράγοντες που μπορούν να τροποποιηθούν όπως το κάπνισμα, το παθητικό κάπνισμα, η κατανάλωση αλκοόλ, η υψηλή αρτηριακή πίεση(υπέρταση), υψηλά επίπεδα χοληστερόλης αίματος(υπερλιπιδαιμία), η παχυσαρκία, η έλλειψη σωματικής άσκησης, ο διαβήτης, ο μη υγιεινός τρόπος ζωής και οι κοινωνικοοικονομικές συνθήκες.[21]

1.4.1 Τροποποιήσιμοι παράγοντες κινδύνου

1.4.1.1 Αρτηριακή υπέρταση

Οι φυσιολογικές τιμές της αρτηριακής πίεσης είναι συστολική <120 mmHg και διαστολική <80 mmHg. Όσο υψηλότερη η αρτηριακή πίεση τόσο περισσότερο βρίσκεται σε κίνδυνο ένα άτομο για βλάβες στην καρδιά, στον εγκέφαλο, στα νεφρά και στα περιφερικά αγγεία. Η αρτηριακή υπέρταση δημιουργεί βλάβες στο ενδοθήλιο των αγγείων, οι οποίες εννοούν την εναπόθεση λιπιδίων και προκαλούν αθηροσκλήρωση. Όταν η τιμή της συστολικής αρτηριακής πίεσης είναι μεγαλύτερη από 160 mmHg και της διαστολικής μικρότερη από 90mmHg υπάρχει θετική συσχέτιση με τον κίνδυνο εκδήλωσης στεφανιαίας νόσου. Παγκοσμίως, η αυξημένη αρτηριακή πίεσης υπολογίζεται ότι προκαλεί 7.5 εκατομμύρια θανάτους (12.8% στο σύνολο των θανάτων). Το 2008 το 40% του πληθυσμού από 25 ετών και άνω εμφάνιζε αρτηριακή υπέρταση.[22]

Σε κλινικό επίπεδο, για την επίτευξη της μέγιστης ελάττωσης του καρδιαγγειακού κινδύνου, η συστολική αρτηριακή πίεση πρέπει να διατηρείται σε επίπεδα χαμηλότερα των 140mmHg και η διαστολική χαμηλότερα των 85mmHg. Σε άτομα που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη ή εμφανίζουν και άλλους παράγοντες κινδύνου, ο στόχος πρέπει να είναι τα 130/80mmHg.[23] Αυξημένες τιμές, τόσο της συστολικής, όσο και της διαστολικής αρτηριακής πίεσης συσχετίζονται με αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα, αν και, από

την έκτη δεκαετία της ζωής και μετά, η συστολική πίεση είναι πολύ πιο σημαντική ως προγνωστικός παράγοντας. Σε ορισμένες ηλικιακές ομάδες ο κίνδυνος καρδιαγγειακών νοσημάτων διπλασιάζεται για κάθε επιπρόσθετη αύξηση της αρτηριακής πίεσης, δηλαδή 20/10 mmHg, ξεκινώντας από το χαμηλότερο σημείο, δηλαδή 115/75 mmHg.[7]

Η νόσος αφορά τόσο τους άνδρες όσο και τις γυναίκες, ο δε επιπολασμός της φαίνεται να αυξάνεται, αφού από τα 600.000 το 1980, τα άτομα με υψηλή αρτηριακή πίεση έφτασαν το 1 εκατομμύριο το 2008. Σήμερα, υπάρχουν τουλάχιστον 970 εκατομμύρια άνθρωποι παγκοσμίως που έχουν υπέρταση. Στις χώρες με μεσαίο ή υψηλό εισόδημα, περίπου 330 εκατομμύρια άνθρωποι έχουν διαγνωσθεί με υπέρταση, όπως και περίπου 640 εκατομμύρια στον αναπτυσσόμενο κόσμο. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) θεωρεί την υπέρταση ως μία από τις σημαντικότερες αιτίες πρόωρου θανάτου παγκοσμίως. Το 2025 εκτιμάται ότι θα είναι 1.56 δισεκατομμύρια οι ενήλικες που θα ζουν με υψηλή αρτηριακή πίεση.[24]

Η αρτηριακή υπέρταση προκαλεί 7 εκατομμύρια πρόωρους θανάτους παγκοσμίως κάθε χρόνο, απορροφά το 4,5% των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης και ευθύνεται για 64 εκατομμύρια χαμένα έτη ζωής από πρόωρη θνησιμότητα ή ανικανότητα (DALY's). Η υψηλή αρτηριακή πίεση είναι υπεύθυνη για πάνω από 9 εκατομμύρια θανάτους κάθε χρόνο, αποτελώντας έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες νοσηρότητας σε φτωχές και πλούσιες χώρες.[25]

Στην Ελλάδα, είναι ο μοναδικός παράγοντας κινδύνου που σχετίζεται με περισσότερους θανάτους απ' ότι το κάπνισμα, ενώ συχνά συνυπάρχει και με άλλους παράγοντες, όπως η παχυσαρκία και ο σακχαρώδης διαβήτης.[26] Τις τελευταίες δεκαετίες, η μέση αρτηριακή πίεση μειώνεται στις ανεπτυγμένες χώρες, λόγω και των φαρμακευτικών σκευασμάτων που συνταγογραφούνται ευρέως για την υπέρταση, και αυξάνεται στις αναπτυσσόμενες, με αποτέλεσμα το 40% του παγκόσμιου πληθυσμού να πάσχει από υπέρταση.[27]

1.4.1.2 Κάπνισμα

Παρόλο που οι ακριβείς μηχανισμοί με τους οποίους το κάπνισμα αυξάνει τον κίνδυνο της αθηροσκλήρυνσης δεν έχουν αποσαφηνιστεί, φαίνεται ότι το

κάπνισμα επιταχύνει την ανάπτυξή της καθώς και την εμφάνιση θρομβοτικών φαινομένων.

Το κάπνισμα καταστρέφει το ενδοθήλιο των αγγείων, διότι προάγει την αθηροσκληρυνση και αυξάνει την αγγειοσύσπαση, την αρτηριακή πίεση, τη καρδιακή συχνότητα, τις απαιτήσεις του μυοκαρδίου σε οξυγόνο, όπως επίσης προκαλεί αρρυθμίες, ελαττώνει τη μεταφορική ικανότητα της αιμοσφαιρίνης σε οξυγόνο εξαιτίας του μονοξειδίου του άνθρακα που καταλαμβάνει τις θέσεις του οξυγόνου.

Προάγει την συνάθροιση και την προσκόλληση των αιμοπεταλίων στον ενδοθήλιο και φαίνεται ότι αυξάνει τη συνάθροιση των αιμοπεταλίων μέσω της αναστολής της σύνθεσης προστακυκλίνης από τα ενδοθηλιακά κύτταρα και της αυξημένης σύνθεσης θρομβίνης. Σε χρόνιους καπνιστές παρατηρείται μείωση του προερχόμενου από τα αιμοπετάλια μονοξειδίου του αζώτου που εμποδίζει τη συσσώρευση των αιμοπεταλίων. Ακόμη, πρόσφατες μελέτες έδειξαν ότι το κάπνισμα επηρεάζει αρνητικά με πολλαπλούς μηχανισμούς την αιμάτωση και την ενδογενή ινωδολυτική ικανότητα, αυξάνει φλεγμονώδεις παράγοντες όπως η CRP (CReactive Protein), το ινωδογόνο και το ενδοκυττάριο μόριο προσκόλλησης ICAM1, ενεργοποιεί την προσκόλληση μονοκυττάρων στο ενδοθήλιο και μειώνει την από το ενδοθήλιο εξαρτώμενη αγγειοδιαστολή λόγω ελαττωμένης παραγωγής μονοξειδίου του αζώτου από το ενδοθήλιο.[28]

Το κάπνισμα προκαλεί δυσμενείς μεταβολές στη δομή και τη λειτουργία του ενδοθηλίου και στο μεταβολισμό των λιπιδίων. Επιπλέον, προάγει φαινόμενα όπως η θρόμβωση και η φλεγμονή. Έτσι, διαδραματίζει κεντρικό και σημαίνοντα ρόλο στην αθηρογένεση. Η επίπτωση των εκδηλώσεων της στεφανιαίας νόσου, από τα επεισόδια στηθάγχης ως το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου εξαρτάται από τις καπνιστικές συνήθειες και το βαθμό έκθεσης στον καπνό του τσιγάρου. Εξίσου ισχυρή είναι και η σύνδεση ανάμεσα στο κάπνισμα και την επίπτωση των αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων. Επίσης, η νικοτίνη δρα άμεσα και στο καρδιαγγειακό σύστημα, προκαλώντας αύξηση της καρδιακής συχνότητας. Το γεγονός αυτό, σε συνδυασμό με τις προϋπάρχουσες αθηροσκληρυντικές βλάβες, έχει ενοχοποιηθεί για την αυξημένη θνησιμότητα από αιφνίδιο θάνατο σε καπνιστές. Διπλασιάζει τη πιθανότητα για την εμφάνιση καρδιαγγειακών νοσημάτων, δεδομένου πως

αποτελεί σημαντικό παράγων κινδύνου εκδήλωσης εγκεφαλικού επεισοδίου και καρδιακής προσβολής, χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας, καρκίνου καθώς επίσης προκαλεί περιφερική αγγειακή νόσο και υπέρταση. Εκ των καπνιστών οι γυναίκες φαίνεται να είναι πιο επιρρεπείς στην εμφάνιση καρδιακής προσβολής σε σύγκριση με τους άνδρες γεγονός που θα μπορούσε να σχετίζεται και με τη διαφορά στο μεταβολισμό της νικοτίνης, αφού οι γυναίκες μεταβολίζουν τη νικοτίνη ταχύτερα από τους άνδρες, ιδίως οι γυναίκες εκείνες που λαμβάνουν αντισυλληπτικά χάπια.[29]

Έτσι, από την οπτικής της επιδημιολογίας, η σοβαρότερη συνέπεια του καπνίσματος είναι η αύξηση της επίπτωσης των καρδιαγγειακών νοσημάτων, τα οποία μάλιστα αποτελούν την πρώτη αιτία θανάτου στις χώρες της Ευρώπης και της Βόρειας Αμερικής.[25]

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) εκτιμά πως το κάπνισμα ευθύνεται για το 10% των συνολικών καρδιαγγειακών παθήσεων, ενώ η Αμερικανική Καρδιολογική Εταιρεία όταν το κάπνισμα συνδυάζεται με διατροφή πλούσια σε κορεσμένα λιπαρά, η πιθανότητα καρδιαγγειακών παθήσεων αγγίζει το 30% των συνολικών κρουσμάτων καρδιαγγειακών νοσημάτων.[30]

1.4.1.3 Δυσλιπιδαιμία, Παχυσαρκία, Διατροφικές συνήθειες

Τα υψηλά επίπεδα χοληστερόλης, τριγλυκεριδίων και άλλων λιπιδίων στο αίμα αποτελούν παράγοντες κινδύνου για καρδιαγγειακές παθήσεις και ευθύνονται για το 1/3 του συνόλου των καρδιαγγειακών νοσημάτων σε παγκόσμια κλίμακα.[31]

Η χοληστερόλη μεταφέρεται στον οργανισμό με τη μορφή δύο ειδών λιποπρωτεϊνών. Της υψηλής πυκνότητας λιποπρωτεΐνη ή της αποκαλούμενης HDL και της χαμηλής πυκνότητας λιποπρωτεΐνη ή της αποκαλούμενης LDL. Οι λιποπρωτεΐνες μεταφέρουν στα κύτταρα λιπίδια όπως: χοληστερίνη, τριγλυκερίδια. Οι χαμηλής πυκνότητας λιποπρωτεΐνες (LDL – Low Density Lipoprotein, Φ.Τ.: 40 mg/dl) συμβάλλουν στην απομάκρυνση της χοληστερόλης από τα τοιχώματα των αρτηριών και την μεταφέρουν στο ήπαρ προς απέκκριση. Η LDL προκαλεί το σχηματισμό αθηρωματικών πλακών στο εσωτερικό τοίχωμα των αγγείων, κυρίως στεφανιαίων και εγκεφαλικών, με

αποτέλεσμα την παρακώλυση της αιματικής ροής στην καρδιά και στον εγκέφαλο. Το αποτέλεσμα είναι η αύξηση του κινδύνου εμφάνισης εμφράγματος του μυοκαρδίου αλλά και ισχαιμικού αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου. Επομένως, η HDL λιποπρωτεΐνη δεν προκαλεί αθηροσκλήρωση, αντιθέτως έχει αντιαθηρογενείς ιδιότητες και χαρακτηρίζεται ως «καλή» χοληστερίνη. Η λιποπρωτεΐνη HDL είναι ελαττωμένη στους βαρείς καπνιστές, στους διαβητικούς ασθενείς, σε γυναίκες μετεμμηνοπαυσιακής ηλικίας, καθώς και σε άτομα που ζουν καθιστική ζωή και δεν ασκούνται. Όσο υψηλότερα είναι τα επίπεδα της HDL χοληστερίνης, τόσο μικρότερος είναι ο κίνδυνος στεφανιαίας νόσου. Η θετική συσχέτιση μεταξύ στεφανιαίας νόσου και υπερλιπιδαιμίας φαίνεται από το γεγονός ότι αύξηση κατά 10% των επιπέδων της ολικής χοληστερίνης στο αίμα προκαλεί 27% αύξηση στην επίπτωση της στεφανιαίας νόσου. Η αύξηση των τριγλυκεριδίων (Φ.Τ.: < 200 mg/dl) συμβάλλει, επίσης, σε αυξημένο κίνδυνο στεφανιαίας νόσου. Τα τριγλυκερίδια είναι ενώσεις λιπαρών οξέων με γλυκερίνη και χρησιμοποιούνται από το σώμα για την αποθήκευση λίπους. Τα τριγλυκερίδια μεταφέρονται με τις πολύ χαμηλής πυκνότητας λιποπρωτεΐνες (VLDL – Very Low Density Lipoprotein). Τα επίπεδα των τριγλυκεριδίων είναι τις περισσότερες φορές αυξημένα σε διαβητικούς, σε παχύσαρκα άτομα, καθώς και σε άτομα που δεν ασκούνται τακτικά και το πρόγραμμα διατροφής τους είναι ιδιαίτερα πλούσιο σε υδατάνθρακες.[32,33,34]

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ η παχυσαρκία λαμβάνει επιδημικές διαστάσεις στις σύγχρονες δυτικές κοινωνίες. Για την εκτίμηση της παχυσαρκίας δύο είναι οι κυριότεροι δείκτες: ο δείκτης μάζας σώματος και η περιφέρεια της μέσης. Ωστόσο, ο καλύτερος δείκτης εκτίμησης του καρδιαγγειακού κινδύνου θεωρείται η περιφέρεια της μέσης.³⁵ Είναι πλέον γνωστό ότι ένα από τα συστατικά του κοιλιακού λίπους, ο σπλαχνικός λιπώδης ιστός, αποτελεί ένα ενεργό μεταβολικά ενδοκρινές όργανο, ικανό να συνθέτει και να απελευθερώνει μια ποικιλία ενώσεων στην κυκλοφορία του αίματος, που με τη σειρά τους μπορούν να επηρεάσουν το καρδιαγγειακό σύστημα.

Η παχυσαρκία αποτελεί προδιαθεσικό παράγοντα για εμφάνιση υπέρτασης, σακχαρώδους διαβήτη και υπερχοληστεριναιμίας, παράγοντες δηλαδή οι οποίοι είναι ιδιαίτερα επιβαρυντικοί για ανάπτυξη αθηροσκλη-

ρωσης. Αξιοσημείωτο είναι λοιπόν ότι η παχυσαρκία δρα συνεργικά και με τους υπόλοιπους παράγοντες καρδιαγγειακών νοσημάτων.[36]

Η υγιεινή διατροφή συστήνεται ως ο ακρογωνιαίος λίθος στην πρόληψη των καρδιαγγειακών νοσημάτων. Οι διατροφικές συνήθειες μπορεί να επηρεάσουν στον κίνδυνο για καρδιαγγειακά νοσήματα είτε επιδρώντας σε συνάρτηση με βασικούς παράγοντες κινδύνου, όπως η αρτηριακή πίεση, η χοληστερόλη, το σωματικό βάρος, ο σακχαρώδης διαβήτης, είτε επιδρώντας ανεξάρτητα αυτών των παραγόντων κινδύνου.[37]

Παρ' ότι δεν υπάρχει συγκεκριμένο διαιτολόγιο, που να μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης εγκεφαλικού επεισοδίου, μελέτες αναφέρουν ότι η κατανάλωση κορεσμένου λίπους, διατροφικής χοληστερόλης και κόκκινου κρέατος αυξάνει τον κίνδυνο για καρδιαγγειακά νοσήματα. Συγκεκριμένα, μια διατροφή με υψηλή περιεκτικότητα σε κορεσμένα λιπαρά αυξάνει τον κίνδυνο καρδιακών παθήσεων και εγκεφαλικού επεισοδίου. Εκτιμάται ότι προκαλεί περίπου το 31% της στεφανιαίας νόσου και το 11% του εγκεφαλικού επεισοδίου παγκοσμίως.[38]

Αντίστοιχα, η χαμηλή κατανάλωση φρούτων και λαχανικών έχει συσχετισθεί με αυξημένη επίπτωση πολλών χρόνιων νοσημάτων, όπως ο καρκίνος και τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Οι συγκρίσεις μεταξύ μιας δίαιτας χαμηλής περιεκτικότητας σε κορεσμένα λίπη, με άφθονα φρέσκα φρούτα και λαχανικά και της τυπικής δίαιτας κάποιου που ζει στις χώρες υψηλού εισοδήματος δείχνουν ότι στην πρώτη υπάρχει 73% μείωση του κινδύνου νέων καρδιακών εκδηλώσεων. Τα φρούτα και τα λαχανικά προστατεύουν από τις καρδιαγγειακές παθήσεις καθώς περιέχουν φυτικές ίνες και κάλιο, αλλά και γιατί συγκεντρώνουν ευνοϊκά χαρακτηριστικά, όπως ο χαμηλός γλυκαιμικός δείκτης, τα οποία συμβάλλουν στη βελτίωση της υγείας. Έτσι η κατανάλωση φρούτων και λαχανικών φαίνεται να μειώνει τον κίνδυνο για εμφάνιση αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου. Μελέτες παρατήρησης έχουν δείξει προστατευτική δράση της κατανάλωσης φρούτων και λαχανικών στην πρόληψη των καρδιαγγειακών νοσημάτων.[39]

1.4.1.4 Σακχαρώδης Διαβήτης

Ο σακχαρώδης διαβήτης αποτελεί μείζονα παράγοντα κινδύνου για καρδιαγγειακά συμβάματα, συμπεριλαμβανομένου του ισχαιμικού αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου. Επιπλέον, το ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο φαίνεται να είναι πιο σοβαρό σε αυτούς τους ασθενείς και να σχετίζεται με λιγότερο ευνοϊκά αποτελέσματα. Οι ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη αντιμετωπίζουν 2-4 φορές μεγαλύτερο καρδιαγγειακό κίνδυνο σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό. Ωστόσο, ο αυστηρός γλυκαιμικός έλεγχος δεν φαίνεται να μειώνει τον κίνδυνο ισχαιμικού εγκεφαλικού επεισοδίου. Από την άλλη πλευρά, οι νεώτεροι παράγοντες μείωσης της γλυκόζης (αγωνιστές υποδοχέα πεπτιδίου 1 τύπου γλυκογόνου και αναστολείς συν-μεταφορέα 2 γλυκόζης νατρίου) μείωσαν τον κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακών επεισοδίων σε πρόσφατες τυχαιοποιημένες, ελεγχόμενες με εικονικό φάρμακο δοκιμές. Αυτά τα οφέλη είναι ανεξάρτητα από τη μείωση της γλυκόζης και μπορεί να οφείλονται σε ευνοϊκές επιδράσεις στο βάρος και την αρτηριακή πίεση. Η πιογλιταζόνη μείωσε επίσης τον κίνδυνο υποτροπής, αλλά το δυσμενές προφίλ ασφαλείας περιορίζει τη χρήση της. Τέλος, οι σουλφονουλουρίες και οι αναστολείς διπεπτιδυλ-πεπτιδάσης-4 έχουν ουδέτερες επιδράσεις στην καρδιαγγειακή νοσηρότητα και μπορεί να είναι λιγότερο ελκυστικές επιλογές.[40]

Η παθοφυσιολογία της αθηροσκλήρωσης στο σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 είναι πολυπαραγοντική. Η συσχέτιση των αγγειακών δεικτών με κυκλοφορούντες βιοδείκτες φλεγμονής και αντοχής στην ινσουλίνη και ο ρόλος τους στη μακροπρόθεσμη καρδιαγγειακή πρόγνωση σε αυτούς τους ασθενείς ερευνήθηκαν και διαπιστώθηκε πως σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 χωρίς καθιερωμένη καρδιαγγειακή νόσο, νέοι δείκτες αγγειακής φλεγμονής (NGAL και YKL-40) συσχετίστηκαν με υποκλινική αρτηριοσκλήρωση (αρτηριακή δυσκαμψία) αλλά και με ανεπιθύμητη κλινική πρόγνωση. Η αρτηριακή δυσκαμψία και η ενδοθηλιακή δυσλειτουργία σχετίζονταν επίσης ανεξάρτητα με την ανεπιθύμητη πρόγνωση.[41]

Ο διαβήτης προκαλεί 3,3 εκατομμύρια θανάτους κάθε χρόνο, εκ των οποίων περίπου οι 8 χιλιάδες συμβαίνουν στην Ελλάδα.[26]

Το 9,5% των ανδρών και το 7,9% των γυναικών στην Ελλάδα εκτιμάται ότι πάσχει από διαβήτη, ενώ σε παγκόσμιο επίπεδο ο επιπολασμός εκτιμάται στο

10%, αν και δε λαμβάνεται υπόψη ένα σημαντικό τμήμα του πληθυσμού που έχει διαταραγμένη ανοχή στη γλυκόζη, αλλά όχι διαγνωσμένο διαβήτη.[42]

1.4.1.5 Καθιστική ζωή

Η καθιστική ζωή και η ανεπαρκής φυσική δραστηριότητα εν γένει σχετίζονται αιτιολογικά με πολλά χρόνια νοσήματα, όπως η στεφανιαία νόσος, τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια και ο διαβήτης.[43]

Οι κατευθυντήριες γραμμές των περισσότερων χωρών προτείνουν πως 30 λεπτά μέτριας έντασης σωματικής άσκησης βοηθά στην υγεία της καρδιάς. Αυτό αποδεικνύει πως ακόμα και η άσκηση σε χαμηλή ένταση παρέχει ένα προστατευτικό πλέγμα γύρω από την καρδιά. Η κατάρτιση άσκησης για τους ασθενείς με στεφανιαία νόσο είναι καλά εδραιωμένη ως συμπληρωματική θεραπεία. Μέχρι μόλις πριν από τρεις δεκαετίες, συνιστούσαν την ανάπαυση στο κρεβάτι και τον περιορισμό της άσκησης για τα άτομα αυτά.

Ωστόσο, αυτή η έννοια αμφισβητήθηκε το 1980. Η πρώτη μελέτη για τις συνέπειες της άσκησης δημοσιεύθηκε το 1990, οποία ανέφερε βελτίωση των συμπτωμάτων και της σωματικής ικανότητας με την άσκηση, χωρίς ανεπιθύμητα συμβάντα. Οι συγγραφείς κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η πεποίθηση ότι η ανάπαυση στο κρεβάτι ήταν επωφελής για τη διατήρηση της καρδιάς των ασθενών δεν μπορούσε πλέον να γίνει αποδεκτή. Ακολούθησαν περαιτέρω μελέτες που υποδηλώνουν ότι η μειωμένη ανοχή στην άσκηση είναι στην πραγματικότητα ένας ανεξάρτητος προγνωστικός παράγοντας για την επανεισδοχή νοσηλείας και τη θνησιμότητα σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια. Σήμερα, ένα πρόγραμμα άσκησης συνιστάται επίσημα ως σημαντική και ασφαλή θεραπεία.

Έτσι, η φυσική δραστηριότητα φαίνεται να οδηγεί σε μείωση του κινδύνου για αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, καθώς βελτιώνει τις παραμέτρους που σχετίζονται με την υπέρταση, τις καρδιοαγγειακές παθήσεις, το σακχαρώδη διαβήτη και το βάρος του σώματος. Με την αύξηση της άσκησης μπορεί να ελαττωθεί κατά 20% ο κίνδυνος εμφάνισης εγκεφαλικών επεισοδίων, ενώ η καθιστική ζωή αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρδιακής νόσου κατά 50%.[44]

1.4.1.6 Κατάχρηση ουσιών

Η κατάχρηση αλκοόλ αποτελεί σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας παγκοσμίως, προκαλώντας ένα ευρύ φάσμα προληπτικής νοσηρότητας και θνησιμότητας. Το αλκοόλ έχει ορμονική φυσιολογική συμπεριφορά που έχει ως αποτέλεσμα τον αυξημένο ή μειωμένο καρδιαγγειακό κίνδυνο ανάλογα με την ποσότητα που καταναλώνεται, τη συχνότητα κατανάλωσης οινοπνεύματος, το πρότυπο κατανάλωσης και τα αποτελέσματα υπό μελέτη ή ακόμα και τον τύπο του αλκοολούχου ποτού που καταναλώνεται.[45] Ωστόσο, η μεγάλη πλειοψηφία των μελετών που διασαφηνίζουν το ρόλο του αλκοόλ στο καρδιαγγειακό και στο παγκόσμιο βάρος της νόσου βασίζεται σε επιδημιολογικές μελέτες συνεταιριστικής φύσης που φέρουν αρκετούς περιορισμούς.

Αυτός είναι ο λόγος για τον οποίο αμφισβητούνται τα καρδιαγγειακά οφέλη της χαμηλής κατανάλωσης οινοπνεύματος και ίσως να υπερεκτιμήθηκαν. Εκτός από τα νέα στοιχεία που συνδέουν τη χαμηλή και μέτρια κατανάλωση αλκοόλ με μειωμένο κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου, παραμένουν αναπάντητα διάφορα ερωτήματα σχετικά με τη συγκεκριμένη ποσότητα της ασφαλούς κατανάλωσης, τον τύπο του αλκοολούχου ποτού και τις διαφορές ηλικίας, φύλου και γενετικής / εθνοτικής φύσης στην κατανάλωση αλκοόλ.[46]

Η πρόσφατη νομιμοποίηση της χρήσης θεραπευτικής και ψυχαγωγικής χρήσης κάνναβης καθιστά επιτακτική την εκτίμηση των αποδόσεων και των τάσεων στις νεοεμφανιζόμενες νοσηλείες που συνδέονται με εγκεφαλικά επεισόδια μεταξύ χρηστών κάνναβης. Εντοπίστηκαν αυξανόμενες τάσεις και υψηλότερος κίνδυνος (16% υψηλότερο από το γενικό εγκεφαλικό επεισόδιο νέας εμφάνισης, 41% υψηλότερο από το οξύ ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο) από νοσηλείες που συνδέονται με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο και χειρότερα αποτελέσματα μεταξύ των χρηστών κάνναβης ηλικίας 18-49 ετών από το 2007 έως το 2014.[47]

1.4.1.7 Άγχος (Stress)

Το στρες έχει αποδειχθεί ότι αποτελεί πιθανό παράγοντα κινδύνου για καρδιαγγειακές παθήσεις. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι μια αγχωτική ζωή μπορεί να προτρέψει τους ανθρώπους στην υιοθέτηση επιβλαβών συνηθειών,

όπως το κάπνισμα, η κατανάλωση ποσοτήτων αλκοόλ, παράγοντες κινδύνου για καρδιαγγειακές παθήσεις. Το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης, το άγχος στην οικογενειακή ζωή, η κατάθλιψη και η επιθετικότητα συμβάλλουν τόσο στον κίνδυνο ανάπτυξης καρδιαγγειακών νοσημάτων, όσο και στην επιδείνωση της κλινικής πορείας και της πρόγνωσης αυτών. Ειδικότερα, το άγχος μπορεί να αυξήσει την εγκεφαλοαγγειακή νόσο κινδύνου με τη διαμόρφωση της συμπατικομιμητικής δραστηριότητας, επηρεάζοντας την αντιδραστικότητα της αρτηριακής πίεσης, το εγκεφαλικό ενδοθήλιο, την πήξη ή τον καρδιακό ρυθμό.[48]

Το συναισθηματικό στρες φαίνεται ότι παραμένει υποτιμημένο παράγοντα κινδύνου στη νευρολογική πρακτική και έρευνα παρόλο που το εργασιακό στρες αποτελεί έναν ακόμη βασικό παράγοντα που προκαλεί συνεχόμενη ανησυχία, ανασφάλεια, χαμηλή αυτοεκτίμηση, κοινωνική απομόνωση και έλλειψη ελέγχου τόσο στην εργασιακή όσο και στην οικογενειακή ζωή. Συχνά όλα τα παραπάνω δρουν συνεργικά, συσσωρεύονται κατά τη διάρκεια της ζωής του ανθρώπου και αυξάνουν τις πιθανότητες διαταραχής της ψυχικής υγείας και του πρόωρου θανάτου. Σε πιεστικές καταστάσεις, η αντίδραση του οργανισμού ενεργοποιεί μια σειρά από ορμόνες, οι οποίες επηρεάζουν το καρδιαγγειακό και ανοσοποιητικό σύστημα. Ως αποτέλεσμα, η προκαλούμενη αύξηση της αρτηριακής πίεσης αυξάνει την πιθανότητα εκδήλωσης καρδιακού και αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου.[49]

1.4.2 Μη τροποποιήσιμοι παράγοντες κινδύνου

1.4.2.1 Ηλικία

Άτομα προχωρημένης ηλικίας εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο θνησιμότητας και νοσηρότητας από οξύ στεφανιαίο σύνδρομο. Οι ασθενείς ηλικίας άνω των 75 ετών, έχουν τουλάχιστον διπλάσιο ποσοστό θνησιμότητας από εκείνους κάτω των 75 ετών καθώς οι ηλικιωμένοι ασθενείς έχουν υψηλότερο επιπολασμό σύνθετης αορτικής πλάκας από ότι οι μεσήλικες.[50]

1.4.2.2 Φύλο

Οι άνδρες προσβάλλονται από στεφανιαία νόσο νωρίτερα από τις γυναίκες. Συγκεκριμένα, η έναρξη εμφάνισης στεφανιαίας νόσου στις γυναίκες καθυστερεί κατά 10 περίπου χρόνια. Τα οιστρογόνα θεωρούνται ότι ανήκουν στους προστατευτικούς παράγοντες όσον αφορά την ανάπτυξη αθηροσκλήρωσης, επομένως μπορεί να προσφέρουν στις γυναίκες κάποια μορφή προστασίας από την στεφανιαία νόσο, χωρίς όμως ο μηχανισμός της προστασίας αυτής να είναι ακόμη πλήρως κατανοητός. Για ηλικίες κάτω των 60 ετών όσον αφορά τη συχνότητα προσβολής των δύο φύλων, η αναλογία ανδρών και γυναικών είναι 3:1 (λόγω της προστασίας των γυναικών από τα οιστρογόνα), ενώ για ηλικίες άνω των 60 ετών είναι 1:1. Η στεφανιαία νόσος επομένως, μετά την εμμηνόπαυση γίνεται πιο συχνή και σταδιακά η αναλογία των γυναικών που νοσούν τείνει να εξισωθεί με αυτήν των ανδρών. Ο λόγος κινδύνου εγκεφαλικού – θηλυκού ισχαιμικού εγκεφαλικού επεισοδίου ποικίλει ανάλογα με την ηλικία. Μόνο γυναίκες ηλικίας > 75 ετών είχαν υψηλότερο κίνδυνο, ενώ οι γυναίκες ηλικίας < 65 ετών είχαν χαμηλότερο κίνδυνο σε σύγκριση με τους άνδρες. Τα τελευταία, όμως, χρόνια ο αυξανόμενος αριθμός γυναικών που καπνίζουν, έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση του ποσοστού εμφάνισης στεφανιαίας νόσου στο γυναικείο φύλο και πριν την εμμηνόπαυση.[51]

1.4.2.3. Φυλή / Εθνικότητα

Τα δεδομένα σχετικά με την επιδημιολογία των εγκεφαλικών μικροαιμμοραγίες μεταξύ των ασθενών με ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο είναι περιορισμένα. Μελέτη που συνέκρινε τον αριθμό, τους συναφείς παράγοντες και την τοπογραφία των εγκεφαλικών μικροαιμμοραγιών μεταξύ ασθενών με ισχαιμικό ΑΕΕ των Αφροαμερικάνων και Καυκάσου στις Μεσανατολικές Ηνωμένες Πολιτείες κατέληξε πως δεν παρατηρήθηκαν διαφορές μεταξύ ασθενών με ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο μεταξύ Αφροαμερικανών και Καυκάσιων ασθενών όσον αφορά την παρουσία, τον αριθμό και την τοποθεσία των αλλοιώσεων αυτών. Ωστόσο, τα αποτελέσματά πρότειναν ότι ο επιπολασμός των πολλαπλών εγκεφαλικών μικροαιμμοραγιών μπορεί να είναι υψηλότερος μεταξύ των ασθενών

με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο στην Αφρική . Έτσι, οι Αφροαμερικανοί έχουν μεγαλύτερη συχνότητα αρτηριακής υπέρτασης γεγονός που οδηγεί σε ταχύτερη ανάπτυξη αθηροσκλήρωσης, επομένως και σε μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης στεφανιαίας νόσου.[52]

1.4.2.4 Οικογενειακό Ιστορικό / Κληρονομικότητα

Η ύπαρξη συγγενούς 1ου βαθμού, πάσχοντα από κλινικά έκδηλη καρδιακή νόσο, ιδιαίτερα πριν από την ηλικία των 45 ετών στους άνδρες και των 55 ετών στις γυναίκες, θεωρείται ισχυρός παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση στεφανιαίας νόσου. Επιπροσθέτως η συνύπαρξη ορισμένων παραγόντων κινδύνου, όπως είναι πρωτοπαθείς δυσλιπιδαιμίες και ο σακχαρώδης διαβήτης σε 1ου βαθμού συγγενείς, αυξάνουν το σχετικό κίνδυνο του συγκεκριμένου ατόμου για εμφάνιση στο μέλλον καρδιαγγειακού νοσήματος. Τα τελευταία χρόνια, όλο και περισσότερες μελέτες επικεντρώνονται στους ρόλους των γονιδίων ή των miRNA στο εγκεφαλικό επεισόδιο . Ωστόσο, ο μοριακός μηχανισμός που συνδέει τα miRNAs και τα στοχευόμενα τους γονίδια παραμένει ασαφής. Η φλεγμονή και η ανοσοαπόκριση παίζουν βασικό ρόλο στην παθοφυσιολογία του ισχαιμικού αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου, παρέχοντας τη συμβολή τους στη βλάβη και την αποκατάσταση των ιστών. Τα αναδυόμενα στοιχεία υποστηρίζουν τη συμμετοχή επιγενετικών μηχανισμών όπως η μεθυλίωση, η τροποποίηση της ιστόνης και τα miRNAs στην παθογένεση του εγκεφαλικού επεισοδίου . Είναι ενδιαφέρον ότι οι επιγενετικές διεργασίες μπορούν να επηρεάσουν τα μοριακά συμβάντα που σχετίζονται με την ισχαιμική βλάβη, ελέγχοντας τη μετάβαση από την προ-αντιφλεγμονώδη απόκριση, όμως αυτό εξακολουθεί να είναι ένα πεδίο που πρέπει να διερευνηθεί πλήρως. Η γνώση των επιγενετικών διεργασιών θα μπορούσε να επιτρέψει την ανακάλυψη πιο ευαίσθητων και ειδικών βιολογικών δεικτών για τον κίνδυνο, την εμφάνιση και την εξέλιξη της νόσου, καθώς και περαιτέρω νέα εργαλεία που θα χρησιμοποιηθούν τόσο στην πρωτογενή πρόληψη όσο και στη θεραπεία του εγκεφαλικού επεισοδίου.[53]

1.5 Επιδημιολογικά δεδομένα

Η καρδιαγγειακή νόσος παραμένει η κύρια αιτία θνησιμότητας παγκοσμίως. Στην Ευρώπη σημειώνονται περισσότεροι από τέσσερα εκατομμύρια θάνατοι από καρδιαγγειακά νοσήματα κάθε χρόνο, που αντιστοιχούν στο 49% του συνόλου των θανάτων στις γυναίκες και στο 40% του συνόλου των θανάτων στους άνδρες. Στο σύνολο των ευρωπαϊκών κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Καρδιολογικής Εταιρείας (ESC) εκτιμάται ότι 83,4 εκατομμύρια άνθρωποι αντιμετωπίζουν καρδιαγγειακά προβλήματα. [9,10] Στην Ελλάδα ο ρυθμός θνησιμότητας από καρδιαγγειακά συμβάντα είναι κατά μέσο όρο 485 θάνατοι ανά 100.000 άτομα στους άνδρες και 391 θάνατοι ανά 100.000 άτομα στις γυναίκες. Συγκεκριμένα, ο ρυθμός θνησιμότητας από στεφανιαία νόσο ανέρχεται περίπου σε 145 θανάτους ανά 100.000 άτομα στους άνδρες και 68 θανάτους ανά 100.000 άτομα σε γυναίκες.[54] Για την Ελλάδα τα πιο πρόσφατα δεδομένα προέρχονται από την μελέτη ΑΤΤΙCA, η οποία διεξήγε μια δεκαετή παρακολούθηση (2002-2012) των καρδιαγγειακών νοσημάτων ενός τμήματος του ελληνικού πληθυσμού και τα αποτελέσματα της έδειξαν ότι η επίπτωση των καρδιαγγειακών νοσημάτων ήταν 15,7% στο σύνολο, 19,7% στους άντρες και 11,7% στις γυναίκες. Το ποσοστό των θανάτων από καρδιαγγειακά νοσήματα ήταν 1,8% στο σύνολο (3,4% στους άντρες, 1,2% στις γυναίκες). Η ετήσια επίπτωση ήταν 182 νέες περιπτώσεις/ 10000 κατοίκους για τους άντρες και 110 νέες περιπτώσεις / 100000 κατοίκους για τις γυναίκες. Το ποσοστό της θνησιμότητας μεταξύ των αντρών ήταν τριπλάσιο σε σχέση με τις γυναίκες (3,34% στους άντρες, 1,2% στις γυναίκες).[55]

Τα ενημερωμένα δεδομένα σχετικά με την εμφάνιση, τη θνησιμότητα και το θάνατο των περιπτώσεων για το εγκεφαλικό επεισόδιο είναι σημαντικά για τον καθορισμό της ατζέντας για την πρόληψη και την υγειονομική περίθαλψη. Από τις 128 χώρες που ανέφεραν στοιχεία θνησιμότητας στον ΠΟΥ, η θνησιμότητα ήταν μεγαλύτερη στο Καζακστάν (το 2003), στη Βουλγαρία και στην Ελλάδα. Τα στοιχεία σχετικά με τη θνησιμότητα των περιπτώσεων ήταν διαθέσιμα σε 42 μελέτες σε 22 χώρες, με μεγάλες διαφορές μεταξύ περιφερειών. Συμπερασματικά σε αυτήν την περιγραφική ανασκόπηση, παρουσιάζονται τα τρέχοντα δεδομένα σχετικά με το εγκεφαλικό επεισόδιο τη

συχνότητας εμφάνισης, τη θνησιμότητα των περιστατικών και τη θνησιμότητα σε διάφορες χώρες τονίζοντας με αυτόν τον τρόπο την αυξανόμενη τάση των εθνικών κλινικών μητρώων να παρέχουν εκτιμήσεις αντί για μελέτες επιπτώσεων με βάση την κοινότητα.[5]

1.6 Εκτίμηση της ποιότητας ζωής *Quality of Life*

Η «μέτρηση» και ο προσδιορισμός της ποιότητας ζωής αποτελεί μια πολύπλοκη διαδικασία, καθώς επηρεάζεται από διάφορες πτυχές, όπως προηγούμενες εμπειρίες, προσδοκίες, πεποιθήσεις, υποκειμενικές αντιλήψεις. Ωστόσο, για να αξιολογηθεί η ποιότητα ζωής πρέπει να αξιολογηθούν τουλάχιστον οι ακόλουθοι 4 τομείς: σωματική κατάσταση (σωματικά συμπτώματα), λειτουργική (βασικές και δευτερεύουσες δραστηριότητες), ψυχολογική (γνωστική και συναισθηματική λειτουργία, ικανοποίηση από τη ζωή, τρόπος αντίληψης της υγείας) και τέλος κοινωνική (αλληλεπίδραση ατόμου περιβάλλοντος).

Η ποιότητα ζωής μπορεί να «μετρηθεί» με γενικά ή ειδικά για τη νόσο εργαλεία αποτίμησης αυτής. Οι γενικοί δείκτες έχουν σχεδιαστεί για να συγκρίνουν την ποιότητα ζωής σε πληθυσμούς ή διαφορετικές ασθένειες, ενώ οι εξειδικευμένοι δείκτες αξιολογούν την ποιότητα ζωής με ερωτήσεις και κλίμακες που είναι ειδικό για μία συγκεκριμένη ασθένεια ή κατάσταση. Οι απλές ερωτήσεις μπορούν να αποτυπώσουν την κατάσταση ενός ασθενούς μετά ένα αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο και φαίνεται να είναι αρκετά αξιόπιστες, χρησιμοποιούνται δε από μεγάλες επιδημιολογικές μελέτες μέχρι μελέτες ελέγχου. Η ποιότητα ζωής φαίνεται να επηρεάζεται σημαντικά μετά ένα οξύ ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο σύμφωνα με πολλές μελέτες.[57]

Η κλίμακα ποιότητας ζωής *Quality of Life Scale (QOLS)*, που δημιουργήθηκε αρχικά από τον αμερικανικό ψυχολόγο John Flanagan στη δεκαετία του '70, έχει προσαρμοστεί για χρήση σε ομάδες χρόνιων ασθενειών. Τα μέτρα για την ποιότητα ζωής (QOL) έχουν καταστεί ζωτικό και συχνά απαιτούμενο μέρος της εκτίμησης των αποτελεσμάτων της υγείας. Για τους πληθυσμούς με χρόνια ασθένεια, η μέτρηση της QOL παρέχει έναν ουσιαστικό τρόπο για τον προσδιορισμό του αντικτύπου της υγειονομικής

περίθαλψης όταν η θεραπεία δεν είναι δυνατή. Το QOLS ήταν αρχικά ένα μέσο 15 στοιχείων που μετρούσε πέντε εννοιολογικούς τομείς ποιότητας ζωής: υλική και σωματική ευεξία, σχέσεις με άλλους ανθρώπους, κοινωνικές, κοινοτικές και πολιτικές δραστηριότητες, προσωπική ανάπτυξη και εκπλήρωση και αναψυχή. Μετά από περιγραφική έρευνα που διερεύνησε άτομα με χρόνιες ασθένειες σχετικά με τις αντιλήψεις τους για την ποιότητα ζωής, το όργανο επεκτάθηκε για να συμπεριλάβει ένα ακόμα στοιχείο: την ανεξαρτησία, την ικανότητα να κάνετε για τον εαυτό σας. Το QOLS είναι ένα αξιόπιστο και έγκυρο όργανο μέτρησης της ποιότητας ζωής από την πλευρά του ασθενούς. Επικεντρώνεται σε τομείς που προέρχονται από τις ποιοτικές περιγραφές ενός ευρέος φάσματος ενηλίκων μεταξύ των φύλων, των πολιτιστικών και γλωσσικών ομάδων συνεπώς η κλίμακα μπορεί να χρησιμοποιηθεί με εμπιστοσύνη στις ομάδες χρόνιων ασθενειών.⁵⁸

Το Modified Rankin Scale (mRS) χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση του βαθμού αναπηρίας σε ασθενείς που έχουν υποστεί εγκεφαλικό επεισόδιο, αλλά η ατομική ποιότητα ζωής και η ανεξαρτησία επηρεάζονται από μια μεγάλη ποικιλία παραγόντων, όπως η παρουσία συννοσηρότητας και κοινωνικοοικονομικής κατάστασης.[59,60]

2. ΑΥΤΟ ΑΝΑΦΕΡΟΜΕΝΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΕΜΠΕΙΡΙΩΝ ΚΑΙ ΕΚΒΑΣΕΩΝ ΑΠΟ ΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

2.1 Εννοιολογική προσέγγιση της διερεύνησης των εμπειριών των ασθενών από τη φροντίδα υγείας

Τα τελευταία χρόνια έχει αυξηθεί η έρευνα στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης και στην αξιολόγηση της κλινικής περίθαλψης, προκειμένου να βελτιωθεί η εμπειρία τους και να διασφαλιστεί ότι η έρευνα είναι τόσο ισχυρή όσο και μέγιστης αξίας για τη χρήση φαρμακευτικών προϊόντων, ή υπηρεσιών υγείας. Ο ασθενής αναφέρει εμπειρίες μέσω της χρήσης PREMs (Patient-Reported Experiences Measures) , όπως κλίμακες ικανοποίησης, παρέχοντας μια εικόνα της εμπειρίας των ασθενών με τη φροντίδα τους ή μια υπηρεσία υγείας.[61] Σε διεθνές επίπεδο η χρήση των PREMS ως δείκτη αξιολόγησης των εμπειριών των ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα είναι ολοένα και εντεινόμενη.[62]

Τα μέτρα εμπειρίας που αναφέρθηκαν από τους ασθενείς (PREMs) είναι εργαλεία και μέσα που αναφέρουν βαθμολογίες ικανοποίησης ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας και είναι γενικά εργαλεία που χρησιμοποιούνται συχνά για να καταγράψουν τη συνολική εμπειρία ασθενών από την υγειονομική περίθαλψη.[63] Τα εργαλεία εμπειρίας των ασθενών, για παράδειγμα, μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την παρακολούθηση της ανατροφοδότησης των ασθενών και να επικεντρωθούν στη γενική εμπειρία, όπως η εξυπηρέτηση των πελατών, παρά στην εμπειρία που συνδέεται με μια συγκεκριμένη ασθένεια.[64,65] Αυτά τα εργαλεία έχουν αποκαλύψει θετικές συσχετίσεις μεταξύ ικανοποίησης και ασφάλειας των ασθενών.^{66,67} Σε διεθνές επίπεδο, τα PREMs χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση της υγειονομικής περίθαλψης όσον αφορά την κλινική αποτελεσματικότητα και την οικονομική αποτελεσματικότητα.[68] Οι δείκτες εμπειρίας των ασθενών ενσωματώνονται στα πλαίσια ευθύνης του NHS, όπως το πλαίσιο του προγράμματος NHS Outcomes.[69]

2.2 Εννοιολογική προσέγγιση των αυτοαναφερόμενων κλινικών αποτελεσμάτων

Τα PROMs (Patient-Reported Outcome Measures) αναπτύχθηκαν αρχικά για να χρησιμοποιηθούν στην έρευνα φαρμακολογικών και υγειονομικών υπηρεσιών και ορίστηκαν σε μεγάλο βαθμό στην Αγγλία, τη Σουηδία και σε τμήματα των ΗΠΑ ως τρόπος βελτίωσης της κλινικής περίθαλψης των ασθενών. Το 1975, η Σουηδία καθιέρωσε την εθνική χρήση των PROM χρησιμοποιώντας ειδικές κλινικές βάσεις δεδομένων για την ασθένεια, γνωστές ως μητρώα ποιότητας. Μέχρι το 2000, εισήχθησαν PROM σε ορισμένες περιοχές των ΗΠΑ με στόχο την επέκταση των PROM ως μηχανισμού αποζημίωσης για την υποχρέωση λογοδοσίας εντός των οργανισμών περίθαλψης. Τα PRO παρέχουν αναφορές από τους ασθενείς σχετικά με τη δική τους υγεία, την ποιότητα ζωής, ή τη λειτουργική κατάσταση που σχετίζεται με την υγειονομική περίθαλψη ή τη θεραπεία που έχουν λάβει. Τα PROMs είναι εργαλεία ή / και όργανα που χρησιμοποιούνται για την αναφορά PROM. Η ανάπτυξη και επιλογή κατάλληλων PROM, είτε για έρευνα κλινικών δοκιμών είτε για άλλες χρήσεις, όπως πρωτοβουλίες βελτίωσης της ποιότητας, απαιτεί εξέταση πολλών μεθοδολογικών ζητημάτων, όπως εγκυρότητα, ευαισθησία, αξιοπιστία γενικευσιμότητα και σκοπιμότητα.[61]

Η χρήση των PROM συνεχίζει να επεκτείνεται πέρα από την κλινική έρευνα, αναγνωρίζοντας τις δυνατότητές της να μετασχηματίσει την υγειονομική περίθαλψη, καθώς και τη βελτίωση της ποιότητας και της ασφάλειας τοποθετώντας τους ασθενείς στο επίκεντρο της λήψης αποφάσεων.[61,70]

2.3 Διαφορά μεταξύ των μελετών ικανοποίησης και διερεύνησης εμπειριών

Τα PREMs συνίστανται σε μέτρα αυτο-αναφερόμενων εμπειριών από τη φροντίδα. Μέσω των εν λόγω εργαλείων επιχειρείται η αποτύπωση των βιωματικών εμπειριών των ασθενών από την παροχή της φροντίδας σε αντιδιαστολή με τις κλασικές μελέτες διερεύνησης της ικανοποίησης από τη φροντίδα, τα αποτελέσματα των οποίων συνήθως σχετίζονται και με τις προσδοκίες που είχε ο ερωτώμενος/η.

Ως εκ τούτου τα PREMs θεωρούνται ένα πιο αντικειμενικό μέτρο αξιολόγησης της ικανοποίησης των ιδίων των ασθενών από τη φροντίδα σε σύγκριση με τα κλασικά ερωτηματολόγια διερεύνησης της ικανοποίησης. Διευκρινίζεται ότι η έννοια των εμπειριών είναι πολυδιάστατη και αναφέρεται στην πρόσβαση στη φροντίδα, στην αποτελεσματικότητα της διαχείρισης της νόσου, στην ποιότητα και στο βαθμό επικοινωνίας μεταξύ των παρόχων και των χρηστών των υπηρεσιών υγείας. Προκειμένου να γίνουν πιο κατανοητές οι εν λόγω διαφορές παρακάτω καταγράφονται κάποιες ερωτήσεις στην περίπτωση διενέργειας έρευνας ικανοποίησης vs διενέργειας έρευνας διερεύνησης εμπειριών μέσω PREMs.[62]

Ενδεικτικές ερωτήσεις σε μελέτη ικανοποίησης ασθενών από τη νοσηλεία:

- Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από το χρόνο αναμονής σας μέχρι να εξυπηρετηθείτε;
- Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από την πληρότητα των υπηρεσιών που λάβατε κατά τη νοσηλεία σας;
- Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό;

Μελέτη PREMs:

- Πόση ώρα περιμένατε από την προσέλευσή σας στα ΤΕΠ μέχρι την εξυπηρέτησή σας;
- Κάνατε φυσικοθεραπεία κατά τη διάρκεια της νοσηλείας σας;
- Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό σας άκουγε προσεκτικά;

Μελέτη PROMs:

Αντίστοιχα, ένα μέτρο αξιολόγησης των εκβάσεων της φροντίδας από την οπτική γωνία των ιδίων των ασθενών είναι τα PROMs (Patient-Reported Outcome Measures), μέσω των οποίων αξιολογούνται αποτελέσματα υγείας όπως οι ίδιοι οι ασθενείς τα βιώνουν π.χ. κινητικότητα, λειτουργικότητα, ανακούφιση από τον πόνο, ποιότητα ζωής. Στις μέρες μας είναι διαθέσιμες δύο ευρείες κατηγορίες PROMs: **α)** τα εστιασμένα / εξειδικευμένα σε μία ασθένεια, δηλαδή όσα περιέχουν ερωτήσεις σχετικές με τα συμπτώματα μιας συγκεκριμένης ασθένειας (disease-specific) και **β)** τα γενικού περιεχομένου, π.χ. μετεγχειρητική λειτουργικότητα (generic).[63]

Πολύ γνωστά ερωτηματολόγια της δεύτερης κατηγορίας είναι το SF-36 και το EuroQOL, τα οποία θεωρούνται πολυδιάστατα εργαλεία καθώς περιλαμβάνουν ερωτήσεις για διάφορες διαστάσεις της κατάστασης της υγείας (σωματική, πνευματική, κοινωνική λειτουργικότητα και ποιότητα ζωής). Ενδεικτικές ερωτήσεις που δύνανται να συμπεριλαμβάνονται σε μία έρευνα PROMs είναι οι παρακάτω:

- Είστε ικανός/ή να περπατήσετε μετά τη χειρουργική επέμβαση;
- Μπορείτε να χρησιμοποιήσετε και τα δύο σας χέρια;
- Μπορείτε να ντυθείτε μόνος/η σας ή χρειάζεστε βοήθεια;
- Αισθάνεστε πόνο μετά τη χειρουργική επέμβαση και αν ναι, σε τι βαθμό;
- Πώς θα βαθμολογούσατε τη συνολική ποιότητα ζωής σας το διάστημα μετά τη νοσηλεία σας;[71]

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

3. ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

3.1 Σκοπός μελέτης

Κύριο σκοπό της μελέτης αποτέλεσε η αξιολόγηση των εμπειριών ασθενών με υποκείμενα καρδιαγγειακά νοσήματα που υπέστησαν και Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο από τη νοσηλεία του στο νοσοκομείο

3.2 Υλικό και μέθοδος

Πρόκειται για προοπτική, πολυκεντρική μη παρεμβατική μελέτη παρατήρησης 217 ασθενών με υποκείμενα καρδιαγγειακά νοσήματα που υπέστησαν εγκεφαλικό επεισόδιο για πρώτη φορά (αιμορραγικό ή ισχαιμικό) (κωδικοί ICD-10: I61, I63 και I64) και εισήχθησαν σε χρονικό διάστημα 48 ωρών από την έναρξη των συμπτωμάτων σε οκτώ (8) Δημόσια Νοσοκομεία της χώρας. Όλοι οι ασθενείς παρακολουθήθηκαν σχετικά με την ποιότητα της παρεχόμενης ενδονοσοκομειακής φροντίδας αλλά τις ανάγκες υγείας τους μετά την έξοδό τους από το Νοσοκομείο. Για τη συγκέντρωση των απαιτούμενων πληροφοριών χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο NHS-Stroke Questionnaire.

3.3 Εργαλείο και μέθοδος συλλογής δεδομένων

Το εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε για την πραγματοποίηση της μελέτης βασίστηκε στη μετάφραση και πολιτισμική προσαρμογή του ερωτηματολογίου NHS-Stroke Questionnaire το οποίο αναπτύχθηκε από το National Health Service (NHS) της Αγγλίας σε συνεργασία με το Picker Institute το 2004.

Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 35 ερωτήσεις για το ΑΕΕ οι οποίες διακρίνονται στις εξής κατηγορίες: (α) τη διάγνωση (3 ερωτήσεις), (β) την εισαγωγή στο νοσοκομείο (1 ερώτηση), (γ) το ιατρικό προσωπικό (4 ερωτήσεις), (δ) το νοσηλευτικό προσωπικό (5 ερωτήσεις), (ε) την φροντίδα υγείας και τη θεραπεία στο νοσοκομείο (13 ερωτήσεις) και (στ) την έξοδο από το νοσοκομείο (9 ερωτήσεις). Οι απαντήσεις δηλώνουν την ποιότητα της φροντίδας από την οπτική των ασθενών και βαθμολογούνται σε μια κλίμακα από 0 έως 100 με τις υψηλότερες τιμές να δηλώνουν και θετικότερη εμπειρία των ασθενών. . Επίσης, το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει και δύο ερωτήσεις

ανοιχτού τύπου κατά τις οποίες ζητείται από τους ερωτώμενους να περιγράψουν κάποια θετικά ή /και αρνητικά στοιχεία από τη νοσηλεία τους. Ακόμη, περιλαμβάνει δημογραφικά χαρακτηριστικά και άλλα στοιχεία που αφορούν το ιατρικό ιστορικό των ασθενών και τη βαρύτητα της νόσου.

Η λήψη των δεδομένων πραγματοποιήθηκε μέσω τηλεφωνικών συνεντεύξεων και οι απαντήσεις καταχωρούνταν σε ηλεκτρονική βάση δεδομένων ανωνυμοποιημένες και επεξεργάζονταν συλλογικά χωρίς με κανέναν τρόπο να αποκαλύπτονται τα στοιχεία των συμμετασχόντων. Τέλος, όλοι οι ασθενείς είχαν δώσει τη συγκατάθεσή τους στους θεράποντες προκειμένου να δεχτούν τηλεφωνική κλήση μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο για την αποτύπωση των εμπειριών τους. Η διεξαγωγή της μελέτης έγινε σύμφωνα με τις αρχές που απορρέουν από τον Γενικό Κανονισμό Προστασίας Δεδομένων (GDPR) της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

3.4 Στατιστική Ανάλυση

Οι κατηγορικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως απόλυτες (n) και σχετικές (%) συχνότητες, ενώ οι ποσοτικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως μέση τιμή (τυπική απόκλιση) ή ως διάμεσος (εύρος). Ο έλεγχος των Kolmogorov-Smirnov και τα διαγράμματα κανονικότητας χρησιμοποιήθηκαν για τον έλεγχο της κανονικής κατανομής των ποσοτικών μεταβλητών.

Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας ποσοτικής μεταβλητής και μιας διχοτόμου μεταβλητής χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος t (student's t-test). Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ δυο ποσοτικών μεταβλητών που ακολουθούσαν την κανονική κατανομή χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson (Pearson's correlation coefficient). Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας ποσοτικής μεταβλητής και μιας διατάξιμης μεταβλητής χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman (Spearman's correlation coefficient). Στην περίπτωση που η εξαρτημένη μεταβλητή ήταν ποσοτική μεταβλητή και >2 ανεξάρτητες μεταβλητές προέκυψαν σημαντικές στο επίπεδο του 0,2 ($p < 0,2$) στη διμεταβλητή ανάλυση, εφαρμόστηκε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση (multivariate linear regression). Στην περίπτωση αυτή, εφαρμόστηκε η μέθοδος της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με την

προς τα πίσω διαγραφή των μεταβλητών (backward stepwise linear regression). Αναφορικά με την πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση, παρουσιάζονται οι συντελεστές b (coefficients' beta), τα αντίστοιχα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης και οι τιμές p .

Το αμφίπλευρο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε ίσο με 0,05. Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το IBM SPSS 20.0 (Statistical Package for Social Sciences).

3.5 Θέματα Ηθικής και Δεοντολογίας

Για τη διεξαγωγή της συγκεκριμένης έρευνας είχαν εξασφαλιστεί οι απαραίτητες άδειες, από όλους τους αρμόδιους φορείς ενώ η συναίνεση των συμμετεχόντων εξασφαλίστηκε με την προφορική ενημέρωσή τους αναφορικά με το σκοπό και το περιεχόμενο της έρευνας. Επίσης, ενημερώθηκαν για τον εθελοντικό χαρακτήρα της συμμετοχής τους στη μελέτη, με δεδομένη την εμπιστευτικότητα των στοιχείων τους και τη διατήρηση της ανωνυμίας τους.

3.6 Περιορισμοί Μελέτης

Η παρούσα εργασία θα μπορούσε να αποτελείται από μεγαλύτερο δείγμα, ώστε τα αποτελέσματα που προκύπτουν να είναι περισσότερο αντιπροσωπευτικά της πραγματικής κατάστασης νοσηλείας ασθενών με καρδιαγγειακά νοσήματα που υπέστησαν εγκεφαλικό επεισόδιο στην Ελλάδα.

4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

4.1 Αποτελέσματα Περιγραφικής Στατιστικής

4.1.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά και στοιχεία νοσηλείας

Ο μελετώμενος πληθυσμός αποτελούνταν από 217 ασθενείς με καρδιαγγειακά νοσήματα που είχαν υποστεί Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο (ΑΕΕ). Στους πίνακες 1α και 1β παρουσιάζονται τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και άλλα στοιχεία σχετικά με τη νοσηλεία των συμμετεχόντων ασθενών στη μελέτη.

Πίνακας 4.1α: Δημογραφικά χαρακτηριστικά και άλλα στοιχεία σχετικά με τη νοσηλεία των συμμετεχόντων ασθενών στη μελέτη

	N	%
Φύλο		
Άρρεν	112	51,6
Θήλυ	105	48,4
Ηλικία	75,2 ^α	12,4 ^β
Ημέρες νοσηλείας σε Stroke Unit ^{γ/δ}	1,9 (3,6) / 0,0 (2,8)	
Ημέρες νοσηλείας σε ΜΕΘ/ΜΑΦ ^{γ/δ}	1,0 (3,8) / 0,0 (0,0)	
Συνολικές ημέρες νοσηλείας ^{γ/δ}	8,0 (5,5) / 7,0 (6,0)	
Τύπος ΑΕΕ		
Αιμορραγικό	29	13,4
Ισχαιμικό	188	86,6
Αυτοεξυπηρετούμενος πριν την εισαγωγή		
Ναι	187	86,2
Όχι	30	13,8
Βαθμός αναπηρίας (ή εξάρτησης από τις καθημερινές δραστηριότητες) σύμφωνα με την τροποποιημένη κλίμακα κατά Rankin (mRS) - Προ εισαγωγής		
0 - Απουσία συμπτωμάτων	141	65,0
1 - Απουσία αναπηρίας παρά την ύπαρξη συμπτωμάτων.	32	14,7

Ικανότητα για όλες τις συνηθισμένες δραστηριότητες		
2 - Ελαφρού βαθμού αναπηρία. Περιορισμένη ικανότητα για όλες τις προηγούμενες δραστηριότητες. Δεν απαιτείται βοήθεια για παρακολούθηση προσωπικών θεμάτων	20	9,2
3 - Μετρίου βαθμού αναπηρία. Απαιτείται σχετική βοήθεια Διατηρείται η ικανότητα για βάδιση	12	5,5
4 - Μετρίως σοβαρή αναπηρία. Απαιτείται βοήθεια για βάδισμα. Απαιτείται βοήθεια για προσωπική φροντίδα και υγιεινή	10	4,6
5 - Βαριά αναπηρία. Καθήλωση στο κρεβάτι, ακράτεια. Απαιτείται συνεχής νοσηλευτική φροντίδα	2	0,9
Βαθμός αναπηρίας (ή εξάρτησης από τις καθημερινές δραστηριότητες) σύμφωνα με την τροποποιημένη κλίμακα κατά Rankin (mRS) - Κλινική βαθμολογία την 7η ημέρα (ή στο εξιτήριο)		
0 - Απουσία συμπτωμάτων	76	35,0
1 - Απουσία αναπηρίας παρά την ύπαρξη συμπτωμάτων. Ικανότητα για όλες τις συνηθισμένες δραστηριότητες	42	19,4
2 - Ελαφρού βαθμού αναπηρία. Περιορισμένη ικανότητα για όλες τις προηγούμενες δραστηριότητες. Δεν απαιτείται βοήθεια για παρακολούθηση προσωπικών θεμάτων	24	11,1
3 - Μετρίου βαθμού αναπηρία. Απαιτείται σχετική βοήθεια Διατηρείται η ικανότητα για βάδιση	17	7,8
4 - Μετρίως σοβαρή αναπηρία. Απαιτείται βοήθεια για βάδισμα. Απαιτείται βοήθεια για προσωπική φροντίδα και υγιεινή	24	11,1
5 - Βαριά αναπηρία. Καθήλωση στο κρεβάτι, ακράτεια. Απαιτείται συνεχής νοσηλευτική φροντίδα	18	8,3
6 - Θάνατος	5	2,3
Βαθμός αναπηρίας (ή εξάρτησης από τις καθημερινές δραστηριότητες) σύμφωνα με την τροποποιημένη κλίμακα κατά Rankin (mRS) - Επανεκτίμηση στον 1 μήνα		
0 - Απουσία συμπτωμάτων	66	30,4

1 - Απουσία αναπηρίας παρά την ύπαρξη συμπτωμάτων. Ικανότητα για όλες τις συνηθισμένες δραστηριότητες	31	14,3
2 - Ελαφρού βαθμού αναπηρία. Περιορισμένη ικανότητα για όλες τις προηγούμενες δραστηριότητες. Δεν απαιτείται βοήθεια για παρακολούθηση προσωπικών θεμάτων	18	8,3
3 - Μετρίου βαθμού αναπηρία. Απαιτείται σχετική βοήθεια Διατηρείται η ικανότητα για βάδιση	17	7,8
4 - Μετρίως σοβαρή αναπηρία. Απαιτείται βοήθεια για βάδιση. Απαιτείται βοήθεια για προσωπική φροντίδα και υγιεινή	14	6,5
5 - Βαριά αναπηρία. Καθήλωση στο κρεβάτι, ακράτεια. Απαιτείται συνεχής νοσηλευτική φροντίδα	12	5,5
6 - Θάνατος	6	2,8
NIHSS score εισόδου ^{γ/δ}	6,7 (5,3) / 5,0 (6,0)	
NIHSS score εισόδου – Κατάσταση βαρύτητας		
Ήπια (1 – 5)	114	52,5
Ήπια έως μέτρια σοβαρή (5 – 14)	86	39,6
Σοβαρή (15 – 24)	14	6,5
Πολύ σοβαρή (> 25)	3	1,4
NIHSS score εξόδου ^{γ/δ}	4,1 (4,5) / 2,0 (6,0)	
NIHSS score εξόδου - Κατάσταση βαρύτητας		
Ήπια (1 – 5)	151	69,6
Ήπια έως μέτρια σοβαρή (5 – 14)	60	27,6
Σοβαρή (15 – 24)	6	2,8
Νοσοκομείο από όπου εξήλθε ο ασθενής		
Αιγινήτειο	39	18,0
ΑΧΕΠΑ	5	2,3
ΓΝ Χανίων	44	20,3
ΓΝΑ Αλεξάνδρα	24	11,1
ΓΝΑ Λαϊκό	8	3,7
Παναρκαδικό ΓΝ Τριπόλεως	57	26,3
Πανεπιστημιακό Ιωαννίνων	26	12,0
Πανεπιστημιακό Λάρισας	14	6,5

Τύπος Νοσοκομείου από το οποίο εξήλθε ο ασθενής		
Μη Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο	101	46,5
Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο	116	53,5

Οι τιμές εκφράζονται ως απόλυτη συχνότητα N και σχετική συχνότητα (%), εκτός και εάν δηλώνεται διαφορετικά.

$^{\alpha}$ Μέση τιμή, $^{\beta}$ Τυπική απόκλιση, $^{\gamma/\delta}$ Μέση τιμή (τυπική απόκλιση) / Διάμεσος (ενδοτεταρτημοριακό εύρος)

Το 51,65% των συμμετεχόντων ασθενών στη μελέτη ήταν άνδρες και η μέση ηλικία όλων των ασθενών ήταν τα 75,2 έτη (ΤΑ=12,4). Το 86,6% υπέστη ισχαιμικό εγκεφαλικό και η μέση τιμή των συνολικών ημερών νοσηλείας ήταν οι 8 ημέρες (ΤΑ=5,5). Το 86,2% ήταν αυτοεξυπηρετούμενοι πριν την εισαγωγή και το 53,5% νοσηλεύτηκε σε Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο.

Πίνακας 4.1β: Συνοδά καρδιαγγειακά νοσήματα των συμμετεχόντων ασθενών στη μελέτη

	N	%
Αρτηριακή υπέρταση		
Ναι	191	88,0
Νεοδιαγνωσθείς	9	4,1
Όχι	17	7,8
Στεφανιαία Νόσος		
Ναι	37	17,0
Νεοδιαγνωσθείς	3	1,4
Όχι	177	81,6
Κολπική μαρμαρυγή		
Νέο-διαγνωσθείσα κολπική μαρμαρυγή	14	6,5
Όχι	158	72,8
Παροξυσμική κολπική μαρμαρυγή	14	6,5
Χρόνια κολπική μαρμαρυγή	31	14,3
Παροξυσμική κολπική μαρμαρυγή		
Ναι	14	6,5

Όχι	203	93,5
Αντικατάσταση βαλβίδας		
Βιολογική	2	0,9
Μηχανική	4	1,8
Όχι	211	97,2
Καρδιακή Ανεπάρκεια		
Ναι	11	5,1
Όχι	206	94,9
Συμπτωματική Περιφερική Αρτηριακή Νόσος		
Ναι	7	3,2
Όχι	210	96,8
Νόσος καρωτίδων/σπονδυλοβασικού		
Ναι	7	3,2
Όχι	210	96,8

Οι τιμές εκφράζονται ως απόλυτη συχνότητα *N* και σχετική συχνότητα (%).

Αναφορικά με τα συνοδά καρδιαγγειακά νοσήματα των συμμετεχόντων ασθενών στη μελέτη, το 88% είχε αρτηριακή υπέρταση, το 17% στεφανιαία νόσο, το 27,3% νέο-διαγνωσθείσα κολπική μαρμαρυγή ή παροξυσμική κολπική μαρμαρυγή ή χρόνια κολπική μαρμαρυγή, το 2,7% είχε υποβληθεί σε αντικατάσταση βαλβίδας, το 5,1% είχε καρδιακή ανεπάρκεια, το 3,2% συμπτωματική περιφερική αρτηριακή νόσο και το 3,2% νόσο καρωτίδων/σπονδυλοβασικού.

Πίνακας 4.1γ: Συμπλήρωση ερωτηματολογίου

	N	%
Ποιος συμπλήρωσε αυτό το ερωτηματολόγιο κατά κύριο λόγο;		
Δεν αναφέρεται	1	0,5
Ένας φίλος ή συγγενής του ασθενούς	89	41,0
Και οι δύο, ο ασθενής και κάποιος φίλος ή	28	12,9

συγγενής του ασθενούς		
Ο ίδιος ο ασθενής που νοσηλεύτηκε στο νοσοκομείο	99	45,6

Οι τιμές εκφράζονται ως απόλυτη συχνότητα *N* και σχετική συχνότητα (%).

Το 45,6% των ασθενών που νοσηλεύτηκαν στο νοσοκομείο συμπλήρωσαν αυτό το ερωτηματολόγιο και για το 41% των ασθενών το συμπλήρωσε ένας φίλος ή συγγενής τους.

4.1.2. Διάγνωση ΑΕΕ

Στον Πίνακα 4.2 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων ασθενών στην μελέτη αναφορικά με τη διάγνωση του ΑΕΕ.

Πίνακας 4.2: Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων ασθενών στην μελέτη αναφορικά με τη διάγνωση του ΑΕΕ

	N	%
Πότε ενημερωθήκατε για πρώτη φορά ότι πάσχετε από Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο;		
Αφού φύγατε από το νοσοκομείο	2	0,9
Δεν ξέρω/ Δεν θυμάμαι	8	3,7
Μέσα στο νοσοκομείο	151	69,6
Πριν πάτε στο νοσοκομείο	56	25,8
Θεωρείτε ότι η διάγνωση του εγκεφαλικού σας έγινε έγκαιρα;		
Δεν ξέρω/ Δεν θυμάμαι	12	5,5
Ναι	172	79,3
Όχι, θα έπρεπε να είχε γίνει νωρίτερα	33	15,2
Ποιος θεωρείτε ότι ήταν ο κύριος λόγος που το εγκεφαλικό σας δεν διαγνώστηκε εγκαίρως;		
Ο γιατρός μου (π.χ παθολόγος, καρδιολόγος εκτός νοσοκομείου) δεν αναγνώρισε ότι είχα εγκεφαλικό	12	5,5

Άλλος λόγος	18	8,3
Δεν ξέρω/ Δεν θυμάμαι	4	1,8
Ο/οι γιατρός/τροι στο νοσοκομείο δεν αναγνώρισε/σαν ότι είχα εγκεφαλικό	6	2,8
Ο γιατρός μου (π.χ παθολόγος, καρδιολόγος εκτός νοσοκομείου) δεν αναγνώρισε ότι είχα εγκεφαλικό	12	5,5

Οι τιμές εκφράζονται ως απόλυτη συχνότητα *N* και σχετική συχνότητα (%).

Το 69,6% των ασθενών ενημερώθηκαν για πρώτη φορά ότι έπασχαν από Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο μέσα στο νοσοκομείο και το 79,3% θεωρούσαν ότι η διάγνωση του εγκεφαλικού τους έγινε έγκαιρα.

4.1.3. Εισαγωγή στο Νοσοκομείο

Στον Πίνακα 4.3 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων ασθενών στην μελέτη αναφορικά με την εισαγωγή τους στο Νοσοκομείο.

Πίνακας 4.3: Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων ασθενών στην μελέτη αναφορικά με την εισαγωγή τους στο Νοσοκομείο

	N	%
Κατά τη γνώμη σας, η εισαγωγή σας στο νοσοκομείο έγινε έγκαιρα;		
Δεν αναφέρεται	3	1,4
Δεν ξέρω/ Δεν θυμάμαι	10	4,6
Ήμουν ήδη στο νοσοκομείο όταν έπαθα το εγκεφαλικό	3	1,4
Θα έπρεπε να είχα εισαχθεί λίγο νωρίτερα	31	14,3
Θα έπρεπε να είχα εισαχθεί πολύ νωρίτερα	18	8,3
Ναι, εισήχθηκα τόσο έγκαιρα όσο έπρεπε	152	70,0

Οι τιμές εκφράζονται ως απόλυτη συχνότητα *N* και σχετική συχνότητα (%).

Το 70% των ασθενών απάντησαν ότι κατά τη γνώμη τους, η εισαγωγή τους στο νοσοκομείο έγινε έγκαιρα.

4.1.4. Ιατρικό Προσωπικό

Στον Πίνακα 4.4 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων ασθενών στην μελέτη αναφορικά με το ιατρικό προσωπικό.

Πίνακας 4.4: Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων ασθενών στη μελέτη αναφορικά με το ιατρικό προσωπικό

	N	%
Όταν είχατε σημαντικές ερωτήσεις να ρωτήσετε σε γιατρό, λαμβάνατε απαντήσεις που μπορούσατε να κατανοήσετε ;		
Δεν είχα ανάγκη να ρωτήσω κάτι	14	6,5
Δεν ήμουν σε θέση να ρωτήσω	31	14,3
Ναι, κάποιες φορές	45	20,7
Ναι, πάντα	126	58,1
Όχι, δεν λάμβανα απαντήσεις που μπορούσα να κατανοήσω	1	0,5
Είχατε εμπιστοσύνη στους θεράποντες γιατρούς σας;		
Ναι, κάποιες φορές	21	9,7
Ναι, πάντα	196	90,3
Μιλούσαν οι γιατροί μπροστά σας σαν να μην ήσασταν παρών/παρούσα;		
Ναι, μερικές φορές	18	8,3
Ναι, συχνά	5	2,3
Όχι	194	89,4
Κατά τη γνώμη σας, οι θεράποντες γιατροί είχαν επαρκείς γνώσεις για τη θεραπεία ασθενών με εγκεφαλικό;		
Δεν μπορώ να πω	31	14,3
Μόνο ορισμένοι γιατροί είχαν επαρκείς γνώσεις	5	2,3
Οι περισσότεροι από τους γιατρούς είχαν επαρκείς γνώσεις	58	26,7
Όλοι οι γιατροί είχαν επαρκείς γνώσεις	123	56,7

Οι τιμές εκφράζονται ως απόλυτη συχνότητα N και σχετική συχνότητα (%).

Το 58,1% απάντησαν ότι όταν είχαν σημαντικές ερωτήσεις να ρωτήσουν σε γιατρό, λάμβαναν απαντήσεις που μπορούσατε να κατανοήσετε πάντα, το 90,3% ότι είχαν πάντα εμπιστοσύνη στους θεράποντες γιατρούς τους, το 89,4% ότι οι γιατροί δεν μιλούσαν μπροστά τους σαν να μην ήταν παρόντες/παρούσες και το 56,7% ότι, κατά τη γνώμη τους, όλοι οι θεράποντες γιατροί είχαν επαρκείς γνώσεις για τη θεραπεία ασθενών με εγκεφαλικό.

4.1.5. Νοσηλευτικό προσωπικό

Στον Πίνακα 4.5 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων ασθενών στην μελέτη αναφορικά με το νοσηλευτικό προσωπικό

Πίνακας 4.5: Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων ασθενών στην μελέτη αναφορικά με το νοσηλευτικό προσωπικό

	N	%
Όταν είχατε σημαντικές ερωτήσεις να ρωτήσετε σε νοσηλευτές, λαμβάνατε απαντήσεις που μπορούσατε να κατανοήσετε ;		
Δεν είχα ανάγκη να ρωτήσω κάτι	19	8,8
Δεν ήμουν σε θέση να ρωτήσω	27	12,4
Ναι, κάποιες φορές	43	19,8
Ναι, πάντα	127	58,5
Όχι, δεν λάμβανα απαντήσεις που μπορούσα να κατανοήσω	1	0,5
Είχατε εμπιστοσύνη στους νοσηλευτές που σας φρόντιζαν;		
Δεν αναφέρεται	1	0,5
Ναι, κάποιες φορές	19	8,8
Ναι, πάντα	195	89,9
Όχι	2	0,9
Μιλούσαν οι νοσηλευτές μπροστά σας σαν να μην ήσασταν παρών/παρούσα;		
Ναι, μερικές φορές	12	5,5

Ναι, συχνά	5	2,3
Όχι	200	92,2
Κατά τη γνώμη σας, το νοσηλευτικό προσωπικό που ασχολούνταν με τη φροντίδα σας ήταν επαρκές (αριθμητικά);		
Δεν ξέρω/δεν θυμάμαι	17	7,8
Κάποιες φορές το νοσηλευτικό προσωπικό ήταν επαρκές	84	38,7
Σπάνια (ή ποτέ) υπήρχε επαρκές νοσηλευτικό προσωπικό	30	13,8
Υπήρχε πάντα ή σχεδόν πάντα επαρκές νοσηλευτικό προσωπικό	86	39,6
Κατά τη γνώμη σας, οι νοσηλευτές είχαν επαρκείς γνώσεις για τη φροντίδα ασθενών με εγκεφαλικό;		
Δεν μπορώ να πω	27	12,4
Μόνο ορισμένοι νοσηλευτές είχαν επαρκείς γνώσεις	14	6,5
Οι περισσότεροι νοσηλευτές είχαν επαρκείς γνώσεις	61	28,1
Όλοι οι νοσηλευτές είχαν επαρκείς γνώσεις	115	53,0

Οι τιμές εκφράζονται ως απόλυτη συχνότητα N και σχετική συχνότητα (%).

Το 58,5% απάντησαν ότι όταν είχαν σημαντικές ερωτήσεις να ρωτήσουν σε νοσηλευτές, λάμβαναν απαντήσεις που μπορούσατε να κατανοήσετε πάντα, το 89,9% ότι είχαν πάντα εμπιστοσύνη στους νοσηλευτές που τους φρόντιζαν, το 92,2% ότι οι νοσηλευτές δεν μιλούσαν μπροστά τους σαν να μην ήταν παρόντες/παρούσες και το 53% ότι, κατά τη γνώμη τους, όλοι οι νοσηλευτές είχαν επαρκείς γνώσεις για τη θεραπεία ασθενών με εγκεφαλικό.

Τέλος, το 36,9% απάντησαν ότι, κατά τη γνώμη τους, υπήρχε πάντα ή σχεδόν πάντα επαρκές νοσηλευτικό προσωπικό.

4.1.6. Φροντίδα/Θεραπεία στο Νοσοκομείο

Στον Πίνακα 4.6 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων ασθενών στη μελέτη αναφορικά με τη φροντίδα/θεραπεία στο νοσοκομείο.

Πίνακας 4.6: Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων ασθενών στην μελέτη αναφορικά με τη φροντίδα/θεραπεία στο νοσοκομείο

	N	%
Συμμετείχατε στη διαμόρφωση των αποφάσεων σχετικά με τη φροντίδα σας και τη θεραπεία σας στο νοσοκομείο στο βαθμό που θέλατε (π.χ ώρες λήψης φαρμάκων, ώρες διενέργειας των φυσιοθεραπειών, απόφαση για θρομβόλυση, απόφαση για διενέργεια χειρουργείου);		
Δεν αναφέρεται	1	0,5
Ναι, απολύτως	98	45,2
Ναι, σε κάποιο βαθμό	57	26,3
Όχι, γιατί δεν ήμουν σε θέση να συμμετέχω στις αποφάσεις σχετικά με τη φροντίδα και τη θεραπεία μου	50	23,0
Όχι, δεν συμμετείχα στις αποφάσεις σχετικά με τη φροντίδα και τη θεραπεία μου, γιατί δεν μου δόθηκε αυτή η ευκαιρία	11	5,1
	N	%
Ήσασταν σε θέση να κατανοήσετε τις πληροφορίες που σας έδιναν στο νοσοκομείο σχετικά το εγκεφαλικό (που είχατε υποστεί);		
Δεν αναφέρεται	2	0,9
Δεν ελάμβανα καμία πληροφόρηση	1	0,5
Ναι, κατανοούσα κάποιες από τις πληροφορίες	48	22,1
Ναι, κατανοούσα τις περισσότερες ή όλες τις πληροφορίες	144	66,4

Όχι, κατανοούσα ένα μικρό μέρος των πληροφοριών ή καμία από τις πληροφορίες	22	10,1
Συζητήθηκε μαζί σας η διάγνωση του Αγγειακού Εγκεφαλικού Επεισοδίου;		
Δεν αναφέρεται	1	0,5
Δεν ήταν απαραίτητο να συζητηθεί	16	7,4
Δεν ξέρω/δεν θυμάμαι	17	7,8
Ναι, πλήρως	124	57,1
Ναι, σε κάποιο βαθμό	49	22,6
Όχι, δεν συζητήθηκε	10	4,6
Αν ένα μέλος της οικογένειάς σας ή κάποιο άλλο κοντινό σας πρόσωπο ήθελε να μιλήσει με μέλη του προσωπικού, είχε τη δυνατότητα να το κάνει;		
Δεν αναφέρεται	2	0,9
Δεν ήθελα η οικογένειά μου ή οι φίλοι μου να μιλούν με το προσωπικό	4	1,8
Δεν μπορώ να πω	2	0,9
Ναι, σαφώς	168	77,4
Ναι, σε κάποιο βαθμό	33	15,2
Όχι, αλλά δεν είχαν την επιθυμία ή δεν χρειάστηκε να μιλήσουν με το προσωπικό	3	1,4
Όχι, παρότι είχαν την επιθυμία να μιλήσουν με το προσωπικό	5	2,3
Όταν χρειάζοσασταν βοήθεια από το προσωπικό για να πάτε στην τουαλέτα/ή να χρησιμοποιήσετε «πάπια» (σκωραμίδα) τη λαμβάνατε εγκαίρως;		
Δεν αναφέρεται	1	0,5
Δεν χρειάζομαι βοήθεια από το προσωπικό	100	46,1
Είχα καθετήρα	42	19,4
Ναι, μερικές φορές	24	11,1
Ναι, πάντα	45	20,7
Όχι, δεν λάμβανα βοήθεια όταν τη χρειαζόμουν	5	2,3

	N	%
Όταν χρειάζοσασταν βοήθεια από το προσωπικό για την κατανάλωση των γευμάτων (για το φαγητό σας), τη λαμβάνετε την ώρα που τη θέλατε;		
Δεν αναφέρεται	3	1,4
Δεν χρειάζομαι βοήθεια από το προσωπικό	137	63,1
Είχα ρινογαστρικό σωλήνα	10	4,6
Ναι, μερικές φορές	24	11,1
Ναι, πάντα	40	18,4
Όχι, δεν λάμβανα βοήθεια όταν τη χρειαζόμουν	3	1,4
Όταν χρειάζοσασταν βοήθεια από το προσωπικό για το μπάνιο σας, τη λαμβάνετε την ώρα που τη θέλατε;		
Δεν αναφέρεται	2	0,9
Δεν χρειάζομαι βοήθεια από το προσωπικό	133	61,3
Ναι, μερικές φορές	38	17,5
Ναι, πάντα	39	18,0
Όχι, δεν λάμβανα βοήθεια όταν τη χρειαζόμουν	5	2,3
Κατά τη νοσηλεία σας, λαμβάνετε επαρκή βοήθεια όταν αντιμετωπίζατε δυσκολίες με την κατάποση;		
Δεν αναφέρεται	1	0,5
Δεν είχα δυσκολίες με την κατάποση	160	73,7
Ναι, πάντα	30	13,8
Ναι, σε κάποιο βαθμό	17	7,8
Όχι, δεν λάμβανα βοήθεια όταν τη χρειαζόμουν	9	4,1
Κατά τη νοσηλεία σας, λαμβάνετε επαρκή βοήθεια όταν αντιμετωπίζατε προβλήματα με την ομιλία και την επικοινωνία (π.χ. συνεδρίες λογοθεραπείας);		
Δεν αναφέρεται	2	0,9
Δεν είχα δυσκολίες με την ομιλία και την επικοινωνία	156	71,9
Ναι, σαφώς	16	7,4
Ναι, σε κάποιο βαθμό	23	10,6

Όχι, δεν λάμβανα βοήθεια όταν τη χρειαζόμουν	20	9,2
Κατά τη νοσηλείά σας, λαμβάνετε επαρκή φροντίδα/θεραπεία προκειμένου να βελτιώσετε την κινητικότητά σας (π.χ. συνεδρίες φυσικοθεραπείας);		
Δεν αναφέρεται	1	0,5
Δεν είχα κινητικές δυσκολίες	111	51,2
Ναι, σαφώς	52	24,0
Ναι, σε κάποιο βαθμό	33	15,2
Όχι, δεν λάμβανα φροντίδα όταν τη χρειαζόμουν	20	9,2
	N	%
Κατά τη νοσηλείά σας, λαμβάνετε επαρκή βοήθεια και υποστήριξη για την αντιμετώπιση τυχόν ζητημάτων ψυχολογικής φύσης που ενδεχομένως είχατε; (π.χ. σύγχυση, κατάθλιψη ή κλάμα);		
Δεν αναφέρεται	2	0,9
Δεν αντιμετώπιζα ψυχολογικής φύσεως προβλήματα	132	60,8
Ναι, σαφώς	27	12,4
Ναι, σε κάποιο βαθμό	29	13,4
Όχι, δεν λάμβανα φροντίδα όταν τη χρειαζόμουν	27	12,4
Ορισμένες φορές στα νοσοκομεία, ένα μέλος του προσωπικού μπορεί να λείπει το ένα πράγμα και ένα άλλο μέλος (του προσωπικού) μπορεί να λείπει κάτι άλλο κάπως διαφορετικό. Συνέβη αυτό σε εσάς;		
Δεν αναφέρεται	1	0,5
Ναι, κάποιες φορές	23	10,6
Ναι, συχνά	3	1,4
Όχι	190	87,6
Κατά τη νοσηλείά σας αισθανόσασταν ότι σας αντιμετώπιζαν με σεβασμό και αξιοπρέπεια;		
Δεν αναφέρεται	1	0,5

Ναι, κάποιες φορές	18	8,3
Ναι, πάντα	197	90,8
Όχι, σε έναν μικρό βαθμό ή καθόλου	1	0,5

Οι τιμές εκφράζονται ως απόλυτη συχνότητα *N* και σχετική συχνότητα (%).

4.1.7. Έξοδος από το Νοσοκομείο

Στον Πίνακα 4.7 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων ασθενών στην μελέτη αναφορικά με την έξοδο από το νοσοκομείο.

Πίνακας 4.7: Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων ασθενών στην μελέτη αναφορικά με την έξοδο από το νοσοκομείο

	N	%
Πριν φύγετε από το νοσοκομείο, σας έδωσε το προσωπικό οδηγίες για αναγκαίες αλλαγές που θα έπρεπε να κάνετε στον τρόπο ζωής σας (π.χ. αλλαγές στη διατροφή, αύξηση φυσικής δραστηριότητας, διακοπή καπνίσματος) ώστε να προλάβετε την εκδήλωση ενός νέου εγκεφαλικού;		
Δεν αναφέρεται	1	0,5
Δεν ξέρω/δεν θυμάμαι	13	6,0
Δεν χρειάζονται να λάβω τέτοια πληροφόρηση	28	12,9
Ναι	156	71,9
Όχι, δεν έλαβα καμία τέτοια πληροφόρηση	19	8,8
	N	%
Σας εξήγησε κάποιο μέλος του προσωπικού το σκοπό των φαρμάκων που θα παίρνατε στο σπίτι με τρόπο κατανοητό για εσάς;		
Δεν αναφέρεται	1	0,5
Δεν είχα (δεν χρειάζονται) να παίρνω φάρμακα (στο σπίτι)	6	2,8
Δεν ξέρω/δεν θυμάμαι	10	4,6
Δεν χρειάζονται καμία εξήγηση	16	7,4

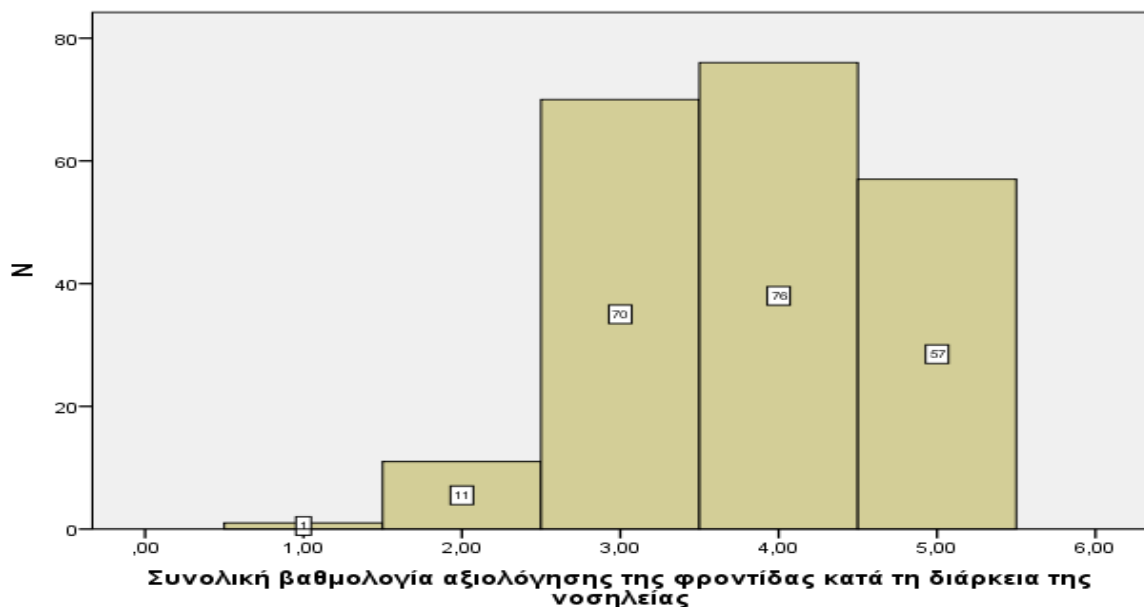
Ναι, πλήρως	142	65,4
Ναι, σε κάποιο βαθμό	39	18,0
Όχι, δεν μου εξήγησε	3	1,4
Πριν φύγετε από το νοσοκομείο λάβατε επαρκή πληροφόρηση (οδηγίες) για τον τρόπο λήψης των φαρμάκων (π.χ. πότε να τα παίρνετε, για πόσο διάστημα, αν έπρεπε να τα παίρνετε με φαγητό);		
Δεν αναφέρεται	1	0,5
Δεν είχα (δεν χρειαζόμουν) να παίρνω φάρμακα (στο σπίτι)	7	3,2
Δεν ήθελα καμία πληροφόρηση	8	3,7
Δεν ξέρω/δεν θυμάμαι	7	3,2
Έλαβα κάποια πληροφόρηση, αλλά όχι επαρκή	17	7,8
Καμία πληροφόρηση δεν έλαβα, παρότι ήθελα	1	0,5
Ναι, έλαβα επαρκή πληροφόρηση	176	81,1
Σας ενημέρωσε κάποιο μέλος του προσωπικού για (ενδεχόμενες) παρενέργειες των φαρμάκων που θα έπρεπε να παρακολουθείτε στο σπίτι;		
Δεν αναφέρεται	1	0,5
Δεν είχα (δεν χρειαζόμουν) να παίρνω φάρμακα (στο σπίτι)	6	2,8
Δεν ξέρω/δεν θυμάμαι	15	6,9
Δεν χρειαζόμουν κάποια ενημέρωση	28	12,9
Ναι, πλήρως	30	13,8
Ναι, σε κάποιον βαθμό	40	18,4
Όχι, δεν ενημερώθηκα για παρενέργειες	97	44,7
Σας ενημέρωσε το προσωπικό του νοσοκομείου με ποιον θα μπορούσατε να επικοινωνήσετε σε περίπτωση που είχατε κάποιο ερώτημα/προβληματισμό για την κατάσταση της υγείας σας ή τη θεραπεία μετά την έξοδό σας από το νοσοκομείο;		
Δεν αναφέρεται	2	0,9

Δεν ήταν απαραίτητο	9	4,1
Δεν ξέρω/δεν θυμάμαι	12	5,5
Ναι	172	79,3
Όχι, δεν μου είπε κανείς	22	10,1
	N	%
Το προσωπικό του νοσοκομείου σας παρέιχε πληροφορίες σχετικά με εθνικούς οργανισμούς/φορείς που ασχολούνται με τα εγκεφαλικά ή /και χρήσιμες ιστοσελίδες;		
Δεν αναφέρεται	1	0,5
Δεν είμαι σίγουρος/η / δεν θυμάμαι	72	33,2
Ναι	24	11,1
Όχι, αλλά έλαβα πληροφόρηση από άλλους	34	15,7
Όχι, παρότι θα ήθελα να έχω τέτοια πληροφόρηση	86	39,6
Συνολικά, πώς θα αξιολογούσατε τη φροντίδα που λάβατε από το νοσοκομείο;		
Εξαιρετική	57	26,3
Καλή	69	31,8
Μέτρια	11	5,1
Πολύ καλή	77	35,5
Φτωχή	1	0,5
Φεύγοντας από το νοσοκομείο σας ενημέρωσαν οι γιατροί για την ανάγκη να ακολουθήσετε κάποιο πρόγραμμα αποκατάστασης (π.χ. λογοθεραπείες, φυσικοθεραπείες;)		
Δεν αναφέρεται	2	0,9
Δεν ήταν απαραίτητες τέτοιου είδους υπηρεσίες για μένα	107	49,3
Ελάμβανα τέτοιου είδους υπηρεσίες και πριν από την εκδήλωση του εγκεφαλικού	6	2,8
Ναι, σαφώς	68	31,3
Ναι, σε κάποιο βαθμό	22	10,1
Όχι, παρότι χρειαζόμουν τέτοιου είδους υπηρεσίες	12	5,5

Λάβατε βοήθεια από την κοινωνική υπηρεσία του νοσοκομείου από το οποίο εξήλθατε σχετικά με τον τρόπο που θα μπορούσατε να αναζητήσετε διαθέσιμα επιδόματα (βοηθήματα);		
Δεν αναφέρεται	1	0,5
Δεν ήταν απαραίτητα για μένα τέτοιους είδους επιδόματα/βοηθήματα	168	77,4
Ναι, έλαβα βοήθεια για κάποια από τα επιδόματα/βοηθήματα που χρειαζόμουν	8	3,7
Ναι, έλαβα βοήθεια για όλα τα επιδόματα/βοηθήματα που χρειαζόμουν	7	3,2
Όχι, παρότι χρειαζόμουν τέτοιου είδους επιδόματα/βοηθήματα	33	15,2

Οι τιμές εκφράζονται ως απόλυτη συχνότητα N και σχετική συχνότητα (%).

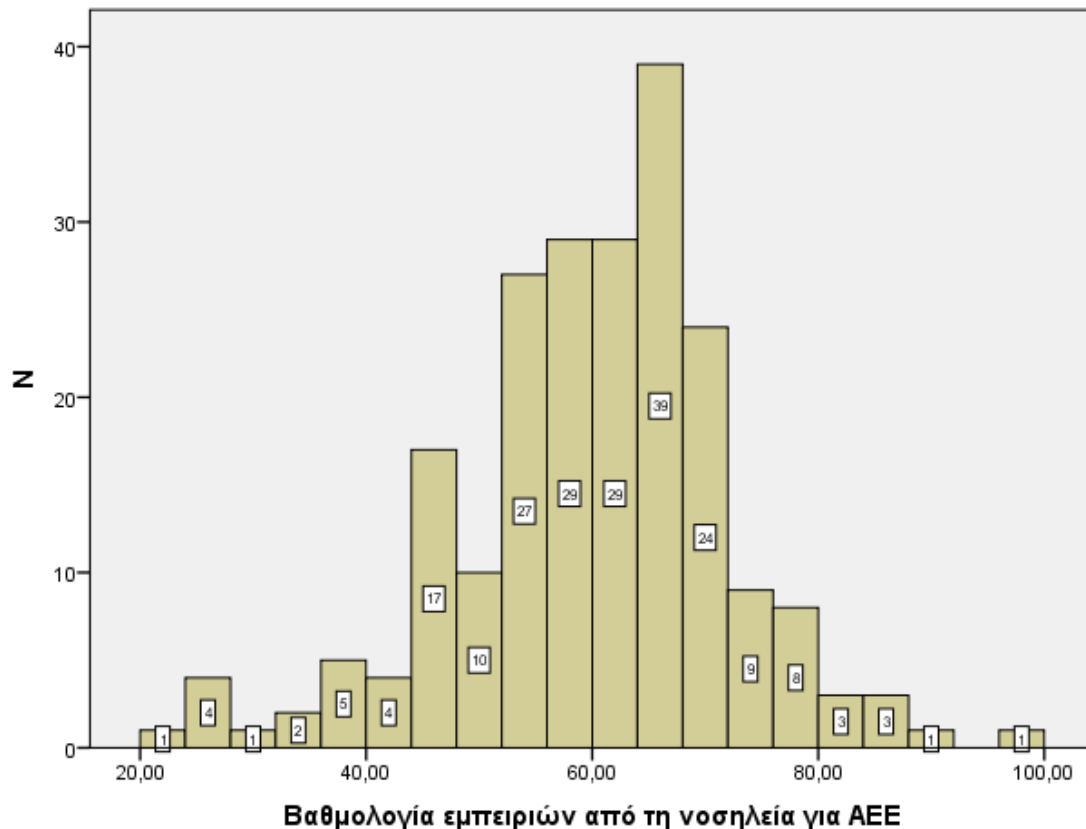
Η μέση συνολική βαθμολογία αξιολόγησης της φροντίδας κατά τη διάρκεια της νοσηλείας ήταν 3,8, η τυπική απόκλιση ήταν 0,9, η διάμεσος ήταν 4,0, η ελάχιστη τιμή ήταν 1 και η μέγιστη τιμή ήταν 5 (Γράφημα 4.1).



Γράφημα 4.1: Ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων της συνολικής βαθμολογίας αξιολόγησης της φροντίδας κατά τη διάρκεια της νοσηλείας.

4.1.8. Βαθμολογία εμπειριών από τη νοσηλεία για ΑΕΕ

Η μέση βαθμολογία εμπειριών από τη νοσηλεία για ΑΕΕ ήταν 60,1, η τυπική απόκλιση ήταν 12,1, η διάμεσος ήταν 60,9, η ελάχιστη τιμή ήταν 22,2 και η μέγιστη τιμή ήταν 98,5 (Γράφημα 4.2).



Γράφημα 4.2: Ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων της βαθμολογίας εμπειριών από τη νοσηλεία για ΑΕΕ

4.2 Αναλύσεις Συσχετίσεων

4.2.1. Εξαρτημένη μεταβλητή: Βαθμολογία εμπειριών από τη νοσηλεία για ΑΕΕ

Στον Πίνακα 4.8 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στη βαθμολογία εμπειριών από τη νοσηλεία για ΑΕΕ και διαφόρων χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων ασθενών στη μελέτη.

Πίνακας 4.8: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στη βαθμολογία εμπειριών από τη νοσηλεία για ΑΕΕ και διαφόρων χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων ασθενών στη μελέτη

Χαρακτηριστικό	Μέση βαθμολογία εμπειριών από τη νοσηλεία για ΑΕΕ (τυπική απόκλιση)	Τιμή p
Φύλο		0,158^α
Άρρεν	61,2 (12,4)	
Θήλυ	58,9 (11,7)	
Ηλικία	-0,002 ^β	0,976 ^β
Τύπος αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου		0,489 ^α
Αιμορραγικό	61,4 (12,2)	
Ισχαιμικό	59,6 (12,1)	
Ημέρες νοσηλείας σε Stroke Unit	0,120 ^γ	0,157^γ
Ημέρες νοσηλείας σε ΜΕΘ/ΜΑΦ	0,083 ^γ	0,224 ^γ
Διάρκεια Νοσηλείας / Συνολικές ημέρες νοσηλείας	0,013 ^γ	0,852 ^γ
Αυτοεξυπηρετούμενος πριν την εισαγωγή		0,564 ^α
Ναι	60,2 (11,7)	
Όχι	58,9 (14,4)	
mRS - Προ εισαγωγής	-0,021 ^γ	0,755 ^γ
mRS - Κατά την έξοδο από το νοσοκομείο	0,117 ^γ	0,085 ^γ
mRS - Επανεκτίμηση στον έναν μήνα μετά την έξοδο από το νοσοκομείο	0,069 ^γ	0,326 ^γ
NIHSS score εισόδου	0,041 ^γ	0,548 ^γ
NIHSS score εξόδου	0,009 ^γ	0,895 ^γ
Τύπος Νοσοκομείου από το οποίο εξήλθε ο ασθενής		0,310 ^α
Μη Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο	59,2 (12,1)	
Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο	60,8 (12,1)	
Θεωρείτε ότι η διάγνωση του εγκεφαλικού σας έγινε έγκαιρα;		<0,001^α
Ναι	62,7 (10,3)	

Όχι	54,0 (11,7)	
Κατά τη γνώμη σας, η εισαγωγή σας στο νοσοκομείο έγινε έγκαιρα;		0,009^α
Ναι	62,2 (10,7)	
Όχι	57,4 (11,9)	
Κατά τη γνώμη σας, το νοσηλευτικό προσωπικό που ασχολούνταν με τη φροντίδα σας ήταν επαρκές (αριθμητικά);		0,145^α
Ναι	62,0 (10,9)	
Όχι	58,9 (11,1)	
Συμμετείχατε στη διαμόρφωση των αποφάσεων σχετικά με τη φροντίδα σας και τη θεραπεία σας στο νοσοκομείο στο βαθμό που θέλατε;		<0,001^α
Ναι	62,6 (10,1)	
Όχι	54,1 (14,7)	
Σας ενημέρωσε κάποιο μέλος του προσωπικού για (ενδεχόμενες) παρενέργειες των φαρμάκων που θα έπρεπε να παρακολουθείτε στο σπίτι;		<0,001^α
Ναι	67,2 (10,1)	
Όχι	58,0 (11,3)	
Λάβατε βοήθεια από την κοινωνική υπηρεσία του νοσοκομείου σχετικά με τον τρόπο που θα μπορούσατε να αναζητήσετε διαθέσιμα επιδόματα (βοηθήματα);		0,011^α
Ναι	67,5 (14,2)	
Όχι	58,0 (10,2)	

Οι τιμές εκφράζονται ως μέση τιμή (τυπική απόκλιση), εκτός και εάν δηλώνεται διαφορετικά.

^α Έλεγχος *t*, ^β Συντελεστής συσχέτισης *Pearson*, ^γ Συντελεστής συσχέτισης *Spearman*

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,05 ($p < 0,05$) μεταξύ της βαθμολογίας εμπειριών από τη νοσηλεία και πέντε ανεξάρτητων μεταβλητών:

- Οι ασθενείς που απάντησαν ότι θεωρούσαν ότι η διάγνωση του εγκεφαλικού τους έγινε έγκαιρα είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία εμπειριών από τη νοσηλεία για ΑΕΕ (αξιολόγησαν πιο θετικά τη εμπειρία από τη νοσηλεία τους λόγω του ΑΕΕ που υπέστησαν) ($p < 0,001$).
- Οι ασθενείς που απάντησαν ότι θεωρούσαν ότι η εισαγωγή τους στο νοσοκομείο έγινε έγκαιρα είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία εμπειριών από τη νοσηλεία για ΑΕΕ (αξιολόγησαν πιο θετικά τη εμπειρία από τη νοσηλεία τους λόγω του ΑΕΕ που υπέστησαν) ($p = 0,009$).
- Οι ασθενείς που απάντησαν ότι συμμετείχαν στη διαμόρφωση των αποφάσεων σχετικά με τη φροντίδα τους και τη θεραπεία τους στο νοσοκομείο στο βαθμό που ήθελαν είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία εμπειριών από τη νοσηλεία για ΑΕΕ (αξιολόγησαν πιο θετικά την εμπειρία από τη νοσηλεία τους λόγω του ΑΕΕ που υπέστησαν) ($p < 0,001$).
- Οι ασθενείς που έλαβαν ενημέρωση από κάποιο μέλος του προσωπικού για (ενδεχόμενες) παρενέργειες των φαρμάκων που θα έπρεπε να παρακολουθούν στο σπίτι είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία εμπειριών από τη νοσηλεία για ΑΕΕ (αξιολόγησαν πιο θετικά τη εμπειρία από τη νοσηλεία τους λόγω του ΑΕΕ που υπέστησαν) ($p < 0,001$).
- Οι ασθενείς που έλαβαν βοήθεια από την κοινωνική υπηρεσία του νοσοκομείου σχετικά με τον τρόπο που θα μπορούσαν να αναζητήσουν διαθέσιμα επιδόματα (βοηθήματα) είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία εμπειριών από τη νοσηλεία για ΑΕΕ (αξιολόγησαν πιο θετικά τη εμπειρία από τη νοσηλεία τους λόγω του ΑΕΕ που υπέστησαν) σε σχέση με τους ασθενείς που δεν έλαβαν σχετική βοήθεια ($p = 0,011$).

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) μεταξύ της βαθμολογίας εμπειριών από τη νοσηλεία και 8 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον Πίνακα 4.9.

Πίνακας 4.9: Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία εμπειριών από τη νοσηλεία για ΑΕΕ

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Ημέρες νοσηλείας σε Stroke Unit	1,713	0,921 έως 2,505	<0,001
Σας ενημέρωσε κάποιο μέλος του προσωπικού για (ενδεχόμενες) παρενέργειες των φαρμάκων που θα έπρεπε να παρακολουθείτε στο σπίτι;	-10,103	-16,789 έως -3,417	0,005

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτει ότι:

- Η αύξηση της διάρκειας νοσηλείας σε Stroke Unit σχετιζόταν με αύξηση της βαθμολογίας εμπειριών από τη νοσηλεία για ΑΕΕ ($p < 0,001$).
- Οι ασθενείς που απάντησαν ότι τους ενημέρωσε κάποιο μέλος του προσωπικού για (ενδεχόμενες) παρενέργειες των φαρμάκων που θα έπρεπε να παρακολουθούν στο σπίτι είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία εμπειριών από τη νοσηλεία για ΑΕΕ (αξιολόγησαν πιο θετικά τη εμπειρία από τη νοσηλεία τους λόγω του ΑΕΕ που υπέστησαν) σε σχέση με τους ασθενείς που δεν έλαβαν σχετική ενημέρωση ($p = 0,005$).

Το παραπάνω υπόδειγμα ερμηνεύει το 52% της μεταβλητότητας της συνολική βαθμολογία εμπειριών από τη νοσηλεία για ΑΕΕ.

4.2.2. Εξαρτημένη μεταβλητή: Συνολική βαθμολογία αξιολόγησης της φροντίδας κατά τη διάρκεια της νοσηλείας

Στον Πίνακα 4.10 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στη συνολική βαθμολογία αξιολόγησης της φροντίδας κατά τη διάρκεια της νοσηλείας και διαφόρων χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων ασθενών στη μελέτη.

Πίνακας 4.10: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στη συνολική βαθμολογία αξιολόγησης της φροντίδας κατά τη διάρκεια της νοσηλείας και διαφόρων χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων ασθενών στη μελέτη

Χαρακτηριστικό	Μέση συνολική βαθμολογία αξιολόγησης της φροντίδας κατά τη διάρκεια της νοσηλείας (τυπική απόκλιση)	Τιμή p
Φύλο		0,019^α
Άρρεν	4,0 (0,9)	
Θήλυ	3,7 (0,8)	
Ηλικία	-0,032 ^β	0,638 ^β
Τύπος αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου		0,770^α
Αιμορραγικό	3,9 (1,0)	
Ισχαιμικό	3,8 (0,9)	
Ημέρες νοσηλείας σε Stroke Unit	0,034 ^γ	0,692 ^γ
Ημέρες νοσηλείας σε ΜΕΘ/ΜΑΦ	0,115 ^γ	0,093^γ
Διάρκεια Νοσηλείας / Συνολικές ημέρες νοσηλείας	-0,046 ^γ	0,501 ^γ
Αυτοεξυπηρετούμενος πριν την εισαγωγή		0,193^α
Ναι	3,9 (0,9)	
Όχι	3,6 (1,0)	
mRS - Προ εισαγωγής	-0,059 ^γ	0,392 ^γ

mRS - Κατά την έξοδο από το νοσοκομείο	-0,032 ^Υ	0,641 ^Υ
mRS - Επανεκτίμηση στον έναν μήνα μετά την έξοδο από το νοσοκομείο	-0,063 ^Υ	0,368 ^Υ
NIHSS score εισόδου	-0,055 ^Υ	0,420 ^Υ
NIHSS score εξόδου	-0,131 ^Υ	0,057^Υ
Τύπος Νοσοκομείου από το οποίο εξήλθε ο ασθενής		0,940 ^Α
Μη Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο	3,8 (0,9)	
Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο	3,8 (0,9)	
Θεωρείτε ότι η διάγνωση του εγκεφαλικού σας έγινε έγκαιρα;		0,572 ^Α
Ναι	3,9 (0,8)	
Όχι	3,8 (1,1)	
Κατά τη γνώμη σας, η εισαγωγή σας στο νοσοκομείο έγινε έγκαιρα;		0,889 ^Α
Ναι	3,9 (0,9)	
Όχι	3,8 (1,0)	
Κατά τη γνώμη σας, το νοσηλευτικό προσωπικό που ασχολούνταν με τη φροντίδα σας ήταν επαρκές (αριθμητικά);		0,033^Α
Ναι	3,9 (0,9)	
Όχι	3,5 (1,0)	
Συμμετείχατε στη διαμόρφωση των αποφάσεων σχετικά με τη φροντίδα σας και τη θεραπεία σας στο νοσοκομείο στο βαθμό που θέλατε;		0,267 ^Α
Ναι	3,9 (0,9)	
Όχι	3,7 (0,9)	
Σας ενημέρωσε κάποιο μέλος του προσωπικού για (ενδεχόμενες) παρενέργειες των φαρμάκων που θα έπρεπε να παρακολουθείτε στο σπίτι;		0,004^Α
Ναι	4,1 (1,0)	

Όχι	3,6 (0,8)	
Λάβατε βοήθεια από την κοινωνική υπηρεσία του νοσοκομείου σχετικά με τον τρόπο που θα μπορούσατε να αναζητήσετε διαθέσιμα επιδόματα (βοηθήματα);		0,007^α
Ναι	4,2 (0,9)	
Όχι	3,4 (0,9)	

Οι τιμές εκφράζονται ως μέση τιμή (τυπική απόκλιση), εκτός και εάν δηλώνεται διαφορετικά.

^α Έλεγχος *t*, ^β Συντελεστής συσχέτισης *Pearson*, ^γ Συντελεστής συσχέτισης *Spearman*

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,05 ($p < 0,05$) μεταξύ της συνολικής βαθμολογίας αξιολόγησης της φροντίδας κατά τη διάρκεια της νοσηλείας και 4 ανεξάρτητων μεταβλητών:

- Οι άνδρες είχαν μεγαλύτερη συνολική βαθμολογία αξιολόγησης της φροντίδας κατά τη διάρκεια της νοσηλείας σε σχέση με τις γυναίκες ($p=0,019$).
- Οι ασθενείς που απάντησαν ότι υπήρχε πάντα ή σχεδόν πάντα επαρκές νοσηλευτικό προσωπικό είχαν μεγαλύτερη συνολική βαθμολογία αξιολόγησης της φροντίδας κατά τη διάρκεια της νοσηλείας ($p=0,033$).
- Οι ασθενείς που έλαβαν ενημέρωση από κάποιο μέλος του προσωπικού για (ενδεχόμενες) παρενέργειες των φαρμάκων που θα έπρεπε να παρακολουθούν στο σπίτι είχαν μεγαλύτερη συνολική βαθμολογία αξιολόγησης της φροντίδας κατά τη διάρκεια της νοσηλείας ($p=0,004$).
- Οι ασθενείς που έλαβαν βοήθεια από την κοινωνική υπηρεσία του νοσοκομείου σχετικά με τον τρόπο που θα μπορούσαν να αναζητήσουν διαθέσιμα επιδόματα (βοηθήματα) είχαν μεγαλύτερη

συνολική βαθμολογία αξιολόγησης της φροντίδας κατά τη διάρκεια της νοσηλείας σε σχέση με τους ασθενείς που δεν έλαβαν σχετική βοήθεια ($p=0,007$).

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p<0,20$) μεταξύ της συνολικής βαθμολογίας αξιολόγησης της φροντίδας κατά τη διάρκεια της νοσηλείας και επτά ανεξάρτητων μεταβλητών. Για το λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον Πίνακα 4.11.

Πίνακας 4.11: Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την συνολική βαθμολογία αξιολόγησης της φροντίδας κατά τη διάρκεια της νοσηλείας

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Λήψη βοήθειας από κοινωνική υπηρεσία του νοσοκομείου νοσηλείας σχετικά με τον τρόπο που θα μπορούσαν να αναζητήσουν διαθέσιμα επιδόματα (βοηθήματα)	-0,988	-1,563 έως -0,413	0,001

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτει ότι:

- Οι ασθενείς που έλαβαν βοήθεια από την κοινωνική υπηρεσία του νοσοκομείου σχετικά με τον τρόπο που θα μπορούσαν να αναζητήσουν διαθέσιμα επιδόματα (βοηθήματα) είχαν μεγαλύτερη συνολική βαθμολογία αξιολόγησης της φροντίδας κατά τη διάρκεια της νοσηλείας σε σχέση με τους ασθενείς που δεν έλαβαν σχετική βοήθεια ($p=0,001$).

Το παραπάνω υπόδειγμα ερμηνεύει το **22,1%** της μεταβλητότητας της συνολική βαθμολογία αξιολόγησης της φροντίδας κατά τη διάρκεια της νοσηλείας.

5. ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης και επιχειρώντας να σκιαγραφήσουμε την ενδονοσοκομειακή εμπειρία των ασθενών με ΑΕΕ, οι συμμετέχοντες είναι στην πλειονότητά τους (51,65%) άνδρες ασθενείς με καρδιαγγειακά νοσήματα που είχαν υποστεί Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο και η μέση ηλικία όλων των ασθενών ήταν τα 75,2 έτη με το 86,6% να αποτελεί το ποσοστό που υπέστη ισχαιμικό εγκεφαλικό και η μέση τιμή των συνολικών ημερών νοσηλείας ήταν οι 8 ημέρες γεγονός που υποδηλώνει ζωτικής σημασίας την παροχή ποιοτικής ενδονοσοκομειακής φροντίδας κατά το διάστημα αυτό. Ακόμη, είναι σημαντικό να σημειωθεί πως το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών απάντησαν πως θα αξιολογούσαν τη φροντίδα που έλαβαν από το νοσοκομείο ως εξαιρετική (26,3%), πολύ καλή (35,5%), καλή (31,8%) ενώ σε ένα αρκετά μικρό ποσοστό αξιολόγησε την εμπειρία του από μέτρια (5,1%) έως φτωχή (0,5%).

Όσον αφορά στην ικανοποίηση των ασθενών από το ιατρικό προσωπικό, τα ευρήματα της παρούσας μελέτης έδειξαν ότι οι συμμετέχοντες έμειναν αρκετά ικανοποιημένοι ως προς την φροντίδα που δέχτηκαν. Αναλυτικότερα, το 58,1% απάντησαν ότι όταν είχαν σημαντικές ερωτήσεις να ρωτήσουν σε γιατρό, λάμβαναν απαντήσεις που μπορούσαν να κατανοήσουν πάντα, το 90,3% ότι είχαν πάντα εμπιστοσύνη στους θεράποντες γιατρούς τους, το 89,4% ότι οι γιατροί δεν μιλούσαν μπροστά τους σαν να μην ήταν παρόντες/παρούσες και το 56,7% ότι, κατά τη γνώμη τους, όλοι οι θεράποντες γιατροί είχαν επαρκείς γνώσεις για τη θεραπεία ασθενών με εγκεφαλικό.

Όσον αφορά στην ικανοποίηση των ασθενών από το νοσηλευτικό προσωπικό, τα ευρήματα της παρούσας μελέτης έδειξαν ότι οι συμμετέχοντες έμειναν αρκετά ικανοποιημένοι ως προς την φροντίδα που δέχτηκαν καθώς το 58,5% απάντησαν ότι όταν είχαν σημαντικές ερωτήσεις να ρωτήσουν σε νοσηλευτές, λάμβαναν απαντήσεις που μπορούσαν να κατανοήσουν πάντα, το 89,9% ότι είχαν πάντα εμπιστοσύνη στους νοσηλευτές που τους φρόντιζαν. Το 92,2% απάντησε ότι οι νοσηλευτές δεν μιλούσαν μπροστά τους σαν να μην ήταν παρόντες/παρούσες και το 53% ότι, κατά τη γνώμη τους, όλοι οι νοσηλευτές είχαν επαρκείς γνώσεις για τη θεραπεία ασθενών με εγκεφαλικό.

Αναφορικά με το μικρότερο βαθμό ικανοποίησης που παρουσιάζεται στους συμμετέχοντες φαίνεται πως μόνο το 36,9% απάντησαν ότι, κατά τη γνώμη τους, υπήρχε πάντα ή σχεδόν πάντα επαρκές νοσηλευτικό προσωπικό γεγονός που υποδηλώνει έλλειψη στην επάρκεια του νοσηλευτικού προσωπικού.

Άλλες διαστάσεις από τις οποίες οι ασθενείς δεν έμειναν ιδιαίτερα ικανοποιημένοι σε σχέση με τις προσδοκίες τους αφορούν την ενημέρωση από κάποιο μέλος του προσωπικού για (ενδεχόμενες) παρενέργειες των φαρμάκων που θα έπρεπε να παρακολουθούν στο σπίτι με το 44,7 % να απαντά πως δεν ενημερώθηκε για παρενέργειες ενώ στην ερώτηση για το εάν το προσωπικό του νοσοκομείου παρείχε πληροφορίες σχετικά με εθνικούς οργανισμούς/φορείς που ασχολούνται με τα εγκεφαλικά ή /και χρήσιμες ιστοσελίδες το 39,6 % απαντά πως δεν ενημερώθηκε ποτέ ενώ θα ήθελε να έχει τέτοια πληροφόρηση. Με βάση τα παραπάνω αποτελέσματα σχετικά με την επάρκεια του προσωπικού προκύπτει πως μέλημα του κράτους αποτελεί η επάνδρωση των νοσοκομείων με επαρκές τόσο ιατρικό όσο και νοσηλευτικό προσωπικό προκειμένου η φροντίδα να είναι όσο το δυνατό εξατομικευμένη αλλά και εξειδικευμένη από εκπαιδευμένο και καταρτισμένο προσωπικό.

Η θετική συσχέτιση στεφανιαίας νόσου με τους παράγοντες κινδύνου, όπως είναι το κάπνισμα, ο σακχαρώδης διαβήτης, η δυσλιπιδαιμία, η υπέρταση και το οικογενειακό ιστορικό, επιβεβαιώνεται από τα ποσοστά εμφάνισης των παραγόντων αυτών στους ασθενείς του δείγματος.[25,30] Με βάση τις δυσμενείς επιδράσεις του ΑΕΕ στην ποιότητα ζωής, επιβάλλεται η καλύτερη αντιμετώπιση των παραγόντων κινδύνου για ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο στο γενικό πληθυσμό με στόχο την πρωτογενή πρόληψη όπως ενημέρωση του πληθυσμού μέσω διοργάνωσης εκδηλώσεων και σεμιναρίων σχετικά με την πρόληψη και τη θεραπεία νοσημάτων της καρδιάς – μεθόδων διακοπής καπνίσματος και μέτρα διαχείρισης του άγχους θα μπορούσε να προσφέρει επιπρόσθετα οφέλη στη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους.[44]

Το ΑΕΕ επηρεάζει ποικιλοτρόπως τη ζωή ενός ανθρώπου και αποτελεί μια από τις κυριότερες αιτίες αναπηρίας σε ενήλικες και η δεύτερη αιτία θανάτου στις ανεπτυγμένες χώρες. Ένα σημαντικό ποσοστό των επιζώντων

από εγκεφαλικό επεισόδιο αδυνατούν να ζήσουν στην ανοιχτή κοινότητα, καθώς συνήθως χρειάζονται μακροχρόνια φροντίδα.[72] Στο σημείο αυτό ο τομέας υγείας της αποκατάστασης συμβάλει σημαντικά στη βελτίωση του βιοψυχικού επιπέδου. Η αποκατάσταση του ΑΕΕ είναι ετερογενής ως προς τη φύση της και κατά περίπτωση υποκειμενική. Η μακροπρόθεσμη επιρροή του επεισοδίου προσδιορίζεται από τη θέση και το μέγεθος της αρχικής βλάβης στον εγκέφαλο και από το πλαίσιο της μεταγενέστερης ανάρρωσης. Η αποκατάσταση είναι πολύπλοκη διαδικασία που συνήθως επιτυγχάνεται μέσω ενός συνδυασμού αποτελεσματικής ενδονοσοκομειακής φροντίδας αλλά και εξωνοσοκομειακής υποστήριξης μέσω προγραμμάτων αποκατάστασης αλλά και μέσω ενίσχυσης των ατόμων με ειδικά επιδόματα προκειμένου να εξασφαλίσουν και να καλύψουν τις ανάγκες τους με τελικό σκοπό τη βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενή.[73]

Από την ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας συμπεραίνουμε ότι η ποιότητα ζωής των ασθενών με καρδιαγγειακά νοσήματα έχει απασχολήσει σε μεγάλο βαθμό τη διεθνή επιστημονική κοινότητα, με τους ερευνητές να έχουν προσπαθήσει να προσεγγίσουν το θέμα από διαφορετικές οπτικές γωνίες.

Ιδιαίτερα η αξιολόγηση των εμπειριών των ασθενών με καρδιαγγειακά νοσήματα φαίνεται να αποτελεί ισχυρό μέσο των ερευνητών ως προς τη βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης ενδονοσοκομειακής φροντίδας.[74]

Η βελτίωση της παρεχόμενης ενδονοσοκομειακής φροντίδας ασθενών με καρδιαγγειακά νοσήματα είναι λοιπόν αναγκαίο να στηρίζεται σε ένα εθνικό σχέδιο δράσης για τα νοσήματα αυτά αποτελώντας έτσι πυλώνα στήριξης συστηματικής δραστηριοποίησης όλων των εμπλεκόμενων επιστημονικών και κοινωνικών φορέων για την πρόληψη και τη θεραπεία των καρδιαγγειακών νοσημάτων μέσω αποδοτικών, αποτελεσματικών και ποιοτικών υπηρεσιών.

Αποστολή ενός τέτοιου σχεδίου δράσης είναι η θεμελίωση μίας ολοκληρωμένης και βιώσιμης οριζόντιας πολιτικής με σκοπό: (α) την πρωτογενή και δευτερογενή πρόληψη των καρδιαγγειακών νοσημάτων, (β) την αποτελεσματική θεραπεία των καρδιαγγειακών νοσημάτων, (γ) την αποδοτική και ποιοτική λειτουργία των υπηρεσιών που εμπλέκονται στην πρόληψη, στη θεραπεία και στην αποκατάσταση των καρδιαγγειακών

νοσημάτων, (δ) την υλοποίηση των αναγκαίων πολιτικών και δράσεων μέσω στοχευμένων προγραμμάτων. [75]

Σχετικά με την βελτίωση της ποιότητας των ενδονοσοκομειακών θεραπευτικών υπηρεσιών για την αντιμετώπιση καρδιαγγειακών νοσημάτων βασική προϋπόθεση αποτελεί:

- Η ενίσχυση, βελτίωση και αναβάθμιση των εγκαταστάσεων και του εξοπλισμού των καρδιολογικών κλινικών των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ.
- Ύπαρξη εξειδικευμένου και επαρκούς αριθμητικά επιστημονικού δυναμικού στον τομέα της καρδιολογίας μέσω της καθιέρωσης ελάχιστων απαιτήσεων εκπαίδευσης για το προσωπικό με στόχο την εξατομικευμένη φροντίδα.
- Καθιέρωση πρότυπων διαδικασιών: της λειτουργίας των καρδιολογικών μονάδων, της ποιότητας του χρησιμοποιούμενου τεχνολογικού εξοπλισμού, των προδιαγραφών ποιότητας των χρησιμοποιούμενων αναλώσιμων υλικών.
- Καθορισμός συστήματος εσωτερικής και εξωτερικής αξιολόγησης προσωπικού (ιατροί, νοσηλευτές).
- Εκπαιδευτικές και ενημερωτικές ημερίδες του προσωπικού βάση των προσφάτων κατευθυντήριων γραμμών για την αντιμετώπιση καρδιαγγειακών παθήσεων ως μέτρο συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και παροχής εξειδικευμένης φροντίδας.
- Ανάπτυξη ενημερωτικού υλικού για τους ασθενείς σχετικά με: την υγιεινή διατροφή, την πρόληψη της παχυσαρκίας, τη σωματική δραστηριότητα, την πρόληψη της κατανάλωσης αλκοόλ, την πρόληψη του καπνίσματος, εθνικούς οργανισμούς/φορείς και χρήσιμες ιστοσελίδες που ασχολούνται με καρδιαγγειακά και εγκεφαλικά νοσήματα.
- Η ανάπτυξη λειτουργικής διασύνδεσης μεταξύ των καρδιολογικών μονάδων και των μονάδων μεταθεραπευτικής παρακολούθησης για την παραπομπή των θεραπευμένων ατόμων.
- Η ανάπτυξη ενός δικτύου πρότυπων καρδιολογικών κέντρων αναφοράς στα πανεπιστημιακά νοσοκομεία σύμφωνα με την πρότυπη διαπιστευμένη λειτουργία του καρδιοχειρουργικού κέντρου «ΩΝΑΣΕΙΟ» για την αποτελεσματική θεραπεία, καταγραφή και

αξιολόγηση των κρουσμάτων καρδιαγγειακών νοσημάτων στο γενικό πληθυσμό της χώρας.[76]

Καθ' όλη τη διάρκεια διεξαγωγής της μελέτης παρατηρήθηκε σε γενικές γραμμές μία θετική στάση των ασθενών του δείγματος όσον αφορά τις ερωτήσεις σχετικά με την ποιότητα ζωής. Το γεγονός αυτό έρχεται σε συμφωνία με ευρήματα άλλων ερευνών, σύμφωνα με τα οποία οι ασθενείς προτιμούν μία περισσότερο ολιστική προσέγγισης πάθησης τους.

Τα ευρήματα που προβληματίζουν αφορούν την αριθμητική επάρκεια του νοσηλευτικού προσωπικού προκειμένου η φροντίδα να είναι όσο το δυνατό εξατομικευμένη αλλά και εξειδικευμένη από εκπαιδευμένο και καταρτισμένο προσωπικό. Τα αποτελέσματα γενικότερα, είναι ιδιαίτερα ενθαρρυντικά για την ποιότητα παροχής ενδονοσοκομειακής φροντίδας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

1. World Health Organization (2012), World health statistics 2012. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Available from: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2012/en/.
2. European Cardiovascular Disease Statistics. European Heart Network and European Society of Cardiology. Edition 2012. Available from: <http://www.escardio.org/about/Documents/EU-cardiovascular-diseasestatistics-2012.pdf>. Assessed 12 September 2013.
3. Bridget, B.K., Fuster, V., (2010), Promoting Cardiovascular Health in the Developing World: A Critical Challenge to Achieve Global Health. Washington, D.C: National Academies Press. 166 World Health Organization (WHO), World health report. The world health report 2002 - Reducing Risks, Promoting Healthy Life. Available from: <http://www.who.int/whr/2002/en/> .
4. World Health Organization (WHO), World health report. The world health report 2002 - Reducing Risks, Promoting Healthy Life. Available from: <http://www.who.int/whr/2002/en/> (τελευταία πρόσβαση 18/1/2020).
5. Bentzon JF, Otsuka F, Virmani R, Falk E. Mechanisms of Plaque Formation and Rupture. Circulation Research. 2014;114:1852-1866
6. Mendis, S., Puska, P., Norrving, B., (2011), Global Atlas on Cardiovascular Disease Prevention and Control, Published by the World Health Organization in collaboration with the World Heart Federation and the World Stroke Organization. Published by the World Health Organization in collaboration with the World Heart Federation and the World Stroke Organization. Geneva: World Health Organization, 2011.
7. Mendis, S., Puska, P., Norrving, B., (2011), Global Atlas on Cardiovascular Disease Prevention and Control, Published by the World Health Organization in collaboration with the World Heart Federation and the World Stroke Organization. Published by the World Health Organization in collaboration with the World Heart Federation and the World Stroke Organization. Geneva: World Health Organization, 2011.

8. Habermann T, Ghosh A. Αγγειακή εγκεφαλική νόσος. Νευρολογία. Εσωτερική Παθολογία Mayo Clinic. Εκδόσεις «Ροτόντα» 2011:942-946.
9. Lim, S.S., Vos, T., Flaxman, A.D., Danaei, G., Shibuya, K., Adair-Rohani, H., et al. (2012), A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010., Lancet, 380(9859):2224-60.
10. Townsend N, Wilson L, Bhatnagar P, Wickramasinghe K, Rayner M, Nichols M. Cardiovascular disease in Europe: epidemiological update 2016. Eur Heart J 2016;37:3232-3245.
11. Go AS, Mozaffarian D, Roger VL, Benjamin EJ, Berry JD, Blaha MJ, Dai S, Ford ES, Fox CS, Franco S, Fullerton HJ, Gillespie C, Hailpern SM, Heit JA, Howard VJ, Huffman MD, Judd SE, Kissela BM, Kittner SJ, Lackland DT, Lichtman JH, Lisabeth LD, Mackey RH, Magid DJ, Marcus GM, Marelli A, Matchar DB, McGuire DK, Mohler ER III, Moy CS, et al. Heart disease and stroke statistics-2014 update: a report from the American Heart Association. Circulation 2014; 123:e18-e209.
12. Hong KS, Saver JL. Years of disability-adjusted life gained as a result of thrombolytic therapy for acute ischemic stroke. Stroke 2010; 41(3):471-477.
13. Bettger J, Zhao X, Bushnell C, Zimmer L, Pan W, Williams L, Peterson ED. The association between socioeconomic status and disability after stroke: findings from the adherence evaluation after ischemic stroke longitudinal (AVAIL) registry. BMC Public Health 2014; 14:281.
14. GBD 2015 Neurological Disorders Collaborator Group. Global, regional, and national burden of neurological disorders during 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet Neurol 2017.
15. Χατζητόλιος Α.Ι & συνεργάτες. Θρομβοεμβολικές Παθήσεις. Εκδόσεις Ροτόντα, 2010:45-46 & 61-76.
16. Hakan A. Advances in the diagnosis of etiologic subtypes of ischemic stroke. Curr Neurol Neurosci Rep. 2010 January; 10(1):14-20.

17. Chen PH, Gao S, Wang YJ, Xu AD, Li YS, Wang D. Classifying ischemic stroke, from TOAST to CISS. *CNS Neuroscience & Therapeutics* 2012; 18:452-456.
18. In Kolominsky-Rabas P, Weber M, Gefeller O, Neundoerfer B, Heuschmann P. Epidemiology of ischemic stroke subtypes according to TOAST criteria: incidence, recurrence, and long-term survival in ischemic stroke subtypes: a population-based study. *Stroke*. 2011; 32:2735-2740.
19. Bogiatzi C, Wannarong T, Mcleod AI, Heisel M, Hackam D, Spence JD. SPARKLE (Subtypes of Ischaemic Stroke Classification System), incorporating measurement of carotid plaque burden: a new validated tool for the Classification of ischaemic stroke subtypes. *Neuroepidemiology* 2014; 42:243-251.
20. Marnane M, Duggan C, Sheehan O, Merwick A, Hannon N, Curtin D, Harris D, Williams E, Horgan G, Kyne L, McCormack P, Duggan J, Moore A, Crispino oConnel G, Kelly P. Stroke Subtype Classification to Mechanismspecific and undetermined categories by TOAST, A-S-C-O, and Causative Classification System. Direct comparison in the North Dublin Population Stroke Study. *Stroke*. 2010; 41:1579-1586.
- 21 . Benjamin EJ, Virani SS, Callaway CW et al. Heart Disease and Stroke Statistics-2018 Update: A Report From the American Heart Association. *Circulation* 2018;137:e67-e492.
22. World Health Organization: Cardiovascular diseases (online). Available from: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/cardiovascular-diseases/cardiovascular-diseases2/definition-of-cardiovascular-diseases. 2016>
23. Mancia, G., Fagard, R., Narkiewicz, K., Redon, J., Zanchetti, A., et al. (2013), 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *European heart journal*.34(28):2159-219. doi: 10.1097/01.hjh.0000431740.32696.cc.
24. World Health Organization, (2009), *World Health Statistics 2009*, Geneva.
25. Lim, S.S., Vos, T., Flaxman, A.D., Danaei, G., Shibuya, K., Adair-Rohani, H., et al. (2012), *A comparative risk assessment of burden of disease and*

injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010., *Lancet*, 380(9859):2224-60.

26. Institute of Health Metrics and Evaluation (IHME), Global Burden of Disease Study 2010. Available from: <http://www.healthmetricsandevaluation.org/>
27. World Health Organization, (2011), Global status report on noncommunicable diseases 2010. Description of the global burden of NCDs, their risk factors and determinants., Geneva: World Health Organization, 2011.
28. Βλαχόπουλος Χ. Κάπνισμα , Παθήσεις της καρδιάς, σύγγραμμα Στεφανάδης Χ. Εκδόσεις Π.Χ.Πασχαλίδης . 2009: 960-399-785-6.
29. World Health Organization, (2011) Report on Global Tobacco Epidemic,2011: Warning about the dangers of tobacco., Geneva.
30. American Heart Association, Available from: <https://www.heart.org/>.
31. Lorenzatti AJ, Toth PP. New Perspectives on Atherogenic Dyslipidaemia and Cardiovascular Disease. *Eur Cardiol*. 2020;15:1–9. Published 2020 Feb 26. doi:10.15420/ecr.2019.06
32. Chapman MJ, Ginsberg HN, Amarenco P et al. Triglyceride-rich lipoproteins and high-density lipoprotein cholesterol in patients at high risk of cardiovascular disease: evidence and guidance for management. *Eur Heart J*. 2011;32:1345–61. doi: 10.1093/eurheartj/ehr112.
33. Catapano AL, Reiner Z, De Backer G et al. ESC/EAS guidelines for the management of dyslipidaemias. The Task Force for the Management of Dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Atherosclerosis Society (EAS) *Atherosclerosis*. 2011;217:3–46. doi: 10.1016/j.atherosclerosis.2011.06.028.
34. Guyton JR, Slee AE, Anderson T et al. Relationship of lipoproteins to cardiovascular events: the AIM-HIGH Trial (Atherothrombosis Intervention in Metabolic Syndrome With Low HDL/High Triglycerides and Impact on Global Health Outcomes) *J Am Coll Cardiol*. 2013;62:1580–4. doi: 10.1016/j.jacc.2013.07.023.

35. Forlivesi, S., Cappellari, M. & Bonetti, B. Obesity paradox and stroke: a narrative review. *Eat Weight Disord* (2020). Available from: <https://doi.org/10.1007/s40519-020-00876-w>
36. Obesity and Cardiovascular Disease , Francisco OrtegaCarl Lavie Steven Blair 27 May 2016 Available from: <https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.115.306883> *Circulation Research*. 2016;118:1752–1770Research 2016; 118(11):1752–1770.
37. The associations of major foods and fibre with risks of ischaemic and haemorrhagic stroke: a prospective study of 418 329 participants in the EPIC cohort across nine European countries, Tammy Y N Tong, Paul N Appleby, Timothy J Key, Christina C Dahm, Kim Overvad, Anja Olsen, Anne Tjønneland, Verena Katzke et al *European Heart Journal*, ehaa007, Available from: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaa007>
38. Amiano, P., Chamosa, S., Etxezarreta, N. et al. Unprocessed red meat and processed meat consumption and risk of stroke in the Spanish cohort of the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC). *Eur J Clin Nutr* 70, 313–319 (2016). Available from: <https://doi.org/10.1038/ejcn.2015.150>
39. Fruit and vegetable consumption and risk of cardiovascular disease: A meta-analysis of prospective cohort studies Jian Zhan,Yu-Jian Liu,Long-Biao Cai,Fang-Rong Xu,Tao Xie &Qi-Qiang He Pages 1650-1663 | Received 23 Nov 2014 Published online:01 Mar 2017 <https://doi.org/10.1080/10408398.2015.1008980>.
40. Avgerinos K, Tziomalos K. Effects of glucose-lowering agents on ischemic stroke. *World J Diabetes*. 2017;8(6):270–277. doi:10.4239/wjd.v8.i6.270
41. Association of vascular indices with novel circulating biomarkers as prognostic factors forcardiovascular complications in patients with type 2 diabetes mellitus,Katerina Papathanassiou, ArisBechlioulis, KonstantinosPappas,SteliosTiga,DimitriosMakriyiannis,SophiaAntoniou,Ni kolaosKazakos, Alexandra Margelif ,AgathoclesTsatsouliscLampros K.Michalisab Volume 53, March 2018, Pages 31-37 <https://doi.org/10.1016/j.clinbiochem.2017.12.010>.
42. Danaei, G., Finucane, M.M., Lu Y, Singh, G.M., Cowan, M.J., Paciorek, C.J., et al. (2011), National, regional, and global trends in fasting plasma

- glucose and diabetes prevalence since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 370 country-years and 2.7 million participants. *Lancet*.378(9785):31-40. doi: 10.1016/S0140-6736(11)60679-X.
43. Li, J., Siegrist, J., (2012), Physical activity and risk of cardiovascular disease--a meta-analysis of prospective cohort studies. *International journal of environmental research and public health*. 9(2):391407. Eng. doi: 10.3390/ijerph9020391.
 44. Haq, M. A. U., Goh, C. Y., Levinger, I., Wong, C., & Hare, D. L. (2015). Clinical Utility of Exercise Training in Heart Failure with Reduced and Preserved Ejection Fraction. *Clinical Medicine Insights: Cardiology*. Available from: <https://doi.org/10.4137/CMC.S21372>
 45. World Health Organization, (2011), Global status report on alcohol and health.. Geneva: World Health Organization. http://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol_2011/en/.
 46. Chiva-Blanch G, Badimon L. Benefits and Risks of Moderate Alcohol Consumption on Cardiovascular Disease: Current Findings and Controversies. *Nutrients*. 2019;12(1):108. Published 2019 Dec 30. doi:10.3390/nu12010108
 47. Desai, R., Singh, S., Patel, K., Goyal, H., Shah, M., Mansuri, Z., ... Qureshi, A. I. (2019). Stroke in young cannabis users (18–49 years): National trends in hospitalizations and outcomes. *International Journal of Stroke*. Available from: <https://doi.org/10.1177/1747493019895651>
 48. The emotional stress and risk of ischemic stroke : DariuszKotłęga, MonikaGołąb-Janowska, MartaMasztalewicz, SylwesterCiećwież PrzemysławNowacki Volume 50, Issue 4, July–August 2016, Pages 265-270 Available from: <https://doi.org/10.1016/j.pjnns.2016.03.006>.
 49. Stress precipitates functional deficits following striatal silent stroke: A synergistic effect : Jamshid Faraji, Robert J.Sutherland, Gerlinde A.Metz ,Volume 232, Issue 2, December 2011, Pages 251-260 Available from: <https://doi.org/10.1016/j.expneurol.2011.09.014>
 50. Influence of Age Ranges on Relationship of Complex Aortic Plaque With Cervicocephalic Atherosclerosis in Ischemic Stroke QiKongMS XinMaMD ChenWangMS Wuwei FengMD, Bruce Ovbiagele, YurenZhangMS

Xiangying Du Xianghua Fang, Volume 28, Issue 6, June 2019, Pages 1586-1596 Available

from: <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2019.03.001>

51. Wu VC, Wu M, Aboyans V, et al Female sex as a risk factor for ischaemic stroke varies with age in patients with atrial fibrillation *Heart* 2020;106:534-540.
52. Racial Difference in Cerebral Microbleed Burden among Ischemic Stroke Patients, Shima Shahjouei, GeorgiosTsivgoulis, Mantinderpreet Singh, Michael McCormack, Nariman Noorbakhsh-Sabet, Nitin Goyal, Anne W.Alexandrov, Andrei V.Alexandrov, RaminZand Volume 26, Issue 11, November 2017, Pages 2680-2685, Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2017.06.040>
53. Innate and adaptive immune response in stroke: Focus on epigenetic regulation Antonietta Picasciaa, Vincenzo Grimaldia, CarmelaIannonea, Andrea Soricellib, Claudio Napoliab, Volume 289, 15 December 2015, Pages 111-120 Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jneuroim.2015.10.013>
54. Panagiotakos DB, Fitzgerald AP, Pitsavos C, Pipilis A, Graham I, Stefanadis C. Statistical modelling of 10-year fatal cardiovascular disease risk in Greece: the HellenicSCORE (a calibration of the ESC SCORE project). *Hellenic J Cardiol.* 2007; 48: 55-63.
55. Panagiotakos DB, Georgousopoulou EN, Fitzgerald AP, Pitsavos C, Stefanadis C. Validation of the HellenicSCORE (a calibration of the ESC SCORE project) regarding 10-year risk of fatal cardiovascular disease in Greece. *Hellenic J Cardiol* 2015; 56: 302-308.
56. Thrift, A. G., Thayabaranathan, T., Howard, G., Howard, V. J., Rothwell, P. M., Feigin, V. L., ... Cadilhac, D. A. (2017). Global stroke statistics. *International Journal of Stroke*, 12(1), 13–32. Available from: <https://doi.org/10.1177/1747493016676285>
57. Kate S. McArthur, MRCP, Paul C.D. Johnson, PhD, Terence J. Quinn, MD, Peter Higgins, MRCP, Peter Langhorne, PhD, Matthew R. Walters, MD, Christopher J. Weir, PhD, Jesse Dawson, MD, and Kennedy R. Lees, Improving the Efficiency of Stroke Trials, published19 Sep 2013 *Stroke*. 2013;44:3422–3428,

Available from: <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.113.002266>

58. Carol S Burckhardt, Kathryn L Anderson :The Quality of Life Scale (QOLS): Reliability, Validity, and Utilization, Published online 2003 Oct 23. Available from: <https://doi.org/10.1186/1477-7525-1-60>
59. Kate S. McArthur, Paul C.D. Johnson, Terence J. Quinn, Peter Higgins, Peter Langhorne, Matthew R. Walters, Christopher J. Weir, Jesse Dawson, and Kennedy R. Lees: Improving the Efficiency of Stroke Trials, published 19 Sep 2013, Available from: <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.113.002266>
60. Patrick Lyden, Using the National Institutes of Health Stroke Scale, published 11 Jan 2017 Stroke. 2017;48:513–519, Available from: <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.116.015434>
61. . Black, Nick; (2013) *Patient reported outcome measures could help transform healthcare*. BMJ (Clinical research ed), 346 (jan28). f167-. ISSN 0959-8138 Available from: DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.f167>
62. Welling, T., & Smith, S. M. (2013). Patient-Reported Outcomes (PROs) and Patient-Reported Outcome Measures (PROMs). *Health services insights*, 6, 61–Available from: <https://doi.org/10.4137/HSI.S11093>
63. Laga E, Noble A, Smith A, Denvir MA, Leslie SJ. Patient reported experience measures (PREMS) in chronic heart failure. J R Coll Physicians Edinb. 2012;42(4):301–305. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23240114>
64. Lakhani A. Indicators for measuring patient experience. [Accessed April 18, 2013]. Available from: <http://patientexperienceportal.org/article/indicators-for-measuring-patient-experience>
65. Staniszewska S, Bullock I, Avital L, O'Flynn N. Developing and implementing NICE guidance on patient experience. [Accessed April 18, 2013]. Available from: <http://patientexperienceportal.org/article/developing-and-implementing-nice-guidance-on-patient-experience>.
66. Lyu H, Wick EC, Housman M, Freischlag JA, Makary MA. Patient satisfaction as a possible indicator of quality surgical care. JAMA

- Surg. 2013;148(4):362–367. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23715968>
67. Doyal C, Lennox L, Bell D. A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. *BMJ Open*. 2013;3(1):e001570. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3549241/>
 68. Glickman SW, Boulding W, Manary M, et al. Patient satisfaction and its relationship with clinical quality and inpatient mortality in acute myocardial infarction. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2010;3(2):188–195. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20179265>
 69. National Clinical Guideline Centre (UK) Patient experience in adult NHS services: improving the experience of care for people using adult NHS services: patient experience in generic terms. London, UK: Royal College of Physicians; 2012. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23285499>
 70. Black, N; Jenkinson, C; (2009) *Measuring patients' experiences and outcomes*. *BMJ (Clinical research ed)*, 339. b2495. ISSN 0959-8138 Available from: DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.b2495>
 71. Oppe M, Rand-Hendriksen K, Shah K, Ramos-Goñi JM, Luo N. EuroQol Protocols for Time Trade-Off Valuation of Health Outcomes. *Pharmacoeconomics*. 2016;34(10):993-1004. doi:10.1007/s40273-016-0404-1
 72. Korpershoek C, van der Bijl J, Hafsteinsdottir TB. (2011). Self-efficacy and its influence on recovery of patients with stroke: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing*; 67(9): 1876-1894
 73. Langhorne P, Bernhardt J, Kwakkel G. (2011). Stroke rehabilitation. *Lancet*; 377(9778): 1693-1702
 74. Ni H, Hershberger RE. Was the decreasing trend in hospital mortality from heart failure attributable to improved hospital care? The Oregon experience, 1991-1995. *Am J Manag Care*. 1999 Sep;5(9):1105-15. PMID: 10621076.
 75. European Cardiovascular Disease Statistics. European Heart Network and European Society of Cardiology. Edition 2012.

<http://www.escardio.org/about/Documents/EU-cardiovascular-disease-statistics-2012.pdf>. Assessed 12 September 2013.

76.Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τα Καρδιαγγειακά Νοσήματα

<https://www.moh.gov.gr/articles/health/domes-kai-draseis-gia-thn-ygeia/ethnika-sxedia-drashs/95-ethnika-sxedia-drashs>