

**Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΩΝ ΟΠΤΙΚΟΑΚΟΥΣΤΙΚΩΝ ΜΕΣΩΝ
ΣΤΗΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ
ΜΕ ΟΞΥ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ.
ΠΙΛΟΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ
ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΥΡΟΥ**

**ΑΠΟΣΤΟΛΟΣ ΕΥΚΑΡΠΙΔΗΣ
ΣΥΡΟΣ 2008**

ISBN: 978-960-93-7263-3

8-7-2015

Copyright © Απόστολος Ευκαρπίδης, 2008

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στην παρούσα μελέτη, διερευνάται η συμβολή και ο ρόλος των πολυμέσων ως μέσων συμβουλευτικής και εκπαίδευσης των ασθενών που πάσχουν από πρωτοεμφανιζόμενη στεφανιαία νόσο.

Η μελέτη πραγματοποιήθηκε στον Παθολογικό Τομέα του Γενικού Νοσοκομείου Σύρου, και συγκεκριμένα στην Στεφανιαία Μονάδα με την συμμετοχή 15 ασθενών και 13 κοντινών συγγενών κυρίως συζύγων. Στο πλαίσιο της εργασίας διανεμήθηκαν ερωτηματολόγια σε δύο χρονικές στιγμές. Η πρώτη ήταν την προηγούμενη ημέρα του «ταινιομαθήματος», ενώ η δεύτερη ήταν την επόμενη ημέρα από το «ταινιομάθημα». Ακολούθησε συγκριτική ανάλυση μεταξύ των και κατεγράφησαν τα αποτελέσματα.

Από τα αποτελέσματα φαίνεται ότι οι ασθενείς στο σύνολό τους ωφελήθηκαν ουσιαστικά από αυτήν την παρέμβαση και την εκτίμησαν ως ιδιαίτερα χρήσιμη.

Η συζήτηση και η γνώση των παραπάνω θεμάτων δείχνει να αποτελεί έναν σοβαρό παράγοντα ψυχοσυναισθηματικής σταθεροποίησης μετά το αρχικό shock της διάγνωσης.

Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, καθώς και από τα αποτελέσματα της παρούσας εργασίας, φαίνεται ότι ο χώρος του νοσοκομείου, είναι κατάλληλος και ενδείκνυται για την έναρξη προγραμμάτων αγωγής υγείας με στόχο την τριτογενή πρόληψη, καθώς η διαμορφωμένη συναισθηματική κατάσταση του ασθενούς αλλά και του περιβάλλοντός του, συμβάλλει στην δημιουργία των προϋποθέσεων και της «κατάλληλης στιγμής», τόσο για την δική του εκπαίδευση, όσο και του κοντινού του περιβάλλοντος.

Τα οφέλη των εκπαιδευτικών παρεμβάσεων τέτοιας ή παρόμοιας μορφής έχουν πολύπλευρες θετικές διαστάσεις τόσο για τον ίδιο τον ασθενή και το οικογενειακό του περιβάλλον οι οποίοι θα διαχειριστούν καλύτερα την ασθένεια, όσο και για το ίδιο το σύστημα υγείας.

Αναδείχτηκαν τα κενά και τα ελλείμματα στην πληροφόρηση και στην γνώση που υπάρχουν στον κόσμο σε ότι αφορά στην στεφανιαία νόσο και διαφάνηκε η έλλειψη προγραμμάτων αγωγής υγείας με στόχο την πρωτογενή πρόληψη, καθώς και οι διαφορές στην κάλυψη αυτών των γνωστικών κενών μετά από την συγκεκριμένη εκπαιδευτική παρέμβαση. Διαφάνηκε η χρησιμότητα των εκπαιδευτικών παρεμβάσεων κυρίως για τις ασθένειες οι οποίες θα

αποκτήσουν χρόνια μορφή και ως εκ τούτου η σωστή διαχείρισή τους από την πλευρά του ασθενούς θα διαδραματίσει πρωταγωνιστικό ρόλο.

Φάνηκε επίσης και ο πρωτεύοντας ρόλος των νοσηλευτών για τον προγραμματισμό και την πραγματοποίηση εκπαιδευτικών προγραμμάτων εντός του νοσοκομείου.

Πλην όμως, αναγκαία φαίνεται να είναι η πραγματοποίηση και άλλων μελετών με τον κατάλληλο σχεδιασμό, για την απάντηση και άλλων ερωτημάτων που πιθανόν προκύπτουν από αυτήν και σχετίζονται με:

- Τη διαμόρφωση και ανάπτυξη νέων εργαλείων εκπαίδευσης βασισμένων στα πολυμέσα που θα βρίσκουν εφαρμογή εντός των υπηρεσιών υγείας
- Την ίδια την εκπαίδευση ως εργαλείο των υπηρεσιών υγείας προκειμένου να «αγκαλιάσουν» την ευρύτερη κοινωνία προσεγγίζοντας τις ανάγκες της
- Το ρόλο των νοσηλευτών ως μέλη της διεπιστημονικής ομάδας στον σχεδιασμό, ανάπτυξη και εφαρμογή δράσεων δευτερογενούς και τριτογενούς πρόληψης εντός του νοσοκομείου
- Την ανάπτυξη νέων ρόλων των ίδιων των υπηρεσιών υγείας.

Συμπερασματικά, ο συνδυασμός της κινούμενης εικόνας, του ήχου, της αφηγηματικής μετάδοσης πληροφοριών, των προσομοιωμένων συμβάντων, και επιπλέον ο ενεργός ρόλος του εκπαιδευτή υγείας κατά την ώρα της προβολής για κάθε είδους επεξήγηση των μεταφερόμενων πληροφοριών, φαίνεται να διαδραματίζουν θετικό ρόλο στην διαμόρφωση μιας σαφούς εικόνας από τον ασθενή και των οικείων του, οι οποίοι κατά την έξοδό τους από το νοσοκομείο έχουν ανάγκη και μπορούν με αυτό τον τρόπο, να γνωρίζουν σχεδόν με ακρίβεια τι βλάβη έχει συμβεί, γιατί έχει συμβεί, και πως θα διαχειριστούν το πρόβλημα.

ΛΕΞΕΙΣ – ΚΛΕΙΔΙΑ: στεφανιαία νόσος, τριτογενής πρόληψη, αγωγή ασθενούς, χρήση βίντεο,

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ 1

Κεφάλαιο 1: ΕΙΣΑΓΩΓΗ	3
Κεφάλαιο 2: ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ ΤΡΙΤΟΓΕΝΟΥΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ.....	5
2.1. Το φορτίο των καρδιαγγειακών νοσημάτων	5
2.1.1. Τα καρδιαγγειακά νοσήματα στην Ευρώπη	5
2.1.2. Τα καρδιαγγειακά νοσήματα στην Ελλάδα.....	11
2.1.3. Οικονομική διάσταση των καρδιαγγειακών νοσημάτων	12
2.2. Προδιαθεσικοί παράγοντες της στεφανιαίας νόσου	14
2.2.1. Υπερχοληστεριναιμία.....	15
2.2.2. Αρτηριακή υπέρταση	16
2.2.3. Κάπνισμα	17
2.2.4. Σακχαρώδης Διαβήτης.....	17
2.2.5. Καθιστική ζωή και παχυσαρκία	18
2.2.6. Ηλικία	19
2.2.7. Κληρονομικότητα	19
2.2.8. Φυλή	20
2.2.9. Υπερτροφία αριστερής κοιλίας	20
2.2.10. Μεταεμμηνοπαυσιακή περίοδος	20
2.2.11. Θρομβογενείς παράγοντες	20
2.2.12. Ομοκυστεΐνη.....	21
2.3. Διεθνής πολιτική, στρατηγικές και δράσεις για την αντιμετώπιση των καρδιαγγειακών νοσημάτων	21
2.4. Η τριτογενής πρόληψη της στεφανιαίας νόσου – εκπαίδευση ασθενών	29
2.4.1. Αγωγή υγείας και πρόληψη	29
2.4.2. Ευαισθητοποίηση.....	30
2.4.3. Παροχή γνώσεων	30
2.4.4. Ιεράρχηση αξιών	31
2.4.5. Αλλαγή απόψεων	31
2.4.6. Λήψη αποφάσεων	31
2.4.7. Αλλαγή συμπεριφοράς	32
2.4.8. Αλλαγή περιβάλλοντος	32
2.4.9. Αγωγή ασθενών, πληροφόρηση και συμμόρφωση	38
2.4.10. Μέθοδοι εκπαίδευσης ασθενών	47
2.5. Η χρήση βίντεο / οπτικοακουστικών μέσων στην τριτογενή πρόληψη της στεφανιαίας νόσου	54
Κεφάλαιο 3: ΣΚΟΠΟΙ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ.....	60
Κεφάλαιο 4: ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	61
4.1. Το δείγμα.....	61
4.2. Τα στάδια της παρέμβασης.....	61
4.3. Τα ερωτηματολόγια	65
4.4. Κωδικοποίηση και ανάλυση των στοιχείων	66
Κεφάλαιο 5: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	67
Κεφάλαιο 6: ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	115
Κεφάλαιο 7: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	121
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ	123
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ I: Το ερωτηματολόγιο πριν την παρέμβαση	128
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ II: Το ερωτηματολόγιο μετά την παρέμβαση	1

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

Φύλο	67
Ασθενής – Συνοδός.....	67
Ηλικία	68
Οικογενειακή κατάσταση.....	68
Τέκνα	68
Μορφωτικό επίπεδο	69
Γράφημα 6: Κατανομή του δείγματος ως προς το επίπεδο γνώσης για την στεφανιαία νόσο.	69
Γράφημα 7: Καταγραφή των απόψεων στην πρόταση: «Δουλειά της καρδιάς είναι να λειτουργεί σαν αντλία».....	70
Γράφημα 8: Καταγραφή των απόψεων στο ερώτημα «Οι αρτηρίες της καρδιάς ονομάζονται στεφανιαίες ή καρδιακές;»	70
Γράφημα 9: Καταγραφή των απόψεων στην πρόταση: «Η καρδιά χτυπάει πάντα στον ίδιο ρυθμό».....	71
Γράφημα 10: Καταγραφή των απόψεων στην πρόταση: «Οι φυσιολογικοί σφυγμοί στην ανάπαυση είναι 60 με 80 το λεπτό».....	71
Γράφημα 11: Καταγραφή των απόψεων στην πρόταση: «Οι καρδιακοί παλμοί κατά την άσκηση μπορεί να φτάσουν και τους 160».....	72
Γράφημα 12: Καταγραφή των απαντήσεων στην πρόταση: «Η χοληστερίνη προέρχεται από τις τροφές που τρώμε και από το συκώτι μας όπου παράγεται».....	72
Γράφημα 13: Καταγραφή των απαντήσεων των ερωτώμενων στην άποψη: «Υπάρχει καλή και κακή χοληστερίνη».....	73
Γραφημα 14: Καταγραφή των απαντήσεων των ερωτώμενων στην άποψη: «Η αρτηριοσκλήρυνση είναι φθορά των αρτηριών».....	73
Γράφημα 15: Καταγραφή των απαντήσεων των ερωτώμενων στην άποψη: «Η αρτηριοσκλήρυνση δεν αρχίζει πριν από τη μέση ηλικία».....	74
Γράφημα 16: Καταγραφή των απαντήσεων στην πρόταση: «Στη στεφανιαία νόσο οι αρτηρίες της καρδιάς στενεύουν και η αιμάτωσή της ανεπαρκεί».....	74
Γράφημα 17: Καταγραφή των απόψεων στην πρόταση: «Στηθάγχη θα πει πόνος στο στήθος που προκαλείται όταν στενέψουν οι αρτηρίες της καρδιάς».....	75
Γράφημα 18: Καταγραφή των απόψεων στην πρόταση: «Το έμφραγμα του μυοκαρδίου προκαλείται όταν θρόμβος βουλώσει μια αρτηρία της καρδιάς».....	75
Γραφημα 19: Καταγραφή των απαντήσεων στην πρόταση: «Αρρυθμία είναι όταν η καρδιά χτυπά ασυντόνιστα».....	76
Γράφημα 20: Καταγραφή των απαντήσεων στην πρόταση: «Αρρυθμία δεν μπορεί να έχουμε μετά από έμφραγμα».....	76
Γράφημα 21: Καταγραφή των απαντήσεων στην πρόταση: «Από την αρρυθμία της καρδιάς μπορεί να προκληθεί ανακοπή της καρδιάς».....	77
Γράφημα 22: Καταγραφή των απαντήσεων στην πρόταση: «Η υψηλή χοληστερίνη αποτελεί παράγοντα που μπορεί να οδηγήσει σε αρτηριοσκλήρυνση (φθορά των αρτηριών)».....	77
Γράφημα 23: Καταγραφή των απαντήσεων στην πρόταση: «Το κάπνισμα αποτελεί παράγοντα που μπορεί να οδηγήσει σε αρτηριοσκλήρυνση».....	78
Γράφημα 24: Καταγραφή των απαντήσεων στην πρόταση: «Ο σακχαρώδης διαβήτης αποτελεί παράγοντα που μπορεί να οδηγήσει σε αρτηριοσκλήρυνση».....	78
Γράφημα 25: Καταγραφή των απαντήσεων στην πρόταση: «Η αρτηριακή υπέρταση αποτελεί παράγοντα που μπορεί να οδηγήσει σε αρτηριοσκλήρυνση».....	79
Γράφημα 26: Καταγραφή των απαντήσεων στην πρόταση: «Η παχυσαρκία αποτελεί παράγοντα που μπορεί να οδηγήσει σε αρτηριοσκλήρυνση».....	79

Γράφημα 27: Καταγραφή των απαντήσεων στην πρόταση: «Η κληρονομικότητα αποτελεί παράγοντα ου μπορεί να οδηγήσει σε αρτηριοσκλήρυνση».	80
Γράφημα 28: Καταγραφή των απαντήσεων στην πρόταση: «Οι άνδρες πάνω από τα 40 έχουν περισσότερες πιθανότητες να πάθουν στεφανιαία νόσο».	80
Γράφημα 29: Καταγραφή των απαντήσεων στην πρόταση: «Οι γυναικείες ορμόνες δε φαίνεται να προστατεύουν τις γυναίκες από τη στεφανιαία νόσο».	81
Γράφημα 30: Καταγραφή των απαντήσεων στην πρόταση: «Δεν πειράζει να τρώνε λίπη τα παιδιά γιατί έχουν καιρό για υγιεινή διατροφή όταν μεγαλώσουν».	81
Γράφημα 31: Καταγραφή των απαντήσεων στην πρόταση: «Καλύτερα να τρώμε πιο συχνά κρέας αντί για ψάρι».	82
Γράφημα 32: Καταγραφή των απαντήσεων στην πρόταση: «Πρέπει να πίνουμε άπαχο αντί για ολόπαχο γάλα».	82
Γράφημα 33: καταγραφή των απαντήσεων στην πρόταση: «Οι φυτικές ίνες που τρώμε από τα φρούτα και τα λαχανικά είναι σημαντικό στοιχείο της υγιεινής διατροφής».	83
Γράφημα 34: Καταγραφή των απαντήσεων στην πρόταση: «Το να μην καπνίζετε ή να διακόψετε το κάπνισμα είναι σημαντικό μέτρο πρόληψης της στεφανιαίας νόσου».	83
Γράφημα 35: Καταγραφή των απαντήσεων στην πρόταση: «Το κάπνισμα δεν βλάπτει την καρδιά αλλά μόνο τους πνεύμονες».	84
Γράφημα 36: Καταγραφή των απαντήσεων στην πρόταση: «Όταν λέμε ότι κάποιος έχει υπέρταση αυτό σημαίνει πως η πίεσή του είναι πάνω από 14 η μεγάλη και πάνω από 9 η μικρή τον περισσότερο καιρό».	84
Γράφημα 37: Καταγραφή των απαντήσεων στην πρόταση: «Η αρτηριακή υπέρταση και να μην αντιμετωπιστεί δεν προκαλεί βλάβες».	85
Γράφημα 38: Καταγραφή των απαντήσεων στην πρόταση: «Η αυξημένη αρτηριακή πίεση μπορεί να πέσει αν χάσουμε βάρος, αν ασκούμε, καθώς και με τα κατάλληλα φάρμακα».	85
Γράφημα 39: Καταγραφή των απαντήσεων στην πρόταση: «Η άσκηση αυξάνει την αντοχή της καρδιάς και βελτιώνει την καλή χοληστερίνη».	86
Γράφημα 40: Καταγραφή των απαντήσεων στην πρόταση: ««Η άρση βαρών είναι καλύτερη άσκηση για την καρδιά από το κολύμπι».	86
Γράφημα 41: Καταγραφή των απαντήσεων στην πρόταση: «Το βάδισμα, το κολύμπι και το ποδήλατο, ανάλογα με την ηλικία και την κατάσταση της υγείας, είναι η καλύτερη άσκηση».	87
Γράφημα 42: Καταγραφή των απαντήσεων στην πρόταση: «Το σφίξιμο στο στήθος είναι από τα κύρια συμπτώματα της στηθάγχης».	87
Γράφημα 43: Καταγραφή των απαντήσεων στην πρόταση: «Ο πόνος στο στήθος είναι από τα κύρια συμπτώματα της στηθάγχης».	88
Γράφημα 44: Καταγραφή των απαντήσεων στην πρόταση: «Ο πόνος που ανεβαίνει προς το λαιμό και μέχρι το σαγόνι είναι από τα κυριότερα συμπτώματα της στηθάγχης».	88
Γράφημα 45: Καταγραφή των απαντήσεων στην πρόταση: «Το μούδιασμα στο λαιμό είναι από τα κύρια συμπτώματα της στηθάγχης».	89
Γράφημα 46: Καταγραφή των απαντήσεων στην πρόταση: «Ο ξαφνικός και έντονος πόνος στο στήθος είναι από τα κύρια συμπτώματα του εμφράγματος».	89
Γράφημα 47: Καταγραφή των απαντήσεων στην πρόταση: «Η ναυτία ή ο εμετός είναι από τα κύρια συμπτώματα του εμφράγματος».	90
Γράφημα 48: Καταγραφή των απαντήσεων στην πρόταση: «Η δυσκολία στην αναπνοή είναι από τα κύρια συμπτώματα του εμφράγματος».	90
Γράφημα 49: Καταγραφή των απαντήσεων στην πρόταση: «Ο κρύος ιδρώτας είναι από τα κύρια συμπτώματα του εμφράγματος».	91
Γράφημα 50: Καταγραφή των απαντήσεων στην πρόταση: «Η έντονη ανησυχία είναι από τα κύρια συμπτώματα του εμφράγματος».	91

Γράφημα 51: Καταγραφή των απαντήσεων στην πρόταση: «Το χλόμιασμα είναι από τα κύρια συμπτώματα του εμφράγματος».	92
Γράφημα 52: Καταγραφή των απαντήσεων στην πρόταση: «Η λιποθυμία είναι από τα κύρια συμπτώματα του εμφράγματος».	92
Γράφημα 53: Καταγραφή των απαντήσεων στην πρόταση: «Δεν έχει ιδιαίτερη σημασία να πάμε έγκαιρα στο νοσοκομείο όταν υποπτευόμαστε έμφραγμα του μυοκαρδίου γιατί με τις εγχειρήσεις που γίνονται σήμερα όλα διορθώνονται».	93
Γράφημα 54: Καταγραφή των απαντήσεων στην πρόταση: «Αν κάποιος γνωρίζει πως γίνονται η τεχνητή αναπνοή και οι συμπίεσεις, μπορεί να σώσει κάποιον που παθαίνει καρδιακή ανακοπή».	93
Γράφημα 55: Καταγραφή των απαντήσεων στην πρόταση: «Ηλεκτροκαρδιογράφημα και τέστ κοπώσεως πρέπει να κάνουμε όλοι προληπτικά».	94
Γράφημα 56: Καταγραφή των απαντήσεων στην πρόταση: «Αλλά φάρμακα ανοίγουν τα αγγεία και άλλα δεν αφήνουν το αίμα να πήξει».	94
Γράφημα 57: Καταγραφή των απαντήσεων στην πρόταση: «Υπάρχουν πολλές εξετάσεις αλλά ο γιατρός καθορίζει ποιες πρέπει να κάνει ο κάθε ασθενής».	95
Γράφημα 58: Καταγραφή των απαντήσεων στην πρόταση: «Μετά από εγχείρηση By Pass μπορεί κανείς να τρώει ότι θέλει, να καπνίζει και να μην ασκείται επειδή θεραπεύτηκε πια».	95
Γράφημα 59: Καταγραφή των απαντήσεων στην πρόταση: «Μετά από έμφραγμα ή By Pass, το πρόγραμμα αποκατάστασης μας ξαναφέρει σε καλή ποιότητα ζωής».	96
Γράφημα 60: Καταγραφή των απαντήσεων στην πρόταση: «Όταν έχεις καρδιολογικό πρόβλημα (στηθάγχη ή έχεις περάσει έμφραγμα), ότι και να κάνεις είσαι σαν ανάπηρος».	97
Γράφημα 61: Καταγραφή των απαντήσεων στην πρόταση: «Το βίντεο ήταν κατανοητό».	98
Γράφημα 62: Καταγραφή των απαντήσεων στην πρόταση: «Το βίντεο με βοήθησε να καταλάβω τι είναι η στεφανιαία νόσος».	98
Γράφημα 63: Καταγραφή των απαντήσεων στην πρόταση: «Το βίντεο με βοήθησε να καταλάβω ποιοι παράγοντες προκαλούν τη στεφανιαία νόσο».	99
Γράφημα 64: Καταγραφή των απαντήσεων στην πρόταση: «Το βίντεο με βοήθησε να καταλάβω πως πρέπει να αλλάξουν διάφορες συνήθειες για να αντιμετωπιστεί η νόσος».	100
Γράφημα 65: Καταγραφή των απαντήσεων στην πρόταση: «Το βίντεο με βοήθησε να μάθω ποια είναι τα συμπτώματα της στηθάγχης και του εμφράγματος».	100
Γράφημα 66: Καταγραφή των απαντήσεων στην πρόταση: «Το βίντεο με βοήθησε να μάθω διάφορες εξετάσεις και φάρμακα».	101
Γράφημα 67: Καταγραφή των απαντήσεων στην πρόταση: «Το βίντεο με βοήθησε να μάθω για τη σημασία της αποκατάστασης».	102
Γράφημα 68: Καταγραφή των απαντήσεων στην πρόταση: «Το βίντεο ήταν χρήσιμο».	102
Γράφημα 70: Καταγραφή των απαντήσεων στην ερώτηση: «Υπήρξαν στιγμές που θελήσατε να διακοπεί το βίντεο;».	103
Γράφημα 72: Καταγραφή των απαντήσεων στην ερώτηση: «Σας φάνηκε ότι το βίντεο περιείχε σκληρές σκηνές;».	104
Γράφημα 73: Καταγραφή των απαντήσεων στην ερώτηση: «Εάν ναι, τι πιστεύετε γι αυτές τις σκληρές σκηνές;».	105
Γράφημα 74: Καταγραφή των απαντήσεων στην πρόταση: «Ο νοσηλευτής ήταν κατανοητός».	106
Γράφημα 75: Καταγραφή των απαντήσεων στην πρόταση: «Ο νοσηλευτής με βοήθησε να καταλάβω τι είναι η στεφανιαία νόσος».	106
Γράφημα 76: Καταγραφή των απαντήσεων στην πρόταση: ««Ο νοσηλευτής με βοήθησε να καταλάβω ποιοι παράγοντες προκαλούν στεφανιαία νόσο».	107

Γράφημα 77: Καταγραφή των απαντήσεων στην πρόταση: «Ο νοσηλευτής με βοήθησε να καταλάβω πως πρέπει να αλλάξουν διάφορες συνήθειες για να αντιμετωπιστεί η νόσος». ..	107
Γράφημα 78: Καταγραφή των απαντήσεων στην πρόταση: «Ο νοσηλευτής με βοήθησε να μάθω ποια είναι τα συμπτώματα της στηθάγχης και του εμφράγματος».	108
Γράφημα 79: Καταγραφή των απαντήσεων στην πρόταση: «Ο νοσηλευτής με βοήθησε να μάθω διάφορες εξετάσεις και φάρμακα».	109
Γράφημα 80: Καταγραφή των απαντήσεων στην πρόταση: «Ο νοσηλευτής με βοήθησε να μάθω για τη σημασία της αποκατάστασης».	109
Γράφημα 81: Καταγραφή των απαντήσεων στην πρόταση: «Ο νοσηλευτής ήταν χρήσιμος». ..	110
Γράφημα 82: Καταγραφή των απαντήσεων στην πρόταση: «Ο νοσηλευτής με ωφέλησε». .	110
Γράφημα 83: Καταγραφή των απαντήσεων στην πρόταση: «Συνολικά η ενημερωτική παρέμβαση ήταν κατανοητή».	111
Γράφημα 84: Καταγραφή των απαντήσεων στην πρόταση: «Είναι σημαντικό φεύγοντας από το νοσοκομείο να έχω καταλάβει τι μου έχει συμβεί /τι έχει συμβεί στον ασθενή».	112
Γράφημα 85: Καταγραφή των απαντήσεων στην πρόταση: «Συνολικά η ενημερωτική προβολή ήταν χρήσιμη».	112
Γράφημα 86: Καταγραφή των απαντήσεων στην πρόταση: «Ο ασθενής που πάσχει από στεφανιαία νόσο κατά την ενημέρωσή του, πρέπει να μαθαίνει όλες τις πιθανές επιπλοκές της νόσου».	113
Γράφημα 87: Καταγραφή των απαντήσεων στην πρόταση: «Συνολικά η ενημερωτική παρέμβαση με ωφέλησε».	114
Γράφημα 88: Καταγραφή των απαντήσεων στην ερώτηση: «Συνολικά, πόσο ικανοποιημένος / η είστε από την ενημερωτική παρέμβαση;».	114

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

Δ.Μ.Σ.:	Δείκτης Μάζας Σώματος
Σ.Α.Π:	Συστολική Αρτηριακή Πίεση
Δ.Α.Π.:	Διαστολική Αρτηριακή Πίεση
W.H.O.:	World Health Organization
E.E.:	Ευρωπαϊκή Ένωση
OEM:	Οξύ Έμφραγμα του Μυοκαρδίου
ΣΝ:	Στεφανιαία Νόσος
DALY's	Disability Adjusted Life Years
Ο.Σ.Σ.	Οξύ Στεφανιαίο σύνδρομο
Π.Ο.Υ.:	Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας
NHS:	National Health System
M.M.E.:	Μέσα μαζικής Ενημέρωσης
Γ.Ν. Σύρου:	Γενικό Νοσοκομείο Σύρου
S.P.S.S.:	Statistical Package for the Social Sciences
A.E.I.:	Ανώτατα Εκπαιδευτικά Ιδρύματα
T.E.I.:	Τεχνολογικά Εκπαιδευτικά Ιδρύματα
Ο.Ο.Σ.Α.:	Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας & Ανάπτυξης

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Από την σκιαγράφηση της εξέλιξης της Στεφανιαίας Νόσου που δείχνει να ακολουθεί μια σταθερή αυξητική πορεία, προκύπτει η ανάγκη της έναρξης - ανάληψης δράσεων και πολιτικών αγωγής της υγείας, ξεκινώντας από την υγειονομική μονάδα όπου πρώτο διαγιγνώσκετε η νόσος (δεν πρέπει να χάσουμε το πλεονέκτημα ότι εκεί έρχεται αυτοβούλως ο ίδιος ο άνθρωπος), μέχρι τις δράσεις σε κοινοτικό επίπεδο και συγκεκριμένα στην οικογένεια, στο σχολείο, στους χώρους εργασίας, στην κοινότητα όπου εκεί πρέπει να πάμε εμείς.

Στόχοι:

- ✓ Εξασφάλιση της υγείας
- ✓ Προαγωγή της υγείας
- ✓ Αποφυγή πρόωρου θανάτου
- ✓ Αποφυγή ανικανότητας

Συμπερασματικά :

1. Η αγωγή της υγείας μέσω προγραμμάτων πρόληψης σε όλα τα επίπεδα (Πρωτοβάθμιο – Δευτεροβάθμιο – Τριτοβάθμιο) δεν πρέπει να λαμβάνει χώρα μόνο όταν οι δείκτες για μια νόσο γίνονται ανησυχητικοί.

2. Τα προγράμματα αγωγής της υγείας και πρόληψης πρέπει να αποτελέσουν βασική αρμοδιότητα των Νοσηλευτών είτε μέσα στην Υγειονομική μονάδα είτε στην κοινότητα εφαρμόζοντας τις αρχές της Κοινοτικής Νοσηλευτικής υπό την εποπτεία και τον συντονισμό των Υγειονομικών Περιφερειών στα πλαίσια δράσεων διεπιστημονικών ομάδων.

Οι Νοσηλευτές που εμπλέκονται στην κλινική αντιμετώπιση των νόσων δεδομένου του ότι μπορούν να αξιολογήσουν πληρέστερα τις εξατομικευμένες ιδιαιτερότητες των ασθενών, μπορούν να ασκήσουν την πέπουσα συμβουλευτική είτε εντός της υγειονομικής μονάδας είτε στην κοινότητα μεταφέροντας μαζί την κλινική τους εμπειρία.

3. Οι προβολές Video ενσωματωμένες στις μεθόδους αγωγής υγείας όπως της ενεργητικής συμμετοχής, της αλληλοδιδασκτικής ή της βιωματικής, δείχνει να μπορεί να αποτελεί έναν πολύ χρήσιμο συνδυασμό που κινητοποιεί το γνωστικό, συναισθηματικό και ψυχοκοινωνικό επίπεδο μάθησης, τα οποία ενεργοποιούμενα υποβοηθούν στην διαμόρφωση μιας νέας ατομικής συμπεριφοράς.

Η ιδέα για την πραγματοποίηση της παρούσας εργασίας βασίστηκε στην υπάρχουσα ανάγκη για μια επιπλέον αλλά και ουσιαστική όπως προκύπτει από τα αποτελέσματα βοήθεια προς τον ασθενή που ξαφνικά βρίσκεται να νοσηλεύεται στο κρεβάτι μιας στεφανιαίας μονάδας, με τελικό σκοπό την καλύτερη διαχείριση της πάθησής του.

Κεφάλαιο 1: ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η στεφανιαία νόσος, τα εγκεφαλικά επεισόδια και η περιφερική αγγειοπάθεια αποτελούν μορφές της καρδιαγγειακής νόσου.

Οι καρδιαγγειακές παθήσεις από τις οποίες η στεφανιαία νόσος είναι η πιο συχνή είναι οι κύριες αιτίες θανάτου στη μέση και τη μεγάλη ηλικία στις περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες. Οδηγούν σε σημαντικού βαθμού αναπηρία και μείωση της παραγωγικότητας, έχουν αρνητική επίδραση στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα της ζωής και συμμετέχουν σε μεγάλο βαθμό στην κλιμακούμενη αύξηση του κόστους των υπηρεσιών υγείας, ιδιαίτερα σε γερασμένους πληθυσμούς¹.

Συνεπώς, σε αυτά τα νοσήματα είναι αναγκαίο να δοθεί έμφαση σε όλα τα επίπεδα πρόληψης (πρωτογενής –δευτερογενής -τριτογενής).

Προτεραιότητα στην πρόληψη πρέπει να δίδεται στους πολίτες υψηλού κινδύνου για την εμφάνιση στεφανιαία νόσου, στους ασθενείς με στεφανιαία νόσο οι οποίοι βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο θανάτου ή μη θανατηφόρων επιπλοκών, καθώς και στους συγγενείς πρώτου βαθμού ασθενών που εμφανίζουν πρώιμα την νόσο. Η εκτίμηση του κινδύνου στηρίζεται στην αντίληψη ότι αυτός είναι πολυπαραγοντικός, και βασίζεται στην συνεκτίμηση όλων των παραγόντων κινδύνου που συντελούν στην εμφάνιση της νόσου².

Στην μελέτη EUROASPIRE στην οποία συμμετείχαν 9 Ευρωπαϊκές χώρες και περιελάμβανε 3.569 ασθενείς με στεφανιαία νόσο φάνηκε ότι υπάρχουν σημαντικά περιθώρια βελτίωσης στον έλεγχο των παραγόντων κινδύνου. Περίπου 1 στους 5 στεφανιαίους ασθενείς ξανάρχισε το κάπνισμα μετά την έξοδό του από το νοσοκομείο,

¹ Sans, S., Kesteloot, H., Kromhooft, D. (1997) The burden of cardiovascular diseases mortality in Europe. *Europe Heart J*, 18: 1231-1248

² Pyorala, K., Graham, I., Backer, G., Poole-Wilson, P., Wood, D. (1994) Prevention of coronary heart disease in clinical practice. *Eur Heart J*, 15: 1300-1331, και *Atherosclerosis* 1994, 110: 121-161

το 25% ήταν παχύσαρκοι ($\Delta\text{ΜΣ} >30 \text{ kg.m}^{-2}$), το 53% εμφάνιζε αυξημένη αρτηριακή πίεση ($\Sigma.\text{Α.Π} >140 \text{ mm/Hg}$ και $\Delta.\text{Α.Π.} >90 \text{ mm/Hg}$), το 44% είχε αυξημένη χοληστερόλη (ολική χοληστερόλη $>213 \text{ mg.dl}^{-1}$) και το 18% ήταν διαβητικοί. Βρέθηκε δηλαδή υψηλός επιπολασμός τροποποιήσιμων παραγόντων σε ασθενείς που έχουν να κερδίσουν τα μέγιστα από την αποτελεσματική καταπολέμησή τους³.

Έτσι λοιπόν η σημασία της εκπαίδευσης των ασθενών που πάσχουν από στεφανιαία νόσο στη διαχείριση της ασθένειάς τους και την πρόληψη των επιπλοκών, λαμβάνει κυρίαρχη θέση και έχει τεκμηριωθεί επιστημονικά. Επίσης, η χρήση οπτικοακουστικών μέσων στη διαδικασία της εκπαίδευσης και της συμβουλευτικής είναι ευρεία.

Η μελέτη αυτή παρουσιάζει τα αποτελέσματα μιας πιλοτικής παρέμβασης εκπαίδευσης ασθενών (με τη χρήση βίντεο) οι οποίοι πάσχουν από πρωτοδιεγνωσμένη στεφανιαία νόσο και νοσηλεύτηκαν στη Στεφανιαία Μονάδα του Γ.Ν. Σύρου.

³ EUROASPIRE study group, (1997), European action on secondary prevention through intervention to reduce events. *Eur Heart J*, 18: 1569-1592

Κεφάλαιο 2: ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ ΤΡΙΤΟΓΕΝΟΥΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ

2.1. Το φορτίο των καρδιαγγειακών νοσημάτων

Οι μη μεταδοτικές ασθένειες αποτελούν ένα σύνολο ασθενειών σημαντικό για τη δημόσια υγεία. Η θνησιμότητα, η ανικανότητα και οι πρόωροι θάνατοι που αποδίδονται στις μη μεταδοτικές ασθένειες, υπολογίζονται στο 60% όλων των πρόωγων θανάτων και το 47% του παγκόσμιου φορτίου ασθένειας, το οποίο αναμένεται να αυξηθεί σε 73% και 60% αντίστοιχα το έτος 2020 (WHO 2004).

Σύμφωνα με τις εκτιμήσεις της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας, 17 εκατομμύρια άνθρωποι, πεθαίνουν παγκοσμίως από καρδιαγγειακά νοσήματα, ιδιαίτερα από οξεία ισχαιμικά επεισόδια, κάθε έτος. Οδηγούν σε σημαντικού βαθμού αναπηρία και μείωση της παραγωγικότητας και συμμετέχουν σε μεγάλο βαθμό στην κλιμακούμενη αύξηση του κόστους υπηρεσιών υγείας, ιδιαίτερα σε γερασμένους πληθυσμούς. Το 2020 αναμένεται ότι το 46,7% των θανάτων θα αποδοθούν στα καρδιαγγειακά νοσήματα (WHO 2001).

2.1.1. Τα καρδιαγγειακά νοσήματα στην Ευρώπη

Στην Ευρώπη, τα καρδιαγγειακά νοσήματα προκαλούν ετησίως 4 εκατομμύρια θανάτους, εκ των οποίων άνω του 1,5 εκατομμυρίου αντιστοιχούν στις χώρες-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Αυτό ισοδυναμεί με το ήμισυ περίπου όλων των θανάτων στην Ευρώπη (48%) και στην Ε.Ε. (41%)⁴.

Ευθύνονται για τους μισούς σχεδόν από όλους τους θανάτους στην Ευρώπη (42%), προκαλώντας πάνω από 4,35 εκατομμύρια θανάτους κάθε έτος στα 52 κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Περιοχής της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (WHO), και περισσότερους

⁴ World Health Organization (2002) *World Health Report 2002 Reducing Risks, Promoting Healthy Life*, Geneva

από 1.9 εκατομμύρια θανάτους κάθε έτος στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Πλήττουν τους Ευρωπαίους κυρίως της μέσης και μεγάλης ηλικίας.

Τα καρδιαγγειακά νοσήματα αποτελούν επίσης την πιο σημαντική αιτία θανάτου μεταξύ των γυναικών και των ανδρών στην Ευρώπη⁵, ενώ τα δύο φύλα πλήττονται διαφορετικά από τις καρδιαγγειακές παθήσεις. Οι γυναίκες έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες από τους άνδρες να πεθάνουν από εγκεφαλικό επεισόδιο ή καρδιακή προσβολή και έτσι πρέπει να λάβουμε υπόψη ότι οι καρδιαγγειακές παθήσεις στις γυναίκες συχνά δεν διαγιγνώσκονται και δεν τυγχάνουν της δέουσας αντιμετώπισης⁶.

Τα καρδιαγγειακά νοσήματα είναι επίσης μια σημαντική αιτία ανικανότητας και μειωμένης ποιότητας ζωής. Οι καρδιαγγειακές παθήσεις αποτελούν τη δεύτερη αιτία επιβάρυνσης ασθενείας (ασθένεια και θάνατος) στην ΕΕ σε ποσοστό που ανέρχεται στο 18%⁷.

Η δημοσίευση της Ομάδας Εργασίας της Ευρωπαϊκής Καρδιολογικής Εταιρείας σχετικά με τα στατιστικά δεδομένα της καρδιαγγειακής θνησιμότητας και νοσηρότητας στην Ευρώπη περιγράφει το βάρος των καρδιαγγειακών παθήσεων.

Η στεφανιαία νόσος παραμένει η κύρια αιτία θνησιμότητας σε άντρες άνω των 45 ετών, και στις γυναίκες άνω των 65 ετών σε όλη την Ευρώπη. Υφίστανται σημαντικές ασυμφωνίες μεταξύ των κρατών μελών ως προς την εξάπλωση, πρόληψη και θεραπεία των καρδιαγγειακών παθήσεων και ο ρόλος της ΕΕ συνίσταται στην καταπολέμηση των ανισοτήτων αυτών προκειμένου να καλυφθεί το κενό.

Διαφορές υπάρχουν στην εμφάνιση της νόσου τόσο μεταξύ των διαφόρων κρατών όσο

⁵ Health and Consumer Affairs Council Meeting (1 and 2 June 2006) , 2733rd *Employment , Social Policy*, Luxembourg

⁶ British Heart Foundation and European Heart Network (2005), *European Cardiovascular Disease Statistics*, London

⁷ WHO, (2003) *Cardiovascular Disease, Prevention and Control*. Ανάκτηση 24 Σεπτεμβρίου 2007 από http://www.who.int/dietphysicalactivity/media/en/gsf_cvd.pdf

και μέσα στην ίδια χώρα με το πέρασμα του χρόνου. Η στεφανιαία νόσος παρουσιάζει μια σαφή διαφορά μεταξύ Ανατολής και Δύσης με πενταπλάσια θνησιμότητα στις Ανατολικές χώρες και ειδικότερα στην Ρουμανία, Πολωνία Εσθονία, Λιθουανία και Ουγγαρία. Αντιθέτως, η θνησιμότητα μειώθηκε στη Βόρειο και Δυτική Ευρώπη και ειδικότερα στο Βέλγιο, την Ολλανδία και τη Φινλανδία καθώς και σε ορισμένες χώρες της Νοτίου Ευρώπης όπως τη Γαλλία και την Ιταλία.

Στην Ελλάδα η πορεία της θνησιμότητας παρουσιάζει μια ιδιαιτερότητα: Μέχρι το 1960 ήταν χαμηλή, η χαμηλότερη μεταξύ των Ευρωπαϊκών χωρών. Από τότε όμως και μέχρι το 1975 παρουσίασε ταχεία αύξηση και σχεδόν διπλασιάστηκε. Μέχρι το 1985 αυξήθηκε με βραδύτερο ρυθμό και από το 1990 άρχισε πτώση αυτής που το 1995 έφτασε το 7%.

Η μείωση αυτή φαίνεται ότι οφείλεται στη βελτίωση της περίθαλψης που επιτεύχθηκε τα τελευταία χρόνια και δεν αποτελεί αποτέλεσμα πρόληψης. Πράγματι η ενδονοσοκομειακή θνητότητα του Οξέος Εμφράγματος του Μυοκαρδίου έχει μειωθεί την τελευταία δεκαετία περίπου στο ήμισυ ενώ αντίθετα η επίπτωσή του όπως συμπεραίνεται από τον αριθμό των εξωνοσοκομειακών θανάτων, έχει αυξηθεί. Εκτιμάται ότι η μείωση αυτή της θνησιμότητας δεν θα συνεχισθεί αφού τα θεραπευτικά περιθώρια θα εξαντληθούν. Ακόμη όμως κι αν επιτευχθεί μηδενική ενδονοσοκομειακή θνητότητα του οξέος εμφράγματος, η θνησιμότητα της στεφανιαίας νόσου θα παραμένει υψηλή, αφού στο 23% των περιπτώσεων η στεφανιαία νόσος έχει ως πρώτη και μοναδική εκδήλωσή της τον αιφνίδιο θάνατο ⁸.

Παρά την πτώση της θνησιμότητας από στεφανιαία νόσο στις χώρες της Δυτικής Ευρώπης δεν έχει μειωθεί ο απόλυτος αριθμός των ανθρώπων που πεθαίνουν από τη νόσο ενώ ο αριθμός των χρόνια πασχόντων ασθενών, μπορεί και να αυξάνεται στις χώρες αυτές λόγω της γήρανσης του πληθυσμού.

⁸ Sans, S., Kesteloot, H., Kromhooft, D., on behalf of the Task Force (1997) The burden of cardiovascular diseases mortality in Europe. *Eur Heart J*,18: 1231-1248

Επιπροσθέτως, η φαρμακευτική αγωγή της στεφανιαίας νόσου, η επαναγγείωση και η προληπτική ιατρική συμβάλουν στην αύξηση του αριθμού των νοσούντων που επιβιώνουν και για το λόγο αυτό στην αύξηση του αριθμού των ασθενών που κινδυνεύουν από ένα νέο επεισόδιο, όπως έμφραγμα του μυοκαρδίου και οι επιπλοκές του, δηλαδή από καρδιακή ανεπάρκεια.

Υπάρχουν επίσης σημαντικές διαφορές στη νοσηρότητα και θνησιμότητα από στεφανιαία νόσο μεταξύ των διαφόρων κοινωνικό – οικονομικών τάξεων στις Ευρωπαϊκές χώρες⁹. Οι διαφορές αυτές μπορεί εν μέρει να εξηγηθούν από κοινωνικό-οικονομικές διαφορές στην επίπτωση των κλασικών παραγόντων κινδύνου, όπως το κάπνισμα, η αρτηριακή υπέρταση, η χοληστερόλη αίματος και το σάκχαρο.

Το κάπνισμα, π.χ. εμφανίζεται συχνότερα ως συνήθεια στις κατώτερες κοινωνικά τάξεις τόσο μεταξύ αντρών όσο και μεταξύ των γυναικών στις βιομηχανικές χώρες¹⁰.

Τα καρδιαγγειακά νοσήματα σκοτώνουν περισσότερους ανθρώπους από όλους τους **καρκίνους μαζί** με υψηλότερο ποσοστό **στις γυναίκες** (55% όλων των θανάτων) **παρά στους άνδρες** (43% όλων των θανάτων)¹¹ και εμφανίζουν υψηλότερη **θνητότητα** μεταξύ των ανδρών και των γυναικών χαμηλότερης κοινωνικοοικονομικής **τάξης**.

⁹ Marmot, M.G., Shipley, M.J., Rose, G. (1984) Inequalities in death specific explanations of a general pattern? *Lancet*, ii;1003-1006

Marmot, M.G., Kogevinas, M., Elson, M.A., (1991) Socioeconomic status and disease. *WHO Reg Publ Eur Ser*, 37: 113-146.

¹⁰ Jacobsen, B.K., Thelle, D.S. (1988) Risk Factors for coronary heart disease and level of education. The Tromso Heart Study. *Am J Epidemiol*, 127:923.

Winkleby, M.A., Fortman, S.P., Barrett, D.C. (1990) Social class disparities in risk factors for disease. Eight year prevalence patterns by level of education. *Prev Med*, 19: 1-12.

Luepker, R.V., Rosamond, W.D., Murphy, R., (1993) Socioeconomic status and coronary heart disease risk factors trends. The Minnesota Heart Survey. *Circulation*, 88 (part 1) 2172-2179.

Wagenknecht, L.E., Perkins, L.L., Cutter, G.R., (1990) Cigarette smoking is strongly related to educational status. The CARDIA study. *Prev Med*, 19:158-169.

¹¹ Leal, J., et al (2006) Economic burden of cardiovascular diseases in the enlarged European Union. *Eur Heart J* 27 (13):1610-1619.

Η μη υγιεινή διατροφή καθώς και η υπερβολική κατανάλωση τροφής συνδυαζόμενες με την έλλειψη σωματικής δραστηριότητας αυξάνουν την επίπτωση της παχυσαρκίας στα άτομα χαμηλής κοινωνικοοικονομικής κατάσταση¹².

Όμως οι σημαντικότεροι παράγοντες που μπορούν να εξηγήσουν τις διαφορές μεταξύ των κοινωνικοοικονομικών ομάδων φαίνεται να είναι ψυχοσωματικοί. Η καταπόνηση από σκληρή σωματική εργασία, η έλλειψη ελέγχου στην εργασιακή κατάσταση, η έλλειψη κοινωνικής στήριξης καθώς και η αδυναμία αντιμετώπισης αγχογενών παραγόντων που συναντώνται στην καθημερινή ζωή είναι δείκτες πρόβλεψης στεφανιαίου συμβάντος ιδιαίτερα στους άντρες, αλλά και σε ορισμένες μελέτες και στις γυναίκες¹³.

Η προσπάθεια μείωσης των αθηροσκληρωτικών νόσων στους Ευρωπαϊκούς πληθυσμούς στοχεύει στη μείωση της νοσηρότητας και της θνησιμότητας και ως εκ τούτου στη βελτίωση της ποιότητας ζωής και στην αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης. Η ανάπτυξη της στεφανιαίας νόσου είναι στενά συνδεδεμένη με τον τρόπο ζωής και τους συναφείς παράγοντες κινδύνου και υπάρχει πληθώρα επιστημονικών ενδείξεων ότι η μεταβολή του τρόπου ζωής και η μείωση των παραγόντων κινδύνου μπορούν να την καθυστερήσουν τόσο πριν, όσο και μετά την εκδήλωση ενός οξέος κλινικού συμβάντος.

Η στεφανιαία νόσος επίσης αποτελεί μια από τις πιο συχνές αιτίες μακρόχρονης αναπηρίας. Η θεαματική πρόοδος στην αντιμετώπισή της οδήγησε σε σημαντική αύξηση της επιβίωσης έως και 50%. Τα εκατομμύρια των ασθενών ύστερα από οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου, στηθάγχη και επαναγγείωση αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην επάνοδο στη φυσιολογική ενεργό ζωή, στην κοινωνική επανένταξη και στην επιστροφή στην

¹² Sobal, J. (1991) Obesity and Socioeconomic status: A framework for examining relationships between physical and social variables. *Med Anthropol*: 231-247.

Burke, G.L., Savage, P.J., Manorio, R.A. (1992) Correlates of obesity in younger black and white women: The CARDIA Study. *Am J Pub Health*, 82: 1621-1625.

¹³ Orth-Gomer, K., Rosengren, A., Wilhelmsen, L., (1993) Lack of social support and incidence of coronary heart disease in middleage Swedish men. *Psychos Med*: 55: 37-43.

Bosma, H., Marmot, M.G., Hemingway, H., Nicholson, A., Brunner, E.J., Stanfeld, S. (1997) Low job control and risk of coronary heart disease in the Whitehall 2 study. *Br Med J*, 314: 558-565.

Theorell, T., Tsutsumi, A., Hallqvist, J., et al (1998) Decision latitude, job strain and myocardial infarction: A study of working men in Stockholm. *Am J Pub Health*, 88: 382-388

εργασία¹⁴.

Πολλές προσπάθειες έχουν γίνει για την ανάπτυξη πιο περιεκτικών δεικτών υγείας καθώς οι δείκτες θνησιμότητας αφ ενός αποτελούν κλασικούς δείκτες υγείας των πληθυσμών, αφ ετέρου όμως αδυνατούν να μετρήσουν το μέγεθος της ασθένειας και της ανικανότητας που είναι στην ουσία η έκφραση της υγείας.

Ένας από αυτούς είναι και ο δείκτης DALY's (Disability Adjusted Life Years: Χρόνια χαμένης υγιούς ζωής). Ένα DALY θεωρείται ένας χρόνος χαμένης υγιούς ζωής και η υπολογιζόμενη ποσότητα (φορτίο) ασθένειας είναι η διαφορά μεταξύ της υγείας του υπό έλεγχο πληθυσμού και αυτού ενός πρότυπου πληθυσμού με προσδόκιμο επιβίωσης 80,0 χρόνια για τους άνδρες και 82,5 χρόνια στις γυναίκες.

Οι κύριες αιτίες ασθένειας σε DALY's διεθνώς στις ανεπτυγμένες χώρες (2001) είναι:

➤ Ισχαιμική νόσος	9,4%
➤ Κατάθλιψη	7,2%
➤ Αγγειακά Εγκεφαλικά	6,0%
➤ Οινόπνευμα	3,5%
➤ Απώλεια ακοής	3,0%
➤ Τροχαία ατυχήματα	2,8%
➤ Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια	2,6%
➤ Οστεοαρθρίτιδα	2,5%
➤ Καρκίνος Πνεύμονα	2,4%

Σύγχρονες εκτιμήσεις της αμερικανικής καρδιολογικής Εταιρείας αναφέρουν ότι υπάρχουν περίπου 1,5 εκατομμύριο εισαγωγές για Οξύ Στεφανιαίο Σύνδρομο (Ο.Σ.Σ.) στα νοσοκομεία των ΗΠΑ και η ετήσια επίπτωση είναι περίπου 50 γεγονότα ανά 10. 000

¹⁴ Δημόπουλος, Β. (1998) *Η σημασία της συμμετοχής σε Πρόγραμμα Αποκατάστασης και η συμβολή της στα αποτελέσματα της Δοκιμασίας Κόπωσης, την επιστροφή στην εργασία και την πρόγνωση ασθενών με οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου*. Διατριβή για Διδακτορία, Αθήνα.

άτομα. Ο επιπολασμός του Ο.Σ.Σ. εκτιμήθηκε ότι είναι 8,4% για τους άντρες και 5,6% για τις γυναίκες¹⁵.

2.1.2. Τα καρδιαγγειακά νοσήματα στην Ελλάδα

Πρόσφατα στοιχεία της μελέτης GREEKS για την επίπτωση του οξέως Στεφανιαίου συνδρόμου στην Ελλάδα στην οποία καταγράφηκαν από τον Οκτώβριο του 2003 έως και το τέλος του Σεπτεμβρίου του 2004, 2172 ασθενείς (98% του συνόλου) που εισήχθησαν στις καρδιολογικές κλινικές ή στις μονάδες επειγόντων περιστατικών 6 μεγάλων γενικών νοσοκομείων στην Ελλάδα .

Από τα αποτελέσματα της παραπάνω μελέτης προέκυψε ότι η ετήσια επίπτωση του Ο.Σ.Σ. στην Ελλάδα είναι 22.6 γεγονότα ανά 10.000 άτομα (76% άντρες και 24% γυναίκες), απ όπου προέκυψε ότι ο επιπολασμός του Ο.Σ.Σ. στις περιοχές της Ελλάδας που συμμετείχαν στην έρευνα είναι 3,9% για τους άντρες και 1,3 για τις γυναίκες. Η πλέον συνηθισμένη διάγνωση εξόδου για τους άνδρες ήταν το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου (OEM), ενώ για τις γυναίκες ήταν η ασταθής στηθάγχη (ΑΣ). Υπήρχε ισχυρή σχέση ανάμεσα στη βαρύτητα της νόσου (ΑΣ ή OEM) και τον επιπολασμό της υπέρτασης,¹⁶

Σε παρόμοια μελέτη που πραγματοποιήθηκε μόνο στη νοτιοδυτική Ελλάδα, η επίπτωση του Ο.Σ.Σ. ήταν μεγαλύτερη (39 γεγονότα ανά 10.000 άτομα. Η διαφορά στις εκτιμήσεις της επίπτωσης μεταξύ των δύο μελετών θα μπορούσε να αποδοθεί σε ποικίλες διαφορές στη συμπεριφορά και τον τρόπο ζωής των ατόμων, όπως διατροφικές και καπνιστικές συνήθειες ή άλλες περιβαλλοντικές ιδιαιτερότητες¹⁷.

¹⁵ American Heart Association. (2008) *Heart Diseases and Stroke Statistics*. Ανάκτηση 20 Ιανουαρίου 2008 από http://www.americanheart.org/downloadable/heart/1200078608862HS_Stats%202008.final.pdf

¹⁶ Κουρλαμπά, Γ., Πίτσαβος, Χ., Παναγιωτάκος, Δ., Αντωνούλας, Α., Ζόμπολος, Σ., Κογιάς, Γ., Μαντάς, Γ., Στραβοπόδης, Π., Στεφανάδης, Χ. (2006) Επιδημιολογία του Οξέως Στεφανιαίου Συνδρόμου στην Ελλάδα. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 23(4):365-374.

¹⁷ Papathanasiou, A., Pappas, K.D., Korantzopoulos, P., Leontaridis, J.P., Vougiouklakis, T.G., Kyriou, M. (2004) An epidemiologic study of acute coronary syndromes in northwestern Greece. *Angiology*, 55:187-194

Οι μεταβολές που σημειώθηκαν στη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα στη χώρα μας έχουν αποδοθεί στην απομάκρυνση από την παραδοσιακή διατροφή και την αντικατάστασή της με την δίαιτα δυτικού τύπου πλούσια σε κεκορεσμένα λίπη, την αύξηση της καταναλισκόμενης ποσότητας τροφίμων, τον περιορισμό της σωματικής δραστηριότητας και το άγχος. Αυτές οι αλλαγές αποτελούν προδιαθεσικούς παράγοντες αθηροσκληρυντικών αλλοιώσεων και συμβάλλουν στην αύξηση των καρδιαγγειακών νοσημάτων¹⁸

2.1.3. Οικονομική διάσταση των καρδιαγγειακών νοσημάτων

Τα καρδιαγγειακά νοσήματα υπολογίζεται ότι κοστίζουν στην οικονομία της **Ευρωπαϊκής Ένωσης** 169 δισεκατομμύρια ευρώ / έτος, 105 εκ των οποίων διατίθενται για θεραπεία και 64 αφορούν την απώλεια παραγωγικότητας και το κόστος της άτυπης θεραπείας. Αυτό αντιπροσωπεύει ένα συνολικό ετήσιο κατά κεφαλήν κόστος 372 €. Οι χώρες με υψηλή συχνότητα καρδιαγγειακών νοσημάτων πάσχουν από εξασθένηση της οικονομικής ανάπτυξης.

Οι απώλειες παραγωγής λόγω της θνησιμότητας και νοσηρότητας των καρδιαγγειακών παθήσεων, αντιπροσωπεύουν περίπου το ένα τρίτο του συνολικού κόστους όλων των παθήσεων, με περίπου τα δύο τρίτα αυτού του κόστους λόγω του θανάτου και το ένα τρίτο λόγω της ασθένειας των ανθρώπων της εργασιακά ενεργού ηλικίας.

Οι κατά κεφαλήν δαπάνες ποικίλλουν δέκα φορές μεταξύ των Κρατών Μελών - σε λιγότερο από 50 € στη Μάλτα έως πάνω από 600 € κατά κεφαλήν/ έτος στη Γερμανία και το Ηνωμένο Βασίλειο αντίστοιχα. Η μεταβαλλόμενη δημογραφική δομή της ΕΕ απαιτεί την παράταση του εργασιακού βίου. Η εξασθένηση λόγω υπέρτασης και καρδιαγγειακών παθήσεων έχει αρνητικές συνέπειες στο εργατικό δυναμικό¹⁹.

¹⁸ Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας (1999) *Διατροφικές οδηγίες για ενήλικες στην Ελλάδα*, Αθήνα

¹⁹ Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο (Ιούλιος 2007) *Καρδιαγγειακές Παθήσεις*. Ανάκτηση 25 Σεπτεμβρίου 2007 από <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?type=MOTION&reference=B6-2007-0277&language=EL>.

Χαρακτηριστική του μεγέθους των κοινωνικοοικονομικών επιπτώσεων των καρδιαγγειακών νόσων είναι η εισήγηση του **Miroslav Ouzký (PPE-DE)** εξ ονόματος της Επιτροπής Περιβάλλοντος, Δημόσιας Υγείας και Ασφάλειας των Τροφίμων, σχετικά με την κοινή θέση του Συμβουλίου (16369/2/2006 C6-0100/2007 2005/0042(COD)) ενόψει της έγκρισης της απόφασης του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου που αφορά τη θέσπιση προγράμματος κοινοτικής δράσης στον τομέα της υγείας και της προστασίας των καταναλωτών για την περίοδο 2007-2013 – (Πτυχές υγείας) την Δευτέρα 9 Ιουλίου 2007 στο Στρασβούργο²⁰ ο οποίος αναφέρει:

«Τα καρδιαγγειακά νοσήματα, μόνον στην ΕΕ σκοτώνουν σχεδόν δύο εκατομμύρια ανθρώπους τον χρόνο. Αυτό είναι ένα εξακριβωμένο και καθολικά αναγνωρισμένο γεγονός. Ήδη από το 2004, το Συμβούλιο αναγνώρισε τη σημασία της παροχής αποφασιστικών λύσεων στο πρόβλημα των καρδιαγγειακών νόσων. Υπήρξε αξιοσημείωτη ιατρική πρόοδος σε αυτό το πεδίο τα τελευταία 10 με 15 χρόνια.

Το πρόβλημα, ωστόσο, είναι η δραματική αύξηση του κόστους. Για να δώσω ένα παράδειγμα, λέω πάντα στους Τσέχους πολίτες στις συζητήσεις –και τονίζω το σημείο αυτό εδώ στο Σώμα– ότι η θεραπεία μιας θρόμβωσης στεφανιαίας πριν από 15 χρόνια, με τη χρήση των μεθόδων της εποχής, κόστιζε γύρω στα 20 ευρώ την ημέρα, και μετά την εφαρμογή της στρεπτοκινάσης το κόστος αυξήθηκε στα 1 000 ευρώ ανά θεραπεία.

Σήμερα, με την έλευση των αγγειακών ενδοαυλικών προθέσεων (stents) και του οξέος καθετηριασμού, το κόστος αυξήθηκε στα 10.000 ευρώ για μία θεραπεία. Με άλλα λόγια, υπήρξε μια τεράστια αύξηση στο οικονομικό κόστος.

Από την άλλη πλευρά, αυξήθηκε σημαντικά το φάσμα των δυνατοτήτων για την θεραπεία μεγάλου αριθμού ασθενών που σε διαφορετική περίπτωση θα υπέφεραν και θα πέθαιναν.

Σήμερα, οι ασθενείς με οξεία θρόμβωση στεφανιαίας, υπό την προϋπόθεση ότι θα λάβουν έγκαιρη και κατάλληλη περίθαλψη, μπορούν να επιστρέψουν στο σπίτι τους την ίδια ημέρα και να γυρίσουν στη δουλειά τους λίγες ημέρες αργότερα.

Συνεπώς, τα χρήματα που θα δαπανήσουμε μπορούν να ανακτηθούν αργότερα».

²⁰ Ευρωπαϊκή Επιτροπή Περιβάλλοντος, Δημόσιας Υγείας και Ασφάλειας των Τροφίμων (2007) Πρόγραμμα κοινοτικής δράσης στον τομέα της υγείας και της προστασίας των καταναλωτών για την περίοδο 2007-2013, Στρασβούργο

Η ΠΟΥ λαμβάνοντας υπόψη ότι οι περισσότερες καρδιαγγειακές παθήσεις είναι δυνατόν να προληφθούν με μια αλλαγή του τρόπου ζωής παράλληλα με τον έγκαιρο εντοπισμό των ατόμων υψηλού κινδύνου και την κατάλληλη διάγνωση, αναγνωρίζει πως "οι πλέον αποτελεσματικές από πλευράς κόστους μέθοδοι για τη μείωση των κινδύνων μεταξύ του πληθυσμού είναι οι παρεμβάσεις σε ευρεία κλίμακα σε συνδυασμό με αποτελεσματικές πολιτικές και ευρείες πολιτικές ευαισθητοποίησης για την υγεία"²¹. Σύμφωνα όμως με τους δείκτες ΟΟΣΑ για το 2005, τα συμπεράσματα είναι απογοητευτικά καθώς μόλις το 3% των δαπανών για την υγεία διατίθενται για πρόληψη και προγράμματα δημόσιας υγείας²².

2.2. Προδιαθετικοί παράγοντες της στεφανιαίας νόσου

Τα καρδιαγγειακά νοσήματα είναι σε μεγάλο βαθμό αποτρέψιμα. Ο **Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO)** υπολογίζει ότι μέτριες μειώσεις της αρτηριακής πίεσης, της παχυσαρκίας, της χοληστερόλης και της χρήσης του καπνού του γενικού πληθυσμού θα μείωναν περισσότερο από το ήμισυ την συχνότητά τους.

Μακροσκελείς επιδημιολογικές μελέτες έχουν εντοπίσει μια σειρά από προδιαθετικούς παράγοντες, που συντελούν στην ανάπτυξη των αθηρωματικών πλακών στο στεφανιαίο επεισόδιο²³

Η κατανόηση της σημασίας των παραγόντων κινδύνου αποτελεί προϋπόθεση για την πρωτοβάθμια πρόληψη της αθηροσκλήρωσης, καθώς σημαντική πρόοδος στον έλεγχο αυτής είναι δυνατή, όταν η ύπαρξη αυτών είναι μηδενική. Απαραίτητη λοιπόν είναι η διάκριση των παραγόντων, ανάλογα με το βαθμό σημαντικότητας, σε μείζονες ή πρωτεύοντες και σε ελάσσονες ή δευτερεύοντες.

²¹ Ενημερωτικό Δελτίο ΠΟΥ (2003) *Καρδιαγγειακές ασθένειες: πρόληψη και έλεγχος*, ανάκτηση 22 Σεπτεμβρίου 2007 από http://www.who.int/dietphysicalactivity/media/en/gsf_cvd.pdf

²² Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο (Ιούλιος 2007) *Καρδιαγγειακές Παθήσεις*. Ανάκτηση 25 Σεπτεμβρίου 2007 από <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?type=MOTION&reference=B6-2007-0277&language=EL>.

²³ Παπάζογλου, Ν. (1987) *Ισχαιμική καρδιοπάθεια*, Λίτσας, Αθήνα, 5-14, 28-47, 61-78, 119-122, 195-211.

Το σημαντικό είναι ότι οι παράγοντες αυτοί αθροιζόμενοι (συνύπαρξη) αλληλοενισχύονται και έτσι ενώ με έναν παράγοντα ο κίνδυνος είναι 4/1000, με τέσσερις παράγοντες μαζί ο κίνδυνος είναι 60/1000. Σημαντικό επίσης είναι το γεγονός, ότι η συντριπτική τους πλειοψηφία σχετίζεται με τις συνήθειες και τον τρόπο ζωής²⁴

Στους πρωτεύοντες παράγοντες εκτός από την αυξημένη χοληστερίνη του αίματος (υπερχοληστεριναιμία) που κυριαρχεί και είναι αποφασιστικής σημασίας, ανήκουν η υπέρταση, το κάπνισμα, ο σακχαρώδης διαβήτης, η κληρονομικότητα, το φύλο και η ηλικία.

Στους δευτερεύοντες παράγοντες ανήκουν η παχυσαρκία, το άγχος, η προσωπικότητα τύπου Α και η καθιστική ζωή (έλλειψη άσκησης). Επίσης παράγοντες κινδύνου είναι η υπερτριγλυκεριδαιμία, η κατάχρηση καφέ, η κατάχρηση οινοπνεύματος και αλατιού, η λήψη αντισυλληπτικών, αιματολογικές παράμετροι πήξεως, κλιματολογικοί παράγοντες, κ.α.

Παράλληλα οι προδιαθεσικοί παράγοντες κατηγοριοποιούνται σε αναστρέψιμους και μη. Μη αναστρέψιμοι είναι η ηλικία, το οικογενειακό ιστορικό, το φύλο. Αναστρέψιμοι παράγοντες κινδύνου ονομάζονται εκείνοι, οι οποίοι μπορούν να τροποποιηθούν ή να ελαχιστοποιηθούν²⁵.

Πρέπει να τονιστεί ότι όλοι οι παράγοντες κινδύνου παίζουν δυνητικό ρόλο στην ανάπτυξη της Σ.Ν.

2.2.1. Υπερχοληστεριναιμία.

Είναι η αύξηση της χοληστερίνης στο αίμα. Οι περισσότεροι ειδικοί συμφωνούν ότι τα ανώτερα φυσιολογικά όρια τιμής της είναι 200mg/100ml. πάνω από τις τιμές αυτές αυξάνει ο κίνδυνος της Σ.Ν. Η χοληστερίνη είναι ένα λιπίδιο όπως τα τριγλυκερίδια. Η χοληστερίνη είναι ένα βασικό συστατικό των κυττάρων στο σώμα. Η χοληστερίνη

²⁴ Χανιώτης, Φ. (1990) *Παθολογία*, 2ος Τόμος, Λίτσας, Αθήνα, 65

²⁵ Marino, Paul.(2000) *Μονάδα Εντατικής Θεραπείας*, Μπαλτόπουλος, Γ.(επιμ.), Λαγός, Αθήνα,

παράγεται από τον οργανισμό στο συκώτι (ενδογενής χοληστερίνη) και λαμβάνεται από τις τροφές.

Μεταφέρεται στους ιστούς με ειδικό τύπο πρωτεϊνών τις λιποπρωτεΐνες. Οι χαμηλής πυκνότητας λιποπρωτεΐνες (LDL) μεταφέρουν τη χοληστερίνη και τα τριγλυκερίδια στους ιστούς του σώματος. Αντίθετα οι υψηλής πυκνότητας λιποπρωτεΐνες (HDL) απομακρύνουν το πλεόνασμα των λιπιδίων από τους ιστούς του σώματος για απέκκριση. Όταν υπάρχουν πάρα πολλές LDL και πολύ λίγες HDL, τότε τα πλεονάζοντα λιπίδια δεν μπορούν να απομακρυνθούν αποτελεσματικά. Έτσι τα λιπίδια επικάθονται στα εσωτερικά τοιχώματα των αρτηριών δημιουργώντας αθηρωματική πλάκα που εμποδίζει την ομαλή ροή του αίματος. Αν η διαδικασία σκλήρυνσης και απόφραξης συνεχισθεί και φράξει μια αρτηρία της καρδιάς προκαλείται καρδιακό επεισόδιο²⁶

2.2.2. Αρτηριακή υπέρταση

Προκαλεί αθηροσκλήρωση εξαιτίας των βλαβών που προκαλεί στο ενδοθήλιο των αγγείων, οι οποίες ευνοούν την εναπόθεση λιπιδίων.

Ένα άτομο άνω των 30 ετών θεωρείται υπέρτασικό όταν σε δύο διαφορετικές εξετάσεις και 2-3 μετρήσεις σε κάθε εξέταση διαπιστωθεί μέση συστολική πίεση 90 mmHg ή μεγαλύτερη.

Η ιδεώδης αρτηριακή πίεση είναι 120\70-80mmHg. Σε νεαρά άτομα, συστολική πίεση πάνω από 130mmHg θεωρείται παθολογική, γιατί κατά την επόμενη δεκαετία η πιθανότητα αιφνίδιου θανάτου είναι αυξημένη, ιδίως εάν συνδυάζεται με κάπνισμα και υπερλιπιδαιμία.

Από επιδημιολογικές μελέτες έχει γίνει σαφές ότι το ύψος της συστολικής αρτηριακής πίεσης είναι ο καλύτερος προγνωστικός δείκτης της καρδιαγγειακής νοσηρότητας και θνησιμότητας από ότι η διαστολική αρτηριακή πίεση²⁷

²⁶ Αθανάτου, Κ. (1998) *Ελ. Παθολογική και Χειρουργική Κλινική Νοσηλευτική*. ΒΗΤΑ, Αθήνα, 289,306-308

²⁷ Τούπουζας, Π. (1993) *Καρδιολογία*, Έκδοση Β', Παρισιάνος, Αθήνα, 265-274, 278-280, 290-329, 342-390

2.2.3. Κάπνισμα

Μαζί με τον παράγοντα κινδύνου της υπερχοληστεριναιμίας μπορεί να επιταχύνει την διαδικασία της αθηρωμάτωσης²⁸.

Γενικά οι καπνιστές έχουν 70% μεγαλύτερη πιθανότητα να πάθουν Σ.Ν. Έχει αποδειχθεί ότι το κάπνισμα αυξάνει τη συγκολλητικότητα των αιμοπεταλίων και επιταχύνει την φυσιολογικά επερχόμενη με την ηλικία αύξηση του ινωδογόνου. Με την νικοτίνη αυξάνονται οι κατεχολαμίνες στον ορό, οι οποίες προκαλούν αύξηση της καρδιακής συχνότητας και της αρτηριακής πίεσης και κατά συνέπεια αύξηση των απαιτήσεων του μυοκαρδίου σε οξυγόνο.

Όσοι έχουν υπέρταση και καπνίζουν κινδυνεύουν περισσότερο να πάθουν εγκεφαλικό επεισόδιο. Το CO₂ είναι κυτταρικό δηλητήριο. Μ' αυτό αυξάνεται η ανθρακυλαιμοσφαιρίνη του αίματος με αποτέλεσμα τη μείωση της παροχής του O₂ στο μυοκαρδίου. Έτσι είναι δυνατή η διαταραχή του ισοζυγίου μεταξύ προσφοράς και απαιτήσεων του μυοκαρδίου σε O₂, οπότε συμβαίνει η κλινική εκδήλωση της Σ.Ν²⁹.

2.2.4. Σακχαρώδης Διαβήτης

Από αρκετά χρόνια ο σακχαρώδης διαβήτης θεωρείται ότι σχετίζεται με την αθηροσκλήρωση και υποστηρίζει την πρόωπη εμφάνιση της.

Στους γνωστούς διαβητικούς ινσουλινοεξαρτώμενου τύπου, υπάρχει αύξηση της συχνότητας του εμφράγματος του μυοκαρδίου στο διπλάσιο τουλάχιστον σε σχέση με τους μη διαβητικούς. Ο κίνδυνος αυτός είναι έντονα αυξημένος στους νεώτερους διαβητικούς³⁰.

Οι μηχανισμοί των στεφανιαίων επεισοδίων σε ασθενείς με γνωστό ιστορικό Σ.Δ. είναι πολυπαρογοντικοί όπως π.χ. αυξημένη συγκέντρωση των αιμοπεταλίων. Η μη ανοχή της γλυκόζης σε μη ινσουλινοεξαρτώμενους διαβητικούς έχει δείξει μειωμένη σύνθεση

²⁸ Rodriguez, S.W., Reed. (1987) Thrombolytic therapy for M.I. *Am J Nurs*, (5):632-640.

²⁹ University Of Birmingham Q (1992) *The Community Prevention of Coronary artery disease*, HMSO, London, p 62-172

³⁰ Wilson, J., Braunwald, E., Peterdot, Martin, J., Issesebacher, K. (1994) *Εσωτερική Παθολογία* Τόμος 2ος,, Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα, 1263-1272

θρομβοξάνης A2 , γεγονός που μπορεί να λειτουργεί αθροιστικά στην αύξηση των αιμοπεταλίων. Η μεγάλη κυκλοφορία ινσουλίνης στο αίμα πιθανόν να αποτελεί έναν ακόμη παράγοντα κινδύνου στην ανάπτυξη της αθηροσκλήρωσης σε ασθενείς με διαβήτη και μη αντοχή στη γλυκόζη.

Η πρώτη εκδήλωση της στεφανιαίας νόσου στους διαβητικούς ασθενείς είναι η σταθερή στηθάγχη και το Ο.Ε.Μ. το οποίο μπορεί να εκδηλωθεί χωρίς την τυπική κλινική εικόνα (σιωπηρό έμφραγμα)³¹

2.2.5. Καθιστική ζωή και παχυσαρκία

Έχει σημειωθεί ότι οι άνθρωποι πραγματοποιούν με τον καιρό όλο και λιγότερες κινητικές δραστηριότητες, καθώς τα χρόνια προστίθενται στην ηλικία τους.

Η καθιστική ζωή ευνοεί την παχυσαρκία, την ελάττωση της ζωτικής χωρητικότητας των πνευμόνων και την ταχυκαρδία. Σε άτομα που παρουσιάζουν τα 2 από τα 3 αυτά χαρακτηριστικά της καθιστικής ζωής, ο κίνδυνος θανάτου από Σ.Ν. κατά τα επόμενα 12 έτη είναι 5 φορές μεγαλύτερος από όσο στα ασκούμενα άτομα³².

Αντίθετα η μακροχρόνια ζωηρή σωματική άσκηση είτε κατά την επαγγελματική ενασχόληση είτε κατά τον ελεύθερο χρόνο, συνδυάζεται με σαφή ελάττωση του κινδύνου προσβολής ή θανάτου από Σ.Ν. Επίσης υποστηρίζεται ότι και μετά την εμφάνιση στηθάγχης ή εμφράγματος του μυοκαρδίου η επιβίωση είναι μεγαλύτερη στους ασκούμενους. Ευεργετικά αποτελέσματα με μείωση του κινδύνου της Σ.Ν. κατά 25% έχουν διαπιστωθεί ακόμα και με ελαφρές καθημερινές ασκήσεις, όπως το βάδισμα πάνω από 5 τετράγωνα. ή η άνοδος σκάλας.

Η παχυσαρκία οφείλεται κυρίως στην ελάττωση των φθηνών αμυλωδών τροφών και στον εμπλουτισμό της διατροφής μας με άφθονα ζωικά λίπη, σάκχαρα και αλάτι. Αποτέλεσμα αυτού του τρόπου διατροφής είναι η υπέρταση, η υπεργλυκαιμία και η

³¹ Braunwald, E. (1990) *The pathogenesis of Atherosclerosis Heart Disease, A text book of Cardiovascular Medicine*, volume II, Au HBJ International Edition, Saunders 4th Edition, p: 1106-1111, 1125-1129

³² Hurst, J.W. Prevention of coronary Atherosclerosis. In *The Heart*, volume I, Mc Grall, 6th Edition, p: 817-820

υπερχοληστεριναιμία. Η παχυσαρκία συνήθως χαρακτηρίζεται από αύξηση του ιδανικού σωματικού βάρους κατά 20%. Κατά την ηλικιακή φάση μεταξύ 45 και 55 ετών, ένα ποσοστό 16% των ανδρών είναι 20% υπέρβαροι και ένα 28% των γυναικών υπέρβαρες κατά 20% ή και περισσότερο. Διαπιστώθηκε ότι η κεντρική παχυσαρκία «ανδρικού τύπου» συνδέεται με υψηλότερο κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου από την περιφερική «γυναικείου τύπου»³³.

2.2.6. Ηλικία

Από όλους τους παράγοντες κινδύνου που αναφέρονται να επηρεάζουν την αθηρογένεση η ηλικία φαίνεται να κατέχει την ισχυρότερη και αναπόφευκτη θέση. Οι πρώτοι αθηρωματώδεις ιστοί στην αορτή, εμφανίζονται την πρώτη δεκαετία της ζωής και τέλος στις εγκεφαλικές αρτηρίες εμφανίζονται την τρίτη δεκαετία.

Ωστόσο δεν μπορεί κανείς να υποστηρίξει με βεβαιότητα ότι το γήρας από μόνο του εμπλέκεται στην αθηρογένεση είτε ότι λόγω αυτού εύκολα παρατείνεται η δράση άλλων παραγόντων κινδύνου, όπως είναι η υπερλιπιδαιμία, η υπέρταση, ο διαβήτης και το κάπνισμα³⁴.

2.2.7. Κληρονομικότητα

Η διαπίστωση ότι η στεφανιαία αθηροσκλήρωση τείνει να είναι συχνότερη σε ορισμένες οικογένειες, έχει αρχίσει να εγκαταλείπεται από μερικούς επιστήμονες ενώ άλλοι εξηγούν ότι ίσως παίζει ρόλο η κληρονομική προδιάθεση, στηριζόμενη σε συγκεκριμένα ευρήματα.

Αυτά είναι : η οικογενής υπερλιπιδαιμία, η οικογενής υπερχοληστεριναιμία ή η οικογενής υπέρταση.

Απόγονοι των παραπάνω καταστάσεων έχουν βρεθεί να νοσούν επειδή οι πρόγονοι τους έπασχαν από Σ.Ν³⁵.

³³ Νικολάου, Β. (1997) Παχυσαρκία Δυσλιπιδαιμία και στεφανιαίος κίνδυνος., *Ελληνική Καρδιολογική Επιθεώρηση*, A38, A214 – A217.

³⁴ Παπάζογλου, Ν.Μ.(1987) *Ισχαιμική καρδιοπάθεια*, Λίτσας, Αθήνα, σελ.5-14, 28-47, 61-78, 119-122, 195-211

³⁵ University Of Birmingham (1992) *The Community Prevention of Coronary artery disease*, HMSO, London, p 62-172

2.2.8. Φυλή

Υπάρχει εμφανής γεωγραφική διαφορά όσον αφορά την εμφάνιση της Σ.Ν. Από διάφορες μελέτες προκύπτει ότι το ποσοστό αθηροσκλήρωσης με τη μορφή λιποειδών πλακών είναι μικρότερο στη φυλή των νέγρων σε σύγκριση με τη λευκή φυλή. Σε μελέτη βασισμένη σε νεκροψίες δείγματος και από τα τρία φυλετικά είδη, βρέθηκε ότι στο νέγρικο πληθυσμό συναντώνται λιγότερες αθηρωματικές πλάκες από ότι στους λευκούς, Ασιάτες και Ινδούς³⁶.

2.2.9. Υπερτροφία αριστερής κοιλίας

Η υπερτροφία της αριστερής κοιλίας είναι η απάντηση της καρδιάς στη χρόνια υπερφόρτιση λόγω αυξημένης πίεσεως ή και όγκου. Διάφορες επιδημιολογικές έρευνες έχουν ενοχοποιήσει την υπερτροφία της αριστερής κοιλίας σαν παράγοντα κινδύνου για έμφραγμα του μυοκαρδίου, συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια και αιφνίδιο θάνατο³⁷.

2.2.10. Μεταεμμηνοπαυσιακή περίοδος

Η προστασία έναντι της ΣΝ χάνεται μετά την φυσική εμμηνόπαυση, και ο κίνδυνος αυξάνεται από ολική υστερεκτομή, καθώς είναι πλέον αποδεδειγμένο ότι τα οιστρογόνα προστατεύουν τις γυναίκες έναντι της αγγειακής βλάβης. Η αναπλήρωση με οιστρογόνα ελάττωσε τον κίνδυνο αναπτύξεως ΣΝ κατά 50%. Επιδημιολογικές μελέτες παρατήρησης έδειξαν ότι οι γυναίκες που ελάμβαναν ορμονική θεραπεία υποκατάστασης διέτρεχαν μικρότερο κίνδυνο για στεφανιαία νόσο από αυτές που δεν ελάμβαναν³⁸.

2.2.11. Θρομβογενείς παράγοντες

Στις περισσότερες περιπτώσεις Ο.Ε.Μ υπάρχει θρόμβωση των στεφανιαίων αγγείων. Ένας αριθμός προθρομβογόνων παραγόντων έχει αναγνωρισθεί και αυτοί είναι:

³⁶ Παπάζογλου, Ν. (1987) *Πρόσφατες Εξελίξεις στην Καρδιολογία*, Λίτσας, Αθήνα, 28-30.

³⁷ Τούπουζας Κ.Π. (1999) *Καρδιολογία*, 'Εκδ Γ', Παρισιάνος, Αθήνα: 285

³⁸ Stampfer, M.J., Colditz, G.A. (1991) Estrogen replacement therapy and coronary artery disease: a quantitative assessment of the epidemiology evidence. *Prev Med*, 26: 47-63.

1. Το ινωδογόνο : Προοπτικές μελέτες έδειξαν ότι αυξημένα επίπεδα ινωδογόνου πλάσματος αποτελούν ανεξάρτητο προγνωστικό παράγοντα κινδύνου για στεφανιαία νόσο³⁹
2. Η συσσώρευση αιμοπεταλίων: Αυξημένη συσσώρευση αιμοπεταλίων σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο για οξύ κλινικό συμβάν στεφανιαίας νόσου⁴⁰.
3. Η ενεργοποίηση των αιμοπεταλίων μπορεί να είναι ένας παράγοντας κινδύνου για οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου και σχετίζεται με την επιτάχυνση της έκφρασης των υποδοχέων των γλυκοπρωτεϊνών IIIb/ IIIa⁴¹
4. Τα επίπεδα του παράγοντα VII της πήξης αποτελούν προγνωστικό παράγοντα εμφράγματος του μυοκαρδίου σε ορισμένες αλλά όχι σε όλες τις μελέτες^{42 43}.

2.2.12. Ομοκυστεΐνη

Η ομοκυστεΐνη είναι ένα αμινοξύ του οποίου οι αυξημένες συγκεντρώσεις, είναι βλαβερές για το καρδιαγγειακό σύστημα. Τα υψηλά επίπεδα του αμινοξέως αυτού συσχετίζονται με απώλεια μνήμης, με καρδιακά και εγκεφαλικά επεισόδια⁴⁴.

2.3. Διεθνής πολιτική, στρατηγικές και δράσεις για την αντιμετώπιση των καρδιαγγειακών νοσημάτων

³⁹ Wilhemsen, L., Svardudd, K., Korsan, K., Larsson, B., Welin, L., Tibblin, J. (1984) Fibrinogen as a risk factor for stroke and myocardial infraction. *N Engl J Med*, 311: 501-505.

⁴⁰ Thaulow, E., Ericksen, J., Sandvic, K-L., et al (1991) Blood platelet count and function are related to total and cardiovascular health in apparently healthy men. *Circulation*, 84: 613-617.

⁴¹ Elwood, P.C., Renaud, S., Sharp, D.S., Beswick, A.D., O' Brien, J.R., Yarnell, J.W. (1991) Ischemic heart disease and platelet aggregation. The Caerphilly Collaborative Heart Disease Study. *Circulation*, 83: 38-44.

⁴² Αθανάτου, Κ. Ελ. (1998) *Παθολογική και Χειρουργική Κλινική Νοσηλευτική*, ΒΗΤΑ, Αθήνα, 289,306-308.

⁴³ Folsom, AR., Wu, K.K., Shahar, E., Davis, C.E. (1993) Association of haemostatic variables with prevalent cardiovascular diseases and asymptomatic carotid artery atherosclerosis. *Arteriosler Thromb*, 13: 1829-1836

⁴⁴ Boushey, C., Beresford, SAA., Ommen, G., Motulsky, A. (1995) A quantitative assessment of plasma homocysteine as a risk factor for vascular disease. Probable benefits of increasing folic acid intakes. *JAMA*, 274: 1049-1055.

Το 2002 η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας στην ετήσια αναφορά της με τίτλο: «Αναφορά για την Παγκόσμια υγεία Μείωση των κινδύνων, παραγωγή μιας υγιούς ζωής» (ΠΟΥ, 2002), επισημαίνει τους 10 σημαντικότερους παράγοντες κινδύνους για την παγκόσμια υγεία: απίσχνανση, μη ασφαλείς σεξουαλικές πρακτικές, υψηλή αρτηριακή πίεση, κάπνισμα και κατανάλωση αλκοόλ, μη ασφαλές πόσιμο νερό, αποχέτευση και ακατάλληλες συνθήκες υγιεινής, ανεπάρκεια σιδήρου, έλλειψη φυσικής άσκησης, υψηλά επίπεδα χοληστερόλης και παχυσαρκία⁴⁵.

Οι παράγοντες αυτοί ευθύνονται για το 30% όλων των θανάτων παγκοσμίως. Επιπλέον, στην αναφορά τονίζεται ότι στις αναπτυγμένες χώρες της Β. Αμερικής, της Ευρώπης και της Ασίας τουλάχιστον το ένα τρίτο όλων των ασθενειών προκαλείται από το κάπνισμα, το αλκοόλ, την αρτηριακή πίεση, την χοληστερόλη και την παχυσαρκία.

Ακόμη αναφέρεται ότι πάνω από τα τρία τέταρτα των καρδιαγγειακών παθήσεων που είναι η πρώτη αιτία θανάτου παγκοσμίως, προκαλούνται από το κάπνισμα, την υψηλή αρτηριακή πίεση, τη χοληστερόλη ή το συνδυασμό τους. Συνολικά οι τρεις αυτοί παράγοντες ευθύνονται για 16 εκατομμύρια θανάτους παγκοσμίως.

Το πιο σημαντικό όμως στοιχείο, που τονίζεται και στην αναφορά της ΠΟΥ., είναι πως αυτοί οι παράγοντες σχετίζονται άμεσα με την ατομική συμπεριφορά, συνεπώς είναι τροποποιήσιμοι, μέσω προγραμμάτων αγωγής και προαγωγής της υγείας⁴⁶.

Το 2003 δημοσιεύτηκαν οι ευρωπαϊκές κατευθυντήριες γραμμές για την πρόληψη των καρδιαγγειακών παθήσεων⁴⁷,

Το 2004, στο Συμβούλιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης που αφορά στην προαγωγή της καρδιαγγειακής υγείας, υπογραμμίζεται η σπουδαιότητα νέων δράσεων τόσο σε

⁴⁵ Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (1992) *Αναφορά για την Παγκόσμια υγεία: Μείωση των κινδύνων, παραγωγή μιας υγιούς ζωής*.

⁴⁶ Κουλιεράκης, Γ. (2006) Ψυχολογία της Υγείας και Δημόσια Υγεία: Συνάντηση και συνεισφορές στην Ευρώπη και στην Ελλάδα. *Ψυχολογία*, 13 (2) 067-077

⁴⁷ European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2003 Dec; 10(Suppl 1):S1-78). Ανάκτηση 25 Αυγούστου 2007 από http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?doc_id=4766

πληθυσμιακό όσο και σε ατομικό επίπεδο, ιδιαίτερα με τον προσδιορισμό των ατόμων υψηλού κινδύνου.

Τα συμπεράσματα του Συμβουλίου της Ε.Ε. που υιοθετήθηκαν υπό την Ιρλανδική Προεδρία, κάλεσαν την Ευρωπαϊκή Επιτροπή καθώς και τα Κράτη Μέλη να εξασφαλίσουν ότι λαμβάνεται η κατάλληλη δράση προκειμένου να επιληφθούν της καρδιαγγειακής πάθησης.

Η Διακήρυξη του Λουξεμβούργου τον Ιούνιο του 2005, που υιοθετήθηκε υπό την Προεδρία του Λουξεμβούργου⁴⁸, σύναψε μια συμφωνία ανάμεσα στους εκπροσώπους των Εθνικών Υπουργείων Υγείας και των εκπροσώπων των Ευρωπαϊκών και Εθνικών Καρδιολογικών Εταιρειών και Ιδρυμάτων, οι οποίοι ήταν παρόντες στη συνεδρίαση του Λουξεμβούργου, προκειμένου να ακολουθηθεί σθεναρά η έναρξη ή η ενίσχυση των εκτενών σχεδίων πρόληψης της καρδιαγγειακής πάθησης και να εξασφαλιστεί ότι τα αποτελεσματικά μέτρα, οι πολιτικές και οι παρεμβάσεις είναι σε ισχύ σε όλες τις Ευρωπαϊκές χώρες.

Αρκετά ψηφίσματα και χάρτες (EUR/RC56/R2; WHA53.17; EUR/RC52/R12; EUR/RC55/R1; EUR/RC54/R3; EUR/RC55/R6) της WHO έχουν υιοθετηθεί με σκοπό να καταπολεμηθούν τα καρδιαγγειακά νοσήματα και άλλες σημαντικές **μη μεταδοτικές** ασθένειες.

Επιπλέον, ο σκοπός της προστασίας της υγείας και της βελτίωσης της ποιότητας ζωής του ευρωπαϊκού πληθυσμού μέσω της μείωσης της επίπτωσης των καρδιαγγειακών νοσημάτων, καταχωρείται πλήρως στη Συνθήκη (*Article 152 of the EU Treaty*) της ΕΕ και στους στόχους της Ημερήσιας Διάταξης της Λισσαβόνας της ΕΕ και στις προοπτικές της ενσωμάτωσης της υγείας σε όλες τις πολιτικές που εκφράζονται από τα

48 Διακήρυξη του Λουξεμβούργου (2005), *Μέτρα, πολιτικές και παρεμβάσεις για την πρόληψη της καρδιαγγειακής πάθησης*. Ανάκτηση 15 Σεπτεμβρίου 2007 από <http://www.worldheartday.com/articulos/LuxembourgDeclaration.pdf>),

συμπεράσματα του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου της 30ης Νοεμβρίου 2006 υπό την Φινλανδική Προεδρία⁴⁹

Με την υποστήριξη της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (WHO), το Ευρωπαϊκό Δίκτυο Καρδιολογικών Ιδρυμάτων και η Ευρωπαϊκή Εταιρεία Καρδιολογίας προσκαλούν τους ενδιαφερόμενους Ευρωπαϊκούς –και Διεθνείς Οργανισμούς να :

- Συνυπογράψουν τον Ευρωπαϊκό Χάρτη για την Υγεία της Καρδιάς,
- Δεσμευτούν στην καταπολέμηση του πρόωρου θανάτου και της ασθένειας από την καρδιαγγειακή πάθηση μέσω της πρόληψης,
- Ενεργήσουν σύμφωνα με την Διακήρυξη του Αγίου Βαλεντίνου από την Διάσκεψη «Για τη Νίκη της Καρδιάς» της 14ης Φεβρουαρίου 2000⁵⁰.

Ο Ευρωπαϊκός Χάρτης για την Υγεία της Καρδιάς, αποτελεί την πρώτη πανευρωπαϊκή προσπάθεια για τη μείωση του δείκτη καρδιαγγειακής νοσηρότητας στις Ευρωπαϊκές χώρες. Δημιουργήθηκε από την Ευρωπαϊκή Καρδιολογική Εταιρεία και το Ευρωπαϊκό Δίκτυο Καρδιολογικών Ιδρυμάτων και υποστηρίζεται από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας και την Ευρωπαϊκή Επιτροπή. Ο Ευρωπαϊκός Χάρτης για την Υγεία της Καρδιάς στοχεύει στο:

1. Να καταστήσει την αντιμετώπιση των καρδιαγγειακών παθήσεων και την πρόληψή τους μια από τις βασικές προτεραιότητες των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης.
2. Να ενισχύσει τη συνεργασία όλων των συμβαλλόμενων φορέων για την προώθηση της πρόληψης και της αντιμετώπισης των καρδιαγγειακών παθήσεων, σε ευρωπαϊκό επίπεδο.
3. Να ενισχύσει την πρόληψη και την έγκαιρη διάγνωση των καρδιαγγειακών νοσημάτων.
4. Να κινητοποιήσει τους φορείς που μπορούν να συμβάλουν στην πρόληψη.

49 Health and Consumer Affairs Council Meeting (30 November and 1 December 2006) 2767th Employment, Social Policy, Brussels

⁵⁰ Ενημερωτικό Δελτίο ΠΟΥ (ΠΟΥ 2003) *Καρδιαγγειακές ασθένειες: πρόληψη και έλεγχος*. Ανάκτηση 11-10-2007 από http://www.who.int/dietphysicalactivity/media/en/gsf_cvd.pdf)

Τα άρθρα του Ευρωπαϊκού Χάρτη είναι 18. **Σύμφωνα με το άρθρο 3, η καρδιαγγειακή πάθηση είναι μια πολυπαραγοντική ασθένεια.**

Τα χαρακτηριστικά που συνδέονται με την υγεία της καρδιάς περιλαμβάνουν:

- Καμία χρήση του καπνού,
- Επαρκή σωματική δραστηριότητα τουλάχιστον για 30 λεπτά πέντε φορές την εβδομάδα,
- Υγιεινές διατροφικές συνήθειες,
- Όχι υπερβολικό βάρος,
- Αποφυγή υπερβολικού άγχους,
- Φυσιολογικό μεταβολισμό γλυκόζης,
- Χαμηλή αρτηριακή πίεση και
- Χαμηλή χοληστερόλη.

Οι παράγοντες κινδύνου που συνδέονται με καρδιαγγειακά περιστατικά, αλλά και οι τρόποι αντιμετώπισής τους, αναφέρονται στα άρθρα 4 και 5 του Ευρωπαϊκού Χάρτη.

Οι παράγοντες κινδύνου χωρίζονται σε 3 κατηγορίες: τους βιολογικούς, τους καθοριστικούς παράγοντες του τρόπου ζωής και τους ευρύτερους καθοριστικούς παράγοντες.

1. Οι βιολογικοί είναι: Η αυξημένη αρτηριακή πίεση, το αυξημένο σάκχαρο, η χοληστερόλη και η παχυσαρκία.
2. Οι καθοριστικοί παράγοντες είναι η χρήση του καπνού, η ανθυγιεινή διατροφή, η κατάχρηση οινόπνευματος και η σωματική αδράνεια, ενώ οι ευρύτεροι καθοριστικοί παράγοντες αφορούν οι μεν σταθεροί στην ηλικία, στο φύλο και την εθνικότητα και
3. Οι μεταβλητοί είναι το εισόδημα, η μόρφωση, οι συνθήκες διαβίωσης και εργασίας.

Το Μάρτιο του 2006, στα συμπεράσματα της διάσκεψης για την καρδιακή υγεία των γυναικών διατυπωνόταν το αίτημα να υιοθετήσουν τα κράτη μέλη μια σύσταση της ΕΕ σχετικά με μια απτή στρατηγική για τις καρδιαγγειακές ασθένειες έχοντας ως βάση την πρόταση της Επιτροπής που περιλαμβάνει την προώθηση της καρδιαγγειακής υγιεινής,

μηχανισμό υποστήριξης των στρατηγικών και δραστηριοτήτων των κρατών μελών, κατευθυντήριες γραμμές για την αξιολόγηση του κινδύνου, βέλτιστες μεθόδους πρόληψης, θεραπεία, αποκατάσταση και ελέγχους, καθώς και εκπαίδευση των γιατρών από γιατρούς⁵¹.

Στο Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο έλαβε χώρα το υπ αριθμ. B6-0277/2007 ψήφισμα του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου σχετικά με τις ενέργειες για την αντιμετώπιση των καρδιαγγειακών παθήσεων το οποίο:

1. Καλεί την Επιτροπή να προτείνει μια σύσταση για τις καρδιαγγειακές παθήσεις περιλαμβανομένης της υπέρτασης, καθώς και για τον έγκαιρο εντοπισμό των ατόμων υψηλού κινδύνου και τις στρατηγικές πρόληψης στην Ευρώπη, λαμβάνοντας υπόψη τις διαφορές λόγω φύλου, ούτως ώστε να διασφαλιστεί η εξίσωση των φύλων στον τομέα της υγείας.
2. Καλεί τα κράτη μέλη να προωθήσουν και να ενισχύσουν τα συστήματα εποπτείας των παραγόντων κινδύνου.
3. Καλεί τα κράτη μέλη να εγκρίνουν ή να αναθεωρήσουν τις εθνικές τους στρατηγικές για τη δημόσια υγεία εις τρόπον ώστε να περιλαμβάνονται η προώθηση της υγείας, στρατηγικές διαχείρισης του πληθυσμού και εντοπισμό των περιπτώσεων υψηλού κινδύνου και να αναπτύξουν αξιολογήσεις επιπτώσεων στην υγεία προκειμένου να μετρηθεί η επιβάρυνση στα εθνικά συστήματα υγείας, λαμβάνοντας υπόψη τις διαφορές λόγω φύλου, ούτως ώστε να διασφαλιστεί η εξίσωση των φύλων στον τομέα της υγείας.
4. Καλεί τα κράτη μέλη να θεσπίσουν εθνικές κατευθυντήριες γραμμές για την πρόληψη των καρδιαγγειακών παθήσεων, περιλαμβανομένων τυποποιημένων κατευθυντήριων γραμμών για τη βέλτιστη πρακτική προκειμένου να εντοπίζονται τα άτομα υψηλού κινδύνου.

⁵¹ Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο (2005) *Διάσκεψη για την καρδιακή υγεία των γυναικών*. Ανάκτηση 18 Ιουλίου 2007 από <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P6-TA-2007-0346+0+DOC+XML+V0//EL>

5. Καλεί την Επιτροπή και τα κράτη μέλη να βρουν μια συναίνεση στον καθορισμό στόχων για τη διαχείριση του ελέγχου της υπέρτασης.
6. Ενθαρρύνει τα κράτη μέλη να αναπτύξουν και να εφαρμόσουν την προώθηση της καρδιαγγειακής υγείας, τον έγκαιρο εντοπισμό των ομάδων υψηλού κινδύνου και στρατηγικές πρόληψης ως αποτελεσματικότερες μεθόδους για την καταπολέμηση των καρδιαγγειακών ασθενειών
7. Καλεί επείγοντως τα κράτη μέλη να υιοθετήσουν μια πολυτομεακή προσέγγιση στην προώθηση της καρδιαγγειακής υγιεινής και τις στρατηγικές πρόληψης κατόπιν διαβούλευσης με όλους τους ενδιαφερόμενους φορείς.
8. Καλεί τα κράτη μέλη να αναπτύξουν περαιτέρω τα σχέδια δράσης τους για την προώθηση ενός υγιεινότερου τρόπου ζωής.
9. Ζητεί μια διαρκή χρηματοδοτική υποστήριξη για την προώθηση της έρευνας με στόχο την πρόληψη των καρδιαγγειακών παθήσεων, καθώς και την προώθηση της καρδιαγγειακής υγιεινής σε τοπικό, εθνικό και ευρωπαϊκό επίπεδο, περιλαμβανομένης της έρευνας στους παράγοντες κινδύνου, την εξάπλωση και τους γενετικούς παράγοντες.
10. Καλεί τα κράτη μέλη να εφαρμόσουν προγράμματα δημόσιας εκπαίδευσης προκειμένου να αυξηθεί η συνειδητοποίηση των παραγόντων κινδύνου σε σχέση με τις καρδιαγγειακές παθήσεις και εξειδικευμένα προγράμματα για την περαιτέρω επιμόρφωση του υγειονομικού προσωπικού.
11. Καλεί τα κράτη μέλη να καταμετρήσουν την εξάπλωση των καρδιαγγειακών παθήσεων στους πληθυσμούς τους και να αξιολογήσουν τα εθνικά τους προγράμματα προκειμένου να εντοπισθούν σημεία αναφοράς που θα επιτρέψουν στις εθνικές αρχές να θέσουν απτούς στόχους στο πλαίσιο της εφαρμογής των σχετικών πρωτοβουλιών.

12. Καλεί τα κράτη μέλη και την Επιτροπή να υποστηρίξουν την εφαρμογή των πλέον πρόσφατων κατευθυντηρίων γραμμών για την πρόληψη των καρδιαγγειακών παθήσεων που εκπόνησε η Κοινή Ευρωπαϊκή Ειδική Ομάδα.

13. Καλεί την Επιτροπή να ενθαρρύνει πρωτοβουλίες και συνεργασίες με τους ενδιαφερομένους, με στόχο τη βελτίωση της καρδιαγγειακής υγιεινής με μέτρα που θα περιλαμβάνουν περαιτέρω ελέγχους για το κάπνισμα και την κατανάλωση οινοπνεύματος και βελτίωση της διατροφής και τη σωματική άσκηση ως μέσα πρόληψης της παχυσαρκίας και της υπέρτασης και των σχετικών επιπλοκών τους.

14. Καλεί επειγόντως την Επιτροπή να δώσει συνέχεια στις προηγούμενες πρωτοβουλίες της σχετικά με την ανταλλαγή των βέλτιστων πρακτικών στον τομέα της πρόληψης των καρδιαγγειακών παθήσεων μεταξύ των κρατών μελών.

15. Καλεί την Επιτροπή να προωθήσει τακτικές ανταλλαγές εμπειριών, πληροφοριών και δεδομένων σχετικά με την καρδιαγγειακή υγιεινή μεταξύ όλων των ενδιαφερομένων που εμπλέκονται στην πρόληψη των καρδιαγγειακών παθήσεων.

16. Καλεί την Επιτροπή να βελτιώσει τη συγκρισιμότητα των δεδομένων προωθώντας τη δημιουργία μιας τράπεζας δεδομένων που θα ελέγχει την εξάπλωση των καρδιαγγειακών παθήσεων, τη θνησιμότητα, τη νοσηρότητα και τους παράγοντες κινδύνου στα κράτη μέλη.

17. Καλεί επειγόντως την Επιτροπή να αναπτύξει μεθόδους αξιολόγησης των επιπτώσεων στην υγεία εις τρόπον ώστε να υπολογισθεί το μέγεθος της επιβάρυνσης των καρδιαγγειακών παθήσεων και της υπέρτασης στην ευρωπαϊκή οικονομική παραγωγικότητα στα κράτη μέλη, εν συνεχεία των συμπερασμάτων του Συμβουλίου σχετικά με τη συμπερίληψη του παράγοντα της υγείας σε όλες τις πολιτικές.

18. Χαιρετίζει το προσφάτως αναγγελθέν σχέδιο της Επιτροπής για την ανάπτυξη μιας στρατηγικής για την υγεία και καλεί την Επιτροπή να επικεντρώσει τη στρατηγική αυτή στην ανάγκη να υπάρχει ισότητα πρόσβασης στην πρόληψη, θεραπεία και έλεγχο της πάθησης για όλους τους Ευρωπαίους ανεξαρτήτως εθνικότητας.

19. Καλεί την Επιτροπή να επισημάνει στα κράτη μέλη τις διαθέσιμες ευκαιρίες χρηματοδότησης για τον έλεγχο των καρδιαγγειακών παθήσεων και της υπέρτασης, καθώς και τις μεθόδους πρόληψης όπως επίσης και για την περαιτέρω έρευνα στον τομέα αυτό, μεταξύ άλλων και μέσω του 7ου Προγράμματος Πλαισίου για την Έρευνα, τα Διαρθρωτικά Ταμεία και το Ευρωπαϊκό Ταμείο Ανάπτυξης.

20. Αναθέτει στον Πρόεδρό του να διαβιβάσει το παρόν ψήφισμα στο Συμβούλιο, την Επιτροπή και τα κοινοβούλια των κρατών μελών.⁵²

2.4. Η τριτογενής πρόληψη της στεφανιαίας νόσου – εκπαίδευση ασθενών

2.4.1. Αγωγή υγείας και πρόληψη

Η μεταβαλλόμενη κατάσταση της υγείας ενός ατόμου κατά τη διάρκεια του βίου του, αντιστοιχεί σε τρία επίπεδα πρόληψης: την πρωτογενή, την δευτερογενή και την τριτογενή και είναι αναγκαίο να δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στο καθένα από αυτά⁵³.

Η υιοθέτηση όλων εκείνων των υγιεινοδιαιτητικών παραγόντων που καθυστερούν ή και παρεμποδίζουν την εμφάνιση της νόσου, αναφέρεται ως Πρωτογενής πρόληψη.

Η Δευτερογενής πρόληψη έχει σαν στόχο την έγκαιρη πρόωμη διάγνωση, που θα έχει σαν συνέπεια την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση ή θεραπεία της υφιστάμενης νόσου.

⁵² Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο (2007) B6-0277/2007 *Ψήφισμα του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου σχετικά με τις Ενέργειες για την Αντιμετώπιση των Καρδιαγγειακών Παθήσεων*. Ανακτήθηκε 30 Νοεμβρίου 2007 από http://www.consilium.europa.eu/ueDocs/cms_Data/docs/pressData/en/lsa/80729.pdf

⁵³ Κρεμαστινού, Κουρέα Τ. (2005) Πρόληψη των Νόσων. Στο: Κρεμαστινού, Κουρέα Τ. *Βασικά θέματα Δημόσιας Υγείας. Σημειώσεις ακαδημαϊκού έτους 2005 – 2006*, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Αθήνα, 253.

Η Τριτογενής πρόληψη, αφορά την πρόληψη της ανικανότητας ή την αποκατάσταση βλαβών ή την πρόληψη υποτροπών από μια νόσο, που έχει ήδη εγκατασταθεί. Τα μέτρα τριτογενούς πρόληψης επικεντρώνονται στο άτομο που πάσχει. Έχουν στόχο να μειώσουν τις βιοψυχοκοινωνικές επιπτώσεις της αρρώστιας και παράλληλα να συμβάλλουν στην αποκατάσταση της υγείας του ώστε η ποιότητα της ζωής του να είναι ικανοποιητική και η επαναπροσαρμογή στην κοινωνική ζωή να είναι ομαλή⁵⁴.

Η αγωγή υγείας αναφέρεται σε όλα τα επίπεδα πρόληψης και είναι η εκπαίδευση των ατόμων ώστε να αποκτήσουν ή να εγκαταστήσουν υγιεινή συμπεριφορά. Είναι γνωστό ότι η ανθρώπινη συμπεριφορά καθορίζεται περισσότερο από αυτά που πιστεύει ο καθένας για την πραγματικότητα, παρά από την ίδια την πραγματικότητα, καθότι οι ερμηνείες της πραγματικότητας διαφέρουν σημαντικά από άτομο σε άτομο.

Συνεπώς γίνεται φανερό ότι μια αποτελεσματική αγωγή υγείας μπορεί να επιτευχθεί μόνο με τα ενδογενή κίνητρα του ατόμου ή της κοινότητας στην οποία απευθύνεται. Οι επιδιώξεις της Αγωγής Υγείας συγκεκριμενοποιούνται στους εξής βασικούς στόχους:

2.4.2. Ευαισθητοποίηση

Ο πρώτος στόχος ενός προγράμματος Αγωγής Υγείας, αφορά τη συνειδητοποίηση του κοινού ή του εκπαιδευόμενου σχετικά με την ύπαρξη ενός προβλήματος. Πολλές φορές, προκειμένου να επιτευχθεί η ευαισθητοποίηση - συνειδητοποίηση, πρέπει να δοθούν ορισμένες βασικές πληροφορίες ώστε να γίνει αντιληπτό το μέγεθος και η σημασία του προβλήματος, π.χ. πληροφορώντας το κοινό ότι κάθε τσιγάρο αφαιρεί κατά μέσο όρο 5 λεπτά από τη ζωή του καπνιστή, δίνεται μια πρώτη διάσταση του μεγέθους του προβλήματος.

2.4.3. Παροχή γνώσεων

Ο στόχος αυτός, αφορά την παροχή των απαραίτητων γνώσεων, σε θέματα που έχει προηγηθεί μια πρώτη ευαισθητοποίηση. Το να γνωρίζει κανείς ότι κάποια καθημερινή

⁵⁴ Αναγνωστόπουλος, Φ. (1999) Συμπεριφορές Πρόληψης. Στο: Παπαδάτου, Δ., Αναγνωστόπουλος, Φ. Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 60-61.

συνήθεια είναι βλαβερή, δεν αρκεί για να πεισθεί για την ανάγκη καταπολέμησής της. Όταν μάλιστα απαιτούνται ιδιαίτερες προσπάθειες, το κοινό ή το άτομο πρέπει να είναι εξοπλισμένο με τις γνώσεις εκείνες που θα του ενισχύσουν τη βούληση για δράση και που θα κατευθύνουν τη δράση αυτή προς τη σωστή κατεύθυνση.

2.4.4. Ιεράρχηση αξιών

Οι αξίες του καθένα, οι βασικές πεποιθήσεις του και η γενικότερη ιδεολογία του, αποτελούν σημαντικά κομμάτια του πολύπλοκου ανθρώπινου ψυχολογικού κόσμου και συμβάλλουν καθοριστικά στις εκάστοτε απόψεις που διαμορφώνει, στις αποφάσεις που παίρνει και στις πράξεις που προβαίνει.

Ο στόχος λοιπόν της ιεράρχησης αξιών, αποσκοπεί κυρίως στην αποσαφήνιση, στη διαμόρφωση ή τροποποίηση των αξιών που σχετίζονται με την υγεία. Πολλές φορές τα άτομα αγνοούν, παραγνωρίζουν ή υποτιμούν το τι είναι σημαντικό ή όχι για την υγεία τους, ή ακόμα την ίδια την μεγάλη αξία που έχει η υγεία τους για την ζωή τους.

2.4.5. Αλλαγή απόψεων

Ο στόχος αυτός, όπως και ο προηγούμενος, αφορά την τροποποίηση ορισμένων βασικών πεποιθήσεων. Η μόνη διαφορά είναι ότι οι απόψεις αφορούν πλέον συγκεκριμένα ζητήματα της καθημερινής ζωής, που εξαρτώνται βέβαια από τις γενικότερες αξίες που έχουν υιοθετηθεί. Επειδή όμως πρόκειται για πιο συγκεκριμένες τοποθετήσεις, οι απόψεις που υπάρχουν για ένα ζήτημα, καθορίζονται εκτός από τις αξίες και από τις πληροφορίες που παρέχονται και από την εκάστοτε συναισθηματική φόρτιση.

2.4.6. Λήψη αποφάσεων

Από τη στιγμή που το κοινό ή ένα άτομο, ευαισθητοποιηθεί γύρω από ένα θέμα υγείας, εξοπλιστεί με τις απαραίτητες γνώσεις, ιεραρχήσει σωστά την αξία του και υιοθετήσει τις σωστές απόψεις, το επόμενο βήμα είναι να λάβει τις κατάλληλες αποφάσεις που θα βοηθήσουν στην επίλυση ή βελτίωση του προβλήματος.

Η σημαντική αυτή διαδικασία στηρίζεται τόσο στην παροχή των απαραίτητων γνώσεων όσο και στη διαμόρφωση των κατάλληλων αξιών και απόψεων. Κάποιος αποφασίζει να μειώσει το βάρος του επειδή ακριβώς γνωρίζει τους κινδύνους που διατρέχει και επειδή οι αξίες και οι απόψεις του τον οδηγούν στο να προτιμήσει τη διασφάλιση της υγείας του, παρά να διακινδυνεύει να υποστεί τις βλαβερές συνέπειες της παχυσαρκίας.

2.4.7. Αλλαγή συμπεριφοράς

Η λήψη της κατάλληλης απόφασης, δεν οδηγεί πάντα και στην εκτέλεσή της. Ιδιαίτερα όταν πρόκειται για θέματα που η υλοποίηση μιας απόφασης συναντά εμπόδια και δυσκολίες, παρατηρείται συχνά εγκατάλειψη της προσπάθειας ή αποφυγή εκτέλεσής της.

Γι' αυτό και η Αγωγή Υγείας παρέχει τη βοήθεια που χρειάζεται το κοινό ή ένα άτομο, προκειμένου να επιτύχει την υλοποίηση μιας αλλαγής. Άλλωστε η αλλαγή συμπεριφοράς, δηλαδή η επιτυχής εφαρμογή μιας ενεργητικής προσπάθειας, αποτελεί αναμφισβήτητα και το πιο σημαντικό συστατικό κάθε προγράμματος Αγωγής Υγείας.

2.4.8. Αλλαγή περιβάλλοντος

Ο τελευταίος αυτός στόχος, αποσκοπεί στην αναβάθμιση του φυσικού ή /και κοινωνικού περιβάλλοντος προκειμένου να μειωθούν οι περιβαλλοντολογικοί κίνδυνοι και να διευκολυνθεί η υιοθέτηση των υγιεινών συμπεριφορών. Ο στόχος αυτός, περιλαμβάνει από αλλαγές μέσα στο σπίτι μέχρι και αλλαγές σ' όλη την κοινωνία.

Οι γνώσεις, οι αξίες, οι απόψεις και οι πράξεις καθορίζονται σημαντικά από το κοινωνικό και φυσικό περιβάλλον. Αν κάποιος περιβάλλεται συνέχεια από καπνιστές και βομβαρδίζεται με διαφημίσεις τσιγάρων, δύσκολα θα καταφέρει να μην υποκύψει στη συνήθεια του καπνίσματος.

Όλοι οι παραπάνω στόχοι μπορούν να χωρισθούν σε τρεις βασικές κατηγορίες:

- α. Στο τι θα θέλαμε να γνωρίζει το κοινό (στόχος 1, 2)
- β. Στο τι θα θέλαμε να αισθανθεί (στόχος 3, 4, 5)

γ. Στο τι θα θέλαμε να πράξει (στόχος.6, 7)⁵⁵

Η ανθρώπινη συμπεριφορά και το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον, όπως ήδη τονίστηκε, αποτελούν αποφασιστικούς παράγοντες στην αιτιολογία και την επιδημιολογία πολλών νοσημάτων μεταξύ των οποίων συμπεριλαμβάνονται και οι βασικότερες αιτίες Θνησιμότητας και νοσηρότητας της εποχής μας.

Ο καρκίνος, τα καρδιαγγειακά, τα ατυχήματα, τα ψυχικά νοσήματα, τα χρόνια εκφυλιστικά και ορισμένα σύγχρονα λοιμώδη (π.χ. AIDS), θα μπορούσαν να καταπολεμηθούν σε μεγάλο βαθμό αν ο άνθρωπος τροποποιούσε ορισμένες ανθυγιεινές καθημερινές του συνήθειες και βελτίωνε το περιβάλλον του.

Παράλληλα παρατηρούμε ότι οι συχνότερες ασθένειες που ταλαιπωρούν τον σύγχρονο άνθρωπο, στις βιομηχανοποιημένες τουλάχιστον χώρες, είναι χρόνιες. Έτσι ενώ παλαιότερα οι ασθένειες ήταν συνήθως σύντομης διάρκειας και οδηγούσαν είτε στην αποθεραπεία είτε στον θάνατο, τώρα πλέον αποτελούν μακροχρόνιες καταστάσεις που απαιτούν σημαντικές αλλαγές στον τρόπο ζωής και τη συμπεριφορά του ατόμου, προκειμένου να μειωθεί ο κίνδυνος επιδείνωσης τους. Στόχοι καθίστανται, συνεπώς, η διαχείριση της ασθένειας, παρά η θεραπεία της, η πρόληψη πιθανής επιδείνωσης και η εξασφάλιση των συνθηκών για καλή ποιότητα ζωής⁵⁶.

Δεν είναι όμως αρκετή η απλή ενημέρωση στην κοινότητα για να απομακρύνει πιθανή προσβολή από την νόσο. Ένα πρόγραμμα πρέπει να εφαρμοστεί με τέτοιο τρόπο που να επηρεάσει την τοποθέτηση της κοινωνίας. Γι ' αυτό και η αποτελεσματικότητα κάθε πολιτικής υγείας εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από το επίπεδο συνειδητότητας του πληθυσμού στα θέματα που αφορούν την υγεία του και από την ετοιμότητα και την αποφασιστικότητα του καθένα ατομικά και όλων μαζί συλλογικά για εποικοδομητική δράση στην υπόθεση της υγείας.

⁵⁵ Tannahill A. (1985) What is Health Promotion. *Health Education Journal*, 44: 167-168

⁵⁶ Καραδήμας, Ε. (2005) Υγεία και Ψυχολογία της Υγείας. Στο: Καραδήμας, Ε. *Ψυχολογία της Υγείας*, Τυποθήκη, Αθήνα, 19-21.

Αυτή ακριβώς την ανάγκη έρχεται να καλύψει η Αγωγή Υγείας που θα μπορούσε να οριστεί σαν: «η διαδικασία εκείνη που βοηθάει τα άτομα να παίρνουν αποφάσεις, να υιοθετούν συμπεριφορές και να δρουν σύμφωνα με τις ανάγκες που επιβάλλει η προάσπιση και η προαγωγή της υγείας τους»⁵⁷.

Αυτή ακριβώς την ανάγκη μπορούν οι επαγγελματίες υγείας να ικανοποιήσουν ξεκινώντας δράσεις αγωγής της υγείας αρχίζοντας από την ίδια την περίοδο νοσηλείας, αδράχνοντας την καταπληκτική ευκαιρία να ευαισθητοποιήσουν και να προσανατολίσουν τον ασθενή και τους συνοδούς του για μια σειρά θεμάτων που αφορούν την πάθηση, με τελικό στόχο την καλύτερη διαχείρισή της από μέρους τους, την ώρα ακριβώς που τους χρειάζονται.

Αυτό βεβαίως προϋποθέτει την συνειδητοποίηση από μέρους των επαγγελματιών της ευεργετικής αυτής δράσης καθώς και της αντίληψής της ως μέρος των καθημερινών καθηκόντων τους καθώς η κατάλληλη στιγμή για τη γνώση είναι όταν αυτή είναι άμεσα χρήσιμη για το μαθητή – ασθενή. Το έλλειμμα που εμφανίζεται σήμερα από τους επαγγελματίες υγείας στον τομέα της αγωγής υγείας και της συμβουλευτικής πιθανόν να οφείλεται στις ελλείψεις των εκπαιδευτικών προγραμμάτων στα αντίστοιχα πεδία κατά την διάρκεια των βασικών τους σπουδών.

Πιθανόν όμως και να οφείλεται και στην αδυναμία του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού να παρακολουθήσει τις συνεχώς αυξανόμενες γνώσεις της επιστήμης, κάτι που οδήγησε στην αναγκαιότητα ανάπτυξης ειδικοτήτων και εξειδικεύσεων, με αποτέλεσμα η προσοχή και το ενδιαφέρον κάθε «ειδικού» να στραφεί αποκλειστικά στη μη φυσιολογική λειτουργία ενός συστήματος ή ενός οργάνου, χωρίς να ασχολείται με τον ασθενή στο σύνολό του.

Όσο αυξάνεται η ευθύνη του «ειδικού» απέναντι στον άρρωστο για την ορθή εκτέλεση της αποστολής του στον εξειδικευμένο και ταυτόχρονα περιορισμένο τομέα των γνώσεών του, τόσο μειώνεται και η υποχρέωσή του προς το συνολικό πρόβλημα που

⁵⁷ Catford, J., Nutbeam, D. (1984) Towards a definition of health education and health promotion. *Health Education Journal*, 43: 38-45.

δημιουργεί μια οποιαδήποτε νοσηρή κατάσταση σε μια συγκεκριμένη ανθρώπινη ύπαρξη⁵⁸.

Ο Αλιβιζάτος αντιπαραβάλλοντας την ομαδική και την ατομική εκπαίδευση αναφέρει ότι: «Η καλύτερη στιγμή για την ομαδική εκπαίδευση είναι όταν ο ασθενής έχει συμβιβαστεί με την ιδέα της ασθένειας»⁵⁹. Οι Karlander & Ludvigsson (1983) διαφοροποιούν τη θέση τους και προσθέτουν ότι η αρχική αγωγή υγείας πρέπει να είναι μάλλον θέμα ψυχολογικής προσέγγισης παρά κατάλληλης εκπαίδευσης. Σύμφωνα με αυτούς η αγωγή υγείας πρέπει να αναβάλλεται μέχρις ότου ο ασθενής συμβιβαστεί με την νόσο του και είναι έτοιμος να παρακολουθήσει ένα εκπαιδευτικό πρόγραμμα⁶⁰.

Ο ορισμός της Αγωγής Υγείας επιδέχεται μια ευρύτερη και μια αυστηρότερη ερμηνεία. Σύμφωνα με την ευρύτερη ερμηνεία, η Αγωγή Υγείας αφορά όλες εκείνες τις εμπειρίες ενός ατόμου, μιας ομάδας ή μιας κοινότητας, που επιδρούν και επηρεάζουν τις αξίες, τις στάσεις, τις συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία.

Αυτή η ευρύτερη ερμηνεία αναγνωρίζει ότι πολλές εμπειρίες, Θετικές και αρνητικές, επιδρούν στη σκέψη, στα αισθήματα και στην πράξη των ανθρώπων. Γι ' αυτό και δεν περιορίζει το εύρος της δράσης της Αγωγής Υγείας μόνο σε σχεδιασμένες και οργανωμένες δραστηριότητες.

Σχετικά με το ρόλο της Αγωγής Υγείας στη θεραπευτική αγωγή των αρρώστων, είναι φανερό η συμβολή της σωστής ενημέρωσης και της ενεργού συμμετοχής του ασθενή στην επιτυχία κάθε Θεραπευτικού σχήματος. Η γνώση της σημασίας κάθε Θεραπευτικού μέτρου, η επίγνωση των πιθανών κινδύνων και η προσαρμογή στις απαιτήσεις ενός

⁵⁸ Παπαδάτου, Δ., Αναγνωστόπουλος, Φ. (1999) Υγεία και Αρρώστια: Η Θέση της Ψυχολογίας. Στο: Παπαδάτου, Δ., Αναγνωστόπουλος, *Η Ψυχολογία στο Χώρο της Υγείας*, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 16-17.

⁵⁹ Alivisatos, J M.D., Angelescu, L., Maldonato, A., Simon, K. (1984) Group versus individual diabetic patient education. *The teaching letter*, 9.

⁶⁰ Karlander, S.G., Ludvigsson, J. (1983). Psychological support and careful information at onset the basis for future success in the self-management of diabetes. *Excerpta Medica*, Amsterdam 219.

Θεραπευτικού σχήματος, είναι απαραίτητες προϋποθέσεις για την αποτελεσματική καταπολέμηση της αρρώστιας⁶¹.

Αποτέλεσμα αυτών είναι η γνώση της νόσου η οποία επιτρέπει στον ασθενή να συμμετέχει στη ρύθμισή της, να προβλέπει και να αποκαλύπτει πρόωρα τα συμπτώματά της και τα σημεία των αλλαγών της. Η Porter (1979) αναφέρει ότι ένας καλά πληροφορημένος ασθενής χρησιμοποιεί την σωστή φροντίδα στο σωστό χρόνο και παραμένει υγιέστερος σε γενικές γραμμές⁶².

Σύμφωνα με τον Κυριόπουλο (1984), η αγωγή υγείας του πληθυσμού διαδραματίζει σημαντικό και συχνά αποφασιστικό ρόλο στην πρόληψη, που αποτελεί σήμερα την μεγάλη ελπίδα για την παραπέρα βελτίωση την υγείας των ανθρώπων. Η μετάδοση γνώσεων γύρω από τον άξονα υγεία – αρρώστια αποτελεί προϋπόθεση για κάθε άτομο, να χαράζει υπεύθυνα τη ζωή του και να αποφασίζει γνωρίζοντας τις συνέπειες ή τις δυνατότητες των επιλογών του, τη σωματική και ψυχική του υγεία⁶³.

Η τριτογενής πρόληψη αποτελεί σήμερα βασική συνιστώσα στην αντιμετώπιση των κοινωνικών νοσημάτων. Η άποψη ότι η αγωγή υγείας του ασθενή, με σκοπό την αυτορύθμιση της νόσου του, αποτελεί ένα ανεξάρτητο και ακέραιο τμήμα της θεραπείας, έχει γίνει αποδεκτή για πολλές χρόνιες ασθένειες⁶⁴. Η πολλαπλότητα των μεθόδων που χρησιμοποιεί η Αγωγή Υγείας, και τα διαφορετικά επιστημονικά πεδία απ' όπου αντλεί τα Θεωρητικά και πρακτικά της εργαλεία, αποτελούν ένα βασικό της στοιχείο.

Η Αγωγή Υγείας βασίζεται στην Κοινωνική Ιατρική και στην Επιδημιολογία, στο βαθμό που στοχεύει κυρίως σε ομάδες πληθυσμού και όχι σε μεμονωμένα άτομα και στο βαθμό

⁶¹ Green, C. (1987) What can Patient Educators Learn from 10 years of Compliance Research? *Patient Education and Counselling*, 10: 167-174.

⁶² Porter. S.F. (1979) Diabetec Education: A Role for the In-service Instructor. *Supervisor Nurse*, 8, 49-53.

⁶³ Κυριόπουλος, Γ. (1984) Μεθοδολογία της Εκπαίδευσης για την Υγεία στην Κοινότητα. Στο: *Αγωγή Υγείας*. Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας, Υφυπουργείο Νέας Γενιάς και Αθλητισμού, Αθήνα.

⁶⁴ Λεμονίδου Χ. (1988) *Θεραπευτική Αγωγή Υγείας Διαβητικών. Αξιολόγηση Εκπαιδευτικού Προγράμματος* Διδακτορική διατριβή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα ,5

που τα φαινόμενα που μελετά και επεμβαίνει είναι κυρίως πληθυσμιακά φαινόμενα με σημαντικές κοινωνικές διαστάσεις. Η ερευνητική επίσης μεθοδολογία της Αγωγής Υγείας, ο σχεδιασμός, η υλοποίηση και η αξιολόγηση των προγραμμάτων της, βασίζονται στις αρχές και μεθόδους της επιδημιολογίας τόσο της περιγραφικής όσο και της αναλυτικής⁶⁵.

Η Αγωγή Υγείας αντλεί επίσης από την επιστήμη της Εκπαίδευσης - Παιδαγωγικής, πολλές εκπαιδευτικές θεωρίες και εκπαιδευτικές πρακτικές⁶⁶.

Ένας τρίτος σημαντικός χώρος όπου επεκτείνονται τα επιστημονικά πεδία της αγωγής υγείας είναι ο χώρος των Κοινωνικών Επιστημών και ιδιαίτερα η Κοινωνιολογία και η Ψυχολογία. Η μελέτη της αρρώστιας και της υγείας, έχει μια σημαντική κοινωνική διάσταση, στο βαθμό που τα φαινόμενα αυτά έχουν βαθιά τις ρίζες τους στο συγκεκριμένο κοινωνικό περιβάλλον και στο ιστορικό γίνεσθαι. Επίσης, η επιστήμη της ψυχολογίας είναι ένα πεδίο που παρέχει τη δυνατότητα κατανόησης της ανθρώπινης συμπεριφοράς καθώς και τη δυνατότητα τροποποίησής της.

Ένας τέταρτος βασικός τομέας, που παρουσιάζει ιδιαίτερη ανάπτυξη τα τελευταία χρόνια, είναι ο τομέας της Επικοινωνίας και της Πληροφόρησης. Προκειμένου η Αγωγή Υγείας να μπορεί να επιτελέσει το έργο της, δεν μπορεί παρά να στηρίζεται στη διαμόρφωση ισχυρών καναλιών επικοινωνίας με τον ενδιαφερόμενο πληθυσμό.

Η διαμόρφωση μιας τέτοιας ουσιαστικής και αμφίδρομης σχέσης, προϋποθέτει ειδικά επεξεργασμένες μεθόδους, που ο κλάδος της επικοινωνίας έχει αναπτύξει σημαντικά, συνεπικουρούμενος και από τα άλματα της τεχνολογίας στον τομέα αυτό⁶⁷.

Έτσι, μεταξύ διδάσκοντος και μαθητή ή παρόμοια μεταξύ εκπαιδευτή υγείας και ασθενή, αναπτύσσεται μια μορφή επικοινωνίας συνεργατικής, κατά την οποία οι μετέχοντες έστω και με διαφορετικούς τρόπους, δρουν ενεργητικά. Κάθε ένας από αυτούς εκπληρώνει την

⁶⁵ Strehlow, M.S. (1983) *Education for Health*, Harper & Row, London.

⁶⁶ David, K., Williams T. (1987) *Health Education in Schools*, Harper & Row, London.

⁶⁷ Ley, P. (1988) *Communicating with Patients*, Croom Helm, London.

λειτουργία του η οποία παροτρύνει τον άλλον να συμπεριφερθεί με έναν συγκεκριμένο τρόπο.

Μόνο στην περίπτωση που και οι δύο εκπληρώνουν τη λειτουργία τους με ένα θετικό τρόπο, η διδακτική διαδικασία μπορεί να βαδίζει βήμα προς βήμα σε αποτελέσματα τα οποία ανταποκρίνονται στις αμοιβαίες προσδοκίες τους.

Μια άλλη σημαντική άποψη της επικοινωνίας εκπαιδευτή υγείας – ασθενή είναι ότι αυτή περιλαμβάνει διανοητικά και συναισθηματικά στοιχεία. Η αγωγή υγείας δεν συντελεί μόνον στη μεταφορά γνώσης ή την απόκτηση δεξιοτήτων, αλλά επίσης και στην καθιέρωση κάποιας συναισθηματικής συμπεριφοράς μεταξύ των δύο εταίρων κατά την συνεργασία τους. Υπάρχει ανάγκη για αμοιβαία εμπιστοσύνη γιατί και οι δύο επιδιώκουν τον ίδιο στόχο και υπάρχει η ικανοποίηση του εκπαιδευτή όταν ο μαθητής ασθενής ανταποκρίνεται στη διδασκαλία⁶⁸

2.4.9. Αγωγή ασθενών, πληροφόρηση και συμμόρφωση

Υπάρχει η παραδοχή ότι όταν ο ασθενής επισκέπτεται τον γιατρό του, του εμπιστεύεται την ζωή του και είναι έτοιμος να δεχτεί και να ακολουθήσει οδηγίες. Όσο ενημερωμένος όμως κι αν είναι ο ασθενής, φθάνει στο σημείο εκείνο στο οποίο θα πρέπει να συμβουλευτεί τον ιατρό του.

Στο σημείο αυτό ο ιατρός είναι πανίσχυρος και μόνο τα ατομικά του κίνητρα μπορούν να τον ωθήσουν να εξοικονομήσει πόρους ή να παρέχει «επιπλέον» φροντίδα. Η παραδοχή αυτή σε καμία περίπτωση δεν αναιρεί την ανάγκη για την ενημέρωση του ασθενούς. Αντιθέτως η ανάγκη είναι μεγάλη και βασίζεται στο γεγονός ότι ο ενημερωμένος ασθενής θα είναι πιο πρόθυμος να συζητήσει εναλλακτικές επιλογές με τον ιατρό του⁶⁹.

Πολλοί ασθενείς υιοθετούν την αντίληψη ότι το πρόβλημά τους είναι καθαρά οργανικό και εξαρτώνται αποκλειστικά από τους θεραπευτές. Υποτάσσονται στο βιοϊατρικό

⁶⁸ Pelsler, H.E., Groen, J.J. (1983) *How to listen better to patients. In Diabetes Education. How to improve patient education*, Excerpta Medica, Amsterdam, 224-234.

⁶⁹ Γκόλνα, Χ. (2006) Ιδιαιτερότητες της Αγοράς Υπηρεσιών Υγείας. Στο Σουλιώτης, Κ. *Πολιτική και Οικονομία της Υγείας*, Παπαζήσης, Αθήνα

μοντέλο, φοβούνται την κριτική σχετικά με τον τρόπο ζωής τους και αρνούνται να τροποποιήσουν τις συνήθειές και τη συμπεριφορά που βλάπτει την υγεία τους. Έτσι, εναποθέτουν την ευθύνη τους στους «ειδικούς» τους οποίους και καθιστούν αποκλειστικά υπεύθυνους για τη θετική ή αρνητική έκβαση της υγείας τους.

Αποτέλεσμα αυτού είναι να αποφεύγουν να αναλάβουν ενεργό ρόλο στην αποκατάσταση της υγείας τους, προκειμένου να αποφύγουν τη σύγκρουση με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό που έχει την τάση να διατηρεί τον αποκλειστικό έλεγχο και την ισχύ σε θέματα υγείας.

Στο βάθος, ενώ αρχικά αυτή η σχέση μοιάζει να έχει βραχυπρόθεσμα ικανοποιητικά αποτελέσματα, δεν είναι τόσο «θεραπευτική» ενώ είναι και άνιση γιατί αγνοούνται οι εσωτερικές δυνάμεις και δυνατότητες αυτοθεραπείας που διαθέτει ο ίδιος ο ασθενής. Συγχρόνως καλλιεργούνται στον άρρωστο η παθητικότητα και η εξάρτηση, καταστάσεις που δεν τον προτρέπουν να αναλάβει τις ευθύνες του και ενεργά να συμμετάσχει στη φροντίδα της υγείας του⁷⁰.

Στη βάση αυτή σχεδιάστηκε και υλοποιείται από το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Μεγάλης Βρετανίας (NHS) ολοκληρωμένο πρόγραμμα για την δημιουργία των «expert patients», ιδιαίτερα για τους χρόνιους ασθενείς. Το πρόγραμμα στοχεύει στην δημιουργία των πραγματικά «αυτοδύναμων» πολιτών – ασθενών, οι οποίοι μέσα από δυναμική εκπαίδευση και ενημέρωση, παύουν να είναι απλώς αποδέκτες υπηρεσιών υγείας και μετατρέπονται σταδιακά σε βασικούς παράγοντες λήψης απόφασης κατά τη θεραπευτική διαδικασία.

Ενισχύονται έτσι με τη διαχείριση της ασθένειάς τους και αποκτούν μεγαλύτερο έλεγχο πάνω στη ζωή και την υγεία τους. Δημιουργούν ισχυρές κοινωνικές ομάδες, που βασίζονται στην ανταλλαγή της πληροφορίας, την ηθική και ψυχολογική υποστήριξη της

⁷⁰ Παπαδάτου, Δ., Αναγνωστόπουλος, Φ. (1999) Υγεία και Αρρώστια: Η Θέση της Ψυχολογίας. Στο: Παπαδάτου, Δ., Αναγνωστόπουλος, *Η Ψυχολογία στο Χώρο της Υγείας*, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 16-17.

ομάδας και περιορίζουν την ανάγκη για παροχή «υποστηρικτικών» υπηρεσιών από τον ιατρό, με πρόσθετο κόστος για το σύστημα υγείας⁷¹.

Η προάσπιση και η προαγωγή της υγείας όπως ήδη αναφέρθηκε, προϋποθέτει την ενεργό συμμετοχή του ατόμου και την υπευθυνότητά του απέναντι στο εαυτό του και απέναντι στο κοινωνικό σύνολο. Η αγωγή υγείας αρχικά στηρίχτηκε στην υπόθεση ότι παρέχοντας πληροφορίες, αυτόματα οι άνθρωποι θα είναι ικανοί να κάνουν υγιεινές επιλογές. Παρότι η υγειονομική διαφώτιση και η ενημέρωση αποτελούν αναγκαίες συνθήκες για την εκδήλωση μιας υγιεινής συμπεριφοράς, δεν είναι πάντα επαρκείς. Σε μεγάλο βαθμό, η στάση και η συμπεριφορά του ατόμου επηρεάζονται από το οικογενειακό, το φυσικό, το ευρύτερο κοινωνικό, το οικονομικό και το πολιτισμικό περιβάλλον του.

Η προάσπιση και προαγωγή της υγείας απαιτεί μερικές φορές την τροποποίηση μιας συμπεριφοράς και τη διαμόρφωση νέων στάσεων. Η αλλαγή αυτή προϋποθέτει την κατανόηση του ρόλου που παίζουν ψυχολογικοί, κοινωνικοί και πολιτισμικοί παράγοντες και της επίδρασης που ασκούν πάνω στη συμπεριφορά⁷².

Σύμφωνα με τον Haynes και συν.(1979) ο βαθμός της συμμόρφωσης του ασθενούς με τις απαραίτητες αλλαγές στην ατομική συμπεριφορά, στον τρόπο ζωής, στη σωστή λήψη της φαρμακευτικής αγωγής και γενικότερα στις υγιεινοδιαιτητικές συνήθειες συμπίπτει με τις ιατρικές συμβουλές ή τις συμβουλές υγείας.

Η Small (1978) αναγνωρίζει ότι η συμμόρφωση των ασθενών στις ιατρικές και νοσηλευτικές οδηγίες και συμβουλές είναι θεμελιώδης για αποτελεσματική ρύθμιση της νόσου και διατήρηση της υγείας, «οποιαδήποτε χρόνια νόσος απαιτεί ενεργό συμμετοχή

⁷¹ Γκόλνα, Χ. (2006) Ιδιαιτερότητες της Αγοράς Υπηρεσιών Υγείας. Στο Σουλιώτης, Κ. *Πολιτική και Οικονομία της Υγείας*, Παπαζήσης, Αθήνα

⁷² Παπαδάτου, Δ., Αναγνωστόπουλος, Φ. (1999) Υγεία και Αρρώστια: Η Θέση της Ψυχολογίας. Στο: Παπαδάτου, Δ., Αναγνωστόπουλος, *Η Ψυχολογία στο Χώρο της Υγείας*, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 16-17.

του ασθενή, αφού ο ασθενής, περισσότερο από τους νοσηλευτές και τους γιατρούς, πρέπει να συμβιώσει με την ασθένεια 24 ώρες το 24ωρο»⁷³.

Καθώς όπως τόνισε ο Mehnert (1982) « το ειπωμένο δεν είναι και ακουσμένο, το ακουσμένο δεν είναι και αντιληπτό, το αντιληπτό δεν είναι και συνειδητοποιημένο, το συνειδητοποιημένο δεν είναι και πραγματοποιημένο, το πραγματοποιημένο δεν είναι και διατηρήσιμο για μακρύ διάστημα»⁷⁴, ενδιαφέρον παρουσιάζει η απάντηση στο ερώτημα σχετικά με το τι θυμούνται οι ασθενείς από αυτά που τους λέει ο γιατρός τους δεδομένου του ότι αυτά που λέγονται μετά από μια εξέταση, σχετικά με την ασθένειά του, τη θεραπεία και την πρόγνωση πρέπει να γίνονται κατανοητά.

Επίσης ο ασθενής θα πρέπει να θυμάται τις συμβουλές και τις οδηγίες του γιατρού του. Οι μελέτες δείχνουν μια δυσάρεστη κατάσταση. Οι ασθενείς ξεχνούν το 80% από όσα τους λέει ο γιατρός τους μόλις φύγουν από κοντά του. Επιπρόσθετα από το 20% που θυμούνται, μόνο το 10% το θυμούνται ορθά.

Το γεγονός αυτό δημιουργεί ανησυχίες όσον αφορά την αγωγή θεραπείας που συστήνεται στους ασθενείς. Δεδομένου ότι ξεχνούν τα περισσότερα από αυτά που τους λέγονται και δεδομένου ότι από αυτά που θυμούνται, τα μισά δεν τα θυμούνται σωστά, υπάρχει κίνδυνος να μην κάνουν σωστά τη θεραπεία τους και να μην ακολουθούν όλες τις οδηγίες που τους δίνονται.

Οι γιατροί θα πρέπει να αντιληφθούν το βασικό αυτό πρόβλημα. Στην εποχή μας όπου οι θεραπείες γίνονται πιο πολύπλοκες, είναι απαραίτητο ο γιατρός να σιγουρεύεται ότι ο ασθενής του, έχει καταλάβει καλά το σύνολο αυτών που είναι αναγκαίο να κάνει.

Σημειώνεται ότι η σύγχρονη τάση είναι οι ασθενείς να κρατιούνται στο νοσοκομείο όσο το δυνατόν λιγότερο. Αυτό συνεπάγεται περισσότερη θεραπεία και αγωγή στο σπίτι. Κάτω από αυτές τις συνθήκες οι ασθενείς και αυτοί που τους φροντίζουν, είναι αναγκαίο

⁷³ Small, D. (1978) Adult Diabetes. A patient education program, *American Journal of Nursing*, 78, 889.

⁷⁴ Mehnert, H. (1982) Diabetes mellitus: Entwicklung einer Krankheit. *Mitteilungen der Deutschen Forschungsgemeinschaft*, 3,1

να καταλαβαίνουν καλά και να θυμούνται όσα χρειάζονται για τη συγκεκριμένη περίπτωση.

Οι βασικοί λόγοι που οι ασθενείς ξεχνούν βασική και σημαντική πληροφόρηση που τους παρέχεται είναι:

1) Το στρες και η αγωνία: Πολλοί ασθενείς δεν νοιώθουν άνετα μέσα στο ιατρείο. Η αγωνία και το στρες μειώνουν την προσοχή. Υπάρχει επιπρόσθετα το φαινόμενο της εστίασης της προσοχής του ασθενούς στα πιο φοβερά πράγματα που θα του πει ο γιατρός. Εάν για παράδειγμα ο γιατρός αναγγείλει στον ασθενή ότι πάσχει από μια σοβαρή ασθένεια όπως ο καρκίνος, τότε ο ασθενής θα εστιάσει την προσοχή του κυρίως σε αυτό και είναι απίθανο να θυμάται οτιδήποτε άλλο από αυτή τη συνάντηση με το γιατρό του.

2) Η ηλικία: η αύξηση της ηλικίας μειώνει την ικανότητα του ασθενούς να θυμάται μια πληροφόρηση που πιθανόν να έχει δοθεί χωρίς την κατάλληλη δομή. Επίσης μειώνεται η ικανότητα του ασθενούς να θυμάται δοσολογίες φαρμάκων ιδιαίτερα όταν η θεραπεία του περιλαμβάνει πολλά φάρμακα.. Ακόμη ο ηλικιωμένος ασθενής ξεχνά πιο εύκολα τα αποτελέσματα των αναλύσεων του.

3) Οι προκαταλήψεις: Οι ασθενείς πολύ συχνά έχουν τις δικές τους ιδέες και θεωρίες για τις ασθένειες. Εάν αυτά που λέει ο γιατρός έρχονται σε σύγκρουση με τις δικές τους προκαταλήψεις, τόσο ευκολότερο είναι να ξεχάσουν. Εάν όμως αυτά που τους λέγονται αφορούν για αυτούς ένα καινούριο τομέα όπου δεν έχουν τις δικές τους ιδέες, τότε είναι ευκολότερο να τα συγκρατήσουν.

4) Η δομή της πληροφόρησης και οι προτεραιότητες: Ο τρόπος με τον οποίο οι γιατροί θα παρουσιάσουν την πληροφόρηση έχει μεγάλη σημασία. Το λεξιλόγιο που θα χρησιμοποιήσει, η δομή της παρουσίασης των πληροφοριών είναι καθοριστικά. Οι σημαντικές πληροφορίες είναι προτεραιότητες και πρέπει να δίνονται από την αρχή της συνομιλίας.

Οι ασθενείς θυμούνται καλύτερα τις πρώτες δηλώσεις του γιατρού τους. Επίσης θυμούνται καλύτερα εάν οι φράσεις και το λεξιλόγιο είναι απλές και παρουσιάζονται σε ένα απλό, λογικό και δομημένο σχήμα που διευκολύνει την κατανόηση και την μνήμη.

5) Η κοινοποίηση της πληροφορίας: Οι ασθενείς δεν μπορούν να θυμούνται όταν ο γιατρός τους λέει πολλά πράγματα. Όσα περισσότερα τους λέει, τόσα λιγότερα θα θυμούνται. Καταλαβαίνουν και θυμούνται περισσότερα εάν οι πληροφορίες δεν δίνονται μόνο προφορικά αλλά κι διαμέσου γραπτών κειμένων και σχημάτων ή φωτογραφιών.. Έρευνες σε ορισμένα νοσοκομεία έδειξαν ότι οι ασθενείς θυμούνται σωστά μόνο το 14% των οδηγιών που δίνονται προφορικά. Όταν δίνονται με τη βοήθεια σχημάτων τότε οι ασθενείς θυμούνται σωστά μέχρι και το 80%.

Βλέπουμε λοιπόν ότι η κατάσταση όπως είναι σήμερα δεν είναι ικανοποιητική. Ταυτόχρονα αποβαίνει εις βάρος της θεραπείας των ασθενών. Δεν αποκλείεται επίσης η κακή αυτή επικοινωνία να δημιουργεί και προβλήματα στις σχέσεις μεταξύ γιατρού και ασθενούς. Το γεγονός αυτό δημιουργεί πολλαπλές αρνητικές συνέπειες. Είναι αναγκαίο οι γιατροί να χρησιμοποιούν απλές φράσεις και λέξεις, να παρουσιάζουν πρώτα τις προτεραιότητες της πληροφόρησης που θέλουν να δώσουν, να χρησιμοποιούν σχήματα ή φωτογραφίες για να επεξηγούν καλύτερα αυτά που θέλουν να μεταφέρουν.

Τέλος κα ίσως σημαντικότερο, χρειάζεται περισσότερος χρόνος που πρέπει να αφιερώνεται στους ασθενείς για σκοπούς επεξήγησης και πληροφόρησης. Ας σημειώσουμε ότι είναι καθήκον του κάθε γιατρού να σιγουρευτεί ότι ο ασθενής του, έχει καταλάβει καλά και μεταγενέστερα θυμάται αυτά τα οποία είναι αναγκαία για την θεραπεία και την περίπτωσή του⁷⁵.

Σε άλλες μελέτες υπολογίζεται ότι περίπου οι μισοί ασθενείς με χρόνιες ασθένειες, όπως ο διαβήτης και η υπέρταση δεν συμμορφώνονται με τη φαρμακευτική αγωγή. Ο Ley

⁷⁵ Kessels, Roy. (2003) Patient memory for medical information, *Journal of Royal Society of Medicine* 2003;96:219-222,1

διαμόρφωσε το μοντέλο γνωστικής υπόθεσης για τη συμμόρφωση. Σύμφωνα με αυτό, η συμμόρφωση μπορεί να προβλεφτεί από το συνδυασμό:

- Της ικανοποίησης του ασθενούς
- Από τη διαδικασία της παροχής συμβουλών
- Την κατανόηση της πληροφόρησης που έγινε και
- Την ανάκληση αυτής της πληροφόρησης.

Ο Ley, ανέφερε ότι η ικανοποίηση καθορίζεται από το περιεχόμενο των ιατρικών συμβουλών και ότι οι ασθενείς θέλουν να έχουν όσο το δυνατόν πληρέστερη πληροφόρηση, ακόμη και αν πρόκειται για άσχημα νέα.

Έτσι αν ο γιατρός συμβουλεύει τον ασθενή ή προτείνει ένα συγκεκριμένο θεραπευτικό πρόγραμμα και ο ασθενής δεν κατανοεί την αιτιολογία της ασθένειάς του, τη σωστή θέση του σχετικού οργάνου ή τις διαδικασίες θεραπείας, τότε αυτή η έλλειψη κατανόησης είναι πιθανό να επηρεάσει τη συμμόρφωση με αυτή τη συμβουλή⁷⁶.

Αποκτά λοιπόν ιδιαίτερη σημασία το ερώτημα εάν η πληροφόρηση που παρέχουν οι ιατροί ανταποκρίνεται στις ανάγκες των ασθενών.

Παρότι οι ιατροί μιλούν πολύ αυτά που λένε συχνά δεν μεταφέρουν πληροφορίες στους ασθενείς. Σε αρκετές από τις μελέτες, ο λόγος των ιατρών είχε συνήθως τη μορφή ερωτήσεων, καταφατικών νευμάτων και εκφράσεων π.χ. «Α-χα», σύνοψης του περιεχομένου π.χ. «Ωστε λοιπόν πονούν τα πόδια σας», διευκρινίσεων π.χ. Δηλαδή ο πόνος που νοιώσατε ήταν διαρκής;» και εντολών π.χ. «καθίστε αναπαυτικά για να εξετάσω το πόδι σας».

Ένα πολύ μικρό ποσοστό όσων ανέφεραν βοήθησε τους ασθενείς να αυξήσουν τις γνώσεις τους σχετικά με την πάθησή τους ή τους αποτελεσματικότερους τρόπους φροντίδας του εαυτού τους.

⁷⁶ Odgen, J.(2004)Επικοινωνία γιατρού ασθενούς και ο ρόλος των πεποθήσων υγείας των επαγγελματιών υγείας. Στο Odgen, J., *Ψυχολογία της Υγείας*, 2^η Έκδοση, Παρισιάνος, Αθήνα, 80

Στην κλασική μελέτη τους οι Waitzkin & Stoeckle (1976) διαπίστωσαν ότι στη διάρκεια της ιατρικής επίσκεψης η οποία κρατούσε κατά μέσον όρο 20 λεπτά, οι ιατροί αφιέρωναν λιγότερο από ένα λεπτό στη μετάδοση πληροφοριών στον ασθενή. Σε μια ακόμη μελέτη η οποία είχε ως αντικείμενο τις αλληλεπιδράσεις ιατρού ασθενούς (Svarstad, εξετάστηκε ο τρόπος που οι ιατροί έδιναν οδηγίες στους ασθενείς σχετικά με την φαρμακευτική αγωγή που επρόκειτο να ακολουθήσουν.

Από το σύνολο των 347 φαρμάκων που συνταγογραφήθηκαν, τα 60 δεν αποτέλεσαν ποτέ θέμα συζήτησης κατά τη διάρκεια της υπό μελέτη επίσκεψης.. Μάλιστα, στο 90% των περιπτώσεων όπου χορηγήθηκαν φάρμακα, οι ιατροί δεν έδωσαν στους ασθενείς καμιά συγκεκριμένη προφορική συμβουλή για τον τρόπο λήψης τους.

Ο Waitzkin αναλύοντας 365 μαγνητοφωνημένες ιατρικές συναντήσεις σε διάφορους χώρους υποδοχής εξωτερικών ασθενών, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι: Οι ιατροί αφιέρωναν λίγο χρόνο στην ενημέρωση των ασθενών τους, υπερεκτιμούσαν τον χρόνο που είχαν πράγματι αφιερώσει και υποτιμούσαν την επιθυμία των ασθενών για ενημέρωση. Σε μια άλλη μελέτη που είχε ως αντικείμενο την ικανοποίηση των ασθενών από τις πληροφορίες που λάμβαναν, συγκεντρώθηκαν δεδομένα από ασθενείς που επισκέφτηκαν ιατρούς τεσσάρων διαφορετικών νοσοκομείων.

Από τα αποτελέσματα βρέθηκε ότι οι ασθενείς σε ποσοστό 45% ήταν ιδιαίτερα δυσαρεστημένοι από τις πληροφορίες που παρείχαν οι ιατροί τους σχετικά με την κατάσταση της υγείας τους (Phillips. Οι ίδιοι ανέφεραν ότι η επικοινωνία τους με τους γιατρούς ήταν συχνά ελλιπής, ότι οι ιατροί έδειχναν αδιαφορία απέναντί τους και ότι απέφευγαν με επιδεξιότητα να απαντήσουν στις ευθείες ερωτήσεις τους. Βάσει όσων αναφέρθηκαν, είναι σαφές ότι υπάρχουν περιθώρια βελτίωσης όσον αφορά την παροχή ακριβούς πληροφόρησης στους ασθενείς⁷⁷.

⁷⁷ Matteo, D., R. (2006) Οι ανάγκες των ασθενών για πληροφόρηση. Στο Matteo, D., R. *Εισαγωγή στην Ψυχολογία της Υγείας*, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 152.

Έχει αποδειχτεί πως όταν τα προγράμματα αγωγής της υγείας πραγματοποιούνται μόνο από ιατρικό προσωπικό, είναι λιγότερο αποτελεσματικά σε σύγκριση με άλλα μοντέλα, καθώς υιοθετείται το ιατρικό μοντέλο προληπτικής παρέμβασης⁷⁸.

Οι ερευνητές έχουν εξετάσει τον ρόλο της πληροφόρησης και τον τύπο της πληροφόρησης τους ασθενούς με τις συστάσεις που δίνονται κατά τη διάρκεια παροχής συμβουλών από γιατρούς. Έχει αναφερθεί ότι η συμπεριφορά και η εξατομικευμένη διδασκαλία βελτίωσαν τη συμμόρφωση σε 75 %. Επομένως η παροχή πληροφοριών μπορεί να είναι ένα μέσο βελτίωσης της συμμόρφωσης. Επίσης έχει διερευνηθεί ο θετικός ρόλος της πληροφόρησης και η επίδρασή της στην ανάρρωση και στην έκβαση⁷⁹.

Υπάρχουν διάφοροι τύποι πληροφοριών που θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν για να επηρεάσουν το αποτέλεσμα της ανάρρωσης από μια ιατρική παρέμβαση.

Θα μπορούσαν να περιγραφούν ως :

- 1) Αισθητηριακές πληροφορίες, που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να βοηθήσουν τα άτομα να αντιμετωπίσουν τα συναισθήματά τους ή να κάνουν σκέψεις σχετικά με αυτά τα συναισθήματα.
- 2) Διαδικαστικές πληροφορίες, που δίνουν την ικανότητα στα άτομα να μάθουν πώς όντως θα πραγματοποιηθεί μια διαδικασία ή μια παρέμβαση.
- 3) Πληροφορίες δεξιοτήτων αντιμετώπισης, που μπορεί να πληροφορήσουν το άτομο για τις πιθανές στρατηγικές αντιμετώπισης και

⁷⁸ UNICEF, UNESCO, WHO & World Bank (2000) *Focusing Resources on Effective School Health: A Fresh start to enhancing the quality and Equity of Education*, World Education Forum, Dakar, Senegal.

⁷⁹ Odgen, J.(2004) Επικοινωνία γιατρού ασθενούς και ο ρόλος των πεποιθήσεων υγείας των επαγγελματιών υγείας. Στο Odgen, J., *Ψυχολογία της Υγείας*, 2^η Έκδοση, Παρισιάνος, Αθήνα, 85

4) Συμπεριφοριστικές οδηγίες που μαθαίνουν το άτομο να συμπεριφέρεται σωστά σε ότι αφορά τους παράγοντες που επηρεάζουν θετικά ή αρνητικά την εξέλιξη της νόσου⁸⁰.

2.4.10. Μέθοδοι εκπαίδευσης ασθενών

Η εκπαίδευση των ασθενών περιγράφεται ως ένας προγραμματισμένος συνδυασμός εκμάθησης δραστηριοτήτων που στοχεύουν να βοηθήσουν τους ανθρώπους οι οποίοι έχουν την εμπειρία της ασθένειας, να πραγματοποιήσουν τις αλλαγές στη συμπεριφορά που οδηγούν στην καλή υγεία.

Ένας αποτελεσματικός εκπαιδευτής – σύμβουλος υγείας πρέπει να διαθέτει τα ακόλουθα χαρακτηριστικά:

- Γνώσεις (Knowledge): Να γνωρίζει τα σύγχρονα επιστημονικά δεδομένα
- Κύρος: (Authority): Να είναι σεβαστό πρόσωπο για τις απόψεις και την συμπεριφορά του.
- Αξιοπιστία (Trust): Αν το άτομο εμπιστεύεται και συμπαθεί τον «εκπαιδευτή» είναι πιο πιθανό να επηρεασθεί.
- Ικανότητα (Skill): Ικανότητα στην επικοινωνία. Κάθε άτομο μπορεί να βελτιώσει την εικόνα του και την αποτελεσματικότητά του
- Ανθρωπιά (Humility): Ικανότητα να αποδέχεται τις στάσεις και τις γνώμες των ατόμων, να τις σέβεται και να τις παίρνει στα σοβαρά. Τα προγράμματα εκπαίδευσης πρέπει να είναι προσανατολισμένα στις επιδιώξεις της αγωγής υγείας και να συγκεκριμενοποιούνται στους βασικούς της στόχους⁸¹.

Διδακτική μεθοδολογία

Οι θεωρίες μάθησης σήμερα βασίζονται σε ευρύτερο σύνολο επιστημών όπως είναι οι: Τεχνολογία, Νευροφυσιολογία, Νευροψυχολογία, Επιστημολογία, Κοινωνιολογία, Βιολογία. Η κοινή διαπίστωση των σύγχρονων απόψεων συγκλίνει στο ότι: *Ο άνθρωπος*

⁸⁰Odgen, J.(2004)Επικοινωνία γιατρού ασθενούς και ο ρόλος των πεποιθήσεων υγείας των επαγγελματιών υγείας. Στο Odgen, J., *Ψυχολογία της Υγείας*, 2^η Έκδοση, Παρισιάνος, Αθήνα, 87

⁸¹Baldwin, J., Williams, H. (1988) *Active Learning: A Trainer's Guide*. Basil Blackwell, Oxford.

είναι ένα ψυχολογικό αλληλεπιδραστικό ον με το περιβάλλον του που ενεργοποιείται από ψυχολογικές καταστάσεις.

Οι εμπειρίες που αποκτά μετασχηματίζονται σε παραστάσεις που μπορούν να εξωτερικευτούν με την γλώσσα. Οι παραστάσεις αυτές υλοποιούνται σαν νευρωνικά εγκεφαλικά κυκλώματα στη μάζα του εγκεφάλου και μπορούν να ενισχύονται, να αποδυναμώνουν να αλλάζουν την οργανωτική τους δομή⁸².

Η σύγχρονη διδακτική μεθοδολογία που βασίζεται στις σημερινές μοντέρνες θεωρίες μάθησης πρέπει:

- Να προκαλεί την ενεργοποίηση του εκπαιδευόμενου
- Να προωθεί τη δημιουργική δράση
- Να βασίζεται στην μάθηση μέσω ανακάλυψης
- Να ενθαρρύνει την συνεργατική μάθηση
- Να ενισχύει την ανάπτυξη δεξιοτήτων
- Να ενθαρρύνει την κριτική σκέψη
- Να αποθαρρύνει τη γραμμική μέθοδο διδασκαλίας
- Να ενθαρρύνει τη συλλογική δράση
- Να έχει μια ξεκάθαρη θεωρία διδακτικής
- Να χρησιμοποιεί τα πολυμέσα σαν εργαλείο της διαδικασίας εκπαίδευσης.
- Να αποφεύγει τον παθητικό ρόλο του εκπαιδευόμενου.
- Ο εκπαιδευτικός θα πρέπει να συνδυάσει τις μοντέρνες διδακτικές μεθοδολογίες με την τεχνολογία των πολυμέσων για να διευκολυνθεί στη μετάδοση και παροχή γνώσης στους μαθητές του και διεγείρει την κριτική τους σκέψη.

Οι εκπαιδευτικές στρατηγικές έχουν σκοπό να μεταδώσουν πληροφορίες. Για να είναι αποτελεσματικές, το κοινό στο οποίο απευθύνονται πρέπει να αγκαλιάσει με ενθουσιασμό αυτές τις προσφάτως αποκτηθείσες γνώσεις του. Η Αγωγή Υγείας χρησιμοποιεί ένα ευρύ φάσμα μεθόδων και τεχνικών για την επίτευξη των στόχων της. Η

⁸² Γκιμπερίτης, Β. (2000) *Η εκπαίδευση του 2000, Σύγχρονη διδασκαλία –Δίκτυα -Πολυμέσα-Internet*.
Ανάκτηση 15 Ιουλίου 2007 από <http://www.6gymnasio.gr/ACTIVITIES/epy98/epy98.htm>

χρησιμοποίηση κάθε φορά των προσφορότερων μεθόδων στηρίζεται στην εκπαιδευτική αρχή ότι η χρησιμοποίηση περισσότερων μεθόδων είναι πιο αποτελεσματική εκπαιδευτική διαδικασία από την εμμονή σε μια μόνο μέθοδο.

Ακόμα και όταν μια συγκεκριμένη μέθοδος έχει αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητα και με την οποία οι εκπαιδευτές υγείας είναι ιδιαίτερα εξοικειωμένοι, ο εμπλουτισμός της με άλλες εκπαιδευτικές μεθόδους πρέπει να είναι ο κανόνας και όχι η εξαίρεση. Οι διάφορες μέθοδοι Αγωγής Υγείας μπορεί να ταξινομηθούν σε δύο βασικές κατηγορίες. Μια πρώτη που περιλαμβάνει τις μεθόδους επικοινωνίας, όπως είναι οι διαλέξεις, η ατομική διδασκαλία, τα μέσα μαζικής επικοινωνίας, τα οπτικοακουστικά μέσα, η εκπαιδευτική τηλεόραση και ορισμένες τεχνικές προγραμματισμένης εκμάθησης.

Οι μέθοδοι της πρώτης αυτής κατηγορίας χρησιμεύουν κυρίως στην επίτευξη των δύο πρώτων στόχων της Αγωγής Υγείας, στην ευαισθητοποίηση του κοινού και στην παροχή γνώσεων. Η δεύτερη κατηγορία περιλαμβάνει διάφορες εκπαιδευτικές μεθόδους που χρησιμεύουν κυρίως στην αλλαγή στάσεων και συμπεριφορών του κοινού. Στις μεθόδους αυτές συγκαταλέγονται η ανάπτυξη ικανοτήτων, τα ειδικά παιχνίδια, η εκμάθηση με την παρατήρηση και την αναζήτηση, η δουλειά σε ομάδες, η χρήση προτύπων και διάφορες τεχνικές ελέγχου της συμπεριφοράς⁸³.

Μέθοδοι Επικοινωνίας

- **Διαλέξεις:**

Το βασικό μειονέκτημα των διαλέξεων είναι ότι δεν είναι τόσο αποτελεσματική μέθοδος, όσο συχνά πιστεύεται, ακόμα και για την παροχή γνώσεων. Γι ' αυτό και η κατάχρηση των διαλέξεων στα πλαίσια της παραδοσιακής σχολικής ή ακαδημαϊκής διδασκαλίας δεν εξυπηρετεί τους εκάστοτε εκπαιδευτικούς στόχους. Οι διαλέξεις αποτελούν μια από τις παλαιότερες και πιο προσφιλείς μεθόδους διδασκαλίας.

⁸³ Τούντας, Κ., Γ. (1988) *Μεθοδολογία Αγωγής Υγείας*. Ανάκτηση 20 Ιουλίου 2007 από <http://panacea.med.uoa.gr/topic.aspx?id=469>

Στο παρελθόν, οι διαλέξεις μαζί με τα έντυπα ήταν σχεδόν οι μοναδικές μέθοδοι υγειονομικής διαφώτισης. Σήμερα, στα πλαίσια της Αγωγής Υγείας, συνεχίζουν να αποτελούν μια διαδεδομένη μέθοδο. Η ευρεία τους χρήση οφείλεται στο γεγονός ότι είναι εύκολη μέθοδος, οικονομική, προσαρμόσιμη και πρακτική.

'Αλλα μειονεκτήματα της μεθόδου σχετίζονται με το γεγονός ότι οι διαλέξεις προάγουν τη μονόδρομη επικοινωνία εκπαιδευτή - κοινού και αναπαράγουν παραδοσιακές μορφές εκπαίδευσης που αντιστρατεύονται τη σύγχρονη φιλοσοφία της Αγωγής Υγείας, καθιστώντας το κοινό παθητικό δέκτη και αντικείμενο της εκπαιδευτικής διαδικασίας, αντί για ενεργό υποκείμενο και συνδιαμορφωτή του περιεχομένου της⁸⁴.

- **Ατομική Διδασκαλία:**

Η ατομική διδασκαλία (individual instruction) και η παροχή προσωπικών οδηγιών έχει χρησιμοποιηθεί σαν μέθοδος Αγωγής Υγείας σε νοσηλεύόμενους ασθενείς και σε προγράμματα στην κοινότητα, στα πλαίσια επισκέψεων στα σπίτια. Η μέθοδος αυτή, όπως το υποδηλώνει και η ονομασία της, αποτελεί την εκπαιδευτική διαδικασία, κατά την οποία ο εκπαιδευτής βρίσκεται «πρόσωπο με πρόσωπο» με ένα μόνο εκπαιδευόμενο κάθε φορά, γι' αυτό και αποτελεί την πλέον προσωποποιημένη απ' όλες τις μεθόδους της Αγωγής Υγείας.

Αυτό το χαρακτηριστικό κάνει τη μέθοδο της ατομικής διδασκαλίας ιδιαίτερα χρήσιμη στις περιπτώσεις εκείνες όπου υπάρχουν μεγάλες διαφορές ανάμεσα στα άτομα που αποτελούν τον πληθυσμό - στόχο. Από τις μελέτες αξιολόγησης της μεθόδου έχει διαπιστωθεί ότι η ατομική διδασκαλία είναι μικρής αποδοτικότητας από τη σκοπιά του παραγόμενου εκπαιδευτικού έργου για το σύνολο του πληθυσμού, αλλά πολύ αποτελεσματική για τον κάθε εκπαιδευόμενο.

- **Μέσα μαζικής επικοινωνίας**

Τα μέσα μαζικής επικοινωνίας (MME) είναι τα κανάλια επικοινωνίας που απευθύνονται σε μεγάλες ομάδες του πληθυσμού. Τα πιο συνήθη MME είναι η τηλεόραση, το

⁸⁴ Ellington, H. (1985) *Producing Teaching Materials*. Kogan Page, London

ραδιόφωνο, ο ημερήσιος και περιοδικός τύπος, τα βιβλία και οι διαφημίσεις σε δημόσιους - ανοιχτούς χώρους. Τα μέσα αυτά, εκτός από το ότι απευθύνονται σε μεγάλους πληθυσμούς, χαρακτηρίζονται και από τη μετάδοση σχετικά απλών πληροφοριακών μηνυμάτων που συνήθως αποτελούν μια αυτοτελή πληροφοριακή μονάδα.

Η δύναμή τους, ειδικά της τηλεόρασης, είναι σημαντική όσον αφορά την ευαισθητοποίηση του κοινού και την παροχή γνώσεων. Όμως, τα ΜΜΕ, ενώ ευαισθητοποιούν και αυξάνουν τις γνώσεις του κοινού στα θέματα υγείας, δεν έχουν μεγάλη επίδραση στην αλλαγή στάσεων και συμπεριφοράς.

Σε μια κλασσική μελέτη για το ρόλο των ΜΜΕ στη δημόσια υγεία, διαπιστώθηκαν σαν βασικά οφέλη, η αύξηση των γνώσεων, η ενίσχυση των ήδη εμπεδωμένων στάσεων και η αλλαγή της συμπεριφοράς, μόνο εφόσον υπήρχε μια ευνοϊκή ψυχολογική προδιάθεση. Έχει, επίσης διαπιστωθεί, ότι οι θετικές επιδράσεις που επιτυγχάνονται στη στάση και στη συμπεριφορά, είναι συνήθως βραχυπρόθεσμης διάρκειας και έχουν αποτελεσματικότητα στην πρώτη φάση των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας⁸⁵.

- **Οπτικοακουστικά μέσα**

Τα οπτικοακουστικά μέσα περιλαμβάνουν ένα ευρύ φάσμα διαφορετικών μεθόδων εκπαίδευσης και επικοινωνίας. Ορισμένα από τα οπτικοακουστικά μέσα είναι μόνο οπτικά (συγγράμματα, φυλλάδια, προκηρύξεις, χάρτες, αφίσες, βουβές κινηματογραφικές ταινίες, slides, διαφάνειες, πίνακες, άλλα είναι μόνο ακουστικά (κασέτες, δίσκοι) και ορισμένα συνδυάζουν το οπτικό με το ακουστικό στοιχείο (ομιλούσες ταινίες, βίντεο, συνδυασμός διαφανειών με ήχο, οπτικοί δίσκοι κ.ά.).

Τα οπτικοακουστικά μέσα μοιάζουν ως προς ορισμένα τους χαρακτηριστικά με τα ΜΜΕ, έχουν όμως και σημαντικές διαφορές. Απευθύνονται συνήθως σ' ένα πιο περιορισμένο

⁸⁵ Leather, D.S., Hastings, G.B., Davies, J.K. (1986) *Health Education and the Media*. Pergamon Press, Oxford.

κοινό, όπως είναι οι μαθητές μιας τάξης, οι ασθενείς μιας νοσηλευτικής μονάδας, οι εργαζόμενοι σ' ένα εργοστάσιο. Δεν επαρκούν από μόνα τους σαν μέθοδος Αγωγής Υγείας, ακόμα και για την παροχή γνώσεων, γι ' αυτό και χρησιμοποιούνται πάντα συμπληρωματικά με άλλες βασικές μεθόδους (διαλέξεις, δουλειά σε ομάδες, ειδικά παιχνίδια κ.ά.).

Τα εκπαιδευτικά συγγράμματα πλεονεκτούν ως προς την ποσότητα των πληροφοριών και των γνώσεων που παρέχουν, μειονεκτούν όμως στο γεγονός ότι το επίπεδό τους είναι συνήθως υψηλότερο από το επίπεδο του κοινού που τα χρησιμοποιεί και παραμένει αμετάβλητο σε σχέση με το κοινό που συνέχεια μεταβάλλεται και εξελίσσεται.

Το ίδιο πρόβλημα αναντιστοιχίας εκπαιδευτικού μέσου και κοινού, έχει παρατηρηθεί και για άλλα έντυπα μέσα, όπως είναι τα φυλλάδια και οι προκηρύξεις. 'Αλλα μειονεκτήματα των μέσων αυτών, είναι ότι καταστρέφονται εύκολα, προϋποθέτουν εκδοτικές δυνατότητες, απαιτούν δοκιμαστική εφαρμογή πριν από τη μαζική τους χρήση και εύκολα παραβλέπονται από το κοινό.

Οι αφίσες και οι χάρτες βοηθούν στην πρόκληση ισχυρών εντυπώσεων που ευαισθητοποιούν το κοινό, δίνουν χρήσιμες παραπεμπτικές πληροφορίες (π.χ. το πού και πότε Θα γίνει μια διάλεξη) και είναι σχετικά οικονομικά μέσα. Μειονεκτούν στο ότι καταστρέφονται εύκολα, αγνοούνται όταν το κοινό τα συνηθίσει και δεν προσφέρονται για προβολή πολλαπλών ή σύνθετων μηνυμάτων.

Οι κινηματογραφικές ταινίες, είναι αποτελεσματικά μέσα για την παρουσίαση συγκεκριμένων πληροφοριών και γεγονότων και μπορούν να καλύψουν ένα ευρύ φάσμα Θεμάτων, ηλικιών και συνθηκών διδασκαλίας. Προσφέρονται ιδιαίτερα για την επίδειξη και κατανόηση κάποιας τεχνικής (π.χ. ανώδυνος τοκετός).

Τα βίντεο, έχουν σχεδόν τα ίδια πλεονεκτήματα με τις ταινίες αλλά επιπλέον μπορούν να χρησιμοποιηθούν περισσότερο κατ' ιδίαν, σταματούν και ξαναρχίζουν πιο εύκολα, είναι πιο οικονομική η παραγωγή τους και δεν απαιτούν πλήρη συσκότιση. Μειονεκτούν στο

ότι υπάρχουν διάφοροι τύποι που δεν είναι πάντα συμβατοί με τον εκάστοτε εξοπλισμό, η μικρή οθόνη προβολής τους περιορίζει το μέγεθος του κοινού, ενώ πολλές φορές η αναπαραγωγή και διακίνησή τους συναντά νομικά ή δεοντολογικά εμπόδια.

Οι πίνακες είναι ίσως το πιο οικονομικά μέσο στην κατηγορία αυτή, σβήνονται και ξαναχρησιμοποιούνται εύκολα, συμπληρώνουν τις ανάγκες μιας διάλεξης και μπορούν να χρησιμοποιηθούν και από το ίδιο το κοινό. Στα μειονεκτήματά τους περιλαμβάνεται το μικρό μέγεθος του κοινού, η ανάγκη ευκρινούς γραφικού χαρακτήρα και η παροδική διάρκεια της χρήσης τους.

Οι διαφάνειες, παράγονται εύκολα και οικονομικά, αξιοποιούνται και σαν σημειώσεις από τον ομιλητή, προσφέρονται για μικρού και μεσαίου μεγέθους κοινό και δεν απαιτούν απόλυτη συσκότιση. Δεν περιέχουν όμως κίνηση και φθείρονται εύκολα.

Τα slides πλεονεκτούν στην εξαιρετική αναπαραγωγή της εικόνας και των χρωμάτων, είναι σχετικά οικονομικά μέσα, προσφέρονται για μικρού και μεσαίου μεγέθους κοινά, είναι ευκολόχρηστα και ευκολομεταφερόμενα και με την μεταβολή της σειράς ή του αριθμού τους μπορούν να προσαρμόζονται στις ιδιαίτερες ανάγκες κάθε προγράμματος. Μειονεκτούν στο ότι είναι ευαίσθητα και χρειάζονται προφύλαξη, απαιτούν συσκότιση και δεν περιέχουν κίνηση.

Στο παρελθόν, τα οπτικοακουστικά μέσα και κυρίως το έντυπο υλικό και οι κινηματογραφικές ταινίες, χρησιμοποιούνταν πολύ περισσότερο από τους εκπαιδευτές υγείας απ' ότι σήμερα όπου κυριαρχούν τα ΜΜΕ και ορισμένες άλλες μέθοδοι, όπως η δουλειά σε ομάδες. Όμως, η χρησιμότητά τους δεν πρέπει να υποτιμηθεί, ειδικά στις περιπτώσεις εκείνες, όπως η εκμάθηση μιας θεραπευτικής τεχνικής, που όπως ήδη αναφέρθηκε, έχουν θετικά αποτελέσματα⁸⁶.

⁸⁶ Τούντα. Γ. (1988) *Μεθοδολογία αγωγής υγείας: Μέθοδοι επικοινωνίας*,. Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής, 5(2), 166-170.

2.5. Η χρήση βίντεο / οπτικοακουστικών μέσων στην τριτογενή πρόληψη της στεφανιαίας νόσου

Τα οπτικοακουστικά μέσα στη διδασκαλία και τη μάθηση:

A. Προκαλούν το ενδιαφέρον και την προσοχή

Ο σύγχρονος άνθρωπος ζει και μεγαλώνει σε ένα κόσμο όπου η επικοινωνία με σύμβολα και εικόνες κυριαρχεί και τείνει να αντικαταστήσει την επικοινωνία με τις λέξεις, τις προτάσεις, κλπ. Ο άνθρωπος αυθόρμητα στρέφει την προσοχή του στις εικόνες (στατικές ή κινούμενες) και όταν αυτές χρησιμοποιούνται στη διδασκαλία, τότε της θεωρεί «σύγχρονες».

Η προβολή μιας εικόνας, μιας διαφάνειας, κλπ, προκαλεί ένα βιολογικό αντανακλαστικό, σύμφωνα με το οποίο το μάτι και η προσοχή στρέφονται προς τα πλέον φωτεινά σημεία ή τις εναλλαγές της φωτεινότητας και των χρωμάτων. Η επικέντρωση στην εκπαιδευτική έρευνα παγκόσμια, συγκεντρώνεται στη χρησιμοποίηση υπερμεσικών περιβαλλόντων μέσω των οποίων ο εκπαιδευόμενος αλληλεπιδρά με το σύστημα.

Η χρήση πολλαπλών μέσων, Χρώμα, Εικόνα, Ήχος, βίντεο επιδρούν σαν **ψυχολογικές παγίδες** για την αύξηση του ενδιαφέροντος του εκπαιδευόμενου και επιβεβαιώνουν την παροιμία ότι: «Μια εικόνα αξίζει όσο χίλιες λέξεις».

B. Συμβάλλουν σημαντικά στη μάθηση

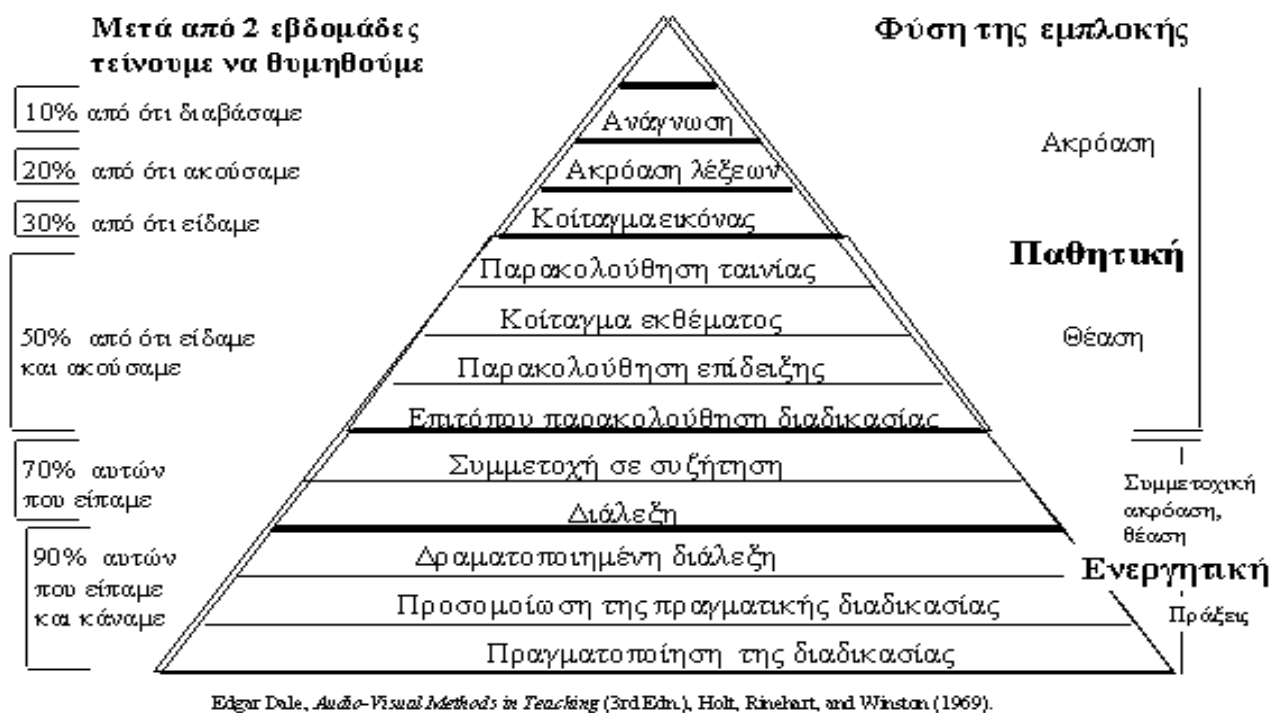
Από τη δεκαετία του 1950 έχει προσδιοριστεί ο σημαντικός ρόλος των εποπτικών μέσων στη μάθηση. Αν και οι θεωρίες για τη μάθηση έχουν εξελιχθεί προσφέροντάς μας καλύτερες ερμηνείες του φαινομένου και καινοτόμες προτάσεις για τη διδασκαλία, δεν αμφισβητήθηκε η συμβολή των οπτικοακουστικών μέσων στη διδασκαλία.

Η έμφαση μεταφέρθηκε στο ότι πρέπει να αυξηθεί με ποικίλους τρόπους η εμπλοκή των «μαθητών» με αυτά που προβάλλονται και ότι θα πρέπει η χρήση του οπτικοακουστικού μέσου να επιλέγεται σύμφωνα με ένα σχέδιο διδακτικής στρατηγικής. Η στρατηγική αυτή εκτός από το στόχο οφείλει να αναγνωρίζει και να σέβεται την αρχική γνώση των

εκπαιδευόμενων, τις δυσκολίες τους στη μάθηση και να μεγιστοποιεί την ενεργό τους συμμετοχή στα στάδια της διδασκαλίας.

Επίσης προτάθηκαν αποτελεσματικότεροι τρόποι κωδικοποίησης και οργάνωσης του μηνύματος που θα εκπεμφθεί από το οπτικοακουστικό μέσο, ώστε να διευκολύνεται ο αποδέκτης του μηνύματος στην αποκωδικοποίηση και στην συγκράτηση των πληροφοριών. Διαχωρίστηκε η πληροφόρηση από τη μάθηση και προτάθηκαν διαδικασίες μετουσίωσης των πληροφοριών σε γνώσεις.

Ο κώνος της μάθησης, που πρότεινε τη δεκαετία του 1950 ο Edgar Dale και ο οποίος σε μια περισσότερο ολοκληρωμένη μορφή παρουσιάζεται στη συνέχεια, είναι ένας σημαντικός λόγος για να χρησιμοποιούμε συχνά αλλά και σωστά τα οπτικοακουστικά μέσα στη διδασκαλία μας.



Γ. Συμβάλλουν στην απομνημόνευση

Η καλή οργάνωση του περιεχομένου του προβαλλομένου υλικού, ο χρονισμός της παρουσίασης, η παράλληλη αφήγηση από τον διδάσκοντα ή η παρουσίαση του

προβαλλόμενου υλικού, κλπ, βοηθούν τη συλλογή και τη συγκράτηση των πληροφοριών στη βραχυπρόθεσμη μνήμη.

Η μνήμη αυτή έχει περιορισμένη χωρητικότητα και για το λόγο αυτό θα πρέπει οι βιντεοταινίες να προβάλλονται τμηματικά, τα slides να προβάλλονται σε μικρές ομάδες, οι διαφάνειες να μην είναι πολύπλοκες, οι προσομοιώσεις να προβάλλονται σταδιακά ή αν είναι σύντομης διάρκειας να προβάλλονται μια και δυο φορές, κλπ.

Η συγκράτηση των πληροφοριών διευκολύνεται όταν πριν από την προβολή έχει προηγηθεί μια φάση κατά την οποία οι εκπαιδευόμενοι θα προσανατολίσουν το ενδιαφέρον τους, θα ανακαλέσουν στη μνήμη τους γνώσεις, θα διεγερθεί η περιέργειά τους για αυτό που θα δουν, κλπ.

Δ. Παρέχουν πληροφορίες και γνώσεις

Τα οπτικοακουστικά μέσα εκτέμπουν πληροφορίες και όχι γνώσεις. Παρόλο που το προβαλλόμενο υλικό μπορεί να έχει σχεδιαστεί στη βάση σύγχρονων απόψεων για την επικοινωνία και την κατανόηση, οι πληροφορίες δεν μετατρέπονται αυτόματα σε γνώσεις στο νου των εκπαιδευόμενων. Η μετουσίωση της πληροφορίας σε γνώση γίνεται με τις νοητικές και πρακτικές δραστηριότητες των εκπαιδευόμενων στις οποίες αυτοί χρησιμοποιούν τις πληροφορίες που συλλέγουν και πρέπει να συσχετίσουν ή να συγκρίνουν τις νέες πληροφορίες με αυτά που ξέρουν.

Οι διαδικασίες αυτές ενεργοποιούνται και κατευθύνονται από τον εκπαιδευτή και για την πραγματοποίησή τους πρέπει να υπάρχει διαθέσιμος χρόνος για να σκεφθούν, να συσχετίσουν και να συζητήσουν. Ωστόσο πρέπει να τονιστεί το γεγονός ότι και τα πιο αποτελεσματικά μέσα επικοινωνίας και διδασκαλίας μπορεί να μην επιφέρουν τα επιθυμητά αποτελέσματα. Οι εκπαιδευτές δεν πρέπει να χρησιμοποιούν τα μέσα με τη νοοτροπία του «μηχανικού προβολής». Πρέπει οι ίδιοι να διδάξουν με τη βοήθεια του μέσου εξαντλώντας τις δυνατότητες που τους δίνει και όχι να υποκατασταθούν από αυτό⁸⁷.

⁸⁷ Γκιμπερίτη, Β. (2000) *Η εκπαίδευση του 2000, Σύγχρονη διδασκαλία –Δίκτυα-Πολυμέσα-Internet*.
Ανάκτηση 15 Ιουλίου 2007 από <http://www.6gymnasio.gr/ACTIVITIES/epy98/epy98.htm>

Ε. Δημιουργούν σαφείς παραστάσεις

Διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη δημιουργία σαφών και ορθών παραστάσεων γύρω από τα διδασκόμενα θέματα

ΣΤ. Διατηρούν τις παραστάσεις

Συντελούν στην καλύτερη διατήρηση αυτών των παραστάσεων και για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα.

Ζ. Διεγείρουν, συγκεντρώνουν και συγκρατούν την προσοχή

Χωρίς προσοχή δεν είναι δυνατή η απόκτηση και συγκράτηση γνώσεων

Η. Προκαλούν έντονο ενδιαφέρον

Το ενδιαφέρον είναι από τις ουσιαστικότερες προϋποθέσεις μαθήσεως

Θ. Εξοικονομούν πολύτιμο χρόνο

Με τη χρήση των οπτικοακουστικών μέσων επιτυγχάνουμε ταχεία μετάδοση γνώσεων και συντομεύεται η διάρκεια της διδασκαλίας και εξοικονομούμε χρόνο⁸⁸

Τα πλεονεκτήματα της συμβουλευτικής με την βοήθεια του video σε σχέση με άλλα μέσα μάθησης και διδασκαλίας θα μπορούσαν να συνοψιστούν στα ακόλουθα σημεία:

- ✓ Παρουσιάζει με ρεαλιστικό τρόπο γεγονότα. Ειδικά στην περίπτωση της περιγραφής νοσημάτων οι εκπαιδευόμενοι είναι σε θέση να καταλάβουν τις ανθρώπινες αντιδράσεις, καθώς το χρώμα, ο ήχος και η κίνηση ζωντανεύουν γεγονότα και καταστάσεις.
- ✓ Η χρήση πολλαπλών μέσων, Χρώμα, Εικόνα, Ήχος, βίντεο επιδρούν σαν ψυχολογικές παγίδες για την αύξηση του ενδιαφέροντος του εκπαιδευόμενου.
- ✓ Εξοικονομείται χρόνος, ειδικά σε περιπτώσεις όπου η παρατήρηση του πραγματικού γεγονότος θα μπορούσε να διαρκέσει αρκετά.
- ✓ Παρέχει τη δυνατότητα παράτασης της διάρκειας κάποιου γεγονότος, διευκολύνοντας την παρατήρηση.

⁸⁸ Ζευκίλης, Α. (1994) Γενική Διδακτική, ΣΕ.ΛΕ.ΤΕ., Ο.Ε.Δ.Β., Αθήνα

- ✓ Προσφέρει στους εκπαιδευτές τη δυνατότητα να ελέγχουν την προβολή, τον τρόπο και το ρυθμό παρακολούθησης ενός προγράμματος.
- ✓ Επιτρέπει την παρατήρηση από μικρή ή μεγάλη απόσταση κατά περίπτωση.
- ✓ Επιτρέπει την ασφαλή παρατήρηση επικίνδυνων φαινομένων.
- ✓ Παρέχει στον ασθενή τη δυνατότητα να επανέρχεται στα θέματα που δεν κατανόησε πλήρως και στον εκπαιδευτή στα θέματα που κρίνει ότι πρέπει να επιμείνει περισσότερο.
- ✓ Δίνει αφορμή για συζήτηση και περαιτέρω έρευνα.

Παράλληλα, οι περιορισμοί αυτού του μέσου συνοψίζονται στα ακόλουθα σημεία:

- ✓ Αν και το ταινιομάθημα μπορεί να προβληθεί με διαφορετικούς τρόπους (διακοπτόμενη προβολή ή συνεχή), δεν συνεπάγεται ότι όλοι οι ασθενείς είναι σε θέση να παρακολουθήσουν την εξέλιξή του ταυτόχρονα.
- ✓ Υπάρχει πιθανότητα παρερμηνείας του περιεχομένου, η οποία όμως ελαχιστοποιείται με την ενεργητική παρέμβαση του προσώπου που ασκεί συμβουλευτική.
- ✓ Το κόστος αγοράς ταινιομαθημάτων και του κατάλληλου εξοπλισμού σε συνδυασμό με την έλλειψη πόρων συχνά αποτρέπουν τη χρήση του video στη συμβουλευτική πράξη
- ✓ Η αποτελεσματική χρήση αυτού του μέσου προϋποθέτει την κατάρτιση και εκπαίδευση των εκπαιδευτικών σε τεχνικά θέματα, κυρίως όμως σε θέματα παιδαγωγικής αξιοποίησης του συγκεκριμένου μέσου στη διδακτική πράξη⁸⁹.

Το εκπαιδευτικό video αποτελεί ένα εύχρηστο εποπτικό μέσο συμβουλευτικής που αξιοποιεί διάφορες τεχνικές παρουσίασης ενός μηνύματος, όπως για παράδειγμα το συνδυασμό λόγου και εικόνας, εικόνας και ήχου, με αποτέλεσμα οι πληροφορίες που παρουσιάζει να ανταποκρίνονται στις μαθησιακές ανάγκες εκπαιδευομένων με διαφορετική γνωστική ανάπτυξη και γνωσιακά χαρακτηριστικά.

Όταν κάνουμε λόγο για αξιοποίηση μιας βιντεοταινίας σε διδακτικές και μαθησιακές διαδικασίες, δεν αναφερόμαστε μόνο στον υποστηρικτικό ρόλο που «αναλαμβάνει» για την επιπρόσθετη παρουσίαση πληροφοριών, αλλά και στο ό,τι αποτελεί τη βάση και το

⁸⁹ Σμάτος, Α.(1995) *Τεχνολογία και Εκπαίδευση: Επιλογή και χρήση των εποπτικών μέσων διδασκαλίας*, Πατάκης, Αθήνα.

εργαλείο για την εκτέλεση ασκήσεων, δραστηριοτήτων, την ανάπτυξη προβληματισμού, την ενίσχυση της ομαδικής-συνεργατικής μάθησης και την υποστήριξη ατομικής μελέτης.

Λαβαίνοντας υπόψη τις Ελληνικές και διεθνείς στατιστικές μετρήσεις της νόσου γίνεται φανερό πως οι δράσεις που στόχο έχουν την αγωγή υγείας είτε εντός του νοσοκομείου είτε έξω στην κοινότητα έχουν μεγάλη σημασία.

Η συμβουλευτική μέσα από ένα οργανωμένο πρόγραμμα αγωγής υγείας αποτελεί ένα ευρύτατο πεδίο δράσης για τους Νοσηλευτές.

Η συμβουλευτική πρέπει να αποτελεί καθημερινή νοσηλευτική αρμοδιότητα αποτελώντας αναπόσπαστο κομμάτι της νοσηλευτικής φροντίδας χρησιμοποιώντας (μέσα στο νοσοκομείο) μεθόδους ενεργητικής συμμετοχής που εντάσσονται στο γνωστικό και συναισθηματικό μοντέλο.

Χρησιμοποιούνται δηλαδή πληροφορίες αλλά συγχρόνως κινητοποιείται και το συναίσθημα των εκπαιδευομένων μέσα από την ενεργό συμμετοχή τους στη διαδικασία με τελική επιδίωξη την αλλαγή της συμπεριφοράς.

Κεφάλαιο 3: ΣΚΟΠΟΙ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας, της χρησιμότητας και της επάρκειας μιας πιλοτικής παρέμβασης συμβουλευτικής – ενημέρωσης – εκπαίδευσης ασθενών με Οξύ Στεφανιαίο Σύνδρομο καθώς και των συνοδών τους, με την βοήθεια των οπτικοακουστικών μέσων και ειδικότερα μέσω προβολής ταινίας video που αφορά στη Στεφανιαία Νόσο.

Ειδικότερα η μελέτη ευελπιστεί να διερευνήσει κατά πόσο η μέθοδος της χρήσης οπτικοακουστικών μέσων στον συγκεκριμένο χώρο στο νοσοκομείο (είτε στην κλινική) που είναι ειδικά διαμορφωμένος για εκπαίδευση, και στον συγκεκριμένο χρόνο δηλαδή την κατάλληλη στιγμή κατά την διάρκεια της νοσηλείας και της αποθεραπείας μέσα στο νοσοκομείο όπου και ο ασθενής αλλά και το οικογενειακό του περιβάλλον «διψούν» για καθοδήγηση και αναλυτική ενημέρωση περί του τι έχει συμβεί, γιατί έχει συμβεί, και τι πρέπει να γίνει από εδώ και πέρα, μπορεί να συμβάλει στην:

- ✓ Βελτίωση των γνώσεων για το κυκλοφορικό σύστημα.
- ✓ Βελτίωση των γνώσεων για τα καρδιαγγειακά νοσήματα (ποια και τι είναι, πώς να αναγνωρίζουν τα συμπτώματα, κλπ).
- ✓ Βελτίωση των γνώσεων για τους παράγοντες που σχετίζονται με την εμφάνιση των καρδιαγγειακών νοσημάτων.
- ✓ Βελτίωση των γνώσεων για τις διαγνωστικές και άλλες ειδικές εξετάσεις και παρεμβάσεις που έχει ήδη υποβληθεί και που θα υποβληθεί στη συνέχεια.
- ✓ Βελτίωση των γνώσεων για την πρωτογενή και δευτερογενή πρόληψη των καρδιαγγειακών νοσημάτων.
- ✓ Βελτίωση των γνώσεων για την αποκατάσταση και τριτογενή πρόληψη των καρδιαγγειακών νοσημάτων.
- ✓ Βελτίωση των στάσεων για την ποιότητα της ζωής των ασθενών με καρδιαγγειακά νοσήματα.
- ✓ Καλύτερη διαχείριση της νόσου.

Κεφάλαιο 4: ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Η εργασία πραγματοποιήθηκε στον Παθολογικό Τομέα του Γενικού Νοσοκομείου Σύρου, και συγκεκριμένα στην Στεφανιαία Μονάδα με την συμμετοχή 15 ασθενών και 13 κοντινών συγγενών κυρίως συζύγων.

Στο πλαίσιο της εργασίας διανεμήθηκαν ερωτηματολόγια σε δύο χρονικές στιγμές. Η πρώτη ήταν την προηγούμενη ημέρα του «ταινιομαθήματος», όπου διερευνήθηκαν οι γνώσεις και η πληροφόρηση των ασθενών για την στεφανιαία νόσο μέχρι τότε. Η δεύτερη ήταν την επομένη ημέρα από το «ταινιομάθημα» και οι ερωτώμενοι απαντούσαν στα ίδια ερωτήματα με την πρώτη φορά, ενώ απαντούσαν επιπροσθέτως σε ερωτήματα που αφορούσαν στην παρέμβαση στο σύνολό της. Ακολούθησε συγκριτική ανάλυση μεταξύ των και κατεγράφησαν τα αποτελέσματα.

4.1. Το δείγμα

Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν οι ασθενείς που νοσηλεύτηκαν για πρώτη φορά στη Στεφανιαία μονάδα του Γ.Ν. Σύρου λόγω Οξέος Στεφανιαίου Συνδρόμου και οι συνοδοί (φροντιστές) τους τη χρονική περίοδο Ιανουαρίου - Ιουνίου 2007.

4.2. Τα στάδια της παρέμβασης

Για να πραγματοποιηθεί η παρούσα εργασία εντός του χώρου του νοσοκομείου κατατέθηκε αίτηση προς το επιστημονικό συμβούλιο του νοσοκομείου στις 22 Φεβρουαρίου 2007 η οποία ακολουθούνταν και από το ερευνητικό πρωτόκολλο.

Η έγκριση του συμβουλίου δόθηκε τον Ιούλιο του 2007



ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΥΗΣ
«ΒΑΡΔΑΚΕΙΟ & ΠΡΩΤΟ» ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΥΡΟΥ

Σύρος 19/07/2007
Αρ.Πρωτ. 26

ΠΡΟΣ

Ευκαρπίδη Απόστολο

Κοιν.

ΘΕΜΑ : Ερευνητική Εργασία
Σχετικά: Το με αρ.πρωτ. 07/22-02-2007 έγγραφο του

Με την 02/16-07-2007 συνδρίαση του Επιστημονικού Συμβουλίου και κατόπιν της με
αρ. πρωτ. 07/22-02-2007 και μετά από έγκριση του Δ/ντή του Κ/Λ τμήματος κ.
Μικρογεωργίου του Επιστημονικού Συμβουλίου

Ο μ ό φ ω ν α α π ο φ α σ ί ζ ε ι

όπως εγκρίνεται η ερευνητική εργασία του κ. Ευκαρπίδη Απόστολου.

**Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ
ΤΟΥ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ**


ΖΟΡΠΑΣ ΜΙΧΑΗΛ

Η μελέτη διενεργήθηκε σε τρία στάδια.

Στο πρώτο στάδιο διερευνήθηκε μέσω ενός απλού και κατανοητού αυτοσυμπληρούμενου ερωτηματολογίου, η ενημέρωση των ασθενών και των συνοδών τους σχετικά με την Στεφανιαία νόσο μέχρι την ημέρα της εισαγωγής στο νοσοκομείο. Τα ερωτήματα αφορούσαν θέματα απλά και κοινά και αντλήθηκαν μέσα από πληροφορίες που παρείχε το «ταινιομάθημα»

Το ερωτηματολόγιο δίδονταν προς απάντηση, την στιγμή εκείνη κατά την οποία η πορεία της ασθένειας εξελίσσονταν ομαλά και ο ίδιος ο ασθενής αισθάνονταν ότι μπορεί να ανταποκριθεί κατάλληλα. Αυτό συνέβαινε συνήθως την τέταρτη με πέμπτη ημέρα της νοσηλείας. Τότε δίδονταν το πρώτο ερωτηματολόγιο.

Κατά το δεύτερο στάδιο γίνονταν η προβολή της ενημερωτικής εκπαιδευτικής βιντεοταινίας όπου παράλληλα εξηγούνταν με απλή γλώσσα όλα τα σημεία τα οποία ο ασθενής δεν κατανοούσε πλήρως. Αξιοπρόσεκτο είναι το γεγονός της συμμετοχής και της διάθεσης να κατανοήσουν την κάθε πτυχή των πληροφοριών και να μην αφήσουν κενά στην ενημέρωσή τους, θέλοντας να λυθούν όλες οι απορίες που υπήρχαν.

Η συγκεκριμένη εκπαιδευτική βιντεοταινία που αφορά στην στεφανιαία νόσο είναι χωρισμένη σε τρεις ενότητες.

Α) Αυτή των γενικών εννοιών που περιλαμβάνει την φυσιολογική λειτουργία της καρδιάς μέσω προσομοιωμένων εικόνων της, τα ανατομικά της στοιχεία, το αγγειακό της δίκτυο, την διαδικασία και τους παράγοντες που συντελούν στην δημιουργία αθηρωματικών πλακών και την τελική συμπτωματολογία κατά την εμφάνιση της νόσου.

Ο ασθενής μαθαίνει να διαχωρίζει εννοιολογικά και αντιλαμβάνεται τις επιμέρους μορφές που εμφανίζεται η νόσος π.χ. Τι ονομάζουμε και ποια είναι τα γνωρίσματα της σταθερής και ασταθούς στηθάγχης, τι ονομάζουμε και ποια είναι τα γνωρίσματα της καρδιακής προσβολής, τι ονομάζουμε καρδιακή ανακοπή κ.λ.π.

Β) Την δεύτερη ενότητα που αποτελείται από παράθεση στοιχείων επιδημιολογικών ερευνών μέσω των οποίων διαφαίνεται η συχνότητα εμφάνισης της στεφανιαίας νόσου στους διάφορους πληθυσμούς, οι παράγοντες κινδύνου που ευνοούν την εμφάνισή της, γενικές και ειδικές οδηγίες που αφορούν τις υγιεινοδιαιτητικές συνήθειες που επιταχύνουν την εμφάνιση της νόσου, καθώς και εκείνες πρέπει να υιοθετήσει (ο πάσχων) για την αποφυγή επιδείνωσης της νόσου και την αποκατάσταση της υγείας του.

Γ) Στην τρίτη ενότητα ο εκπαιδευόμενος μαθαίνει την ειδική συμπτωματολογία της νόσου και λαβαίνει ειδικές οδηγίες σε περίπτωση επανεμφάνισης των συμπτωμάτων. Επίσης γνωρίζει μέσω προσομοιωμένων αλλά και πραγματικών εικόνων όλες εκείνες τις ειδικές και μη εξετάσεις που ίσως χρειαστεί να υποβληθεί, καθώς και τις θεραπευτικές παρεμβάσεις.

Αυτή η εκπαιδευτική προβολή με τις απαραίτητες ενδιάμεσες επεξηγήσεις και συζητήσεις, έχει ως στόχο να κατανοήσουν οι ασθενείς και το οικογενειακό τους περιβάλλον την Στεφανιαία νόσο ώστε φεύγοντας από το νοσοκομείο να είναι όσο γίνεται καλύτερα ενημερωμένοι γι αυτήν. Μέσω δηλαδή της οπτικοακουστικής διαδικασίας και των ενδιάμεσων επεξηγήσεων και συζητήσεων να:

- ✓ Γνωρίσουν την νόσο που τους έχει προσβάλει
- ✓ Έρθουν σε επαφή με όλα εκείνα τα στοιχεία που δημιουργούν τα φυσικά γνωρίσματα και τα χαρακτηριστικά της, ώστε να μπορούν να προβούν στην σωστή ρύθμισή της.
- ✓ Γνωρίσουν πως επιδρούν οι παράγοντες κινδύνου
- ✓ Αντιληφθούν την σοβαρότητά της
- ✓ Την απομυθοποιήσουν και να αποκαταστήσουν όλες εκείνες τις συγκεχυμένες ιδέες-γνώσεις που έχουν σχετικά με την νόσο, ώστε να μπορέσουν να την αντιμετωπίσουν αποτελεσματικότερα και με περισσότερη αυτοπεποίθηση
- ✓ Καταστούν εν τέλει ικανοί να αυξήσουν τον έλεγχο επί της υγείας τους και να την βελτιώσουν.
- ✓ Βελτιώσουν την ποιότητα ζωής τους

Στο τρίτο στάδιο διανεμήθηκε νέο ερωτηματολόγιο στο οποίο περιέχονταν τα ερωτήματα του πρώτου ερωτηματολογίου προκειμένου να διαπιστωθεί η θετική ή η αρνητική επίδραση της προβολής σχετικά με την συμπλήρωση της γνώσης που αφορά στην νόσο. Επίσης το νέο ερωτηματολόγιο, ήταν εμπλουτισμένο με ερωτήματα στα οποία διερευνήθηκε η παρέμβαση στο σύνολό της και ειδικότερα:

- ✓ Τα δυνατά και τα αδύνατα σημεία του «ταινιομαθήματος».
- ✓ Τα στοιχεία που πιθανόν πρέπει να αποκλειστούν από την προβολή καθώς και ότι πρέπει πιθανόν να προστεθεί.
- ✓ Η αποτελεσματικότητα, η χρησιμότητα και η επάρκεια της συμβουλευτικής εκπαιδευτικής παρέμβασης όπως αυτή πραγματοποιήθηκε με την βοήθεια των οπτικοακουστικών μέσων.
- ✓ Η καλύτερη για τους εκπαιδευόμενους μέθοδος εκπαίδευσης – ενημέρωσης, μεταξύ των προβολών video, εντύπων μέσων, προφορικής ενημέρωσης και της ενημέρωσης μέσω σχεδιαγραμμάτων.
- ✓ Οι επαγγελματίες υγείας που μπορούν και ενδείκνυνται (μεταξύ άλλων) να αναλάβουν την ευθύνη της συγκεκριμένης δραστηριότητας.

4.3. Τα ερωτηματολόγια

Στα ειδικά διαμορφωμένα ερωτηματολόγια (Παράρτημα I και II) περιλήφθηκαν οι παρακάτω ενότητες ερωτήσεων δια των οποίων καταγράφηκαν και αξιολογήθηκαν:

- Τα δημογραφικά στοιχεία
- Οι γνώσεις σε θέματα καρδιαγγειακών νοσημάτων αλλά και ευρύτερα των γνώσεων που αφορούν την καλή λειτουργία της καρδιάς μέχρι την ημέρα της εισαγωγής (αυτή η ενότητα επαναλήφθηκε και στο δεύτερο ερωτηματολόγιο)
- Η χρησιμότητα και η επάρκεια της ενημερωτικής προβολής (η οποία υπήρξε στο δεύτερο ερωτηματολόγιο), η χρησιμότητα της συμβουλευτικής παρέμβασης, ο ρόλος των νοσηλευτών στην οργάνωση και την συμμετοχή τους σε δράσεις συμβουλευτικής και

εκπαίδευσης των ασθενών, καθώς και οι προτάσεις των ίδιων των εκπαιδευομένων σχετικά με την βελτιστοποίησή της.

4.4. Κωδικοποίηση και ανάλυση των στοιχείων

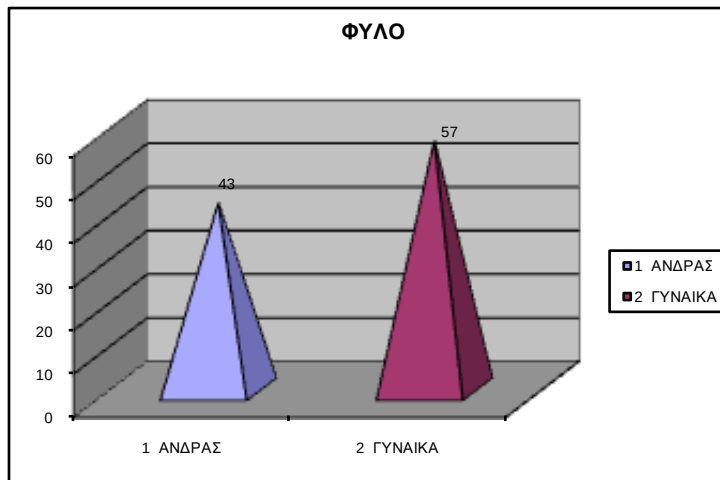
Έγινε κωδικοποίηση των στοιχείων που θα συλλέχθηκαν με τα ερωτηματολόγια, και ακολούθως έγινε η μεταφορά τους σε ηλεκτρονικό υπολογιστή. Η ανάλυση των στοιχείων έγινε με τη χρήση στατιστικού λογισμικού πακέτου (SPSS).

Κεφάλαιο 5: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Δημογραφικά

Φύλο

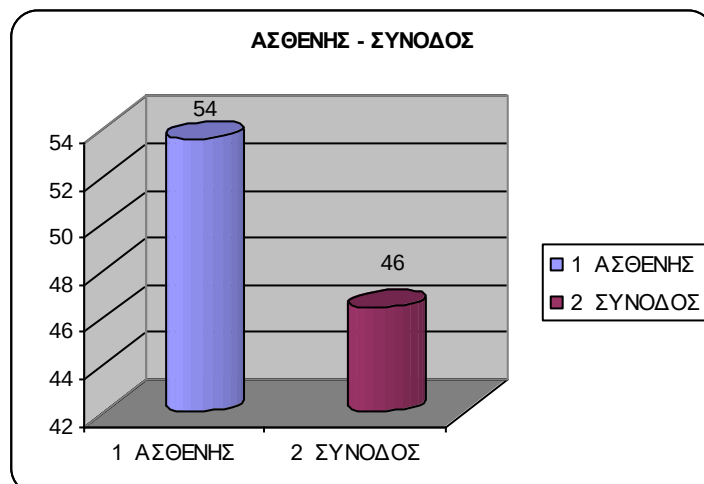
Στο 1ο γράφημα παρατηρείται ότι το δείγμα μας απαρτιζόταν από 12 άνδρες, ποσοστό 43% και 16 γυναίκες, ποσοστό 57%.



Γράφημα 1: Κατανομή του δείγματος ως προς το φύλο

Ασθενής – Συνοδός

Στο 2ο γράφημα παρατηρείται ότι το δείγμα μας απαρτιζόταν από 15 ασθενείς, ποσοστό 54%, και 13 συνοδούς, ποσοστό 46%.



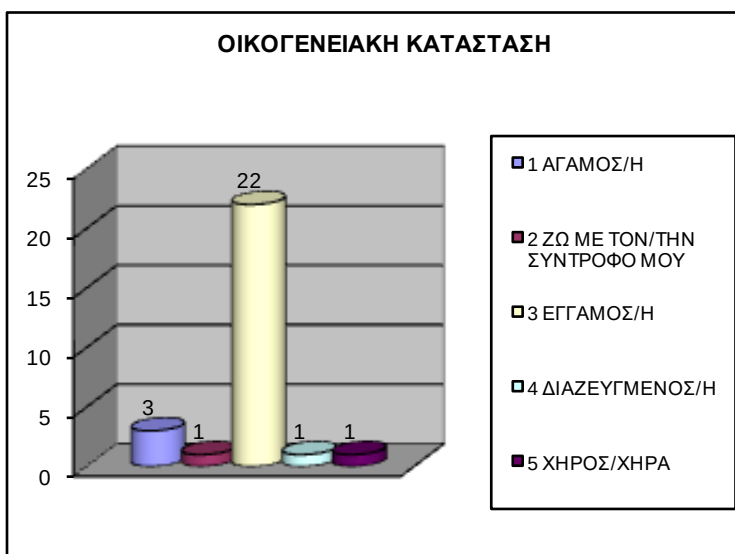
Γράφημα 2: Κατανομή του δείγματος σε ασθενείς και συνοδούς

Ηλικία

Οι ηλικίες των ερωτηθέντων κυμάνθηκαν από 22 έως 72 ετών. 12 εκ των ερωτηθέντων ήταν γεννημένοι μεταξύ 1937 – 1954. 11 ερωτηθέντες ήταν γεννημένοι μεταξύ 1955 – 1965. Και 5 ερωτηθέντες μεταξύ 1969 – 1985.

Οικογενειακή κατάσταση

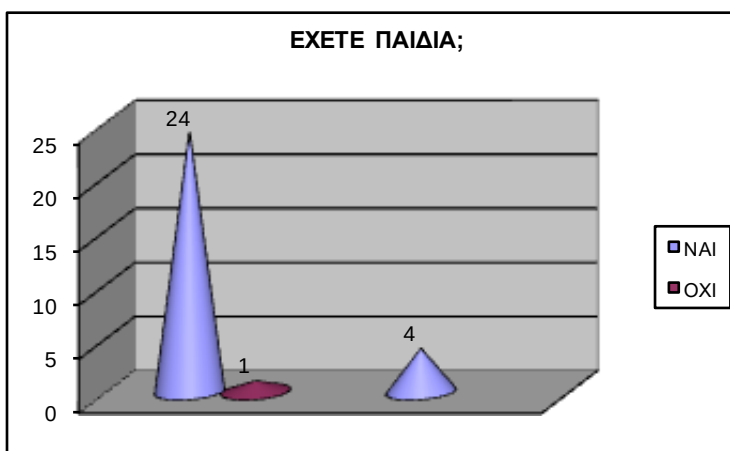
Στο 3ο γράφημα φαίνεται ότι 1 ερωτώμενος είναι άγαμος-η, 2 ζουν με τους συντρόφους τους, 3 είναι έγγαμοι-ες, 4 διαζευγμένοι-ες και 5 είναι χήροι-ες.



Γράφημα 3: Οικογενειακή κατάσταση του δείγματος.

Τέκνα

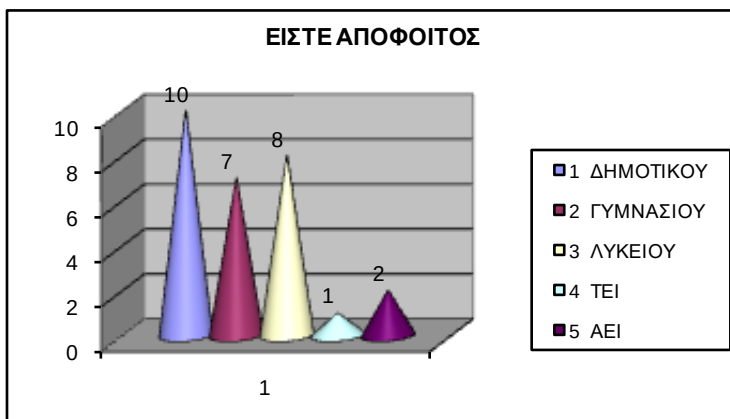
Στο 4ο γράφημα φαίνεται ότι 24 από τους ερωτώμενους είχαν παιδιά, ενώ 4 όχι.



Γράφημα 4: Κατανομή του δείγματος ως προς τον αριθμό των τέκνων

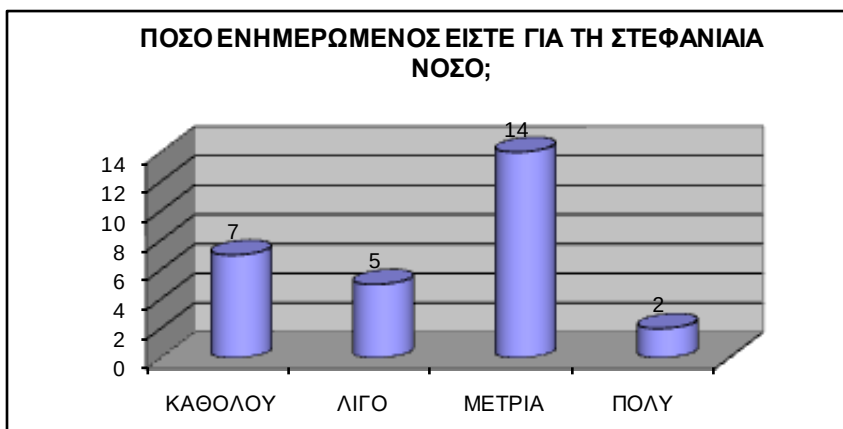
Μορφωτικό επίπεδο

Στο 5^ο γράφημα φαίνεται το μορφωτικό επίπεδο του δείγματος. Έτσι 1 εκ των ερωτώμενων είναι απόφοιτος του Δημοτικού, 2 είναι απόφοιτοι του Γυμνασίου, 3 είναι απόφοιτοι Λυκείου, 4 είναι απόφοιτοι των Τ.Ε.Ι. και 5 είναι απόφοιτοι των Α.Ε.Ι.



Γράφημα 5: Κατανομή του δείγματος ως προς το επίπεδο μόρφωσης.

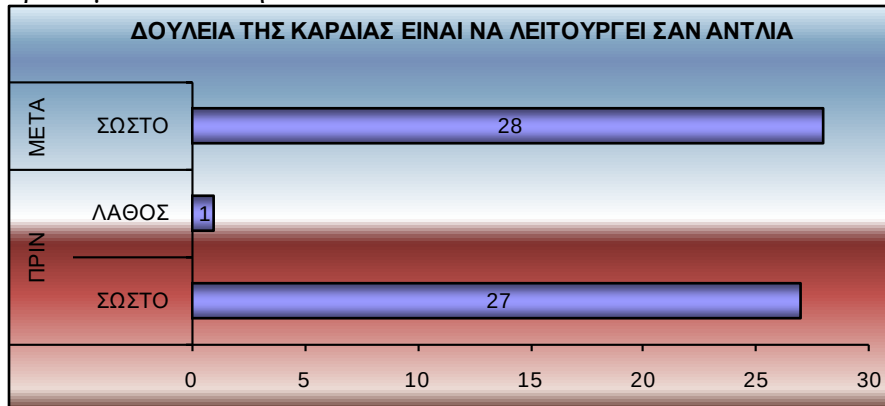
Στο 6ο γράφημα διαφαίνεται το πόσο καλά είναι ενημερωμένοι οι ερωτώμενοι για την στεφανιαία νόσο κατά την εισαγωγή τους. Έτσι, 7 ερωτώμενοι απάντησαν ότι δεν είναι καθόλου ενημερωμένοι, 5 είναι λίγο ενημερωμένοι, 14 είναι μέτρια ενημερωμένοι και 2 είναι πολύ ενημερωμένοι.



Γράφημα 6: Κατανομή του δείγματος ως προς το επίπεδο γνώσης για την στεφανιαία νόσο.

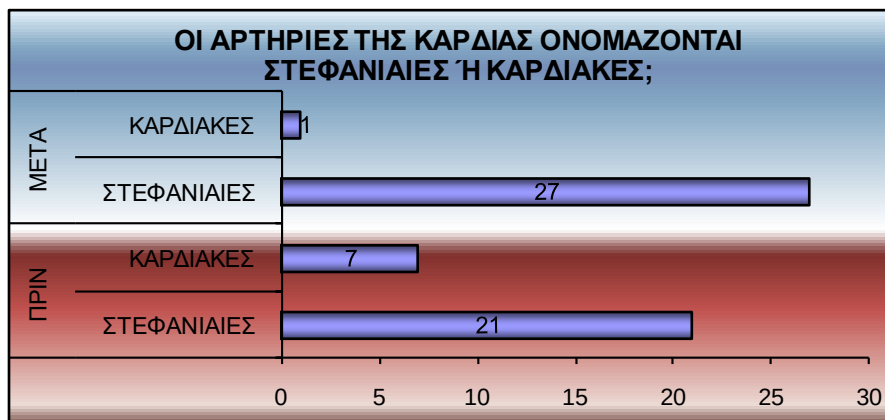
Στα επόμενα γραφήματα καταγράφεται η άποψη των ερωτώμενων πριν και μετά την ενημερωτική παρέμβαση

Στο 7ο γράφημα καταγράφεται η άποψη των ερωτώμενων στην πρόταση: «Δουλειά της καρδιάς είναι να λειτουργεί σαν αντλία». Πριν την παρέμβαση 27 ερωτώμενοι απάντησαν «σωστό» και 1 απάντησε «λάθος». Μετά την παρέμβαση και οι 28 ερωτώμενοι απάντησαν «σωστό».



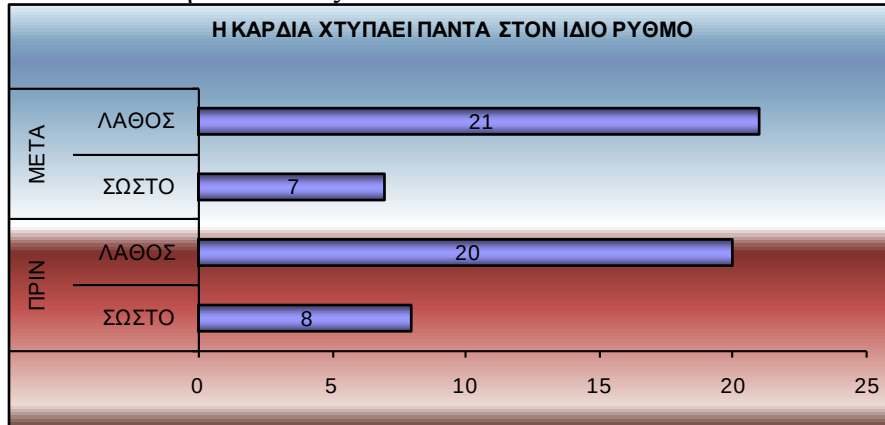
Γράφημα 7: Καταγραφή των απόψεων στην πρόταση: «Δουλειά της καρδιάς είναι να λειτουργεί σαν αντλία».

Στο 8ο γράφημα καταγράφεται η άποψη των ερωτώμενων στο ερώτημα: «Οι αρτηρίες της καρδιάς ονομάζονται στεφανιαίες ή καρδιακές;». Πριν την παρέμβαση 7 ερωτώμενοι απάντησαν «καρδιακές» και 21 απάντησαν «στεφανιαίες». Μετά την παρέμβαση 1 ερωτώμενος απάντησε «καρδιακές» και 27 απάντησαν «στεφανιαίες».



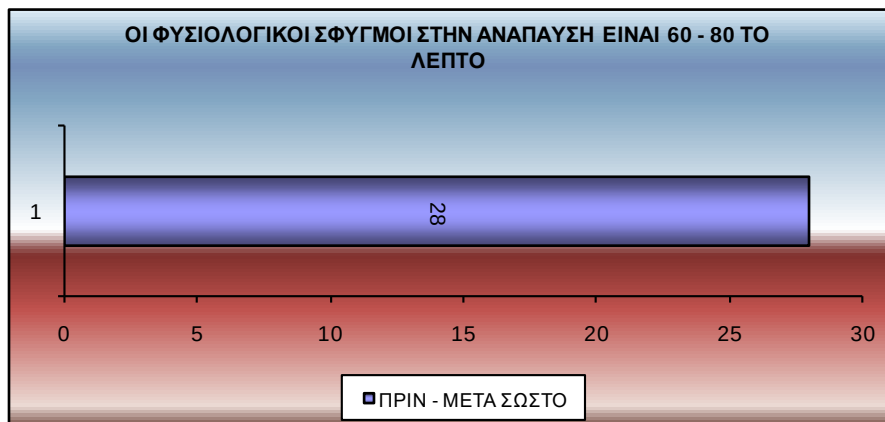
Γράφημα 8: Καταγραφή των απόψεων στο ερώτημα «Οι αρτηρίες της καρδιάς ονομάζονται στεφανιαίες ή καρδιακές;»

Στο 9^ο γράφημα καταγράφεται η άποψη των ερωτώμενων στην πρόταση: «Η καρδιά χτυπάει πάντα στον ίδιο ρυθμό». Πριν την παρέμβαση 8 ερωτώμενοι απάντησαν «σωστό» και 20 απάντησαν «λάθος». Μετά την παρέμβαση 7 ερωτώμενοι απάντησαν «σωστό» και 21 απάντησαν «λάθος».



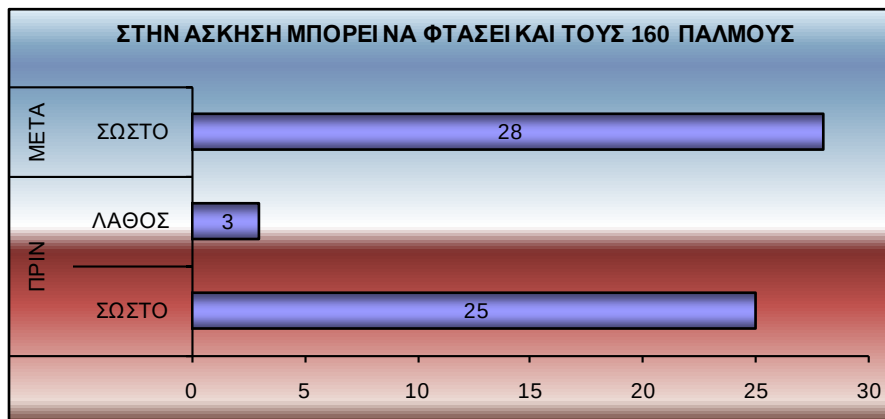
Γράφημα 9: Καταγραφή των απόψεων στην πρόταση: «Η καρδιά χτυπάει πάντα στον ίδιο ρυθμό»

Στο 10^ο γράφημα καταγράφεται η άποψη των ερωτώμενων στην πρόταση: «Οι φυσιολογικοί σφυγμοί στην ανάπαυση είναι 60 με 80 το λεπτό». Πριν και μετά την παρέμβαση κατεγράφησαν σωστές απαντήσεις και από τους 28 ερωτώμενους.



Γράφημα 10: Καταγραφή των απόψεων στην πρόταση: «Οι φυσιολογικοί σφυγμοί στην ανάπαυση είναι 60 με 80 το λεπτό».

Στο 11^ο γράφημα καταγράφεται η άποψη των ερωτώμενων στην πρόταση: «Οι καρδιακοί παλμοί κατά την άσκηση μπορεί να φτάσουν και τους 160». Πριν την παρέμβαση 3 ερωτώμενοι απάντησαν «λάθος» και 25 απάντησαν «σωστό». Μετά την παρέμβαση και οι 28 ερωτώμενοι απάντησαν «σωστό».



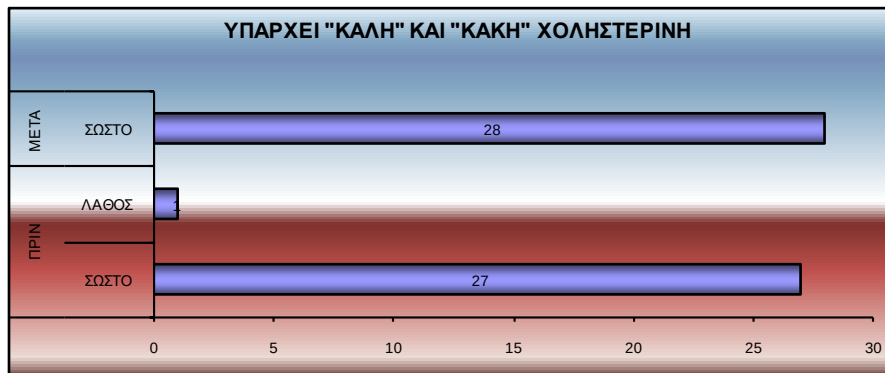
Γράφημα 11: Καταγραφή των απόψεων στην πρόταση: «Οι καρδιακοί παλμοί κατά την άσκηση μπορεί να φτάσουν και τους 160».

Στο 12^ο γράφημα καταγράφεται η άποψη των ερωτώμενων στην πρόταση: «Η χοληστερίνη προέρχεται από τις τροφές που τρώμε και από το συκώτι μας όπου παράγεται». Πριν την παρέμβαση 7 ερωτώμενοι απάντησαν «λάθος» και 21 απάντησαν «σωστό». Μετά την παρέμβαση και οι 28 ερωτώμενοι απάντησαν «σωστό».



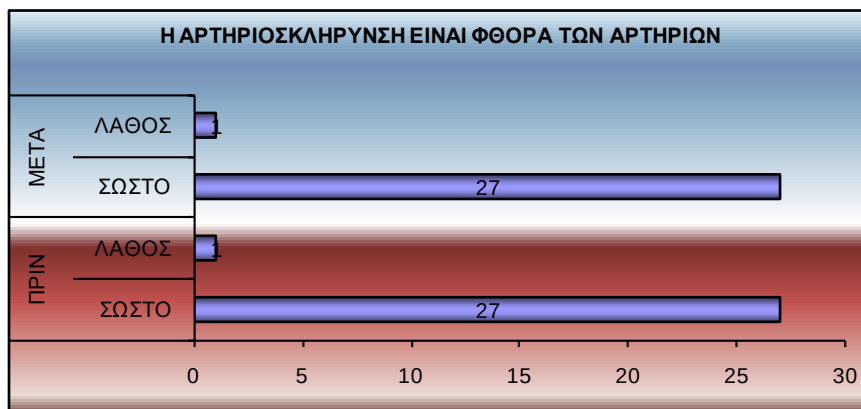
Γράφημα 12: Καταγραφή των απαντήσεων στην πρόταση: «Η χοληστερίνη προέρχεται από τις τροφές που τρώμε και από το συκώτι μας όπου παράγεται».

Στο 13^ο γράφημα καταγράφονται οι απαντήσεις των ερωτώμενων στην πρόταση: «Υπάρχει καλή και κακή χοληστερίνη». Πριν την παρέμβαση 1 ερωτώμενος απάντησε «λάθος» και 27 απάντησαν «σωστό». Μετά την παρέμβαση και οι 28 ερωτώμενοι απάντησαν «σωστό».



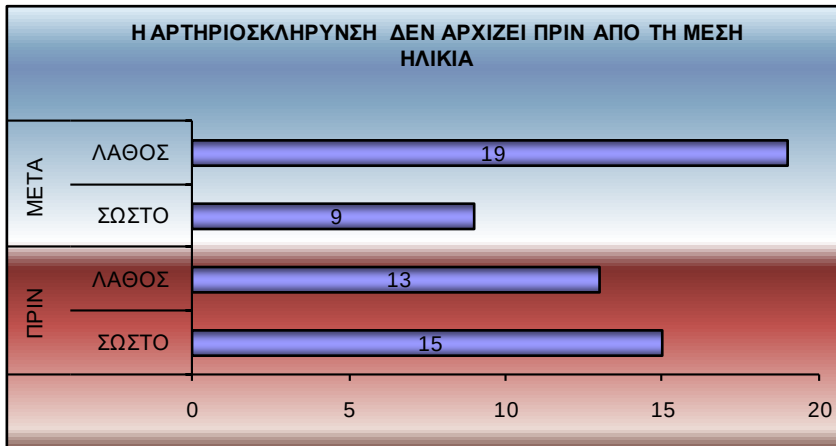
Γράφημα 13: Καταγραφή των απαντήσεων των ερωτώμενων στην άποψη: «Υπάρχει καλή και κακή χοληστερίνη».

Στο 14^ο γράφημα καταγράφονται οι αποψεις των ερωτώμενων στην πρόταση: «Η αρτηριοσκλήρυνση είναι φθορά των αρτηριών». Πριν και μετά την παρέμβαση 1 ερωτώμενος απάντησε «λάθος» και 27 απάντησαν «σωστό».



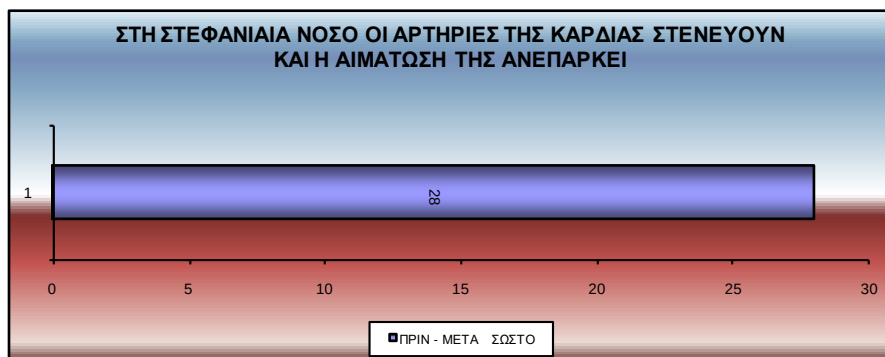
Γραφημα 14: Καταγραφή των απαντήσεων των ερωτώμενων στην άποψη: «Η αρτηριοσκλήρυνση είναι φθορά των αρτηριών».

Στο 15^ο γράφημα καταγράφονται οι απόψεις των ερωτώμενων στην πρόταση: «Η αρτηριοσκλήρυνση δεν αρχίζει πριν από τη μέση ηλικία». Πριν από την παρέμβαση 13 ερωτώμενοι απάντησαν «λάθος» και 15 «σωστό». Μετά την παρέμβαση 19 ερωτώμενοι απάντησαν «λάθος» και 9 απάντησαν «σωστό».



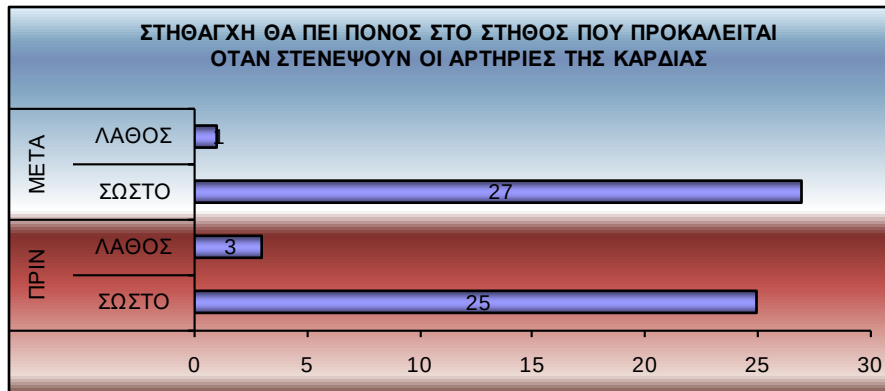
Γράφημα 15: Καταγραφή των απαντήσεων των ερωτώμενων στην άποψη: «Η αρτηριοσκλήρυνση δεν αρχίζει πριν από τη μέση ηλικία».

Στο 16^ο γράφημα καταγράφονται οι απαντήσεις των ερωτώμενων στην πρόταση: «Στη στεφανιαία νόσο οι αρτηρίες της καρδιάς στενεύουν και η αιμάτωσή της ανεπαρκεί». Πριν και μετά την παρέμβαση και οι 28 ερωτώμενοι απάντησαν «σωστό».



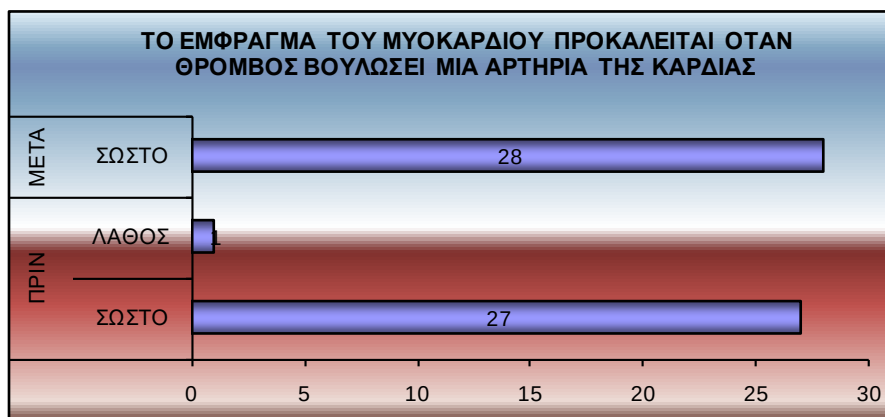
Γράφημα 16: Καταγραφή των απαντήσεων στην πρόταση: «Στη στεφανιαία νόσο οι αρτηρίες της καρδιάς στενεύουν και η αιμάτωσή της ανεπαρκεί».

Στο 17^ο γράφημα καταγράφονται οι απαντήσεις των ερωτώμενων στην πρόταση: «Στηθάγχη θα πει πόνος στο στήθος που προκαλείται όταν στενέψουν οι αρτηρίες της καρδιάς». Πριν την παρέμβαση 3 ερωτώμενοι απάντησαν «λάθος» και 25 απάντησαν «σωστό». Μετά την παρέμβαση 1 ερωτώμενος απάντησε «λάθος» και 27 απάντησαν «σωστό».



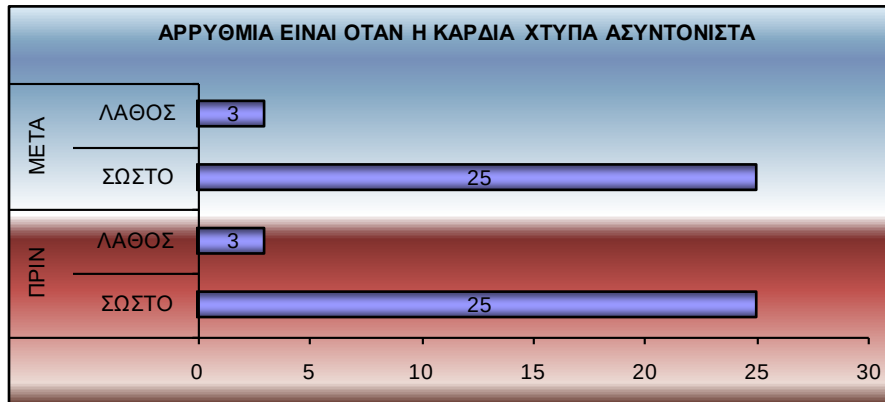
Γράφημα 17: Καταγραφή των απόψεων στην πρόταση: «Στηθάγχη θα πει πόνος στο στήθος που προκαλείται όταν στενέψουν οι αρτηρίες της καρδιάς».

Στο 18^ο γράφημα καταγράφονται οι απόψεις των ερωτώμενων στην πρόταση: «Το έμφραγμα του μυοκαρδίου προκαλείται όταν θρόμβος βουλώσει μια αρτηρία της καρδιάς». Πριν την παρέμβαση 1 ερωτώμενος απάντησε «λάθος» και 27 «σωστό». Μετά την παρέμβαση και οι 28 ερωτώμενοι απάντησαν «σωστό».



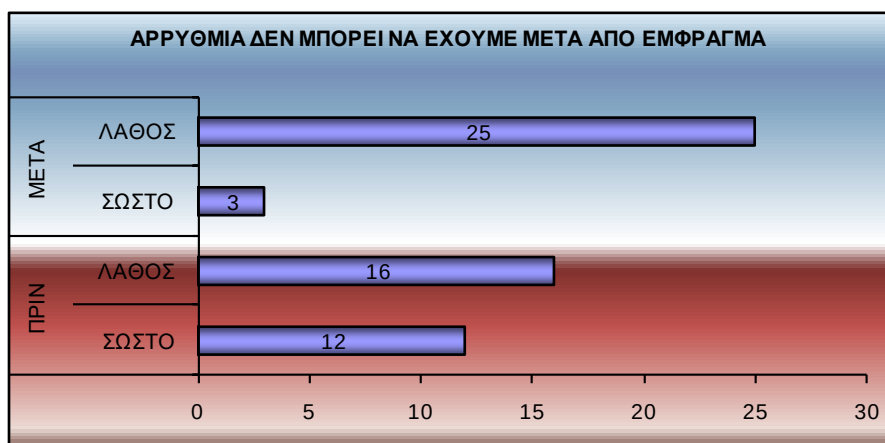
Γράφημα 18: Καταγραφή των απόψεων στην πρόταση: «Το έμφραγμα του μυοκαρδίου προκαλείται όταν θρόμβος βουλώσει μια αρτηρία της καρδιάς».

Στο 19^ο γράφημα καταγράφονται οι απαντήσεις των ερωτώμενων στην πρόταση: «Αρρυθμία είναι όταν η καρδιά χτυπά ασυντόνιστα». Πριν και μετά την παρέμβαση 3 ερωτώμενοι απάντησαν «λάθος» και 25 απάντησαν «σωστό».



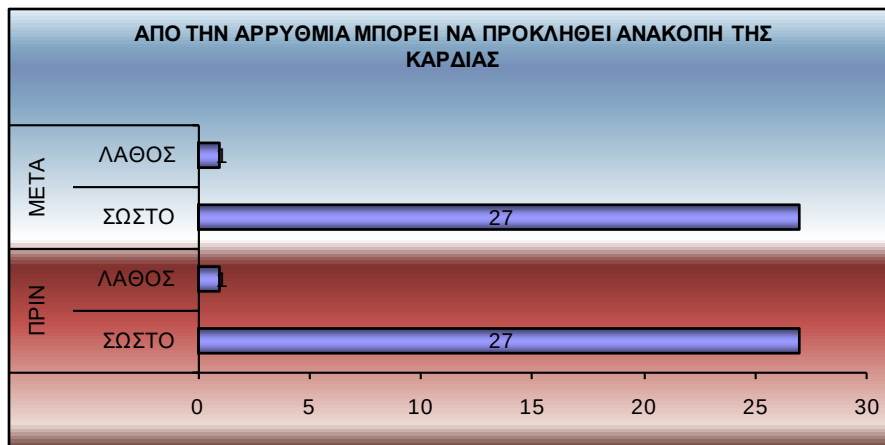
Γραφημα 19: Καταγραφή των απαντήσεων στην πρόταση: «Αρρυθμία είναι όταν η καρδιά χτυπά ασυντόνιστα».

Στο 20^ο γράφημα καταγράφονται οι απαντήσεις των ερωτώμενων στην πρόταση: «Αρρυθμία δεν μπορεί να έχουμε μετά από έμφραγμα». Πριν από την παρέμβαση 16 ερωτώμενοι απάντησαν «λάθος» και 12 «σωστό». Μετά την παρέμβαση 25 ερωτώμενοι απάντησαν «λάθος» και 3 απάντησαν «σωστό».



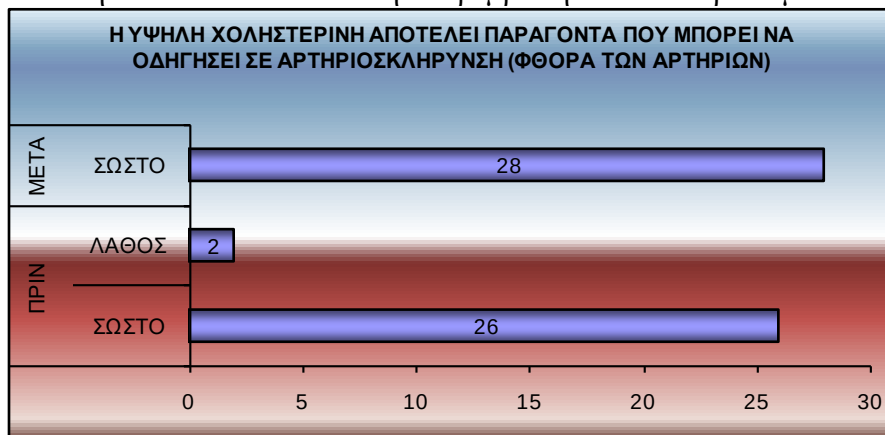
Γράφημα 20: Καταγραφή των απαντήσεων στην πρόταση: «Αρρυθμία δεν μπορεί να έχουμε μετά από έμφραγμα».

Στο 21^ο γράφημα καταγράφονται οι απαντήσεις των ερωτώμενων στην πρόταση: «Από τη αρρυθμία της καρδιάς μπορεί να προκληθεί ανακοπή της καρδιάς». Πριν και μετά από την παρέμβαση 1 ερωτώμενος απάντησε «λάθος» και 27 απάντησαν «σωστό».



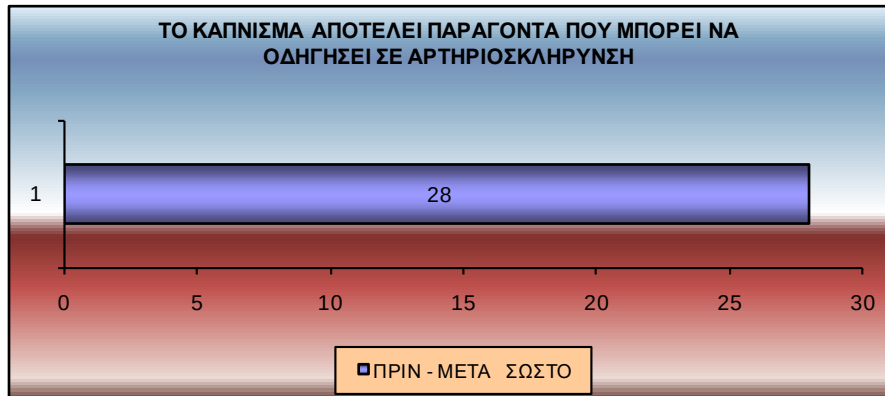
Γράφημα 21: Καταγραφή των απαντήσεων στην πρόταση: «Από την αρρυθμία της καρδιάς μπορεί να προκληθεί ανακοπή της καρδιάς».

Στο 22^ο γράφημα καταγράφονται οι απαντήσεις των ερωτώμενων στην πρόταση: «Η υψηλή χοληστερίνη αποτελεί παράγοντα που μπορεί να οδηγήσει σε αρτηριοσκλήρυνση (φθορά των αρτηριών)». Πριν την παρέμβαση 2 ερωτώμενοι απάντησαν «λάθος» και 26 απάντησαν «σωστό». Μετά την παρέμβαση και οι 28 ερωτώμενοι απάντησαν «σωστό».



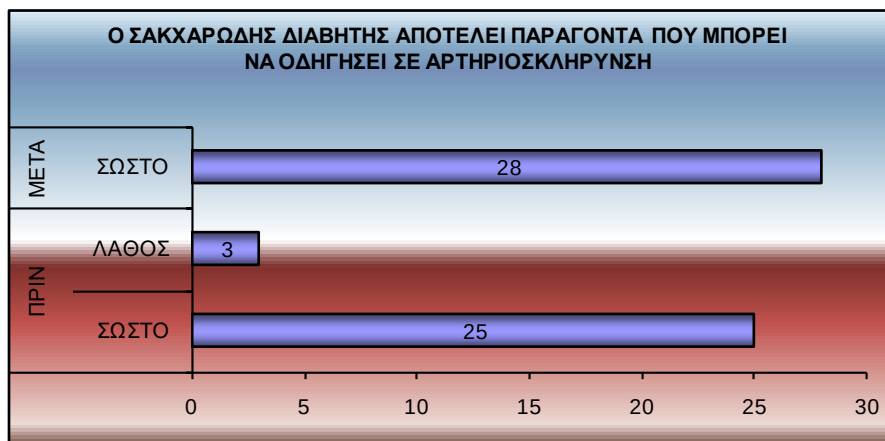
Γράφημα 22: Καταγραφή των απαντήσεων στην πρόταση: «Η υψηλή χοληστερίνη αποτελεί παράγοντα που μπορεί να οδηγήσει σε αρτηριοσκλήρυνση (φθορά των αρτηριών)».

Στο 23^ο γράφημα καταγράφονται οι απαντήσεις των ερωτώμενων στην πρόταση: «Το κάπνισμα αποτελεί παράγοντα που μπορεί να οδηγήσει σε αρτηριοσκλήρυνση». Πριν και μετά την παρέμβαση και οι 28 ερωτώμενοι απάντησαν «σωστό».



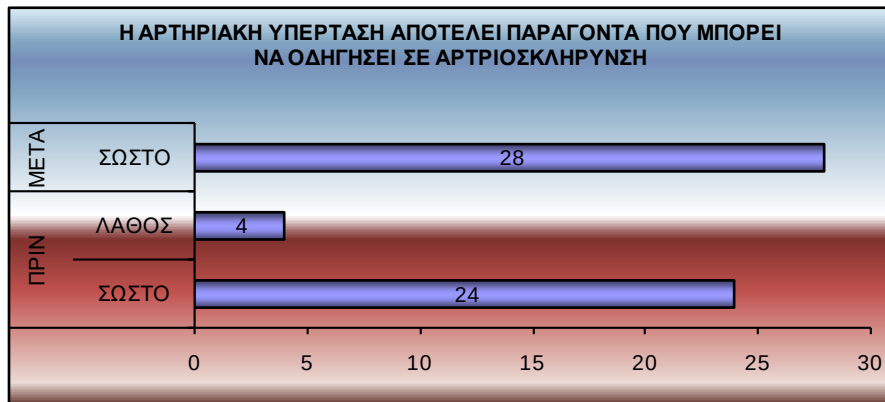
Γράφημα 23: Καταγραφή των απαντήσεων στην πρόταση: «Το κάπνισμα αποτελεί παράγοντα που μπορεί να οδηγήσει σε αρτηριοσκλήρυνση».

Στο 24^ο γράφημα καταγράφονται οι απαντήσεις των ερωτώμενων στην πρόταση: «Ο σακχαρώδης διαβήτης αποτελεί παράγοντα που μπορεί να οδηγήσει σε αρτηριοσκλήρυνση». Πριν την παρέμβαση 3 ερωτώμενοι απάντησαν «λάθος» και 25 απάντησαν «σωστό». Μετά την παρέμβαση και οι 28 ερωτώμενοι απάντησαν «σωστό».



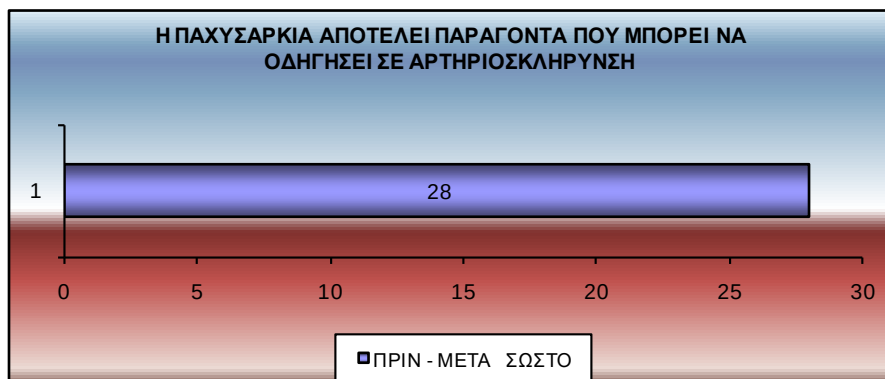
Γράφημα 24: Καταγραφή των απαντήσεων στην πρόταση: «Ο σακχαρώδης διαβήτης αποτελεί παράγοντα που μπορεί να οδηγήσει σε αρτηριοσκλήρυνση».

Στο 25^ο γράφημα καταγράφονται οι απαντήσεις των ερωτώμενων στην πρόταση: «Η αρτηριακή υπέρταση αποτελεί παράγοντα που μπορεί να οδηγήσει σε αρτηριοσκλήρυνση». Πριν την παρέμβαση 4 ερωτώμενοι απάντησαν «λάθος» και 24 απάντησαν «σωστό». Μετά την παρέμβαση και οι 28 ερωτώμενοι απάντησαν «σωστό».



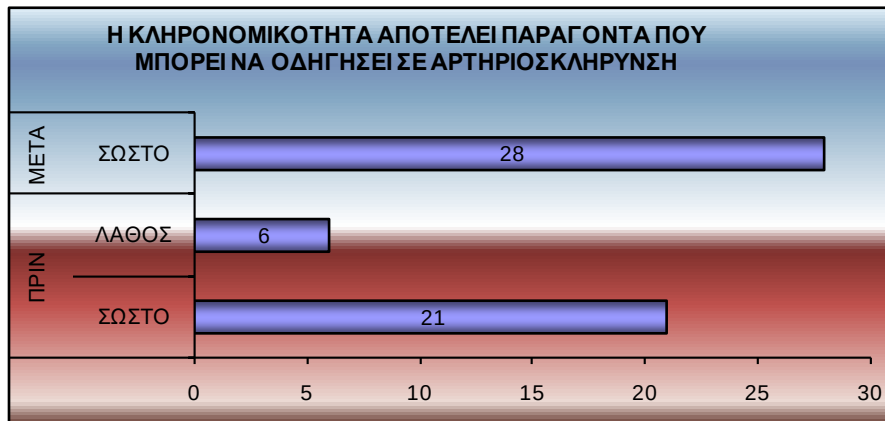
Γράφημα 25: Καταγραφή των απαντήσεων στην πρόταση: «Η αρτηριακή υπέρταση αποτελεί παράγοντα που μπορεί να οδηγήσει σε αρτηριοσκλήρυνση».

Στο 26^ο γράφημα καταγράφονται οι απαντήσεις των ερωτώμενων στην πρόταση: «Η παχυσαρκία αποτελεί παράγοντα που μπορεί να οδηγήσει σε αρτηριοσκλήρυνση». Πριν και μετά την παρέμβαση και οι 28 ερωτώμενοι απάντησαν «σωστό».



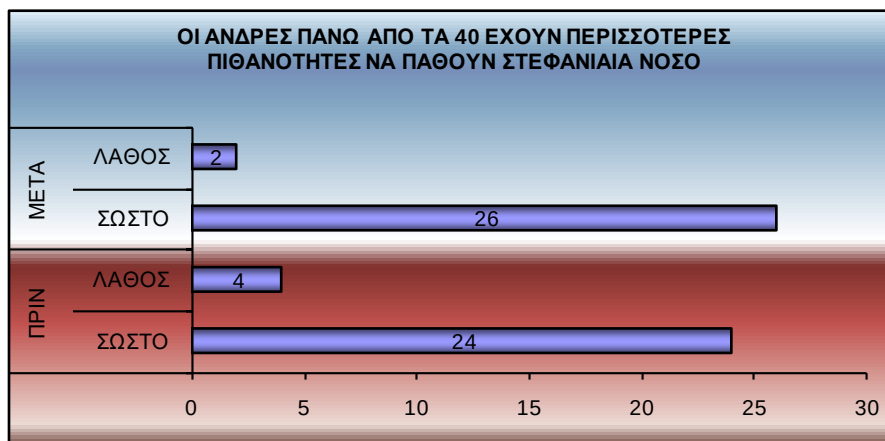
Γράφημα 26: Καταγραφή των απαντήσεων στην πρόταση: «Η παχυσαρκία αποτελεί παράγοντα που μπορεί να οδηγήσει σε αρτηριοσκλήρυνση».

Στο 27^ο γράφημα καταγράφονται οι απαντήσεις των ερωτώμενων στην πρόταση: «Η κληρονομικότητα αποτελεί παράγοντα που μπορεί να οδηγήσει σε αρτηριοσκλήρυνση». Πριν την παρέμβαση 6 ερωτώμενοι απάντησαν «λάθος», 21 απάντησαν «σωστό», ενώ 1 δεν απάντησε. Μετά την παρέμβαση και οι 28 ερωτώμενοι απάντησαν «σωστό».



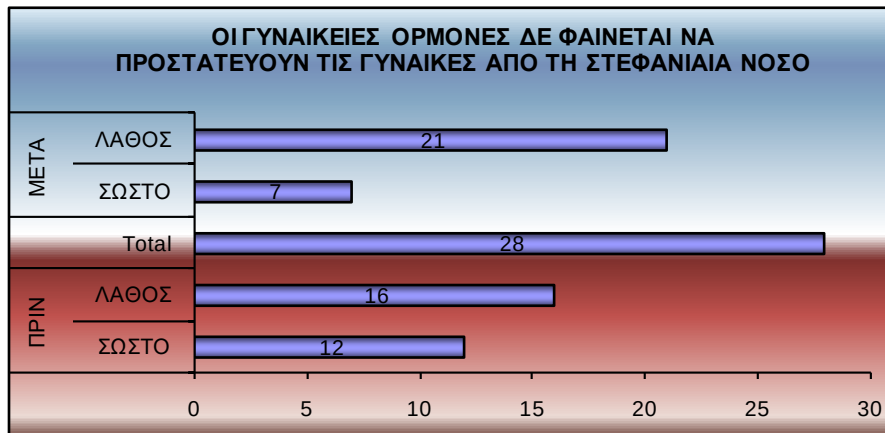
Γράφημα 27: Καταγραφή των απαντήσεων στην πρόταση: «Η κληρονομικότητα αποτελεί παράγοντα που μπορεί να οδηγήσει σε αρτηριοσκλήρυνση».

Στο 28^ο γράφημα καταγράφονται οι απαντήσεις στην πρόταση: «Οι άνδρες πάνω από τα 40 έχουν περισσότερες πιθανότητες να πάθουν στεφανιαία νόσο». Πριν από την παρέμβαση 4 ερωτώμενοι απάντησαν «λάθος» και 24 απάντησαν «σωστό». Μετά την παρέμβαση 2 ερωτώμενοι απάντησαν «λάθος» και 26 απάντησαν «σωστό».



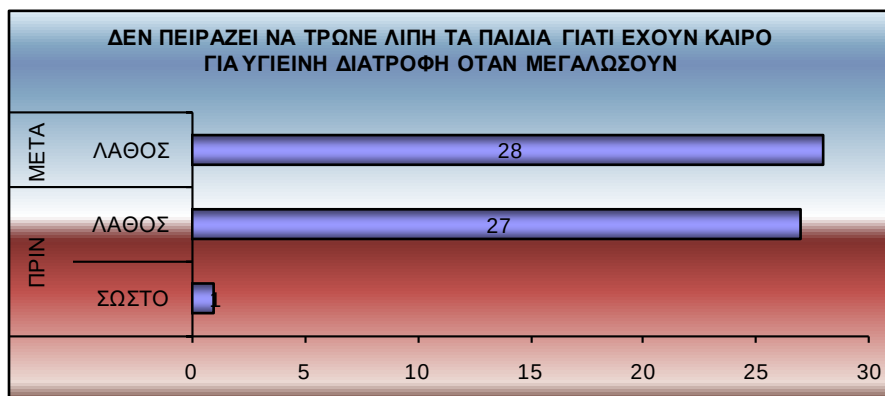
Γράφημα 28: Καταγραφή των απαντήσεων στην πρόταση: «Οι άνδρες πάνω από τα 40 έχουν περισσότερες πιθανότητες να πάθουν στεφανιαία νόσο».

Στο 29^ο γράφημα καταγράφονται οι απαντήσεις των ερωτώμενων στην πρόταση: «Οι γυναικείες ορμόνες δε φαίνεται να προστατεύουν τις γυναίκες από τη στεφανιαία νόσο». Πριν την παρέμβαση 16 ερωτώμενοι απάντησαν «λάθος» και 12 απάντησαν «σωστό». Μετά την παρέμβαση 21 ερωτώμενοι απάντησαν «λάθος» και 7 απάντησαν «σωστό».



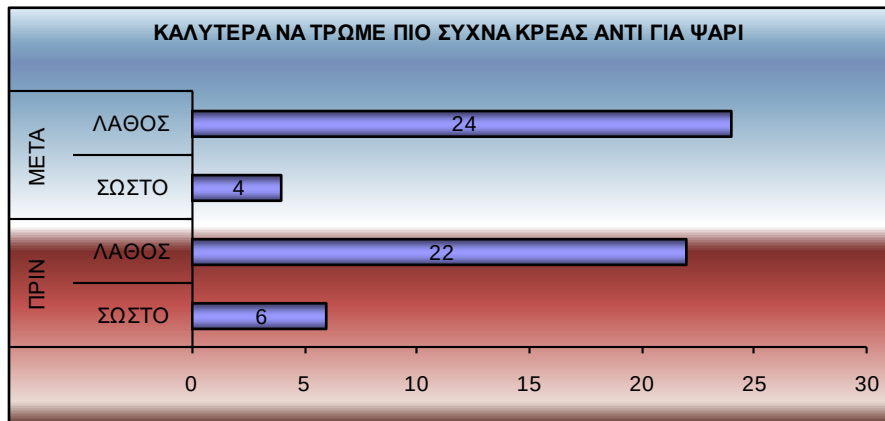
Γράφημα 29: Καταγραφή των απαντήσεων στην πρόταση: «Οι γυναικείες ορμόνες δε φαίνεται να προστατεύουν τις γυναίκες από τη στεφανιαία νόσο».

Στο 30^ο γράφημα καταγράφονται οι απαντήσεις των ερωτώμενων στην πρόταση: «Δεν πειράζει να τρώνε λίπη τα παιδιά γιατί έχουν καιρό για υγιεινή διατροφή όταν μεγαλώσουν». Πριν την παρέμβαση 27 ερωτώμενοι απάντησαν «λάθος» και 1 απάντησε «σωστό». Μετά την παρέμβαση και οι 28 ερωτώμενοι απάντησαν «λάθος».



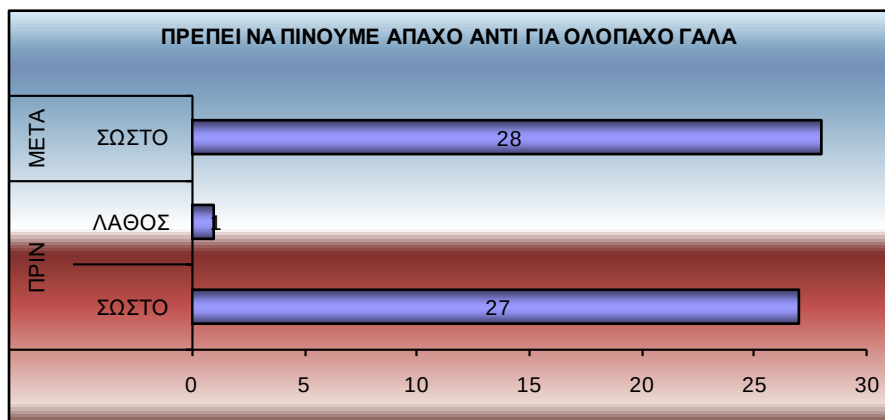
Γράφημα 30: Καταγραφή των απαντήσεων στην πρόταση: «Δεν πειράζει να τρώνε λίπη τα παιδιά γιατί έχουν καιρό για υγιεινή διατροφή όταν μεγαλώσουν».

Στο 31^ο γράφημα καταγράφονται οι απαντήσεις των ερωτώμενων στην πρόταση: «Καλύτερα να τρώμε πιο συχνά κρέας αντί για ψάρι». Πριν την παρέμβαση 22 ερωτώμενοι απάντησαν «λάθος» και 6 απάντησαν «σωστό». Μετά την παρέμβαση 24 απάντησαν «λάθος» και 4 απάντησαν «σωστό».



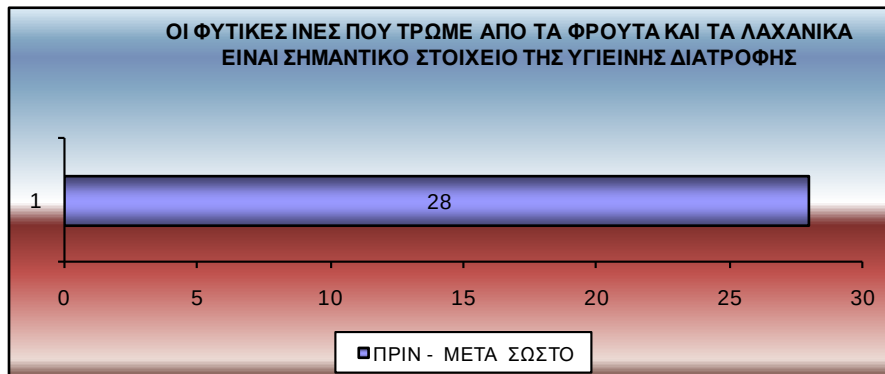
Γράφημα 31: Καταγραφή των απαντήσεων στην πρόταση: «Καλύτερα να τρώμε πιο συχνά κρέας αντί για ψάρι».

Στο 32^ο γράφημα καταγράφονται οι απαντήσεις των ερωτώμενων στην πρόταση: «Πρέπει να πίνουμε άπαχο αντί για ολόπαχο γάλα». Πριν την παρέμβαση 1 ερωτώμενος απάντησε «λάθος» και 27 απάντησαν «σωστό». Μετά την παρέμβαση και οι 28 ερωτώμενοι απάντησαν «σωστό».



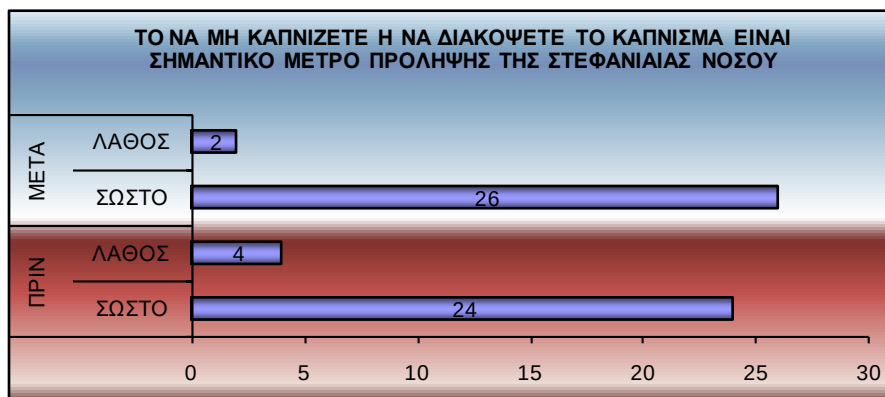
Γράφημα 32: Καταγραφή των απαντήσεων στην πρόταση: «Πρέπει να πίνουμε άπαχο αντί για ολόπαχο γάλα».

Στο 33^ο γράφημα καταγράφονται οι απαντήσεις των ερωτώμενων στην πρόταση: «Οι φυτικές ίνες που τρώμε από τα φρούτα και τα λαχανικά είναι σημαντικό στοιχείο της υγιεινής διατροφής». Πριν και μετά την παρέμβαση και οι 28 ερωτώμενοι απάντησαν «σωστό».



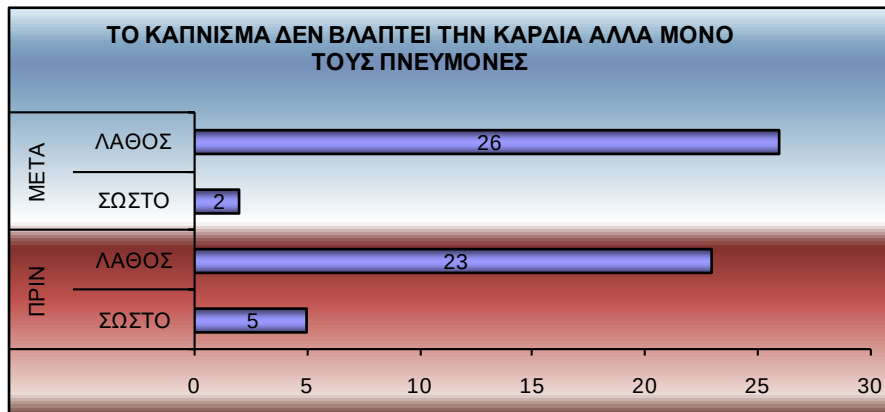
Γράφημα 33: καταγραφή των απαντήσεων στην πρόταση: «Οι φυτικές ίνες που τρώμε από τα φρούτα και τα λαχανικά είναι σημαντικό στοιχείο της υγιεινής διατροφής».

Στο 34^ο γράφημα καταγράφονται οι απαντήσεις των ερωτώμενων στην πρόταση: «Το να μην καπνίζετε ή να διακόψετε το κάπνισμα είναι σημαντικό μέτρο πρόληψης της στεφανιαίας νόσου». Πριν την παρέμβαση 4 ερωτώμενοι απάντησαν «λάθος» και 24 απάντησαν «σωστό». Μετά την παρέμβαση 2 ερωτώμενοι απάντησαν «λάθος» και 26 απάντησαν «σωστό».



Γράφημα 34: Καταγραφή των απαντήσεων στην πρόταση: «Το να μην καπνίζετε ή να διακόψετε το κάπνισμα είναι σημαντικό μέτρο πρόληψης της στεφανιαίας νόσου».

Στο 35^ο γράφημα καταγράφονται οι απαντήσεις στην πρόταση: «Το κάπνισμα δεν βλάπτει την καρδιά αλλά μόνο τους πνεύμονες». Πριν την παρέμβαση 5 ερωτώμενοι απάντησαν «σωστό» και 23 απάντησαν «λάθος». Μετά την παρέμβαση 2 ερωτώμενοι απάντησαν «σωστό» και 26 απάντησαν «λάθος».



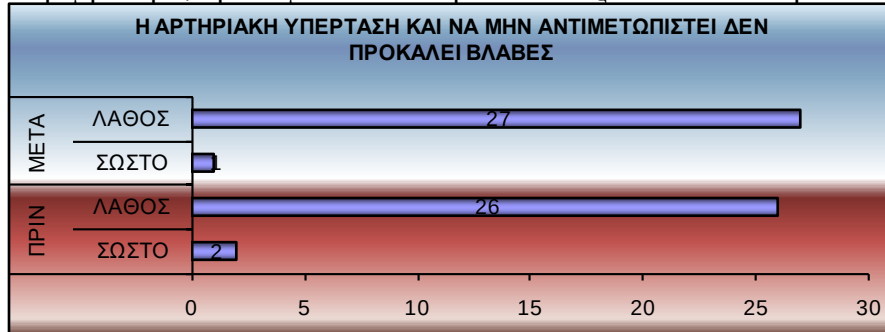
Γράφημα 35: Καταγραφή των απαντήσεων στην πρόταση: «Το κάπνισμα δεν βλάπτει την καρδιά αλλά μόνο τους πνεύμονες».

Στο 36^ο γράφημα καταγράφονται οι απαντήσεις στην πρόταση: «Όταν λέμε ότι κάποιος έχει υπέρταση αυτό σημαίνει πως η πίεσή του είναι πάνω από 14 η μεγάλη και πάνω από 9 η μικρή τον περισσότερο καιρό». Πριν και μετά την παρέμβαση 4 ερωτώμενοι απάντησαν «λάθος» και 24 απάντησαν «σωστό».



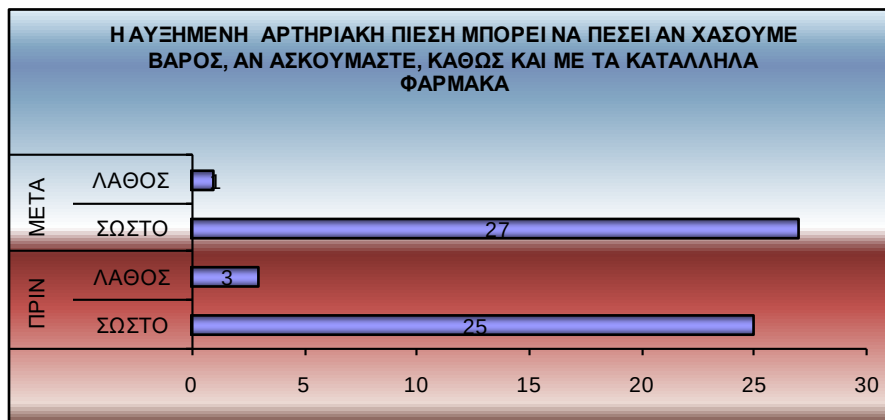
Γράφημα 36: Καταγραφή των απαντήσεων στην πρόταση: «Όταν λέμε ότι κάποιος έχει υπέρταση αυτό σημαίνει πως η πίεσή του είναι πάνω από 14 η μεγάλη και πάνω από 9 η μικρή τον περισσότερο καιρό».

Στο 37^ο γράφημα καταγράφονται οι απαντήσεις των ερωτώμενων στην πρόταση: «Η αρτηριακή υπέρταση και να μην αντιμετωπιστεί δεν προκαλεί βλάβες». Πριν την παρέμβαση 26 ερωτώμενοι απάντησαν «λάθος» και 2 απάντησαν «σωστό». Μετά την παρέμβαση 27 ερωτώμενοι απάντησαν «λάθος» και 1 απάντησε «σωστό».



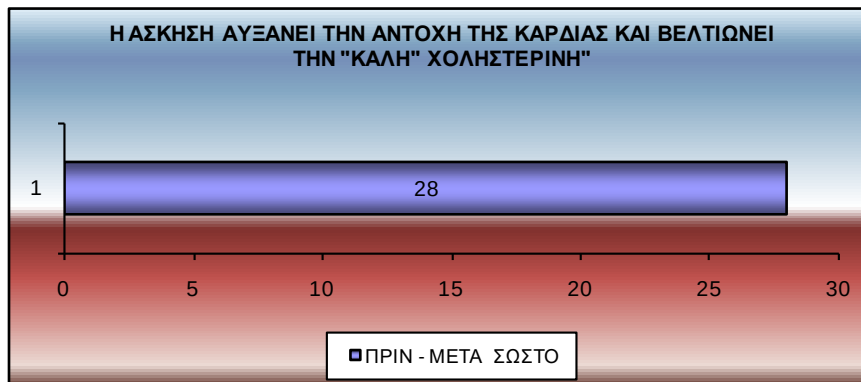
Γράφημα 37: Καταγραφή των απαντήσεων στην πρόταση: «Η αρτηριακή υπέρταση και να μην αντιμετωπιστεί δεν προκαλεί βλάβες».

Στο 38^ο γράφημα καταγράφονται οι απαντήσεις των ερωτώμενων στην πρόταση: «Η αυξημένη αρτηριακή πίεση μπορεί να πέσει αν χάσουμε βάρος, αν ασκούμε, καθώς και με τα κατάλληλα φάρμακα». Πριν την παρέμβαση 3 ερωτώμενοι απάντησαν «λάθος» και 25 απάντησαν «σωστό». Μετά την παρέμβαση 1 ερωτώμενος απάντησε «λάθος» και 27 απάντησαν «σωστό».



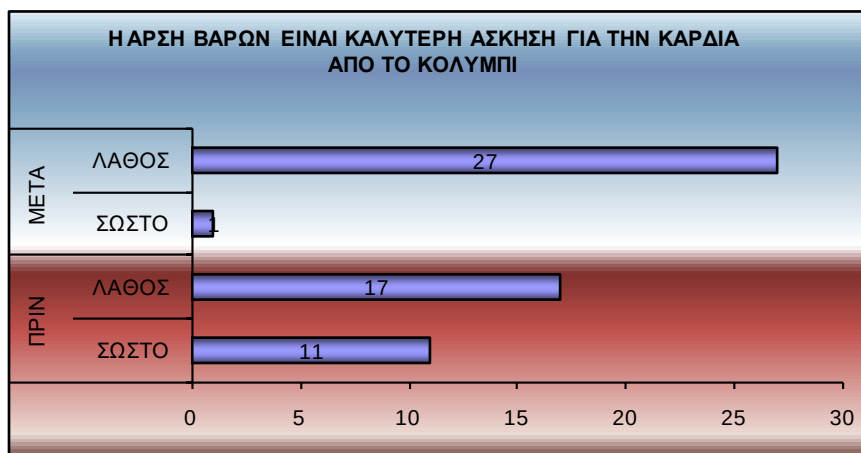
Γράφημα 38: Καταγραφή των απαντήσεων στην πρόταση: «Η αυξημένη αρτηριακή πίεση μπορεί να πέσει αν χάσουμε βάρος, αν ασκούμε, καθώς και με τα κατάλληλα φάρμακα».

Στο 39^ο γράφημα καταγράφονται οι απαντήσεις των ερωτώμενων στην πρόταση: «Η άσκηση αυξάνει την αντοχή της καρδιάς και βελτιώνει την καλή χοληστερίνη». Πριν και μετά την παρέμβαση και οι 28 ερωτώμενοι απάντησαν «σωστό».



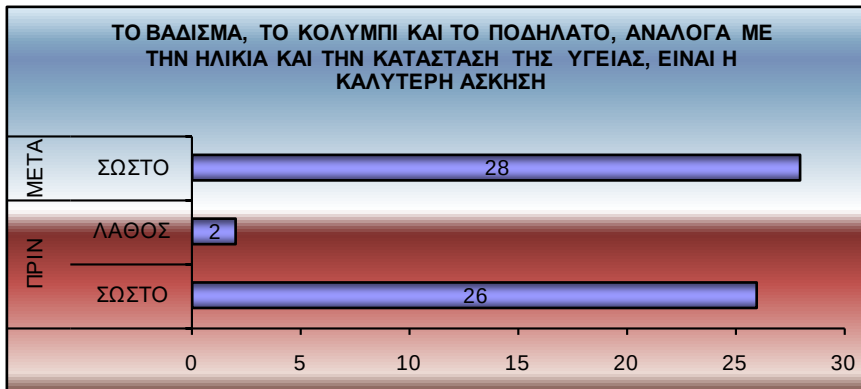
Γράφημα 39: Καταγραφή των απαντήσεων στην πρόταση: «Η άσκηση αυξάνει την αντοχή της καρδιάς και βελτιώνει την καλή χοληστερίνη».

Στο 40^ο γράφημα καταγράφονται οι απαντήσεις των ερωτώμενων στην πρόταση: «Η άρση βαρών είναι καλύτερη άσκηση για την καρδιά από το κολύμπι». Πριν από την παρέμβαση 17 ερωτώμενοι απάντησαν «λάθος» και 11 απάντησαν «σωστό». Μετά την παρέμβαση 27 ερωτώμενοι απάντησαν «λάθος» και 1 απάντησε «σωστό».



Γράφημα 40: Καταγραφή των απαντήσεων στην πρόταση: «Η άρση βαρών είναι καλύτερη άσκηση για την καρδιά από το κολύμπι».

Στο 41ο γράφημα καταγράφονται οι απαντήσεις των ερωτώμενων στην πρόταση: «Το βάδισμα, το κολύμπι και το ποδήλατο, ανάλογα με την ηλικία και την κατάσταση της υγείας, είναι η καλύτερη άσκηση». Πριν την παρέμβαση 2 ερωτώμενοι απάντησαν «λάθος» και 26 απάντησαν «σωστό». Μετά την παρέμβαση και οι 28 ερωτώμενοι απάντησαν «σωστό».



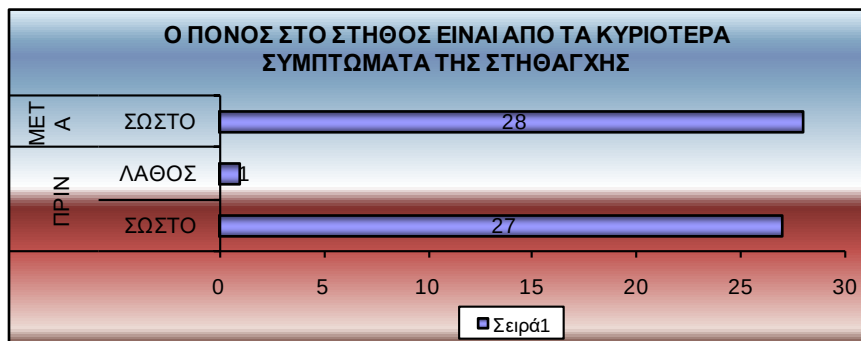
Γράφημα 41: Καταγραφή των απαντήσεων στην πρόταση: «Το βάδισμα, το κολύμπι και το ποδήλατο, ανάλογα με την ηλικία και την κατάσταση της υγείας, είναι η καλύτερη άσκηση».

Στο 42ο γράφημα καταγράφονται οι απαντήσεις των ερωτώμενων στην πρόταση: «Το σφίξιμο στο στήθος είναι από τα κύρια συμπτώματα της στηθάγχης». Πριν την παρέμβαση 7 ερωτώμενοι απάντησαν «λάθος» και 21 απάντησαν «σωστό». Μετά την παρέμβαση 2 ερωτώμενοι απάντησαν «λάθος» και 26 απάντησαν «σωστό».



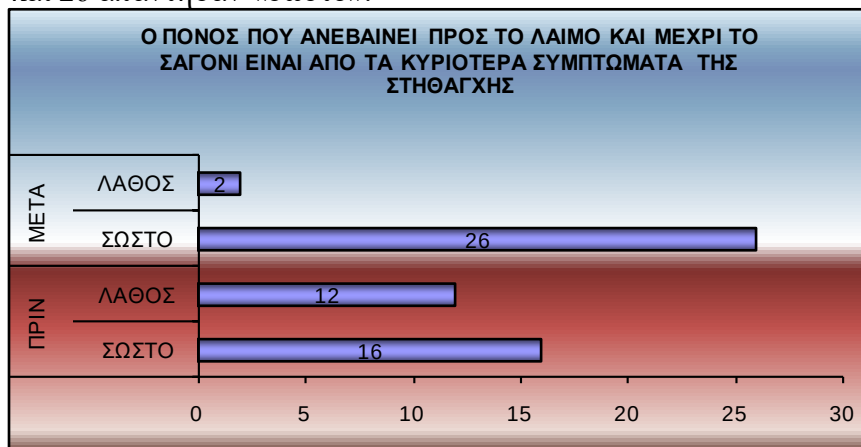
Γράφημα 42: Καταγραφή των απαντήσεων στην πρόταση: «Το σφίξιμο στο στήθος είναι από τα κύρια συμπτώματα της στηθάγχης».

Στο 43^ο γράφημα καταγράφονται οι απαντήσεις των ερωτώμενων στην πρόταση: «Ο πόνος στο στήθος είναι από τα κύρια συμπτώματα της στηθάγχης». Πριν από την παρέμβαση 1 ερωτώμενος απάντησε «λάθος» και 27 απάντησαν «σωστό». Μετά την παρέμβαση και οι 28 ερωτώμενοι απάντησαν «σωστό».



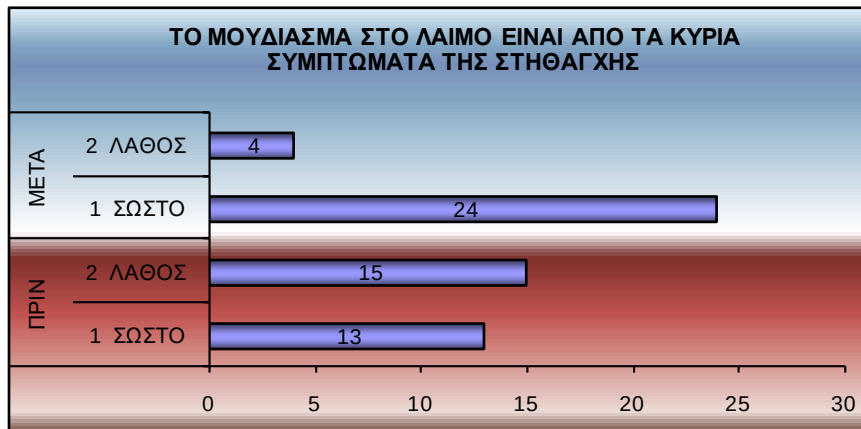
Γράφημα 43: Καταγραφή των απαντήσεων στην πρόταση: «Ο πόνος στο στήθος είναι από τα κύρια συμπτώματα της στηθάγχης».

Στο 44^ο γράφημα καταγράφονται οι απαντήσεις των ερωτώμενων στην πρόταση: «Ο πόνος που ανεβαίνει προς το λαιμό και μέχρι το σαγόνι είναι από τα κυριότερα συμπτώματα της στηθάγχης». Πριν την παρέμβαση 12 ερωτώμενοι απάντησαν «λάθος» και 16 απάντησαν «σωστό». Μετά την παρέμβαση 2 ερωτώμενοι απάντησαν «λάθος» και 26 απάντησαν «σωστό».



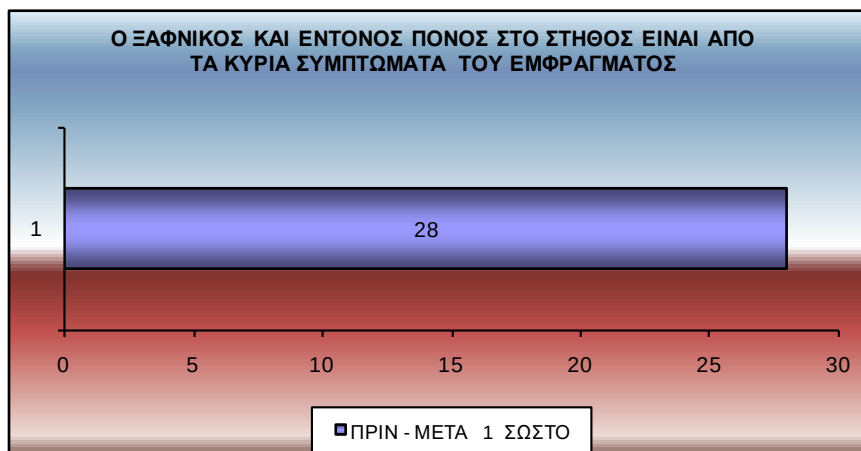
Γράφημα 44: Καταγραφή των απαντήσεων στην πρόταση: «Ο πόνος που ανεβαίνει προς το λαιμό και μέχρι το σαγόνι είναι από τα κυριότερα συμπτώματα της στηθάγχης».

Στο 45^ο γράφημα καταγράφονται οι απαντήσεις των ερωτώμενων στην πρόταση: «Το μούδιασμα στο λαιμό είναι από τα κύρια συμπτώματα της στηθάγχης». Πριν την παρέμβαση 15 ερωτώμενοι απάντησαν «λάθος» και 13 απάντησαν «σωστό». Μετά την παρέμβαση 4 ερωτώμενοι απάντησαν «λάθος» και 24 απάντησαν «σωστό».



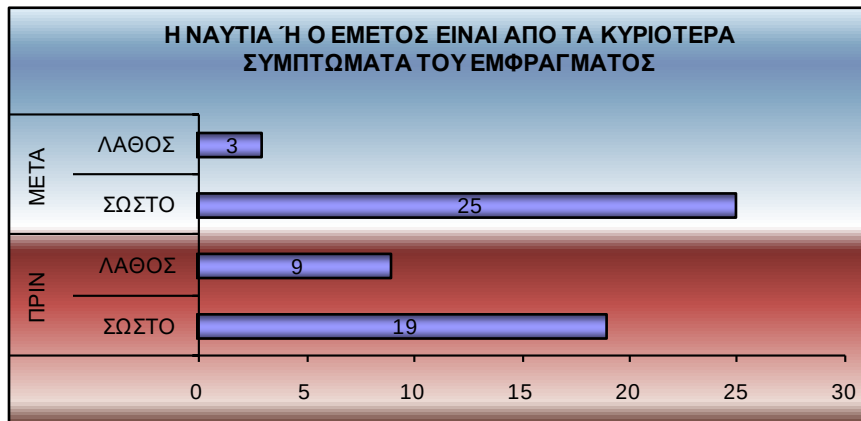
Γράφημα 45: Καταγραφή των απαντήσεων στην πρόταση: «Το μούδιασμα στο λαιμό είναι από τα κύρια συμπτώματα της στηθάγχης».

Στο 46^ο γράφημα καταγράφονται οι απαντήσεις των ερωτώμενων στην πρόταση: «Ο ξαφνικός και έντονος πόνος στο στήθος είναι από τα κύρια συμπτώματα του εμφράγματος». Πριν και μετά την παρέμβαση και οι 28 ερωτώμενοι απάντησαν «σωστό».



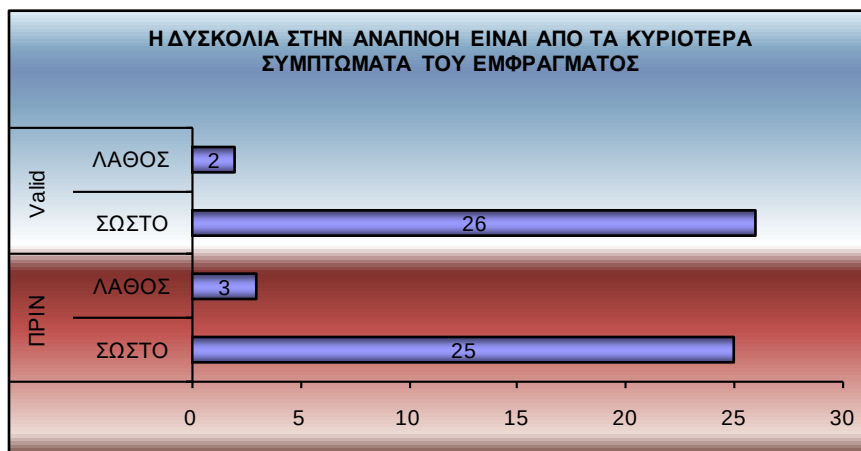
Γράφημα 46: Καταγραφή των απαντήσεων στην πρόταση: «Ο ξαφνικός και έντονος πόνος στο στήθος είναι από τα κύρια συμπτώματα του εμφράγματος».

Στο 47^ο γράφημα καταγράφονται οι απαντήσεις των ερωτώμενων στην πρόταση: «Η ναυτία ή ο έμετος είναι από τα κύρια συμπτώματα του εμφράγματος». Πριν την παρέμβαση 9 ερωτώμενοι απάντησαν «λάθος» και 19 απάντησαν «σωστό». Μετά την παρέμβαση 3 ερωτώμενοι απάντησαν «λάθος» και 25 απάντησαν «σωστό».



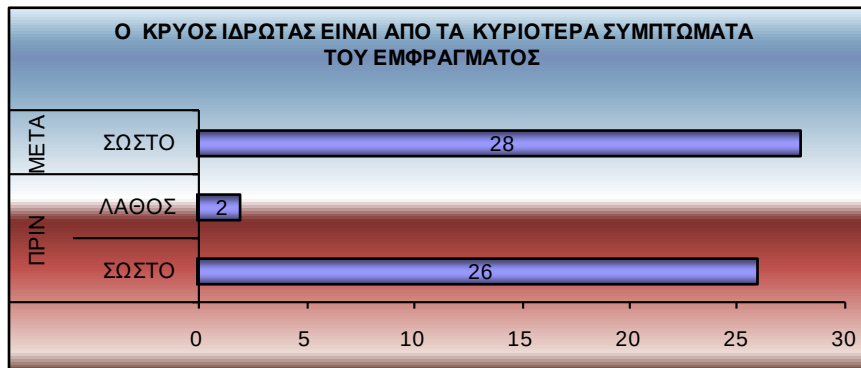
Γράφημα 47: Καταγραφή των απαντήσεων στην πρόταση: «Η ναυτία ή ο εμετός είναι από τα κύρια συμπτώματα του εμφράγματος».

Στο 48^ο γράφημα καταγράφονται οι απαντήσεις των ερωτώμενων στην πρόταση: «Η δυσκολία στην αναπνοή είναι από τα κύρια συμπτώματα του εμφράγματος». Πριν την παρέμβαση 3 ερωτώμενοι απάντησαν «λάθος» και 25 απάντησαν «σωστό». Μετά την παρέμβαση 2 ερωτώμενοι απάντησαν «λάθος» και 26 απάντησαν «σωστό».



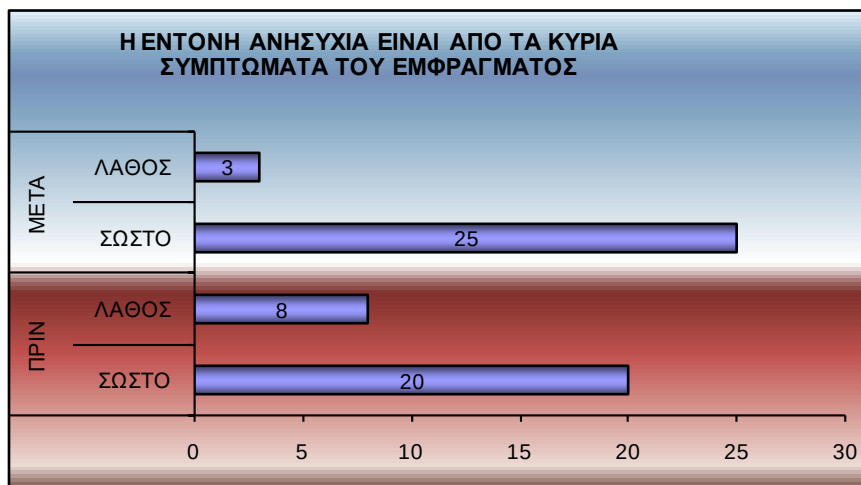
Γράφημα 48: Καταγραφή των απαντήσεων στην πρόταση: «Η δυσκολία στην αναπνοή είναι από τα κύρια συμπτώματα του εμφράγματος».

Στο 49^ο γράφημα καταγράφονται οι απαντήσεις στην πρόταση: «Ο κρύος ιδρώτας είναι από τα κύρια συμπτώματα του εμφράγματος». Πριν την παρέμβαση 2 ερωτώμενοι απάντησαν «λάθος» και 26 απάντησαν «σωστό». Μετά την παρέμβαση και οι 28 ερωτώμενοι απάντησαν «σωστό».



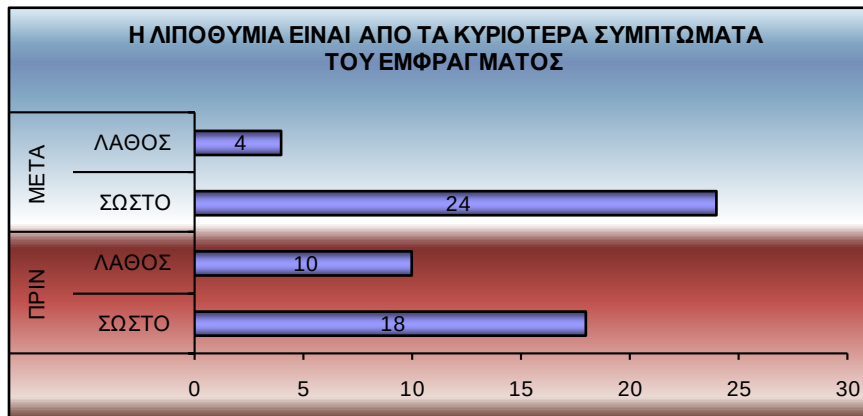
Γράφημα 49: Καταγραφή των απαντήσεων στην πρόταση: «Ο κρύος ιδρώτας είναι από τα κύρια συμπτώματα του εμφράγματος».

Στο 50^ο γράφημα καταγράφονται οι απαντήσεις των ερωτώμενων στην πρόταση: «Η έντονη ανησυχία είναι από τα κύρια συμπτώματα του εμφράγματος». Πριν την παρέμβαση 8 ερωτώμενοι απάντησαν «λάθος» και 20 απάντησαν «σωστό». Μετά την παρέμβαση 3 ερωτώμενοι απάντησαν «λάθος» και 25 απάντησαν «σωστό».



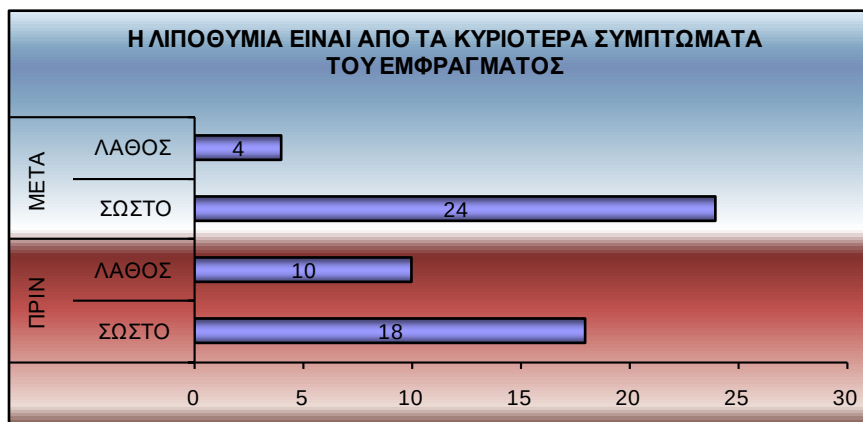
Γράφημα 50: Καταγραφή των απαντήσεων στην πρόταση: «Η έντονη ανησυχία είναι από τα κύρια συμπτώματα του εμφράγματος».

Στο 51^ο γράφημα καταγράφονται οι απαντήσεις των ερωτώμενων στην πρόταση: «Το χλόμιασμα είναι από τα κύρια συμπτώματα του εμφράγματος». Πριν την παρέμβαση 8 ερωτώμενοι απάντησαν «λάθος» και 20 απάντησαν «σωστό». Μετά την παρέμβαση 1 ερωτώμενος απάντησε «λάθος» και 27 απάντησαν «σωστό».



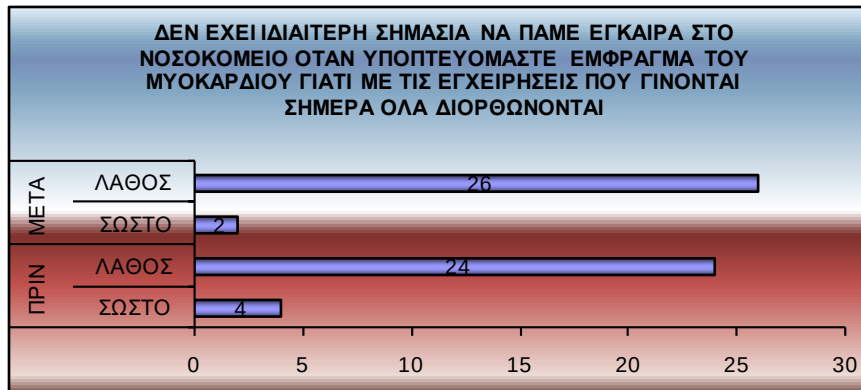
Γράφημα 51: Καταγραφή των απαντήσεων στην πρόταση: «Το χλόμιασμα είναι από τα κύρια συμπτώματα του εμφράγματος».

Στο 52^ο γράφημα καταγράφονται οι απαντήσεις των ερωτώμενων στην πρόταση: «Η λιποθυμία είναι από τα κύρια συμπτώματα του εμφράγματος». Πριν την παρέμβαση 10 ερωτώμενοι απάντησαν «λάθος» και 18 απάντησαν «σωστό». Μετά την παρέμβαση 4 ερωτώμενοι απάντησαν «λάθος» και 24 απάντησαν «σωστό».



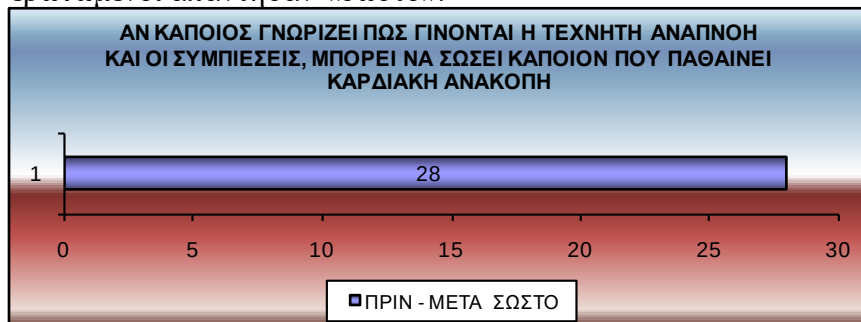
Γράφημα 52: Καταγραφή των απαντήσεων στην πρόταση: «Η λιποθυμία είναι από τα κύρια συμπτώματα του εμφράγματος».

Στο 53^ο γράφημα καταγράφονται οι απαντήσεις των ερωτώμενων στην πρόταση: «Δεν έχει ιδιαίτερη σημασία να πάμε έγκαιρα στο νοσοκομείο όταν υποπτευόμαστε έμφραγμα του μυοκαρδίου γιατί με τις επεμβάσεις που γίνονται σήμερα όλα διορθώνονται». Πριν την παρέμβαση 24 ερωτώμενοι απάντησαν «λάθος» και 4 απάντησαν «σωστό». Μετά την παρέμβαση 26 ερωτώμενοι απάντησαν «λάθος» και 2 απάντησαν «σωστό».



Γράφημα 53: Καταγραφή των απαντήσεων στην πρόταση: «Δεν έχει ιδιαίτερη σημασία να πάμε έγκαιρα στο νοσοκομείο όταν υποπτευόμαστε έμφραγμα του μυοκαρδίου γιατί με τις επεμβάσεις που γίνονται σήμερα όλα διορθώνονται».

Στο 54^ο γράφημα καταγράφονται οι απαντήσεις των ερωτώμενων στην πρόταση: «Αν κάποιος γνωρίζει πως γίνονται η τεχνητή αναπνοή και οι συμπίεσεις, μπορεί να σώσει κάποιον που παθαίνει καρδιακή ανακοπή». Πριν και μετά την παρέμβαση και οι 28 ερωτώμενοι απάντησαν «σωστό».



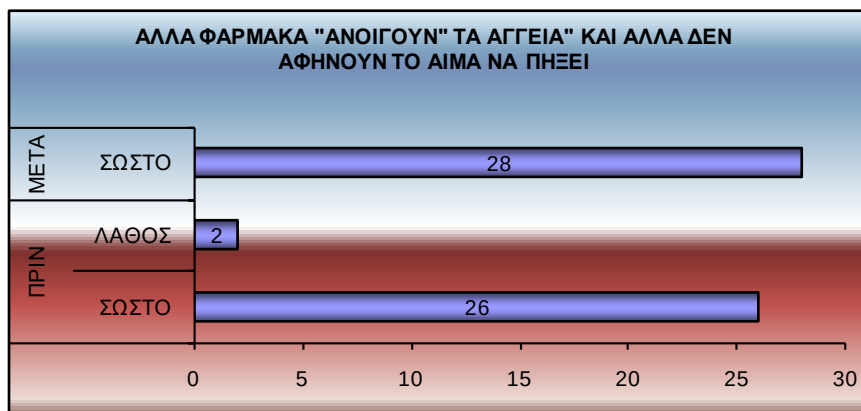
Γράφημα 54: Καταγραφή των απαντήσεων στην πρόταση: «Αν κάποιος γνωρίζει πως γίνονται η τεχνητή αναπνοή και οι συμπίεσεις, μπορεί να σώσει κάποιον που παθαίνει καρδιακή ανακοπή».

Στο 55^ο γράφημα καταγράφονται οι απαντήσεις στην πρόταση: «Ηλεκτροκαρδιογράφημα και τέντ κοπώσεως πρέπει να κάνουμε όλοι προληπτικά». Πριν την παρέμβαση 3 ερωτώμενοι απάντησαν «λάθος» και 25 απάντησαν «σωστό». Μετά την παρέμβαση 25 ερωτώμενοι απάντησαν «λάθος» και 3 απάντησαν «σωστό».



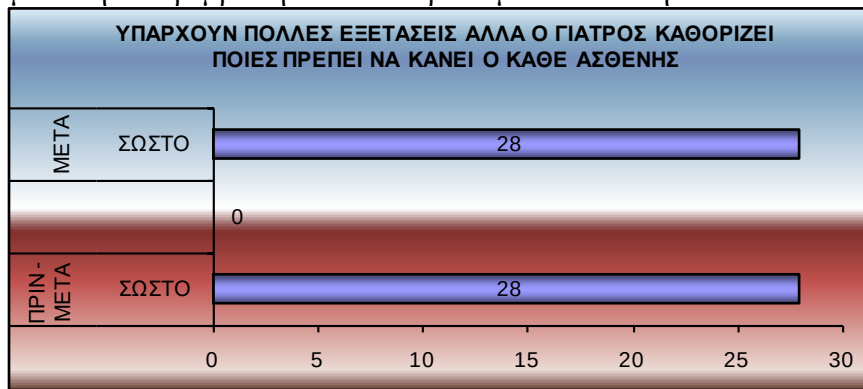
Γράφημα 55: Καταγραφή των απαντήσεων στην πρόταση: «Ηλεκτροκαρδιογράφημα και τέντ κοπώσεως πρέπει να κάνουμε όλοι προληπτικά».

Στο 56^ο γράφημα καταγράφονται οι απαντήσεις στην πρόταση: «Άλλα φάρμακα ανοίγουν τα αγγεία και άλλα δεν αφήνουν το αίμα να πήξει». Πριν την παρέμβαση 2 ερωτώμενοι απάντησαν «λάθος» και 26 απάντησαν «σωστό». Μετά την παρέμβαση και οι 28 ερωτώμενοι απάντησαν «σωστό».



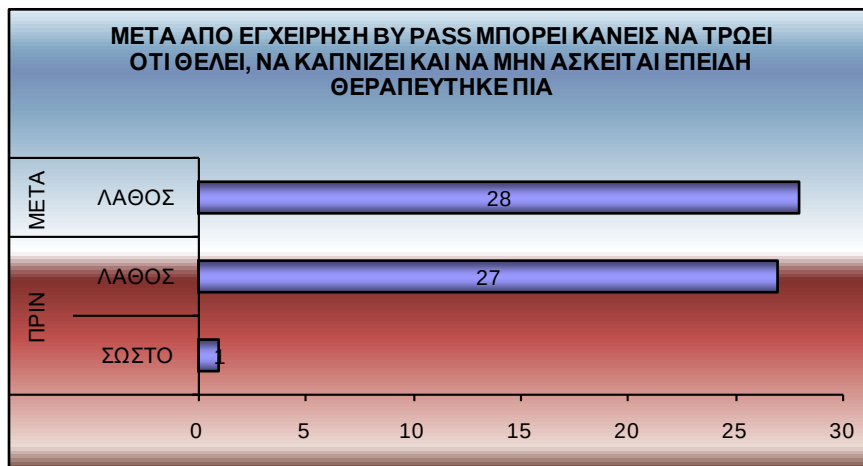
Γράφημα 56: Καταγραφή των απαντήσεων στην πρόταση: «Άλλα φάρμακα ανοίγουν τα αγγεία και άλλα δεν αφήνουν το αίμα να πήξει».

Στο 57^ο γράφημα καταγράφονται οι απαντήσεις στην πρόταση: «Υπάρχουν πολλές εξετάσεις αλλά ο γιατρός καθορίζει ποιες πρέπει να κάνει ο κάθε ασθενής». Πριν και μετά την παρέμβαση και οι 28 ερωτώμενοι απάντησαν «σωστό».



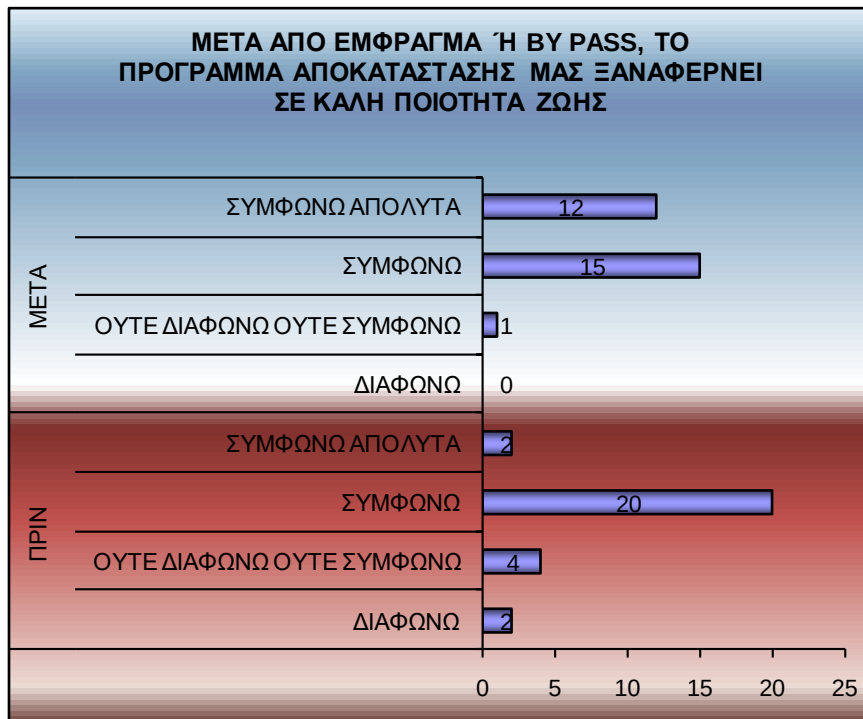
Γράφημα 57: Καταγραφή των απαντήσεων στην πρόταση: «Υπάρχουν πολλές εξετάσεις αλλά ο γιατρός καθορίζει ποιες πρέπει να κάνει ο κάθε ασθενής».

Στο 58^ο γράφημα καταγράφονται οι απαντήσεις στην πρόταση: «Μετά από εγχείρηση By Pass μπορεί κανείς να τρώει ότι θέλει, να καπνίζει και να μην ασκείται επειδή θεραπεύτηκε πια». Πριν την παρέμβαση 27 ερωτώμενοι απάντησαν «λάθος» και 1 απάντησε «σωστό». Μετά την παρέμβαση και οι 28 ερωτώμενοι απάντησαν «λάθος».



Γράφημα 58: Καταγραφή των απαντήσεων στην πρόταση: «Μετά από εγχείρηση By Pass μπορεί κανείς να τρώει ότι θέλει, να καπνίζει και να μην ασκείται επειδή θεραπεύτηκε πια».

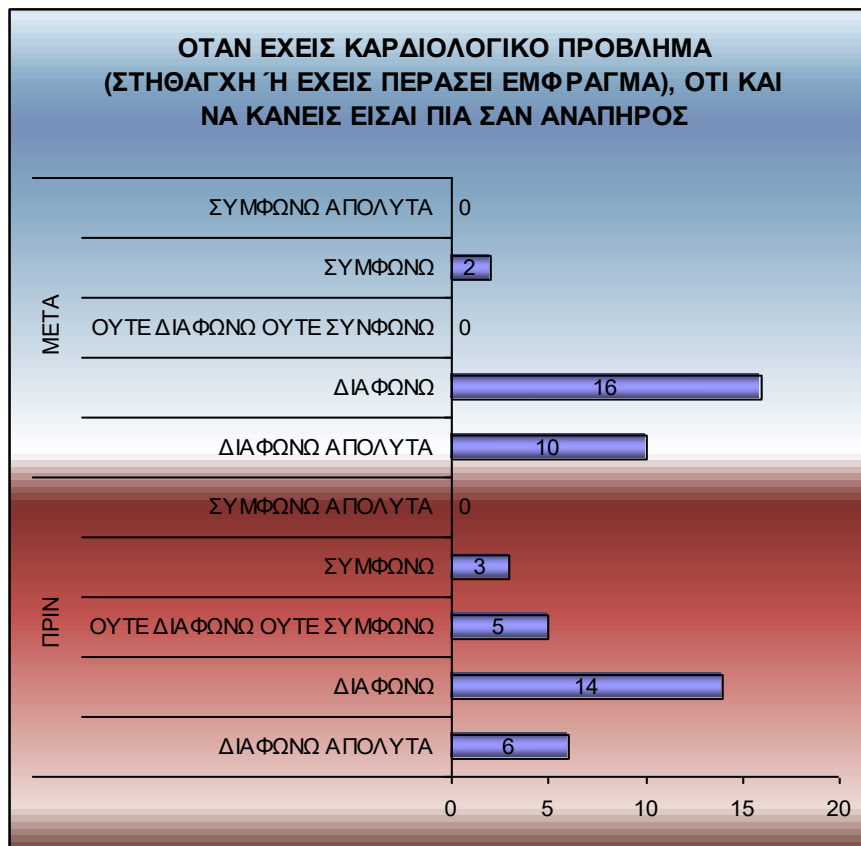
Στο 59^ο γράφημα καταγράφονται οι απαντήσεις στην πρόταση: «Μετά από έμφραγμα ή By Pass, το πρόγραμμα αποκατάστασης μας ξαναφέρνει σε καλή ποιότητα ζωής». Πριν την παρέμβαση 2 ερωτώμενοι απάντησαν «διαφωνώ» ενώ κανείς δεν έδωσε την ίδια απάντηση μετά την παρέμβαση. Πριν την παρέμβαση 4 ερωτώμενοι απάντησαν «ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ», ενώ 1 ερωτώμενος έδωσε την ίδια απάντηση μετά την παρέμβαση. Πριν την παρέμβαση 20 ερωτώμενοι απάντησαν «συμφωνώ», ενώ 15 ερωτώμενοι έδωσαν την ίδια απάντηση μετά την παρέμβαση. Πριν την παρέμβαση 2 ερωτώμενοι απάντησαν «συμφωνώ απόλυτα», ενώ 12 έδωσαν την ίδια απάντηση μετά την παρέμβαση.



Γράφημα 59: Καταγραφή των απαντήσεων στην πρόταση: «Μετά από έμφραγμα ή By Pass, το πρόγραμμα αποκατάστασης μας ξαναφέρνει σε καλή ποιότητα ζωής».

Στο 60^ο γράφημα καταγράφονται οι απαντήσεις των ερωτώμενων στην πρόταση: «Όταν έχεις καρδιολογικό πρόβλημα (στηθάγχη ή έχεις περάσει έμφραγμα), ότι και να κάνεις είσαι σαν ανάπηρος». Πριν την παρέμβαση 6 ερωτώμενοι απάντησαν «διαφωνώ»

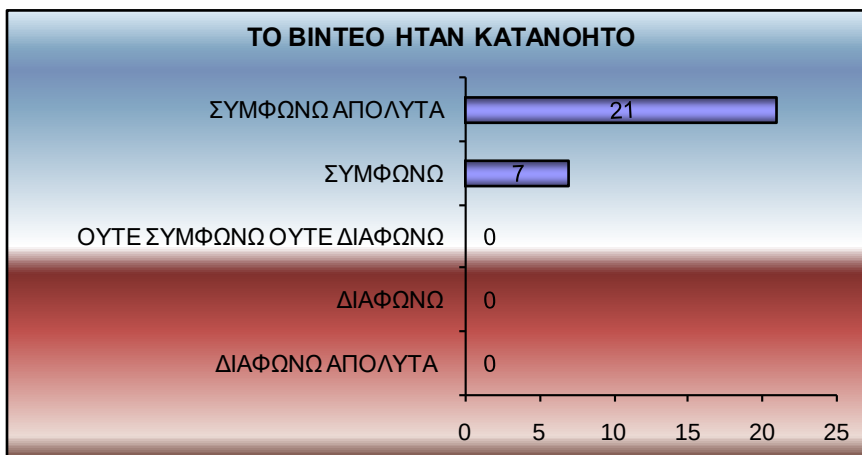
απόλυτα», ενώ 10 έδωσαν την ίδια απάντηση μετά την παρέμβαση. Πριν την παρέμβαση 14 ερωτώμενοι απάντησαν «διαφωνώ», ενώ 16 έδωσαν την ίδια απάντηση μετά την παρέμβαση. Πριν την παρέμβαση 5 ερωτώμενοι απάντησαν «ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ», ενώ κανείς δεν έδωσε την ίδια απάντηση μετά την παρέμβαση. Πριν την παρέμβαση 3 ερωτώμενοι απάντησαν «συμφωνώ», ενώ 2 έδωσαν την ίδια απάντηση μετά την παρέμβαση. Πριν και μετά την παρέμβαση κανείς ερωτώμενος δεν απάντησε «συμφωνώ απόλυτα».



Γράφημα 60: Καταγραφή των απαντήσεων στην πρόταση: «Όταν έχεις καρδιολογικό πρόβλημα (στηθάγχη ή έχεις περάσει έμφραγμα), ότι και να κάνεις είσαι σαν ανάπηρος».

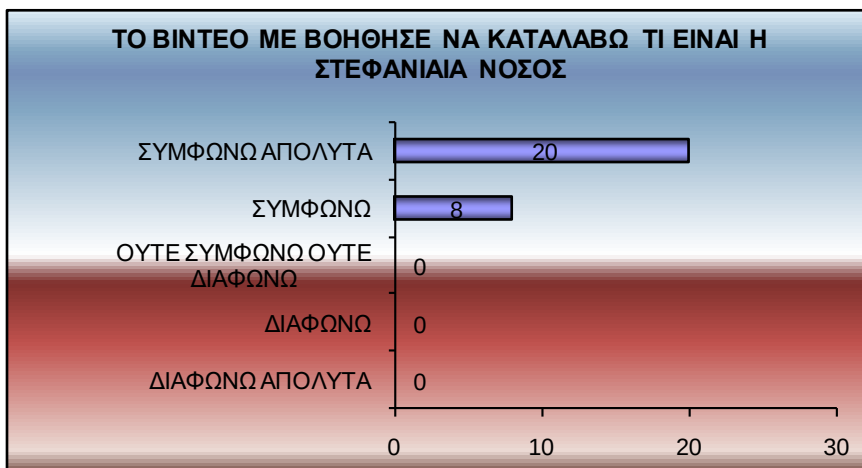
Στο 61 γράφημα καταγράφονται οι απαντήσεις στην πρόταση: «Το βίντεο ήταν κατανοητό». Κανένας ερωτώμενος δεν απάντησε «διαφωνώ απόλυτα», «διαφωνώ»,

«ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ». 7 ερωτώμενοι απάντησαν «συμφωνώ», ενώ 21 ερωτώμενοι απάντησαν «συμφωνώ απόλυτα».



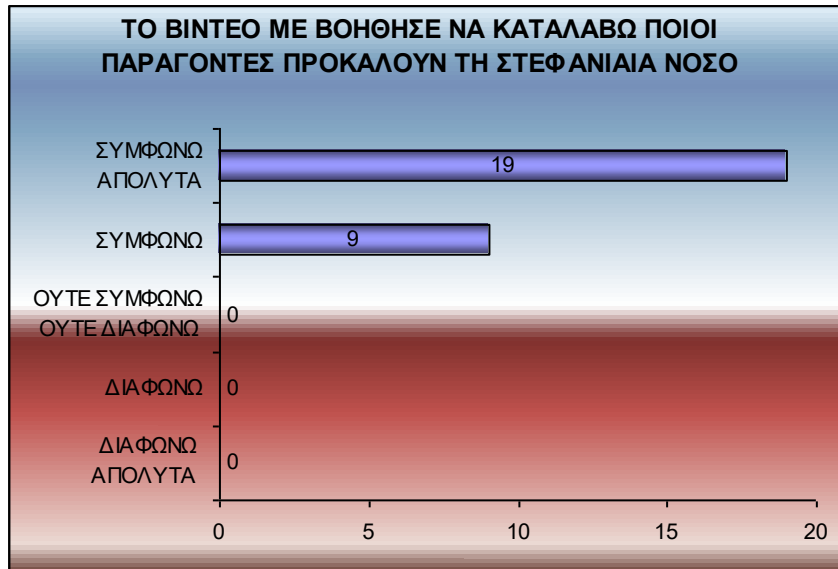
Γράφημα 61: Καταγραφή των απαντήσεων στην πρόταση: «Το βίντεο ήταν κατανοητό».

Στο 62^ο γράφημα καταγράφονται οι απαντήσεις των ερωτώμενων στην πρόταση: «Το βίντεο με βοήθησε να καταλάβω τι είναι η στεφανιαία νόσος». Κανένας ερωτώμενος δεν απάντησε «διαφωνώ απόλυτα», «διαφωνώ», «ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ». 8 ερωτώμενοι απάντησαν «συμφωνώ», ενώ 20 ερωτώμενοι απάντησαν «συμφωνώ απόλυτα».



Γράφημα 62: Καταγραφή των απαντήσεων στην πρόταση: «Το βίντεο με βοήθησε να καταλάβω τι είναι η στεφανιαία νόσος».

Στο 63^ο γράφημα καταγράφονται οι απαντήσεις στην πρόταση: «Το βίντεο με βοήθησε να καταλάβω ποιοι παράγοντες προκαλούν τη στεφανιαία νόσο». Κανένας ερωτώμενος δεν απάντησε «διαφωνώ απόλυτα», «διαφωνώ», «ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ». 9 ερωτώμενοι απάντησαν «συμφωνώ», ενώ 19 ερωτώμενοι απάντησαν «συμφωνώ απόλυτα».



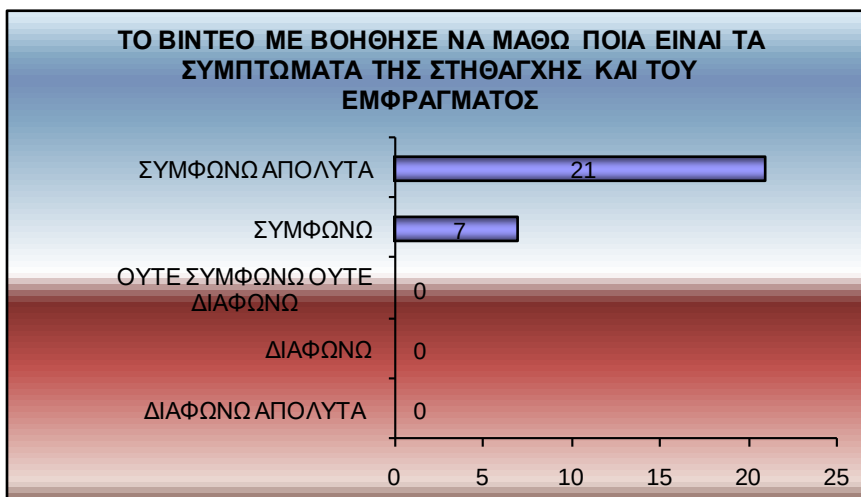
Γράφημα 63: Καταγραφή των απαντήσεων στην πρόταση: «Το βίντεο με βοήθησε να καταλάβω ποιοι παράγοντες προκαλούν τη στεφανιαία νόσο».

Στο 64^ο γράφημα καταγράφονται οι απαντήσεις στην πρόταση: «Το βίντεο με βοήθησε να καταλάβω πως πρέπει να αλλάξουν διάφορες συνήθειες για να αντιμετωπιστεί η νόσος». Κανένας ερωτώμενος δεν απάντησε «διαφωνώ απόλυτα», «διαφωνώ», «ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ». 14 ερωτώμενοι απάντησαν «συμφωνώ», ενώ 14 ερωτώμενοι απάντησαν «συμφωνώ απόλυτα».



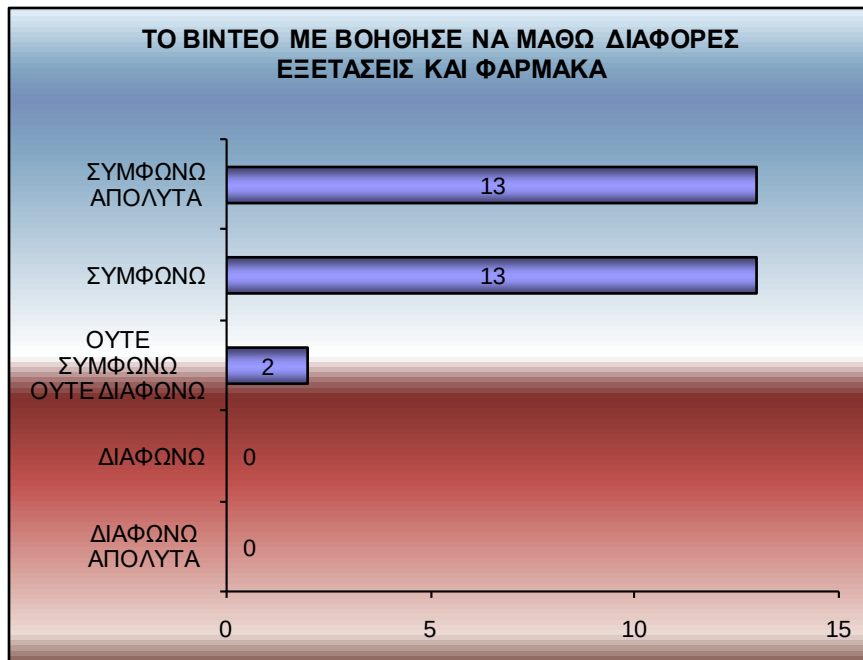
Γράφημα 64: Καταγραφή των απαντήσεων στην πρόταση: «Το βίντεο με βοήθησε να καταλάβω πως πρέπει να αλλάξουν διάφορες συνήθειες για να αντιμετωπιστεί η νόσος».

Στο 65^ο γράφημα καταγράφονται οι απαντήσεις των ερωτώμενων στην πρόταση: «Το βίντεο με βοήθησε να μάθω ποια είναι τα συμπτώματα της στηθάγχης και του εμφράγματος». Κανένας ερωτώμενος δεν απάντησε «διαφωνώ απόλυτα», «διαφωνώ», «ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ». 7 ερωτώμενοι απάντησαν «συμφωνώ», ενώ 21 ερωτώμενοι απάντησαν «συμφωνώ απόλυτα».



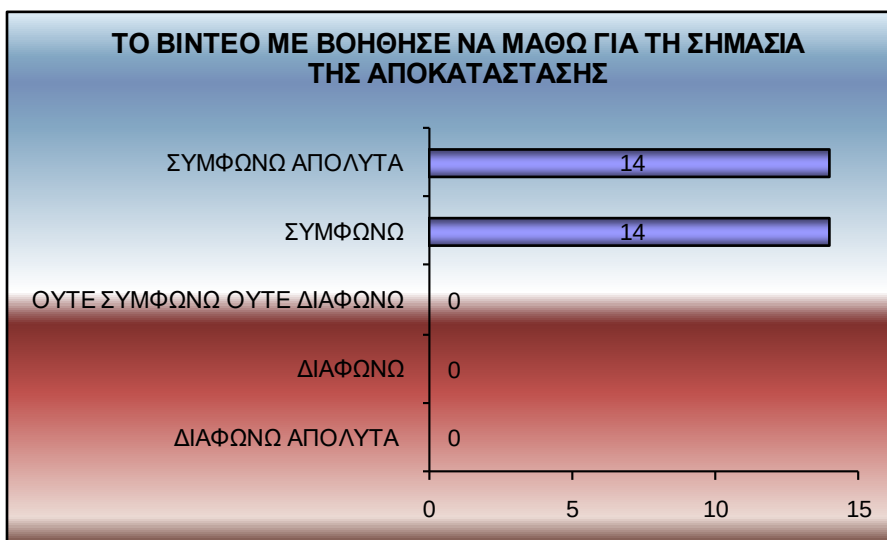
Γράφημα 65: Καταγραφή των απαντήσεων στην πρόταση: «Το βίντεο με βοήθησε να μάθω ποια είναι τα συμπτώματα της στηθάγχης και του εμφράγματος».

Στο 66^ο γράφημα καταγράφονται οι απαντήσεις των ερωτώμενων στην πρόταση: «Το βίντεο με βοήθησε να μάθω διάφορες εξετάσεις και φάρμακα». Κανένας ερωτώμενος δεν απάντησε «διαφωνώ απόλυτα» και «διαφωνώ». 2 ερωτώμενοι απάντησαν «ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ», 13 ερωτώμενοι απάντησαν «συμφωνώ», ενώ 13 ερωτώμενοι απάντησαν «συμφωνώ απόλυτα».



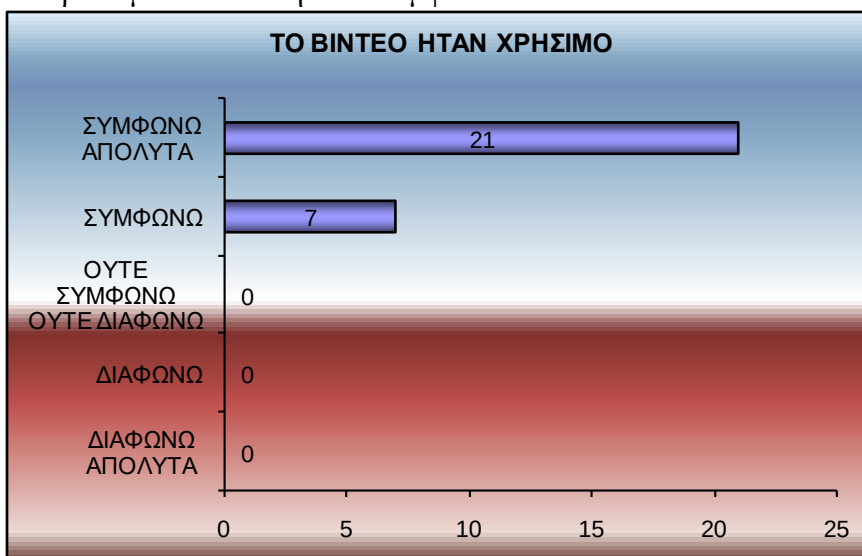
Γράφημα 66: Καταγραφή των απαντήσεων στην πρόταση: «Το βίντεο με βοήθησε να μάθω διάφορες εξετάσεις και φάρμακα».

Στο 67^ο γράφημα καταγράφονται οι απαντήσεις στην πρόταση: «Το βίντεο με βοήθησε να μάθω για τη σημασία της αποκατάστασης». Κανένας ερωτώμενος δεν απάντησε «διαφωνώ απόλυτα», «διαφωνώ», «ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ». 14 ερωτώμενοι απάντησαν «συμφωνώ», ενώ 14 ερωτώμενοι απάντησαν «συμφωνώ απόλυτα».



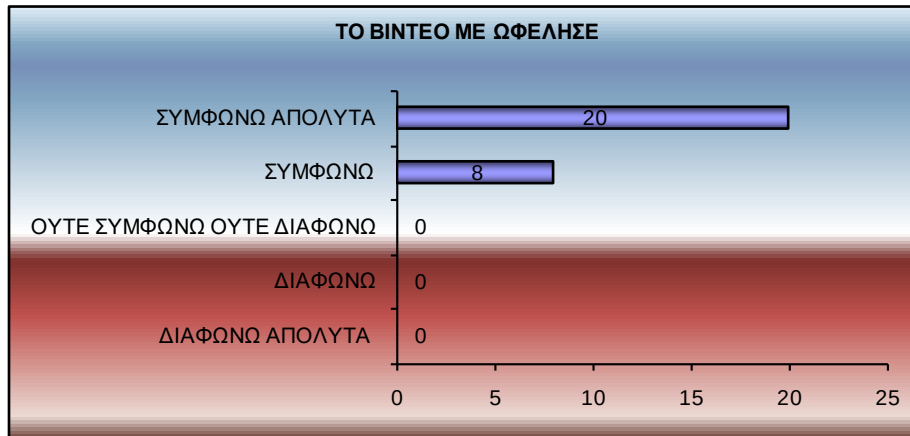
Γράφημα 67: Καταγραφή των απαντήσεων στην πρόταση: «Το βίντεο με βοήθησε να μάθω για τη σημασία της αποκατάστασης».

Στο 68^ο γράφημα καταγράφονται οι απαντήσεις των ερωτώμενων στην πρόταση: «Το βίντεο ήταν χρήσιμο». Κανένας ερωτώμενος δεν απάντησε «διαφωνώ απόλυτα», «διαφωνώ», «ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ». 7 ερωτώμενοι απάντησαν «συμφωνώ», ενώ 21 ερωτώμενοι απάντησαν «συμφωνώ απόλυτα».



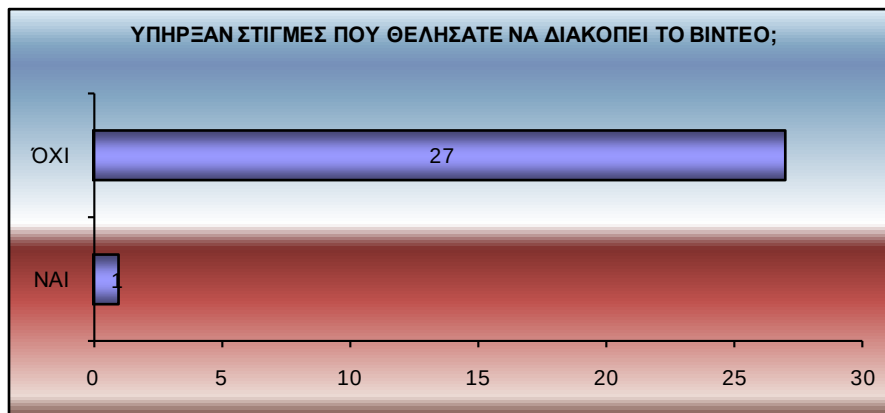
Γράφημα 68: Καταγραφή των απαντήσεων στην πρόταση: «Το βίντεο ήταν χρήσιμο».

Στο 69^ο γράφημα καταγράφονται οι απαντήσεις στην πρόταση: «Το βίντεο με ωφέλησε». Κανένας ερωτώμενος δεν απάντησε «διαφωνώ απόλυτα», «διαφωνώ», «ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ». 8 ερωτώμενοι απάντησαν «συμφωνώ», ενώ 20 ερωτώμενοι απάντησαν «συμφωνώ απόλυτα».



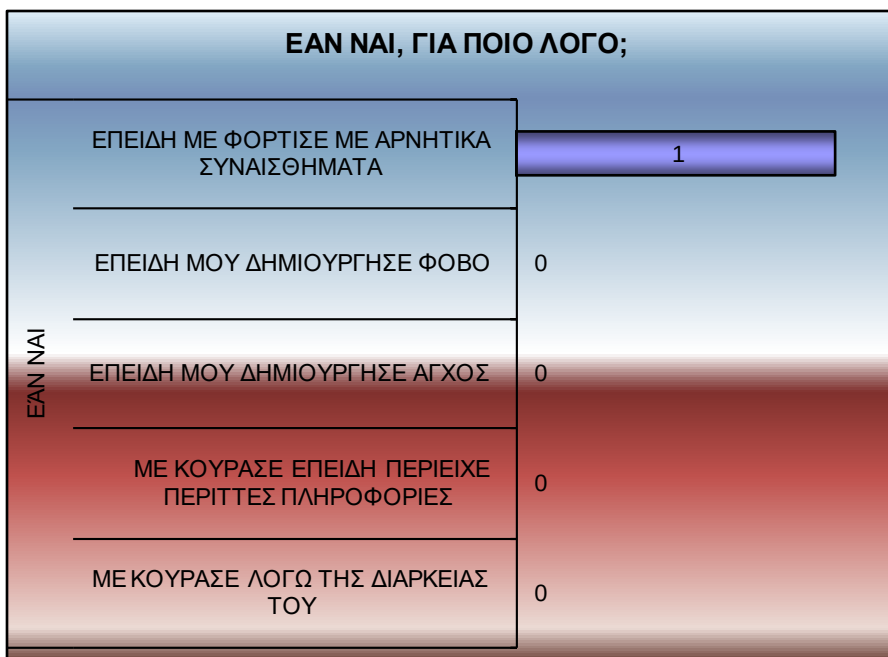
Γράφημα 69: Καταγραφή των απαντήσεων στην πρόταση: «Το βίντεο με ωφέλησε».

Στο 70^ο γράφημα καταγράφονται οι απαντήσεις των ερωτώμενων στην ερώτηση: «Υπήρξαν στιγμές που θελήσατε να διακοπεί το βίντεο;» 1 ερωτώμενος απάντησε «ναι», ενώ 27 απάντησαν «όχι».



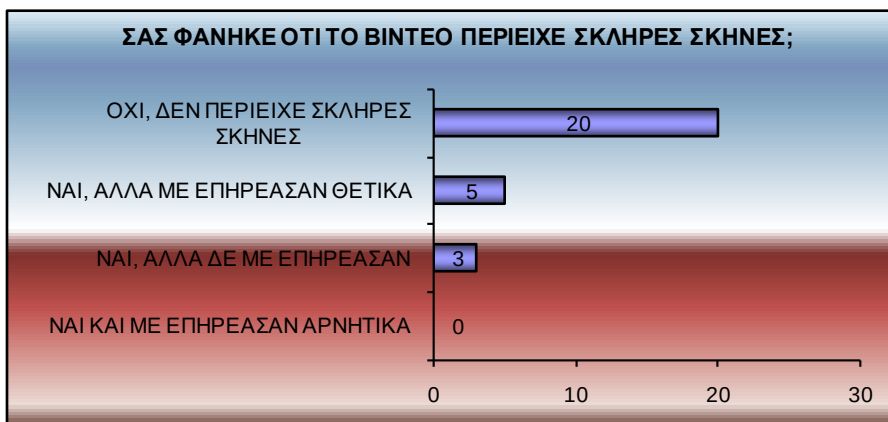
Γράφημα 70: Καταγραφή των απαντήσεων στην ερώτηση: «Υπήρξαν στιγμές που θελήσατε να διακοπεί το βίντεο;».

Στο 71^ο γράφημα καταγράφονται οι απαντήσεις στο ερώτημα: «Εάν ναι, για ποιο λόγο;» Ένας ερωτώμενος απάντησε «επειδή με φόρτισε με αρνητικά συναισθήματα».



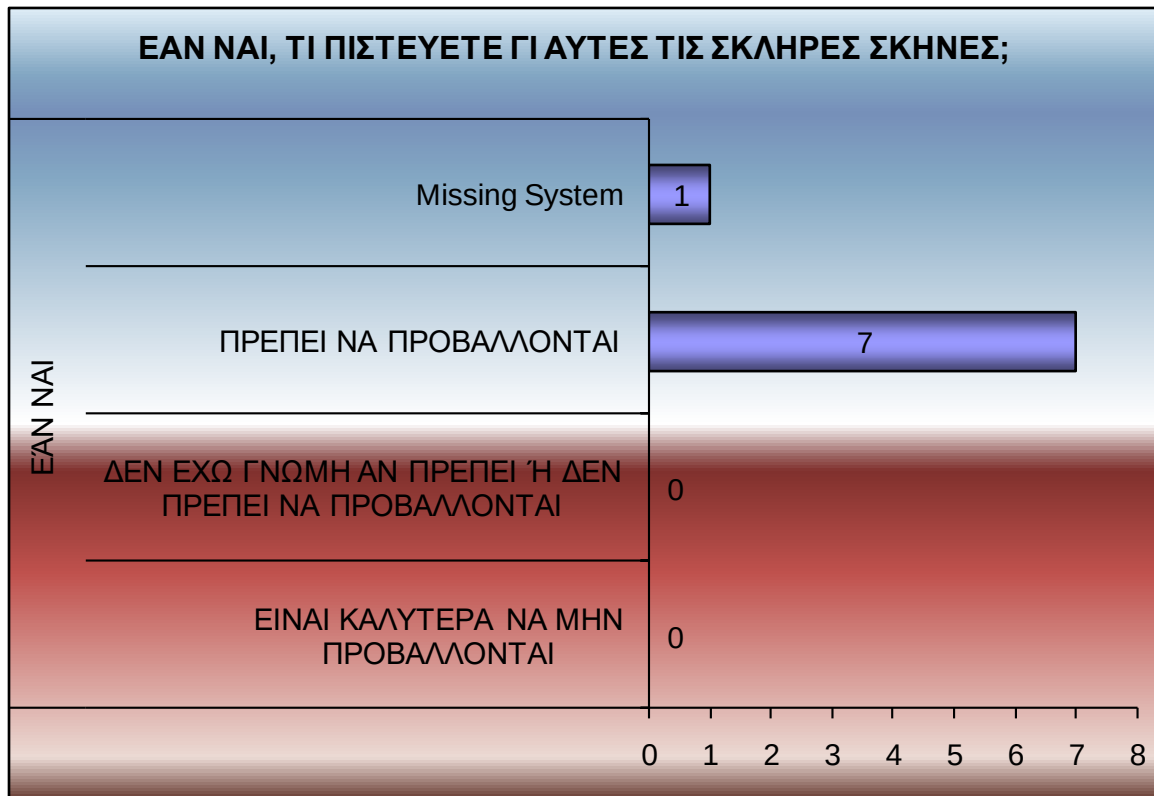
Γράφημα 71: Καταγραφή των απαντήσεων στην ερώτηση: «Εάν ναι, για ποιο λόγο;»

Στο 72^ο γράφημα καταγράφονται οι απαντήσεις των ερωτώμενων στην ερώτηση: «Σας φάνηκε ότι το βίντεο περιείχε σκληρές σκηνές;». Κανένας ερωτώμενος δεν απάντησε «ναι και με επηρέασαν αρνητικά». Τρεις ερωτώμενοι απάντησαν «ναι αλλά δεν με επηρέασαν», πέντε απάντησαν «ναι αλλά με επηρέασαν θετικά», ενώ είκοσι ερωτώμενοι απάντησαν «όχι, δεν περιείχε σκληρές σκηνές».



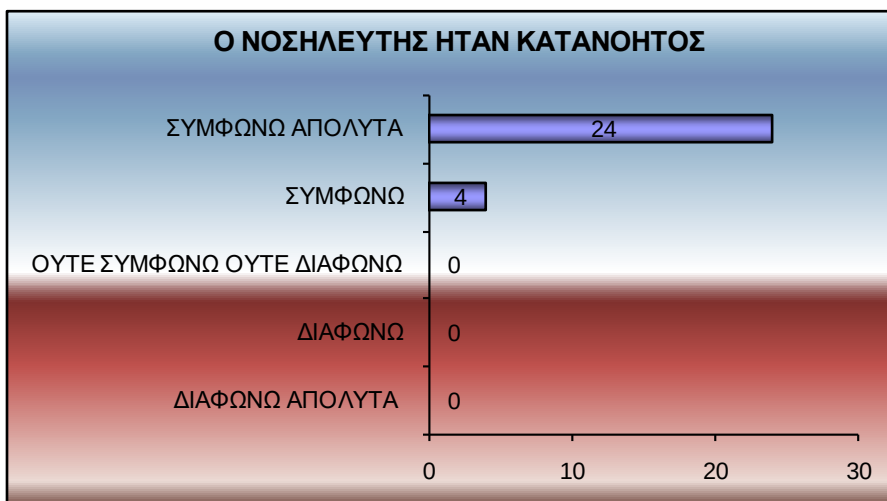
Γράφημα 72: Καταγραφή των απαντήσεων στην ερώτηση: «Σας φάνηκε ότι το βίντεο περιείχε σκληρές σκηνές;».

Στο 73^ο γράφημα καταγράφονται οι απαντήσεις στην ερώτηση: «Εάν ναι, τι πιστεύετε για αυτές τις σκληρές σκηές;». Κανένας εκ των ερωτώμενων δεν απάντησε ότι οι σκληρές σκηές «είναι καλύτερα να μην προβάλλονται» και επίσης κανένας ερωτώμενος δεν απάντησε «δεν έχω γνώμη αν πρέπει ή δεν πρέπει να προβάλλονται». Επτά ερωτώμενοι από εκείνους που απάντησαν ότι περιείχε σκληρές σκηές απάντησαν ότι «πρέπει να προβάλλονται», ενώ 1 δεν απάντησε στην ερώτηση.



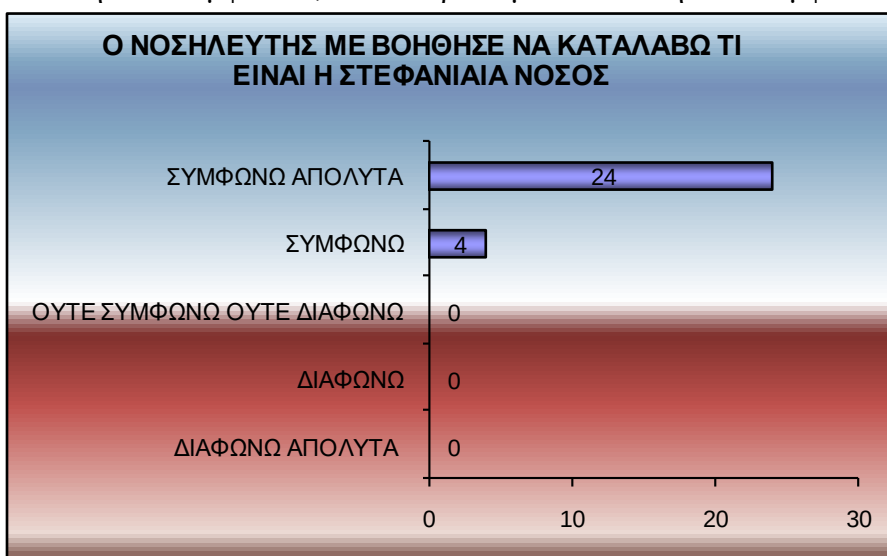
Γράφημα 73: Καταγραφή των απαντήσεων στην ερώτηση: «Εάν ναι, τι πιστεύετε για αυτές τις σκληρές σκηές;».

Στο 74^ο γράφημα καταγράφονται οι απαντήσεις στην πρόταση: «Ο νοσηλευτής ήταν κατανοητός». Κανένας ερωτώμενος δεν απάντησε «διαφωνώ απόλυτα», «διαφωνώ», «ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ». 4 ερωτώμενοι απάντησαν «συμφωνώ», ενώ 24 ερωτώμενοι απάντησαν «συμφωνώ απόλυτα».



Γράφημα 74: Καταγραφή των απαντήσεων στην πρόταση: «Ο νοσηλευτής ήταν κατανοητός».

Στο 75^ο γράφημα καταγράφονται οι απαντήσεις στην πρόταση: «Ο νοσηλευτής με βοήθησε να καταλάβω τι είναι η στεφανιαία νόσος». Κανένας ερωτώμενος δεν απάντησε «διαφωνώ απόλυτα», «διαφωνώ», «ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ». 4 ερωτώμενοι απάντησαν «συμφωνώ», ενώ 24 ερωτώμενοι απάντησαν «συμφωνώ απόλυτα».



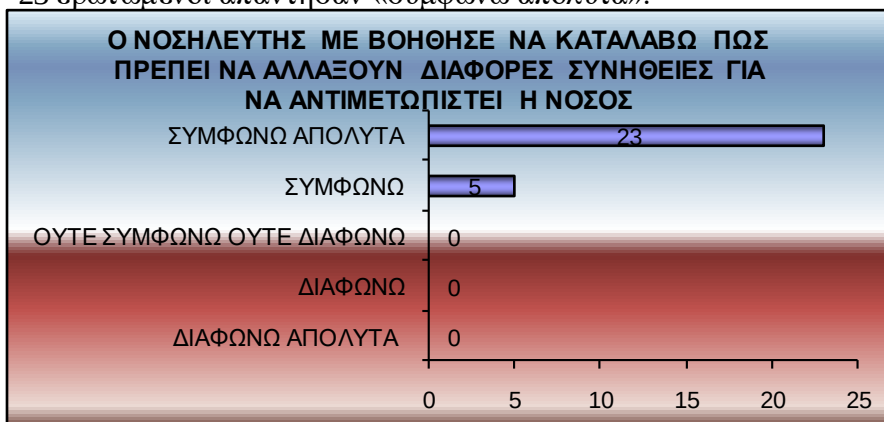
Γράφημα 75: Καταγραφή των απαντήσεων στην πρόταση: «Ο νοσηλευτής με βοήθησε να καταλάβω τι είναι η στεφανιαία νόσος».

Στο 76^ο γράφημα καταγράφονται οι απαντήσεις των ερωτώμενων στην πρόταση: «Ο νοσηλευτής με βοήθησε να καταλάβω ποιοι παράγοντες προκαλούν στεφανιαία νόσο». Κανένας ερωτώμενος δεν απάντησε «διαφωνώ απόλυτα», «διαφωνώ», «ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ». 7 ερωτώμενοι απάντησαν «συμφωνώ», ενώ 21 ερωτώμενοι απάντησαν «συμφωνώ απόλυτα».



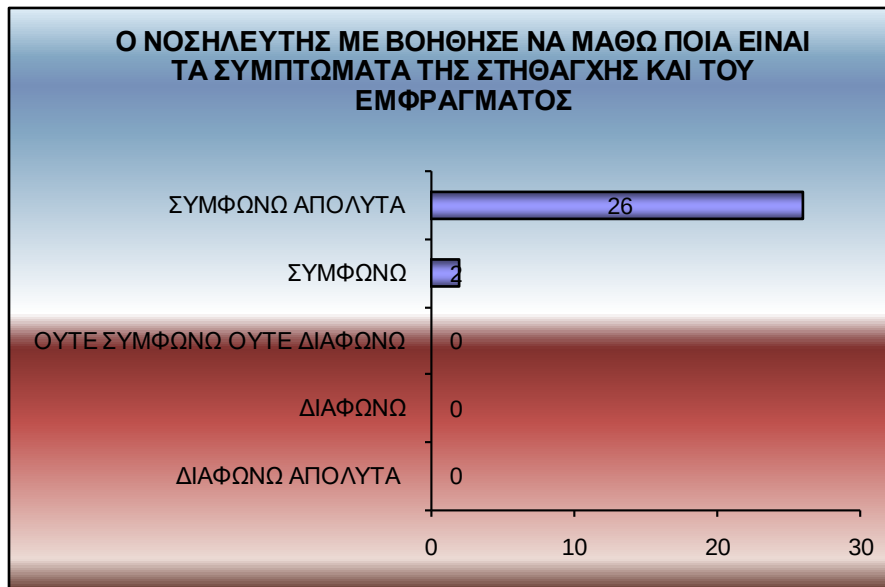
Γράφημα 76: Καταγραφή των απαντήσεων στην πρόταση: «Ο νοσηλευτής με βοήθησε να καταλάβω ποιοι παράγοντες προκαλούν στεφανιαία νόσο».

Στο 77^ο γράφημα καταγράφονται οι απαντήσεις στην πρόταση: «Ο νοσηλευτής με βοήθησε να καταλάβω πως πρέπει να αλλάξουν διάφορες συνήθειες για να αντιμετωπιστεί η νόσος». Κανένας ερωτώμενος δεν απάντησε «διαφωνώ απόλυτα», «διαφωνώ», «ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ». 5 ερωτώμενοι απάντησαν «συμφωνώ», ενώ 23 ερωτώμενοι απάντησαν «συμφωνώ απόλυτα».



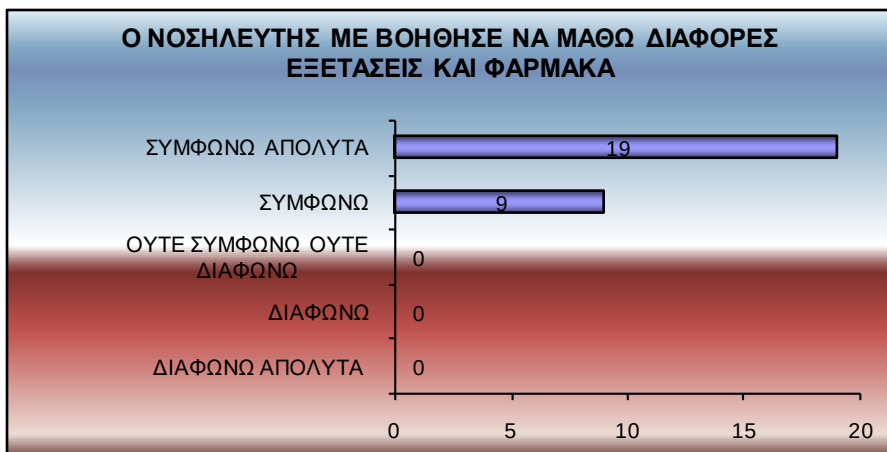
Γράφημα 77: Καταγραφή των απαντήσεων στην πρόταση: «Ο νοσηλευτής με βοήθησε να καταλάβω πως πρέπει να αλλάξουν διάφορες συνήθειες για να αντιμετωπιστεί η νόσος».

Στο 78^ο γράφημα καταγράφονται οι απαντήσεις στην πρόταση: «Ο νοσηλευτής με βοήθησε να μάθω ποια είναι τα συμπτώματα της στηθάγχης και του εμφράγματος». Κανένας ερωτώμενος δεν απάντησε «διαφωνώ απόλυτα», «διαφωνώ», «ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ». 2 ερωτώμενοι απάντησαν «συμφωνώ», ενώ 26 ερωτώμενοι απάντησαν «συμφωνώ απόλυτα».



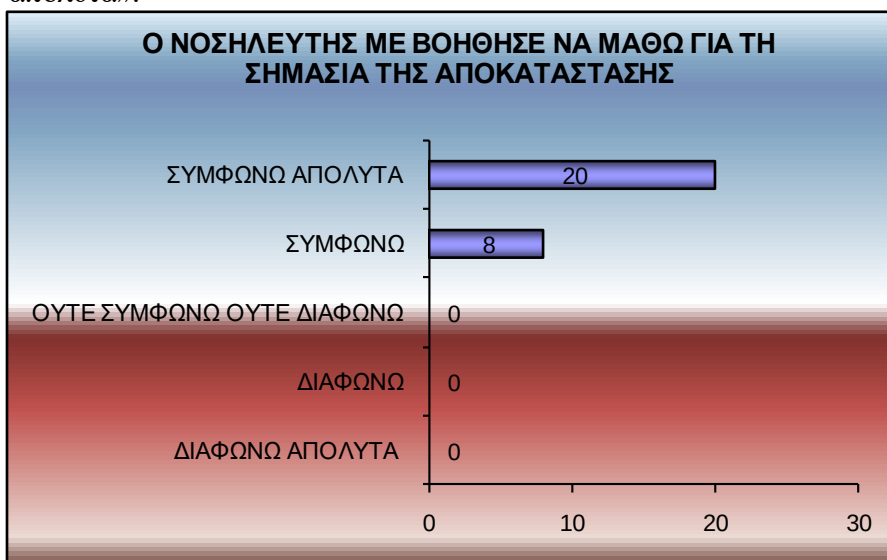
Γράφημα 78: Καταγραφή των απαντήσεων στην πρόταση: «Ο νοσηλευτής με βοήθησε να μάθω ποια είναι τα συμπτώματα της στηθάγχης και του εμφράγματος».

Στο 79^ο γράφημα καταγράφονται οι απαντήσεις στην πρόταση: «Ο νοσηλευτής με βοήθησε να μάθω διάφορες εξετάσεις και φάρμακα». Κανένας ερωτώμενος δεν απάντησε «διαφωνώ απόλυτα», «διαφωνώ», «ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ». 9 ερωτώμενοι απάντησαν «συμφωνώ», ενώ 19 ερωτώμενοι απάντησαν «συμφωνώ απόλυτα».



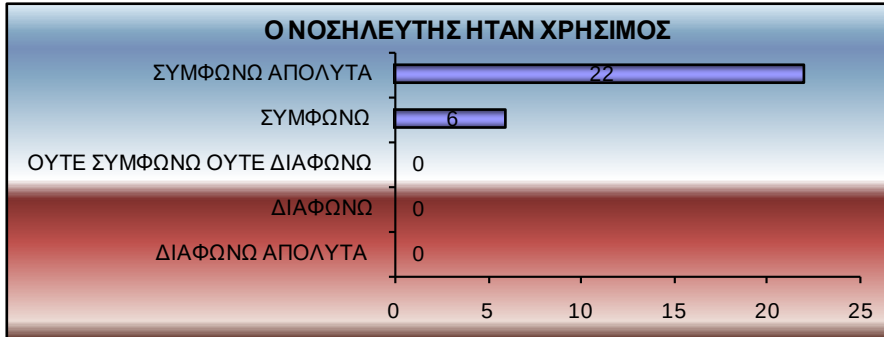
Γράφημα 79: Καταγραφή των απαντήσεων στην πρόταση: «Ο νοσηλευτής με βοήθησε να μάθω διάφορες εξετάσεις και φάρμακα».

Στο 80^ο γράφημα καταγράφονται οι απαντήσεις στην πρόταση: «Ο νοσηλευτής με βοήθησε να μάθω για τη σημασία της αποκατάστασης». Κανένας ερωτώμενος δεν απάντησε «διαφωνώ απόλυτα», «διαφωνώ», «ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ». 8 ερωτώμενοι απάντησαν «συμφωνώ», ενώ 20 ερωτώμενοι απάντησαν «συμφωνώ απόλυτα».



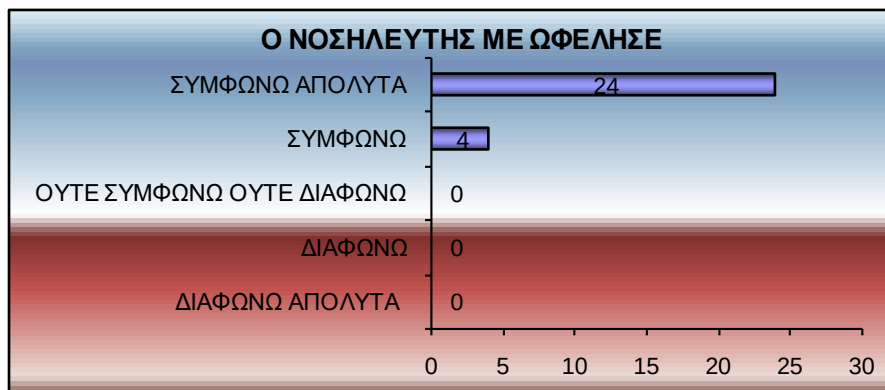
Γράφημα 80: Καταγραφή των απαντήσεων στην πρόταση: «Ο νοσηλευτής με βοήθησε να μάθω για τη σημασία της αποκατάστασης».

Στο 81^ο γράφημα καταγράφονται οι απαντήσεις στην πρόταση: «Ο νοσηλευτής ήταν χρήσιμος». Κανένας ερωτώμενος δεν απάντησε «διαφωνώ απόλυτα», «διαφωνώ», «ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ». 6 ερωτώμενοι απάντησαν «συμφωνώ», ενώ 22 ερωτώμενοι απάντησαν «συμφωνώ απόλυτα».



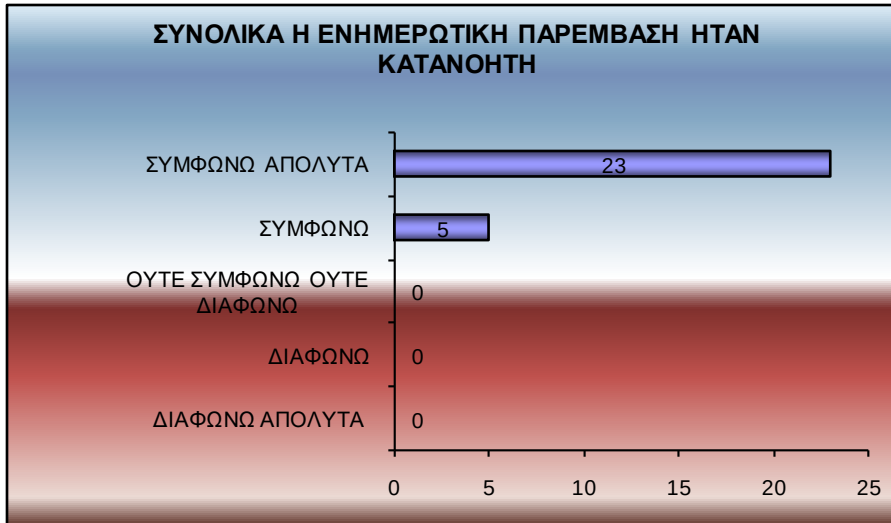
Γράφημα 81: Καταγραφή των απαντήσεων στην πρόταση: «Ο νοσηλευτής ήταν χρήσιμος».

Στο 82^ο γράφημα καταγράφονται οι απαντήσεις στην πρόταση: «Ο νοσηλευτής με ωφέλησε». Κανένας ερωτώμενος δεν απάντησε «διαφωνώ απόλυτα», «διαφωνώ», «ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ». 4 ερωτώμενοι απάντησαν «συμφωνώ», ενώ 24 ερωτώμενοι απάντησαν «συμφωνώ απόλυτα».



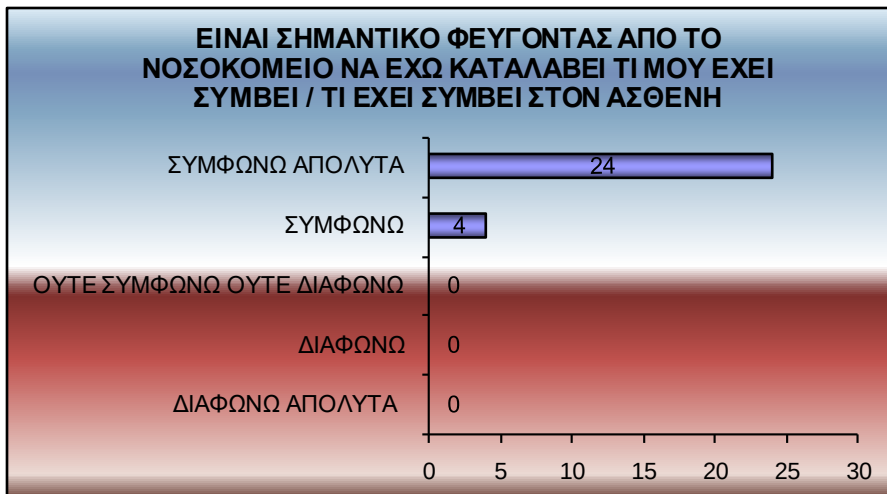
Γράφημα 82: Καταγραφή των απαντήσεων στην πρόταση: «Ο νοσηλευτής με ωφέλησε».

Στο 83^ο γράφημα καταγράφονται οι απαντήσεις των ερωτώμενων στην πρόταση: «Συνολικά η ενημερωτική παρέμβαση ήταν κατανοητή». Κανένας ερωτώμενος δεν απάντησε «διαφωνώ απόλυτα», «διαφωνώ», «ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ». 5 ερωτώμενοι απάντησαν «συμφωνώ», ενώ 23 ερωτώμενοι απάντησαν «συμφωνώ απόλυτα».



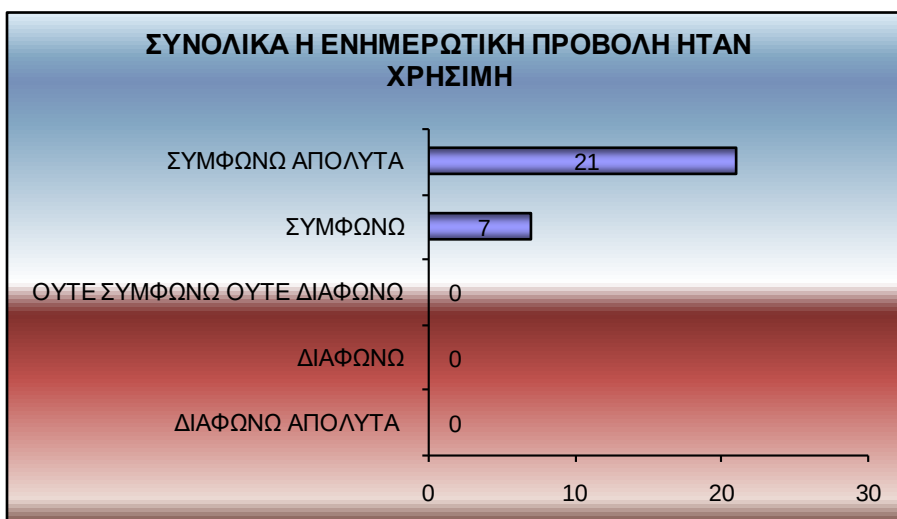
Γράφημα 83: Καταγραφή των απαντήσεων στην πρόταση: «Συνολικά η ενημερωτική παρέμβαση ήταν κατανοητή».

Στο 84^ο γράφημα καταγράφονται οι απαντήσεις στην πρόταση: «Είναι σημαντικό φεύγοντας από το νοσοκομείο να έχω καταλάβει τι μου έχει συμβεί /τι έχει συμβεί στον ασθενή». Κανένας ερωτώμενος δεν απάντησε «διαφωνώ απόλυτα», «διαφωνώ», «ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ». 4 ερωτώμενοι απάντησαν «συμφωνώ», ενώ 24 ερωτώμενοι απάντησαν «συμφωνώ απόλυτα».



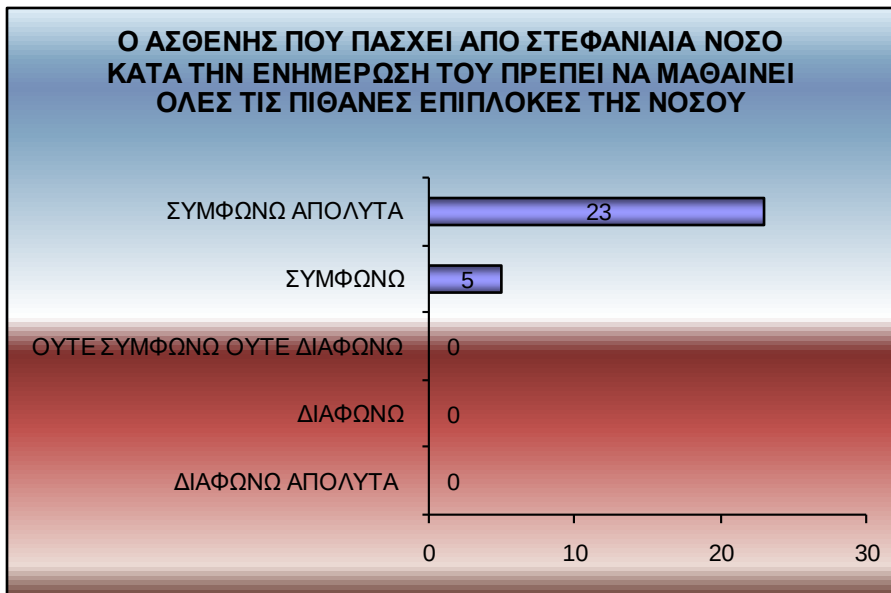
Γράφημα 84: Καταγραφή των απαντήσεων στην πρόταση: «Είναι σημαντικό φεύγοντας από το νοσοκομείο να έχω καταλάβει τι μου έχει συμβεί /τι έχει συμβεί στον ασθενή».

Στο 85^ο γράφημα καταγράφονται οι απαντήσεις των ερωτώμενων στην πρόταση: «Συνολικά η ενημερωτική προβολή ήταν χρήσιμη». Κανένας ερωτώμενος δεν απάντησε «διαφωνώ απόλυτα», «διαφωνώ», «ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ». 7 ερωτώμενοι απάντησαν «συμφωνώ», ενώ 21 ερωτώμενοι απάντησαν «συμφωνώ απόλυτα».



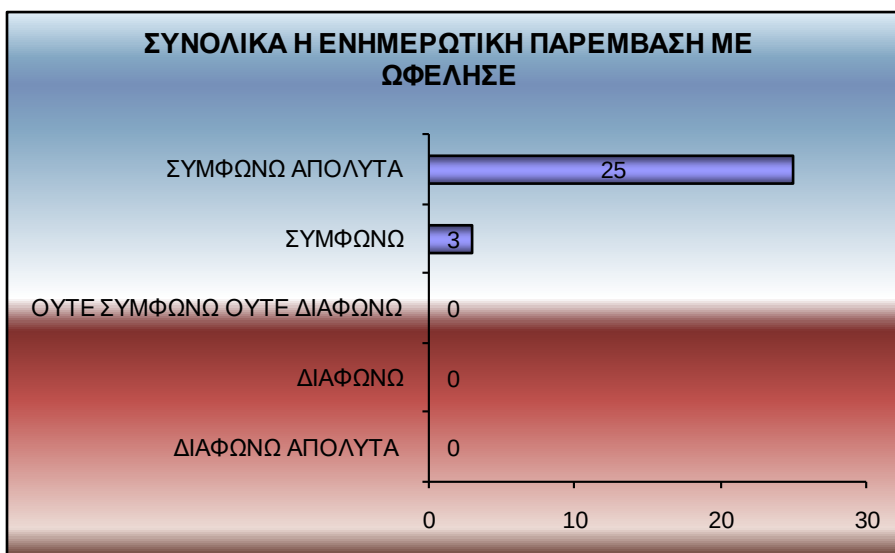
Γράφημα 85: Καταγραφή των απαντήσεων στην πρόταση: «Συνολικά η ενημερωτική προβολή ήταν χρήσιμη».

Στο 86^ο γράφημα καταγράφονται οι απαντήσεις στην πρόταση: «Ο ασθενής που πάσχει από στεφανιαία νόσο κατά την ενημέρωσή του, πρέπει να μαθαίνει όλες τις πιθανές επιπλοκές της νόσου». Κανένας ερωτώμενος δεν απάντησε «διαφωνώ απόλυτα», «διαφωνώ», «ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ». 5 ερωτώμενοι απάντησαν «συμφωνώ», ενώ 23 ερωτώμενοι απάντησαν «συμφωνώ απόλυτα».



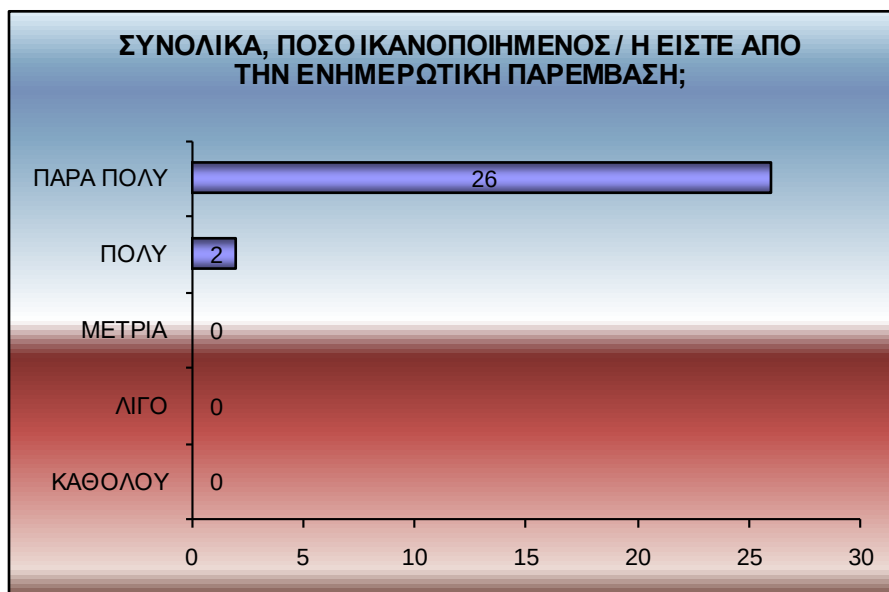
Γράφημα 86: Καταγραφή των απαντήσεων στην πρόταση: «Ο ασθενής που πάσχει από στεφανιαία νόσο κατά την ενημέρωσή του, πρέπει να μαθαίνει όλες τις πιθανές επιπλοκές της νόσου».

Στο 87^ο γράφημα καταγράφονται οι απαντήσεις στην πρόταση: «Συνολικά η ενημερωτική παρέμβαση με ωφέλησε». Κανένας ερωτώμενος δεν απάντησε «διαφωνώ απόλυτα», «διαφωνώ», «ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ». 3 ερωτώμενοι απάντησαν «συμφωνώ», ενώ 25 ερωτώμενοι απάντησαν «συμφωνώ απόλυτα».



Γράφημα 87: Καταγραφή των απαντήσεων στην πρόταση: «Συνολικά η ενημερωτική παρέμβαση με ωφέλησε».

Στο 88^ο γράφημα καταγράφονται οι απαντήσεις των ερωτώμενων στην ερώτηση: «Συνολικά, πόσο ικανοποιημένος / η είστε από την ενημερωτική παρέμβαση;» Κανένας ερωτώμενος δεν απάντησε «καθόλου», «λίγο», «μέτρια». 2 ερωτώμενοι απάντησαν «πολύ», ενώ 26 ερωτώμενοι απάντησαν «πάρα πολύ».



Γράφημα 88: Καταγραφή των απαντήσεων στην ερώτηση: «Συνολικά, πόσο ικανοποιημένος / η είστε από την ενημερωτική παρέμβαση;».

Κεφάλαιο 6: ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων προκύπτουν μερικά χρήσιμα στοιχεία από τα οποία σκιαγραφείται το προφίλ του δείγματός μας.

Έτσι το δείγμα μας αποτέλεσαν 16 γυναίκες (ποσοστό 57 %) και 12 άνδρες (ποσοστό 43 %). 15 από αυτούς (ποσοστό 54 %) ήταν ασθενείς, ενώ 13 (ποσοστό 46%) ήταν συνοδοί.

Οι ηλικίες του δείγματος κυμάνθηκαν από 22 έως 72 ετών. 12 εκ των ερωτηθέντων ήταν γεννημένοι μεταξύ 1937 – 1954. 11 ερωτηθέντες ήταν γεννημένοι μεταξύ 1955 -1965, ενώ 5 ερωτηθέντες ήταν μεταξύ 1969 – 1985.

10 ερωτηθέντες (ποσοστό 35,71 %) ήταν απόφοιτοι Δημοτικού, 7 ερωτηθέντες (ποσοστό 25 %) ήταν απόφοιτοι Γυμνασίου, 8 (ποσοστό 28,57) ήταν απόφοιτοι Λυκείου, 1 (ποσοστό 3,57 %) ήταν απόφοιτος Τ.Ε.Ι. και τέλος 2 (ποσοστό 7,14 %) ήταν απόφοιτοι Α.Ε.Ι.

Όπως προκύπτει από τα αποτελέσματα παρά το γεγονός ότι 7 εκ των ερωτώμενων δεν είχαν καθόλου ενημέρωση για τη στεφανιαία νόσο, 5 εξ αυτών είχαν λίγη ενημέρωση, 14 είχαν μέτρια ενημέρωση και μόλις 2 ήταν πολύ ενημερωμένοι για τη νόσο, απάντησαν σωστά σχεδόν στο σύνολό τους σε αρκετές από τις ερωτήσεις του πρώτου ερωτηματολογίου και ειδικά σε όσες σχετίζονταν:

- Με τη φυσιολογική λειτουργία της καρδιάς
- Τους παράγοντες κινδύνου για ανάπτυξη στεφανιαίας νόσου
- Τις βλαπτικές διατροφικές ή άλλες καθημερινές συνήθειες που συμβάλλουν στην ανάπτυξη της νόσου
- Τις αντίστοιχες ευεργετικές δραστηριότητες που σχετίζονται με την καθυστέρηση εμφάνισης της νόσου όπως η άσκηση και οι υγεινοδιαιτητικές συνήθειες
- Τα κύρια συμπτώματα της νόσου

Τούτο πιθανόν να σχετίζεται με την ενημέρωση που παρέχεται σήμερα από τα ηλεκτρονικά και έντυπα μέσα μαζικής ενημέρωσης. Παράλληλα όμως αποδεικνύεται ότι η ενημέρωση δεν αρκεί από μόνη της για να διαμορφωθούν νέες στάσεις και συμπεριφορές καθώς η στεφανιαία νόσος αποτελεί την κυριότερη αιτία νοσηρότητας και θνητότητας στις αναπτυγμένες χώρες.

Η εκπαιδευτική παρέμβαση φάνηκε να διαδραμάτισε σημαντικό ρόλο στην βελτίωση των γνώσεων σχετικά με:

- Τα βασικά ανατομικά στοιχεία της καρδιάς και της λειτουργίας της.
- Την αποσαφήνιση των τρόπων που κάθε παράγοντας κινδύνου ξεχωριστά (λιπίδια, αρτηριακή υπέρταση, σακχαρώδης διαβήτης, stress), συμμετέχει στην διαδικασία της αθηρωμάτωσης και την τελική εμφάνιση της νόσου.
- Τα ιδιαίτερα γνωρίσματα των συμπτωμάτων των οξέων ισχαιμικών συμβάντων που μας θέτουν σε εγρήγορση.
- Την αποσαφήνιση των σπουδαιότερων κινδύνων που εγκυμονούν κατά την διάρκεια, αλλά και στο αμέσως επόμενο διάστημα ενός οξέος στεφανιαίου συνδρόμου.
- Τις διαγνωστικές εξετάσεις που θα ακολουθήσουν ή που προηγήθηκαν, καθώς και τους λόγους για τους οποίους γίνονται..
- Τις βασικές πληροφορίες σχετικά με τη δράση των φαρμάκων που σχετίζονται με την φαρμακευτική θεραπεία της στεφανιαίας νόσου
- Την σημασία της άμεσης μεταφοράς σε μονάδα υγείας τόσο για την αποσόβηση του κινδύνου θανάτου, όσο και για την έγκαιρη θεραπευτική παρέμβαση
- Την καθοριστικής σημασίας για την τριτογενή πρόληψη απόφαση για αλλαγή της ατομικής συμπεριφοράς, της διακοπής του καπνίσματος, της υιοθέτησης υγιεινού τρόπου ζωής και διατροφής καθώς και της σωστής ρύθμισης της αρτηριακής υπέρτασης, του σακχαρώδη διαβήτη, της υπερλιπιδαιμίας, του επιπλέον βάρους και της άσκησης

Παράλληλα υπήρξαν ερωτήσεις - προτάσεις στις οποίες δεν εμφανίστηκε βελτίωση των γνώσεων μετά την εκπαιδευτική παρέμβαση, αλλά παρέμειναν ίδια τα αποτελέσματα αυτών.

Οι ερωτήσεις - προτάσεις που έδωσαν ίδια αποτελέσματα πριν και μετά την παρέμβαση ήταν:

1. «Η αρτηριοσκλήρυνση είναι φθορά των αρτηριών».
2. «Αρρυθμία είναι όταν η καρδιά χτυπά ασυντόνιστα».
3. «Όταν λέμε ότι κάποιος έχει υπέρταση αυτό σημαίνει πως η πίεσή του είναι πάνω από 14 η μεγάλη και πάνω από 9 η μικρή τον περισσότερο καιρό».

4. «Ηλεκτροκαρδιογράφημα και τεστ κοπώσεως πρέπει να κάνουμε όλοι προληπτικά».

Στο δεύτερο ερωτηματολόγιο αξιολογήθηκε το περιεχόμενο του ταινιομαθήματος.

Τα αποτελέσματα δε, εμφάνισαν μια ιδιαίτερα θετική εικόνα .

Αξιολογήθηκε η συμβολή του συγκεκριμένου ταινιομαθήματος σε επίπεδο χρησιμότητας και ωφελιμότητας σχετικά με την κατανόηση:

- Της στεφανιαίας νόσου
- Των παραγόντων που την προκαλούν
- Την μέγιστης σημασίας για την πορεία της νόσου απόφαση υιοθέτησης υγεινοδιαιτητικών συνηθειών και διακοπής όσων δρουν βλαπτικά
- Των συμπτωμάτων της νόσου ώστε εύκολα να γίνεται αντιληπτή στην περίπτωση που επανεμφανιστεί
- Την σωστή χρήση καθώς και την βασική κατανόηση της δράσης των φαρμάκων
- Των διαγνωστικών εξετάσεων και άλλων θεραπευτικών παρεμβάσεων που προηγήθηκαν και όσων πιθανόν έπονται

Αξιολογήθηκε επίσης ο ρόλος και η συμβολή του νοσηλευτή στην προσπάθεια επίτευξης των στόχων του ταινιομαθήματος.

Η παρουσία του κρίθηκε από τα αποτελέσματα ως ιδιαίτερα χρήσιμη και επωφελής.

Αξιολογήθηκε η συμβολή του νοσηλευτή σε επίπεδο χρησιμότητας και ωφελιμότητας σχετικά με την βοήθεια στην κατανόηση:

- Της στεφανιαίας νόσου.
- Των παραγόντων που την προκαλούν.
- Την μέγιστης σημασίας για την πορεία της νόσου απόφαση υιοθέτησης υγεινοδιαιτητικών συνηθειών και διακοπής όσων δρουν βλαπτικά.
- Των συμπτωμάτων της νόσου ώστε εύκολα να γίνεται αντιληπτή στην περίπτωση που επανεμφανιστεί.
- Την σωστή χρήση καθώς και την βασική κατανόηση της δράσης των φαρμάκων.

➤ Των διαγνωστικών εξετάσεων και άλλων θεραπευτικών παρεμβάσεων που προηγήθηκαν και όσων πιθανόν έπονται.

Κάθε εκπαιδευτική στρατηγική έχει σκοπό να μεταδώσει πληροφορίες. Για να είναι αποτελεσματική το κοινό πρέπει να αγκαλιάσει με ενθουσιασμό αυτές τις προσπάτως αποκτηθείσες γνώσεις του. Η εκπαιδευτική παρέμβαση είναι μια δυναμική διαδικασία και το ακροατήριο πρέπει να υποκινείται να συμμετέχει ενεργά.

Η εκπαίδευση των ασθενών είναι ένας προγραμματισμένος συνδυασμός εκμάθησης δραστηριοτήτων που στοχεύουν να βοηθήσουν τους ανθρώπους οι οποίοι έχουν την εμπειρία της ασθένειας να πραγματοποιήσουν τις αλλαγές στη συμπεριφορά που οδηγούν στην καλή υγεία.

Η νοσηλευτική ως επιστήμη και οι νοσηλευτές ως κύριοι εκφραστές της, αποδεικνύεται ότι μπορούν να ανταποκριθούν με επάρκεια στην αυξημένη ανάγκη και ταυτόχρονα μεγάλη πρόκληση να εντάξουν μέσα στα καθήκοντά τους την συμβουλευτική και την εκπαίδευση των ασθενών με στόχο την δευτερογενή και τριτογενή πρόληψη.

Ιδιαίτερης επιστημονικής αξίας φαίνεται να έχει η θετική επίδραση συνολικά της εκπαιδευτικής παρέμβασης όπως καταγράφηκε στα εξής ερωτήματα – προτάσεις που μεταφέροντας πληθώρα ελπιδοφόρων μηνυμάτων μπορούν να διαμορφώνουν πρόθεση για αποδοχή νέων συμπεριφορών και αλλαγή στάσης:

➤ **«Μετά από έμφραγμα ή By Pass, το πρόγραμμα αποκατάστασης μας ξαναφέρει σε καλή ποιότητα ζωής».** Πριν την παρέμβαση 2 ερωτώμενοι απάντησαν «διαφωνώ» ενώ κανείς δεν έδωσε την ίδια απάντηση μετά την παρέμβαση. Πριν την παρέμβαση 4 ερωτώμενοι απάντησαν «ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ», ενώ 1 ερωτώμενος έδωσε την ίδια απάντηση μετά την παρέμβαση. Πριν την παρέμβαση 20 ερωτώμενοι απάντησαν «συμφωνώ», ενώ 15 ερωτώμενοι έδωσαν την ίδια απάντηση μετά την παρέμβαση. Πριν την παρέμβαση 2 ερωτώμενοι απάντησαν «συμφωνώ απόλυτα», ενώ 12 έδωσαν την ίδια απάντηση μετά την παρέμβαση.

➤ **«Όταν έχεις καρδιολογικό πρόβλημα (στηθάγχη ή έχεις περάσει έμφραγμα), ότι και να κάνεις είσαι σαν ανάπηρος».** Πριν την παρέμβαση 6 ερωτώμενοι απάντησαν «διαφωνώ απόλυτα», ενώ 10 έδωσαν την ίδια απάντηση μετά την παρέμβαση. Πριν την παρέμβαση 14 ερωτώμενοι απάντησαν «διαφωνώ», ενώ 16 έδωσαν την ίδια απάντηση μετά την παρέμβαση. Πριν την παρέμβαση 5 ερωτώμενοι απάντησαν «ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ», ενώ κανείς δεν έδωσε την ίδια απάντηση μετά την παρέμβαση. Πριν την παρέμβαση 3 ερωτώμενοι απάντησαν «συμφωνώ», ενώ 2 έδωσαν την ίδια απάντηση μετά την παρέμβαση. Πριν και μετά την παρέμβαση κανείς ερωτώμενος δεν απάντησε «συμφωνώ απόλυτα».

Ακόμη ιδιαίτερη επιστημονική αξία φαίνεται να έχουν οι απαντήσεις στις εξής ερωτήσεις – προτάσεις:

➤ **«Υπήρξαν στιγμές που θελήσατε να διακοπεί το βίντεο;»** όπου ένας ερωτώμενος απάντησε «ναι», ενώ 27 απάντησαν «όχι».

➤ **«Εάν ναι, για ποιο λόγο;»** Ένας ερωτώμενος απάντησε «επειδή με φόρτισε με αρνητικά συναισθήματα».

➤ **«Σας φάνηκε ότι το βίντεο περιείχε σκληρές σκηνές;».** Κανένας ερωτώμενος δεν απάντησε «ναι και με επηρέασαν αρνητικά». Τρεις ερωτώμενοι απάντησαν «ναι αλλά δεν με επηρέασαν», πέντε απάντησαν «ναι αλλά με επηρέασαν θετικά», ενώ είκοσι ερωτώμενοι απάντησαν «όχι, δεν περιείχε σκληρές σκηνές».

➤ **«Εάν ναι, τι πιστεύετε γι αυτές τις σκληρές σκηνές;».** Κανένας εκ των ερωτώμενων δεν απάντησε ότι οι σκληρές σκηνές «είναι καλύτερα να μην προβάλλονται» και επίσης κανένας ερωτώμενος δεν απάντησε «δεν έχω γνώμη αν πρέπει ή δεν πρέπει να προβάλλονται». Επτά ερωτώμενοι από εκείνους που απάντησαν ότι περιείχε σκληρές σκηνές απάντησαν ότι «πρέπει να προβάλλονται», ενώ 1 δεν απάντησε στην ερώτηση.

➤ **«Είναι σημαντικό φεύγοντας από το νοσοκομείο να έχω καταλάβει τι μου έχει συμβεί /τι έχει συμβεί στον ασθενή».** Κανένας ερωτώμενος δεν απάντησε «διαφωνώ απόλυτα», «διαφωνώ», «ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ». 4 ερωτώμενοι απάντησαν «συμφωνώ», ενώ 24 ερωτώμενοι απάντησαν «συμφωνώ απόλυτα».

➤ **«Ο ασθενής που πάσχει από στεφανιαία νόσο κατά την ενημέρωσή του, πρέπει να μαθαίνει όλες τις πιθανές επιπλοκές της νόσου».** Κανένας ερωτώμενος δεν απάντησε «διαφωνώ απόλυτα», «διαφωνώ», «ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ». 5 ερωτώμενοι απάντησαν «συμφωνώ», ενώ 23 ερωτώμενοι απάντησαν «συμφωνώ απόλυτα».

Βεβαίως δεν πρέπει να παραληφθούν από την συγκεκριμένη συγγραφή, προβληματισμοί και σκέψεις που αφήνουν να φανούν πιο ξεκάθαρα οι ιδιαιτερότητες της συγκεκριμένης μελέτης.

Όπως προαναφέρθηκε, το δεύτερο ερωτηματολόγιο δίνονταν προς απάντηση στους ερωτώμενους την επομένη ή μεθεπομένη μέρα από την εκπαιδευτική παρέμβαση.

Τα συμπεράσματα της μελέτης με την συγκεκριμένη μεθοδολογία ήταν θετικά και τα αποτελέσματα ιδιαίτερα ενθαρρυντικά προς την κατεύθυνση της ανάδειξης ενός χρήσιμου εργαλείου που συμβάλλει ενεργά στην κατανόηση και κατ' επέκταση στην καλύτερη διαχείριση της νόσου από τον ασθενή και το περιβάλλον του.

Ωστόσο ιδιαίτερο ενδιαφέρον θα είχαν τα συμπεράσματα από μια ενδεχόμενη διερεύνηση της δυνατότητας ανάκλησης των πληροφοριών μετά από κάποια μεγαλύτερα χρονικά διαστήματα.

Σοβαρό έλλειμμα για την κατά το δυνατό ισχυρότερη τεκμηρίωση των αποτελεσμάτων της μελέτης είναι το γεγονός της έλλειψης βιβλιογραφικών δεδομένων από παρόμοιες μελέτες και της σύγκρισης μεταξύ των. Βεβαίως η μελέτη είναι πιλοτική και ευελπιστεί να προσδώσει ενδιαφέρον και έναυσμα για την διενέργεια νέων ερευνών.

Κεφάλαιο 7: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Από τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης προκύπτει ότι η παρέμβαση συμβουλευτικής, ενημέρωσης και εκπαίδευσης των ασθενών με Οξύ Στεφανιαίο Σύνδρομο καθώς και των συνοδών τους, με τη βοήθεια των οπτικοακουστικών μέσων και ειδικότερα μέσω της προβολής ταινιών Video, συμβάλλει θετικά προς την κατεύθυνση της βελτίωσης των γνώσεων, της καλύτερης αποδοχής και εν τέλει της καλύτερης διαχείρισης της νόσου.

Έτσι φαίνεται πως ο συνδυασμός της κινούμενης εικόνας, του ήχου, της αφηγηματικής μετάδοσης πληροφοριών, των προσομοιωμένων συμβάντων, και επιπλέον ο ενεργός ρόλος του εκπαιδευτή υγείας κατά την ώρα της προβολής για κάθε είδους επεξήγηση των μεταφερόμενων πληροφοριών, φαίνεται να διαδραματίζουν θετικό ρόλο στην διαμόρφωση μιας σαφούς εικόνας από τον ασθενή και των οικείων του, οι οποίοι κατά την έξοδό τους από το νοσοκομείο έχουν ανάγκη και μπορούν με αυτό τον τρόπο, να γνωρίζουν σχεδόν με ακρίβεια τι βλάβη έχει συμβεί, γιατί έχει συμβεί, και πως θα διαχειριστούν το πρόβλημα.

Η αποτελεσματικότητα και η χρησιμότητα της εκπαιδευτικής παρέμβασης αξιολογήθηκαν θετικά. Παράλληλα η παρέμβαση κρίθηκε ιδιαίτερα επωφελής, ενώ δεν πρέπει να παραληφθεί το στοιχείο της μεγάλης ικανοποίησης που φάνηκε να λαμβάνουν οι συμμετέχοντες στο τέλος κάθε εκπαιδευτικής συνεδρίας, κάτι που συνέβαλλε ουσιαστικά στο να επιδειχθεί κατά τη διάρκεια της νοσηλείας μεγαλύτερη εμπιστοσύνη στους χειρισμούς φροντίδας και θεραπείας αλλά και αίσθηση του ότι γίνεται μια «σοβαρή δουλειά».

Η εκπαιδευτική παρέμβαση στην συγκεκριμένη μελέτη λάβαινε χώρα εντός της μονάδας εμφραγμάτων. Ο χώρος με την έναρξη του μαθήματος έπαυε να διαχέει την απρόσωπη αίσθηση που προσδίδεται στις νοσοκομειακές μονάδες, καθώς πολύ γρήγορα ασθενείς και συνοδοί συμπαρασύρονταν στην ροή της εκπαιδευτικής διαδικασίας.

Τούτο άφησε να διαφανεί ότι η κατάλληλη χρονική στιγμή για εκπαιδευτικές δράσεις ενημέρωσης και συμβουλευτικής στους ασθενείς, δεν φαίνεται να επηρεάζεται από τον συγκεκριμένο χώρο του νοσοκομείου. Αντίθετα βασικός παράγοντας που διαμορφώνει την «κατάλληλη στιγμή» για εκπαίδευση, φαίνεται να είναι η «δίψα» του ασθενή αλλά και του οικογενειακού του περιβάλλοντος για αναλυτική ενημέρωση, λύση των αποριών, καθοδήγηση, αλλά κυρίως για ρεαλιστική απομυθοποίηση του συμβάντος, καθώς τα οξέα καρδιακά επεισόδια και κυρίως τα εμφράγματα του μυοκαρδίου επιφέρουν σημαντική ψυχολογική επιβάρυνση.

Έγινε εμφανές ότι οι νοσηλευτές ως επαγγελματίες υγείας μπορούν με απόλυτη επάρκεια να διαχειριστούν τέτοιου είδους παρεμβάσεις και μέσω αυτών να αναπτύξουν νέους επαγγελματικούς ρόλους όπως αυτός της συμβουλευτικής, ενημέρωσης, καθοδήγησης και εκπαίδευσης των ασθενών και των οικείων τους, πάντα μέσα στα πλαίσια της επιστήμης της Νοσηλευτικής.

Πλην όμως, αναγκαία φαίνεται να είναι η πραγματοποίηση και άλλων μελετών με τον κατάλληλο σχεδιασμό, για την απάντηση και άλλων ερωτημάτων που πιθανόν προκύπτουν από αυτήν και σχετίζονται με:

- την διαμόρφωση και ανάπτυξη νέων εργαλείων εκπαίδευσης βασισμένων στα πολυμέσα που θα βρίσκουν εφαρμογή εντός των υπηρεσιών υγείας
- την ίδια την εκπαίδευση ως εργαλείο των υπηρεσιών υγείας προκειμένου να «αγκαλιάσουν» την ευρύτερη κοινωνία προσεγγίζοντας τις ανάγκες της
- τον ρόλο των νοσηλευτών ως μέλη της διεπιστημονικής ομάδας στον σχεδιασμό, ανάπτυξη και εφαρμογή δράσεων δευτερογενούς και τριτογενούς πρόληψης εντός του νοσοκομείου
- την ανάπτυξη νέων ρόλων των ίδιων των υπηρεσιών υγείας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

Ελληνική

1. Αθανάτου, Κ. Ελ. (1998) Παθολογική και Χειρουργική Κλινική Νοσηλευτική, ΒΗΤΑ, Αθήνα, 289,306-308.
2. Αναγνωστόπουλος, Φ. (1999) Συμπεριφορές Πρόληψης. Στο: Παπαδάτου, Δ., Αναγνωστόπουλος, Φ. Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 60-61.
3. Γκιμπερίτης, Β. (2000) Η εκπαίδευση του 2000, Σύγχρονη διδασκαλία –Δίκτυα - Πολυμέσα-Internet. Ανάκτηση 15 Ιουλίου 2007 από <http://www.6gymnasio.gr/ACTIVITIES/epy98/epy98.htm>
4. Γκόλνα, Χ. (2006) Ιδιαιτερότητες της Αγοράς Υπηρεσιών Υγείας. Στο Σουλιώτης, Κ. Πολιτική και Οικονομία της Υγείας, Παπαζήσης, Αθήνα
5. Δημόπουλος, Β. (1998) Η σημασία της συμμετοχής σε Πρόγραμμα Αποκατάστασης και η συμβολή της στα αποτελέσματα της Δοκιμασίας Κόπωσης, την επιστροφή στην εργασία και την πρόγνωση ασθενών με οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου. Διατριβή για Διδακτορία, Αθήνα.
6. Διακήρυξη του Λουξεμβούργου (2005), Μέτρα, πολιτικές και παρεμβάσεις για την πρόληψη της καρδιαγγειακής πάθησης. Ανάκτηση 15 Σεπτεμβρίου 2007 από <http://www.worldheartday.com/articulos/LuxembourgDeclararion.pdf>),
7. Ενημερωτικό Δελτίο ΠΟΥ (2003) Καρδιαγγειακές ασθένειες: πρόληψη και έλεγχος,. Ανάκτηση 11 Οκτωβρίου 2007 από <http://www.who.int/dietphysicalactivity/media/en/gsfscvd.pdf>)
8. Ευρωπαϊκή Επιτροπή Περιβάλλοντος, Δημόσιας Υγείας και Ασφάλειας των Τροφίμων (2007) Πρόγραμμα κοινοτικής δράσης στον τομέα της υγείας και της προστασίας των καταναλωτών για την περίοδο 2007-2013, Στρασβούργο
9. Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο (Ιούλιος 2007) Καρδιαγγειακές Παθήσεις. Ανάκτηση 25 Σεπτεμβρίου 2007 από <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?type=MOTION&reference=B6-2007-0277&language=EL>.
10. Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο (2005) Διάσκεψη για την καρδιακή υγεία των γυναικών. Ανάκτηση 18 Ιουλίου 2007 από <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P6-TA-2007-0346+0+DOC+XML+V0//EL>
11. Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο (2007) B6-0277/2007 Ψήφισμα του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου σχετικά με τις Ενέργειες για την Αντιμετώπιση των Καρδιαγγειακών Παθήσεων. Ανακτήθηκε 30 Νοεμβρίου 2007 από http://www.consilium.europa.eu/ueDocs/cms_Data/docs/pressData/en/lsa/80729.pdf
12. Ζευκίλης, Α. (1994) Γενική Διδακτική, ΣΕ,ΛΕ.ΤΕ., Ο.Ε.Δ.Β., Αθήνα
13. Καραδήμας, Ε. (2005) Υγεία και Ψυχολογία της Υγείας. Στο: Καραδήμας, Ε. Ψυχολογία της Υγείας, Τυποθήτω, Αθήνα, 19-21.
14. Κουλιεράκης, Γ. (2006) Ψυχολογία της Υγείας και Δημόσια Υγεία: Συνάντηση και συνεισφορές στην Ευρώπη και στην Ελλάδα. Ψυχολογία, 13 (2) 067-077
15. Κουρλαμπά, Γ., Πίτσαβος, Χ., Παναγιωτάκος, Δ., Αντωνούλας, Α., Ζόμπολος, Σ., Κογιάς, Γ., Μαντάς, Γ., Στραβοπόδης, Π., Στεφανάδης, Χ. (2006) Επιδημιολογία του Οξέος Στεφανιαίου Συνδρόμου στην Ελλάδα. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 23(4):365-374.

16. Κρεμαστινού, Κουρέα Τ. (2005) Παγκόσμια Υγεία. Στο Κρεμαστινού, Κουρέα Τ. Βασικά θέματα Δημόσιας Υγείας. Σημειώσεις ακαδημαϊκού έτους 2005 – 2006, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Αθήνα, 74 – 75.
17. Κρεμαστινού, Κουρέα Τ. (2005) Πρόληψη των Νόσων. Στο: Κρεμαστινού, Κουρέα Τ. Βασικά θέματα Δημόσιας Υγείας. Σημειώσεις ακαδημαϊκού έτους 2005 – 2006, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Αθήνα, 253.
18. Κυριόπουλος, Γ. (1984) Μεθοδολογία της Εκπαίδευσης για την Υγεία στην Κοινότητα. Στο: Αγωγή Υγείας. Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας, Υφυπουργείο Νέας Γενιάς και Αθλητισμού, Αθήνα.
19. Λεμονίδου Χ. (1988) Θεραπευτική Αγωγή Υγείας Διαβητικών. Αξιολόγηση Εκπαιδευτικού Προγράμματος Διδακτορική διατριβή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα ,5
20. Νικολάου, Β. (1997) Παχυσαρκία Δυσλιπιδαιμία και στεφανιαίος κίνδυνος., Ελληνική Καρδιολογική Επιθεώρηση, Α38, Α214 – Α217.
21. Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (1992) Αναφορά για την Παγκόσμια υγεία: Μείωση των κινδύνων, παραγωγή μιας υγιούς ζωής.
22. Παπαδάτου, Δ., Αναγνωστόπουλος, Φ. (1999) Υγεία και Αρρώστια: Η Θέση της Ψυχολογίας. Στο: Παπαδάτου, Δ., Αναγνωστόπουλος, Η Ψυχολογία στο Χώρο της Υγείας, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 16-17.
23. Παπάζογλου, Ν. (1987) Πρόσφατες Εξελίξεις στην Καρδιολογία, Λίτσας, Αθήνα, 28-30.
24. Παπάζογλου, Ν. (1987) Ισχαμική καρδιοπάθεια, Λίτσας, Αθήνα, 5-14, 28-47, 61-78, 119-122, 195-211.
25. Σιμάτος, Α.(1995) Τεχνολογία και Εκπαίδευση: Επιλογή και χρήση των εποπτικών μέσων διδασκαλίας, Πατάκης, Αθήνα.
26. Τούντας, Κ. Γ. (1988) Μεθοδολογία Αγωγής Υγείας. Ανάκτηση 20 Ιουλίου 2007 από <http://panacea.med.uoa.gr/topic.aspx?id=469>.
27. Τούντα Γ. (1988) Μεθοδολογία αγωγής υγείας: Μέθοδοι επικοινωνίας,. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 5(2),166-170.
28. Τούτουζας, Π. (1993) Καρδιολογία, Έκδοση Β', Παρισιάνος, Αθήνα, 265-274, 278-280,290-329, 342-390
29. Τούτουζας Κ.Π. (1999) Καρδιολογία, Έκδ Γ', Παρισιάνος, Αθήνα: 285
30. Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας (1999) Διατροφικές οδηγίες για ενήλικες στην Ελλάδα, Αθήνα
31. Χανιώτης, Φ. (1990) Παθολογία, 2ος Τόμος, Λίτσας, Αθήνα, 65
32. Marino, Paul.(2000)Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Μπαλτόπουλος, Γ.(επιμ.), Λαγός, Αθήνα
33. Matteo, D., R. (2006) Οι ανάγκες των ασθενών για πληροφόρηση. Στο Matteo, D., R. Εισαγωγή στην Ψυχολογία της Υγείας, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 152.
34. Odgen, J.(2004) Επικοινωνία γιατρού ασθενούς και ο ρόλος των πεποιθήσεων υγείας των επαγγελματιών υγείας. Στο Odgen, J., Ψυχολογία της Υγείας,2η Έκδοση, Παρισιάνος, Αθήνα, 80
35. Odgen, J.(2004)Επικοινωνία γιατρού ασθενούς και ο ρόλος των πεποιθήσεων υγείας των επαγγελματιών υγείας. Στο Odgen, J., Ψυχολογία της Υγείας,2η Έκδοση, Παρισιάνος, Αθήνα, 85
36. Odgen, J.(2004) Επικοινωνία γιατρού ασθενούς και ο ρόλος των πεποιθήσεων υγείας των επαγγελματιών υγείας. Στο Odgen, J.,Ψυχολογία της Υγείας,2η Έκδοση, Παρισιάνος, Αθήνα, 87
37. Wilson, J., Braunwald, E., Peterdot, Martin,J., Issesebacher, K. (1994) Εσωτερική Παθολογία Τόμος 2ος,, Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα, 1263-1272

Ξενογλώσση

1. American Heart Association. (2008) *Heart Diseases and Stroke Statistics*. Ανάκτηση 20 Ιανουαρίου 2008 από http://www.americanheart.org/downloadable/heart/1200078608862HS_Stats%202008.final.pdf
2. Alivisatos, J M.D., Angelescu, L., Maldonato, A., Simon, K. (1984) Group versus individual diabetic patient education. *The teaching letter*, 9.
3. Baldwin, J., Williams, H. (1988) *Active Learning: A Trainer's Guide*. Basil Blackwell, Oxford.
4. Bosma, H., Marmot, M.G., Hemingway, H., Nicholson, A., Brunner, E.J., Stanfeld, S. (1997) Low job control and risk of coronary heart disease in the Whitehall 2 study. *Br Med J*, 314: 558-565.
5. Boushey, C., Beresford, SAA., Ommen, G., Motulsky, A. (1995) A quantitative assessment of plasma homocysteine as a risk factor for vascular disease. Probable benefits of increasing folic acid intakes. *JAMA*, 274: 1049-1055.
6. Braunwald, E. (1990) *The pathogenesis of Atherosclerosis Heart Disease, A text book of Cardiovascular Medicine*, volume II, Au HBJ International Edition, Saunders 4th Edition, p: 1106-1111, 1125-1129
7. British Heart Foundation and European Heart Network (2005), *European Cardiovascular Disease Statistics*, London
8. Burke, G.L., Savage, P.J., Manorio, R.A. (1992) Correlates of obesity in younger black and white women: The CARDIA Study. *Am J Pub Health*, 82: 1621-1625.
9. Catford, J., Nutbeam, D. (1984) Towards a definition of health education and health promotion. *Health Education Journal*, 43: 38-45.
10. David, K., Williams T. (1987) *Health Education in Schools*, Harper & Row, London.
11. Ellington, H. (1985) *Producing Teaching Materials*. Kogan Page, London
12. Elwood, P.C., Renaud, S., Sharp, D.S., Beswick, A.D., O'Brien, J.R., Yarnell, J.W. (1991) Ischemic heart disease and platelet aggregation. The Caerphilly Collaborative Heart Disease Study. *Circulation*, 83: 38-44.
13. EUROASPIRE study group, (1997), European action on secondary prevention through intervention to reduce events. *Eur Heart J*, 18: 1569-1592
14. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2003 Dec;10(Suppl 1):S1-78). Ανάκτηση 25 Αυγούστου 2007 από http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?doc_id=4766
15. Folsom, AR., Wu, K.K., Shahar, E., Davis, C.E. (1993) Association of haemostatic variables with prevalent cardiovascular diseases and asymptomatic carotid artery atherosclerosis. *Arterioscler Thromb*, 13: 1829-1836
16. Green, C. (1987) What can Patient Educators Learn from 10 years of Compliance Research? *Patient Education and Counselling*, 10: 167-174.
17. Health and Consumer Affairs Council Meeting (1 and 2 June 2006) , 2733rd Employment , Social Policy, Luxembourg
18. Health and Consumer Affairs Council Meeting (30 November and 1 December 2006) 2767th Employment, Social Policy, Brussels
19. Hurst, J.W. Prevention of coronary Atherosclerosis. In *The Heart*, volume I, Mc Grall, 6th Edition, p: 817-820
20. Jacobsen, B.K., Thelle, D.S. (1988) Risk Factors for coronary heart disease and level of education. The Tromso Heart Study. *Am J Epidemiol*, 127:923.

21. Karlander, S.G., Ludvigsson, J. (1983). Psychological support and careful information at onset the basis for future success in the self-management of diabetes. *Excerpta Medica*, Amsterdam 219.
22. Kessels, Roy. (2003) Patient memory for medical information, *Journal of Royal Society of Medicine* 2003;96:219-222,1
23. Leal, J., et al (2006) Economic burden of cardiovascular diseases in the enlarged European Union. *Eur Heart J* 27 (13) :1610-1619.
24. Leather, D.S., Hastings, G.B., Davies, J.K. (1986) *Health Education and the Media*. Pergamon Press, Oxford.
25. Ley, P. (1988) *Communicating with Patients*, Croom Helm, London.
26. Luepker, R.V., Rosamont, W.D., Murphy, R., (1993) Socioeconomic status and coronary heart disease risk factors trends. The Minnesota Heart Survey. *Circulation*, 88 (part 1) 2172-2179.
27. Marmot, M.G., Shipley, M.J., Rose, G. (1984) Inequalities in death specific explanations of a general pattern? *Lancet*, ii;1003-1006.
28. Marmot, M.G., Kogevinas, M., Elson, M.A., (1991) Socioeconomic status and disease. WHO Reg Publ Eur Ser, 37: 113-146.
29. Mehnert, H. (1982) Diabetes mellitus: Entwicklung einer Krankheit. *Mitteilungen der Deutschen Forschungsgemeinschaft*, 3,1
30. Orth-Gomer, K., Rosengren, A., Wilhelmsen, L., (1993) Lack of social support and incidence of coronary heart disease in middleage Swedish men. *Psychos Med*: 55: 37-43.
31. Papathanasiou, A., Pappas, K.D., Korantzopoulos, P., Leontaridis, J.P., Vougiouklakis, T.G., Kyriou, M. (2004) An epidemiologic study of acute coronary syndromes in north-western Greece. *Angiology*, 55:187-194.
32. Pelsler, H.E., Groen, J.J. (1983) *How to listen better to patients. In Diabetes Education. How to improve patient education*, Excerpta Medica, Amsterdam, 224-234.
33. Porter, S.F. (1979) Diabetic Education: A Role for the In-service Instructor. *Supervisor Nurse*, 8, 49-53.
34. Pyorala, K., Graham, I., Backer, G., Poole-Wilson, P., Wood, D. (1994) Prevention of coronary heart disease in clinical practice. *Eur Heart J*, 15: 1300-1331, και *Atherosclerosis* 1994, 110: 121-161
35. Rodriguez, S.W., Reed. (1987) Thrombolytic therapy for M.I. *Am J Nurs*, (5):632-640.
36. Sans, S., Kesteloot, H., Kromhooft, D. (1997) The burden of cardiovascular diseases mortality in Europe. *Europe Heart J*, 18: 1231-1248
37. Sans, S., Kesteloot, H., Kromhooft, D., on behalf of the Task Force (1997) The burden of cardiovascular diseases mortality in Europe. *Eur Heart J*, 18: 1231-1248
38. Small, D. (1978) Adult Diabetes. A patient education program, *American Journal of Nursing*, 78, 889.
39. Sobal, J. (1991) Obesity and Socioeconomic status: A framework for examining relationships between physical and social variables. *Med Anthropol*: 231-247.
40. Stampfer, M.J., Colditz, G.A. (1991) Estrogen replacement therapy and coronary artery disease: a quantitative assessment of the epidemiology evidence. *Prev Med*, 26: 47-63.
41. Strehlow, M.S. (1983) *Education for Health*, Harper & Row, London.
42. Tannahill A. (1985) What is Health Promotion. *Health Education Journal*, 44: 167-168
43. Thaulow, E., Ericksen, J., Sandvic, K-L., et al (1991) Blood platelet count and function are related to total and cardiovascular health in apparently healthy men. *Circulation*, 84: 613-617.
44. Theorell, T., Tsutsumi, A., Hallqvist, J., et al (1998) Decision latitude, job strain and myocardial infarction: A study of working men in Stockholm. *Am J Pub Health*, 88: 382-388.

45. UNICEF, UNESCO, WHO & World Bank (2000) Focusing Resources on Effective School Health: A Fresh start to enhancing the quality and Equity of Education, World Education Forum, Dakar, Senegal.
46. University Of Birmingham (1992) *The Community Prevention of Coronary artery disease*, HMSO, London, p 62-172
47. Wagenknecht, L.E., Perkins, L.L., Cutter, G.R., (1990) Cigarette smoking is strongly related to educational status. The CARDIA study. *Prev Med*, 19:158-169.
48. WHO, (2003) Cardiovascular Disease, Prevention and Control. Ανάκτηση 24 Σεπτεμβρίου 2007 από <http://www.who.int/dietphysicalactivity/media/en/gsfscvd.pdf>
49. Wilhemsen, L., Svardudd, K., Korsan, K., Larsson, B., Welin, L., Tibblin, J. (1984) Fibrinogen as a risk factor for stroke and myocardial infarction. *N Engl J Med*, 311: 501-505.
50. Winkleby, M.A., Fortman, S.P., Barrett, D.C. (1990) Social class disparities in risk factors for disease. Eight year prevalence patterns by level of education. *Prev Med*, 19: 1-12.
51. World Health Organization (2002) *World Health Report 2002 Reducing Risks, Promoting Healthy Life*, Geneva

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι: Το ερωτηματολόγιο πριν την παρέμβαση



Κωδικός ερωτηματολογίου: | _ | _ | _ |

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΟΞΥ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ

Παρακαλούμε απαντήστε αυτό το ερωτηματολόγιο, βάζοντας σε κύκλο τον αριθμό που αντιστοιχεί στην απάντηση που διαλέγετε, ή συμπληρώστε ότι λείπει. Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και οι απαντήσεις σας εμπιστευτικές. Εκτός από τον ερευνητή, κανείς άλλος δε θα έχει πρόσβαση στα στοιχεία που μας δίνετε.

Είστε: 1. ΑΣΘΕΝΗΣ 2. ΣΥΝΟΔΟΣ

ΤΑ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΑΣ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1. Ποια χρονιά γεννηθήκατε: 19 _ _

2. Είστε: 1. Άνδρας 2. Γυναίκα

3. Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση: 1. Άγαμος / μη, και δεν ζω με σύντροφο
2. Ζω με τον /την σύντρόφό μου
3. Έγγαμος /μη
4. Διαζευγμένος /νη
5. Χήρος /Χήρα

4. Έχετε παιδιά; 1. Ναι 2. Όχι

5. Πού είναι η μόνιμη κατοικία σας; 1. Στην Ερμούπολη
2. Σε άλλη περιοχή της Σύρου
3. Σε άλλο νησί των Κυκλάδων. Ποιο;
4. Σε άλλη πόλη /χωριό της Ελλάδας. Ποιο;

6. Ποια είναι η επαγγελματική σας κατάσταση; 1. Άνεργος
2. Ιδιωτικός υπάλληλος
3. Δημόσιος υπάλληλος
4. Ελεύθερος επαγγελματίας
5. Οικιακά
6. Συνταξιούχος
7. Άλλη. Ποια;

7. Είστε απόφοιτος /τη: 1. Δημοτικού
2. Γυμνασίου
3. Λυκείου
4. Τ.Ε.Ι.
5. Πανεπιστημίου

ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ Η ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΣΑΣ

8. Σε ποιο βαθμό είσαστε ενημερωμένος /η για το τι είναι η στεφανιαία νόσος;
1. Καθόλου, 2. Λίγο, 3. Μέτρια, 4. Πολύ, 5. Πάρα πολύ.

9. Εάν είσαστε ενημερωμένος /η, από πού ενημερωθήκατε;
1. Από το επάγγελμά μου που είναι σχετικό
2. Από τον γιατρό μου

3. Από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης
4. Από γνωστό ή συγγενή που αντιμετωπίζει καρδιολογικό πρόβλημα
5. Από το προσωπικό μου ενδιαφέρον, διαβάζοντας για τα καρδιολογικά νοσήματα
6. Από άλλη πηγή. Ποιά;

ΤΙ ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΡΔΙΑ, ΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΗΣ ΚΑΙ ΤΙΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΗΣ

Παρακαλούμε απαντήστε τις παρακάτω ερωτήσεις, βάζοντας Χ στο τετραγωνάκι ή στον αριθμό της απάντησης που διαλέγετε. Θα μας βοηθήσετε να καταλάβουμε πώς πρέπει να σας ενημερώσουμε καλύτερα.

A.1 Δουλειά της καρδιάς είναι να δέχεται το αίμα και να το ξαναστέλνει πίσω στον οργανισμό, δηλαδή να λειτουργεί όπως μια αντλία.	Σωστό ☐	Λάθος ☐
A.2 Οι αρτηρίες που τυλίγονται γύρω από την καρδιά και την τρέφουν με αίμα λέγονται:		
1. Στεφανιαίες		
2. Καρδιακές		
A.3 Η καρδιά χτυπάει πάντα στον ίδιο ρυθμό.	Σωστό ☐	Λάθος ☐
A.4 Η φυσιολογικός ρυθμός της καρδιάς σε ανάπαυση είναι 60 έως 80 σφυγμοί το λεπτό.	Σωστό ☐	Λάθος ☐
A.5 Σε άσκηση ή προσπάθεια, ο ρυθμός της καρδιάς μπορεί να φτάσει και 160 σφυγμούς το λεπτό.	Σωστό ☐	Λάθος ☐
A.6 Η χοληστερίνη προέρχεται από τις τροφές που τρώμε και από το συκώτι μας όπου παράγεται.	Σωστό ☐	Λάθος ☐
A.7 Υπάρχει «καλή» και «κακή» χοληστερίνη.	Σωστό ☐	Λάθος ☐
A.8 Αρτηριοσκλήρυνση είναι η φθορά των αρτηριών, οι οποίες αρχίζουν να γίνονται σκληρές επειδή λίπος και χοληστερίνη «κάθονται» στο εσωτερικό τους σαν το πουρί (αθήρωμα) και έτσι οι αρτηρίες στενεύουν.	Σωστό ☐	Λάθος ☐
A.9 Η αρτηριοσκλήρυνση αρχίζει μετά τη μέση ηλικία (περίπου στα 50). Δεν αρχίζει στις νεότερες ηλικίες.	Σωστό ☐	Λάθος ☐
A.10 Η στεφανιαία νόσος είναι μια χρόνια αρρώστια κατά την οποία οι αρτηρίες που δίνουν αίμα στην καρδιά στενεύουν πολύ με αποτέλεσμα να μην «περνάει» η απαραίτητη ποσότητα αίματος που χρειάζεται η καρδιά.	Σωστό ☐	Λάθος ☐
A.11 Στηθάγχη θα πει πόνος στο στήθος που προκαλείται όταν στενέψουν πολύ οι αρτηρίες της καρδιάς.	Σωστό ☐	Λάθος ☐
A.12 Το έμφραγμα του μυοκαρδίου (της καρδιάς) συμβαίνει όταν ένα κομμάτι πηγμένο αίμα (θρόμβος) βουλώσει μία αρτηρία της καρδιάς με αποτέλεσμα ένα μέρος της να μην τρέφεται με αίμα και να πεθαίνει.	Σωστό ☐	Λάθος ☐
A.13 Αρρυθμία είναι όταν η καρδιά χτυπά ασυντόνιστα (χτυπούν με διαφορετικό ρυθμό τα διαφορετικά μέρη της καρδιάς).	Σωστό ☐	Λάθος ☐
A.14 Αρρυθμία δεν μπορεί να έχουμε μετά από έμφραγμα.	Σωστό ☐	Λάθος ☐
A.15 Από την αρρυθμία μπορεί να σταματήσει η καρδιά και τότε έχουμε ανακοπή.	Σωστό ☐	Λάθος ☐
A.16 Ποιοι από τους παρακάτω παράγοντες μπορεί να οδηγήσουν σε αρτηριοσκλήρυνση (φθορά των αρτηριών της καρδιάς);		
A.16.1 Η υψηλή χοληστερίνη.	Σωστό ☐	Λάθος ☐
A.16.2 Το κάπνισμα.	Σωστό ☐	Λάθος ☐

A.16.3 Το σάκχαρο (διαβήτης).	Σωστό ☐	Λάθος ☐
A.16.4 Η υπέρταση.	Σωστό ☐	Λάθος ☐
A.16.5 Η παχυσαρκία.	Σωστό ☐	Λάθος ☐
A.16.6 Η κληρονομικότητα.	Σωστό ☐	Λάθος ☐
A.17 Το να είναι κάποιος πάνω από 40 ετών και άνδρας, σημαίνει ότι έχει πιο πολλές πιθανότητες να πάθει στεφανιαία νόσο.	Σωστό ☐	Λάθος ☐
A.18 Τελικά οι γυναικείες ορμόνες (οιστρογόνα) δεν φαίνεται να προστατεύουν τις γυναίκες από τη στεφανιαία νόσο.	Σωστό ☐	Λάθος ☐
A.19 Δεν πειράζει να τρώνε λίπη τα παιδιά, γιατί έχουν καιρό για υγιεινή διατροφή όταν μεγαλώσουν.	Σωστό ☐	Λάθος ☐
A.20 Καλύτερα να τρώμε πιο συχνά κρέας αντί για ψάρι.	Σωστό ☐	Λάθος ☐
A.21 Πρέπει να πίνουμε άπαχο αντί για ολόπαχο γάλα.	Σωστό ☐	Λάθος ☐
A.22 Οι φυτικές ίνες που τρώμε από τα φρούτα και τα λαχανικά είναι σημαντικό στοιχείο της υγιεινής διατροφής.	Σωστό ☐	Λάθος ☐
A.23 Το να μην καπνίζετε ή να κόψετε το κάπνισμα είναι το πιο σημαντικό μέτρο πρόληψης της στεφανιαίας νόσου που μπορείτε να κάνετε.	Σωστό ☐	Λάθος ☐
A.24 Το κάπνισμα δεν κάνει κακό στην καρδιά αλλά μόνο στους πνεύμονες.	Σωστό ☐	Λάθος ☐
A.25 Όταν λέμε πως κάποιος έχει υπέρταση, αυτό σημαίνει πως η πίεσή του είναι πάνω από 14 η μεγάλη, και πάνω από 9 η μικρή, τον περισσότερο καιρό.	Σωστό ☐	Λάθος ☐
A.26 Η υπέρταση, και να μην αντιμετωπιστεί, δεν προκαλεί βλάβες.	Σωστό ☐	Λάθος ☐
A.27 Η πίεση μπορεί να πέσει αν χάσουμε βάρος, αν κάνουμε άσκηση, και με φάρμακα που δίνει ο γιατρός.	Σωστό ☐	Λάθος ☐
A.28 Η άσκηση αυξάνει την αντοχή της καρδιάς και βελτιώνει την καλή χοληστερίνη.	Σωστό ☐	Λάθος ☐
A.29 Η άρση βαρών είναι καλύτερη άσκηση για την καρδιά από το κολύμπι.	Σωστό ☐	Λάθος ☐
A.30 Το βάδισμα, το κολύμπι και το ποδήλατο, ανάλογα με την ηλικία και την υγεία σας, είναι η καλύτερη άσκηση.	Σωστό ☐	Λάθος ☐

A.31 Τα κυριότερα συμπτώματα της στηθάγχης είναι: (μπορείτε να διαλέξετε όσες απαντήσεις θεωρείτε σωστές)

1. Σφίξιμο στο στήθος
2. Πόνος στο στήθος
3. Πόνος που ανεβαίνει προς το λαιμό και μέχρι το σαγόι
4. Μούδιασμα στο λαιμό

A.32 Τα κυριότερα συμπτώματα της καρδιακής προσβολής (εμφράγματος) είναι: (μπορείτε να διαλέξετε όσες απαντήσεις θεωρείτε σωστές)

1. Ξαφνικός έντονος πόνος στο στήθος
2. Ναυτία ή εμετός
3. Δυσκολία στην αναπνοή
4. Κρύος ιδρώτας
5. Έντονη ανησυχία
6. Χλόμιασμα
7. Λιποθυμία

A.33 Τελικά, δεν έχει τόσο μεγάλη σημασία να πάμε γρήγορα στο νοσοκομείο	Σωστό ☐	Λάθος ☐
---	--------------------------------	--------------------------------

όταν υποπτευόμαστε έμφραγμα, γιατί με τις εγχειρίσεις που γίνονται σήμερα, όλα θεραπεύονται.		
A.34 Αν κάποιος γνωρίζει να κάνει τεχνητή αναπνοή και μαλάξεις μπορεί να σώσει κάποιον που παθαίνει έμφραγμα (καρδιακή προσβολή).	Σωστό ☐	Λάθος ☐
A.35 Ηλεκτροκαρδιογράφημα και τεστ κοπώσεως πρέπει να κάνουμε όλοι προληπτικά.	Σωστό ☐	Λάθος ☐
A.36 Άλλα φάρμακα ανοίγουν τα αγγεία, και άλλα δεν αφήνουν το αίμα να πήξει.	Σωστό ☐	Λάθος ☐
A.37 Υπάρχουν πάρα πολλές εξετάσεις, αλλά ο γιατρός καθορίζει ποιες πρέπει να κάνει ο κάθε ασθενής.	Σωστό ☐	Λάθος ☐
A.38 Μετά από εγχείρηση by pass (μπάι πας) κανείς μπορεί να τρώει ότι θέλει, να καπνίζει, και να μην γυμνάζεται επειδή θεραπεύτηκε πια.	Σωστό ☐	Λάθος ☐

Πόσο διαφωνείτε ή συμφωνείτε με τις παρακάτω προτάσεις; (όσο μεγαλύτερος ο αριθμός, τόσο περισσότερο συμφωνείτε με την πρόταση)

	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ, ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
A.39 Μετά από έμφραγμα ή μπάι πας, το πρόγραμμα αποκατάστασης μας ξαναφέρει σε καλή ποιότητα ζωής.	1	2	3	4	5
A.40 Όταν έχεις καρδιακό πρόβλημα (στηθάγχη ή έχεις περάσει έμφραγμα) ό,τι και να κάνεις είσαι πια σαν ανάπηρος.	1	2	3	4	5

ΣΑΣ ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΘΕΡΜΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ II: Το ερωτηματολόγιο μετά την παρέμβαση



Κωδικός ερωτηματολογίου: | _ | _ | _ |

**ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ
ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ
ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΟΞΥ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ**

ΤΙ ΜΑΘΑΤΕ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΡΔΙΑ, ΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΗΣ ΚΑΙ ΤΙΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΗΣ

Παρακαλούμε απαντήστε τις παρακάτω ερωτήσεις, βάζοντας Χ στο τετραγωνάκι ή στον αριθμό της απάντησης που διαλέγετε. Θα μας βοηθήσετε να καταλάβουμε πώς πρέπει να σας ενημερώσουμε καλύτερα.

B.1 Δουλειά της καρδιάς είναι να δέχεται το αίμα και να το ξαναστέλνει πίσω στον οργανισμό, δηλαδή να λειτουργεί όπως μια αντλία.	Σωστό ☐	Λάθος ☐
B.2 Οι αρτηρίες που τυλίγονται γύρω από την καρδιά και την τρέφουν με αίμα λέγονται: 1. Στεφανιαίες 2. Καρδιακές		
B.3 Η καρδιά χτυπάει πάντα στον ίδιο ρυθμό.	Σωστό ☐	Λάθος ☐
B.4 Η φυσιολογικός ρυθμός της καρδιάς σε ανάπαυση είναι 60 έως 80 σφυγμοί το λεπτό.	Σωστό ☐	Λάθος ☐
B.5 Σε άσκηση ή προσπάθεια, ο ρυθμός της καρδιάς μπορεί να φτάσει και 160 σφυγμούς το λεπτό.	Σωστό ☐	Λάθος ☐
B.6 Η χοληστερίνη προέρχεται από τις τροφές που τρώμε και από το συκώτι μας όπου παράγεται.	Σωστό ☐	Λάθος ☐
B.7 Υπάρχει «καλή» και «κακή» χοληστερίνη.	Σωστό ☐	Λάθος ☐
B.8 Αρτηριοσκλήρυνση είναι η φθορά των αρτηριών, οι οποίες αρχίζουν να γίνονται σκληρές επειδή λίπος και χοληστερίνη «κάθονται» στο εσωτερικό τους σαν το πουρί (αθήρωμα) και έτσι οι αρτηρίες στενεύουν.	Σωστό ☐	Λάθος ☐
B.9 Η αρτηριοσκλήρυνση αρχίζει μετά τη μέση ηλικία (περίπου στα 50). Δεν αρχίζει στις νεώτερες ηλικίες.	Σωστό ☐	Λάθος ☐
B.10 Η στεφανιαία νόσος είναι μια χρόνια αρρώστια κατά την οποία οι αρτηρίες που δίνουν αίμα στην καρδιά στενεύουν πολύ με αποτέλεσμα να μην «περνάει» η απαραίτητη ποσότητα αίματος που χρειάζεται η καρδιά.	Σωστό ☐	Λάθος ☐
B.11 Στηθάγχη θα πει πόνος στο στήθος που προκαλείται όταν στενέψουν πολύ οι αρτηρίες της καρδιάς.	Σωστό ☐	Λάθος ☐
B.12 Το έμφραγμα του μυοκαρδίου (της καρδιάς) συμβαίνει όταν ένα κομμάτι πηγμένο αίμα (θρόμβος) βουλώσει μία αρτηρία της καρδιάς με αποτέλεσμα ένα μέρος της να μην τρέφεται με αίμα και να πεθαίνει.	Σωστό ☐	Λάθος ☐
B.13 Αρρυθμία είναι όταν η καρδιά χτυπά ασυντόνιστα (χτυπούν με διαφορετικό ρυθμό τα διαφορετικά μέρη της καρδιάς).	Σωστό ☐	Λάθος ☐
B.14 Αρρυθμία δεν μπορεί να έχουμε μετά από έμφραγμα.	Σωστό ☐	Λάθος ☐
B.15 Από την αρρυθμία μπορεί να σταματήσει η καρδιά και τότε έχουμε ανακοπή.	Σωστό ☐	Λάθος ☐

B.16 Ποιοι από τους παρακάτω παράγοντες μπορεί να οδηγήσουν σε αρτηριοσκλήρυνση (φθορά των αρτηριών της καρδιάς);		
B.16.1 Η υψηλή χοληστερίνη.	Σωστό ☐	Λάθος ☐
B.16.2 Το κάπνισμα.	Σωστό ☐	Λάθος ☐
B.16.3 Το σάκχαρο (διαβήτης).	Σωστό ☐	Λάθος ☐
B.16.4 Η υπέρταση.	Σωστό ☐	Λάθος ☐
B.16.5 Η παχυσαρκία.	Σωστό ☐	Λάθος ☐
B.16.6 Η κληρονομικότητα.	Σωστό ☐	Λάθος ☐
B.17 Το να είναι κάποιος πάνω από 40 ετών και άνδρας, σημαίνει ότι έχει πιο πολλές πιθανότητες να πάθει στεφανιαία νόσο.	Σωστό ☐	Λάθος ☐
B.18 Τελικά οι γυναικείες ορμόνες (οιστρογόνα) δεν φαίνεται να προστατεύουν τις γυναίκες από τη στεφανιαία νόσο.	Σωστό ☐	Λάθος ☐
B.19 Δεν πειράζει να τρώνε λίπη τα παιδιά, γιατί έχουν καιρό για υγιεινή διατροφή όταν μεγαλώσουν.	Σωστό ☐	Λάθος ☐
B.20 Καλύτερα να τρώμε πιο συχνά κρέας αντί για ψάρι.	Σωστό ☐	Λάθος ☐
B.21 Πρέπει να πίνουμε άπαχο αντί για ολόπαχο γάλα.	Σωστό ☐	Λάθος ☐
B.22 Οι φυτικές ίνες που τρώμε από τα φρούτα και τα λαχανικά είναι σημαντικό στοιχείο της υγιεινής διατροφής.	Σωστό ☐	Λάθος ☐
B.23 Το να μην καπνίζετε ή να κόψετε το κάπνισμα είναι το πιο σημαντικό μέτρο πρόληψης της στεφανιαίας νόσου που μπορείτε να κάνετε.	Σωστό ☐	Λάθος ☐
B.24 Το κάπνισμα δεν κάνει κακό στην καρδιά αλλά μόνο στους πνεύμονες.	Σωστό ☐	Λάθος ☐
B.25 Όταν λέμε πως κάποιος έχει υπέρταση, αυτό σημαίνει πως η πίεσή του είναι πάνω από 14 η μεγάλη, και πάνω από 9 η μικρή, τον περισσότερο καιρό.	Σωστό ☐	Λάθος ☐
B.26 Η υπέρταση, και να μην αντιμετωπιστεί, δεν προκαλεί βλάβες.	Σωστό ☐	Λάθος ☐
B.27 Η πίεση μπορεί να πέσει αν χάσουμε βάρος, αν κάνουμε άσκηση, και με φάρμακα που δίνει ο γιατρός.	Σωστό ☐	Λάθος ☐
B.28 Η άσκηση αυξάνει την αντοχή της καρδιάς και βελτιώνει την καλή χοληστερίνη.	Σωστό ☐	Λάθος ☐
B.29 Η άρση βαρών είναι καλύτερη άσκηση για την καρδιά από το κολύμπι.	Σωστό ☐	Λάθος ☐
B.30 Το βάδισμα, το κολύμπι και το ποδήλατο, ανάλογα με την ηλικία και την υγεία σας, είναι η καλύτερη άσκηση.	Σωστό ☐	Λάθος ☐

B.31 Τα κυριότερα συμπτώματα της στηθάγχης είναι: (μπορείτε να διαλέξετε όσες απαντήσεις θεωρείτε σωστές)

1. Σφίξιμο στο στήθος
2. Πόνος στο στήθος
3. Πόνος που ανεβαίνει προς το λαιμό και μέχρι το σαγόνι
4. Μούδιασμα στο λαιμό

B.32 Τα κυριότερα συμπτώματα της καρδιακής προσβολής (εμφράγματος) είναι: (μπορείτε να διαλέξετε όσες απαντήσεις θεωρείτε σωστές)

1. Ξαφνικός έντονος πόνος στο στήθος
2. Ναυτία ή εμετός
3. Δυσκολία στην αναπνοή
4. Κρύος ιδρώτας
5. Έντονη ανησυχία

6. Χλόμιασμα

7. Λιποθυμία

B.33 Τελικά, δεν έχει τόσο μεγάλη σημασία να πάμε γρήγορα στο νοσοκομείο όταν υποπτευόμαστε έμφραγμα, γιατί με τις εγχειρίσεις που γίνονται σήμερα, όλα θεραπεύονται.	Σωστό ☐	Λάθος ☐
B.34 Αν κάποιος γνωρίζει να κάνει τεχνητή αναπνοή και μαλάξεις μπορεί να σώσει κάποιον που παθαίνει έμφραγμα (καρδιακή προσβολή).	Σωστό ☐	Λάθος ☐
B.35 Ηλεκτροκαρδιογράφημα και τεστ κοπώσεως πρέπει να κάνουμε όλοι προληπτικά.	Σωστό ☐	Λάθος ☐
B.36 Άλλα φάρμακα ανοίγουν τα αγγεία, και άλλα δεν αφήνουν το αίμα να πήξει.	Σωστό ☐	Λάθος ☐
B.37 Υπάρχουν πάρα πολλές εξετάσεις, αλλά ο γιατρός καθορίζει ποιες πρέπει να κάνει ο κάθε ασθενής.	Σωστό ☐	Λάθος ☐
B.38 Μετά από εγχείρηση by pass (μπάι πας) κανείς μπορεί να τρώει ότι θέλει, να καπνίζει, και να μην γυμνάζεται επειδή θεραπεύτηκε πια.	Σωστό ☐	Λάθος ☐

Πόσο διαφωνείτε ή συμφωνείτε με τις παρακάτω προτάσεις; (όσο μεγαλύτερος ο αριθμός, τόσο περισσότερο συμφωνείτε με την πρόταση)

	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ, ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
B.39 Μετά από έμφραγμα ή μπάι πας, το πρόγραμμα αποκατάστασης μας ξαναφέρνει σε καλή ποιότητα ζωής.	1	2	3	4	5
B.40 Όταν έχεις καρδιακό πρόβλημα (στηθάγχη ή έχεις περάσει έμφραγμα) ό,τι και να κάνεις είσαι πια σαν ανάπηρος.	1	2	3	4	5

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΗΣ ΠΡΟΒΟΛΗΣ

Στην Μονάδα Εντατικής Παρακολούθησης που νοσηλεύόσασταν, σας πρόβαλαν οι νοσηλευτές ένα ενημερωτικό βίντεο που αφορούσε στη στεφανιαία νόσο, το οποίο συνοδευόταν από προφορικές διευκρινίσεις κατά την ώρα της προβολής από τον νοσηλευτή που σας παρουσίασε το βίντεο. Με τις παρακάτω ερωτήσεις θέλουμε να μάθουμε τη γνώμη σας για το βίντεο, τις διευκρινίσεις του νοσηλευτή και την ενημερωτική παρέμβαση συνολικά.

Σε ποιο βαθμό συμφωνείτε ή διαφωνείτε με τις παρακάτω προτάσεις;

Βάλτε σε κύκλο τον κατάλληλο αριθμό για να δείξετε την απάντησή σας. Όσο μεγαλύτερος ο αριθμός, τόσο περισσότερο συμφωνείτε με την πρόταση.

Για το βίντεο	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ, ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
41 Το βίντεο ήταν κατανοητό.	1	2	3	4	5
42 Το βίντεο με βοήθησε να καταλάβω τι είναι η	1	2	3	4	5

στεφανιαία νόσος.					
43 Το βίντεο με βοήθησε να καταλάβω ποιους παράγοντες προκαλούν στεφανιαία νόσο.	1	2	3	4	5
44 Το βίντεο με βοήθησε να καταλάβω πώς πρέπει να αλλάξουν διάφορες συνήθειες για να αντιμετωπιστεί η νόσος.	1	2	3	4	5
45 Το βίντεο με βοήθησε να μάθω ποια είναι τα συμπτώματα της στηθάγχης και του εμφράγματος.	1	2	3	4	5
46 Το βίντεο με βοήθησε να μάθω διάφορες εξετάσεις και φάρμακα που μπορεί να συστήσουν οι γιατροί.	1	2	3	4	5
47 Το βίντεο με βοήθησε να μάθω για τη σημασία της αποκατάστασης που θα πρέπει να γίνει ώστε να ζει ο ασθενής μια φυσιολογική ζωή.	1	2	3	4	5
48 Το βίντεο ήταν χρήσιμο.	1	2	3	4	5
49 Το βίντεο με ωφέλησε.	1	2	3	4	5

50 Υπήρξαν στιγμές κατά την προβολή που σκεφτήκατε ότι δεν θα θέλατε να συνεχίσετε άλλο;

1. Ναι
2. Όχι

51 Αν «Ναι», αυτό συνέβη επειδή:

1. Σας κούρασε λόγω της διάρκειάς του
2. Σας κούρασε επειδή περιείχε και περιττές πληροφορίες
3. Σας δημιούργησε άγχος
4. Σας δημιούργησε φόβο
5. Σας φόρτισε με αρνητικά συναισθήματα

52 Σας φάνηκε ότι το βίντεο περιείχε σκληρές σκηνές;

1. Ναι, και με επηρέασαν αρνητικά.
2. Ναι, αλλά δεν με επηρέασαν.
3. Ναι, αλλά με επηρέασαν θετικά.
4. Όχι, δεν περιείχε σκληρές σκηνές.

53 Αν «Ναι», τι πιστεύετε γι' αυτές τις σκληρές σκηνές;

1. Είναι καλύτερα να μην προβάλλονται
2. Δεν έχω γνώμη αν πρέπει ή δεν πρέπει να προβάλλονται
3. Πρέπει να προβάλλονται.

Για τον νοσηλευτή/τρια και τις εξηγήσεις που σας έδινε	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ, ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
54 Ο νοσηλευτής ήταν κατανοητός.	1	2	3	4	5
55 Ο νοσηλευτής με βοήθησε να καταλάβω τι είναι η στεφανιαία νόσος.	1	2	3	4	5

56	Ο νοσηλευτής με βοήθησε να καταλάβω ποιοι παράγοντες προκαλούν στεφανιαία νόσο.	1	2	3	4	5
57	Ο νοσηλευτής με βοήθησε να καταλάβω πώς πρέπει να αλλάξουν διάφορες συνήθειες για να αντιμετωπιστεί η νόσος.	1	2	3	4	5
58	Ο νοσηλευτής με βοήθησε να μάθω ποια είναι τα συμπτώματα της στηθάγχης και του εμφράγματος .	1	2	3	4	5
59	Ο νοσηλευτής με βοήθησε να μάθω διάφορες εξετάσεις και φάρμακα που μπορεί να συστήσουν οι γιατροί.	1	2	3	4	5
60	Ο νοσηλευτής με βοήθησε να μάθω για τη σημασία της αποκατάστασης που θα πρέπει να γίνει ώστε να ζει ο ασθενής μια φυσιολογική ζωή.	1	2	3	4	5
61	Ο νοσηλευτής ήταν χρήσιμος .	1	2	3	4	5
62	Ο νοσηλευτής με ωφέλησε .	1	2	3	4	5

Συνολικά για την ενημερωτική παρέμβαση	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ, ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
63 Συνολικά, η ενημερωτική παρέμβαση ήταν κατανοητή .	1	2	3	4	5
64 Είναι σημαντικό, φεύγοντας από το νοσοκομείο, να έχω καταλάβει καλά τι έχει συμβεί σε μένα/στον ασθενή.	1	2	3	4	5
65 Συνολικά, η ενημερωτική παρέμβαση ήταν χρήσιμη .	1	2	3	4	5
66 Ο ασθενής που πάσχει από στεφανιαία νόσο κατά την ενημέρωσή του πρέπει να μαθαίνει όλες τις πιθανές επιπλοκές της νόσου.	1	2	3	4	5
67 Συνολικά, η ενημερωτική παρέμβαση με ωφέλησε .	1	2	3	4	5

68 Συνολικά, πόσο ικανοποιημένος /η είσαστε από την ενημερωτική παρέμβαση;	Καθόλου 1	Λίγο 2	Μέτρια 3	Αρκετά 4	Πολύ 5
---	--------------	-----------	-------------	-------------	-----------

69. Γράψτε ό,τι θέλετε να μας προτείνετε, για να κάνουμε καλύτερη την ενημέρωση των ασθενών μας.

1).....

- 2).....
- 3).....

ΣΑΣ ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΘΕΡΜΑ

