

Ἡ ἐπίδραση τῆς ἐκπαίδευσης καὶ τῶν γνώσεων τῶν ἀσθενῶν μὲ καρδιακὴ ἀνεπάρκεια, γιὰ τὴ νόσο τους, στὴν ποιότητα ζωῆς καὶ στὸν ἀριθμὸ ἐπανανοσηλειῶν, στὴν ἐτήσια παρακολούθηση.

➡ Εὐαγγελία Θ. Τζοροβίλη

Τμῆμα Ἐπιστήμης Διαιτολογίας-Διατροφῆς, Σχολὴ Ἐπιστημῶν Ὑγείας καὶ Ἀγωγῆς, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, Ἀθήνα, Ἑλλάδα

Γεώργιος Χρ. Μεταλληνός

Διευθυντὴς Καρδιολογικοῦ Τμήματος ΕΛ.ΑΣ.

Χριστίνα Χ. Χρυσοχόου

Ἐπιμελήτρια Α', Α' Πανεπιστημιακὴ Καρδιολογικὴ Κλινικὴ, "Ἴπποκράτειο" Γ.Ν.Α.

Κωνσταντῖνος Π. Ἀθανασάκης

Ἐπιστημονικὸς Συνεργάτης, Τομέας Οἰκονομικῶν τῆς Ὑγείας, Ἐθνικὴ Σχολὴ Δημόσιας Ὑγείας

Δημήτριος Μ. Τούσουλης

Καθηγητὴς Καρδιολογίας, Διευθυντὴς Α' Πανεπιστημιακῆς Καρδιολογικῆς Κλινικῆς, "Ἴπποκράτειο" Γ.Ν.Α.

1. Εἰσαγωγή

Ἡ καρδιακὴ ἀνεπάρκεια (ΚΑ) εἶναι ἕνας ἀπὸ τοὺς σημαντικότερους παράγοντες θνητότητας καὶ θνησιμότητας στὶς χῶρες τοῦ Δυτικοῦ κόσμου. Ἡ βελτίωση καὶ ἡ ἀναβάθμιση τῶν θεραπευτικῶν ἐπιλογῶν καὶ ἡ αὐξηση τοῦ προσδόκιμου ἐπιβίωσης ὀδήγησαν στὴν αὐξηση τοῦ ἐπιπολασμοῦ τῆς νόσου. Ἡ διάγνωση τῆς ΚΑ ὀδηγεῖ σὲ μείωση τοῦ προσδόκιμου ζωῆς καὶ τῆς ποιότητας ζωῆς, τὰ ὁποῖα ἐπέρχονται προοδευτικά, ἀνάλογα μὲ τὸ ἐπίπεδο καρδιακῆς λειτουργίας καὶ τὰ συμπτώματα, ἂν δὲν ὑπάρξει ἡ κατάλληλη θεραπευτικὴ παρέμβαση. Ἡ πρόγνωση τῆς νόσου εἶναι βαριὰ καὶ συγκρίσιμη μὲ αὐτὴ κάποιων μορφῶν καρκίνου, ἐνῶ ἔχει φανεῖ, ὅτι μειώνει πολὺ περισσότερο, ἀπὸ ὁποιαδήποτε ἄλλη νόσο, τὴν ποιότητα ζωῆς τῶν ἀσθενῶν^{1,2,3}.

Περισσότερο ἀπὸ 50% τῶν ἀσθενῶν μὲ ΚΑ

ἐπανανοσηλεύεται μέσα στὸ πρῶτο ἐξάμηνο ἀπὸ τὴν πρώτη νοσηλεία^{4,5}, γεγονός που ἀποδίδεται ἐν μέρει στὴν ἀνεπαρκῆ ὀργάνωση σχεδίου ἀποκατάστασης καὶ ἐκπαίδευσης τῶν ἀσθενῶν, στὴν κακὴ συμμόρφωσή τους στὴν φαρμακευτικὴ ἀγωγή καὶ στὴν δίαιτα, καθὼς καὶ στὴν ἀδυναμία αὐτοφροντίδας καὶ ἀντίληψης τῶν συμπτωμάτων ἐπιδείνωσης⁶⁻⁹, ἐνῶ ἀκόμα καὶ οἱ εκπαιδευμένοι ἀσθενεῖς μὲ ΚΑ δὲν θεωροῦν τὸν ἑαυτό τους ἐπαρκῶς ἐνημερωμένο γιὰ τὴν πάθησή τους¹⁰. Ἐπίσης, ἡ μεγάλη ἡλικία τῶν ἀσθενῶν, σὲ συνδυασμὸ μὲ τὶς πολλὲς συννοσηρότητες, ὀδηγοῦν τόσο σὲ λειτουργικοὺς περιορισμοὺς ὅσο καὶ σὲ περιορισμοὺς τῆς ἀντίληψης¹¹. Ἐπομένως, ἡ στοχευμένη παρέμβαση, μέσῳ ἐκπαιδευτικῶν ἐνδοноσοκομειακῶν καὶ ἐξωνοσοκομειακῶν προγραμμάτων, εἶναι ἀναγκαία γιὰ τὴ βελτίωση τῆς γνώσης τῶν ἀσθενῶν γιὰ τὴ νόσο τους. Μελέτες, ποὺ ἀξιολόγησαν τὴν ἐπίδραση τῆς ἐκπαίδευσης

των ασθενών στην πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια περίθαλψη, ανέδειξαν ότι η οργάνωση προγραμμάτων αποκατάστασης ωφελούν στη συμμόρφωση των ασθενών και βελτιώνουν την ποιότητα ζωής τους στην 6μηνη και ετήσια παρακολούθηση¹²⁻¹⁵. Στην Ελλάδα, δεν έχει γίνει αντίστοιχη προσπάθεια εφαρμογής προγραμμάτων αποκατάστασης και εκπαίδευσης των ασθενών.

Σκοπός της μελέτης είναι να αξιολογήσει, πώς το επίπεδο των γνώσεων και της εκπαίδευσης των ασθενών με ΚΑ σχετικά με τη νόσο τους μπορεί να επιδράσει τόσο στην έν γένει πορεία τους από την καταγραφή των επανανοσηλειών τους όσο και στην ποιότητα ζωής τους.

2. Μεθοδολογία.

2.1. Δείγμα της μελέτης.

Από τον Απρίλιο του 2016 έως το Δεκέμβριο του 2017, συλλέχθηκαν, από την Α' Καρδιολογική Κλινική της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών, 224 ασθενείς με πρώτη διάγνωση ΚΑ με συστολική δυσλειτουργία της άριστερης κοιλίας, εξαιτίας ισχαιμικής ή διατακτικής μυοκαρδιοπάθειας και σταδίων κατά New York Heart Association I-III. Η παρούσα μελέτη παρατήρησης περιελάμβανε όλους τους ασθενείς που δέχτηκαν να συμμετάσχουν και ήταν σε θέση να παρέχουν τις απαραίτητες πληροφορίες σχετικά με το ιατρικό ιστορικό τους, τη φαρμακευτική αγωγή που ακολουθούν και τις διατροφικές τους συνήθειες. Από τη μελέτη αποκλείστηκαν ασθενείς με χρόνια νεοπλασματικά και συστηματικά φλεγμονώδη νοσήματα, ασθενείς που απέβρισαν 48 ώρες μετά τη νοσηλεία, ασθενείς με χρόνια κατάχρηση του αλκοόλ και ασθενείς με χρόνια ήπατική νόσο (κίρρωση). Η συστολική δυσλειτουργία της άριστερης κοιλίας καθορίστηκε με ήχοκαρδιογραφική μέτρηση του κλάσματος εξώθησης, ίση ή μικρότερη από 40%, σύμφωνα με πρόσφατες κατευθυντήριες γραμμές της Ευρωπαϊκής Καρδιολογικής Έταιρείας¹⁶. Στο σύνολο των ασθενών, n=155 (69%) ήταν άνδρες (73 ± 11 έτη) και n=69 (31%) ήταν γυναίκες (75 ± 11 έτη). Η ετήσια παρακολούθηση πραγματοποιήθηκε τηλεφωνικά (ποσοστό συμμετοχής 70%).

2.2. Βιοηθική.

Η παρούσα εργασία εγκρίθηκε από την Επιτροπή Ηθικής Ιατρικών Έρευνών της Α' Καρδιολογικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών και διεξήχθη σύμφωνα με τις αρχές της Διακήρυξης του Έλσίνκι (1975).

2.3. Κλινικά χαρακτηριστικά.

Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε ηλεκτροκαρδιογράφημα (12-lead ECG) κατά την εισαγωγή τους στην κλινική, ώστε να διαχωριστούν ανάλογα με το αν παρουσίασαν ανύψωση του τμήματος ST ή άλλες ηλεκτροκαρδιογραφικές ανωμαλίες. Ήχοκαρδιογράφημα διενεργήθηκε, για να εκτιμηθεί η συστολική δυσλειτουργία της άριστερης κοιλίας, στην οποία το κλάσμα εξώθησης της άριστερης κοιλίας, για εισαγωγή στη μελέτη, ορίζεται ως λιγότερο από 40%¹⁷.

2.4. Ιατρικό ιστορικό.

Από όλους τους ασθενείς καταγράφηκε λεπτομερές ιατρικό ιστορικό, που περιελάμβανε προηγούμενες νοσηλείες λόγω στεφανιαίας νόσου, προηγούμενες καρδιολογικές επεμβάσεις, ιστορικό και αντιμετώπιση της υπέρτασης, της υπερχοληστερολαιμίας και του σακχαρώδη διαβήτη, οικογενειακό ιστορικό καρδιαγγειακών νοσημάτων και συμπτώματα καρδιακής ανεπάρκειας.

2.5. Φαρμακευτική αγωγή.

Πραγματοποιήθηκε λεπτομερής καταγραφή της φαρμακευτικής αγωγής των ασθενών, καθώς και των δόσεων που ελήφθησαν από κάθε σκεύασμα. Οι ασθενείς, επίσης, ρωτήθηκαν, εάν η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει την αγοράστική τους ικανότητα, όσον αφορά στα φαρμακευτικά σκευάσματα.

2.6. Ανθρωπομετρικά και κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά.

Όσον αφορά στα ανθρωπομετρικά χαρακτηριστικά, το ύψος και το βάρος μετρήθηκαν στο πλησιέστερο 0,5 cm και 100 g, αντίστοιχα. Στη συνέχεια υπολογίστηκε ο δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ) ως βάρος (σε kg) διαιρούμενο με το τετραγωνικό ύψος (σε m²). Τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρα-

κτηριστικά περιελάμβαναν: την ηλικία, το φύλο, την οικογενειακή κατάσταση, τὰ ἔτη ἐκπαίδευσης, τὸν τύπο ἀπασχόλησης, τὴ σωματικὴ δραστηριότητα καὶ τὶς καπνιστικὲς συνήθειες. Καπνιστὲς ὀρίστηκαν ὡς ἐκεῖνοι ποὺ καπνίζουν >1 τσιγάρο/ἡμέρα ἢ ποὺ σταμάτησαν νὰ καπνίζουν τοὺς τελευταίους 12 μῆνες. Πρῶην καπνιστὲς ὀρίστηκαν ὡς ἐκεῖνοι ποὺ εἶχαν σταματήσει τὸ κάπνισμα >1 χρόνο νωρίτερα. Τὰ ὑπόλοιπα πρόσωπα τοῦ δείγματος ταξινομήθηκαν ὡς μὴ καπνιστὲς.

2.7. Καταγραφή τῶν διατροφικῶν συνηθειῶν.

Ἔγινε πλήρης καταγραφή τῶν διατροφικῶν συνηθειῶν. Γιὰ τὴν ἀξιολόγηση τῶν διατροφικῶν συνηθειῶν χρησιμοποιήθηκε ἓνα ἔγκυρο, ἡμι-ποσοτικό ἐρωτηματολόγιο συχνότητας κατανάλωσης τροφίμων. Εἰδικότερα, καταγράφηκε ἡ ποσότητα (μέγεθος μερίδας) καὶ ἡ εβδομαδιαία συχνότητα κατανάλωσης συγκεκριμένων τροφίμων καὶ ποτῶν, κατὰ τὸ τελευταῖο ἔτος.

Τὸ ἐρωτηματολόγιο χρησιμοποιήθηκε γιὰ τὴν κατὰ προσέγγιση ποσοτικοποίηση τῶν τροφίμων καὶ τῶν ποτῶν, ὥστε νὰ ἀξιολογηθεῖ ὁ βαθμὸς προσκόλλησης στὴ Μεσογειακὴ διατροφή, χρησιμοποιώντας τὸ MedDietScore μὲ θεωρητικὸ εὖρος 0-55¹⁸. Τὸ MedDietScore βασίζεται στὴν ἐβδομαδιαία κατανάλωση 11 ὁμάδων τροφίμων. Ὑπολογίζεται μεμονωμένη βαθμολογία γιὰ κάθε συστατικό, ἢ ὁποῖα κυμαίνεται ἀπὸ 0-5. Γιὰ τὴν κατανάλωση τροφίμων, τὰ ὁποῖα χαρακτηρίζουν στενὰ τὸ μεσογειακὸ πρότυπο (π.χ. μὴ ἐπεξεργασμένα δημητριακά, φρούτα, λαχανικά, ὄσπρια, πατάτες, ψάρι, ἐλαιόλαδο), τὰ πρόσωπα ποὺ δὲν ἀνέφεραν κατανάλωση ἔλαβαν βαθμολογία 0 καὶ βαθμολογία 1-5 ἀποδόθηκε γιὰ σπάνια ἕως καθημερινὴ κατανάλωση. Γιὰ τὴν κατανάλωση τροφίμων, τὰ ὁποῖα ἀποκλίνουν ἀπὸ αὐτὸ τὸ πρότυπο (π.χ. κρέας καὶ προϊόντα μὲ βάση τὸ κρέας, πουλερικά, γαλακτοκομικὰ προϊόντα πλήρη σὲ λιπαρά), οἱ συμμετέχοντες ἔλαβαν βαθμολογίες ἀντίστροφης κλίμακας (ἀπὸ 5, ὅταν δὲν ἀνέφεραν κατανάλωση, ἕως 0, ὅταν ἀναφέρθηκε σχεδὸν καθημερινὴ κατανάλωση).

Ὅσον ἀφορᾷ στὴν κατανάλωση ἀλκοόλ, βαθμολογία 5 ἀποδόθηκε γιὰ κατανάλωση < 300 mL ἀλκοόλης/ἡμέρα, βαθμολογία 0 ἀποδόθηκε γιὰ

μὴ κατανάλωση ἢ κατανάλωση 700 mL/ἡμέρα καὶ βαθμολογία 4-1 γιὰ κατανάλωση 600-700, 500-600, 400-500 καὶ 300-400 mL/ἡμέρα (100 mL περιέχουν 12 g συγκέντρωσης αἰθανόλης), ἀντίστοιχα. Οἱ ὑψηλότερες τιμές τοῦ MedDietScore ἀποτελοῦν ἔνδειξη μεγαλύτερης προσήλωσης στὴ Μεσογειακὴ διατροφή.

2.8. Ἀξιολόγηση γενικῆς ὑγείας τῶν ἀσθενῶν.

Ἡ ἀξιολόγηση τῆς γενικῆς ὑγείας τῶν ἀσθενῶν πραγματοποιήθηκε μὲ τὴ χρήση βαθμονομημένης κλίμακας, ὅπου οἱ ἀσθενεῖς βαθμολόγησαν ἀπὸ 1 ἕως 10 τὴν κατάσταση τῆς γενικῆς τους ὑγείας τόσο κατὰ τὴ διάρκεια τῆς πρώτης νοσηλείας ὅσο καὶ κατὰ τὴν ἐτήσια παρακολούθηση. Βαθμολογίες 1-3 ἀποδόθηκαν σὲ κακὴ κατάσταση γενικῆς ὑγείας, βαθμολογία 10 σὲ ἄριστη καὶ βαθμολογίες 4-6 καὶ 7-9 σὲ μέτρια καὶ καλὴ κατάσταση, ἀντίστοιχα.

2.9. Ἀξιολόγηση ποιότητας ζωῆς.

Γιὰ τὴν ἀξιολόγηση τῆς ποιότητας ζωῆς τῶν ἐθελοντῶν χρησιμοποιήθηκε τὸ ἐρωτηματολόγιο «Minnesota Living with Heart Failure» (MLHFQ), μὲ σκοπὸ νὰ ἐκτιμήσουμε τὸ βαθμὸ ποὺ ἡ ΚΑ ἢ ἡ θεραπεία τῆς ἐπηρεάζει τὴ φυσικὴ, ψυχολογικὴ, κοινωνικὴ καὶ διανοητικὴ κατάσταση τῶν ἀσθενῶν. Τὸ ἐρωτηματολόγιο ἀποτελεῖται ἀπὸ 21 ἐρωτήσεις, ἐνῶ ἔχει μεταφραστεῖ καὶ πιστοποιηθεῖ γιὰ τὰ ἑλληνικὰ δεδομένα¹⁹. Ἡ μορφή ἀπάντησης γιὰ κάθε ἐρώτηση περιλαμβάνει μίαν κλίμακα ἀπὸ 0 ἕως 5, ὅπου βαθμολογία 0 ἀποδίδεται σὲ ἀπουσία ἐπίδρασης τῆς νόσου στὴ ζωὴ τοῦ ἀσθενοῦς, βαθμολογία 4-5 ἀποδίδεται ὅταν ἡ ΚΑ ἔχει ἐπηρεάσει πάρα πολὺ τὴ ζωὴ τοῦ ἀσθενοῦς τὸν τελευταῖο μῆνα, καὶ βαθμολογίες 0-1 καὶ 2-3 ἀποδίδονται σὲ πολὺ μικρὴ καὶ μέτρια ἐπίδραση τῆς νόσου τὸν τελευταῖο μῆνα, ἀντίστοιχα. Ἡ συνολικὴ βαθμολογία γιὰ τὰ 21 στοιχεῖα κυμαίνεται ἀπὸ 0 ἕως 105. Χαμηλότερες βαθμολογίες MLHFQ ὑποδεικνύουν μικρότερη ἐπίδραση τῆς ΚΑ στὴν ποιότητα ζωῆς τῶν ἀσθενῶν.

2.10. Ἀξιολόγηση τῆς ἐκπαίδευσης τῶν ἀσθενῶν μὲ ΚΑ γιὰ τὴ νόσο τους.

Στὰ ἑλληνικὰ δεδομένα, ἀλλὰ καὶ στὶς εὐρωπαϊκὲς κατευθυντήριες ὁδηγίες, δὲν ὑπάρχει κάποια σαφῶς

καθορισμένη μορφή προγράμματος αποκατάστασης, ώστε να εκπαιδεύονται οι ασθενείς. Έτσι, η εκπαίδευση των ασθενών στη νόσο τους αξιολογήθηκε με τη χρήση ερωτηματολογίου 15 ερωτήσεων πολλαπλής επιλογής²⁰, αποδεχόμενοι ότι αυτό αποτυπώνει την οποία εκπαίδευση αυτοί λαμβάνουν κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από ερωτήσεις, που αφορούν στην καρδιακή ανεπάρκεια και παρερμηνείες σχετικά με αυτή, τα συμπτώματά της και την αναγνώριση αυτών, τη διατροφή, τη σωματική δραστηριότητα και τη φαρμακευτική αγωγή των ασθενών. Οι σωστές απαντήσεις βαθμολογήθηκαν με 3, οι λάθος απαντήσεις με 1 και οι μερικώς σωστές απαντήσεις με 2. Χαμηλότερη βαθμολογία υποδεικνύει μικρότερο βαθμό εκπαίδευσης των ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια. Έφ'οσον δεν υπάρχει σαφές πρόγραμμα εκπαίδευσης για τους ασθενείς με ΚΑ, η αξιολόγηση της εκπαίδευσης έγινε με βάση τα υπάρχοντα μέσα, δηλαδή το ένημερωτικό φυλλάδιο έξόδου και τις οδηγίες από τον θεράποντα ιατρό ως προς τη φαρμακευτική αγωγή, τη δίαιτα, τη φυσική δραστηριότητα και τον επανέλεγχο.

2.11. Αξιολόγηση των γνώσεων των ασθενών με ΚΑ για τη νόσο τους.

Όμοίως, όπως και για την εκπαίδευση, η αξιολόγηση των γνώσεων των ασθενών σχετικά με τη νόσο πραγματοποιήθηκε με ένα ερωτηματολόγιο 10 ερωτήσεων, οι οποίες αφορούσαν στην επίγνωση και στη διαχείριση της κλινικής τους κατάστασης, αποδεχόμενοι ότι αυτό αποτυπώνει τις οποίες γνώσεις αποκτήθηκαν κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους. Η μορφή της πλειοψηφίας των απαντήσεων ήταν ναι/όχι, οι οποίες βαθμολογήθηκαν με 1 και 0, αντίστοιχα. Η ερώτηση, που εξέταζε τη γνώση του αίτιου της συμφόρησης, είχε τρεις πιθανές απαντήσεις: καρδιά, πνεύμονες και νεφροί, οι οποίες βαθμολογήθηκαν με 1, ενώ, όταν οι ασθενείς δεν γνώριζαν την απάντηση, βαθμολογήθηκαν με 0. Τέλος, στην ερώτηση σχετικά με το ποιο είναι το βάρος 1L νερού, οι σωστές απαντήσεις βαθμολογήθηκαν με 1 και οι λάθος με 0. Η συνολική βαθμολογία είχε εύρος 0-10. Χαμηλότερη βαθμολογία υποδεικνύει έλλειψη γνώσεων των ασθενών για τη νόσο τους.

2.12. Καταληκτικά σημεία.

Πρωτεύοντα καταληκτικά σημεία της μελέτης ήταν η κατάσταση γενικής υγείας των ασθενών και η ποιότητα ζωής τους στην έτήσια παρακολούθηση, ενώ δευτερεύον καταληκτικό σημείο αποτέλεσε η πιθανότητα επανανοσηλείας εντός 1 έτους μετά την πρώτη νοσηλεία. Επίσης, προσπαθήσαμε να αναδείξουμε πιθανές διαφοροποιήσεις στα αποτελέσματά μας, ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο των ασθενών. Για τους ασθενείς που κατέληξαν, ο θάνατός τους καταγράφηκε ως γεγονός, ακολουθούμενος από την ημερομηνία και την αιτιολογία θανάτου, όπως προέκυψε από τα Ιατρικά αρχεία.

2.13. Στατιστική ανάλυση.

Οι συνεχείς μεταβλητές παρουσιάζονται ως μέση τιμή ± τυπική απόκλιση, ενώ οι κατηγορικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως απόλυτες τιμές και σχετικές συχνότητες. Η παρούσα μελέτη αξιολόγησε την επίδραση της εκπαίδευσης και των γνώσεων των ασθενών με ΚΑ για τη νόσο τους, στη γενική τους υγεία, στην ποιότητα ζωής και τον αριθμό επανανοσηλείων στην έτήσια παρακολούθηση. Για το λόγο αυτό, δημιουργήσαμε δύο λανθάνουσες μεταβλητές, το Σκόρ εκπαίδευσης και το Σκόρ γνώσεων, ως τη συνολική βαθμολογία που προέκυψε από τα ερωτηματολόγια εκπαίδευσης και γνώσεων, αντίστοιχα, με στόχο να εξετάσουμε, πώς η μεταβλητότητα του επιπέδου γνώσεων και του βαθμού εκπαίδευσης των ασθενών επηρεάζει τα καταληκτικά σημεία της μελέτης. Χρησιμοποιήθηκαν μοντέλα γραμμικής παλινδρόμησης, για να ελέγξουν τη σχέση μεταξύ του Σκόρ εκπαίδευσης και του Σκόρ γνώσεων με τη γενική υγεία και την ποιότητα ζωής των ασθενών. Η σχέση μεταξύ του Σκόρ εκπαίδευσης και του Σκόρ γνώσεων με την πιθανότητα επανανοσηλείας, 1 έτος μετά την πρώτη εισαγωγή στο νοσοκομείο, ελέγχθηκε με μοντέλο λογιστικής παλινδρόμησης. Όλα τα μοντέλα διορθώθηκαν ως προς την ηλικία, το βάρος, την ισχαιμική καρδιακή ανεπάρκεια, το μορφωτικό επίπεδο, την αρτηριακή υπέρταση, το σακχαρώδη διαβήτη, τη δυσλιπιδαιμία, την εμφύτευση απινιδωτή, τις καπνιστικές συνήθειες και το MedDietScore. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται ως μεταβολή των

καταληκτικῶν σημείων για κάθε μονάδα αύξησης τῶν σκῶρ (β) στη γραμμική παλινδρόμηση ὡς σχετικὸς λόγος συμπληρωματικῶν πιθανοτήτων (ΣΛ) στη λογιστική παλινδρόμηση καὶ 95% διάστημα ἐμπιστοσύνης. Ὅλες οἱ ἀναφερόμενες τιμές P_{value} βασίζονται ἀμφίπλευρα. Τὸ στατιστικὸ πακέτο SPSS 23.0 (Statistical Package for Social Sciences, SPSS Inc., Chicago, Illinois, ΗΠΑ) χρησιμοποιήθηκε για ὅλες τὶς στατιστικὲς ἀναλύσεις.

3. Ἀποτελέσματα.

Ἡ παρούσα μελέτη περιελάμβανε συνολικὰ 224 ἀσθενεῖς. Τὸ δείγμα περιελάμβανε 155 ἄνδρες (69%) ἡλικίας 73 ± 11 ἐτῶν καὶ 69 γυναῖκες (31%) ἡλικίας 75 ± 11 ἐτῶν. Τὰ ἀνθρωπομετρικὰ χαρακτηριστικὰ καὶ τὸ ἱατρικὸ ἱστορικὸ τῶν ἀσθενῶν, ποὺ εἰσήχθησαν στὴ μελέτη, παρουσιάζονται στὸν Πίνακα 3.1.

3.1. Ἐπίδραση τοῦ βαθμοῦ ἐκπαίδευσης τῶν ἀσθενῶν με ΚΑ στὴ γενικὴ ὑγεία, στὴν ποιότητα ζωῆς καὶ στὸν ἀριθμὸ ἐπανανοσηλειῶν στὴν ἐτήσια παρακολούθηση.

Στὴ συγκεκριμένη μελέτη διερευνήθηκε ἡ σχέση

μεταξύ τοῦ βαθμοῦ ἐκπαίδευσης τῶν ἀσθενῶν (Σκὸρ ἐκπαίδευσης) με τὴ γενικὴ τους ὑγεία, τὴν ποιότητα ζωῆς τους καὶ τὴν πιθανότητα ἐπανανοσηλείας, σὲ χρονικὸ διάστημα ἑνὸς ἔτους ἀπὸ τὴν πρώτη νοσηλεία. Πιο συγκεκριμένα, μελετήθηκε τὸ ἐπίπεδο ἐκπαίδευσης τῶν ἀσθενῶν στὴ νόσο τους, σὲ σχέση με τὰ προαναφερθέντα καταληκτικὰ σημεία, διορθωμένο ὡς πρὸς τὴν ἡλικία, τὸ βάρος, τὴν ἐγκατεστημένη ἰσχαιμικὴ ΚΑ, τὸ ἱατρικὸ ἱστορικὸ, τὶς καπνιστικὲς συνήθειες καὶ τὸ ἐπίπεδο μόρφωσης (Μοντέλο 1), ὅπου ἀρχικὰ διακρίνεται στατιστικὰ σημαντικὴ ἐπίδραση μόνο στὸν ἀριθμὸ τῶν ἐπανανοσηλειῶν. Στὴ συνέχεια, ὅμως, διερευνήθηκε, ἐὰν ἡ προσθήκη τῆς προσκόλλησης στὴ Μεσογειακὴ διατροφή (Μοντέλο 2), ἐκφραζόμενη ὡς MedDietScore, ἐπηρεάζει τὴν ἐπίδραση τοῦ βαθμοῦ ἐκπαίδευσης τῶν ἀσθενῶν ὡς πρὸς τὰ καταληκτικὰ σημεία. Παρατηρήθηκε ὅτι ἡ Μεσογειακὴ διατροφή παίζει συγχυτικὸ ρόλο μόνο στὴ σχέση τοῦ βαθμοῦ ἐκπαίδευσης τῶν ἀσθενῶν καὶ τῆς πιθανότητας ἐπανανοσηλείας, καθὼς ἐπηρεάζει τὴ στατιστικὴ σημαντικότητα τοῦ μοντέλου, ὀδηγώντας τελικὰ στὸ συμπέρασμα, ὅτι δὲν ὑπάρχει σημαντικὴ ἐπίδραση τοῦ σκῶρ ἐκπαίδευσης στὰ

Πίνακας 3.1. Ἀνθρωπομετρικὰ χαρακτηριστικὰ καὶ ἱατρικὸ ἱστορικὸ τῶν $n=224$ ἀσθενῶν τῆς μελέτης.

	Ἄνδρες $n_1=155$	Γυναῖκες $n_2=69$
Ἡλικία (ἔτη)	73.33 ± 11.43	75.0 ± 11.41
ΔΜΣ (kg/m²)	29.56 ± 7.26	27.85 ± 7.7
MedDietScore (0-55)	30.51 ± 4.32	30.89 ± 4.12
Καπνιστικὲς συνήθειες		
Μὴ καπνιστὲς	43 (27.7%)	33 (47.8%)
Πρώην καπνιστὲς	68 (43.9%)	15 (21.7%)
Καπνιστὲς	23 (14.8%)	10 (14.5%)
Ἱστορικὸ Ἰσχαιμικῆς ΚΑ (ναὶ)	66 (42.6%)	15 (21.7%)
Ἱστορικὸ Ὑπέρτασης (ναὶ)	88 (56.8%)	42 (60.9%)
Ἱστορικὸ ΔΣ τύπου II (ναὶ)	62 (40.0%)	25 (36.2%)
Ἱστορικὸ Δυσλιπιδαιμίας (ναὶ)	76 (49.0%)	32 (46.4%)

Πίνακας 3.2. Αποτελέσματα μοντέλων πολλαπλής παλινδρόμησης, που εκτιμούν τη σχέση του επιπέδου εκπαίδευσης των ασθενών και των 3 καταληκτικών σημείων της ανάλυσης.

Καταληκτικά σημεία	Γενική Ύγεια β		Ποιότητα ζωής β9		Έπανενοσηλεία ΣΛ	
	(95% ΔΕ)	P	(95% ΔΕ)	P	(95% ΔΕ)	P
Μοντέλο 1 Σκór εκπαίδευσης	0.08	0.18	0.09	0.83	0.68	0.03
+ ηλικία, βάρος, ισχαιμική ΚΑ, μορφωτικό επίπεδο, ΑΥ, ΣΔ, δυσλιπιδαιμία, άπινιδωτής, κάπνισμα	(0.66, 1.53)		(0.65, 1.55)		(0.47, 0.97)	
Μοντέλο 2 Σκór εκπαίδευσης	0.08	0.18	-0.01	0.98	0.00	0.93
+ ηλικία, βάρος, ισχαιμική ΚΑ, μορφωτικό επίπεδο, ΑΥ, ΣΔ, δυσλιπιδαιμία, άπινιδωτής, κάπνισμα + MedDietScore	(0.65, 1.55)		(0.62, 1.62)			

ΚΑ: Καρδιακή Άνεπάρκεια, ΑΥ: Άρτηριακή Ύπέρταση, ΣΔ: Σακχαρώδης Διαβήτης

τρία καταληκτικά σημεία για το συγκεκριμένο δείγμα πληθυσμού. Τα αποτελέσματα παρατίθενται στον Πίνακα 3.2.

3.2. Επίδραση των γνώσεων των ασθενών με ΚΑ στη γενική υγεία, στην ποιότητα ζωής και στον αριθμό έπανενοσηλειών στην éτήσια παρακολούθηση.

Η διερεύνηση της σχέσης των γνώσεων (Σκór γνώσεων) των ασθενών με ΚΑ, με τα τρία καταληκτικά σημεία, αλλά και ο ρόλος της Μεσογειακής διατροφής μελετήθηκε με την ίδια μεθοδολογία, τα αποτελέσματα της οποίας παρατίθενται στον Πίνακα 3.3. Πιο συγκεκριμένα, μελετήθηκε το επίπεδο γνώσεων των ασθενών για την πάθησή τους, σε σχέση με τα προαναφερθέντα καταληκτικά σημεία, διορθωμένο ως προς την ηλικία, το βάρος, την έγκατεστημένη ισχαιμική ΚΑ, το ίατρικό ιστορικό, τις καπνιστικές συνήθειες και το επίπεδο μόρφωσης. Δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική επίδραση του σκór γνώσεων σε κανένα από τα καταληκτικά σημεία για το δείγμα του πληθυσμού, ενώ και η Μεσογειακή διατροφή, έκφραζόμενη ως

MedDietScore, δεν αποτελεί συγχυτικό παράγοντα.

3.3. Επίδραση των γνώσεων των ασθενών με ΚΑ στη γενική υγεία, στην ποιότητα ζωής και στον αριθμό έπανενοσηλειών στην éτήσια παρακολούθηση, ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο.

3.3.1. Ασθενείς με <6 έτη εκπαίδευσης.

58 ασθενείς του δείγματος (25,9%) είχαν έως 6 έτη εκπαίδευσης, εκ των οποίων οι 34 ήσαν άνδρες και οι 24 γυναίκες. Στην παρούσα ανάλυση διερευνήθηκε η σχέση μεταξύ των γνώσεων των συγκεκριμένων ασθενών με τη γενική τους υγεία, την ποιότητα ζωής τους και την πιθανότητα έπανενοσηλείας, σε χρονικό διάστημα ενός έτους από την πρώτη νοσηλεία. Πιο συγκεκριμένα, μελετήθηκαν οι βαθμολογίες των ασθενών στα δύο ερωτηματολόγια γνώσεων, σε σχέση με τα προαναφερθέντα καταληκτικά σημεία, διορθωμένες ως προς την ηλικία, το βάρος, την έγκατεστημένη ισχαιμική ΚΑ, το ίατρικό ιστορικό, τις καπνιστικές συνήθειες και την ύπαρξη άπινιδωτή (Μοντέλο 1). Στη συνέχεια διερευνήθηκε, εάν η προσθήκη της προσκόλλησης στη Μεσογειακή διατρο-

Πίνακας 3.3. Αποτελέσματα μοντέλων πολλαπλής παλινδρόμησης, που εκτιμούν τη σχέση των γνώσεων των ασθενών και των 3 καταληκτικών σημείων της ανάλυσης.

Καταληκτικά σημεία	Γενική Ύγεια ΣΛ		Ποιότητα ζωής ΣΛ		Έπανανοσηλεία ΣΛ	
	(95% ΔΕ)	P	(95% ΔΕ)	P	(95% ΔΕ)	P
Μοντέλο 1 Σκόρ εκπαίδευσης	-0.07	0.62	1.54	0.15	1.05	0.79
+ ηλικία, βάρος, ισχαιμική ΚΑ, μορφωτικό επίπεδο, ΑΥ, ΣΔ, δυσλιπιδαιμία, άπινιδωτής, κάπνισμα	(0.90, 1.10)		(0.89, 1.12)		(0.72, 1.52)	
Μοντέλο 2 Σκόρ εκπαίδευσης	-0.07	0.62	1.50	0.17	0.97	0.93
+ ηλικία, βάρος, ισχαιμική ΚΑ, μορφωτικό επίπεδο, ΑΥ, ΣΔ, δυσλιπιδαιμία, άπινιδωτής, κάπνισμα + MedDietScore	(0.90, 1.11)		(0.88, 1.12)		(0.56, 1.68)	

ΚΑ: Καρδιακή Άνεπάρκεια, ΑΥ: Άρτηριακή Ύπέρταση, ΣΔ: Σακχαρώδης Διαβήτης

φή (Μοντέλο 2), έκφραζόμενη ως MedDietScore, επηρεάζει την επίδραση του βαθμού εκπαίδευσης των ασθενών ως προς τα καταληκτικά σημεία.

Παρατηρήθηκε ότι μεγαλύτερη βαθμολογία και στα δύο ερωτηματολόγια σχετίζεται με βελτίωση στην ποιότητα ζωής των ασθενών με <6 έτη εκπαίδευσης. Η προσθήκη της Μεσογειακής διατροφής στα μοντέλα μειώνει το βαθμό επίδρασης των score ($\beta=1,95$), παρόλα αυτά, και για τα δύο σκόρ, το εύρημα δεν είναι στατιστικά σημαντικό. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικότερα στους Πίνακες 3.4 & 3.5.

3.3.2. Ασθενείς με >9 έτη εκπαίδευσης.

48 ασθενείς του δείγματος (21,4%) είχαν >9 έτη εκπαίδευσης, εκ των οποίων οι 40 ήσαν άνδρες και οι 8 γυναίκες. Πραγματοποιήσαμε την ίδια στατιστική ανάλυση για το συγκεκριμένο υποσύνολο του δείγματος και τα αποτελέσματα εμφανίζονται αναλυτικά στους Πίνακες 3.6 & 3.7

Παρατηρήσαμε ότι υψηλότερη βαθμολογία στο Σκόρ Έκπαίδευσης (Πίνακας 3.6) σχετίζεται με βελτίωση της γενικής υγείας των ασθενών. Η διόρθωση

του μοντέλου, ως προς το MedDietScore, ανέδειξε μία θετική συσχέτιση του Σκόρ εκπαίδευσης με την ποιότητα ζωής ($\beta=1,95$), με την επίδραση να παραμένει μη στατιστικά σημαντική. Έπομένως, η Μεσογειακή διατροφή δεν λειτουργεί ως συγχυτικός παράγοντας.

Όσον αφορά στο Σκόρ γνώσεων (Πίνακας 3.7), θετική συσχέτιση υπήρξε μόνο μεταξύ του Σκόρ γνώσεων και της γενικής υγείας των ασθενών, όπου η Μεσογειακή διατροφή δεν έχει συγχυτικό ρόλο, καθώς και στις δύο υποπεριπτώσεις τα αποτελέσματά μας είναι μη στατιστικά σημαντικά.

4. Συζήτηση.

Η παρούσα μελέτη επιχείρησε να αναδείξει μοντέλα συσχέτισης μεταξύ σύγχρονων πρακτικών και της βελτίωσης της ποιότητας ζωής και του αριθμού των επανανοσηλειών σε ασθενείς με συστολική ΚΑ. Καθώς στην Ελλάδα δεν υπάρχουν επίσημα θεσμοθετημένα προγράμματα αποκατάστασης σε αυτή την κατηγορία ασθενών, προσπαθήσαμε να αξιολογήσουμε, μέσα από σκόρ βαθμολογίας, το επίπεδο των γνώσεων των ασθενών για την πάθη-

Πίνακας 3.4. Αποτελέσματα μοντέλων πολλαπλής παλινδρόμησης, που εκτιμούν τη σχέση της εκπαίδευσης και των 3 καταληκτικών σημείων της ανάλυσης.

Καταληκτικά σημεία	Γενική Ύγεια ΣΛ		Ποιότητα ζωής ΣΛ		Έπανάνοσηλεια ΣΛ	
	(95% ΔΕ)	P	(95% ΔΕ)	P	(95% ΔΕ)	P
Μοντέλο 1 Σκór εκπαίδευσης	-0.17	0.25	2.19	0.51	-	-
+ ηλικία, βάρος, ισχαιμική ΚΑ, μορφωτικό επίπεδο, ΑΥ, ΣΔ, δυσλιπιδαιμία, άπινιδωτής, κάπνισμα	(0.82, 1.22)		(0.82, 1.22)			
Μοντέλο 2 Σκór εκπαίδευσης	-0.16	0.18	1.95	0.57	-	-
+ ηλικία, βάρος, ισχαιμική ΚΑ, μορφωτικό επίπεδο, ΑΥ, ΣΔ, δυσλιπιδαιμία, άπινιδωτής, κάπνισμα + MedDietScore	(0.82, 1.22)		(0.82, 1.22)			

ΚΑ: Καρδιακή Άνεπάρκεια, ΑΥ: Άρτηριακή Ύπέρταση, ΣΔ: Σακχαρώδης Διαβήτης

Πίνακας 3.5. Αποτελέσματα μοντέλων πολλαπλής παλινδρόμησης, που εκτιμούν τη σχέση των γνώσεων και των 3 καταληκτικών σημείων της ανάλυσης.

Καταληκτικά σημεία	Γενική Ύγεια ΣΛ		Ποιότητα ζωής ΣΛ		Έπανάνοσηλεια ΣΛ	
	(95% ΔΕ)	P	(95% ΔΕ)	P	(95% ΔΕ)	P
Μοντέλο 1 Σκór εκπαίδευσης	-0.06	0.38	2.17	0.10	-	-
+ ηλικία, βάρος, ισχαιμική ΚΑ, μορφωτικό επίπεδο, ΑΥ, ΣΔ, δυσλιπιδαιμία, άπινιδωτής, κάπνισμα	(0.28, 3.47)		(0.29, 3.47)			
Μοντέλο 2 Σκór εκπαίδευσης	-0.05	0.46	1.95	0.14	-	-
+ ηλικία, βάρος, ισχαιμική ΚΑ, μορφωτικό επίπεδο, ΑΥ, ΣΔ, δυσλιπιδαιμία, άπινιδωτής, κάπνισμα + MedDietScore	(0.27, 3.6)		(0.27, 3.6)			

ΚΑ: Καρδιακή Άνεπάρκεια, ΑΥ: Άρτηριακή Ύπέρταση, ΣΔ: Σακχαρώδης Διαβήτης

Πίνακας 3.6. Αποτελέσματα μοντέλων πολλαπλής παλινδρόμησης, που εκτιμούν τη σχέση της εκπαίδευσης και των 3 καταληκτικών σημείων της ανάλυσης.

Καταληκτικά σημεία	Γενική Ύγεια ΣΛ		Ποιότητα ζωής ΣΛ		Έπανάνοσηλεια ΣΛ	
	(95% ΔΕ)	P	(95% ΔΕ)	P	(95% ΔΕ)	P
Μοντέλο 1 Σκór εκπαίδευσης	0.23	0.46	-0.62	0.81	672.4	0.9
+ ηλικία, βάρος, ισχαιμική ΚΑ, μορφωτικό επίπεδο, ΑΥ, ΣΔ, δυσλιπιδαιμία, άπινιδωτής, κάπνισμα	(0.49, 2.00)		(0.49, 2.00)			
Μοντέλο 2 Σκór εκπαίδευσης	0.33	0.33	1.95	0.57	0.0	0.9
+ ηλικία, βάρος, ισχαιμική ΚΑ, μορφωτικό επίπεδο, ΑΥ, ΣΔ, δυσλιπιδαιμία, άπινιδωτής, κάπνισμα + MedDietScore	(0.44, 2.26)		(0.82, 1.22)			

ΚΑ: Καρδιακή Άνεπάρκεια, ΑΥ: Άρτηριακή Ύπέρταση, ΣΔ: Σακχαρώδης Διαβήτης

Πίνακας 3.7. Αποτελέσματα μοντέλων πολλαπλής παλινδρόμησης, που εκτιμούν τη σχέση των γνώσεων και των 3 καταληκτικών σημείων της ανάλυσης.

Καταληκτικά σημεία	Γενική Ύγεια ΣΛ		Ποιότητα ζωής ΣΛ		Έπανάνοσηλεια ΣΛ	
	(95% ΔΕ)	P	(95% ΔΕ)	P	(95% ΔΕ)	P
Μοντέλο 1 Σκór εκπαίδευσης	0.10	0.22	-0.83	0.22	0.08	0.9
+ ηλικία, βάρος, ισχαιμική ΚΑ, μορφωτικό επίπεδο, ΑΥ, ΣΔ, δυσλιπιδαιμία, άπινιδωτής, κάπνισμα	(0.67, 1.47)		(0.67, 1.47)			
Μοντέλο 2 Σκór εκπαίδευσης	0.10	0.22	-0.88	0.17	0.02	0.9
+ ηλικία, βάρος, ισχαιμική ΚΑ, μορφωτικό επίπεδο, ΑΥ, ΣΔ, δυσλιπιδαιμία, άπινιδωτής, κάπνισμα + MedDietScore	(0.27, 3.6)		(0.67, 1.47)			

ΚΑ: Καρδιακή Άνεπάρκεια, ΑΥ: Άρτηριακή Ύπέρταση, ΣΔ: Σακχαρώδης Διαβήτης

σή τους και τὸ επίπεδο τῆς ἐκπαίδευσης πού αὐτοὶ ἔχουν λάβει, κατὰ τὴ διάρκεια τῆς νοσηλείας τους, ὥστε νὰ μποροῦν νὰ ἀντιμετωπίσουν μελλοντικὰ προβλήματα, πού ἀνακύπτουν ἀπὸ τὴν ἀγωγή τους καὶ ἀπὸ τὶς ὑποτροπὲς τῆς νόσου. Στὴ συνέχεια, στὴν ἐτήσια παρακολούθηση, προσπαθήσαμε νὰ καταδείξουμε τὴ θετικὴ συσχέτιση τοῦ αὐξημένου σκὸρ γνώσεων καὶ ἐκπαίδευσης στὴν ποιότητα τῆς ζωῆς καὶ στὸν ἀριθμὸ τῶν ἐπανανοσηλειῶν. Ἐπίσης, ἐπιχειρήσαμε νὰ προσδιορίσουμε ὁμάδες ἀσθενῶν, πού, ἐνδεχομένως, θὰ εἶχαν μεγαλύτερη ἀνάγκη γιὰ παρέμβαση, ἀναλόγως τοῦ μορφωτικοῦ ἐπιπέδου.

Ἀρχικὰ, λοιπόν, φάνηκε θετικὴ ἐπίδραση τοῦ σκὸρ ἐκπαίδευσης τῶν ἀσθενῶν στὸν ἀριθμὸ τῶν ἐπανανοσηλειῶν, πού με τὴν προσθήκη τοῦ βαθμοῦ προσκόλλησης στὴ Μεσογειακὴ διατροφή (MedDietScore) ἀπώλεσε τὴ στατιστικὴ σημαντικότητά της. Φαίνεται, πὼς οἱ ἀσθενεῖς αὐτοὶ δὲν ἀκολουθοῦν ἕναν ὑγιεινὸ τρόπο ζωῆς καὶ διατροφῆς, μὲ ἀποτέλεσμα ἡ ὁποία ἐκπαίδευση λαμβάνουν νὰ χάνει τὴ σημασία της, γεγονός πού συνάδει μὲ εὐρήματα παλαιότερων μελετῶν, πού ἀποδίδουν τὴν αὐξηση τῶν ἐπανανοσηλειῶν σὲ κακὴ συμμόρφωση με τὶς ὑγιεινοδιαιτητικὲς ὁδηγίες^{21,22}. Φαίνεται, πὼς τὸ διαιτολόγιο “ἐλέγχει”, κατὰ κάποιον τρόπο, τὸ βαθμὸ ἐκπαίδευσης, μιᾶς κα, ἐνῶ οἱ ἀσθενεῖς ἀπαντοῦν ὡς νὰ ἔχουν ἐκπαιδευθεῖ, δὲν ἀκολουθοῦν τὶς ὑγιεινοδιαιτητικὲς ὁδηγίες, μὲ ἀποτέλεσμα τὴν αὐξηση τῶν ἐπανανοσηλειῶν. Ἀντίστοιχα μὲ τὰ παραπάνω, ἡ ἔλλειψη σημαντικῆς ἐπίδρασης τοῦ σκὸρ γνώσεων στὰ τρία καταληκτικὰ σημεῖα μπορεῖ νὰ ἐρμηνευθεῖ με ἀνάλογο σκεπτικὸ, καθὼς γνώσεις πού ἔχουν ἀποκτηθεῖ μὲσφ τῆς ἐνημέρωσης, ἀπὸ τὸ ἰατρονοσηλευτικὸ προσωπικὸ ἢ ἀπὸ ἀτομικὲς ἐμπειρίες, συχνὰ μπορεῖ νὰ μὴ βρίσκουν ἐφαρμογὴ στὴν καθημερινότητα τῶν ἀσθενῶν, λόγω τῆς ἀδυναμίας συμμόρφωσης μὲ τὶς ὁδηγίες, γεγονός πού προϋποθέτει σημαντικὴ μεταβολὴ τῶν ὑγιεινοδιαιτητικῶν συνηθειῶν καὶ τῆς κουλτούρας.

Στὴν ἑλληνικὴ πραγματικότητα, ὁ ἀσθενὴς ἀντιμετωπίζει ἀρχικὰ τὴ διάγνωση τῆς ΚΑ με τὴν ἀντίστοιχη ψυχολογικὴ ἐπιβάρυνση καὶ στὴ συνέχεια ἕνα πλῆθος πληροφοριῶν, ἐξετάσεων καὶ γραπτῶν ὁδηγιῶν, τὶς ὁποῖες καλεῖται νὰ υἱοθετήσῃ μὲ τὴ βοήθεια τοῦ καρδιολόγου τῆς πρωτοβάθμιας περίθαλ-

ψης. Ἡ σωστὴ παρακολούθηση καὶ ἐποπτεία τῶν ἀσθενῶν ἀπουσιάζει, καθὼς καὶ ἡ ἐπικαιροποίηση τῶν ὁδηγιῶν, προοπτικὲς πού ἐξυπηρετοῦνται ἀπὸ ἕνα καλὰ θεσμοθετημένο καὶ δομημένο πρόγραμμα ἀποκατάστασης¹⁴. Σὲ αὐτό, ἄξονες πρέπει νὰ εἶναι ἡ προσέγγιση τοῦ προβλήματος ἀπὸ ὁμάδα εἰδικῶν καὶ ἡ ἐνεργὴ ἐμπλοκὴ τοῦ ἀσθενοῦς καὶ τῆς οἰκογένειάς του, μὲ σκοπὸ τὴ βελτίωση τῆς θεραπευτικῆς μετὰβασης ἀπὸ τὸ νοσοκομεῖο στὸ σπίτι²³.

Στὴ συνέχεια, ἐπιχειρήσαμε νὰ προσδιορίσουμε ὁμάδες ἀσθενῶν, πού ἐνδεχομένως, θὰ εἶχαν μεγαλύτερη ἀνάγκη γιὰ παρέμβαση, ἀναλόγως τοῦ μορφωτικοῦ τους ἐπιπέδου, ἀκολουθώντας τὰ εὐρήματα τῆς μελέτης ΑΤΤΙCΑ²⁴, ἡ ὁποία ἀνέδειξε, ὅτι τὸ χαμηλὸ μορφωτικὸ ἐπίπεδο σχετίζεται μὲ αὐξημένο καρδιαγγειακὸ κίνδυνο. Οἱ ἀσθενεῖς μὲ μορφωτικὸ ἐπίπεδο 6-9 ἐτῶν φοίτησης ἦσαν ἀνεπαρκεῖς ἀριθμητικὰ γιὰ ἐξαγωγή συμπερασμάτων καὶ ἔτσι ἐστῖ-ἀσαμε στὴν ὁμάδα χαμηλῆς μόρφωσης (<6 ἔτη φοίτησης) καὶ στὴν ὁμάδα ὑψηλότερου μορφωτικοῦ ἐπιπέδου (>9 ἔτη φοίτησης). Τὰ ἀποτελέσματά μας δὲν ἀπέχον ἀπὸ αὐτὰ τοῦ συνόλου, καθὼς δὲν ἀναδείχθηκε στατιστικὰ σημαντικὴ εὐεργετικὴ συσχέτιση τῆς ἐκπαίδευσης καὶ τῶν γνώσεων, μὲ τὴν ποιότητα ζωῆς καὶ τὶς ἐπανανοσηλείες στὰ δύο γκρούπ, ἂν καὶ ἐπιμέρους θετικὲς τάσεις βρέθηκαν στὴν ὁμάδα χαμηλοῦ μορφωτικοῦ ἐπιπέδου μεταξὺ τῶν δύο σκὸρ καὶ τῆς ποιότητας ζωῆς τους, ἐνῶ στὴν ὁμάδα μὲ ὑψηλότερο μορφωτικὸ ἐπίπεδο ἀναδείχθηκε θετικὴ συσχέτιση τοῦ σκὸρ ἐκπαίδευσης μὲ τὴν ποιότητα ζωῆς καὶ τοῦ σκὸρ γνώσεων, μὲ τὴ γενικὴ ὑγεία τῶν ἀσθενῶν. Λαμβάνοντας ὑπ' ὄψιν τὸ μικρὸ πληθυσμὸ τοῦ δείγματος, διαμορφώνεται ἡ ἀντίληψη, ὅτι πρόσωπα μὲ χαμηλὸ μορφωτικὸ ἐπίπεδο ἴσως νὰ ὠφελοῦνται περισσότερο ἀπὸ τὴν ἐκπαίδευση καὶ τὴν ἀπόκτηση γνώσεων γιὰ τὴν πάθησή τους, καθὼς αὐτὰ τὰ πρόσωπα υἱοθετοῦν λιγότερο ὑγιεινὸ τρόπο ζωῆς καὶ διατροφῆς^{25,26}.

5. Περιορισμοί.

Ἐπὶ τοῦ ἐπιπέδου τῆς ἐρωτηματολογίων γνώσεων καὶ ἐπιμόρφωσης στὴν πάθηση γιὰ τὸν ἑλληνικὸ πληθυσμὸ. Γιὰ τὸ λόγο αὐτὸ χρησιμοποιοῦνταν διαφορετικὴ κωδικοποίηση ἀπὸ τὴν ἀναφερόμενη στὴ βιβλιογραφία. Δὲν ὑπάρχουν

αντίστοιχες ελληνικές μελέτες, όποτε η διεξαγωγή συμπερασμάτων χρήζει περαιτέρω έρευνας. Υπήρξαν ασθενείς που χάθηκε ή παρακολούθησή τους από το αρχικό δείγμα, ενώ πιθανές μεταβολές στο επίπεδο γνώσεων και αντίληψης για την πάθησή τους στην πορεία του χρόνου, εντός του χρονικού διαστήματος τής μελέτης, δεν ήταν δυνατό να γνωστοποιηθούν. Έτσι, στην ανάλυση των δεδομένων λήφθηκε υπ' όψιν η αρχική κατάσταση επιπέδου

γνώσεων και επιμόρφωσης. Επίσης, στην προσπάθεια κατάδειξης ομάδων ασθενών με μεγαλύτερη ανάγκη για παρέμβαση, αναλόγως του επιπέδου σπουδών, είχαμε στοιχεία μόνο για το 50% του δείγματος (122 ασθενείς: 58 με <6 έτη, 16 με 6-9 έτη και 48 με >9 έτη). Ός εκ τούτου, δεν ήταν δυνατή η ανάλυση για ασθενείς με διάρκεια σπουδών 6-9 έτη, καθώς ήταν πολύ μικρός ο αριθμός τους στο δείγμα μας. ■

Συμπερασματικά

Η καρδιακή ανεπάρκεια είναι ένα συνεχώς διογκούμενο πρόβλημα, που επιβαρύνει σημαντικά τόσο το άτομο όσο και την κοινωνία, καθώς η αντιμετώπισή της είναι δυσχερής, απαιτεί ακριβή φαρμακευτική αγωγή, έπισταμένη παρακολούθηση από τον Ιατρό, συνέπεια και συμμόρφωση με τις οδηγίες από τον ασθενή, ενώ η πιθανότητα επανανοσηλειών είναι ύψηλη και η θνησιμότητα και θνητότητα παραμένουν αυξημένες. Η αντιμετώπισή της φαίνεται πως πρέπει να είναι έργο ομάδας ειδικών και, πλέον, υπό τις διαμορφούμενες συνθήκες, ενός προγράμματος αποκατάστασης και συνεχούς παρακολούθησης, ώστε να επιβιβαιώνεται ή συμμόρφωση, να επικαιροποιούνται οι οδηγίες και να παρέχεται η απαραίτητη ψυχοκοινωνική υποστήριξη.

Στην ελληνική πραγματικότητα, όμως, όπου ο ασθενής έρχεται αντιμετώπος αρχικά με τη διάγνωση τής καρδιακής ανεπάρκειας και στη συνέ-

χεια με ένα πλήθος άκατέργαστων πληροφοριών, έξετάσεων και γραπτών οδηγιών, που δύσκολα μετουσιώνονται σε παράγοντα μεταβολής των διατροφικών συνηθειών, ή όποια εκπαίδευση αυτοί λαμβάνουν από το Ιατρονοσηλευτικό προσωπικό των νοσοκομείων και τής πρωτοβάθμιας περίθαλψης, καθώς και οι γνώσεις που αποκτούν, φαίνεται πως δεν έχουν σημαντική επίδραση τόσο στην ποιότητα ζωής όσο και στον αριθμό των επανανοσηλειών, πιθανώς λόγω κακής συμμόρφωσης. Ωστόσο, λαμβάνοντας υπ' όψιν και τους περιορισμούς τής παρούσας έργασίας, κρίνεται σκόπιμη η περαιτέρω διερεύνηση, μέσω προοπτικών παρεμβατικών μελετών, μέσα από διάφορα μοντέλα προγραμμάτων αποκατάστασης είτε ένδο νοσοκομειακά είτε έξω νοσοκομειακά, ώστε να βρεθεί η κατάλληλη φόρμουλα, για τα ελληνικά δεδομένα, ολοκληρωμένης αντιμετώπισης αυτών των ασθενών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Hunt SA, Abraham WT, Chin MH, Feldman AM, Francis GS, Ganiats TG, et al. 2009 Focused update incorporated into the ACC/AHA 2005 Guidelines for the Diagnosis and Management of Heart Failure in Adults A Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines Developed in Collaboration With the International Society for Heart and Lung Transplantation. *J Am Coll Cardiol* 2009; 53: e1-e90.
- Stewart AL, Greenfield S, Hays RD, Wells K, Rogers WH, Berry SD, McGlynn EA, Ware JE, Jr. Functional status and well-being of patients with chronic conditions. Results from the medical outcomes study. *JAMA : the journal of the American Medical Association*. 1989;262:907-913.
- Jaarsma T. Inter-professional team approach to patients with heart failure. *Heart*. 2005;91:832-838.
- Burns RB, McCarthy EP, Moskowitz MA, Ash A, Kane RL, Finch M. Outcomes for older men and women with congestive heart failure. *J Am Geriatr Soc* 1997;45:276-80.

5. Krumholz HM, Parent EM, Tu N, Vaccarino V, Wang Y, Radford M, et al. Readmission after hospitalisation for congestive heart failure among Medicare beneficiaries. *Arch Intern Med* 1997;157:99–104.
6. Michalsen A, Kfnig G, Timme W. Preventable causative factors leading to hospital admission with decompensated heart failure. *Heart* 1998;80:437–41.
7. Vinson JM, Rich MW, Sperry JC, Shah AS, McNamara T. Early readmission of elderly patients with congestive heart failure. *J Am Geriatr Soc* 1990;38:1290–5.
8. Chin MH, Goldman L. Factors contributing to the hospitalization of patients with congestive heart failure. *Am J Public Health* 1997;87(4): 643–8.
9. Bennett SJ, Huster GA, Baker SL, Milgrom LB, Kirchgassner A, Birt J, et al. Characterization of the precipitants of hospitalization for heart failure decompensation. *Am J Crit Care* 1998;7:168–74.
10. Sneed N, Paul S. Readiness for behavioural changes in patients with heart failure. *Am J Crit Care* 2003;12:444–53.
11. Cacciatore F, Abete P, Ferrara N, Calabrese C, Napoli C, Maggi S, et al. Congestive heart failure and cognitive impairment in an older population. *Osservatorio Geriatrico Campano Study Group. J Am Geriatr Soc* 1998;46:1343–8.
12. Vibeke Lynggaard, Claus Vinther Nielsen, Ann-Dorthe Zwisler, Rod S. Taylor, OleMay, The patient education — Learning and Coping Strategies — improves adherence in cardiac rehabilitation (LC-REHAB): A randomised controlled trial, *International Journal of Cardiology* 236 (2017) 65–70.
13. Gunda Musekamp, Michael Schuler, Bettina Seekatz, Jürgen Bengel, Hermann Faller and Karin Meng. Does improvement in self-management skills predict improvement in quality of life and depressive symptoms? A prospective study in patients with heart failure up to one year after self- management education. *BMC Cardiovascular Disorders* (2017) 17:51 DOI 10.1186/12872-017-0486-5.
14. Tzu-Chieh Wang, Jin-Long Huang, Wen-Chao Ho and Ai-Fu Chiou. Effects of a supportive educational nursing care programme on fatigue and quality of life in patients with heart failure: a randomized controlled trial. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2016 Apr;15(2):157-67.
15. C.Y. Hua, Y. Huang, Y.H. Su, J.Y. Bu and H.M. Tao. Collaborative care model improves self-care ability, quality of life and cardiac function of patients with chronic heart failure. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research* (2017) 50 (11): e 6355, <http://dx.doi.org/10.1590/1414-431X20176355> ISSN 1414-431X.
16. Coats AJ. Advances in the non-drug, non-surgical, non-device management of chronic heart failure. *International journal of cardiology.* 2005;100:1-4.
17. Yancy CW, Jessup M, Bozkurt B, et al. 2013 ACCF/AHA guideline for the management of heart failure: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on practice guidelines. *Circulation* 2013; 128(16):240-327.
18. Panagiotakos DB, Pitsavos C, Arvaniti F, et al. Adherence to the Mediterranean food pattern predicts the prevalence of hypertension, hypercholesterolemia, diabetes and obesity, among healthy adults; the accuracy of the MedDietScore. *Prev Med* 2007; 44(4):335-340.
19. Brokalaki H, Kallikazaros I. Translation and Validation of the Greek "Minnesota Living with Heart Failure" Questionnaire. *Hellenic J Cardiol* 2015; 56: 10-19.
20. Van der Wal MH, Jaarsma T, Moser DK, van Veldhuisen DJ. Development and testing of the Dutch heart failure knowledge scale. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2005;4:273–277.
21. Michalsen A, Kfnig G, Timme W. Preventable causative factors leading to hospital admission with decompensated heart failure. *Heart* 1998;80:437–41.
22. Bennett SJ, Huster GA, Baker SL, Milgrom LB, Kirchgassner A, Birt J, et al. Characterization of the precipitants of hospitalization for heart failure decompensation. *Am J Crit Care* 1998;7:168–74.
23. Moayediet al. Closing the Care Gap. A Primer on Quality Improvement for Heart Failure Clinicians. *Circ Heart Fail.* 2017;10:e003722. DOI: 10.1161/CIRCHEARTFAILURE.116.003722.
24. D. Panagiotakos, C. Pitsavos, C. Chrysohoou, Christodoulos Stefanadis and the ATTICA Study group. Education status determines 10-year (2002-2012) incidence of cardiovascular disease: the ATTICA Study, *Health Soc Care Community.* 2016 May;24(3):334-44. doi: 10.1111/hsc.12216. Epub 2015 Mar 9.
25. Panagiotakos DB, Pitsavos CE, Chrysohoou CA, et al. The association between educational status and risk factors related to cardiovascular disease in healthy individuals: The ATTICA study. *Annals of Epidemiology* 2004;14:188-194.
26. Maksimović MZ, Vlajinac HD, Radak DJ, Maksimović JM, Marinković JM, Jorga JB. Association of socioeconomic status measured by education and risk factors for carotid atherosclerosis: cross-sectional study. *Croat Med J.* 2008;49(6):824-831.