



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ & ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΘΕΣΜΩΝ & ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

**«ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΠΟΛΥΦΑΡΜΑΚΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ »**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ Π. ΕΞΑΔΑΚΤΥΛΟΥ

Τριμελής εξεταστική επιτροπή:

Γείτονα-Κοντούλη Μαρία, Καθηγήτρια, Πανεπιστημίου Πελοποννήσου (επιβλέπουσα)

Σουλιώτης Κυριάκος, Αν. Καθηγητής, Πανεπιστημίου Πελοποννήσου (μέλος)

Σαρίδη Μαρία, Επιστημονικός Συνεργάτης Πανεπιστημίου Πελοποννήσου (μέλος)

ΚΟΡΙΝΘΟΣ 2019

Copyright © Εξαδάκτυλος Κωνσταντίνος

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All Rights reserved.

Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας εργασίας, εξ ολοκλήρου ή τμήματος αυτής, για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα. Ερωτήματα που αφορούν τη χρήση της εργασίας για κερδοσκοπικό σκοπό πρέπει να απευθύνονται προς τον συγγραφέα. Οι απόψεις και τα συμπεράσματα που περιέχονται σε αυτό το έγγραφο εκφράζουν τον συγγραφέα και μόνο.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Για την επιτυχή περάτωση αυτής της διπλωματικής μελέτης, θα ήθελα να ευχαριστήσω εγκάρδια, την σεβαστή αξιότιμη καθηγήτρια του Τμήματος Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής πολιτικής, του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου, κα Γείτονα-Κοντούλη Μαρία, επιβλέπουσα αυτήν. Οι καίριες παρατηρήσεις της, οι διορθώσεις της και η όλη συνδρομή της οδήγησαν στο παρόν πόνημα.

Επίσης απευθύνω θερμότες ευχαριστίες στον αξιότιμο Αν. Καθηγητή του Τμήματος Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής πολιτικής, του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου κ. Σουλιώτη Κυριάκο, μέλος της τριμελούς επιτροπής, για τις κομβικές επισημάνσεις του και την εν γένει συνδρομή του στην ολοκλήρωση αυτής της προσπάθειας.

Επιπρόσθετα δηλώνω ευγνώμων στην Dr. Σαρίδη Μαρία, μέλος της τριμελούς επιτροπής, για όλο τον πολύτιμο χρόνο της που αφιέρωσε για την επιτυχή κατάληξη αυτής της προσπάθειας.

Τέλος θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένεια μου και τους εργοδότες μου κ. Χόντο Κωνσταντίνο και κ. Χόντο Νικόλαο, για την συμπαράσταση τους και την ευνοϊκή διαμόρφωση των ωραρίων εργασίας μου, κατά την διάρκεια παρακολούθησης των μαθημάτων του μεταπτυχιακού προγράμματος <<Θεσμοί και Πολιτικές Υγείας>>.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	Σελίδα
ΠΙΝΑΚΕΣ	5
ΓΡΑΦΗΜΑΤΑ	8
ΕΙΚΟΝΕΣ	9
ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ	10
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	11
ABSTRACT	13
<u>ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</u>	
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	16
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο : ΚΑΡΔΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ	
1.1 Καρδιακές παθήσεις –ταξινόμηση	17
1.2 Καρδιακές παθήσεις – φαρμακευτική προσέγγιση	20
1.2.1 Καρδιακή ανεπάρκεια	20
1.2.2 Αρρυθμίες	21
1.2.3 Υπέρταση	21
1.2.4 Στηθάγχη	22
1.2.5 Στεφανιαία νόσος	23
1.2.6 Θρομβωτικές διαταραχές στην καρδιά	23
1.3 Συνοδά νοσήματα καρδιακών παθήσεων	24
1.3.1 Η έννοια της συννοσηρότητας	24
1.3.2 Καρδιόπαθειες και συνοδές νόσοι	25
1.3.3 Πρωτόκολλα συννοσηρότητας	26
1.4 Καρδιακές παθήσεις -η ελληνική περίπτωση	27
1.5 Καρδιακές παθήσεις -παγκόσμια πρόκληση	27
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο : ΤΗΡΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ	
2.1 Η τήρηση της αγωγής και ο ρόλος της	29
2.2 Ευ ζην και τήρηση	30

2.3 Η μεικτή λήψη αποφάσεων και ο ρόλος στην τήρηση	31
2.4 Γηριατρική και τήρηση	32
2.5. Το κόστος μη τήρησης	32
ΚΕΦΑΛΑΙΟ3^ο: ΠΟΛΥΦΑΡΜΑΚΙΑ ΚΑΙ ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΕΣ	
3.1 Διαχείριση πολυφαρμακίας	33
3.2 Παρενέργειες πολυφαρμακίας	34
3.3 Πολυφαρμακία και 3 ^η ηλικία - γηριατρική προσέγγιση	35
3.4 Πολυφαρμακία και συνταγογράφηση	36
3.5 Το κόστος της πολυφαρμακίας	37
<u>ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</u>	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο:ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	
4.1Ερευνητικά Ερωτήματα	40
4.2 Μεθοδολογία Έρευνας	41
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	
5.1 Δημογραφικά στοιχεία	44
5.2 Ιατρικό Ιστορικό Ασθενούς	48
5.3 Χρήση Υπηρεσιών Υγείας και Αυτοεκτίμηση κατάστασης Υγείας	57
5.4 Σύγκριση Αποτελεσμάτων	73
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο: ΣΥΖΗΤΗΣΗ	79
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ- ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	90
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ	95
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	103

ΠΙΝΑΚΕΣ	Σελίδα
Πίνακας 1: Ηλικία	44
Πίνακας 2: Φύλο	44
Πίνακας 3: Μορφωτικό επίπεδο	44
Πίνακας 4: Επαγγελματική κατάσταση	45
Πίνακας 5: Με ποιον ζουν μαζί οι ασθενείς του δείγματος	46
Πίνακας 6 : Ασφαλιστικό ταμείο και επαγγελματική κατάσταση	47
Πίνακας 7: Ιδιωτική ασφάλιση	47
Πίνακας 8: Ιδιωτική ασφάλιση & καρδιοχειρουργική επέμβαση των ασθενών	47
Πίνακας 9: Το Καθαρό εισόδημα σε ευρώ	47
Πίνακας 10: Είδη καρδιοπαθειών	48
Πίνακας 11: Καρδιοχειρουργική επέμβαση	50
Πίνακας 12: Άλλες χειρουργικές επεμβάσεις	50
Πίνακας 13: Καρδιολογικά συμβάντα	51
Πίνακας 14: Λιπιδαιμικό προφίλ	51
Πίνακας 15: Χρόνια διάγνωσης καρδιολογικής νόσου-Χρόνια λήψης αγωγής	52
Πίνακας 16: Αριθμός συννοσηροτήτων	55
Πίνακας 17: Περιγραφικά στατιστικά φαρμάκων που λαμβάνονται συνολικά την ημέρα	57
Πίνακας 18: Αριθμός φαρμάκων που λαμβάνονται συνολικά την ημέρα	57
Πίνακας 19: Εμφάνιση παρενεργειών από χρήση φαρμάκων τους τελευταίους 6 μήνες	62
Πίνακας 20: Φάρμακα που προκάλεσαν ανεπιθύμητες ενέργειες	62

Πίνακας 21: Ενημέρωση ιατρού για τις παρενέργειες από τη χρήση φαρμάκων από τους ασθενείς που τις εμφάνισαν	63
Πίνακας 22: Λήψη φαρμάκου για αντιμετώπιση εμφανιζόμενης παρενέργειας	63
Πίνακας 23: Νοσηλεία λόγω εμφάνισης ανεπιθύμητης ενέργειας	63
Πίνακας 24: Διακοπή φαρμάκου λόγω ανεπιθύμητης ενέργειας	64
Πίνακας 25: Εμφανιζόμενες ανεπιθύμητες ενέργειες	64
Πίνακας 26: Ζήτηση συνταγογράφησης από τον ιατρό φαρμάκων που δεν τα συστήνει ο ίδιος	65
Πίνακας 27: Λόγοι ζήτησης συνταγογράφησης φαρμάκων που δεν τα συστήνει ο ιατρός	65
Πίνακας 28: Λήψη φαρμάκων κατά τις ιατρικές οδηγίες	66
Πίνακας 29: Λόγοι μη λήψης φαρμάκων κατά τις οδηγίες του ιατρού	66
Πίνακας 30: Λήψη φαρμάκων με βοήθεια άλλου ατόμου	67
Πίνακας 31: Μη λήψη φαρμάκων σύμφωνα με ιατρικές οδηγίες επειδή ο ασθενής το ξεχνάει	67
Πίνακας 32: Μη λήψη φαρμάκων σύμφωνα με ιατρικές οδηγίες επειδή ο ασθενής νιώθει καλύτερα ή ότι δεν τα χρειάζεται	68
Πίνακας 33: Λήψη επιπλέον δόσης φαρμάκου επειδή ο ασθενής νομίζει ότι τη χρειάζεται για να αισθανθεί καλύτερα	68
Πίνακας 34 : Αγορά φαρμάκων χωρίς συνταγή ιατρού	69
Πίνακας 35 : Φάρμακα που αγοράστηκαν χωρίς συνταγή ιατρού	69
Πίνακας 36: Λόγοι μη ενημέρωσης ιατρού για αγορά φαρμάκων εκτός των συνταγογραφούμενων	70
Πίνακας 37: Αριθμός φαρμάκων σε σύγκριση με τις συννοσηρότητες	73
Πίνακας 38: Αριθμός φαρμάκων σε σύγκριση με ανεπιθύμητες ενέργειες	73

Πίνακας 39: Ύπαρξη οικογενειακού ιατρού και τακτική παρακολούθηση σε καρδιολόγο	74
Πίνακας 40: Τακτική παρακολούθηση σε καρδιολόγο και επιπλέον συνταγογράφηση	74
Πίνακας 41: Γνώση ιατρού για λήψη όλων των φαρμάκων σε σύγκριση με ενδιαφέρον αυτού αν βοηθάνε τα φάρμακα τον ασθενή	75
Πίνακας 42: Γνώση ιατρού για λήψη όλων των λαμβανόμενων από τον ασθενή φαρμάκων σε σύγκριση με δυνατότητα συζήτησης για όλα τα προβλήματα της υγείας	75
Πίνακας 43: Γνώση ιατρού για λήψη όλων των φαρμάκων σε σύγκριση με ενημέρωση από ιατρό για ανεπιθύμητες ενέργειες	76
Πίνακας 44: Σύγκριση βελτίωσης υγείας από τα φάρμακα και τακτική παρακολούθηση από καρδιολόγο	76
Πίνακας 45: Σύγκριση βελτίωσης υγείας από τα φάρμακα και δυνατότητας συζήτησης για όλα τα προβλήματα της υγείας	77
Πίνακας 46: Αριθμός φαρμάκων σε σύγκριση με το εάν υπάρχει κάποιος που να βοηθάει στην ορθή λήψη των φαρμάκων	77
Πίνακας 47: Αριθμός φαρμάκων σε σύγκριση με την ενημέρωση για την δοσολογία των φαρμάκων χωρίς συνταγή ιατρού	78

ΓΡΑΦΗΜΑΤΑ

Σελίδα

Γράφημα 1: Τελεσμένη καρδιοχειρουργική επέμβαση	49
Γράφημα 2: Τήρηση ιατρικών οδηγιών διατροφής	53
Γράφημα 3 : Τήρηση ιατρικών οδηγιών άσκησης	53
Γράφημα 4: Σχέση ασθενών με το κάπνισμα	54
Γράφημα 5: Συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ	54
Γράφημα 6: Εμφανιζόμενες συνοδές νόσοι	55
Γράφημα 7: Ύπαρξη ψυχολογικής διαταραχής	56
Γράφημα 8: Ύπαρξη δυσλιπιδαιμίας	56
Γράφημα 9: Βοήθεια λαμβανόμενων φαρμάκων στην πορεία της υγείας	58
Γράφημα 10: Ύπαρξη οικογενειακού ιατρού	58
Γράφημα 11: Παρακολούθηση από καρδιολόγο σε τακτά χρονικά διαστήματα	59
Γράφημα 12: Γνώση ιατρού που παρακολουθεί την καρδιά για τα άλλα φάρμακα που λαμβάνει ο ασθενής	59
Γράφημα 13: Ερώτηση από τον ιατρό αν βοήθησαν τα λαμβανόμενα φάρμακα	60
Γράφημα 14: Συζήτηση με τον ιατρό όλων των προβλημάτων της υγείας	60
Γράφημα 15: Ενημέρωση από τον ιατρό για τις ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων	61
Γράφημα 16: Ενημέρωση ιατρού για φάρμακα που λήφθηκαν χωρίς συνταγή	70
Γράφημα 17: Ενημέρωση σχετικά με τη δοσολογία των φαρμάκων που αγοράστηκαν χωρίς συνταγή ιατρού	71
Γράφημα 18: Προέλευση ενημέρωσης για τη δοσολογία λήψης φαρμάκων που αγοράστηκαν χωρίς συνταγή	71
Γράφημα 19: Εκτίμηση κατάστασης υγείας	72

ΕΙΚΟΝΕΣ

Σελίδα

Εικόνα 1: Παγκόσμια ημέρα καρδιάς- infographic (WHO,2018)	17
Εικόνα 2: Η παγκόσμια κρίση των καρδιαγγειακών παθήσεων σε αριθμούς- infographic (WHO,2018)	17
Εικόνα 3: Φαρμακευτική διαχείριση καρδιαγγειακών νόσων - infographic (WHO,2018)	20
Εικόνα 4: Πρωτοβουλίες Παγκοσμίου Οργανισμού Υγείας για τα καρδιαγγειακά νοσήματα - infographic (WHO,2018)	28
Εικόνα 5: Παρουσίαση της πρωτοβουλίας HEARTS του Παγκοσμίου Οργανισμού Υγείας -infographic (WHO,2018)	28

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

ΓΟΠ: Γαστροοισοφαγική Παλινδρόμηση
Ο.Ε.Μ: Οξύ Έμφραγμα του Μυοκαρδίου
Π.Ο.Υ : Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
CABG: Coronary Artery Bypass Grafting
EUROSTAT: European Statistical Office
HDL: High-density lipoprotein
LDL: Low-density lipoprotein
PGEU : Pharmaceutical group of the European Union

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΣΚΟΠΟΣ: Η διερεύνηση της διαχείρισης της φαρμακευτικής αγωγής σε ασθενείς με καρδιακά νοσήματα και συννοσηρότητες, που επισκέπτονται Γενικά και Καρδιολογικά Ιατρεία της Κορίνθου, καθώς και η επισκόπηση της στάσης των ασθενών αυτών στην διαχείριση της αγωγής τους.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Συντάχθηκε σύνθετο δομημένο ερωτηματολόγιο και εφαρμόστηκε απλή τυχαιοποιημένη δειγματοληψία με ατομικές συνεντεύξεις σε γενικά και καρδιολογικά ιατρεία. Το τελικό δείγμα της έρευνας ήταν 152 ασθενείς, 76 από καρδιολογικά ιατρεία και 76 από γενικά ιατρεία. Παρατηρήθηκε 98% ποσοστό ανταπόκρισης στην έρευνα. Η έρευνα διεξήχθη την περίοδο: Ιανουάριος-Απρίλιος 2018. Τα δεδομένα που συλλέχθηκαν, αποδελτιώθηκαν και αναλύθηκαν στατιστικά με χρήση του προγράμματος SPSS 25.0.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Αναλύθηκαν οι απαντήσεις των 152 καρδιοπαθών. Μέση ηλικία δείγματος προσδιορίστηκε στα 69,78 έτη, με το 55,3% του δείγματος να είναι άντρες και το 44,7% γυναίκες. Ως προς τις καρδιοπάθειες το 41% των ασθενών βρέθηκε να πάσχει από υπερτασική καρδιοπάθεια(110), το 33,4% από ισχαιμική καρδιοπάθεια (125) και το 16,7% από κολπική μαρμαρυγή(148). Παράλληλα προέκυψαν μικρότερα ποσοστά ασθενών με άλλες καρδιοπάθειες. Το 16,4% των καρδιοπαθών είχε χειρουργηθεί στην καρδιά και το 1,32% αναμενόταν να χειρουργηθεί. Συννοσηρότητες εμφάνιζε Το 88,2 % του δείγματος. Το 54,7% του συνόλου των καρδιοπαθών εμφάνιζε δύο συνοδές νόσους ή και περισσότερες. Οι δυσλιπιδαιμίες, ο διαβήτης και η γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση εμφάνισαν μεγάλες συχνότητες ως συνοδές νόσοι, όπως και αθροιστικά οι ψυχολογικές διαταραχές. Το 39.5% των καρδιοπαθών του δείγματος βρέθηκε να λαμβάνει ≥ 5 φάρμακα ενώ το 21% ελάμβανε 4 φάρμακα. Παρενέργειες από τη φαρμακευτική αγωγή εμφανίστηκαν στο 8,6% των καρδιοπαθών, με το 30,8% εξ' αυτών να καταλήγει στο νοσοκομείο. Ως προς την τήρηση των οδηγιών του ιατρού μόνο το 6,6% του δείγματος δηλώνει ότι δεν λαμβάνει τα φάρμακα του σύμφωνα με τις οδηγίες του. Επιπλέον το 74,34% των καρδιοπαθών τηρεί τις οδηγίες διατροφής και το 49,34% τις οδηγίες άσκησης. Το 78,95% των ασθενών είχε ή έχει επαφή με τον καπνό και το 22% καταναλώνει τακτικά αλκοόλ. Θετικά εκτιμά την υγεία του το 64,87% των ασθενών.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η πολυφαρμακία και οι συννοσηρότητες, αποτελούν συχνό φαινόμενο ανάμεσα στους καρδιοπαθείς, αυξάνοντας τις πιθανότητες εμφάνισης ανεπιθύμητων ενεργειών. Η επένδυση στη σχέση επικοινωνίας ιατρού - ασθενούς και η περαιτέρω προαγωγή της, θα αποτελέσει όπλο στη φαρέτρα του ελέγχου των φαινομένων αυτών, καθώς και στην πρόληψη εκδήλωσης παρενεργειών ή αρνητικών συμβάντων. Τέλος διαπιστώνεται ως επιτακτική η ενεργοποίηση των ασθενών και η ενεργός συμμετοχή αυτών, στη διαχείριση της υγείας τους, γεγονός που θα επιφέρει ακόμη καλύτερη σχέση και επαφή με τους ιατρούς και μεγαλύτερα ποσοστά τήρησης των οδηγιών τους, από τους ασθενείς, τόσο για τη λήψη φαρμάκων όσο και για το ευ ζην.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ: Καρδιοπάθειες, Πολυφαρμακία, Συννοσηρότητες, Τήρηση της αγωγής, Σχέση Ασθενούς- Ιατρού

ABSTRACT

OBJECTIVES: The study of medication management in patients suffering from heart disease and comorbidities who visit General and Cardiology practices in Korinthos, and an overview of patients' attitudes on medication management.

METHOD: The survey used a complex structured questionnaire and simple randomized sampling and individual interviews in General and Cardiology practices. The final sample included 152 patients, 76 from Cardiology practices and 76 from General practices. There was a 98% survey response rate. The survey was conducted between January and April 2018. The data were collected, indexed, and statistically analyzed using SPSS 25.0.

RESULTS: Answers by 152 patients were analyzed. The average age of the sample patients was 69.78 years, 55.3% being male and 44.7% female. 41% of patients suffered from hypertensive heart disease (I10), 33.4% from ischemic heart disease (I25) and 16.7% from atrial fibrillation (I48). Other diseases were represented in lower percentages. 16.4% of patients had had heart surgery, and 1.32% were awaiting surgery. 88.2% of the sample exhibited comorbidities. 54.7% suffered from two or more concomitant diseases. Dyslipidemia, gastro-esophageal reflux and diabetes were very frequent, as well as psychological disorders in general. 39.5% of sampled patients take ≥ 5 pharmaceutical products, while 21% take 4 products. 8.6% of patients had developed side effects, with 30.8% of that number ending up in hospital because of them. As regards following their doctor's orders, only 6.6% of the sample stated that they do not take their medications according to their doctor's orders. Moreover, 74.34% of patients follow nutrition instructions and 49.34% follow exercise instructions. 78.95% of patients has or had contact with cigarette smoke and 22% consumes alcohol regularly. 64.87% of patients evaluate their health status positively.

CONCLUSIONS: Polypharmacy and comorbidities are common among heart disease patients, leading to increased risk of side effects. Investing in and promoting doctor – patient communication will be an asset in controlling them and in preventing side effects and negative outcomes. Finally, it is imperative to energize patients and have them actively participate in managing their health. This would also lead to better relationships

and contact with their doctor, as well as increased percentages of patients adhering to their orders, both concerning medication prescriptions and well-being instructions.

KEYWORDS: heart disease, polypharmacy, comorbidities, medication adherence, patient-doctor relationship

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι καρδιαγγειακές νόσοι αποτελούν την νούμερο ένα αιτία θανάτου στις αναπτυσσόμενες χώρες, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (από εδώ και πέρα διατυπωμένο συντομογραφικά ως Π.Ο.Υ). Οι ασθενείς με καρδιακή νόσο αποτελούν μια ογκώδη ομάδα ασθενών, που χρήζει εκτεταμένης ανάλυσης με στόχο την βελτίωση των προσεγγίσεων των φαρμακευτικών και ιατρικών πρακτικών, αλλά και την ορθολογικότερη χάραξη νέων πολιτικών από τα συστήματα υγείας, που θα συνδυάζουν βελτιστοποιημένα πρωτόκολλα για την υγεία του ατόμου, αλλά και ταυτόχρονα αποδοτικότερες οικονομικά λύσεις για την επιβίωση των ίδιων των συστημάτων και την εύρωστη λειτουργία τους. Σε αυτή την κατεύθυνση του εξορθολογισμού των δαπανών υγείας συντελεί η χάραξη πολιτικών πρόληψης. Για τις καρδιοπάθειες, η πρόληψη μπορεί να εντοπισθεί σε προγράμματα, δράσεις και μέτρα προώθησης του ευ ζην, όπως αντικαπνιστικές εκστρατείες, μέριμνα ενάντια στην υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ, σύνθετα μέτρα προώθησης της άσκησης και της υγιεινής διατροφής, καθώς και η εκπαίδευση των ασθενών ώστε να ελέγχουν και να είναι η ίδιοι κύριοι όλων των δεδομένων που αφορούν στην υγεία τους και να τηρούν την αγωγή τους.

Η διείσδυση των γενοσήμων φαρμάκων(φαρμάκων ουσιωδώς ομοίων με τα πρωτότυπα ληγμένης πατέντας φάρμακα) στην φαρμακευτική φροντίδα αποτελεί χρήσιμο εργαλείο μείωσης της φαρμακευτικής δαπάνης, η οποία συνδέεται άμεσα και με την ταυτόχρονη κατανάλωση πολλών φαρμακευτικών σκευασμάτων, την πολυφαρμακία.

Τα φαινόμενα της Συννοσηρότητας και της Πολυφαρμακίας μας απασχολούν διερευνητικά στην παρούσα έρευνα. Μελετάται το αν οι ασθενείς με καρδιακές νόσους εμφανίζουν συχνά συννοσηρότητες και αν αυτό κατά προέκταση επιφέρει σύνθετες φαρμακοθεραπευτικές προσεγγίσεις και πολυφαρμακία. Επιπλέον διερευνώνται οι συσχετίσεις πολυφαρμακίας, συννοσηροτήτων και τήρησης της αγωγής με κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά, αλλά και ως προς την σχέση ιατρού και ασθενή.

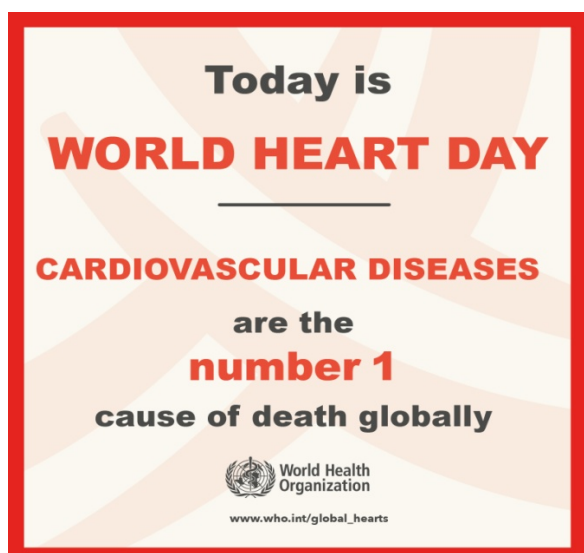
Η εκτενής ανάλυση και περιγραφή αυτών των αλληλεξαρτήσεων θα αποτελέσει χρήσιμο εργαλείο στην εργαλειοθήκη του αποτελεσματικότερου σχεδιασμού των πολιτικών απάντησης στα φαινόμενα αυτά.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

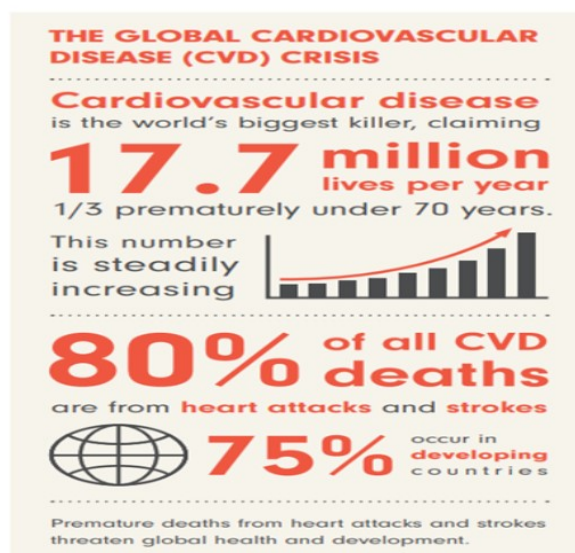
1.1 ΚΑΡΔΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ –ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ

Η καρδιά αποτελεί ζωτικό όργανο, που τροφοδοτεί τα κύτταρα του σώματος μέσω του αίματος με οξυγόνο και θρεπτικά συστατικά. Κατά μέσο όρο σε ηρεμία η καρδιά χτυπά 70 φορές το λεπτό, ενώ οι παλμοί της αυξάνονται σε καταστάσεις εγρήγορσης, άγχους και άλλων δυνατών συναισθημάτων. Οι μύες που περιβάλλουν την καρδιά αιματώνονται και αυτοί μέσω του συστήματος των στεφανιαίων αρτηριών. Πολλές από τις καρδιαγγειακές παθήσεις αυξάνουν το φόρτο εργασίας της καρδιάς ή μειώνουν την ικανότητα της να εργάζεται με φυσιολογικούς ρυθμούς.(Γεωργίου,2001)

Οι καρδιαγγειακές παθήσεις να αποτελούν την νούμερο ένα αιτία θανάτου παγκόσμια.



Εικόνα 1: Infographic Π.Ο.Υ



Εικόνα 2: Infographic Π.Ο.Υ

Κάθε χρόνο χάνουν τη ζωή τους 17.7 εκατομμύρια άνθρωποι από Καρδιαγγειακές παθήσεις με το 1/3 αυτών να βρίσκονται ηλικιακά κάτω από τα 70 έτη. Το 80% όλων των θανάτων από καρδιαγγειακά αίτια έχουν προκληθεί από εγκεφαλικό ή έμφραγμα. Οι απώλειες σε ανθρώπινες ζωές από τις καρδιαγγειακές νόσους καθιστούν απειλή για την παγκόσμια υγεία και ανάπτυξη με την 29^η Σεπτεμβρίου να έχει οριστεί ως η Παγκόσμια Ημέρα Καρδιάς προς ευαισθητοποίηση και ενεργοποίηση της ανθρωπότητας σχετικά με αυτές. (WHO,2018).

Το 2016 ο Π.Ο.Υ εξέδωσε την τελευταία έκδοση της ICD-10 που αποτελεί την δέκατη αναθεωρημένη κωδικοποίηση όλων των νοσημάτων και είχε παρουσιαστεί για πρώτη φορά το 1992. (WHO,2018) Η κωδικοποίηση αυτή μεταφράστηκε και υιοθετήθηκε από το Ελληνικό Υπουργείο Υγείας και μάλιστα η ICD-10 έχει ενσωματωθεί και χρησιμοποιείται ως εργαλείο στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση. (Υπουργείο Υγείας,2018).

Στα τέλη του 2018 παρουσιάστηκε από τον Π.Ο.Υ η ενδέκατη αναθεώρηση της κωδικοποίησης των νοσημάτων ICD -11. Αναμένεται να ακολουθήσει διαδικασία μεταφράσεων και εναρμόνισης με την ICD-11 για τα κράτη μέλη του Π.Ο.Υ και τους λοιπούς ενδιαφερόμενους φορείς, ωστόσο μέχρι να ολοκληρωθεί η διαδικασία αυτή σημείο αναφοράς θα παραμένει η ICD-10 (WHO,2018).

ΔΙΑΚΡΙΣΗ ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΩΝ ΚΑΤΑ ICD-10

Η καρδιακές Νόσοι ταξινομούνται κατά ICD-10 και παρατίθενται μεταφρασμένες από το Υπουργείο Υγείας 2010

Υπερτασικά νοσήματα (I10-I11-I13)

I10 Ιδιοπαθής (πρωτοπαθής) υπέρταση

I11 Υπερτασική καρδιοπάθεια

I13 Υπερτασική καρδιοπάθεια και νεφροπάθεια

Ισχαιμικές καρδιοπάθειες (I20-I25)

I20 Στηθάγχη

I21 Οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου

I22 Επακόλουθο έμφραγμα του μυοκαρδίου

I23 Ορισμένες τρέχουσες επιπλοκές μετά

από οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου

I24 Άλλες οξείες ισχαιμικές καρδιοπάθειες

I25 Χρόνια ισχαιμική καρδιοπάθεια

Άλλες μορφές καρδιοπάθειας (I30-I51)

I30 Οξεία περικαρδίτιδα

I31 Άλλα νοσήματα του περικαρδίου

I32 Περικαρδίτιδα σε νοσήματα που ταξινομούνται αλλού

I33 Οξεία και υποξεία ενδοκαρδίτιδα

I34 Μη ρευματικές διαταραχές της μιτροειδούς βαλβίδας

I35 Μη ρευματικές διαταραχές της αορτικής βαλβίδας

I36 Μη ρευματικές διαταραχές της τριγλώχινας βαλβίδας

I37 Νοσήματα της πνευμονικής βαλβίδας

I38 Ενδοκαρδίτιδα, με προσβολή μη καθορισμένης βαλβίδας

I39 Ενδοκαρδίτιδα και διαταραχές των καρδιακών βαλβίδων σε νοσήματα που ταξινομούνται αλλού

I40 Οξεία μυοκαρδίτιδα

I41 Μυοκαρδίτιδα σε νοσήματα που ταξινομούνται αλλού

I42 Μυοκαρδιοπάθειες

I43 Μυοκαρδιοπάθεια σε νοσήματα που ταξινομούνται αλλού

I44 Κολποκοιλιακός και αποκλεισμός αριστερού σκέλους

I45 Άλλες διαταραχές της αγωγιμότητας

I46 Καρδιακή ανακοπή

I47 Παροξυσμική ταχυκαρδία

I48 Κολπική μαρμαρυγή και πτερυγισμός

I49 Άλλες καρδιακές αρρυθμίες

I50 Καρδιακή ανεπάρκεια

I51 Επιπλοκές και ασαφείς περιγραφές καρδιοπάθειας (Υπουργείο Υγείας, 2010)

1.2 ΚΑΡΔΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ –ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ, για την διαχείριση των καρδιαγγειακών νόσων οι ασθενείς πρέπει να έχουν πρόσβαση σε οικονομικά προσιτή αγωγή, όπως ασπιρίνη, στατίνες και φάρμακα για την πίεση.



Εικόνα 3: Infographic Π.Ο.Υ

Αναλυτικά και με βάση την φαρμακολογία των Richard D. Howland ,Mary J. Mycek , 2006 οι καρδιακές παθήσεις περιγράφονται και αντιμετωπίζονται ως ακολούθως.

1.2.1 Καρδιακή Ανεπάρκεια (I50)

Επί καρδιακής ανεπάρκειας, η καρδιά δεν αντλεί την απαιτούμενη ποσότητα αίματος ώστε να λειτουργήσει φυσιολογικά.

Φαρμακευτική προσέγγιση

Χρησιμοποιούνται

- αγγειοδιασταλτικά τα οποία περιλαμβάνουν τους αναστολείς ΜΕΑ καθώς και ανταγωνιστές υποδοχέων αγγειοτενσίνης τύπου 1
- β-ανταγωνιστές: Ατενολόλη, Καρβεδιλόλη, Μετοπρολόλη
- Διουρητικά: Βουμετανίδη, Μετολαζόνη, Υδροχλωροθειαζίδη, Φουροσεμίδη

- Άμεσα αγγειοδιασταλτικά: Δινιτρικός ισοσορβίτης, Νιτροπρωσσικό νάτριο, Υδραζαλίνη).
- Ισότροποι παράγοντες: Αμρινόνη, Διγοξίνη, Διγοξίνη, Δοβουταμίνη, Μιλρινόνη
- Ανταγωνιστές αλδοστερόνης, Σπιρονολακτόνη

1.2.2 Αρρυθμίες (I47-I48-I49)

Οι Αρρυθμίες αποτελούν ένα πολύπλοκο σύνολο παθήσεων της καρδιάς. Εν γένει εμφανίζεται δυσλειτουργία στις ώσεις και στην αγωγή αυτών στο μυοκάρδιο. Περιλαμβάνει κοιλικές αρρυθμίες, κοιλικό περυγισμό, κοιλική μαρμαρυγή υπερκοιλιακές αρρυθμίες και κοιλιακές αρρυθμίες κ.α. Οι ασθενείς με αρρυθμίες εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο καρδιακών συμβάντων (Pastori et al,2018).

Φαρμακευτική προσέγγιση

- Αναστολείς διαύλων Na^+
- β -Αδρενεργικοί αναστολείς: Εσμολόλη, Μετοπρολόλη, Προπρανολόλη (φάρμακα εκλογής στην κοιλική μαρμαρυγή σε συνδυασμό με μικρή δόση αντιπηκτικού μειώνουν τον κίνδυνο αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου που μπορεί να προκύψει από την κοιλική μαρμαρυγή)
- Αναστολείς διαύλων K^+ : Αμιωδαρόνη, Δοφετιλίδη, Σοταλόλη
- Αναστολείς διαύλων Ca^{++} : Διλτιαζέμη , Βεραπαμίλη
- Καθώς και άλλα αντιαρρυθμικά: Αδενοσίνη , Διγοξίνη

1.2.3 Υπέρταση (I10)

Στην παρούσα έρευνα τα Υπερτασικά Νοσήματα με κατάταξη I10- I11και I13 προσμετρήθηκαν ως καρδιοπάθειες.

Ως Υπέρταση λογίζεται η εμφάνιση εκ του ασθενούς επιμένουσας συστολικής πίεσεως μεγαλύτερης από 140mmHg ή διαστολικής επιμένουσας πίεσεως μεγαλύτερης 90mm Hg.

Φαρμακευτική προσέγγιση:

- Διουρητικά: Φουροσεμίδα, Υδροχλωροθειαζίδη, Σπιρονολακτονη, Βουμετανίδη
- β -αναστολείς: Ατενολόλη, Μετοπρολόλη ,Προπρανολόλη

- Αναστολείς μετατρεπτικού ενζύμου αγγειοτενσίνης (-πρίλες): Εναλαπρίλη, Καπτοπρίλη, Κιναπρίλη, Μοξεζεπρίλη, Λισινοπρίλη, Ραμπρίλη, Φοσινοπρίλη.
- Ανταγωνιστές υποδοχέων αγγειοτασίνης II: πχ Λοσαρτάνη
- Αναστολείς διαύλων Ca^{++} : Αμλοδιπίνη, Βεραπαμίλη, Διλτιαζέμη, Νικαρδιπίνη, Νιφεδιπίνη, Φελοδιπίνη
- α- Αναστολείς: Δοξαζοσίνη, Πραζοσίνη, Τεραζοσίνη
- και άλλα: (Νιτροπρωσσικό νάτριο, Μινοξιδιλη, Υδραλαζίνη, Κλονιδίνη, Λαβετόλη)

Υπέρταση και συννοσηρότητες

- Σε συννοσηρότητα με στηθάγχη, χορηγούνται ως φάρμακα εκλογής οι Β-ανταγωνιστές και οι αναστολείς διαύλων Ca^{++} . Σε συννοσηρότητα με διαβήτη χορηγούνται διουρητικά, αναστολείς μετατρεπτικού ενζύμου αγγειοτενσίνης και αναστολείς υποδοχέων αγγειοτενσίνης.
- Αν έχει προηγηθεί έμφραγμα δεν χορηγούνται διουρητικά, αναστολείς υποδοχέων αγγειοτενσίνης, και αναστολείς διαύλων Ca^{++} .
- Σε υποτροπιάζον εγκεφαλικό επεισόδιο φάρμακο εκλογής οι αναστολείς μετατρεπτικού ενζύμου αγγειοτενσίνης.
- Επί καρδιακής ανεπάρκειας όλες οι φαρμακευτικές διαθέσιμες επιλογές πλην αυτής των αναστολέων διαύλων Ca^{++} .

1.2.4 Στηθάγχη(I20)

Επί στηθάγχης έχουμε μη επαρκή αιμάτωση και οξυγόνωση του μυοκαρδίου, εξαιτίας στεφανιαίας αθηροσκλήρυνσης.

Φαρμακευτική προσέγγιση:

- Οργανικά Νιτρικά :Νιτρογλυκερίνη, Δινιτρικός Ισοσορβίτης, Μονονιτρικός ισοσορβίτης.
- Β-αναστολείς: Ασεβουτολόλη, Ατενολόλη, Μετοπρολόλη, Προπρανολόλη
- Αναστολείς διαύλων Ca^{++} : Αμλοδιπίνη, Βεραπαμίλη, Διλτιαζέμη, Νικαρδιπίνη, Νιτρεδιπίνη, Νιφεδιπίνη, Φελοδιπίνη
- Σε στηθάγχη χωρίς συνοδές νόσους : χρησιμοποιούνται και τα τρία ήδη φαρμάκων

Σε στηθάγχη με πρόσφατο έμφραγμα μυοκαρδίου δεν χορηγούμε αναστολείς διαύλων Ca^{++} , ενώ παρουσία άσθματος, χρόνιας αναπνευστικής πνευμονοπάθειας και διαβήτη αποφεύγεται η χρήση β- αναστολέων. Σε συννοσηρότητα χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας η αποτελεσματικότητα των β- αναστολέων στη στηθάγχη είναι περιορισμένη.

1.2.5 Στεφανιαία Νόσος(I20-I25) ως αποτέλεσμα δυσλιπιδαιμιών που μελετώνται ως συνοδοί νόσοι

Δημιουργία Αθηρωματικών πλακών στα αγγεία που τροφοδοτούν την καρδιά. Εκδηλώνεται παρεμπόδιση ομαλής κυκλοφορίας αίματος και λειτουργίας της καρδιάς.

Φαρμακευτική προσέγγιση

- Στατίνες ή Αναστολείς HMG-CoA: Ατορβαστατίνη, Λοβαστατίνη, Πραβαστατίνη, Ροσουβαστατίνη, Σιμβαστατίνη, Φλουβαστατίνη κ.α
- Φιβράτες: Γεμφιβροζίλη, Φαινοφιβράτη.
Η φαινοφιβράτη εμφανίζει μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα στη μείωση της LDL χοληστερόλης και των τριγλυκεριδίων στον ορό. Σε πολύ υψηλά επίπεδα χοληστερόλης με αθηρωματικό δείκτη μεγαλύτερο του 4 χορηγούνται φιβράτες.

1.2.6 Θρομβωτικές (I20-I25) διαταραχές για την καρδιά

Αιμοπεταλιακές διαταραχές με συνέπειες για την καρδιά. Η πιο οξεία έκφραση τους, το Οξύ Έμφραγμα του μυοκαρδίου.

Φαρμακευτική προσέγγιση

Χορηγούνται :

- αναστολείς συγκόλλησης αιμοπεταλίων: Αμπσιξιμάμπη ,Ασπιρίνη, Κλοπιδογρέλη, Τικλοδιπίνη
Η χρήση ασπιρίνης ενδείκνυται για τις γυναίκες με υψηλό ρίσκο εγκεφαλικού ή εμφράγματος, αλλά δεν θα πρέπει να συνταγογραφείται σε γυναίκες που ανήκουν σε ομάδες χαμηλού κινδύνου, ενώ φαίνεται να έχει θετική αναλογία κόστους-οφέλους για τις ηλικιωμένες γυναίκες με συνηθισμένο καρδιακό κίνδυνο (Pignone et al.,2007)
- Αντιπηκτικά: Βαρφαρίνη, Δαναπαροΐδη, Ενοξαπρίνη, Ηπαρίνη ,Λεπιρουδίνη.

1.3 ΣΥΝΟΛΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΚΑΡΔΙΑΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ

1.3.1 Η έννοια της Συννοσηρότητας

Συννοσηρότητα προσδιορίζεται ως η συνύπαρξη περισσότερων από μίας χρόνιας πάθησης για το άτομο.

Η εμφάνιση συννοσηροτήτων τείνει να γίνει ο κανόνας παρά η εξαίρεση, καθώς οι πληθυσμοί γερνούν. Η πλειοψηφία των 65 + ,πάσχουν από δύο ή και περισσότερες συννοσηρότητες ,αυξανόμενες με την αύξηση της ηλικίας.(Mujica-Mota et al.,2015) Κλινική πράξη και έρευνα έως και σήμερα δίνουν κυρίως έμφαση στην μονοδιάστατη στόχευση κάθε επιμέρους ασθένειας, χωρίς να συνυπολογίζουν τις συνοδές νόσους σε ένα ολιστικό πλάνο, γεγονός που αγνοεί τις τυχόν περιπλοκές που προκύπτουν από την ύπαρξη αυτών των συνοδών νόσων(Forman et al.,2018).

Η αυξανόμενη τάση εμφάνισης συννοσηροτήτων δημιουργεί πολυδιάστατες προκλήσεις στα συστήματα υγείας ,γεγονός που καλεί να εστιάσουμε και να αναλύσουμε σε βάθος το φαινόμενο αυτό, ώστε τα συμπεράσματα να συνδράμουν στην βελτίωση του θεραπευτικού έργου και στην πιο εύρωστη λειτουργία των συστημάτων υγείας (Willadsen et al., 2016).

Το επιστημονικό προσωπικό θα πρέπει να εντοπίζει τους ασθενείς με συννοσηρότητες και να υιοθετείται μια συνέχεια στην θεραπεία τους ,λαμβάνοντας υπ' όψιν τις συννοσηρότητες και αναθέτοντας την περίθαλψη τους σε ατομικό ιατρό.

Τέλος, παρατηρείται, η αξία της παροχής εξειδικευμένης και εξατομικευμένης βάσει συννοσηροτήτων συμβουλευτικής στους ασθενείς ,είτε επαναλαμβανόμενα, είτε ανά περίπτωση, ώστε να εκπαιδευτούν σχετικά με ζητήματα που αφορούν την υγεία τους. (Wallace et al.,2015).

Μάλιστα οι (Bell et al., 2018) συστήνουν, ως συννοσηρότητα στους ηλικιωμένους να μην θεωρούνται μόνο οι συνοδές νόσοι, αλλά και τα γηριατρικά σύνδρομα, που κάποιες φορές μπορεί να μην περιγράφονται και κατηγοριοποιούνται ως διακριτές μεταβολικές παθολογικές ή γενετικές νόσοι ,όπως παραλήρημα, πτώσεις, νοητική ανικανότητα, ανορεξία, απώλεια βάρους, λειτουργική κατάπτωση, καταθλιπτικά συμπτώματα κ.α.

1.3.2 Καρδιοπάθειες και συνοδές νόσοι

Οι καρδιοπαθείς συχνά εμφανίζουν και συνοδές νόσους. Αυτές είναι είτε επιπρόσθετες καρδιοαγγειοπάθειες, είτε νόσοι που πλήττουν άλλα συστήματα.

Διαβήτης

Ασθενείς με διαβήτη συχνά εμφανίζουν και κολπική μαρμαρυγή και στο μέλλον αυτές οι δύο παθήσεις θα εμφανίζονται σαν συννοσηρότητα πολύ πιο συχνά, καθώς η συχνότητα και των δύο αυξάνεται (Goudis et al.,2015).

Σε μεγάλο μέγεθος δείγματος, έρευνα σε διαβητικούς ασθενείς στην Ελλάδα, περίπου στο 44% αυτών που εμφάνιζαν συννοσηρότητες, εντοπίστηκε και πολυφαρμακία. (Geitona et al., 2018).

Δυσλιπιδαιμίες

Οι ασθενείς με δυσλιπιδαιμίες διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης στηθάγχης, δύσπνοιας και εμφράγματος του μυοκαρδίου. (Davies, 2000).

Στην παρούσα μελέτη οι δυσλιπιδαιμίες προσεγγίστηκαν ως συνοδές νόσοι των καρδιοπαθειών. Οι άνθρωποι με οικογενή υπερχοληστερολαιμία έχουν 50% περισσότερη πιθανότητα να εμφανίσουν καρδιοπάθειες (Karr ,2017).

Κατάθλιψη

Ασθενείς με Υπέρταση και Στεφανιαία νόσο εμφανίζουν συχνά κατάθλιψη και το γεγονός αυτό μπορεί να επηρεάσει την αγωγή τους και την πρόγνωση. Μια καλύτερη κατανόηση των αλληλεπιδράσεων των συννοσηροτήτων αυτών κρίνεται σημαντική, για χάραξη μελλοντικών θεραπευτικών στρατηγικών .Ασθενείς με μείζονα κατάθλιψη διατρέχουν υψηλό κίνδυνο ανάπτυξης καρδιαγγειακής νόσου , ανταποκρίνονται λιγότερο στην τήρηση της θεραπείας και παρουσιάζουν χειρότερα αποτελέσματα, συμπεριλαμβανομένων αυτών της νοσηρότητας και της θνητότητας (Seligman et al.,2015).

Εξαιρετικά ευπαθείς ομάδες ηλικιωμένων με αυξημένη πρόγνωση θανάτου ή σημαντική χειροτέρευση της υγείας τους, που εμφανίζουν και συννοσηρότητες, φαίνεται να έχουν καλύτερη ποιότητα περίθαλψης (Min et al., 2007).

Γαστροοισοφαγική Παλινδρόμηση

Σύμφωνα με ανασκόπηση, κολπική μαρμαρυγή και ΓΟΠ φαίνεται να έχουν κοινούς παθογενετικούς μηχανισμούς, αλλά χρειάζεται περεταίρω διερεύνηση από καρδιολογική οπτική. Σε κάθε περίπτωση η ΓΟΠ θα πρέπει να θεωρείται πιθανός παράγοντας πρόκλησης της κολπικής μαρμαρυγής (Floria et al.2017).

Ασθενείς που πάσχουν από υπερτασική καρδιοπάθεια εμφανίζουν σε μεγάλη συχνότητα συννοσηρότητα με γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση και μάλιστα, η μη ρυθμισμένη πίεση καθώς και η μεγάλη περιφέρεια μέσης αποτελούν παράγοντες κινδύνου, για εμφάνιση γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης(Suyu et al,2018).

Αξιοσημείωτη είναι η νοσηρότητα από καρδιαγγειακές παθήσεις μεγάλου μέρους των ασθενών, που χρησιμοποιούν αναστολείς αντλίας πρωτονίων(ομεπραζόλη) (Shiraev et al,2018).

Ωστόσο, η θεραπεία με αναστολείς αντλίας πρωτονίων(πχ ομεπραζόλη) φαίνεται να αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο εμφάνισης καρδιακών συμβάντων(Sun et al,2017).

1.3.3 Πρωτόκολλα συννοσηρότητας

Στην περίπτωση της κολπικής μαρμαρυγής η ολιστική τριπλή προσέγγιση με χορήγηση αντιπηκτικής αγωγής , συμπτωματική αντιμετώπιση και διαχείριση του κινδύνου συννοσηροτήτων και καρδιαγγειακών, οδήγησε σε σημαντικά χαμηλότερα ποσοστά καρδιαγγειακών συμβάντων (Pastori et al.,2018).

Σε διαβητικούς ασθενείς: Συστήνεται η χορήγηση στατινών σε όλους τους πάσχοντες από διαβήτη τύπου II ασθενείς άνω των 40 ετών. Θεραπεία πρώτης γραμμής αποτελεί η χορήγηση χαμηλής δόσης θειαζιδικού διουρητικού (υδροχλωροθειαζίδης ή παρόμοιου),ή αναστολείς μετατρεπτικού ενζύμου Αγγειοτασίνης πχ(lisinopril,ramipril,captopril κλπ.), ή συνδυασμός αυτών. Εάν και μόνο αν δεν μπορούν να χορηγηθούν τα παραπάνω λόγω αντένδειξης ή μη διαθεσιμότητας, τότε συστήνεται η χρήση β-blockers.

1.4 ΚΑΡΔΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ- Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

Σύμφωνα με στοιχεία της Eurostat, το 2015, 46.212 άνθρωποι έχασαν τη ζωή τους στην Ελλάδα από καρδιαγγειακές παθήσεις. Το 51.7% εξ αυτών ήταν μικρότεροι των 65ετών. Μεγαλύτερη θνησιμότητα από καρδιαγγειακές παθήσεις εμφάνισαν οι άντρες, ενώ οι γυναίκες εμφάνισαν μεγαλύτερα ποσοστά στην εμφάνιση αρτηριακής πίεσης. Αξιοσημείωτο είναι ότι η χώρα μας δεν διέθεσε στοιχεία στη Eurostat για το πόσοι ασθενείς που πήραν εξιτήριο από τα Ελληνικά νοσοκομεία είχαν εισαχθεί λόγω καρδιαγγειακής νόσου (Eurostat, 2018).

Δυστυχώς δεν υπάρχουν επίσημα στατιστικά στοιχεία για τις νοσοκομειακές εισαγωγές, τις ημέρες νοσηλείας και τα ποσοστά χειρουργικών επεμβάσεων, ώστε να εξαχθεί ασφαλές συμπέρασμα για τα ελληνικά δεδομένα, ωστόσο κρίνοντας από τον Ευρωπαϊκό μέσο όρο, υπάρχει μία τάση μείωσης των μέσων ημερών νοσηλείας για όλα τα καρδιαγγειακά νοσήματα κατά μία ή δύο μέρες το 2016 σε σχέση με το 2011, και σε κάθε περίπτωση, έχουμε να κάνουμε με πολυήμερη >10 ημερών νοσηλεία, για τις περισσότερες εισαγωγές καρδιακώς πασχόντων ασθενών (Eurostat,2018).

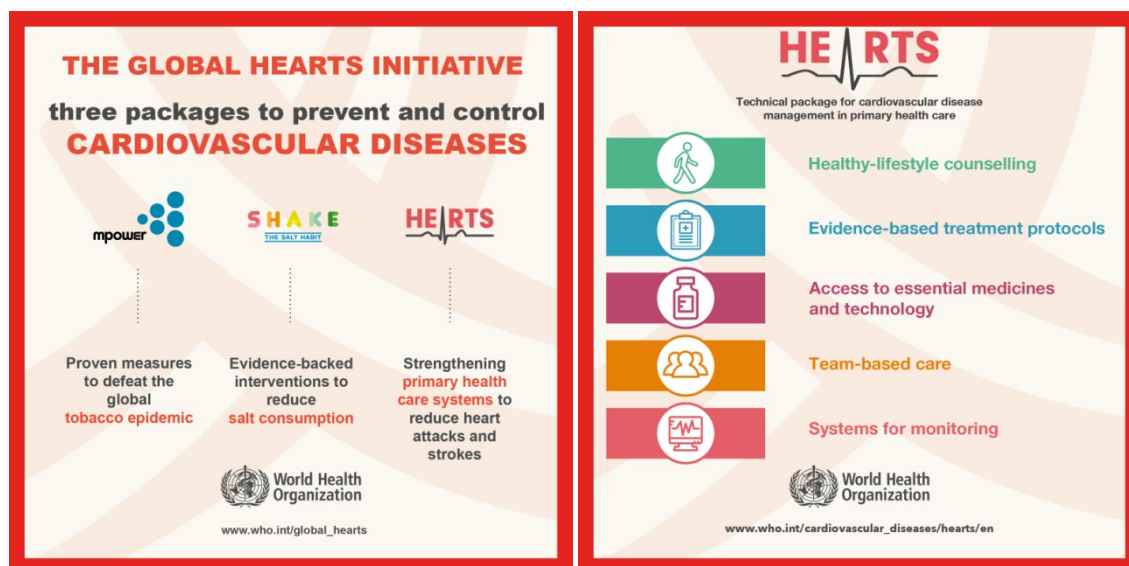
1.5 ΚΑΡΔΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ- ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΠΡΟΚΛΗΣΗ

Υπάρχουν προγράμματα προώθησης της καρδιαγγειακής υγείας τόσο από τον ΠΟΥ όσο και από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή. Συχνά οι υπηρεσίες υγείας των κρατών εστιάζουν στη διαχείριση μετά τη εμφάνιση των καρδιακών παθήσεων και όχι την πρόληψη και ο ΠΟΥ γι αυτό το λόγο αναγνωρίζοντας την σημασία της, έχει αναπτύξει εκτεταμένες στρατηγικές και πρωτόκολλα για να αντιμετωπίσει, να περιορίσει την επιδημία των μη μεταδοτικών νόσων και να προωθήσει την Υγεία των πληθυσμών σε βάθος χρόνου.

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ απαιτείται αποτελεσματική, ταυτόχρονη και πολυδιάστατη προσέγγιση. Συγκεκριμένα

- Εστίαση σε πολιτικές προώθησης της υγείας και πρόληψης ασθενειών.
- Έμφαση σε ομάδες υψηλού κινδύνου- εξατομικευμένη ανίχνευση κινδύνου.
- Αύξηση της πληθυσμιακής κάλυψης με αποτελεσματική θεραπεία και περίθαλψη.
- Καταπολέμηση των ευρύτερων καθοριστικών παραγόντων των καρδιακών νοσημάτων και γενικότερα των μη μεταδοτικών νόσων.

Στα πλαίσια αυτά, το 2006 το ευρωπαϊκό παράρτημα του παγκοσμίου οργανισμού υγείας έθεσε τους στρατηγικούς στόχους για την πρόληψη και τον έλεγχο των μη μεταδιδόμενων νόσων στο πλάνο 2012 -2015. Η τελική εκδοχή του πλάνου δράσης εντάσσεται στα πλαίσια της ευρύτερης πολιτικής Health 2020 και εισάγει την προαγωγή της ενεργούς συμμετοχής των ασθενών στη διαχείριση της υγείας τους (Euro.who.int.,2018).



Εικόνα4: infographic Π.Ο.Υ

Εικόνα5: infographic Π.Ο.Υ

Επιπλέον ο Π.Ο.Υ τρέχει 3 προγράμματα πρόληψης και ελέγχου των καρδιοπαθειών

- Το MPOWER, με μέτρα καταπολέμησης της επιδημίας της χρήσης προϊόντων καπνού.
- Το SHAKE, με παρεμβάσεις για την μείωση της πρόσληψης αλατιού.
- Το HEARTS, για ενίσχυση της δράσης της πρωτοβάθμιας φροντίδας στο περιορισμό καρδιακών επεισοδίων και εγκεφαλικών.

Αναλυτικά η πενταπλή στόχευση του πακέτου μέτρων HEARTS περιλαμβάνει

- A. Συμβουλευτική υιοθέτησης υγιούς τρόπου ζωής .
- B. Εφαρμογή θεραπευτικών πρωτοκόλλων βάση ενδείξεων.
- Γ. Πρόσβαση σε φάρμακα και τεχνολογία.
- Δ. Ομαδική συνεργασία για την παροχή φροντίδας.
- Ε. Συστήματα για παρακολούθηση της υγείας των ασθενών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΤΗΡΗΣΗ ΤΗΣ ΑΓΩΓΗΣ

2.1 ΤΗΡΗΣΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ

Η τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής αποτελεί καθοριστικό παράγοντα για την ατομική υγεία, αλλά και την εύρωστη λειτουργία των συστημάτων υγείας. Περισσότεροι από 194.000 θάνατοι ετησίως στην Ευρώπη, οφείλονται στην μη τήρηση της συνταγογραφούμενης αγωγής. Η μη τήρηση φαίνεται να κοστίζει στην ΕΕ ετησίως 125 δις Ευρώ. Το κόστος της μη τήρησης, μπορεί να υπολογιστεί ως η δημιουργία νέων δαπανών για τα συστήματα υγείας, λόγω κακής ή μη ορθής χρήσης φαρμάκων, που οδηγεί σε επιμήκυνση της θεραπείας, σε δημιουργία ανάγκης για επιπλέον θεραπεία ή ακόμη και σε εισαγωγές στα νοσοκομεία και σε σπατάλη των σπανίων πόρων των συστημάτων υγείας (PGEU,2018).

Υπάρχουν δύο είδη μη τήρησης της θεραπευτικής αγωγής.

Η σκόπιμη μη τήρηση

Σε αυτή, ο ασθενής εν γνώσει του δεν ακολουθεί τις οδηγίες για τη θεραπεία του, επηρεαζόμενος από αμφιβολίες για την αποτελεσματικότητα των φαρμάκων και τις τυχόν παρενέργειες τους ή λόγω μη βολής να λάβει την προτεινόμενη θεραπεία στη συνταγογραφούμενη συχνότητα και ώρα.

Η μη σκόπιμη μη τήρηση

Σε αυτή ο ασθενής επιθυμεί να ακολουθήσει τις οδηγίες θεραπείας, αλλά εμποδίζεται από πρακτικά εμπόδια, όπως νοητικές και οπτικές διαταραχές, κακή οργάνωση, πολυπλοκότητα πολυφαρμακίας και δυσκολία πρόσβασης στα φάρμακα (SIMPATY,2017).

Σε έρευνα των Geitona et al., 2018 η συντριπτική πλειοψηφία των εξεταζόμενων πασχόντων από διαβήτη τηρούσαν την θεραπευτική τους αγωγή, αλλά πολύ λιγότεροι ήταν αυτοί που ακολουθούσαν τις οδηγίες για διατροφή και άσκηση από τον γιατρό τους.

Η αποστολή γραπτών μηνυμάτων στους ασθενείς δείχνει να αυξάνει την πιθανότητα τήρησης αυτής, αλλά χρήζει και άλλης διερεύνησης όπως και το ποιο μπορεί να είναι το ακριβές περιεχόμενο των μηνυμάτων αυτών και ποιος ο κατάλληλος πληθυσμός ασθενών στους οποίους μπορούν να απευθύνονται επιτυχώς (Thakkar et al.,2016).

2.2 ΕΥ ΖΗΝ ΚΑΙ ΤΗΡΗΣΗ

Ο ρόλος του τρόπου ζωής του ατόμου στην κατάσταση της υγείας του έχει ερευνηθεί και περιγραφεί σε πολλές διαστάσεις.

Η τακτική άσκηση, η σωστή διατροφή, οι ορθές συμπεριφορές στην κατανάλωση αλκοόλ, η αποστασιοποίηση από την χρήση ή εισπνοή καπνικών προϊόντων και εν γένει η τήρηση πολλαπλών υγιεινών συμπεριφορών υγείας ταυτόχρονα, συνδέεται με 66% μικρότερο κίνδυνο εμφάνισης καρδιακών νόσων, σε σχέση με τη μη υιοθέτηση καμίας ή μίας μόνης υγιεινής συμπεριφοράς, σύμφωνα με μετα-ανάλυση των (Barbaresko et al., 2018). Επομένως εισάγεται η έννοια της πολύπλευρης και ταυτόχρονης τήρησης.

Η αποφυγή του καπνίσματος, παθητικού και ενεργητικού, των υπερβολικών ποσοτήτων αλκοόλ, καθώς και η υιοθέτηση υγιεινών διατροφικών συνηθειών έχει αποδειχθεί, ότι μειώνει τους κινδύνους για εμφάνιση επεισοδίων εμφράγματος του μυοκαρδίου, εγκεφαλικών αλλά και άλλων εκδηλώσεων των καρδιαγγειακών νόσων (Caldwell et al., 2018).

Η τακτική άσκηση μειώνει το ρίσκο θρομβωτικών επεισοδίων αλλά και άλλων καρδιακών συμβάντων στα άτομα 3^{ης} ηλικίας (Verissimo et al., 2001).

Η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ αποτελεί παράγοντα κινδύνου για εμφάνιση υπέρτασης. Η προτεινόμενη διακοπή της συνήθειας αυτής θα πρέπει να συνυπολογίζει και τυχόν αγχώδεις εκδηλώσεις καθώς και τη διαχείριση άγχους. (Samadian et al., 2016)

Παρόλο που και ατομικά μπορεί να επιτευχθεί ο στόχος υιοθέτησης υγιεινών προτύπων ζωής, η συλλογική προαγωγή τους μέσα μέσα από κοινωνικές δομές και η χρησιμοποίηση συλλογικών δυνατοτήτων δίνουν άλλη δυναμική συγκριτικά (Claas and Arnett, 2016).

Παρακολούθηση ομαδικών προγραμμάτων άσκησης σε πάρκα για άτομα άνω των 55 ετών έδειξε σημαντική βελτίωση των δεδομένων της καρδιαγγειακής τους υγείας (Kling et al., 2018).

2.3 Η ΜΕΙΚΤΗ ΛΗΨΗ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΣΤΗΝ ΤΗΡΗΣΗ

Μεικτή λήψη αποφάσεων έχουμε όταν γιατρός και ασθενής συναποφασίζουν για την θεραπεία που θα ακολουθηθεί, αφού πρώτα έχουν συζητήσει τις επιλογές τους, τους πιθανούς κινδύνους και τα πλεονεκτήματα, συνυπολογίζοντας τις αξίες και τις προτιμήσεις του ασθενούς. Στην πράξη ο ασθενής μπαίνει στο επίκεντρο, με θετικό αντίκτυπο για την υγεία του. Πιλοτικά προγράμματα στα οποία οι ασθενείς εκπαιδεύονται, ώστε να αποκτούν τον αυτοέλεγχο της θεραπείας τους δείχνουν να επιτυγχάνουν αξιοσημείωτα κλινικά αποτελέσματα σε χρόνιες παθήσεις, μειώνοντας την μη τήρηση και κατά συνέπεια και τα κόστη θεραπείας (Bodenheimer et al., 2002).

Ο όρος της συνεργατικής περίθαλψης απαντάται πολύ συχνά στην βιβλιογραφία. Το να συμμετέχει ενεργά ο ασθενής στην διαχείριση της υγείας του αποτελεί προϋπόθεση, ώστε να φθάσουμε και στη συναπόφαση της θεραπείας μεταξύ ιατρού και ασθενή. Σε κάθε περίπτωση, το επιθυμητό είναι ο ασθενής να αναλαμβάνει ενσυνείδητα ο ίδιος την ευθύνη της υγείας του (Kambhampati et al., 2016).

Στην Αγγλία σε στοχευμένη προσέγγιση ομάδων ασθενών υψηλού κινδύνου όπως υπερτασικοί διαβητικοί, ασθενείς που λαμβάνουν αντιπηκτική αγωγή, οι ασθενείς προσεγγίζονται στα φαρμακεία και λαμβάνουν συμβουλές σε πεδία συναφή με τη νέα τους θεραπεία, τον τρόπο λήψης αυτής και παράλληλα συναινούν στην συμμετοχή τους στο πρόγραμμα. Σε δύο εβδομάδες επικοινωνούν εκ νέου με τον φαρμακοποιό τους όπου και συνεντευξιάζονται για να ανιχνευθούν τυχόν προβλήματα, παρενέργειες, ανησυχίες, ή μη τήρηση και κατόπιν δίνονται εκ νέου διευκρινίσεις ή κλείνεται και ραντεβού για περαιτέρω εκπαίδευση του ασθενούς, όπου δίνεται και η ευκαιρία για παροχή συμβουλών υιοθέτησης υγιεινού τρόπου ζωής. Στον πρώτο κύκλο αυτής της δράσης μέσα σε 18 μήνες συμμετείχαν πάνω από 230.000 ασθενείς. (psnc.org.uk ,2018).

Παρόμοια δράση άρχισε το 2013 και στη Γαλλία με τους φαρμακοποιούς να έρχονται σε άμεση επαφή με τους ασθενείς και να τους εκπαιδεύουν, συλλέγοντας παράλληλα δεδομένα τήρησης από αυτούς που λαμβάνουν αντιπηκτικούς παράγοντες, δύο φορές τον χρόνο, με συμμετοχή μέσα σε ένα έτος 121.440 ασθενών και 14.224 φαρμακείων, ώστε να μειωθούν οι έκτακτες εισαγωγές στα νοσοκομεία από εμφάνιση αιμορραγιών (ansm.sante.fr,2018).

2.4 ΓΗΡΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΙ ΠΡΟΩΘΗΣΗ ΤΗΣ ΤΗΡΗΣΗΣ

Η αδυναμία τήρησης της αγωγής αποτελεί κοινό και δαπανηρό ζήτημα στα άτομα 3^{ης} ηλικίας, με τα ποσοστά τακτικής τήρησης της αγωγής να έχουν ανώτατο όριο το 60%. Επιπλέον, περισσότερες από τις μισές εισαγωγές καρδιαγγειακών ασθενών στα νοσοκομεία έχουν σαν αίτιο την μη τήρηση της αγωγής. (PGEU,2018).

Ο ρόλος των φαρμακοποιών στην προώθηση της υγιούς γήρανσης είναι κομβικός και αποδεικνύονται αποτελεσματικοί στην προώθηση της τήρησης της αγωγής από τα άτομα 3^{ης} ηλικίας. Ο φαρμακοποιός είναι αυτός που θα παροτρύνει τους ηλικιωμένους να ακολουθήσουν υγιεινότερο τρόπο ζωής, με ότι αυτό συμπεριλαμβάνει: επαρκή άσκηση, υγιεινή διατροφή, διαχείριση των παραμέτρων της ψυχικής υγείας και προαγωγή του ευ ζην. Οι ηλικιωμένοι συχνά βλέπουν στον φαρμακοποιό τους ένα άτομο έμπιστο να μιλήσουν και να παλέψουν τα συναισθήματα της απομόνωσης και της μοναξιάς, αλλά και να λάβουν κατευθύνσεις για τις θεραπείες τους (PGEU,2018).

2.5 ΚΟΣΤΟΣ ΤΗΣ ΜΗ ΤΗΡΗΣΗΣ

Η τήρηση μπορεί να βελτιωθεί, αλλά οι αποδοτικότερες και εντατικότερες παρεμβάσεις συνήθως είναι αυξημένου κόστους και απαιτούν περισσότερα χρήματα από τα συστήματα υγείας (Kini et al., 2018). Σε ένα οικονομικό περιβάλλον, οικονομικά δύστοκο, αλλά και προσπαθώντας για την βέλτιστη κατανομή των έτσι και αλλιώς σπανίων πόρων, η διερεύνηση της τήρησης σε συσχέτιση με κοινωνικοοικονομικές συμπεριφορές, θα μπορούσε να κυφορήσει νέες, οικονομικά πιο συμφέρουσες, εναλλακτικές τακτικές αύξησης της.

Τα προγράμματα αυτοπαρακολούθησης και αυτοδιαχείρισης της τήρησης φαίνονται να έχουν αποτελεσματικότητα στην βελτίωση της ορθής χρήσης των φαρμάκων, της τήρησης και της αποτροπής αρνητικών κλινικών συμβάντων (Ryan, 2014).

Υπάρχουν μελέτες στις οποίες εμφανίζεται η αύξηση της τήρησης όταν ο ασθενής τίθεται στο επίκεντρο, αλλά τα δεδομένα είναι ανεπαρκή για ασφαλή εξαγωγή συμπερασμάτων, καθώς σε άλλες αντίστοιχες δεν εμφανίζεται τέτοια τάση (Dwamena, 2012). Ως προς την τοποθέτηση του ασθενή στο επίκεντρο των αποφάσεων για την υγεία του, τα βιβλιογραφικά δεδομένα τόσο για το σύνολο του πληθυσμού, όσο και για τους ασθενείς, τους εντοπίζουν πρόθυμους να συμμετάσχουν πολύπλευρα στην λήψη των αποφάσεων για την υγεία τους, εφόσον τους δοθεί η ευκαιρία (Souliotis,2016).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο :ΠΟΛΥΦΑΡΜΑΚΙΑ ΚΑΙ ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΕΣ

3.1 ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΗΣ ΠΟΛΥΦΑΡΜΑΚΙΑΣ

Με τον όρο Πολυφαρμακία προσδιορίζεται το φαινόμενο της συνταγογράφησης πολλαπλών σκευασμάτων σε έναν ασθενή. Στην βιβλιογραφία υπάρχουν ποικίλες προσεγγίσεις για να προσδιοριστεί και να περιγραφεί η πολυφαρμακία. Σύμφωνα με πρόσφατη ανασκόπηση βρέθηκαν 138 διαφορετικοί προσδιορισμοί και ορισμοί της πολυφαρμακίας. Ένα μέρος των επιστημόνων περιγράφει το φαινόμενο ποσοτικά και ένα άλλο εστιάζει στις ποιοτικές διαστάσεις του, ενώ άλλοι πάλι το αντιμετωπίζουν συνδυαστικά μαζί και με το χρονικό διάστημα της θεραπείας (Masnoon et al,2017).

Η ποσοτική προσέγγιση, πως πολυφαρμακία ορίζεται ως η λήψη 5 ή περισσότερων σκευασμάτων ημερησίως υπερισχύει στον επιστημονικό κόσμο , χωρίς όμως να καταφέρνει να περιγράψει πλήρως την πολυφαρμακία σε συννοσηρότητες και να διαχωρίσει καλώς και κακώς εννοούμενη πολυφαρμακία (Masnoon et al,2017).

Μάλιστα ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας στον ορισμό της Πολυφαρμακίας θέτει την παράλληλη χρήση 5 ή περισσότερων φαρμακευτικών σκευασμάτων, εξαιρουμένων των μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων και των συμπληρωμάτων διατροφής. (WHO, 2004).

Ποιοτικά έχουμε διάκριση της πολυφαρμακίας σε κατάλληλη και μη κατάλληλη.

Στην κατάλληλη πολυφαρμακία ο αριθμός των συνταγογραφούμενων σκευασμάτων είναι αναγκαίος και θεραπευτικά επωφελής.

Στην ακατάλληλη πολυφαρμακία διαπιστώνεται συνταγογράφηση πολλαπλών σκευασμάτων, με όχι σωστό τρόπο ή χωρίς να διαφαίνεται συγκεκριμένο κέρδος από αυτή, (SIMPATHY,2018).

Η διαχείριση της Πολυφαρμακίας αποτελεί τη συστηματική προσέγγιση βελτιστοποίησης της παροχής φαρμακευτικής φροντίδας στους πάσχοντες από συννοσηρότητες, βελτιστοποιώντας τα κέρδη των φαρμακευτικών θεραπειών και μειώνοντας τον επαγόμενο κίνδυνο της ακατάλληλης πολυφαρμακίας.

Για τη διαχείριση της πολυφαρμακίας στην Ευρώπη το πρόγραμμα SIMPATHY έχει θέσει τους ακόλουθους στόχους, χρησιμοποιώντας ως εργαλείο και προσαρμόζοντας τα δεδομένα της πολυφαρμακίας στο Kotter's 8-step.

- Εδραίωση της αίσθησης του επείγοντος.
- Δημιουργία μιας κατευθυντήριας συμμαχίας.
- Δημιουργία οράματος.
- Επικοινωνία του οράματος αυτού.
- Παρακίνηση και άλλων να δράσουν σύμφωνα με το όραμα.
- Σχεδιασμός και επίτευξη νικών.
- Σταθεροποίηση βελτιώσεων και περαιτέρω παραγωγή αλλαγής.
- Θεσμοθέτηση νέων προσεγγίσεων.

(Kotter international,2016)

3.2 ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΠΟΛΥΦΑΡΜΑΚΙΑΣ

Έρευνα σε 630.000 Σουηδούς ηλικιωμένους ασθενείς κατέδειξε δυνατή σχέση μεταξύ του αριθμού των συνταγογραφούμενων φαρμάκων και των πιθανών επιβλαβών μεταξύ τους αλληλεπιδράσεων, καθώς και μεγαλύτερο επιπολασμό των παρενεργειών στους ηλικιωμένους άντρες, σε σχέση με τις ηλικιωμένες γυναίκες (Johne1 et al., 2008). Σε άλλη μελέτη στην Ταιβάν, η πολυφαρμακία φαίνεται να αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης Parkinson σε ηλικιωμένους, αν και χρήζει περισσότερης διερεύνησης το αν παίζουν ρόλο σε αυτό και οι νόσοι για τις οποίες λαμβάνονται τα φάρμακα αυτά.(Lai et al., 2011).

3.3 ΠΟΛΥΦΑΡΜΑΚΙΑ ΚΑΙ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ –ΓΗΡΙΑΤΡΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Οι ηλικιωμένοι πάσχοντες αποτελούν ένα ιδιαίτερο κομμάτι του πληθυσμού των χρονίως πασχόντων, με μεγάλη ετερογένεια ως προς τη σωματική τους κατάσταση, την πορεία και την εξέλιξη της ασθένειάς τους, τις τυχόν συννοσηρότητες, τη φυσική τους κατάσταση και τον τρόπο ζωής τους. Ωστόσο δεν παύουν να αποτελούν ένα σύνολο, στο οποίο εκδηλώνονται και εμφανίζονται μία και ή και περισσότερες χρόνιες παθήσεις σαν συννοσηρότητες σε μεγάλο ποσοστό. Αυτό έχει σαν επακόλουθο και την χρήση περισσότερων φαρμακευτικών σκευασμάτων, που σε συνδυασμό με την φθίνουσα λειτουργία των οργάνων τους μπορεί να οδηγήσει σε εμφάνιση παρενεργειών και επιβλαβή πολυφαρμακία (Prybys et al.,2002).

Σε έρευνα των (Geitona et al., 2018) βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στην ύπαρξη πολυφαρμακίας, ανάλογα με την ηλικία.

Η πολύ συχνή εμφάνιση πολυφαρμακίας στα άτομα 3^{ης} ηλικίας παίζει ρόλο και στη μη τήρηση της θεραπευτικής αγωγής (Pasina et al.,2014).

Σύμφωνα με την ισπανική μελέτη PYCAF, τα άτομα 3^{ης} ηλικίας εμφανίζουν μεγαλύτερο επιπολασμό σε καρδιαγγειακές και μη νόσους, γεγονός που οδηγεί σε πολυφαρμακία. Αυτό επιδρά τόσο στην υγεία του ασθενούς, όσο και στα άμεσα και έμμεσα κόστη περίθαλψης των ατόμων 3^{ης} ηλικίας (Romero-Vigara et al.,2016).

Η μειωμένη πρωτεϊνοσύνθεση λόγω κακής διατροφής ή γήρατος μειώνει τα επίπεδα πρωτεϊνών του πλάσματος που θα προσδεθεί το φάρμακο και αυξάνει την αδέσμευτη μορφή του, αυξάνοντας έτσι το ποσοστό της δραστικής μορφής του φαρμάκου και άρα και τις πιθανές εξ αυτού παρενέργειες και αλληλεπιδράσεις (Ahronheim et al.,1998).

Αν λάβουμε υπ όψιν πως οι ηλικιωμένοι εμφανίζουν την τάση, κατά περιπτώσεις να υπερβαίνουν τις συνταγογραφούμενες δόσεις των φαρμάκων τους (McCluskey et al., 2000), είναι εμφανής ο αυξημένος κίνδυνος, να παρουσιαστούν αλληλεπιδράσεις και παρενέργειες.

Οι (Prybys et al.,2002) παραθέτουν τους παράγοντες εμφάνισης παρενεργειών από τα φάρμακα που καταναλώνουν οι ηλικιωμένοι ασθενείς:

- Πολυφαρμακία
- πολλαπλοί γιατροί
- χρήση μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων και φυτικών προϊόντων
- χρόνιες ασθένειες και συννοσηρότητες
- περιορισμοί όρασης και άνοια
- παρόμοιες συσκευασίες και ονομασίες
- αλλαγές λόγω γήρατος

3.4 ΠΟΛΥΦΑΡΜΑΚΙΑ ΚΑΙ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗ

Η χώρα βιώνει μια άνευ προηγουμένου οικονομική κρίση και είναι επιτακτική η αναζήτηση του αυτονόητου, της βιωσιμότητας και της ευρωστίας του συστήματος υγείας, ώστε να υπερασπιστεί η κοινωνική συνοχή και να αρθούν οι τυχόν ανισότητες που έχουν προκληθεί. (Σουλιώτης ,2013)

Πρακτικές ορθής συνταγογράφησης μπορούν να οδηγήσουν σε μείωση του κόστους και αναβάθμιση της φροντίδας (Κυριόπουλος , 2000).

Υπάρχει ανάγκη για μελέτες της ανάλυσης της καταναλωτικής συμπεριφοράς των ασθενών σχετικά με τα φαρμακευτικά σκευάσματα , λαμβάνοντας υπ' όψιν και κοινωνικό-οικονομικά χαρακτηριστικά. Έτσι θα μπορέσει να χαραχθεί ορθότερη πολιτική κινήτρων και αντικινήτρων, τόσο για τους ασθενείς, όσο και για τους συνταγογραφούντες ιατρούς για αποδοτικότερη συνταγογράφηση. (Γείτονα και Κυριόπουλος, 1999).

Το 2010 ο ΕΟΦ ενημέρωσε το επιστημονικό κοινό ότι κατατέθηκαν στο Υπουργείο Υγείας πρωτόκολλα συνταγογράφησης για 16 ασθένειες και υπάρχει συνεχής διαδικασία για προσθήκη και άλλων πρωτοκόλλων (ΕΟΦ,2018).

Ωστόσο ακόμη και σήμερα, λίγα έχουν συμβεί ως προς την προσέγγιση των συννοσηροτήτων και τα πρωτόκολλα συνταγογράφησης, που θα αφορούν μία τέτοια συνδυαστική θεραπευτική αλλά και προληπτική προσέγγιση.

3.5 ΤΟ ΚΟΣΤΟΣ ΤΗΣ ΠΟΛΥΦΑΡΜΑΚΙΑΣ

Η πολυφαρμακία έχει άμεσο και έμμεσο κόστος για τα συστήματα υγείας αλλά και στην υγεία των ασθενών (RomeroVigara et al.,2016). Στις περιπτώσεις εκτεταμένης πολυφαρμακίας φαίνεται να προκύπτουν και αυξημένες έκτακτες εισαγωγές σε νοσοκομεία, παρόλο που οι συννοσηρότητες δείχνουν να παίζουν θετικό ρόλο και να εμφανίζουν μειωμένες εισαγωγές, όταν δεν έχουμε επιβλαβή πολυφαρμακία (Payne et al 2014).

Ο ΕΟΦ έχει αναλάβει την δημιουργία πρωτοκόλλων συνταγογράφησης για παθήσεις με μεγάλο επιπολασμό, ώστε να παταχθεί η χωρίς χρησιμότητα , εσφαλμένη και υψηλού κόστους συνταγογράφηση (ΕΟΦ,2018).

Έρευνα σε 1403 ασθενείς έδειξε, ότι η αναθεώρηση και επανεξέταση της φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με τα πρωτόκολλα συνταγογράφησης μείωσε το κόστος κατά 273 Ευρώ ανά ασθενή ανά έτος. Η αναλογία κόστους- οφέλους ήταν για κάθε ένα ευρώ που δαπανήθηκε για τα έξοδα της διαδικασίας της επανεξέτασης, να αποδίδεται κέρδος από 3.3 έως 6.6 ευρώ (Malet-Larrea et al.,2017).

Ένα QALY ισοδυναμεί με 1 έτος ιδανικής ζωής. Τα QALYs υπολογίζουν τα υπολειπόμενα χρόνια ζωής ενός ασθενή, που χρησιμοποιεί συγκεκριμένη θεραπεία ή τα κερδισμένα χρόνια ζωής συνυπολογίζοντας ποσοτικά όσο και ποιοτικά χαρακτηριστικά των ετών ζωής του ασθενούς. Σε άγγλους ασθενείς μελετήθηκε η τήρηση της χρήσης ενός πολυδύναμου χαπιού 4 δραστικών ουσιών, σε σύγκριση με τις μελέτες τήρησης της αγωγής για τα την λήψη των 4 διαφορετικών δραστικών σε ξεχωριστά χάπια και φάνηκε πως η υιοθέτηση ενός εθνικού σχεδίου χρήσης πολυδύναμων χαπιών, θα είχε αξιοσημείωτο αποτέλεσμα στην αύξηση της τήρησης, με συνέπεια αποφυγή πολλών εμφραγμάτων και εγκεφαλικών επεισοδίων . Με την χρήση και υπολογισμό των QALYs αποδείχθηκε θετική σχέση κόστους - χρησιμότητας, σε περίπτωση εφαρμογής ενός τέτοιου σχεδίου (Wald et al., 2016).

Μελετώντας πρακτικές που πιθανόν θα μειώσουν την χρήση πολλών σκευασμάτων μέσω της πρόληψης, ερευνήθηκε το κόστος-όφελος της προληπτικής χρήσης ασπιρίνης σε γυναίκες με υψηλό ρίσκο εγκεφαλικού ή εμφράγματος και αποδείχθηκε θετική αναλογία κόστους οφέλους ,για τις γυναίκες άνω των 65 ετών με συνηθισμένο ή και μεγαλύτερο καρδιακό κίνδυνο (Pignone et al.,2007).

Επίσης σε έρευνα των (Li et al.,2018), παρουσιάζεται σημαντικό κέρδος σε QALYs και θετική σχέση κόστους- χρησιμότητας για την προληπτική χρήση ατορβαστατίνης των 10 mg σε υπερλιπιδαιμικούς ασθενείς.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ: Το παρόν πόνημα έχει ως στόχο τη μελέτη της διαχείρισης της φαρμακευτικής αγωγής ασθενών, που πάσχουν από καρδιακές νόσους και επισκέφθηκαν ένα εκ των δύο ιατρείων, στα οποία διεξήχθη η έρευνα μετά από άδεια των ιατρών και την προφορική συγκατάθεση των ασθενών.

4.1 ΚΥΡΙΑ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ

Πρώτο κύριο Ερώτημα, το αν στους πάσχοντες από καρδιακές νόσους παρατηρείται πολυφαρμακία και ποια η επίδραση τυχόν συννοσηροτήτων σε αυτή.

Δεύτερο Ερώτημα, η διερεύνηση της τήρησης των θεραπευτικών οδηγιών και της προτεινόμενης αγωγής από τους ασθενείς με χρόνια καρδιακά νοσήματα και η εξαγωγή συμπερασμάτων.

Τρίτο Ερώτημα, Η διερεύνηση και πιθανή αλληλοσυσχέτιση της τήρησης φαρμακευτικής αγωγής, της συνεργασίας ιατρού-ασθενή και της εμφάνισης ή μη πολυφαρμακίας και παρενεργειών.

4.2 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Φάση Α.

Αρχικά διεξήχθη ενδελεχής ανασκόπηση σύγχρονης και παλαιότερης βιβλιογραφίας σχετικά με τις καρδιακές νόσους , τις θεραπευτικές προσεγγίσεις , τα συνοδά νοσήματα των καρδιακών νόσων , την πολυφαρμακία και την τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής. Σκοπός, η σε βάθος επαφή με όλες τις κρίσιμες παραμέτρους του υπό έρευνα θέματος.

Στην συνέχεια και ελλείψει σχετικού ανάλογου ερευνητικού εργαλείου, που θα ικανοποιούσε τα ερευνητικά ερωτήματα και θα πληρούσε όλα τα κριτήρια εγκυρότητας και συμβατότητας με τα χαρακτηριστικά και την πρωτοτυπία της μελέτης, συντάχθηκε υπό την επιμέλεια της σεβαστής καθηγήτριας του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου και επιβλέπουσας την παρούσα έρευνα, κας Γείτονα-Κοντούλη Μαίρης, καθώς και εξειδικευμένης ομάδας συνεργατών ,ερωτηματολόγιο το οποίο και χρησιμοποίησε ο ερευνητής για την διεξαγωγή της έρευνας. (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α).

Χρησιμοποιήθηκαν ερωτήσεις ανοικτού και κλειστού τύπου . Για τις ερωτήσεις κλειστού τύπου έγινε χρήση της κλίμακας Likert με πενταβάθμια κλίμακα κλειστών απαντήσεων. Χρησιμοποιήθηκαν επίσης διχοτομικές ερωτήσεις του τύπου (ΝΑΙ / ΟΧΙ), αλλά και τριχοτομικές ερωτήσεις του τύπου ΝΑΙ/ΟΧΙ/ΟΧΙ ΑΛΛΑ ΘΑ ΤΟ ΗΘΕΛΑ .

Τα ερωτήματα ήταν σύντομα, με σαφήνεια και ευκόλως αντιληπτά .Οι ερωτήσεις ανοικτού τύπου αφορούσαν στο είδος της καρδιοπάθειας και των τυχόν συνοδών νοσημάτων των ασθενών, στον τύπο των φαρμακευτικών σκευασμάτων που λαμβάνουν, στο είδος του ασφαλιστικού ταμείου τους και σε ερωτήσεις ποιοτικού τύπου.

Το ερωτηματολόγιο απαρτιζόταν από 3 μέρη.

Στο Α μέρος συλλέχθηκαν δημογραφικά και κοινωνικοοικονομικά ατομικά στοιχεία.

Στο Β μέρος συγκεντρώθηκαν στοιχεία που αφορούσαν στο ιατρικό ιστορικό του ασθενούς και την φαρμακευτική θεραπεία του.

Ενώ το Γ μέρος ερευνούσε την αυτοεκτίμηση του ασθενούς για την υγεία του και τις πρακτικές του ίδιου ως προς την χρήση των υπηρεσιών υγείας.

Φάση Β.

Έγινε επίσκεψη στα ιατρεία, όπου αναλύθηκε στους ιατρούς η μελέτη και ο σκοπός της.

Μετά την έγκριση των ιατρών για την διεξαγωγή της έρευνας στα ιατρεία τους και υπό την εγγύηση της ανωνυμίας των συμμετεχόντων, ακολούθησε πολύμηνη τυχαιοποιημένη έρευνα, σε μορφή ατομικών συνεντεύξεων με ασθενείς των δύο ιατρείων, όσο αυτοί περίμεναν στον χώρο αναμονής των αυτών. Ο κάθε ασθενής ενημερωνόταν από τον ερευνητή για τον σκοπό και τη διαδικασία της συνέντευξης και αφού προηγείτο η προφορική συναίνεση του, προχωρούσε η διαδικασία. Σε περιπτώσεις που υπήρχε και άλλος ασθενής στην αναμονή, η συνέντευξη γινόταν σε δεύτερο χώρο, που εξασφάλιζε την ιδιωτικότητα των ασθενών. Αξιοσημείωτους παράγοντες επιτυχίας της λήψης των συνεντεύξεων αποτέλεσαν το κύρος της Αιγίδας του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου και της αξιότιμης καθηγήτριας του Κας Γείτονα-Κοντούλη Μαρίας, η πολύτιμη συνδρομή των γραμματέων των ιατρείων καθώς και η επιστημονική προσέγγιση και επαγγελματικότητα, που επιδείχθηκαν από τον ερευνητή κατά την διάρκεια συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων, των οποίων οι ερωτήσεις αφορούσαν σε ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα της υγείας και της κοινωνικοοικονομικής κατάστασης των συμμετεχόντων.

Η χρονική περίοδος της έρευνας αφορούσε την τριμηνιαία περίοδο: Ιανουάριος 2018-Απρίλιος 2018.

Σύμφωνα με τις καταγραφές των δύο ιατρείων τα επισκέπτονται κατά μήνα περί τους 80 ξεχωριστούς ασθενείς με καρδιακή νόσο.

Σε διάστημα τριμήνου δηλαδή 240 ασθενείς. Από τα στοιχεία αυτά εξαγάγαμε το αντιπροσωπευτικό δείγμα της έρευνας 148 ασθενείς, με την βοήθεια της εφαρμογής RAOSOFT (περιθώριο σφάλματος 5% αξιοπιστία 95% κατανομή απαντήσεων 50%). Στα ιατρεία ζητήθηκε συνέντευξη σε 155 ασθενείς και το ποσοστό ανταπόκρισης ήταν 98%, με 152 ασθενείς να δέχονται να συμμετάσχουν στην έρευνα.

Σε Τρίτο στάδιο έγινε η αποδελτίωση των ερωτηματολογίων, με χρήση του στατιστικού προγράμματος IBM SPSS STATISTICS .25 σε ειδικά δημιουργημένη βάση δεδομένων.

Ακολούθησε πιλοτική στατιστική ανάλυση ώστε να ανιχνευθούν τυχόν παραλείψεις και αστοχίες στην αποδελτίωση.

Μετά το πέρας των διορθώσεων συνεχίστηκε η στατιστική ανάλυση και η εξαγωγή περιγραφικών και επαγωγικών στατιστικών στα πλαίσια των ερευνητικών ερωτημάτων.

Στοχεύοντας στη σημαντικότητα των αποτελεσμάτων πραγματοποιήθηκε έλεγχος ανεξαρτησίας των μεταβλητών.

Οι μεταβλητές ακολουθούσαν κανονική κατανομή και έτσι επιλέχθηκαν τα παραμετρικά τεστ. Για τις δίτιμες μεταβλητές χρησιμοποιήθηκε το Pearson's chi-squared test και οι πίνακες συνάφειας. Για ποσοτικές μεταβλητές σε σύγκριση με δίτιμες μεταβλητές πραγματοποιήθηκε το Student's t-Test και για μεταβλητές με 3 και άνω τιμές χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση διακύμανσης (Analysis of variances).

ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ

Ως πολυφαρμακία θεωρήθηκε η ταυτόχρονη κατανάλωση 5 ή και περισσότερων φαρμακευτικών σκευασμάτων ακολουθώντας τον ορισμό του Π.Ο.Υ.

Ο ορισμός της πολυφαρμακίας ως η ταυτόχρονη λήψη 5 ή περισσότερων φαρμάκων είναι ο επικρατής, αλλά όχι μοναδικός. Δεν καταφέρνει να περιγράψει πλήρως την πολυφαρμακία σε συννοσηρότητες και να διαχωρίσει την καλώς και την κακώς εννοούμενη πολυφαρμακία . (Masnoon et al.,2017). Επίσης υπάρχουν πλήθος από έρευνες στις οποίες η πολυφαρμακία προσεγγίζεται με διαφορετικό ποιοτικό ποσοτικό ή συνδυαστικό τρόπο.

Περιορισμοί στην κλίμακα Likert, καθώς ο τρόπος που διατυπώνονται οι προτάσεις είναι πολύ πιθανόν να επηρεάσει τις απαντήσεις των συμμετεχόντων (Hasson and Arnetz, 2007).

Οι δυσλιπιδαιμίες λογίστηκαν ως συνοδές νόσοι, ενώ οι υπερτασικές νόσοι κατηγοριοποιημένες κατά ICD : I10, I11 κ I13 ως καρδιακές νόσοι, πλην αυτών των νεφρών I12

Αν εντοπίζονταν δύο ή και περισσότερες καρδιοπάθειες στον ίδιο ασθενή, εξαιρούνταν του υπολογισμού ως επιπλέον αριθμός συννοσηροτήτων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο : ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

5.1 ΑΤΟΜΙΚΑ-ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Η μέση ηλικία δείγματος ήταν τα 69,8 έτη, ενώ το 50% των ασθενών ήταν άνω των 71 ετών. Το 30,6% των ασθενών ήταν έως 64 ετών και το 69,4% άνω των 65 ετών.

Πίνακας 1: Ηλικία δείγματος

ΔΕΙΓΜΑ	ΈΤΗ
Μέση Τιμή	69,789
Διάμεσος	71,000
30,6%	64,000

Το 44,7% του δείγματος ήταν Γυναίκες και το 55,3 Άνδρες.

Πίνακας 2: Φύλο

ΦΥΛΟ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Άνδρας	84	55,3
Γυναίκα	68	44,7
Σύνολο	152	100,0

Το 44,7% του δείγματος ήταν απόφοιτοι μέσης εκπαίδευσης, το 25,7% Πανεπιστημιακής και το 25% υποχρεωτικής εκπαίδευσης. Μόλις ένα 4,8% ήταν κάτοχοι μεταπτυχιακού ή διδακτορικού τίτλου.

Πίνακας 3: Εκπαίδευση

ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	%ΠΟΣΟΣΤΟ
Υποχρεωτική	38	25,0
Λύκειο	68	44,7
Πανεπιστήμιο, ΤΕΙ	39	25,7
Μεταπτυχιακός τίτλος	6	3,9
Διδακτορικός τίτλος	1	0,7
Σύνολο	152	100,0

Η πλειοψηφία των ασθενών 70,4% ήταν συνταξιούχοι, 8,6% ιδιωτικοί υπάλληλοι, 8,6% δημόσιοι υπάλληλοι, 6,6% αγρότες και 5,3% ελεύθεροι επαγγελματίες. Άνεργοι ήταν μόνο το 0,7% του δείγματος.

Πίνακας 4: Επαγγελματική κατάσταση

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	%ΠΟΣΟΣΤΟ
Ιδιωτικός Υπάλληλος	13	8,6
Δημόσιος Υπάλληλος	13	8,6
Αγρότης	10	6,6
Ελεύθερος Επαγγελματίας	8	5,3
Συνταξιούχος	107	70,4
Άνεργος	1	0,7
Σύνολο	152	100,0

Μόνο του ζούσε το 18,4% του δείγματος, 48% με σύζυγο, 7,2% με παιδιά, 12,5 με οικογένεια όλοι μαζί, ενώ ένα 13,8% δήλωσε ότι ζει με άλλα άτομα, πιθανόν οικειακές βοηθούς ή άλλους συγγενείς.

Πίνακας 5: Οι ασθενείς ζουν με

ΣΥΜΒΙΩΣΗ ΜΕ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	%ΠΟΣΟΣΤΟ
Σύζυγο/ Σύντροφο	73	48,0
Παιδιά	11	7,2
Μόνος	28	18,4
Άλλο	21	13,8
Οικογένεια	19	12,5
Σύνολο	152	100,0

Το 70,4% του δείγματος ήταν συνταξιούχοι. Εξ αυτών οι 44 ασφαλισμένοι στο ΙΚΑ, οι 22 ασφαλισμένοι τον ΟΠΑΔ και οι 20 ασφαλισμένοι στον ΟΓΑ.

Το ταμείο με τους περισσότερους ασφαλισμένους ήταν το ΙΚΑ, με 59 συνολικά ασθενείς να ασφαρίζονται σ' αυτό. Από τους 59 ασφαλισμένους του ΙΚΑ οι 44 ήταν συνταξιούχοι και μόνο οι 15 εργάζονταν.

Αντίστοιχα και στα άλλα ταμεία. Στον ΟΠΑΔ σε σύνολο 29 ασφαλισμένων οι 22 ήταν συνταξιούχοι και στον ΟΑΕΕ σε σύνολο 16 ασφαλισμένων οι δέκα ήταν συνταξιούχοι.

Για τον ΟΓΑ η αναλογία ασφαλισμένων εργαζόμενων και ασφαλισμένων συνταξιούχων είναι 20 συνταξιούχοι προς 17 εργαζόμενους.

Πίνακας 6 : Επαγγελματική κατάσταση - Συνταξιούχοι και ταμείο

ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ & ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ							
Ασφαλιστικό Ταμείο	Επαγγελματική Κατάσταση						ΣΥΝΟΛΟ
	Ιδιωτικός Υπάλληλος	Δημόσιος Υπάλληλος	Αγρότης	Ελεύθερος Επαγγελματίας	Συνταξιούχος	Άνεργος	
ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΣ	0	0	0	0	1	0	1
ΕΤΑΑ-ΤΥΜΕΔΕ	0	0	0	0	1	0	1
ΕΤΑΑ-ΤΥΥ	0	0	0	0	1	0	1
ΙΚΑ	9	3	0	2	44	1	59
Ο.Ν	0	0	0	0	2	0	2
ΟΑΕΕ	0	0	0	6	10	0	16
ΟΓΑ	3	4	10	0	20	0	37
ΟΠΑ	0	0	0	0	1	0	1
ΟΠΑΔ	1	6	0	0	22	0	29
ΤΑΠ-ΟΤΕ	0	0	0	0	1	0	1
ΤΑΥΤΕΚΩ-ΚΑΠ ΔΕΗ	0	0	0	0	3	0	3
Ο.Ν	0	0	0	0	1	0	1
ΣΥΝΟΛΟ	13	13	10	8	107	1	152

Το 16,4% των ασθενών ασφαλιζόνταν και ιδιωτικά .

Σύγκριση με το ποσοστό πανελλήνια. Σύγκριση ιδιωτικής ασφάλισης και ύπαρξης καρδιακών συμβάντων- συννοσηροτήτων.

Πίνακας 7: Ιδιωτική ασφάλιση

ΈΧΕΤΕ ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ;	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	%ΠΟΣΟΣΤΟ
όχι	127	83,6
ναι	25	16,4
Σύνολο	152	100,0

Ο λόγος εγχειρισμένων και μη εγχειρισμένων στην καρδιά ασθενών που δεν έχουν ιδιωτική ασφάλιση είναι 18/108, ενώ όσων έχουν ασφαλιστεί ιδιωτικά 6/18.

Παρατηρείται λοιπόν, ότι οι ασθενείς με βαριά καρδιακά προβλήματα ανατρέχουν και στην ιδιωτική ασφάλιση σε μεγαλύτερο ποσοστό από τους μη χειρουργηθέντες καρδιοπαθείς.

Πίνακας 8: Ιδιωτική ασφάλιση και καρδιοχειρουργική επέμβαση

ΈΧΕΤΕ ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΚΑΙ ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ		Καρδιοχειρουργική επέμβαση			Σύνολο
		ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΑΝΑΜΕΝΕΤΑΙ ΝΑ ΓΙΝΕΙ	
Έχετε ιδιωτική ασφάλιση;	όχι	108	18	1	127
	ναι	19	6	0	25
Σύνολο		127	24	1	152

Το 55,3% των ασθενών έχει εισόδημα έως και 1000 ευρώ.Το 36,8% των ασθενών κυμαίνεται εισοδηματικά από 1001 έως 1500 ευρώ. Μόλις το 7,9% των ερωτηθέντων έχει εισόδημα άνω των 1501 Ευρώ.

Πίνακας 9: Καθαρό εισόδημα σε ευρώ

ΜΗΝΙΑΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ (ΚΑΘΑΡΟ ΣΕ €):	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	%ΠΟΣΟΣΤΟ	%ΑΘΡΟΙΣΤΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ
0 -500	15	9,9	9,9
501- 1.000	69	45,4	55,3
1.001 -1.500	56	36,8	92,1
1.501 και άνω	12	7,9	100,0
ΣΥΝΟΛΟ	152	100,0	

5.2 ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Ως προς το είδος των καρδιοπαθειών, οι περισσότεροι καρδιοπαθείς πάσχουν από υπέρταση (I10) σε ποσοστό 41% και από ισχαιμική καρδιοπάθεια (I25) σε ποσοστό 33,4% . Από κολπική μαρμαρυγή (I48) πάσχει το 16,7% των ασθενών. Αξίες αναφοράς είναι και οι περιπτώσεις συνοδών καρδιοπαθειών, με το ζεύγος υπέρτασης – μαρμαρυγής να εμφανίζεται σε 5 ασθενείς σε ποσοστό 3,3% του δείγματος. Η υπέρταση αποτελεί συνοδό καρδιοπάθεια σε 15 περιπτώσεις καρδιακών συννοσηροτήτων σε ασθενείς, από τις συνολικά 32 , η κολπική μαρμαρυγή έχει 5 εμφανίσεις ως συνοδός καρδιοπάθεια και η ισχαιμική καρδιοπάθεια αντίστοιχα 4 εμφανίσεις.

Πίνακας 10: Είδη καρδιοπαθειών ασθενών δείγματος

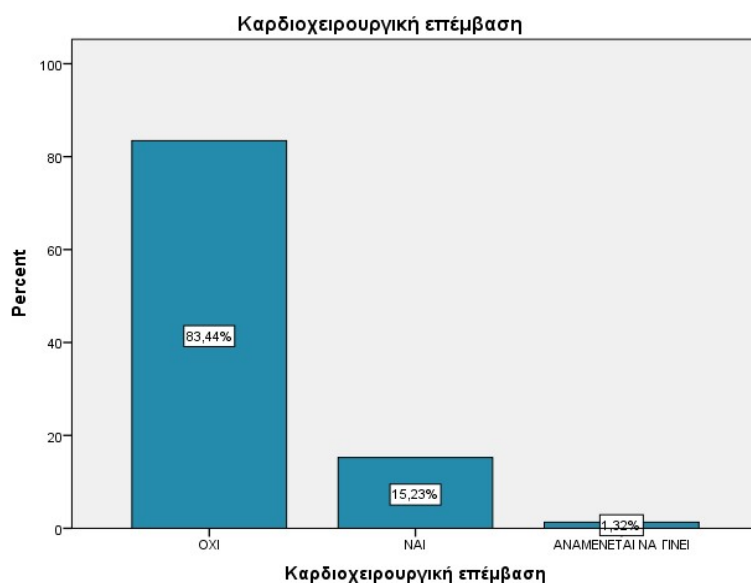
ΕΙΔΟΣ ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΑΣ ICD-10	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	%ΠΟΣΟΣΤΟ
I10	44	28,9
I10/ I48	5	3,3
I10/I20	2	1,3
I10/I22	1	0,7
I10/I24.8	1	0,7
I10/I25	2	1,4
I10/I48/I49	2	1,3
I10/I49.9	1	0,7
I11.0	5	3,3
I11.0/I20.9	1	0,7
I11.9	7	4,6
I11.9/I20.0	1	0,7
I11/I24.8	1	0,7
I20	1	0,7
I20.0/I11.0	1	0,7
I20/I11.9	1	0,7
I21	2	1,3
I22/I10	2	1,3
I24.8	2	1,3
I25	43	28,6
I25.1	2	1,3
I25.2	1	0,7
I31	1	0,7

Πίνακας 10: Είδη καρδιοπαθειών ασθενών δείγματος(συνέχεια)

ΕΙΔΟΣ ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΑΣ ICD-10 ΣΥΝΕΧΕΙΑ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	%ΠΟΣΟΣΤΟ
I34	1	0,7
I34/I48/I30	1	0,7
I34/I49	1	0,7
I48	13	8,6
I48/I22/I25	1	0,7
I48/I49	1	0,7
I48/I50/I10	1	0,7
I49	1	0,7
I49/I25/I50	1	0,7
I50	1	0,7
I50/I48	1	0,7
Total	152	100,0

Το σύνολο των εγχειρισμένων στην καρδιά ασθενών είναι 25 ασθενείς σε ποσοστό 16,4% εκ των 152 ασθενών του δείγματος. Ακόμη ποσοστό 1.32% αναμένεται να κάνει καρδιοχειρουργική επέμβαση. Ως προς τους εγχειρισμένους καρδιοπαθείς η πλειοψηφία αυτών έχει κάνει bypass - 64%, ενώ διαδερμική ενδοαυλική στεφανιαία αγγειοπλαστική (Stent) το 20%. Σε εγχείρηση τοποθέτησης Βηματοδότη έχει προβεί το 16% των καρδιακώς χειρουργημένων ασθενών του δείγματος μας. Ενώ το 8 % του δείγματος φαίνεται να έχει κάνει εγχείρηση Bypass και τοποθέτηση βηματοδότη μαζί.

Γράφημα 1: Καρδιοχειρουργική επέμβαση



Πίνακας 11: Καρδιοχειρουργική επέμβαση

ΕΙΔΟΣ ΕΠΕΜΒΑΣΗΣ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	%ΠΟΣΟΣΤΟ
ΑΝΤΙΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΒΑΛΒΙΔΑΣ	2	8
ΑΠΙΝΙΔΩΤΗΣ+ΒΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣ	1	4
ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΗ ΕΝΔΟΑΥΛΙΚΗ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΑΓΓΕΙΟΠΛΑΣΤΙΚΗ	5	20
ΕΜΦΥΤΕΥΣΗ ΒΑΛΒΙΔΑΣ	1	4
CABGx1 (Bypass)	5	20
CABGx2 (Bypass)	2	8
CABGx2 (Bypass) + ΒΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣ	1	4
CABGx3 (Bypass)	6	24
CABGx3 (Bypass) + ΒΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣ	1	4
CABGx4 (Bypass)	1	4
ΣΥΝΟΛΟ	25	100

Το 21,7% των καρδιοπαθών έχει χειρουργηθεί για άλλα θέματα.

Ποσοστό 3,9 % έχει υποβληθεί σε χολοκυστεκτομή και αντίστοιχο ποσοστό σε καισαρική. 2,6% των ασθενών έχουν υποβληθεί σε προστατεκτομή, ενώ 2% σε αρθροπλαστική ισχίου.

Πίνακας 12: Άλλες χειρουργικές επεμβάσεις

ΆΛΛΕΣ ΧΕΙΡΓΟΥΡΓΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	%ΠΟΣΟΣΤΟ
ΆΛΛΗ	1	0,7
ΑΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΙΣΧΙΟΥ	3	2,0
ΑΜΥΓΔΑΛΕΚΤΟΜΗ	2	1,3
ΑΡΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΙΣΧΙΟΥ	1	0,7
ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΩΘΗΚΩΝ	1	0,7
ΓΑΣΤΡΕΚΤΟΜΗ	2	1,3
ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ	6	3,9
ΚΑΤΑΡΡΑΚΤΗΣ	1	0,7
ΚΙΡΣΕΚΤΟΜΗ	2	1,3
ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ	1	0,7
ΝΕΦΡΕΚΤΟΜΗ	1	0,7
ΟΧΙ	119	78,3
ΠΡΟΣΤΑΤΕΚΤΟΜΗ	4	2,6
ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΕΚΤΟΜΗ	2	1,3
ΧΟΛΟΚΥΣΤΕΚΤΟΜΗ	6	3,9
ΣΥΝΟΛΟ	152	100,0

Ποσοστό 45,4% του δείγματος έχει αντιμετωπίσει κάποιο καρδιολογικό συμβάν. Οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου έχουν περάσει 49 ασθενείς σε ποσοστό 32,3% και 11 ασθενείς έχουν περάσει οξύ πνευμονικό οίδημα.

Πίνακας 13: Καρδιολογικά συμβάντα

ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΥΜΒΑΝΤΑ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	%ΠΟΣΟΣΤΟ
ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ	3	2,0
ΟΕΜ	49	32,3
ΟΞΕΙΑ ΠΕΡΙΚΑΡΔΙΤΙΔΑ	2	1,3
ΟΞΥ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΟ ΟΙΔΗΜΑ	11	7,2
ΟΧΙ	83	54,6
ΣΤΗΘΑΓΧΗ	1	0,7
ΣΥΓΚΟΠΗ	1	0,7
ΣΥΓΚΟΠΗ/ΒΡΑΔΥΚΑΡΔΙΑ	2	1,3
Total	152	100,0

Τα δεδομένα για τις τιμές HDL και LDL χοληστερίνης καθώς και τριγλυκεριδίων κατέστη εφικτό να βρεθούν μόνο σε ασθενείς του καρδιολογικού ιατρείου, το οποίο τηρούσε και αρχείο. Έτσι ο ασθενής ζητούσε προσωπικά από τη γραμματέα του ιατρού τα συγκεκριμένα δεδομένα και μετά προφορικά τα μετέφερε στον ερευνητή, ώστε να συμπληρωθούν στο ερωτηματολόγιο. Από τους 76 ερωτηθέντες ασθενείς του καρδιολογικού ιατρείου κατέστη εφικτό να συλλεχθούν τα δεδομένα για 71 ασθενείς, οι οποίοι παρουσίαζαν κατά μέση τιμή HDL 44, LDL 105, τριγλυκερίδια 135 και αθηρωματικό δείκτη 4,1.

Πίνακας 14: Λιπιδαιμικό προφίλ

	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ	ΕΛΑΧΙΣΤΗ ΤΙΜΗ	ΜΕΓΙΣΤΗ ΤΙΜΗ	ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ
Ολική Χοληστερόλη	71	87,00	299,00	177,5634
HDL	71	27,00	70,00	44,0282
LDL	71	40,00	230,00	105,9296
Τριγλυκερίδια	71	40,00	344,00	135,6479
Αθηρωματικός Δείκτης	71	2,18	7,32	4,1011

Παρατηρείται μια μέση απόκλιση ενός έτους περίπου από την διάγνωση της καρδιοπάθειας έως την έναρξη της θεραπείας, με μέση τιμή ετών διάγνωσης τα 11,41(±5,8) έτη και μέση τιμή έναρξης θεραπείας τα 10,28(±5,1) έτη.

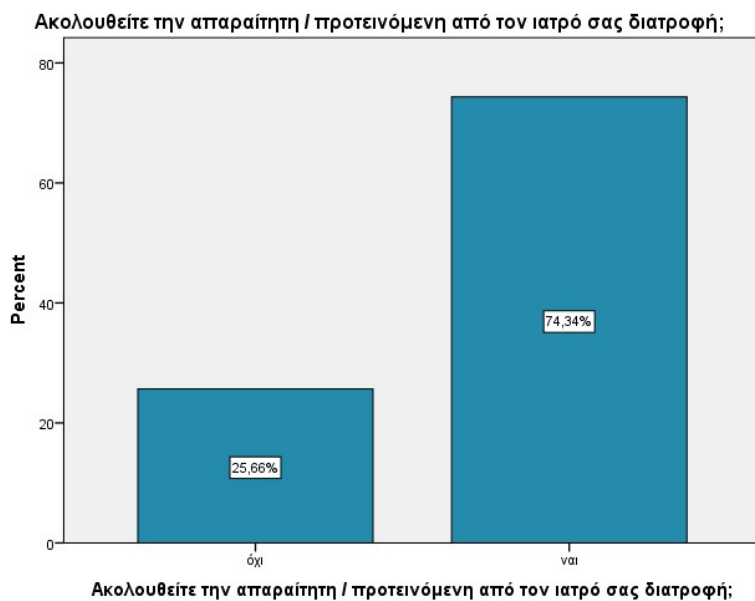
Ελάχιστη τιμή ετών διάγνωσης καρδιολογικής νόσου είναι το 1 έτος, όπως αντίστοιχα 1 έτος είναι και η ελάχιστη τιμή ετών λήψης φαρμακευτικής αγωγής για την καρδιακή νόσο. Μέγιστη τιμή ετών διάγνωσης είναι τα 25 έτη και μέγιστη τιμή ετών λήψης αγωγής τα 22 έτη.

Πίνακας 15: Χρόνια διάγνωσης καρδιολογικής νόσου-Χρόνια λήψης αγωγής

	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ	ΕΛΑΧΙΣΤΗ ΤΙΜΗ	ΜΕΓΙΣΤΗ ΤΙΜΗ	ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ
Πόσα χρόνια σας έχει διαγνωσθεί η καρδιολογική νόσος;	152	1,00	25,00	11,4145
Πόσα χρόνια λαμβάνετε θεραπευτική αγωγή	152	1,00	22,00	10,2895

Το 74.34% των καρδιοπαθών του δείγματος δηλώνει ότι τηρεί τις ιατρικές οδηγίες διατροφής, ενώ το 25,66% δεν τις τηρεί.

Γράφημα 2: Τήρηση ιατρικών οδηγιών διατροφής



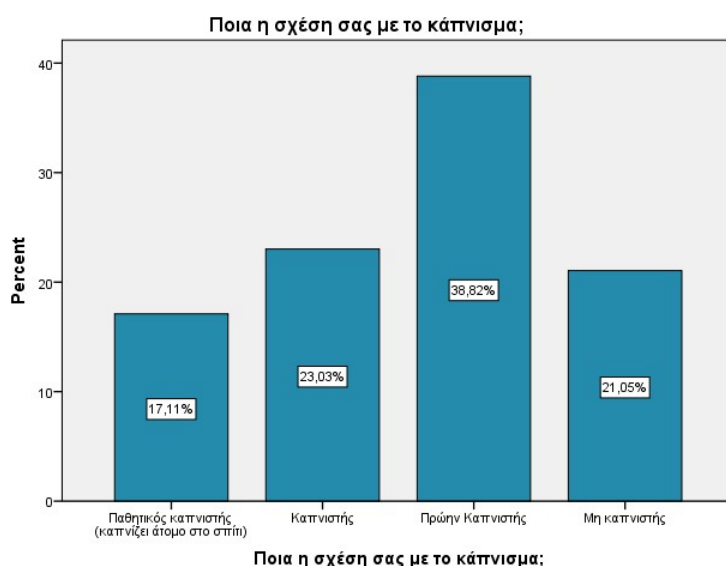
Ως προς την τήρηση των Ιατρικών οδηγιών για άσκηση, το δείγμα μας είναι διχασμένο με σχεδόν τους μισούς ασθενείς να τις τηρούν και τους άλλους μισούς να μην την τηρούν κατά ελαφρά πλειοψηφία.

Γράφημα 3 :Τήρηση ιατρικών οδηγιών άσκησης



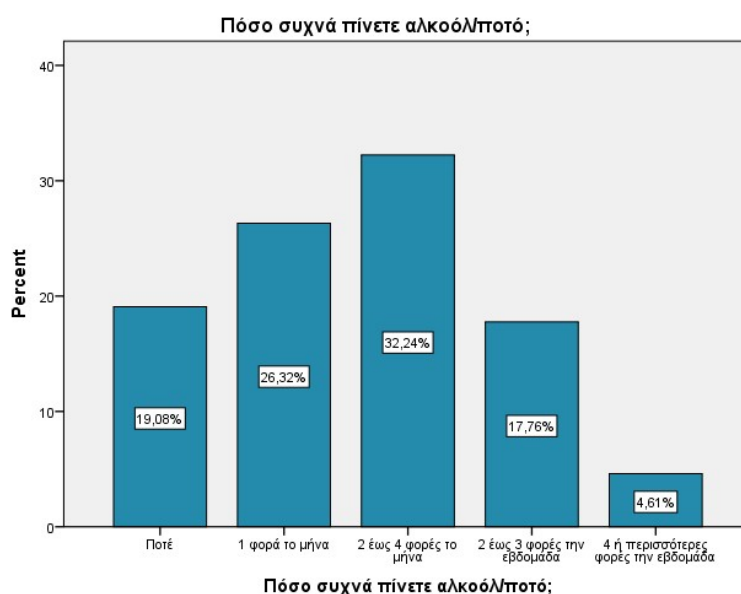
Ως προς τη σχέση με το κάπνισμα, το 78,95% των καρδιακών ασθενών έχει ή είχε επαφή με καπνό, είτε ως καπνιστής, είτε ως πρώην καπνιστής είτε ως παθητικός καπνιστής. Αξιοσημείωτο ότι παρ' όλες τις καρδιοπάθειες το 23,03% συνεχίζει να καπνίζει .Αλλά και για το 17,11% υπάρχει άτομο στο σπίτι που συνεχίζει να καπνίζει καθιστώντας παθητικό καπνιστή τον ασθενή. Υπήρξαν ακόμη και περιπτώσεις ασθενών με σοβαρά καρδιακά συμβάντα και επέμβαση, όπου δεν έχουν διακόψει το κάπνισμα.

Γράφημα 4: Σχέση ασθενών με το κάπνισμα



Ποσοστό μεγαλύτερο του 22% των καρδιοπαθών καταναλώνει αλκοόλ 2-3 φορές την εβδομάδα και πάνω. Το 19% δεν απέχει από την κατανάλωση αλκοόλ ενώ η πλειοψηφία 32,4% καταναλώνει αλκοόλ από 2 έως 4 φορές το μήνα.

Γράφημα 5: Συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ



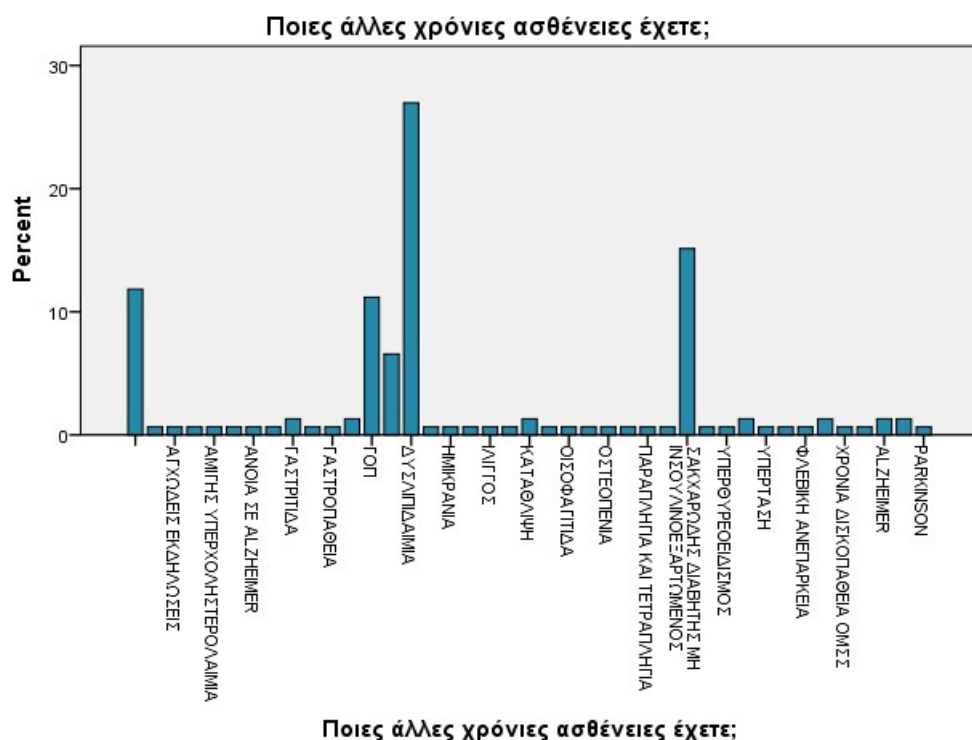
Το 88,2 % του δείγματος εμφάνιζε συννοσηρότητες. Το 33,6 % εμφάνιζε μία συνοδό νόσο, ενώ το 36,2% δύο συνοδές νόσους. Ποσοστό 18,5% του δείγματος εμφάνιζε τρεις ή και περισσότερες συννοσηρότητες. Μόνο το 11,8 % του δείγματος δεν εμφάνιζε καμία συνοδό νόσο.

Πίνακας 16: Αριθμός συννοσηροτήτων

ΑΡΙΘΜΟΣ ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΩΝ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	%ΠΟΣΟΣΤΟ	% ΑΘΡΟΙΣΤΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ
0	18	11,8	11,8
1,00	51	33,6	45,4
2,00	55	36,2	81,6
3,00	17	11,2	92,8
4,00	8	5,3	98,0
5,00	3	2,0	100,0
ΣΥΝΟΛΟ	152	100,0	

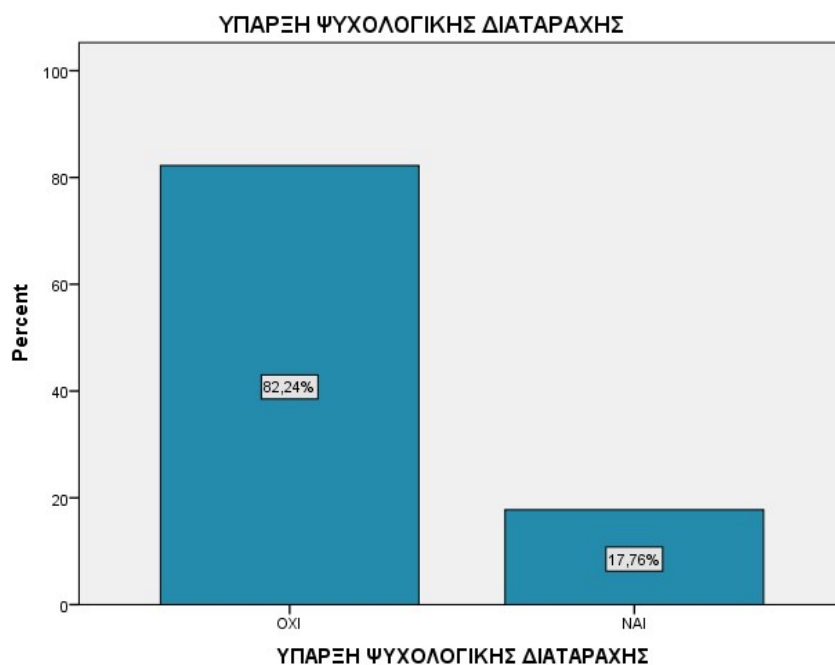
Μεγάλη συχνότητα εμφάνισης ως συνοδές νόσοι, ως προκύπτει και από το παρακάτω ραβδόγραμμα παρουσίασαν οι δυσλιπιδαιμίες, ο σακχαρώδης διαβήτης, η γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση και αθροιστικά οι ψυχολογικές διαταραχές. Η κατάθλιψη, γαστροπάθειες οισοφαγίτιδες και γαστρίτιδες εμφανίστηκαν και αυτές σαν συννοσηρότητες.

Γράφημα 6:Εμφανιζόμενες συνοδές νόσοι



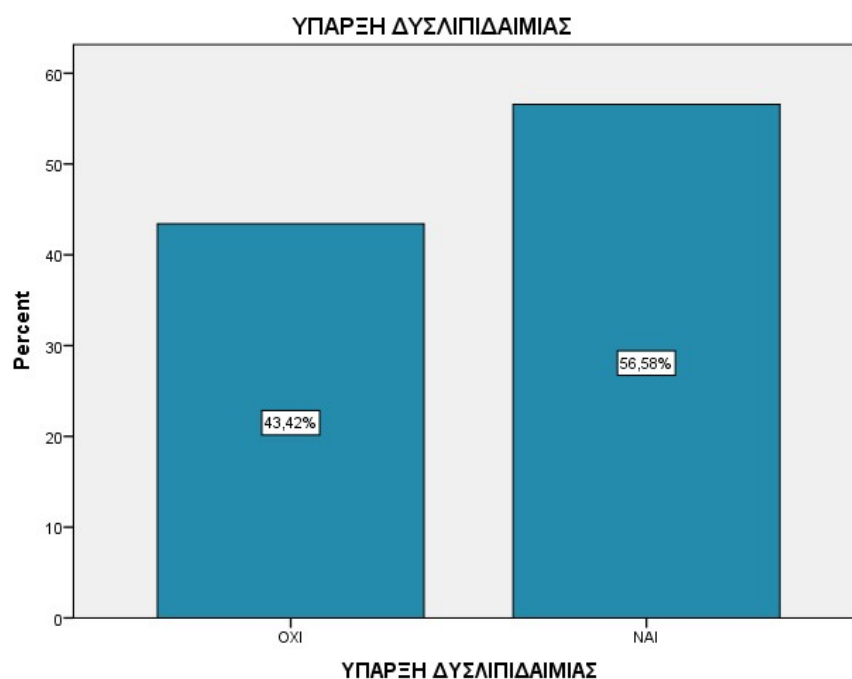
Το 17,76 % των καρδιοπαθών που μελετήθηκαν στην παρούσα έρευνα, εμφανίζει κάποια ψυχική διαταραχή από δυσθυμία και κατάθλιψη, μέχρι απροσδιόριστες αγχώδεις εκδηλώσεις.

Γράφημα 7: Ύπαρξη ψυχολογικής διαταραχής



Το 56,58% των ασθενών του δείγματος φαίνονται να εμφανίζουν δυσλιπιδαιμίες και το 43,42% να μην εμφανίζουν.

Γράφημα 8: Ύπαρξη δυσλιπιδαιμίας



5.3 ΧΡΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ο μέγιστος αριθμός φαρμάκων που λαμβάνουν καθημερινά οι ασθενείς του δείγματος είναι έντεκα και ο ελάχιστος ένα. Κατά μέσο όρο οι ασθενείς του δείγματος ελάμβαναν 4,3 φαρμακευτικά σκευάσματα την ημέρα, κάτω από το κατώφλι του αριθμητικού προσδιορισμού των 5 σκευασμάτων, αλλά πολύ κοντά σε αυτό.

Ποσοστό 39,5% των καρδιοπαθών του δείγματος λαμβάνει 5 ή και περισσότερα σκευάσματα την ημέρα και κατατάσσεται στις περιπτώσεις πολυφαρμακίας.

Πίνακας 17: Περιγραφικά στατιστικά φαρμάκων που λαμβάνονται συνολικά την ημέρα

	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ	ΕΛΑΧΙΣΤΗ ΤΙΜΗ	ΜΕΓΙΣΤΗ ΤΙΜΗ	ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ
Πόσα φάρμακα λαμβάνετε συνολικά την ημέρα	152	1,00	11,00	4,2829

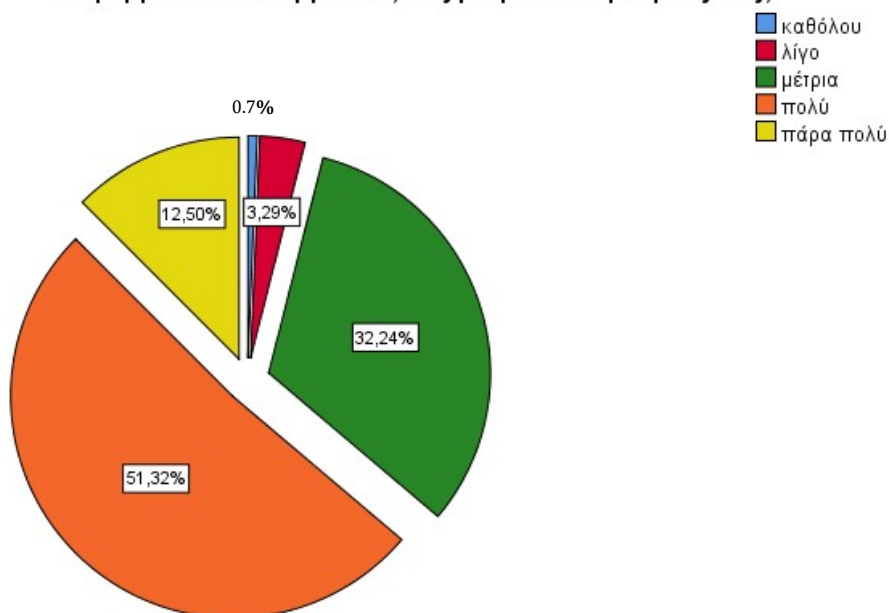
Πίνακας 18: Αριθμός φαρμάκων που λαμβάνονται συνολικά την ημέρα

ΑΡΙΘΜΟΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	%ΠΟΣΟΣΤΟ	% ΑΘΡΟΙΣΤΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ
1,00	5	3,3	3,3
2,00	11	7,2	10,5
3,00	44	28,9	39,5
4,00	32	21,1	60,5
5,00	28	18,4	78,9
6,00	15	9,9	88,8
7,00	7	4,6	93,4
8,00	8	5,3	98,7
10,00	1	0,7	99,3
11,00	1	0,7	100,0
Σύνολο	152	100,0	

Πάνω από το 63,5% των ασθενών του δείγματος θεωρεί ότι τα φάρμακα που λαμβάνει το βοηθούν στην υγεία του. Μέτρια συνεισφορά των φαρμάκων στην βελτίωση της υγείας του εντοπίζει το 32,24% των καρδιοπαθών. Τέλος το 3,29% θεωρεί ότι το βοηθούν λίγο και το 0,7% καθόλου.

Γράφημα 9:

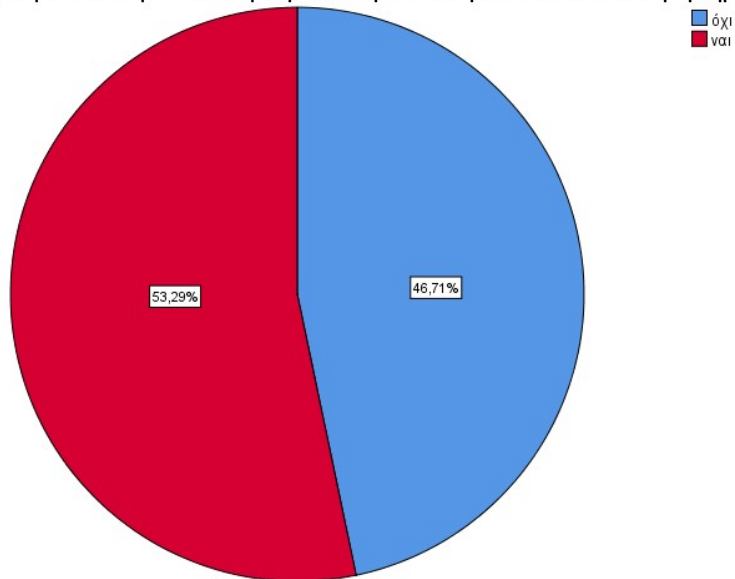
Τα φάρμακα που λαμβάνετε, σας βοηθάνε στην υγείας σας;



Το 53,29% των καρδιοπαθών του δείγματος μας έχει οικογενειακό ιατρό που το παρακολουθεί, ενώ το 46,71% όχι.

Γράφημα 10:

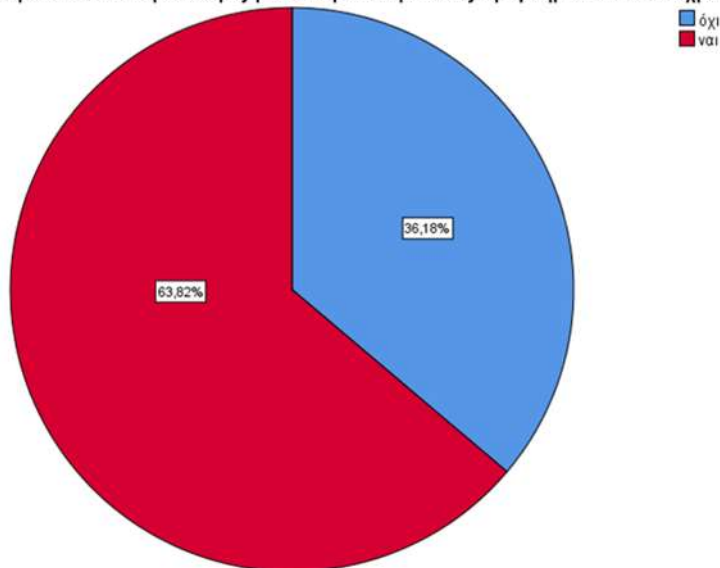
Έχετε γενικό/οικογενειακό ιατρό ή παθολόγο που παρακολουθεί όλα τα προβλήματα υγείας σας;



Το 63,82% των καρδιοπαθών παρακολουθείται από καρδιολόγο σε τακτά χρονικά διαστήματα και το 36,18 όχι.

Γράφημα 11:

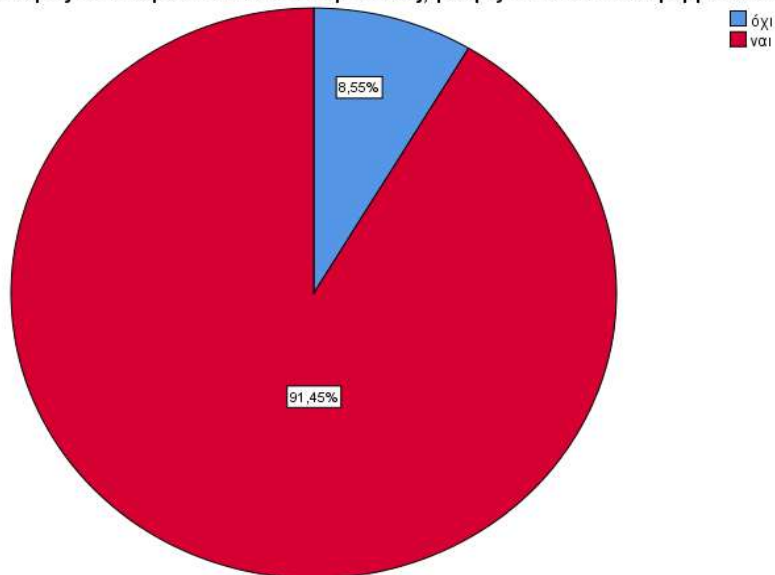
Σας παρακολουθεί καρδιολόγος για τα καρδιολογικά σας προβλήματα σε τακτά χρονικά διαστήματα;



Το 91,45% των ασθενών του δείγματος δήλωσαν ότι ο ιατρός τους γνωρίζει τα υπόλοιπα φάρμακα που λαμβάνουν και το 8,55% πως δεν τα γνωρίζει.

Γράφημα 12:

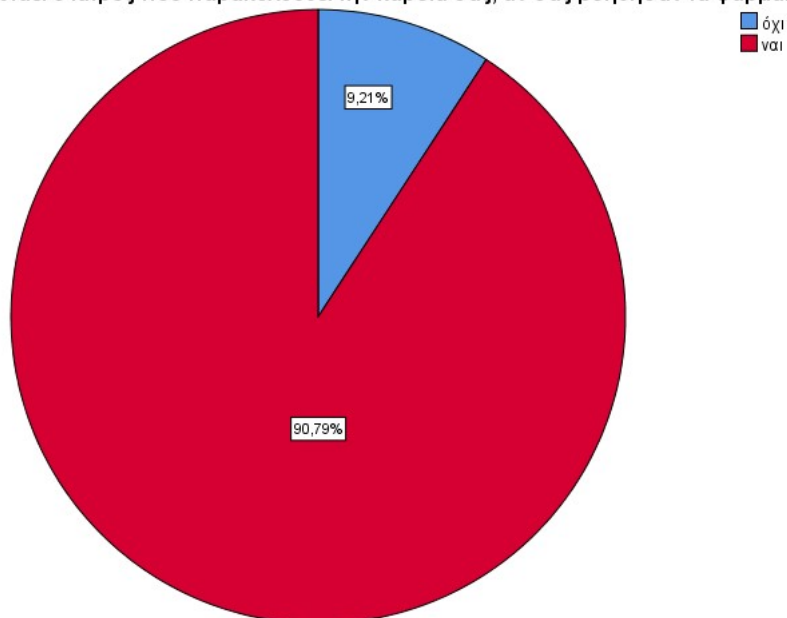
Ο ιατρός που παρακολουθεί τον καρδιά σας, γνωρίζει τα υπόλοιπα φάρμακα που λαμβάνετε;



Ποσοστό 90,79% των καρδιοπαθών του δείγματος παρουσιάζεται να ερωτάται από τον ιατρό αν έχουν βοηθήσει τα φάρμακα που λαμβάνει, ενώ το 9,21% δηλώνει ότι δεν ερωτάται.

Γράφημα 13:

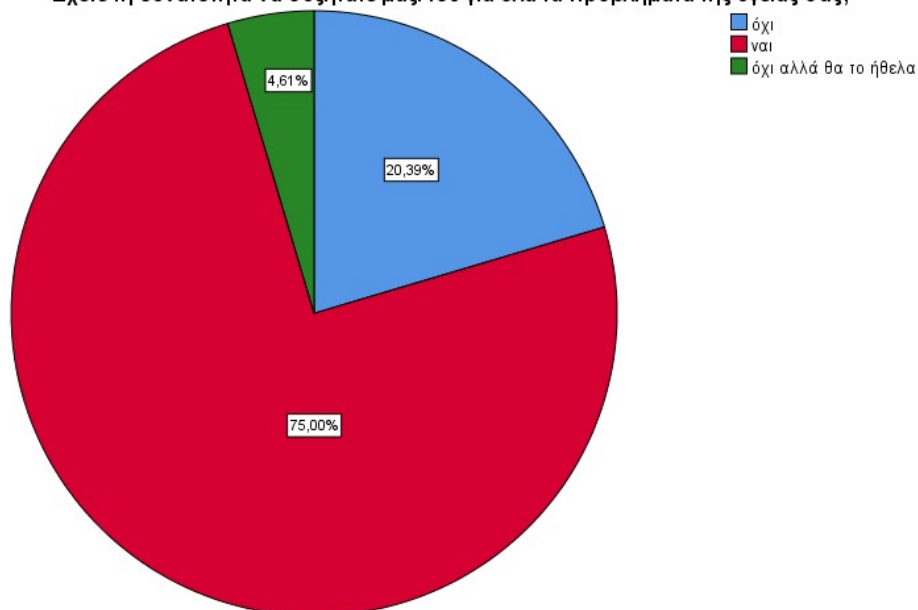
Σας ρωτάει ο ιατρός που παρακολουθεί την καρδιά σας, αν σας βοήθησαν τα φάρμακα που λαμβάνετε;



Το 75% των ασθενών που συμμετείχαν στην έρευνα, συζητούν με τον ιατρό για όλα τα προβλήματα της υγείας τους. Το 25% του δείγματος δεν έχει την δυνατότητα να συζητάει με τον ιατρό όλα τα προβλήματα της υγείας του, με το 4,61% εξ αυτών να θέλουν να αλλάξει αυτό και να υπάρχει συζήτηση για όλα τα ζητήματα υγείας, και το 20,39% να μην επιθυμεί κάποια αλλαγή.

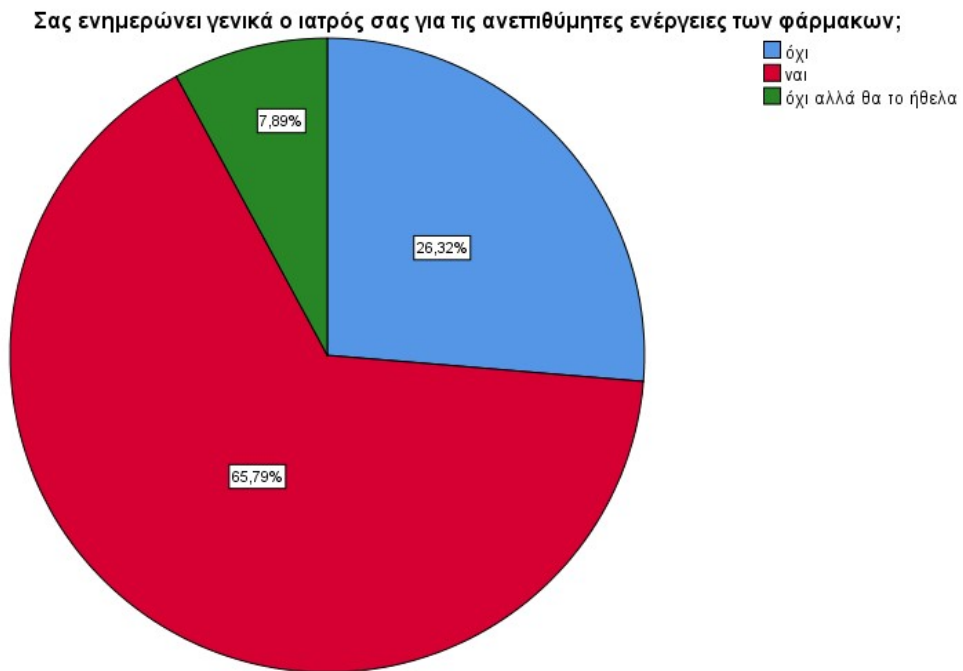
Γράφημα 14:

Έχετε τη δυνατότητα να συζητάτε μαζί του για όλα τα προβλήματα της υγείας σας;



Για τις παρενέργειες των φαρμάκων ενημερώνεται το 65,79% των ασθενών. Το 34,21% των καρδιοπαθών δηλώνει ότι δεν ενημερώνεται, με το 7,89% εξ αυτών να το ήθελε και το 26,32% να μην επιθυμεί κάποια ενημέρωση.

Γράφημα 15:



Το 8.6% των ασθενών του δείγματος εμφάνισε παρενέργειες το τελευταίο εξάμηνο από χρήση φαρμάκων.

Πίνακας 19:Εμφάνιση παρενεργειών από χρήση φαρμάκων τους τελευταίους 6 μήνες

Είχατε ανεπιθύμητες ενέργειες από τα φάρμακα που λάβατε τους τελευταίους 6 μήνες;	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	%ΠΟΣΟΣΤΟ
όχι	139	91,4
ναι	13	8,6
Σύνολο	152	100,0

Οι 13 ασθενείς που εμφάνισαν παρενέργειες απάντησαν και σε ερωτήσεις σχετικά με αυτές τις παρενέργειες.

Στον πίνακα 16 παρουσιάζονται οι εμπορικές ονομασίες των φαρμάκων, που οι ασθενείς δήλωσαν ότι τους προκάλεσαν τις ανεπιθύμητες ενέργειες, και η συχνότητα τους στην εκδήλωση ανεπιθύμητων συμπτωμάτων στους 13 ασθενείς.

Πίνακας 20: Φάρμακα που προκάλεσαν ανεπιθύμητες ενέργειες

ΦΑΡΜΑΚΟ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	%ΠΟΣΟΣΤΟ
XEFO	1	7,7
ARCOXIA	1	7,7
CARVEPEN	1	7,7
CONCOR	1	7,7
ELIQUIS	1	7,7
EXFORGE	1	7,7
LIPITOR 40mg	1	7,7
LIPTRUZET 10/20MG	1	7,7
MEDROL	2	15,4
MONOSORDYL	1	7,7
SALOSPIR	1	7,7
SINTROM	1	7,7
Σύνολο	13	100,0

Και οι 13 ασθενείς φαίνεται να ενημέρωσαν τους ιατρούς τους για τις εμφανιζόμενες παρενέργειες.

Πίνακας 21: Ενημέρωση ιατρού για τις παρενέργειες από τη χρήση φαρμάκων από τους ασθενείς που τις εμφάνισαν

Έχετε ενημερώσει τον ιατρό σας για τις ανεπιθύμητες ενέργειες που πρόέκυψαν;	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	%ΠΟΣΟΣΤΟ
όχι	0	0
ναι	13	100

Με την εμφάνιση των παρενεργειών, 4 ασθενείς χρειάστηκε να λάβουν και φαρμακευτική αγωγή για την αντιμετώπιση της ανεπιθύμητης ενέργειας, ενώ οι υπόλοιποι 9 δεν έλαβαν κάποια αγωγή.

Πίνακας 22: Λήψη φαρμάκου για αντιμετώπιση εμφανιζόμενης παρενέργειας

Χρειάστηκε να λάβετε κάποιο φάρμακο για να αντιμετωπίσετε την ανεπιθύμητη ενέργεια που προέκυψε;	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	%ΠΟΣΟΣΤΟ
όχι	9	69,2
ναι	4	30,8

Οι 4 εκ των 13 ασθενών χρειάστηκε να νοσηλευτούν μετά την εκδήλωση ανεπιθύμητων ενεργειών από λήψη φαρμάκου, το 30,8% δηλαδή όσων εμφάνισαν παρενέργειες.

Πίνακας 23: Νοσηλεία λόγω εμφάνισης ανεπιθύμητης ενέργειας

Χρειάστηκε να νοσηλευτείτε στο νοσοκομείο εξαιτίας ανεπιθύμητης ενέργειας	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	%ΠΟΣΟΣΤΟ
όχι	9	69,2
ναι	4	30,8
Σύνολο	13	100

Το 69,2% των ασθενών που εμφάνισαν ανεπιθύμητη ενέργεια αναγκάστηκαν να διακόψουν το φάρμακο που ελάμβαναν, ενώ το 30,8% συνέχισε την αγωγή του παρά την εκδήλωση ανεπιθύμητης ενέργειας.

Πίνακας 24: Διακοπή φαρμάκου λόγω ανεπιθύμητης ενέργειας

Διακόψατε κάποιο φάρμακο λόγω ανεπιθύμητης ενέργειας;	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	%ΠΟΣΟΣΤΟ
ναι	9	69,2
όχι	4	30,8
Σύνολο	13	100

Στον πίνακα 21 παρουσιάζονται οι ανεπιθύμητες ενέργειες που εμφανίστηκαν στους καρδιοπαθείς του δείγματος μετά από λήψη φαρμάκων. Συχνότερη από τις παρουσιαζόμενες παρενέργειες ήταν η Βραδυκαρδία.

Πίνακας 25: Εμφανιζόμενες ανεπιθύμητες ενέργειες

ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	%ΠΟΣΟΣΤΟ
ΑΙΜΑΤΟΥΡΙΑ	1	7,7
ΑΙΜΑΤΟΥΡΙΑ ΗΠΙΑ	1	7,7
ΑΝΑΙΜΙΑ	1	7,7
ΒΡΑΔΥΚΑΡΔΙΑ	2	15,4
ΕΚΖΕΜΑ ΠΡΟΣΩΠΟΥ	1	7,7
ΕΝΤΟΝΕΣ ΜΥΑΛΓΙΕΣ	1	7,7
ΖΑΛΗ	1	7,7
ΜΥΟΠΑΘΕΙΑ	1	7,7
ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΑ ΟΙΔΗΜΑΤΑ	1	7,7
ΤΡΑΝΣΑΜΙΝΑΝΑΙΜΙΑ	1	7,7
ΥΠΕΡΤΑΣΗ	1	7,7
ΥΨΗΛΗ ΚΡΕΑΤΙΝΙΝΗ	1	7,7
Σύνολο	13	100,0

Το 22,4 % των καρδιοπαθών ασθενών ζητούν από τον ιατρό να τους συνταγογραφήσει φάρμακα που δεν τα συστήνει ο ίδιος.

Πίνακας 26: Ζήτηση συνταγογράφησης από τον ιατρό φαρμάκων που δεν τα συστήνει ο ίδιος

Ζητάτε από τον ιατρό να σας συνταγογραφήσει φάρμακα που δεν σας συστήνει ο ίδιος;	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	%ΠΟΣΟΣΤΟ
όχι	118	77,6
ναι	34	22,4
Σύνολο	152	100,0

Σε ποσοστό 44,2% οι ασθενείς που ζητούν από τον ιατρό να τους συνταγογραφήσει φάρμακα που δεν τα συστήνει ο ίδιος, το κάνουν επειδή τους τα έχει συστήσει άλλος ιατρός. Το 32,4 % επίσης επειδή τους τα έχει συστήσει άλλος ιατρός και υπάρχει αδυναμία πρόσβασης σ' αυτόν ή και θέμα ευκολίας. Όλοι οι λόγοι παρατίθενται στον πίνακα 23.

Πίνακας 27: Λόγοι ζήτησης συνταγογράφησης φαρμάκων που δεν τα συστήνει ο ιατρός

Λόγοι ζήτησης συνταγογράφησης φαρμάκων που δεν τα συστήνει ο Ιατρός	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	%ΠΟΣΟΣΤΟ
ΑΔΥΝΑΜΙΑ ΕΠΙΣΚΕΨΕΙΣ ΠΟΛΛΩΝ ΙΑΤΡΩΝ	1	2,9
ΑΝΑΓΚΗ ΥΠΝΟΥ (ΠΧ LEXOTANIL)	2	5,9
ΕΥΚΟΛΙΑ ΔΙΚΗ ΜΟΥ	3	8,8
ΙΑΤΡΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ	1	2,9
ΚΑΛΥΨΗ ΑΝΑΓΚΩΝ/ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΑ ΠΡΟΣΒΑΣΗΣ	11	32,4
ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΑ ΑΠΟ ΑΛΛΟ ΙΑΤΡΟ	15	44,2
Σύνολο	34	100,0

Ως προς την τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής, 93,4% δηλώνει ότι λαμβάνει τα φάρμακα του σύμφωνα με τις οδηγίες του ιατρού, ενώ το 6,6% δηλώνει ότι δεν τις ακολουθεί.

Πίνακας 28: Λήψη φαρμάκων κατά τις ιατρικές οδηγίες

Λαμβάνετε τα φάρμακα σας σύμφωνα με τις οδηγίες του ιατρού	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	%ΠΟΣΟΣΤΟ
όχι	10	6,6
ναι	142	93,4
Σύνολο	152	100,0

Στον πίνακα 25 παρατίθενται όλοι οι λόγοι μη λήψης των φαρμάκων από τους καρδιοπαθείς κατά τις ιατρικές οδηγίες. Μεγάλο ποσοστό 40% δηλώνει ότι τα ξεχνάει και 30% ότι βρίσκει τη δοσολογία πολύπλοκη. Το 20% εξ όσων δεν τηρούν τις οδηγίες αλλάζει τη δόση και το υπόλοιπο 20% βάζει και ζήτημα διάθεσης σαν παράγοντα που το επηρεάζει στη σωστή λήψη της αγωγής.

Πίνακας 29: Λόγοι μη λήψης φαρμάκων κατά τις οδηγίες του ιατρού

Λόγοι μη λήψης φαρμάκων κατά τις οδηγίες του ιατρού	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	%ΠΟΣΟΣΤΟ
ΠΟΛΥΠΛΟΚΗ ΑΓΩΓΗ/ΔΙΑΘΕΣΗ	2	20
ΠΟΛΥΠΛΟΚΗ ΔΟΣΟΛΟΓΙΑ	3	30
ΤΑ ΞΕΧΝΑΩ	4	40
ΤΑ ΞΕΧΝΑΩ/ΑΛΛΑΖΩ ΔΟΣΗ	2	20
Σύνολο	10	100,0

Το 28,9% του όλου δείγματος σε συχνότητα 44 ασθενών δηλώνει ότι λαμβάνει τα φάρμακα του με βοήθεια άλλου ατόμου και το 71,1% σε συχνότητα 108 ασθενών δηλώνει ότι τα λαμβάνει μόνο του.

Πίνακας 30: Λήψη φαρμάκων με βοήθεια άλλου ατόμου

Σας βοηθάει κάποιος στη λήψη της φαρμακευτικής σας αγωγής;	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	%ΠΟΣΟΣΤΟ
όχι	108	71,1
ναι	44	28,9
Σύνολο	152	100,0

Το 34,9 % των ασθενών έχουν ξεχάσει κάποια έστω στιγμή να λάβουν τα φάρμακα τους σύμφωνα με τις οδηγίες του ιατρού, παρ' όλο που στην προηγούμενη ερώτηση δηλώνουν ότι λαμβάνουν τα φάρμακα τους σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες. Μια ερμηνεία είναι ότι τηρούν εν γένει τα προτεινόμενα, αλλά υπάρχουν και φορές που ξεχνιούνται ή μπερδεύονται. Το ποσοστό του 7,9%, που συχνά ή πολύ συχνά δεν τηρεί την αγωγή του κατά τις ιατρικές οδηγίες, χρήζει περαιτέρω διερεύνησης για τους λόγους που συμβαίνει αυτό.

Πίνακας 31: Μη λήψη φαρμάκων σύμφωνα με ιατρικές οδηγίες επειδή ο ασθενής το ξεχνάει

Πόσο συχνά ξεχνάτε να λάβετε τα φάρμακα σας σύμφωνα με τις οδηγίες του ιατρού;	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	%ΠΟΣΟΣΤΟ	%ΑΘΡΟΙΣΤΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ
συχνά	8	5,3	5,3
πολύ συχνά	4	2,6	7,9
σπάνια	41	27,0	34,9
ποτέ	99	65,1	100,0
Σύνολο	152	100,0	

Το 40,1% των ασθενών του δείγματος μας κάποιες φορές ή σπάνια παραλείπει την λήψη των φαρμάκων του ποτέ επειδή νιώθει καλύτερα . Το 59,2% δεν τα παραλείπει, ενώ συχνή παράληψη δηλώνει μόνο ένας ασθενής 0,7% του δείγματος.

Πίνακας 32: Μη λήψη φαρμάκων σύμφωνα με ιατρικές οδηγίες επειδή ο ασθενής νιώθει καλύτερα ή ότι δεν τα χρειάζεται

Πόσο συχνά ΔΕΝ λαμβάνετε τα φάρμακα σας επειδή νιώθετε καλύτερα / ότι δεν το χρειάζεστε;	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	%ΠΟΣΟΣΤΟ
συχνά	1	0,7
πολύ συχνά	0	0
σπάνια	61	40,1
ποτέ	90	59,2
Σύνολο	152	100,0

Το 25,7% του δείγματος, σπάνια λαμβάνει επιπλέον δόση φαρμάκου από την συνταγογραφούμενη, για να αισθανθεί καλύτερα. Ένα 2% εμφανίζει συχνά αυτή τη συμπεριφορά. Το 72,4% παραμένει σταθερό στη συνταγογραφούμενη δόση.

Πίνακας 33: Λήψη επιπλέον δόσης φαρμάκου επειδή ο ασθενής νομίζει ότι τη χρειάζεται για να αισθανθεί καλύτερα

Πόσα συχνά λαμβάνετε επιπλέον δόση φαρμάκου επειδή νομίζετε ότι την χρειάζεστε για να νιώσετε καλύτερα;	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	%ΠΟΣΟΣΤΟ
συχνά	2	1,3
πολύ συχνά	1	0,7
σπάνια	39	25,7
ποτέ	110	72,3
Σύνολο	152	100,0

Το 14,5% του δείγματος έχει αγοράσει φάρμακα το τελευταίο τρίμηνο χωρίς συνταγή ιατρού και το 85,5% όχι.

Πίνακας 34 : Αγορά φαρμάκων χωρίς συνταγή ιατρού

Έχετε αγοράσει φάρμακα χωρίς συνταγή ιατρού τους τελευταίους 3 μήνες;	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	%ΠΟΣΟΣΤΟ
ναι	22	14,5
όχι	135	85,5
Σύνολο	152	100,0

Στον πίνακα 31 παρατίθενται οι εμπορικές ονομασίες των φαρμάκων που αγοράστηκαν χωρίς ιατρική συνταγή. Το αντιβιοτικό Augmentin αγοράστηκε από το 18% όσων αγόρασαν φάρμακο χωρίς συνταγή ιατρού και το αντιβιοτικό Klaricid από το 9% . Το αντιφλεγμονώδες Depon από το 13,5%. Ένα 9% αγόρασε την ομεπραζόλη Losec και άλλο ένα 9% το αναλγητικό με κωδεΐνη Lonarid.

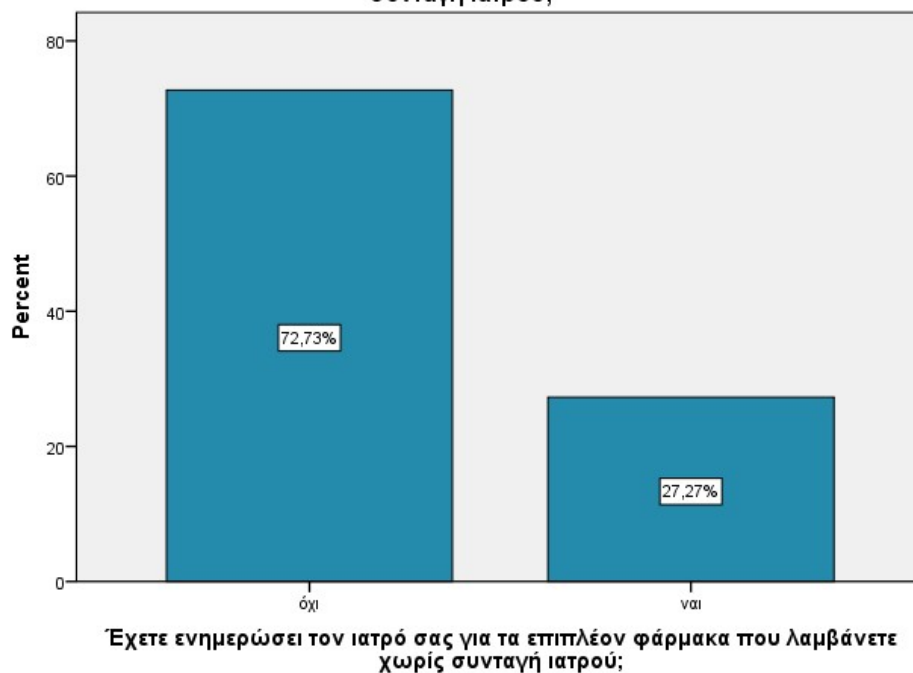
Πίνακας 35 : Φάρμακα που αγοράστηκαν χωρίς συνταγή ιατρού

Εμπορική ονομασία	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	%ΠΟΣΟΣΤΟ
ASPIRIN	1	4,5
ATARAX	1	4,5
AUGMENTIN	4	18
BRUFEN	1	4,5
DEPON	3	13,5
IDEOS	1	4,5
IMODIUM	1	4,5
KLARICID	2	9
LASIX	1	4,5
LONARID	2	9
LOSEC	1	4,5
NIFLAMOL	1	4,5
PANADOL COLD N FLU	1	4,5
TIRABICIN	1	4,5
VOLTAREN	1	4,5
Σύνολο	22	100,0

Το 72,73% των ασθενών που αγόρασαν φάρμακα χωρίς συνταγή ιατρού δεν ενημέρωσαν τον ιατρό τους για αυτό. Οι λόγοι μη ενημέρωσης του ιατρού παρατίθενται στον Πίνακα 36, με αυτούς της αντίληψης του ασθενούς ότι δεν ήταν αναγκαία η πληροφόρηση του ιατρού, της αγοράς επαναλαμβανόμενης αγωγής και της μη δυνατότητας επικοινωνίας, να εμφανίζονται περισσότερο ως εξηγήσεις.

Γράφημα 16: Ενημέρωση ιατρού για φάρμακα που λήφθηκαν χωρίς συνταγή

Έχετε ενημερώσει τον ιατρό σας για τα επιπλέον φάρμακα που λαμβάνετε χωρίς συνταγή ιατρού;

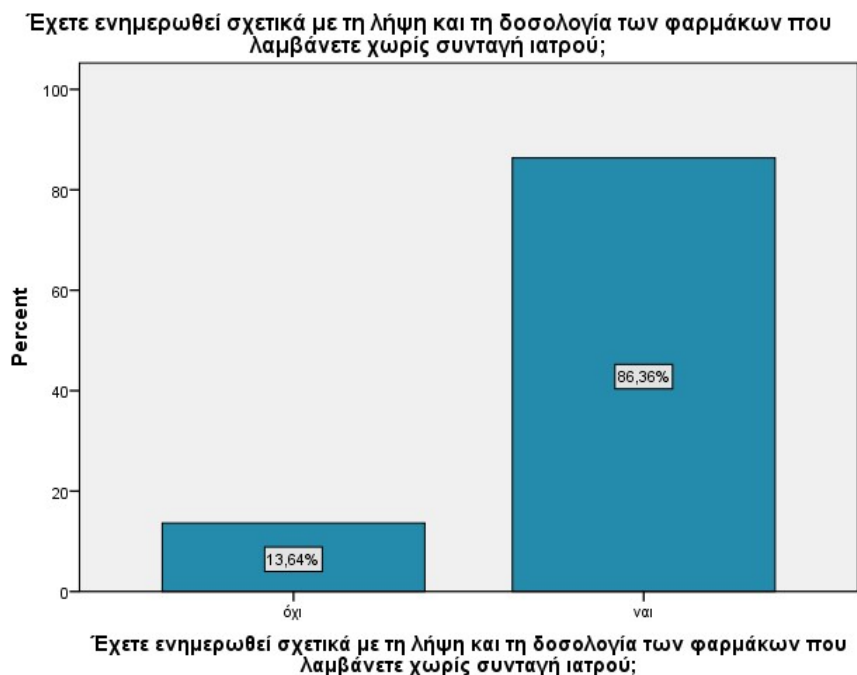


Πίνακας 36: Λόγοι μη ενημέρωσης ιατρού για αγορά φαρμάκων εκτός των συνταγογραφούμενων

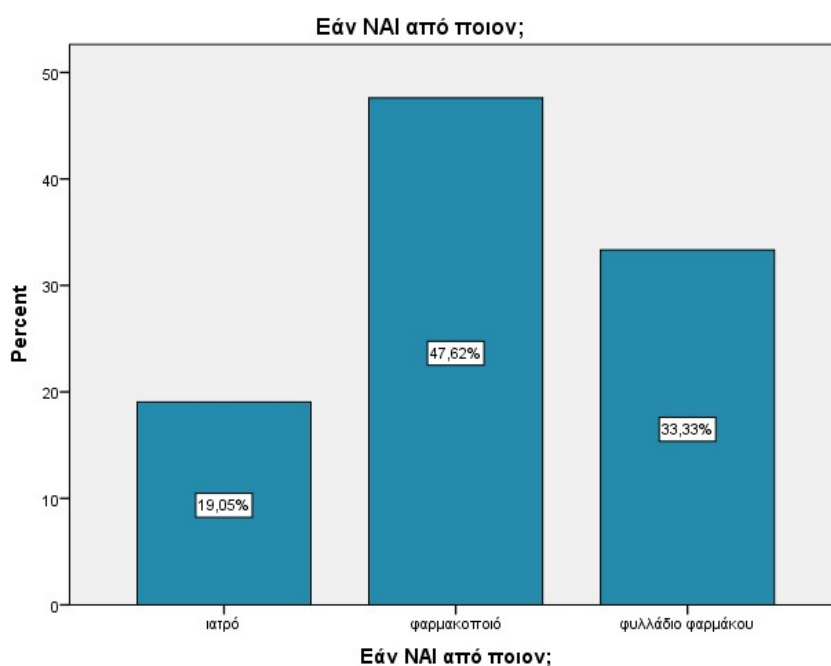
Λόγοι μη ενημέρωσης Ιατρού	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	%ΠΟΣΟΣΤΟ
ΑΧΡΕΙΑΣΤΟ	2	13
ΔΕΝ ΕΙΧΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ	1	6,5
ΔΕΝ ΕΙΧΑΜΕ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ	1	6,5
ΔΕΝ ΤΟ ΘΕΩΡΗΣΑ ΑΝΑΓΚΑΙΟ	3	20
ΔΕΝ ΤΟ ΘΕΩΡΗΣΑ ΣΚΟΠΙΜΟ	4	27
ΤΟ ΕΧΩ ΞΑΝΑΠΑΡΕΙ	4	27
Σύνολο	15	100,0

Το 86,36% δηλώνει ενημερωμένο για τη δοσολογία των φαρμάκων, που αγόρασε χωρίς τη συνταγή ιατρού και το 13,64 μη ενημερωμένο. Γράφημα 18. Από αυτούς που ενημερώθηκαν το 47,62% ενημερώθηκε από το φαρμακοποιό, το 33,3% από το φυλλάδιο του φαρμάκου και το 19,05% από τον ιατρό ως φαίνεται και στο Γράφημα 19.

Γράφημα 17: Ενημέρωση σχετικά με τη δοσολογία των φαρμάκων που αγοράστηκαν χωρίς συνταγή ιατρού

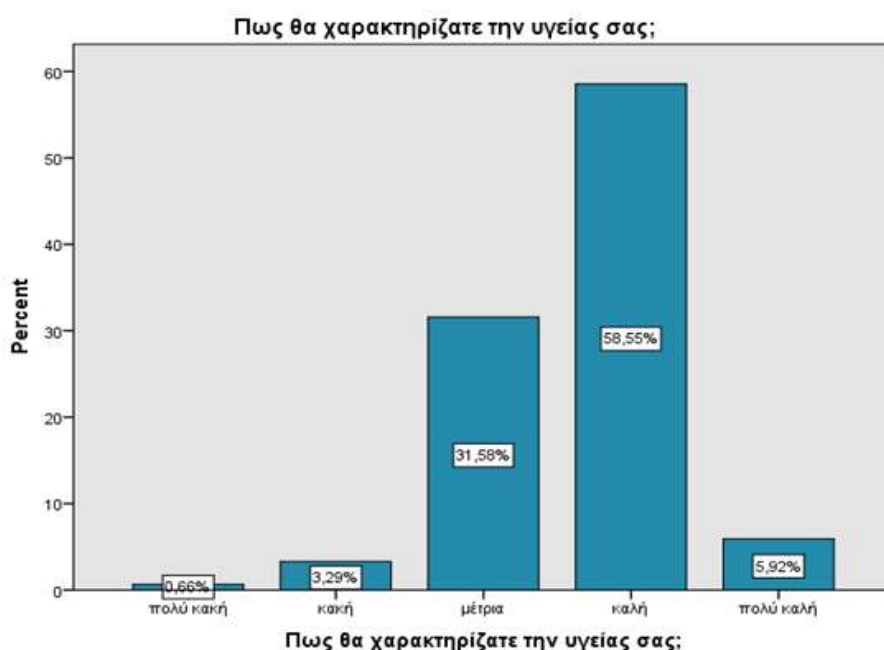


Γράφημα 18: Προέλευση ενημέρωσης για τη δοσολογία λήψης φαρμάκων που αγοράστηκαν χωρίς συνταγή



Το 58,95% των καρδιοπαθών του δείγματος μας χαρακτηρίζει την υγεία του καλή και το 5,92% πολύ καλή. Συνολικά 64,87% των ασθενών έχει θετική εκτίμηση για την κατάσταση της υγείας του, ενώ ένα ποσοστό της τάξης του 31,58% θεωρεί την κατάσταση της υγείας του μέτρια. Τέλος το 3,29% των ασθενών, που ερωτήθηκαν στην έρευνα, θεωρούν κακή την κατάσταση της υγείας τους και το 0,66% πολύ κακή, ως φαίνεται και στο κατωτέρω Γράφημα 20.

Γράφημα 19: Εκτίμηση κατάστασης υγείας



5.4 ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Στην παρούσα ενότητα πραγματοποιούνται συγκρίσεις μεταξύ των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου.

Η σύγκριση μεταξύ του αριθμού των φαρμάκων και της ύπαρξης συννοσηρότητας αποδεικνύει στατιστικά σημαντική σχέση ($p = 0,001$). Ασθενείς χωρίς συννοσηρότητες λαμβάνουν μέση τιμή φαρμάκων 2,94, ενώ αντίθετα οι ασθενείς που πάσχουν και από άλλες ασθένειες λαμβάνουν μέση τιμή φαρμάκων 4,46. (πίνακας 37)

Πίνακας 37: Αριθμός φαρμάκων σε σύγκριση με τις συννοσηρότητες

Συννοσηρότητες	Μέση Τιμή	Τυπική απόκλιση
Όχι	2,94	1,51
Ναι	4,46	1,75

Τα άτομα που είχαν ανεπιθύμητες ενέργειες από τα φάρμακα τους τελευταίους 6 μήνες, λαμβάνουν 5,43 φάρμακα την ημέρα, σε σύγκριση με τα άτομα χωρίς ανεπιθύμητες ενέργειες που λαμβάνουν 4,17 φάρμακα ($p = 0.012$).

Πίνακας 38: Αριθμός φαρμάκων σε σύγκριση με ανεπιθύμητες ενέργειες

Είχατε ανεπιθύμητες ενέργειες από τα φάρμακα που λάβατε τους τελευταίους 6 μήνες;	Μέση Τιμή	Τυπική απόκλιση
Όχι	4,17	1,71
Ναι	5,43	2,24

Ο πίνακας 39 παρουσιάζει την σύγκριση μεταξύ της ύπαρξης οικογενειακού ιατρού που παρακολουθεί τα προβλήματα υγείας του ασθενή και το εάν ο καρδιολόγος παρακολουθεί σε τακτά χρονικά διαστήματα τον ασθενή. Η σύγκριση έδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά ($p = 0.009$) και συγκεκριμένα, το 74,6% των ασθενών που δεν έχουν οικογενειακό ιατρό δήλωσε ότι παρακολουθείται τακτικά από καρδιολόγο σε σύγκριση με το χαμηλότερο 54,3%.

Πίνακας 39: Ύπαρξη οικογενειακού ιατρού και τακτική παρακολούθηση σε καρδιολόγο

Έχετε γενικό/οικογενειακό ιατρό ή παθολόγο που παρακολουθεί όλα τα προβλήματα υγείας σας;	Σας παρακολουθεί καρδιολόγος για τα καρδιολογικά σας προβλήματα σε τακτά χρονικά διαστήματα?	
	Όχι	Ναι
Όχι	25,4%	74,6%
Ναι	45,7%	54,3%

Στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε ($p = 0.032$) μεταξύ της τακτικής παρακολούθησης από τον καρδιολόγο και του εάν ο ασθενής ζητάει να συνταγογραφηθούν φάρμακα που δεν τα συστήνει ο καρδιολόγος. Το 27,8% των ασθενών που επισκέπτεται τακτικά καρδιολόγο, δήλωσε ότι ζητάει να συνταγογραφηθούν επιπλέον φάρμακα σε σύγκριση με το χαμηλότερο 12,7%.

Πίνακας 40: Τακτική παρακολούθηση σε καρδιολόγο και επιπλέον συνταγογράφηση

Σας παρακολουθεί καρδιολόγος για τα καρδιολογικά σας προβλήματα σε τακτά χρονικά διαστήματα?	Ζητάτε από τον ιατρό να σας συνταγογραφήσει φάρμακα που δεν σας συστήνει ο ίδιος;	
	Όχι	Ναι
Όχι	87,3%	12,7%
Ναι	72,2%	27,8%

Το 95,7% των ασθενών όπου ο ιατρός που παρακολουθεί την καρδιά του, γνωρίζει τα υπόλοιπα φάρμακα που λαμβάνει, δήλωσε, ότι ο ιατρός το ρωτάει αν το βοηθάνε τα φάρμακα που λαμβάνει ($p = 0.001$), σε σύγκριση με το χαμηλότερο ποσοστό 38,5%.

Πίνακας 41: Γνώση ιατρού για λήψη όλων των φαρμάκων σε σύγκριση με ενδιαφέρον αυτού αν βοηθάνε τα φάρμακα τον ασθενή

Ο ιατρός που παρακολουθεί την καρδιά σας, γνωρίζει τα υπόλοιπα φάρμακα που λαμβάνετε;	Σας ρωτάει ο ιατρός που παρακολουθεί την καρδιά σας, αν σας βοήθησαν τα φάρμακα που λαμβάνετε;	
	Όχι	Ναι
Όχι	61,5%	38,5%
Ναι	4,3%	95,7%

Το 78,4% των ασθενών όπου ο ιατρός που παρακολουθεί την καρδιά του, γνωρίζει τα υπόλοιπα φάρμακα που λαμβάνει, δήλωσε ότι έχει την δυνατότητα να συζητάει για όλα τα προβλήματα της υγείας με τον ιατρό ($p = 0.005$), σε σύγκριση με το χαμηλότερο 38,5%.

Πίνακας 42: Γνώση ιατρού για λήψη όλων των λαμβανόμενων από τον ασθενή φαρμάκων σε σύγκριση με δυνατότητα συζήτησης για όλα τα προβλήματα της υγείας

Ο ιατρός που παρακολουθεί την καρδιά σας, γνωρίζει τα υπόλοιπα φάρμακα που λαμβάνετε;	Έχετε τη δυνατότητα να συζητάτε μαζί του για όλα τα προβλήματα της υγείας σας;	
	Όχι	Ναι
Όχι	46,2%	38,5%
Ναι	18,0%	78,4%

Το 69,8% των ασθενών όπου ο ιατρός που παρακολουθεί την καρδιά του, γνωρίζει τα υπόλοιπα φάρμακα που λαμβάνει, δήλωσε ότι ενημερώνεται από τον ιατρό για τις ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων ($p = 0.001$), σε σύγκριση με το χαμηλότερο 23,1%.

Πίνακας 43: Γνώση ιατρού για λήψη όλων των φαρμάκων σε σύγκριση με ενημέρωση από ιατρό για ανεπιθύμητες ενέργειες

Ο ιατρός που παρακολουθεί την καρδιά σας, γνωρίζει τα υπόλοιπα φάρμακα που λαμβάνετε;	Σας ενημερώνει γενικά ο ιατρός σας για τις ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων;	
	Όχι	Ναι
Όχι	46,2%	23,1%
Ναι	24,5%	69,8%

Η σύγκριση μεταξύ του εάν τα φάρμακα που λαμβάνει ο ασθενής, τον βοηθάνε στην υγεία του σε σχέση με το εάν παρακολουθείται τακτικά από τον καρδιολόγο, απέδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά ($p = 0.048$). Ειδικότερα, παρατηρείται ότι όσο αυξάνει η δήλωση των ασθενών ότι παρακολουθούνται τακτικά από τον καρδιολόγο, τόσο αυξάνει και η βελτίωση της υγείας αυτών από τα φάρμακα,.

Πίνακας 44: Σύγκριση βελτίωσης υγείας από τα φάρμακα και τακτική παρακολούθηση από καρδιολόγο

Τα φάρμακα που λαμβάνετε, σας βοηθάνε στην υγείας σας;	Σας παρακολουθεί καρδιολόγος για τα καρδιολογικά σας προβλήματα σε τακτά χρονικά διαστήματα?	
	Όχι	Ναι
Λίγο	80,0%	20,0%
Μέτρια	42,9%	57,1%
Πολύ	26,9%	73,1%
Πάρα πολύ	47,4%	52,6%

Η σύγκριση μεταξύ του εάν τα φάρμακα που λαμβάνει ο ασθενής, τον βοηθάνε στην υγεία του, σε σχέση με το εάν έχει την δυνατότητα συζήτησης για όλα τα προβλήματα της υγείας του, απέδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά ($p = 0.006$). Ειδικότερα, παρατηρείται ότι όσο αυξάνει η δήλωση των ασθενών ότι έχουν την δυνατότητα αυτής της συζήτησης, τόσο αυξάνει και η βελτίωση της υγείας των ασθενών από τα φάρμακα.

Πίνακας 45: Σύγκριση βελτίωσης υγείας από τα φάρμακα και δυνατότητας συζήτησης για όλα τα προβλήματα της υγείας

Τα φάρμακα που λαμβάνετε, σας βοηθάνε στην υγείας σας;	Έχετε τη δυνατότητα να συζητάτε μαζί του για όλα τα προβλήματα της υγείας σας;	
	Όχι	Ναι
Λίγο	80,0%	20,0%
Μέτρια	34,7%	53,1%
Πολύ	12,8%	85,9%
Πάρα πολύ	15,8%	84,2%

Οι ασθενείς που δήλωσαν ότι έχουν κάποιον να τους βοηθάει στη λήψη της αγωγής τους, λαμβάνουν υψηλότερο αριθμό φαρμάκων, με 5,16 ($\pm 1,82$) φάρμακα, σε σύγκριση με τους ασθενείς που δεν έχουν και λαμβάνουν χαμηλότερο αριθμό φαρμάκων, με 3,93 ($\pm 1,66$) φάρμακα, ($p = 0.001$).

Πίνακας 46: Αριθμός φαρμάκων σε σύγκριση με το εάν υπάρχει κάποιος που να βοηθάει στην ορθή λήψη των φαρμάκων

Υπάρχει κάποιος που σας βοηθάει για την ορθή λήψη των φαρμάκων σας;	Μέση Τιμή	Τυπική απόκλιση
Όχι	3,93	1,66
Ναι	5,16	1,82

Οι ασθενείς που δήλωσαν ότι έχουν ενημερωθεί σχετικά με την δοσολογία των φαρμάκων χωρίς συνταγή ιατρού, λαμβάνουν χαμηλότερο αριθμό φαρμάκων 3,79 ($\pm 1,62$) φάρμακα, σε σύγκριση με τους ασθενείς που δεν έχουν ενημερωθεί και λαμβάνουν υψηλότερο αριθμό φαρμάκων 6 ($\pm 1,73$) φάρμακα ($p = 0.041$).

Πίνακας 47: Αριθμός φαρμάκων σε σύγκριση με την ενημέρωση για την δοσολογία των φαρμάκων χωρίς συνταγή ιατρού

Έχετε ενημερωθεί σχετικά με τη λήψη και τη δοσολογία των φαρμάκων που λαμβάνετε χωρίς συνταγή ιατρού;	Μέση Τιμή	Τυπική απόκλιση
Όχι	6,00	1,73
Ναι	3,79	1,62

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο :ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η εμφάνιση πολυφαρμακίας σε ασθενείς με καρδιακές νόσους φαίνεται να επιβεβαιώνεται ότι αποτελεί συχνό φαινόμενο, με τέσσερις στους δέκα καρδιοπαθείς του δείγματος μας να λαμβάνουν πέντε ή και περισσότερα φάρμακα την ημέρα. Το ποσοστό αυτό έρχεται σε πλήρη ταύτιση με το εμφανιζόμενο ποσοστό πολυφαρμακίας, σε πρόσφατη ελληνική έρευνα σε μεγάλο δείγμα διαβητικών ασθενών, όπου πάλι ίδια αναλογία τεσσάρων στους δέκα ασθενείς, βρέθηκε να λαμβάνει πέντε ή και περισσότερα φάρμακα. (Geitona et al.,2018). Η ταυτόχρονη λήψη πέντε ή και περισσότερων φαρμακευτικών σκευασμάτων χαρακτηρίζεται ως πολυφαρμακία (Zarowitz et al., 2005). Ο μέσος όρος των φαρμάκων που λαμβάνουν οι καρδιοπαθείς του δείγματος μας είναι πάνω από τέσσερα φάρμακα την ημέρα και κοντά στα πέντε, γεγονός που κατατάσσει και το μέσο όρο του δείγματος μας στο κατώφλι του αριθμητικού προσδιορισμού της πολυφαρμακίας.

Εκτός του ποσοστού που βρίσκεται στο κατώφλι της πολυφαρμακίας από το δείγμα μας υπάρχει και μια μεγάλη μερίδα περί των τριών στους δέκα, ασθενών, η οποία και λαμβάνει 3 φάρμακα την ημέρα. Η μερίδα αυτή των ασθενών, είναι αρκετά μεγάλη και άξια προσοχής, γιατί αποτελεί τη δεξαμενή των ασθενών, που υπό την επίδραση κάποιας συννοσηρότητας θα φθάσουν ή και θα ξεπεράσουν μελλοντικά το αριθμητικό και ποιοτικό κατώφλι της πολυφαρμακίας. Η παραπάνω ομάδα ασθενών, αποτελεί ιδανικό στόχο προληπτικής στόχευσης με λήψη μέτρων, ώστε να αποφευχθεί ή αύξηση του αριθμού φαρμάκων που λαμβάνουν. Η στόχευση αυτή μπορεί να έχει και συμβουλευτική χροιά από τους επιστήμονες υγείας, για υιοθέτηση υγιεινών συνηθειών ζωής (PGEU,2018), ή και τη χροιά προληπτικής λήψης φαρμάκου προς αποφυγή εμφάνισης συννοσηροτήτων.

Η προληπτική λήψη αγωγής όπως πχ ασπιρίνης μπορεί από τη μία μεριά να απειλεί με αριθμητική εμφάνιση πολυφαρμακίας, με την αριθμητική ερμηνεία, του ότι μπορεί ο ασθενής να βρίσκεται στο κατώφλι των πέντε φαρμάκων, ωστόσο μπορεί να αποτελέσει πρόληψη και αποφυγή χειρότερης ποιοτικά και επιβλαβούς πολυφαρμακίας. Η υιοθέτηση προληπτικών φαρμακευτικών θεραπειών μαζί με υγιεινό τρόπο ζωής μπορεί να μειώσει την εμφάνιση εμφράγματος μυοκαρδίου, εγκεφαλικών και άλλων καρδιαγγειακών συμβάντων (Caldwell et al., 2018).

Επίσης μετά από τις συσχετίσεις και συγκρίσεις των απαντημένων από το δείγμα ερωτήσεων, προέκυψε σημαντική στατιστική σχέση του αριθμού φαρμάκων που λαμβάνει ο ασθενής, με το αν αυτός ενημερώνεται για τη δοσολογία αυτών. Συγκεκριμένα, οι ενημερωμένοι ασθενείς για τη δοσολογία των φαρμάκων χωρίς συνταγή γιατρού, λαμβάνουν κατά μέσο όρο 3,79 ($\pm 1,62$) φάρμακα, σε σχέση με τους καρδιοπαθείς που δεν ενημερώνονται για την δοσολογία των φαρμάκων που λαμβάνουν χωρίς συνταγή, οι οποίοι και λαμβάνουν κατά μέσο όρο 6 ($\pm 1,73$) φάρμακα και βρίσκονται πάνω από το αριθμητικό όριο της πολυφαρμακίας. Παρατηρούμε, ότι οι ενημερωμένοι ασθενείς εμφανίζουν καλύτερα αποτελέσματα στον έλεγχο για πολυφαρμακία, κάτω από το κατώφλι των 5 φαρμάκων, αλλά και κάτω και από το μέσο όρο φαρμάκων του συνόλου του δείγματος μας, που αντιστοιχεί σε 4,28 φάρμακα την ημέρα. Η ενημέρωση και η συμμετοχή των ασθενών στη διαχείριση της υγείας τους φαίνεται να έχει θετική επίδραση στον αριθμό των φαρμάκων που αυτοί λαμβάνουν.

Από την σύγκριση του αριθμού των φαρμάκων που λαμβάνουν οι ασθενείς και το αν τους βοηθάει κάποιος στην λήψη της αγωγής τους, προέκυψε ότι όσοι λαμβάνουν βοήθεια χαρακτηρίζονται κατά μέσο όρο από πολυφαρμακία 5,16 ($\pm 1,62$), ενώ όσοι δεν υποβοηθούνται στη λήψη των φαρμάκων τους λαμβάνουν κατά μέσο όρο 3,93 φάρμακα. Αυτή η παρατήρηση φαίνεται να αποδίδεται στο ότι η πολυφαρμακία οδηγεί σε πολυπλοκότητα των δοσολογικών σχημάτων και στην δημιουργία αναγκών υποβοήθησης των ασθενών. Υπό αυτή τη σκοπιά τίθεται η ανάγκη για τη διερεύνηση τόσο του κόστους της χρειαζόμενης αυτής βοήθειας, όσο και των πιθανών τρόπων υποβοήθησης των ασθενών στην λήψη των φαρμακευτικών τους σχημάτων, προς αποφυγή εισαγωγών στα νοσοκομεία ή και χειρότερης και επιβλαβούς πολυφαρμακίας (Cooper et al.,2015).

Ακόμη μέσω των συσχετίσεων βρέθηκε ότι οι ασθενείς του δείγματος μας που εμφάνισαν παρενέργειες το τελευταίο εξάμηνο από λήψη φαρμάκων, χαρακτηρίζονται κατά μέσο όρο από πολυφαρμακία, καθώς ελάμβαναν 5,43 ($\pm 2,24$) φάρμακα, σε σχέση με όσους δεν εμφάνισαν παρενέργειες και ελάμβαναν κατά μέσο όρο 4,17($\pm 1,71$) φάρμακα. Βιβλιογραφικά, οι αλληλεπιδράσεις μεταξύ περισσότερων φαρμάκων βρέθηκε να οδηγούν σε μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης παρενεργειών (SIMPATHY,2017).

Ως προς τις συννοσηρότητες, οι συσχετίσεις των απαντήσεων των καρδιοπαθών που ερωτήθηκαν, έδειξαν σημαντική στατιστική σχέση αυτών με τον αριθμό των φαρμάκων. Οι ασθενείς χωρίς συννοσηρότητες λαμβάνουν κατά μέσο όρο 2,94 ($\pm 1,51$) φάρμακα την ημέρα, ενώ οι ασθενείς με συννοσηρότητες λαμβάνουν κατά μέσο όρο 4,46 ($\pm 1,75$)

φάρμακα ημερησίως. Το γεγονός αυτό έρχεται σε πλήρη αντιστοιχία με την βιβλιογραφία, που καταδεικνύει την σχέση της εμφάνισης συνοδών νοσημάτων με την λήψη πολλών φαρμάκων. (Feng et al.,2018).

Τίθεται λοιπόν ξανά η ανάγκη περιορισμού της εξάπλωσης των συννοσηροτήτων ως μέσο περιορισμού και της πολυφαρμακίας. Η πολυδιάστατη αυτή προσέγγιση περιορισμού των συνοδών νόσων μπορεί να περιλαμβάνει:

- Την προληπτική αγωγή που αναφέρθηκε και πιο πάνω, ακόμη και αν αυτή εμπεριέχει κάποιο αριθμό φαρμάκων, με την προϋπόθεση ότι θα ακολουθείται αυστηρά κάποιο θεραπευτικό πρωτόκολλο. Λόγου χάριν, ο συνδυασμός μίας στατίνης, ενός αναστολέα ACE (-πρίλης), ενός β- blocker, ακετυλοσαλικικού οξέος και ενός αντικαταθλιπτικού συμβαδίζει πλήρως με τα θεραπευτικά και προληπτικά πρωτόκολλα για την περίοδο μετά από την εκδήλωση εμφράγματος του μυοκαρδίου (Sergi et al,2011).
- Την ευαισθητοποίηση των ασθενών για την τήρηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής. Σε αυτό το κομμάτι οι διεθνείς οργανισμοί και κρατικές οντότητες χαράσσουν πολιτικές και στρατηγικές και οι επιστήμονες υγείας αλλά και οι φορείς της κάθε χώρας καλούνται να γίνουν φορείς αυτών των στρατηγικών και αναλαμβάνουν τη διάχυση τους στο κοινωνικό σύνολο. Στην Ιστοσελίδα του Π.Ο.Υ, ο οποίος αποτελεί και τον παγκόσμιο βηματοδότη στις πολιτικές υγείας, βρίσκονται αναρτημένες όλες οι εκστρατείες και τα προτεινόμενα πακέτα πολιτικών για τον περιορισμό των ανθυγιεινών συνηθειών, που απειλούν με εμφάνιση καρδιοπαθειών και συνοδών νόσων τους ασθενείς, όπως το κάπνισμα, η μη σωστή διατροφή, η αλόγιστη κατανάλωση αλκοόλ και η μη άσκηση.(WHO,2018)
- Την ενεργό συμμετοχή του ασθενούς στον καθορισμό των δεδομένων της υγείας του, καθώς και την προώθηση της συνεργασίας και της επικοινωνίας Ιατρού ασθενούς.

Λίγο λιγότεροι από έξι στους δέκα ασθενείς εμφάνιζαν ως συνοδό νόσο κάποια δυσλιπιδαιμία. Η υπερχοληστερολαιμία φαίνεται να αποτελεί παράγοντα κίνδυνου εμφάνισης καρδιοπαθειών, αλλά και οι καρδιοπάθειες συνδέονται με μεταγενέστερη εμφάνιση υπερχοληστερολαιμίας (Bouchaigie et al.,2015). Η πρόληψη της μετατροπής της υπερχοληστερολαιμίας σε κάποια καρδιαγγειακή νόσο κρίνεται επιτακτική και η προληπτική χρήση της οικονομικά προσιτής ασπιρίνης φαίνεται να έχει πολύ καλά αποτελέσματα, σύμφωνα και με τις οδηγίες του Π.Ο.Υ (WHO,2018).

Ένας στους 6 ασθενείς εμφάνιζε και κάποια συνοδό ψυχολογική διαταραχή. Οι ψυχολογικές διαταραχές εμφανίζονται και στη βιβλιογραφία ως συνοδές νόσοι καρδιαγγειακών παθήσεων και πολλές φορές μπορεί να φέρνουν και εμπόδια στην τήρηση της αγωγής (Seligman et al,2015). Ο επιστήμονας υγείας καλείται να αναλάβει ρόλο πρωταγωνιστή απέναντι στον καρδιοπαθή και ψυχικά νοσούντα ασθενή, να άρει τα όποια στερεότυπα και να μεταδώσει αίσθηση αισιοδοξίας και αποδοχής (Saridi et al.,2017).

Καρδιοπάθειες

Όσον αφορά στις καρδιοπάθειες του δείγματος εμφανίστηκαν πολλές διαφορετικές καρδιοπάθειες, αλλά και δύο ή και περισσότερες συνοδές καρδιοπάθειες. Η υπέρταση (I10), η ισχαιμική καρδιοπάθεια(I25) και η κολπική μαρμαρυγή (I48) εμφάνισαν μεγάλη συχνότητα στο δείγμα. Ως φαίνεται, οι τρεις αυτές επικρατούσες καρδιοπάθειες θα πρέπει να αναλυθούν εκτενώς και να δημιουργηθούν εκτενέστερα θεραπευτικά πρωτόκολλα για αυτές, λαμβάνοντας υπ' όψει και τις συχνότερες συνοδές νόσους καρδιαγγειακές ή και άλλες, που εμφανίζονται σε ασθενείς που πάσχουν από αυτές.

Επίσης η υπέρταση καθώς και η κολπική μαρμαρυγή ήταν οι καρδιακές νόσοι με την μεγαλύτερη καρδιακή συννοσηρότητα, με αρκετούς ασθενείς να εμφανίζουν και άλλες συνοδές καρδιακές παθήσεις.

Καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις

Ένας στους έξι εκ των καρδιοπαθών έχει χειρουργηθεί στην καρδιά και από τους καρδιακώς χειρουργημένους έξι στους δέκα, έχουν υποβληθεί σε Bypass. Σύμφωνα με έρευνες, οι υποβληθέντες σε εγχείρηση Bypass ασθενείς εμφανίζουν μεγάλα ποσοστά επανεισαγωγής στο νοσοκομείο, με το αντίστοιχο κόστος και επιβάρυνση στο σύστημα υγείας. Ειδικά οι ασθενείς με 4 και παραπάνω συννοσηρότητες αντιμετωπίζουν μεγάλη πιθανότητα επανεισαγωγής για κλινική αντιμετώπιση σε νοσοκομειακές μονάδες (Shah et al.,2018). Γίνεται αντιληπτό πως οι καρδιακώς χειρουργηθέντες ασθενείς, υποβληθέντες ειδικά σε Bypass, πρέπει να αντιμετωπίζονται με πολύ προσοχή, ειδικά αν εμφανίζουν και μεγάλο αριθμό συνοδών νόσων, προς αποφυγή νέων επιβαρυντικών για την υγεία τους συμβάντων.

Χειρουργηθέντες και μη ασφαλιζόμενοι ιδιωτικά ήταν ένας στους τρεις, σε σχέση με τους μη χειρουργηθέντες, όπου η αναλογία ήταν ένας στους έξι περίπου. Θα ήταν

χρήσιμο να ερευνηθεί κατά πόσο οι ασθενείς αυτοί κατάφεραν να ασφαλιστούν μετά την επέμβαση ή είχαν ασφαλιστεί ιδιωτικά από πριν, είτε προληπτικά, είτε επειδή εμφάνιζαν καρδιοπάθεια.

Ένας στους πέντε χειρουργηθέντες έχει υποβληθεί σε Διαδερμική ενδοαυλική στεφανιαία αγγειοπλαστική. Σε αυτούς τους ασθενείς εμφανίζονται συχνά αιμορραγίες (Sharma et al.,2017) και συνεπώς εκτός των άλλων, θα πρέπει να επιδεικνύεται ιδιαίτερη προσοχή κατά την χορήγηση αντιπηκτικής αγωγής ακόμη και ασπιρίνης.

Καρδιολογικά συμβάντα

Πάνω από τρεις στους δέκα καρδιοπαθείς είχαν παρουσιάσει οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου. Το αυξημένο ποσοστό επί του συνόλου οφείλεται κυρίως στους ασθενείς του καρδιολογικού ιατρείου, όπου αρκετοί εξ αυτών ήταν εμφραγματίες. Φαίνεται οι ασθενείς αυτοί να επιζητούν εξειδικευμένη ιατρική επίβλεψη, πέρα από τα όρια του οικογενειακού ιατρού και να προτιμούν να απευθύνονται σε ειδικευμένο καρδιολόγο. Μαζί και με τα εμφράγματα αλλά και τα άλλα συμβάντα, σχεδόν ένας στους δύο εκ των καρδιοπαθών εμφάνισαν κάποιο καρδιολογικό συμβάν. Οι καρδιοπαθείς αποτελούν ευάλωτη ομάδα, επιρρεπή σε αρνητικές εκδηλώσεις για την υγεία τους, οι οποίες καταλήγουν σε εισαγωγές σε νοσοκομεία ή και επιπλέον φαρμακευτικές αγωγές. Για άλλη μια φορά και στο σημείο αυτό αναδεικνύεται η ανάγκη της πρόληψης τέτοιων συμβάντων.

Λιπιδαιμικό προφίλ

Στοιχεία για το λιπιδαιμικό προφίλ των ασθενών του είχε μόνο το καρδιολογικό ιατρείο, τα οποία και αναζητούσε ο ίδιος ο ασθενής και τα μετέφερε προφορικά στον ερευνητή, ενώ δεν ήταν εφικτή η πρόσβαση στο λιπιδαιμικό προφίλ των ασθενών του γενικού ιατρείου καθώς δεν τηρούσε τέτοιο αρχείο. Βλέπουμε ότι στο κομμάτι της καταγραφής στοιχείων για την υγεία των ασθενών υπάρχει περιθώριο επιπλέον οργάνωσης. Η καταγραφή του λιπιδαιμικού προφίλ των ασθενών προς διαρκή αξιολόγηση και παρακολούθηση τους μπορεί να παίζει και αυτή ρόλο στην πρόληψη καρδιαγγειακών νόσων και περιορισμό των επιπτώσεων, που έχουν αυτές τόσο στην υγεία, όσο και σε οικονομικό κόστος (Jellinger et al.,2017).

Χρόνια διάγνωσης καρδιοπάθειας με χρόνια λήψης αγωγής

Οι ασθενείς εμφανίζονται με διαγνωσμένη την καρδιακή τους νόσο, το λιγότερο ένα έτος και το περισσότερο 25 έτη και αντίστοιχα με έναρξη φαρμακευτικής αγωγής για την νόσο τους, το ελάχιστο ένα έτος, και το μέγιστο 22 έτη. Παρατηρείται ότι η έναρξη της θεραπείας με φάρμακα καθυστερεί κατά μέσο όρο 1 έτος περίπου. Το διάστημα αυτό πιθανόν να χάνεται αρκετός πολύτιμος προληπτικός χρόνος, ώστε να μην έχουμε την εμφάνιση και άλλων συνοδών νόσων.

Τα ποσοστά τήρησης των ιατρικών οδηγιών διατροφής από τους ασθενείς φαίνονται σαφώς πιο ενισχυμένα από αυτά της τήρησης των οδηγιών άσκησης. Το 74,34% των ασθενών απάντησε θετικά ως προς την τήρηση των διατροφικών οδηγιών, σε αντίθεση με το χαμηλότερο 49,34%, το οποίο και τηρεί τις οδηγίες για άσκηση. Τα παραπάνω αποτελέσματα συμβαδίζουν με τα αποτελέσματα σε αντίστοιχες ερωτήσεις σε διαβητικούς ασθενείς στην έρευνα των (Geitona et al.,2018), όπου 71,5% των ασθενών τηρούσε τις οδηγίες διατροφής και μικρότερο 42,5% τις οδηγίες άσκησης.

Επιπρόσθετα οι καρδιοπαθείς ασθενείς φαίνεται να μην επηρεάζονται από το αν νιώθουν καλύτερα, ώστε να παραλείψουν φάρμακο και μόλις το 0,7% αυτών δηλώνει ότι το κάνει συχνά ή πολύ συχνά. Επίσης μόνο το 2% του δείγματος μας ελάμβανε επιπλέον δόση συχνά ή πολύ συχνά, επειδή θεωρούσε ότι θα νιώσει καλύτερα. Τα υψηλά αυτά ποσοστά τήρησης έρχονται και πάλι σε συμφωνία με τα αντίστοιχα υψηλά ποσοστά για διαβητικούς στην προαναφερθείσα έρευνα των (Geitona et al.,2018).

Ωστόσο, στην περίπτωση των καρδιοπαθών και σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, φαίνεται να εμφανίζεται μια ποικίλη συμπεριφορά ως προς την τήρηση, εξαρτώμενη από πολλές κοινωνικο-οικονομικές παραμέτρους, αλλά και το είδος των φαρμάκων, καθώς και την ασθένεια. (Huber et al.,2018). Η δεξαμενή που απαντάει <<σπάνια μη τήρηση>> στις ερωτήσεις για αυτή, αποτελεί κομμάτι που πρέπει να αναλυθεί και να εκτιμηθεί εκτενέστερα, καθώς εκεί μπορεί να υποκρύπτονται ποσοστά ακόμη μεγαλύτερης μη τήρησης.

Ένα άξιο αναφοράς και προσοχής σημείο στις απαντήσεις των ερωτηθέντων σχετικά με την τήρηση της αγωγής είναι ότι, ενώ μόλις το 6,6% αυτών απαντά ότι δεν λαμβάνει τα φάρμακα του σύμφωνα με τις οδηγίες του ιατρού, στην συνέχεια όταν οι ερωτήσεις εξειδικεύονται, τα ποσοστά μη τήρησης πολλαπλασιάζονται. Εκτός αυτού, μεγάλο ποσοστό των ερωτηθέντων δείχνει μεν να τηρεί την αγωγή του ,αλλά έχει υπάρξει έστω

μια φορά που δεν το έχει κάνει. Μένει να διερευνηθεί κατά πόσο έστω και οι μικρές αποκλίσεις από την τήρηση επιφέρουν επιπτώσεις στην υγεία του ασθενούς, καθώς η μερίδα αυτή των ασθενών είναι σημαντικά μεγάλη.

Σε σχέση με το αρχικό 6,6%, που δηλώνει αρχικά μη τήρηση, στην ερώτηση αν ξεχνά να λάβει τα φάρμακα του απαντά θετικά (συχνά- πολύ συχνά) το 13,2%, δηλαδή το σχεδόν διπλάσιο ποσοστό από το αρχικό.

Ως προς την κατανάλωση αλκοόλ, οι καρδιοπαθείς του δείγματος μας εμφάνισαν ποικίλες συμπεριφορές. Δύο στους δέκα πίνουν τακτικά μέσα στη βδομάδα από 2-3 φορές έως και περισσότερες. Τρεις στους δέκα πίνουν από 2 έως 4 φορές το μήνα. Δεδομένου ότι, εκτός των φορών και η ποσότητα που καταναλώνεται είναι σημαντική, σε αυτή τη μερίδα μέτριας συχνότητας κατανάλωσης αλκοόλ, μπορεί να υποκρύπτονται και αρκετές περιπτώσεις επιβλαβούς κατανάλωσης αλκοόλ. Παρά τις σοβαρές καρδιοπάθειες των ασθενών, μόνο δύο στους δέκα απέχουν εντελώς από την κατανάλωση αλκοόλ.

Η αλληλεπίδραση των φαρμακευτικών αγωγών με το αλκοόλ μπορεί να έχει παρενέργειες. Η συνοδός κατανάλωση αλκοόλ με φάρμακα μπορεί να επηρεάσει τον μεταβολισμό ενός φαρμάκου ή τα αποτελέσματα στον οργανισμού του αλκοόλ ή του φαρμάκου. Κάποιες από τις αλληλεπιδράσεις αυτές λαμβάνουν χώρα ακόμη και σε ήπια κατανάλωση αλκοόλ. Έχουμε δύο τύπους αλληλεπιδράσεων φαρμάκων και αλκοόλ, φαρμακοκινητικές και φαρμακοδυναμικές. Στις πρώτες το φάρμακο δεν μεταβολίζεται με τον αναμενόμενο τρόπο, λόγω της συνύπαρξης του αλκοόλ, ενώ στις φαρμακοδυναμικές το αλκοόλ μπορεί να ενισχύει τα αποτελέσματα του φαρμάκου (Weathermon et al.,1999).

Από την άλλη, η κατανάλωση αλκοόλ φαίνεται να μειώνει τον κίνδυνο θανάτου από ισχαιμική καρδιοπάθεια και ανακοπή, για ασθενείς με προϋπάρχουσες καρδιοπάθειες, ενώ αδιευκρίνιστο μένει αν αυτό συμβαίνει και στην περίπτωση υγιών ατόμων, ειδικά κάτω των 40 (Rayo et al.,1998).Μικρή ή μέση κατανάλωση αλκοόλ φαίνεται να περιορίσει τον κίνδυνο εμφάνισης υπέρτασης σε γυναίκες και τον αύξησε σε άντρες για τις γυναίκες το αλκοόλ γινόταν επικίνδυνο μετά τα 4 ποτήρια την ημέρα, ενώ για τους άντρες από 1 την ημέρα. (Sesso et al., 2008).

Οι απαντήσεις στις ερωτήσεις για την σχέση με τα καπνικά προϊόντα κατέδειξαν ότι παρ' όλες τις καρδιοπάθειες, τέσσερεις στους δέκα καρδιοπαθείς έχουν ακόμα επαφή με καπνό, είτε επειδή συνεχίζουν το κάπνισμα, είτε ως παθητικοί καπνιστές.

Από την άλλη, οι τέσσερις στους δέκα που είναι πρώην καπνιστές, δείχνουν ότι υπάρχει σημαντικό μέρος καρδιοπαθών που ακολουθεί το δρόμο της τήρησης αλλά δεν είναι αρκετό. Αν υπολογίσουμε το κάπνισμα και αυτό ως μία συνοδό και χρόνια ασθένεια, όπως αναφέρει το (ΚΕΕΛΠΝΟ,2018), μπορούμε να αναλογιστούμε και το επιπλέον κόστος της συνήθειας αυτής και από την μεριά της αύξησης του αριθμού των συννοσηροτήτων για τον ασθενή, με αθροιστικές ζημιές για την υγεία του.

Ως προς την συνδρομή των λαμβανόμενων φαρμάκων στην βελτίωση της υγείας τους, πάνω από τους έξι στους δέκα αθροιστικά δηλώνουν, ότι βοηθούν πολύ και πάρα πολύ. Οι τρεις στους δέκα όμως δηλώνουν μέτρια, και υπάρχει και ένα μικρό ποσοστό που φαίνεται να βοηθιέται λίγο έως και καθόλου από τα φάρμακα που λαμβάνει. Συνολικά έχουμε πάνω από τρεις στους δέκα ασθενείς που δηλώνουν μέτρια ή μη βελτίωση της υγείας τους από τα φάρμακα που λαμβάνουν. Το τελευταίο αποτελεί σημαντικό μέρος των ασθενών, για το οποίο θα πρέπει να ενταθεί περαιτέρω η συλλογή δεδομένων και η ανάλυση αυτών, με στόχο την εύρεση πρακτικών, όπως η συσχέτιση της συνταγογράφησης με την ικανοποίηση, η εισαγωγή μεθόδων ενίσχυσης της τήρησης της αγωγής, καθώς και η εμπύχωση των ασθενών, πρακτικές, που θα διευρύνουν την ικανοποίηση αυτών από τα φάρμακα τους.

Παραπάνω από το 50% των ασθενών έχει οικογενειακό ιατρό ενώ το άλλο μισό όχι. Η ύπαρξη οικογενειακού ιατρού μπορεί πιθανόν να ενισχύσει την επικοινωνία ασθενούς-ιατρού, καθώς και να καταστήσει τον ιατρό γνώστη όλων των δεδομένων της υγείας του ασθενή. (Yeravdekar et al.,2012).

Για πάνω από τους εννέα στους δέκα ασθενείς ο θεράπων ιατρός τους έχει γνώση για τα υπόλοιπα φάρμακα που λαμβάνουν, ενώ υπάρχει και ένα ποσοστό το οποίο δεν ενημερώνει τον ιατρό του.

Διαπιστώνεται ότι υπάρχει περισσότερη ενημέρωση περί ανεπιθύμητων ενεργειών από τον ιατρό, για τους ασθενείς του δείγματος, για τους οποίους ο ιατρός έχει γνώση για όλα τα λαμβανόμενα από αυτούς φάρμακα. Σε αντίθεση, στις περιπτώσεις άγνοιας του ιατρού για την λοιπή φαρμακευτική αγωγή, το ποσοστό των μη ενημερωμένων για τις παρενέργειες υπερτερεί αυτού των ενημερωμένων.

Οι ασθενείς που έχουν την ευκαιρία να συζητούν όλα τα προβλήματα της υγείας τους με τον ιατρό, φαίνεται να έχουν και σε μεγάλο ποσοστό ενημερωμένο τον ιατρό για όλα τα φάρμακα που λαμβάνουν. Σε αντίθεση, αυτοί που δεν έχουν τη δυνατότητα να

συζητούν με τον ιατρό, κατά πλειοψηφία δεν έχουν και ενημερωμένο αυτόν για το σύνολο των φαρμάκων που λαμβάνουν. Διαπιστώνεται λοιπόν η χρησιμότητα της επικοινωνίας ιατρού-ασθενούς και ότι η σχέση αυτή έχει πολύπλευρες απολήξεις, οι οποίες και επηρεάζουν την πορεία της υγείας του ασθενούς. Η πλήρης γνώση από τον ιατρό των φαρμάκων που λαμβάνει ο ασθενής μπορεί να περιορίσει την εκδήλωση αλληλεπιδράσεων μεταξύ των λαμβανόμενων φαρμάκων, καθώς ο ιατρός έχει πλήρη γνώση πιθανών αντενδείξεων, που μπορεί να προκύψουν από μη συμβατό συνδυασμό φαρμάκων και θα χορηγήσει συμβατά φάρμακα ή θα διαμορφώσει κατάλληλα το θεραπευτικό σχήμα. (Aronson, 2009).

Εννέα στους δέκα ασθενείς ρωτούνται από τον ιατρό αν τους βοήθησαν τα φάρμακα που λαμβάνουν, ενώ οι οκτώ στους δέκα περίπου έχουν την ευκαιρία να συζητούν όλα τα ζητήματα της υγείας του με αυτόν. Παράλληλα εντοπίζεται ποσοστό ασθενών που θέλει να συζητά με τον ιατρό του για αυτά τα ζητήματα, αλλά αυτό δεν συμβαίνει.

Από τους ασθενείς που συζητούν μαζί με τον ιατρό όλα τα προβλήματα της υγείας τους εμφανίζονται μεγαλύτερα ποσοστά ικανοποίησης για την βοήθεια των φαρμάκων που λαμβάνουν. Αυτό πιθανόν να οφείλεται σε ορθότερες συνταγογραφικές πρακτικές ή ακόμη και σε ψυχολογικούς παράγοντες. Επίσης μεγαλύτερα ποσοστά ικανοποίησης από τα φάρμακα που λαμβάνουν εμφανίζουν και οι ασθενείς του δείγματος που παρακολουθούνται από καρδιολόγο. Ανοίγει ένα μεγάλο πεδίο διερεύνησης το αν η περίθαλψη και συνταγογράφηση σε ομάδες καρδιοπαθών από ειδικευμένο καρδιολόγο έχει πλεονεκτήματα, έναντι αυτής ενός ειδικευμένου γενικού ιατρού ή αν απλά παίζει ρόλο το ψυχολογικό κομμάτι των ασθενών και δεν υπάρχουν διαφορές στις πρακτικές.

Η πλειοψηφία των ασθενών ενημερώνεται από τον ιατρό για τυχόν ανεπιθύμητες ενέργειες από τα φάρμακα που λαμβάνει, με μεγάλο ποσοστό ωστόσο να παραμένει ανενημέρωτο. Υπάρχουν καρδιαγγειακά φάρμακα των οποίων η λήψη χρειάζεται παρακολούθηση για τυχόν εμφάνιση παρενεργειών. Για παράδειγμα δεν είναι σπάνιες οι ηπατικές παρενέργειες, ή η εμφάνιση παρενεργειών στους μύες κατά τη χορήγηση στατίνης ή φιβράτης. (Howland and Mycek ,2006). Η ενημέρωση των ασθενών για τις παρενέργειες αυτές συνιστά σημαντικό εργαλείο για τον γρήγορο εντοπισμό τους, εάν αυτές υπάρξουν και την γρήγορη αντιμετώπιση τους με αλλαγή σχήματος.

Υπάρχει ένα σημαντικό ποσοστό όσων δεν έχουν την ευκαιρία να συζητούν με τον ιατρό προβλήματα της υγείας τους, το οποίο και θέλει να συμβεί αυτό. Υπάρχει πεδίο να προσδιοριστούν οι λόγοι που αυτό το ποσοστό δεν καταφέρνει να έχει την επικοινωνία

που θέλει με τον ιατρό, καθώς η επικοινωνία και η συνεργασία ασθενούς και ιατρού μπορούν να προσδώσουν πολύπλευρα οφέλη, με αύξηση τήρησης, εμπύχωση κλπ. Μάλιστα υπάρχει μεγάλο περιθώριο ενεργοποίησης των ασθενών και σύμφωνα με πολυεπίπεδη ανασκόπηση, πλήθος ερευνών εντοπίζουν το ουσιαστικό και ζωντανό ενδιαφέρον των ασθενών για συμμετοχή στα δεδομένα της υγείας τους (Souliotis, 2016).

Ένας στους δέκα ασθενείς περίπου, εμφάνισε παρενέργειες από την λήψη φαρμάκων το τελευταίο τρίμηνο. Τα φάρμακα που προκάλεσαν τις παρενέργειες ήταν είτε για τις καρδιοπάθειες τους, είτε άλλα φάρμακα. Αξιοσημείωτο είναι πως όλοι οι ασθενείς στο σύνολο τους, ανέτρεξαν στον ιατρό τους λόγω της εμφάνισης των ανεπιθύμητων ενεργειών. Ένας στους τρεις περίπου όσων εμφάνισαν ανεπιθύμητες ενέργειες, χρειάστηκε να νοσηλευτεί και να λάβει και επιπρόσθετη φαρμακευτική αγωγή. Δεδομένων και των συννοσηροτήτων και της πολυφαρμακίας, οι ασθενείς με καρδιοπάθειες αντιμετωπίζουν υψηλό κίνδυνο εμφάνισης παρενεργειών και μάλιστα φαίνεται ότι οι στεφανιαίοι ασθενείς που λαμβάνουν θεραπεία μετά από νοσηλεία για στεφανιαίο επεισόδιο, να εμφανίζουν αυξημένες παρενέργειες και πιθανότητες επανεισαγωγής για νοσηλεία (Le et al., 2017).

Τρεις στους τέσσερις ασθενείς που είχαν ανεπιθύμητη ενέργεια διέκοψαν φάρμακο λόγω αυτής, ενώ ένας στους τέσσερις το συνέχισε, όλοι κατόπιν συνεννόησης με τον ιατρό. Αυτό δείχνει και τον κομβικό ρόλο του ιατρού και της συνεργασίας ιατρού - ασθενούς. Ιδανικά ο ασθενής πληροφορεί ενημερωμένος τον ιατρό με χρήσιμα στοιχεία, ώστε ο ιατρός με τη χρήση των επιστημονικών του γνώσεων να σταθμίσει το ρίσκο ως προς το όφελος της θεραπείας και αν αυτή πρέπει να συνεχιστεί.

Το ένα τέταρτο σχεδόν των ασθενών ζητάει από τον ιατρό να του συνταγογραφήσει μη προτεινόμενα από τον ίδιο φάρμακα. Από αυτό το ποσοστό, μεγάλο μέρος επισκέπτεται δύο ή και περισσότερους ιατρούς μέσα στο τρίμηνο, οπότε φαίνεται να ζητά να του συνταγογραφηθεί το φάρμακο που έχει προτείνει ο άλλος ιατρός. Αυτό μπορεί να είναι θετικό πρόσημο, επειδή ο ασθενής εμπλέκεται με τα δεδομένα της υγείας του, από την άλλη μπορεί να προκαλέσει διάρρηξη της σχέσης ιατρού - ασθενή, καθώς ο ιατρός μπορεί να θεωρήσει ότι παρακάμπτεται η επιστημονική του άποψη ή ακόμη και όντως να συμβεί αυτό, καθώς, παρόλο που η από τον ασθενή ζητούμενη για συνταγογράφηση αγωγή έχει προταθεί και αυτή από επιστήμονα υγείας, η χρονική

στιγμή της επίσκεψης είναι μοναδική και οι ανάγκες μπορεί να έχουν διαφοροποιηθεί . Το κομμάτι αυτό αποτελεί ακόμη ένα πεδίο για διερεύνηση.

Ήδη αναφέρθηκε σημαντικό ποσοστό του συνολικού δείγματος, περί το 15% να έχει αγοράσει φάρμακο χωρίς συνταγή ιατρού το τελευταίο τρίμηνο. Μεγάλη συχνότητα στις αγορές αυτές εμφάνισαν τα αντιβιοτικό Augmentin και Klaricid, παρόλο που οι αντιβιώσεις είναι επιτακτικό να δίνονται μόνο με συνταγή ιατρού, καθώς η μη ορθή και αλόγιστη χρήση αντιβιοτικών αυξάνει τα επίπεδα ανθεκτικότητας των βακτηρίων σε αυτά.(ΕΟΦ,2018). Ένα ακόμη σκεύασμα το Lonarid διαπιστώνεται ότι χορηγείται κάποιες φορές χωρίς συνταγή ιατρού, παρόλο που περιέχει το οπιοειδές κωδεΐνη ως δραστική ουσία και απαιτεί ειδική συνταγή ναρκωτικών, η οποία προφανώς και προσκομίζεται εκ των υστέρων. Πάνω από το 70% του μέρους του δείγματος που έλαβε φάρμακα χωρίς συνταγή ιατρού δεν ενημέρωσε τον ιατρό του, είτε επειδή το θεώρησε αχρείαστο, είτε επειδή δεν υπήρχε δυνατότητα επικοινωνίας, είτε επειδή επρόκειτο για επανάληψη χρήσης που έχει συζητηθεί παλαιότερα με τον ιατρό. Για τη δοσολογία των φαρμάκων που αγόρασαν, η πλειοψηφία των ασθενών ενημερώθηκαν από τον φαρμακοποιό τους, και ακολουθούσαν η ενημέρωση από το φυλλάδιο και ο ιατρός. Καταδεικνύεται ο κομβικός ρόλος του φαρμακοποιού στη σωστή τήρηση της αγωγής από τον ασθενή καθώς και ο συμβουλευτικός ρόλος αυτού. Επίσης διαφαίνεται η ανάγκη δημιουργίας διαύλων επικοινωνίας και ανοιχτής γραμμής θέραποντα ιατρού και φαρμακοποιού.

Η πλειοψηφία του δείγματος δήλωσαν θετική συνολική εκτίμηση για την κατάσταση της υγείας τους, παρ' όλες τις καρδιοπάθειες, τις συννοσηρότητες και την πολυφαρμακία που εντοπίζονται σε αυτούς. Η καλή επικοινωνία με τους επιστήμονες υγείας, και η δυνατότητα της πλειοψηφίας του δείγματος να συζητούν για όλα τα προβλήματα της υγείας τους με τους ιατρούς, αλλά και να τους γνωστοποιούν το σύνολο των φαρμάκων που λαμβάνουν, φαίνεται πιθανόν να παίζει ρόλο σε ορθότερες συνταγογραφικές πρακτικές. Παράλληλα, πιθανόν το όλο αυτό θετικό κλίμα να επηρεάζει και εν γένει την ψυχολογία των ασθενών, με αποτέλεσμα ένα ευρύτερο θετικό αίσθημα υγείας.

Αξιοσημείωτα ένα μεγάλο μειοψηφικό ποσοστό των ασθενών αντιμετωπίζει κάποια ψυχολογική διαταραχή, η οποία μπορεί να το επηρεάζει τόσο στην τήρηση των συστηνόμενων από τους ιατρούς, όσο και στην γενική αίσθηση που έχει το δείγμα για την υγεία του. Περεταίρω έρευνα σε αυτό το κομμάτι του πληθυσμού θα ήταν καίρια και σκόπιμη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Μέσα από την ανάλυση των απαντήσεων των καρδιολογικών ασθενών προέκυψαν νέα ερωτήματα προς διερεύνηση, αλλά και απαντήσεις στα ερευνητικά ερωτήματα. Ως προς το πρώτο κύριο ερευνητικό μας ερώτημα, μεγάλο ποσοστό των καρδιοπαθών σχεδόν το ήμισυ, εντοπίζεται να χαρακτηρίζεται από πολυφαρμακία και λήψη ≥ 5 φαρμάκων, και ένα ακόμη σημαντικό μέρος εντοπίστηκε στο κατώφλι του αριθμητικού προσδιορισμού αυτής, με λήψη 4 φαρμάκων. Η επίδραση των συννοσηροτήτων στην εμφάνιση πολυφαρμακίας φάνηκε στατιστικά σημαντική, με τους ασθενείς που δεν είχαν συννοσηρότητες, να λαμβάνουν σαφώς λιγότερο αριθμό φαρμάκων, σε αντίθεση με αυτούς που είχαν και συνοδές νόσους και ελάμβαναν αριθμό φαρμάκων που τους τοποθετεί στα όρια της πολυφαρμακίας.

Είναι σημαντική η διερεύνηση του αν η πολυφαρμακία ακόμη και στην αναγκαία της εκδοχή αποβαίνει ζημιογόνος για τον ασθενή και το σύστημα υγείας ανά κατηγορία ασθενών και αν είναι προτιμότερη η πρόληψη με επένδυση σε προληπτικές θεραπείες ανά ομάδες ασθενών, με κίνδυνο εμφάνισης συνοδών ασθενειών, που επάγουν και την πολυφαρμακία.. Για παράδειγμα η χορήγηση ασπιρίνης προληπτικά σε διαβητικούς. Το κόστος - όφελος ανά περίπτωση ασθένειας πρέπει να συνυπολογιστούν τόσο για την υγεία του ασθενούς όσο και για τα συστήματα υγείας.

Η πρόληψη της εμφάνισης συνοδών νόσων στους καρδιοπαθείς, αλλά και η σωστή διαχείριση των ήδη υπάρχουσών, ώστε αυτές να μην εξελιχθούν χειρότερα ή να μην οδηγήσουν σε κάποιο καρδιολογικό συμβάν, φαίνεται να αποτελεί κλειδί στον περιορισμό της πολυφαρμακίας . Τόσο προς όφελος της ατομικής υγείας όσο και της ευρωστίας των ασφαλιστικών συστημάτων υγείας, απαιτείται η δημιουργία πρωτοκόλλων στοχευμένης πρόληψης εμφάνισης συννοσηροτήτων, σε καρδιοπαθείς .

Η ορθή συνταγογράφηση και η ορθή λήψη των φαρμάκων μπορούν να συμβάλουν στην πρόληψη επιδείνωσης και εμφάνισης επιπρόσθετων νόσων. Στατίνες και ασπιρίνη μπορούν να τεθούν ως σύμμαχοι ιατρών και ασθενών, στην φαρμακευτική πρόληψη της επιδείνωσης της υγείας των ασθενών από καρδιοπάθειες. Η μέση απόκλιση ενός έτους, που εντοπίστηκε στο δείγμα ανάμεσα στο χρόνο διάγνωσης της καρδιοπάθειας και την έναρξη της θεραπείας, θα πρέπει να μας προβληματίσει καθώς χάνεται πολύτιμος

χρόνος για την έναρξη αγωγής, που θα μπορούσε να έχει και την προαναφερθείσα προληπτική για συννοσηρότητες δράση.

Ταυτόχρονα είναι επιτακτική η άμεση εναρμόνιση και διάχυση των πακέτων δράσεων πρόληψης των καρδιαγγειακών νοσημάτων, που συστήνουν ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας και η Ευρωπαϊκή Επιτροπή, για υιοθέτηση από τα κράτη και το κοινωνικό σύνολο. Όλοι οι εμπλεκόμενοι φορείς, οι επιστήμονες υγείας, οι ίδιοι οι ασθενείς καθώς και όλη η κοινωνία καλούνται να γίνουν φορείς του μηνύματος και της νοοτροπίας της πρόληψης των καρδιακών νοσημάτων μέσω του ευ ζην και να το ακολουθήσουν. Αποχή από το κάπνισμα, ορθολογική κατανάλωση αλκοόλ, υγιεινή διατροφή και άσκηση αποτελούν το τετράπτυχο της πρόληψης και όταν αυτά τηρούνται, το κόστος των καρδιακών νοσημάτων περιορίζει σημαντικά.

Επανεισάγεται λοιπόν τόσο η ανάγκη της τήρησης, όσο και η εκπαίδευση και ενεργοποίηση των ασθενών, ώστε αυτή να επιτυγχάνεται. Στο κομμάτι της τήρησης, οι ασθενείς του δείγματος μας έδειξαν θετικά αποτελέσματα για την τήρηση της προτεινόμενης από τον ιατρό διατροφής, αλλά με ένα μη ευκαταφρόνητο ποσοστό να μην την ακολουθεί ακόμη και όντας καρδιοπαθείς. Χειρότερα ήταν τα αποτελέσματα για την τήρηση της άσκησης, καθώς και για την επαφή με προϊόντα καπνού. Το γεγονός αυτό πρέπει να ληφθεί σοβαρά υπ' όψιν και να αποτελέσει επίκεντρο σχεδιασμού και υλοποίησης δράσεων, μεγάλης αποτελεσματικότητας για την αύξηση και την προώθηση του ευ ζην.

Ακόμη και στα δεδομένα για την κατανάλωση αλκοόλ υπάρχει σημαντικό ποσοστό που επιδεικνύει αμφίβολη συμπεριφορά, που ενδεχομένως να αυξάνει το ήδη σημαντικό ποσοστό που καταναλώνει συστηματικά αλκοόλ, ενώ ταυτόχρονα μπορεί να λαμβάνει και κάποιον σημαντικό αριθμό φαρμακευτικώνσκευασμάτων με ό,τι αυτό συνεπάγεται.

Δεδομένου ότι ένα σημαντικό μέρος των ασθενών, εμφανίζει και κάποια ψυχολογική διαταραχή, η προώθηση της τήρησης αποτελεί πρόκληση ώστε να συμβεί ομαλά, ειδικά όταν μιλάμε για περιορισμό καπνίσματος και αλκοόλ. Στο κομμάτι αυτό θα πρέπει να προωθείται η άσκηση, στην οποία βέβαια οι ασθενείς δείχνουν μέτρια τήρηση, καθώς και η εν γένει ενεργοποίηση του ασθενούς, ώστε να ακολουθήσει και η υιοθέτηση υγιεινής διατροφής στην οποία οι ασθενείς εμφανίζουν καλύτερη τήρηση και εν τέλει να επέλθει και ο περιορισμός του αλκοόλ και η διακοπή του καπνίσματος.

Επίσης φαίνεται, οι ασθενείς που εμφανίζουν πολυφαρμακία συχνά να χρειάζονται τη βοήθεια και άλλου ατόμου για την ορθή λήψη και τήρηση της αγωγής τους, γεγονός που θέτει άλλη μια παράμετρο στην εκπαίδευση των ασθενών, αλλά και στις παροχές προς αυτούς, ώστε να έχουμε τήρηση της αγωγής. Αν και αρχικά ένα μικρό ποσοστό του δείγματος μας δήλωσε ότι δεν ακολουθεί τις οδηγίες του ιατρού, στη συνέχεια αν συνυπολογίσουμε και τις απαντήσεις για σπάνια μη τήρηση, στις αντίστοιχες ερωτήσεις, διαφαίνεται ότι οι ασθενείς μπορεί μεν να δηλώνουν συνεπείς, αλλά στην πράξη πιθανόν να υποκρύπτονται πιο αρνητικά αποτελέσματα.

Ως προς τη σχέση ιατρού και ασθενή, οι μισοί σχεδόν καρδιοπαθείς έχουν οικογενειακό ιατρό και όσοι δεν έχουν, σε μεγάλο ποσοστό παρακολουθούνται από καρδιολόγο. Η πλειοψηφία των καρδιολογικών ασθενών παρακολουθείται από καρδιολόγο σε τακτά χρονικά διαστήματα, με ένα μέρος τους να συμπίπτει και με αυτούς που έχουν και οικογενειακό ιατρό. Οι καρδιοπαθείς φαίνεται να αναζητούν πολύπλευρη και εξειδικευμένη φροντίδα, που περιλαμβάνει τόσο την ολική περίθαλψη τους από τον γενικό ιατρό, όσο και την στοχευμένη για την καρδιά περίθαλψη τους από τον καρδιολόγο τους. Στο κομμάτι αυτό μπαίνει και η σχέση ιατρού με τον ασθενή, αλλά και η σχέση ιατρού με ιατρό. Σε συνύπαρξη των δύο περιθαλπόντων ιατρών, ο ασθενής πιθανόν να ζητά να του συνταγογραφηθούν φάρμακα που έχει προτείνει ο ένας ιατρός από τον άλλο, για λόγους ευκολίας, όπως συμβαίνει και στο δείγμα μας, το οποίο σε μεγάλο ποσοστό ζητάει από τον καρδιολόγο του να του γράψει και άλλα φάρμακα που δεν τα προτείνει ο ίδιος.

Διαπιστώνεται με αλληλοσυσχετίσεις των απαντημένων ερωτήσεων, ότι οι καρδιοπαθείς που συζητούν με τον ιατρό τους για όλα τα προβλήματα της υγείας τους, καθώς και αυτοί που ρωτούνται από αυτόν, για το αν τους βοήθησαν τα φάρμακα τους, είναι σε μεγάλο ποσοστό και αυτοί για τους οποίους οι ιατροί γνωρίζουν όλα τα φάρμακα που λαμβάνουν. Αυτό οδηγεί σε και σε μεγαλύτερη ενημέρωση των ασθενών για τις πιθανές παρενέργειες από τα φάρμακα που λαμβάνουν, όπως φαίνεται και στο δείγμα μας (πίνακας 43), και παράλληλα δίνει τη δυνατότητα προσαρμογής της θεραπείας κατά την κρίση του ιατρού, με γνώμονα το κόστος-όφελος.

Με τον ασθενή ενημερωμένο ο περιθάλπων ιατρός αποκτά ένα ιδανικό σύμμαχο στην κοινή μάχη για το βέλτιστο αποτέλεσμα στην υγεία του ασθενούς. Ο ενημερωμένος ασθενής θα εντοπίσει πιθανόν εμφανιζόμενη παρενέργεια από λήψη φαρμάκου πολύ πιο

γρήγορα σε σχέση με τον μη ενημερωμένο και θα ανατρέξει στον ιατρό του άμεσα, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει και σε ηπιότερες εκδηλώσεις της παρενέργειας αυτής, με έγκαιρη αναθεώρηση του θεραπευτικού λαμβανομένου σχήματος ή και φαρμακευτική αντιμετώπιση σε πιο βαριές παρενέργειες, με την αποφυγή όμως σε κάθε περίπτωση της εισαγωγής σε νοσοκομείο και νοσηλείας.

Διαφαίνεται ότι οι ασθενείς που συζητούν με τον ιατρό όλα τα προβλήματα της υγείας τους έχουν και καλύτερη αίσθηση ότι τα φάρμακα βοηθούν στην υγεία τους.

Γενικά η καλή επικοινωνία μεταξύ ασθενή και ιατρού οδηγεί σε ενημερωμένο ασθενή, αυξάνει την ορθή συνταγογράφηση, μειώνει τους κινδύνους εμφάνισης παρενεργειών, βελτιώνει την αίσθηση που έχουν οι ασθενείς για το αν τους βοηθούν τα φάρμακα που λαμβάνουν, καθώς είτε υπάρχει γενικότερα καλή ψυχολογία, είτε ακολουθούνται και πιο κατάλληλα για τον ασθενή θεραπευτικά σχήματα. Ο ενημερωμένος ασθενής είναι πιο πιθανό να εμφανίζει και καλύτερη τήρηση της αγωγής, με αποφυγή έτσι δυσμενών καρδιακών συμβάντων. Επίσης η επικοινωνία ιατρού και ασθενούς μέσω της αύξησης της ορθής συνταγογράφησης, πιθανόν να συνεισφέρει και στον περιορισμό της πολυφαρμακίας, αν θεωρήσουμε ότι ο ενημερωμένος από τον ασθενή ιατρός θα χορηγήσει την προληπτική εκείνη αγωγή, που θα περιορίσει τον κίνδυνο εμφάνισης συννοσηροτήτων όπως λόγου χάριν η συνταγογράφηση ασπιρίνης για πρόληψη δυσλιπιδαιμιών .

Τέλος ο ρόλος του φαρμακοποιού εμφανίζεται κομβικός, καθώς υπάρχουν περιπτώσεις όπου ο ασθενής για λόγους πρόσβασης και ευκολίας ή αίσθησης ότι δεν είναι απαραίτητο, παρακάμπτει τον ιατρό και λαμβάνει με δική του πρωτοβουλία φαρμακευτική αγωγή. Εκεί ο φαρμακοποιός αποτελεί και την τελευταία επιστημονική ασπίδα πρωτοβάθμιας φροντίδας . Είναι αυτός που θα χορηγήσει ή μη το φάρμακο στον ασθενή, αυτός που θα τον ενημερώσει σχετικά με την δοσολογία και τη σωστή χρήση του.

Η μάχη για την καλύτερη θεραπευτική αντιμετώπιση των καρδιοπαθών είναι πολύπλευρη και ιδανικά προϋποθέτει την ενεργό συμμετοχή τόσο του ιατρού και του φαρμακοποιού, όσο και του ίδιου του ασθενούς. Οι συννοσηρότητες και η επαγόμενη από αυτές πολυφαρμακία απειλούν σε ένα φαύλο κύκλο την εν γένει υγεία του ασθενούς. Η καλή επικοινωνία ιατρού και ασθενούς αντίθετα, οδηγεί σε ενημερωμένο ασθενή και ενημερωμένο ιατρό, με λιγότερες πιθανότητες εμφάνισης ανεπιθύμητων

ενεργειών από τα φάρμακα που συνταγογραφεί ο ιατρός, έχοντας πλήρη γνώση όλων των δεδομένων υγείας του ασθενούς, συμπεριλαμβανομένης και άλλης τυχόν λαμβανόμενης αγωγής. Η τήρηση της αγωγής και των θεραπευτικών οδηγιών από τον ασθενή αποτελούν συνεχή στόχο που πρέπει να προωθείται με κάθε τρόπο. Οι καρδιαγγειοπάθειες νούμερο ένα αιτία θανάτου παγκοσμίως, μπορούν να περιοριστούν, αν υιοθετηθούν υγιεινά πρότυπα ζωής, ένα ευ ζην, ελεύθερο επαφής και χρήσης καπνικών προϊόντων , με σωστή διατροφή, λελογισμένη κατανάλωση αλκοόλ και έμφαση στην άσκηση.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- ΓΕΙΤΟΝΑ,Μ. 2004. Οικονομική Αξιολόγηση της Τεχνολογίας Υγείας, Φαρμακοοικονομία και Λήψη Αποφάσεων, Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Θεσσαλίας
- ΓΕΙΤΟΝΑ, Μ. ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ, Γ. (Επιστημονική Επιμέλεια).1999.Πολιτική και Οικονομία του Φαρμάκου στην Ελλάδα, Θεμέλιο/Κοινωνία και Υγεία, Αθήνα
- ΓΕΩΡΓΙΟΥ, Ε . 2001. Φυσική του Ανθρώπινου Σώματος, Εκδόσεις Παρισιάνου
- ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ, Γ. ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ, Χ. ΓΕΩΡΓΟΥΣΗ, Ε. ΓΕΙΤΟΝΑ, Μ. 1999.Τα Οικονομικά της Υγείας Από Το Α ως το Ω /Πολιτικές Υγείας, Εξάντας, Αθήνα
- ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ,Κ.2013.Η δημόσια ασφάλιση υγείας στην Ελλάδα (Από το αδιανόητο στο αυτονόητο), Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- ARONSON, J.K. 2009. Medication errors: what they are, how they happen, and how to avoid them. QJM: An International Journal of Medicine, 102.8(1),513–521.
- BELL,D. RUTTENBERG, M.B. CHAI , E .2018 Care of Geriatric Patients with Advanced Illnesses and End-of-Life Needs in the Emergency Department. Clin Geriatr Med, 34 (3),453-467.
- HOWLAND, R.D. MYCEK, M.J.2006. Lipincott’s illustrated reviews: Pharmacology, third edition, 195-270.
- FLORIA, M. BARBOI, O. GRECU, M. CIJEVSCHI, P.C. BALAN, G. 2017. Atrial fibrillation and sympathovagal balance in patients with gastroesophageal reflux disease.Turk J Gastroenterol, 28 (2),88-93.
- GOUDIS, C. KORANTZOPOULOS, P. NTALAS,I. KALLERGIS,E. LIU,T. KETIKOGLOU,D.2015. Diabetes mellitus and atrial fibrillation: Pathophysiological mechanisms and potential upstream therapies.International Journal of Cardiology,Volume 184, Pages 617-622.

- AHRONHEIM, J.C. HOWLAND, M.A. GOLDFRANK, L.R 1998. Geriatrics. In: Goldfrank's Toxicologic Emergencies. 6th ed. Stamford, CT: Appleton & Lange, 1699-1706.
- BARBARESKO, J. RIENKS, J. NÖTHLINGS, U. 2018. Lifestyle Indices and Cardiovascular Disease Risk: A Meta-analysis. *Am J Prev Med*,55(4),555-564.
- BODENHEIMER,T. LORIG, K. HOLMAN, H. GRUMBACH, K. 2002.Patient self-management of chronic disease in primary care. *JAMA*,288(19),2469–75.
- BOGGATZ,T. MEINHART, C.M. 2017. Health promotion among older adults in Austria: a qualitative study. *J Clin Nurs*, Apr,26(7-8),1106-1118.
- BOUHAIKIE, V.E, GOLDBERG, A.C.2015. Familial hypercholesterolemia.*Cardiol Clin*,33(2),169-79.
- CALDWELL, M. MARTINEZ,L. FOSTER,J.D SHERLING,D. HENNEKENS, C.H.2018. Prospects for the Primary Prevention of Myocardial Infarction and Stroke.*J Cardiovasc Pharmacol Ther*, 18.1074248418817344.
- CLAAS, S.A. ARNETT ,D.K. 2016. The Role of Healthy Lifestyle in the Primordial Prevention of Cardiovascular Disease . *Curr Cardiol Rep*, 18(6),56.
- COOPER,J.A. CADOGAN, C.A. PATTERSON, S.M. KERSE, N. BRADLEY, M.C. RYAN, C. HUGHES, C.M.2015.Interventions to improve the appropriate use of polypharmacy in older people: a Cochrane systematic review. *BMJ Open*,9.5(12),e009235.
- DAVIES, M.J.2000. The pathophysiology of acute coronary Syndromes.*Heart (British Cardiac Society)*,83,361–366.
- DWAMENA,F. HOLMES-ROVNERCAROLYN, M. GAULDENSARAH JORGENSONGELAREH, SIKORSKIISIMON LEWINROBERT, C. COFFEYADESUWA, S. BEASLEY,O. 2012. View Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations *Cochrane Database of Systematic Reviews*,Art.No CD003267.

- FENG, X. TAN, X. RILEY, B. ZHENG, T. BIAS, T. SAMBAMOORTHY, U. 2018. Polypharmacy and Multimorbidity Among Medicaid Enrollees: A Multistate Analysis. *Popul Health Manag*, 21(2), 123-129.
- FORMAN, D. MAURER, M.S. BOYD, C. BRINDIS, R. SALIVE, M.E. HORNE, F. BELL, S.P. FULMER, T. REUBEN, D. ZIEMAN, S. RICH, M.W. 2018. Multimorbidity in Older Adults With Cardiovascular Disease. *Journal of the American College of Cardiology*, 71(19).
- GEITONA, M. LATSOU, D. TOSKA, A. SARIDI, M. 2018. Polypharmacy Adherence Among Diabetic Patients in Greece. *The Cons. Pharmacist*, 33(10), 562-571.
- HUBER, C.A. MEYER, M.R. STEFFEL, J. BLOZIK, E. REICH, O. ROSEMANN, T. 2018. Post-Myocardial Infarction (MI) Care: Medication Adherence for Secondary Prevention After MI in a Large Real-World Population. *S0149-2918(18)*, 30592-7.
- JELLINGER, P.S. HANDELSMAN, Y. ROSENBLIT P.D. BLOOMGARDEN, Z.T. FONSECA, V.A. GARBER, A.J. GRUNBERGER, G. GUERIN, C.K. BELL, D. MECHANICK, J.I. PESSAH-POLLACK, R. WYNE, K. SMITH, D. BRINTON, E.A. FAZIO, S. DAVIDSON, M. 2017. American association of clinical endocrinologists and american college of endocrinology guidelines for management of dyslipidemia and prevention of cardiovascular disease. *Endocr Pract*, 23(Suppl 2), 1-87.
- JOHNELL, K. AND FASTBOM, J. 2008. Multi-dose drug dispensing and inappropriate drug use: A nationwide register-based study of over 700000 elderly. *Scand J Prim Health Care*, 26(2), 86-91.
- KAMBHAMPATI, S. ASHVETIYA, T. STONE, N.J. BLUMENTHAL, R. MARTIN, S.S. 2016. Shared Decision-Making and Patient Empowerment in Preventive Cardiology. *Curr Cardiol Rep*, 18(5), 49.
- KARR, S. 2017. Epidemiology and management of hyperlipidemia. *Am J Manag Care*, 23(9 Suppl), S139-S148.
- KINI, V. HO, P.M. 2018. Interventions to Improve Medication Adherence: A Review. *JAMA*, 320(23), 2461-2473.

- KLING, H.E D'AGOSTINO, E.M. BOOTH, J.V., PATEL, H. HANSEN,E. MATHEW, M.S. MESSIAH .2018. The Effect of a Park-Based Physical Activity Program on Cardiovascular, Strength, and Mobility Outcomes Among a Sample of Racially/Ethnically Diverse Adults Aged 55 or Older. *Prev Chronic Dis*,15,E166.
- LAI, S.W. SU, L.T. LIN, C.H.2011. Polypharmacy increases the risk of Parkinson's disease in older people in Taiwan: a population-based study. *Psychogeriatrics*, 11:150–6.
- LE, R.J. CULLEN, M.W.LAHR, B.D. WRIGHT, R.S . KOPECKY, S.L .2017.Side Effects of CV Medications Following Hospitalization for ACS Are Associated With More Frequent Health-Care Contacts. *J Cardiovasc Pharmacol Ther* ,22(3),250-255.
- LI, T. WAN, X. MA, J. WU, B . 2018. Cost-Effectiveness of Primary Prevention with Statin Treatment for Chinese Patients with Type 2 Diabetes.*Adv Ther*. 35(12),2214-2223.
- MALET-LARREA, A. GOYENECHEA, E. GASTELURRUTIA, M.A. CALVO,B. GARCÍA-CÁRDENAS, V. CABASES, J.M. NOAIN, A. MARTÍNEZ-MARTÍNEZ, F. SABATER-HERNÁNDEZ,D. BENRIMOJ, S.I.2017 Cost analysis and cost-benefit analysis of a medication review with follow-up service in aged polypharmacy patients *Eur J Health Econ*,18(9),1069-1078.
- MUJICA-MOTA,R.E. ROBERTS, M. ABEL,G. ELLIOTT, M. LYRATZOPOULOS, G. ROLAND, M. CAMPBELL, J. 2015. Common patterns of morbidity and multi-morbidity and their impact on health-related quality of life: evidence from a national survey. *Qual Life Res*, 24(4),909-18.
- PASINA, L. BRUCATO,A.L FALCONE, C. CUCCHI,E. BRESCIANI, A. SOTTOCORNO, M. TADDEI ,G.C. CASATI,M. FRANCHI, C. DJADE, C.D et al. 2014. Medication non-adherence among elderly patients newly discharged and receiving polypharmacy. *Drugs Aging*, 31(4),283–289.

- PAYNE, R. ABEL, G. AVERY, A.J. MERCER, W. ROLAND, A.O. 2014 Is polypharmacy always hazardous? A retrospective cohort analysis using linked electronic health records from primary and secondary care. *Br J Clin Pharmacol*,77(6),1073-82.
- PIGNONE, M. EARNSHAW, S. PLETCHER, M.J. TICE, J.A. 2007. Aspirin for the primary prevention of cardiovascular disease in women: a cost-utility analysis. *Arch Intern Med*, 167(3),290-5.
- PIGNONE, M. DEWALT, D.A. 2018. More Evidence to Help Guide Decision Making About Aspirin for Primary Prevention. *Ann Intern Med*, 4.169(11),804-805
- PRYBYS, K. MELVILLE, K. HANNA, J. 2002. Polypharmacy in the elderly: clinical challenges in emergency practice: part 1 overview, etiology, and drug interactions. *Emerg Med Rep*, 23,145–53.
- RAYO LLERENA, I. MARIN HUERTA, E. 1998. Wine and heart *Rev Esp Cardiol*,51(6), 435-49.
- ROMERO VIGARA, J.C. LLISTERRI CARO, J.L. TUREGANO YEDRO, M. CINZA SANJURJO, S. MUNOZ GONZALEZ, L. SILVERO, Y. A SEGURA FRAGOSO, A. SANTIANES PATINO, J. GARCIA GARCIA, J.I. BENITEZ RIVERO, J. 2018. Clinical and socio-sanitary characteristics in adults older than 65 years attended in the Primary Care setting: The PYCAF study. *Semergen*, S1138-3593(18),30414-3.
- RYAN, R. SANTESSO, N. LOWE, D. HILL, S. GRIMSHAW, J.M. PRICTOR, M. KAUFMAN, C. COWIE, G. TAYLOR, M. 2014. Interventions to improve safe and effective medicines use by consumers: an overview of systematic reviews. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4, Art. No.: CD007768.
- SAMADIAN, F. DALILI, N. JAMALIAN, A. 2016. Lifestyle Modifications to Prevent and Control Hypertension. *Iran J Kidney Dis*,10(5),237-263.
- SARIDI, M. KORDOSI, A. TOSKA, A. PEPOU, L.E. ECONOMOU, M. SOULIOTIS, K. 2017. Attitudes of health professionals towards the stigma surrounding depression in times of economic crisis. *Int J Soc Psychiatry*.63(2),115-125.

- SHAH, R.M. ZHANG, Q. CHATTERJEE, S. CHEEMA, F. LOOR, G. LEMAIRE, S. WALL, M. COSELLI, J.S. ROSENGART, T.K. GHANTA, R.K. 2018. Incidence, Cost, and Risk Factors for Readmission after Coronary Artery Bypass Grafting. *Ann Thorac Surg*, S0003-4975(18),31820-4.
- SELIGMAN, F. NEMEROFF, C.B. 2015. The interface of depression and cardiovascular disease: therapeutic implications. *Ann N Y Acad Sci*, 1345:25-35.
- SERGI, G. DE RUI, M. SARTI, S. MANZATO, E. 2011. Polypharmacy in the elderly: Can comprehensive geriatric assessment reduce inappropriate medication use?. *Drugs Aging*, 28 (7), 509–518.
- SESSO, H.D. COOK, N.R. BURING, J.E. MANSON, J.E. GAZIANO, J.M. 2008. Alcohol consumption and the risk of hypertension in women and men. *Hypertension*, 51(4), 1080-7.
- SHARMA, P.K. CHHATRIWALLA, A.K. COHEN, D.J. JANG, J.S. BAWEJA, P. GOSCH, K. JONES, P. BACH, R.G. ARNOLD, S.V. SPERTUS, J.A. 2017. Predicting long-term bleeding after percutaneous coronary intervention. *Catheter Health Expect*, 19(2), 175–178.
- SOULIOTIS, K. 2016. Patient participation: are we far from fulfilling the vision of patient-centred care? *Health Expect*, 19(4), 787–789.
- SOULIOTIS, K. 2016. Patient participation in contemporary health care: promoting a versatile patient role. *Cardiovasc Interv*, 89(2), 199-206.
- SOULIOTIS, K. PAPAGEORGIOU, M. POLITI, A. ATHANASIADIS, A. 2016. Pharmaceutical Pricing Policy in Greece: Toward a Different Path. *Front Public Health*, 4, 185.
- SUN, S. CUI, Z. ZHOU, M. LI, R. LI, H. ZHANG, S. BA, Y. CHENG, G. 2017. Proton pump inhibitor monotherapy and the risk of cardiovascular events in patients with gastro-esophageal reflux disease: a meta-analysis. *Neurogastroenterol Motil*. 29(2).
- VERISSIMO, M.T., ARAGAO, A. SOUSA, A. BARBOSA, B. PALMEIRO, A. ANTUNES, F. SALDANHA, M.H. 2001. Physical exercise and thrombotic risk in the elderly. *Rev Port Cardiol*, 20(6), 625-39.

WALLACE, E. SALISBURY, C. GUTHRIE, B. LEWIS, C. FAHEY, T. SMITH, S.T.
2015. Managing patients with multimorbidity in primary care. *BMJ*, 350, h176.

WEATHERMON, R. CRABB, D.W. 1999. Alcohol and medication interactions. *Alcohol Res Health*, 23(1), 40-54.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Rational use of medicines by prescribers and patients. Report by the secretariat. 16. December. 2004.

YERAVDEKAR, R. YERAVDEKAR, V.R. TUTAKNE, M.A. 2012. Family physicians: importance and relevance. *J Indian Med Assoc*, 110(7), 490-3.

ZAROWITZ, B. J., STEBELSKY, L. A., MUMA, B. K., ROMAIN, T. M. PETERSON, E. L. 2005. Reduction of high-risk polypharmacy drug combinations in patients in a managed care setting. *Pharmacotherapy*, 25, 1636-45.

[HTTP://WWW1.EAEE.GR/statistika-stoiheia-asfalistikon-kladon](http://www1.eaee.gr/statistika-stoiheia-asfalistikon-kladon)

[HTTP://WWW.EOF.GR](http://www.eof.gr)

[HTTP://WWW.EOF.GR/assets/antibiotics_1.flet2008_final.pdf](http://www.eof.gr/assets/antibiotics_1.flet2008_final.pdf)

[HTTP://WWW.EURO.WHO.INT/en/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being](http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being)

[HTTP://WWW.KEELPNO.GR/el-gr/%CE%BD%CE%BF%CF%83%CE%AE%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%B1%CE%B8%CE%AD%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%B1%CF%85%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1%CF%82/%CE%BA%CE%AC%CF%80%CE%BD%CE%B9%CF%83%CE%BC%CE%B1.aspx](http://www.keelpno.gr/el-gr/%CE%BD%CE%BF%CF%83%CE%AE%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%B1%CE%B8%CE%AD%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%B1%CF%85%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1%CF%82/%CE%BA%CE%AC%CF%80%CE%BD%CE%B9%CF%83%CE%BC%CE%B1.aspx)

[HTTPS://WWW.KOTTERINC.COM/8-steps-process-for-leading-change/](https://www.kotterinc.com/8-steps-process-for-leading-change/)

[HTTP://WWW.MOH.GOV.GR/articles/health/domes-kai-draseis-gia-thn-ygeia/kwdikopoihseis/86-statistikh-taksinomhsh-noswn-kai-synafwn-problhmatwn-ygeias](http://www.moh.gov.gr/articles/health/domes-kai-draseis-gia-thn-ygeia/kwdikopoihseis/86-statistikh-taksinomhsh-noswn-kai-synafwn-problhmatwn-ygeias)

[HTTP://PSNC.ORG.UK/services-commissioning/advanced-services/nms/](http://psnc.org.uk/services-commissioning/advanced-services/nms/)

[HTTPS://WWW.PGEU.EU/en/policy/22:active-and-healthy-ageing.html](https://www.pgeu.eu/en/policy/22:active-and-healthy-ageing.html)

[HTTP://ANSM.SANTE.FR/Dossiers/Anti-vitamine-K-AVK/Prevention-des-hemorragies-provoquees-par-les-traitements-anticoagulants-anti-vitamine-K-AVK/%28offset%29/0](http://ANSM.SANTE.FR/Dossiers/Anti-vitamine-K-AVK/Prevention-des-hemorragies-provoquees-par-les-traitements-anticoagulants-anti-vitamine-K-AVK/%28offset%29/0)

[HTTP://WWW.SIMPATHY.EU/sites/default/files/Managing_polypharmacy2030-web.pdf](http://WWW.SIMPATHY.EU/sites/default/files/Managing_polypharmacy2030-web.pdf)

[HTTPS://WWW.WHO.INT/cardiovascular_diseases/hearts/Hearts-Modules-3.jpg?ua=1](https://WWW.WHO.INT/cardiovascular_diseases/hearts/Hearts-Modules-3.jpg?ua=1)

[HTTPS://WWW.WHO.INT/cardiovascular_diseases/Global-hearts-initiative.jpg?ua=1](https://WWW.WHO.INT/cardiovascular_diseases/Global-hearts-initiative.jpg?ua=1)

[HTTPS://WWW.WHO.INT/cardiovascular_diseases/Reduce-CVD-risks.jpg?ua=1](https://WWW.WHO.INT/cardiovascular_diseases/Reduce-CVD-risks.jpg?ua=1)

[HTTPS://WWW.WHO.INT/cardiovascular_diseases/Affordable-medication.jpg?ua=1](https://WWW.WHO.INT/cardiovascular_diseases/Affordable-medication.jpg?ua=1)

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΠΜΣ ΣΤΟ ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ
ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ ΘΕΣΜΟΙ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΕΡΕΥΝΑ ΜΕ ΤΙΤΛΟ

**«Η ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ
ΑΓΩΓΗΣ ΣΕ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ»**

Ιανουάριος, 2018

ΚΟΡΙΝΘΟΣ

«Η ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΣΕ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ»

Το Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου διεξάγει έρευνα για τη χρήση φαρμάκων στους καρδιολογικούς ασθενείς, η οποία στοχεύει στην αντιμετώπιση της μη κατάλληλης πολυφαρμακίας και τη μη συμμόρφωσή τους στη φαρμακευτική αγωγή. Ο πληθυσμός της έρευνας είναι καρδιολογικοί ασθενείς που επισκέπτονται Γενικά και Καρδιολογικά ιδιωτικά Ιατρεία του Νομού Κορινθίας.

Στα πλαίσια αυτά, σας παρακαλούμε να συμπληρώσετε το ερωτηματολόγιο, γνωρίζοντας ότι είναι ανώνυμο και θα χρησιμοποιηθεί αποκλειστικά για την επίτευξη των στόχων της έρευνας.

Δεδομένου ότι η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου είναι καθοριστικής σημασίας, σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων για τη συνεργασία.

Με εκτίμηση,

Μαίρη Γείτονα,
Επιστημονική Υπεύθυνη Έρευνας,
Καθηγήτρια Πανεπιστήμιο
Πελοποννήσου,
Τηλ. Επικοινωνίας: 27410 74991
Email : geitona@uop.gr

Εξαδάκτυλος Κωνσταντίνος
Μεταπτυχιακός Φοιτητής- Φαρμακοποιός
Email :
exadaktyloskonstantinos@gmail.com

A. ΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ	
A1. Φύλο: Άνδρας <input type="checkbox"/> Γυναίκα <input type="checkbox"/> A2. Ηλικία: _____	
A3. Εκπαίδευση: Υποχρεωτική <input type="checkbox"/> Λύκειο <input type="checkbox"/> Πανεπιστήμιο, ΤΕΙ <input type="checkbox"/> Μεταπτυχιακός τίτλος <input type="checkbox"/> Διδακτορικός τίτλος <input type="checkbox"/>	
A4. Επαγγελματική Κατάσταση: Ιδιωτικός Υπάλληλος <input type="checkbox"/> Δημόσιος Υπάλληλος <input type="checkbox"/> Αγρότης <input type="checkbox"/> Ελεύθερος Επαγγελματίας <input type="checkbox"/> Συνταξιούχος <input type="checkbox"/> Άνεργος <input type="checkbox"/> Άλλο, προσδιορίστε _____	
A5. Ζείτε με: Σύζυγο/ Σύντροφο <input type="checkbox"/> Παιδιά <input type="checkbox"/> Μόνος <input type="checkbox"/> Άλλο: _____	
A6. Ασφαλιστικό Ταμείο: _____	
A6.1. Έχετε ιδιωτική ασφάλιση; ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	
A7. Μηνιαίο εισόδημα (καθαρό σε €): 0 -500 <input type="checkbox"/> 501- 1.000 <input type="checkbox"/> 1.001 -1.500 <input type="checkbox"/> 1.501 και άνω <input type="checkbox"/>	
B. ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	
B.1 Είδος Καρδιοπάθειας	
B.2 Καρδιοχειρουργική επέμβαση	ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΑΝΑΜΕΝΕΤΑΙ ΝΑ ΓΙΝΕΙ <input type="checkbox"/> ΕΙΔΟΣ ΕΠΕΜΒΑΣΗΣ _____
B.3 Άλλες Χειρουργικές Επεμβάσεις	Είδος..... Είδος.....
B.4 Καρδιολογικά συμβάντα	1..... 2..... 3..... 4.....
B.5 Λιπιδαιμικό προφίλ	Ολική χοληστερόλη (mg/dl) HDL (mg/dl) LDL (mg/dl) Τριγλυκερίδια (mg/dl) Αθηρωματικός Δείκτης (Χοληστερόλη/HDL)
B.6 Πόσα χρόνια σας έχει διαγνωσθεί η καρδιολογική νόσος;(έτη)
B.7 Πόσα χρόνια λαμβάνετε θεραπευτική αγωγή;(έτη)
B.8 Ακολουθείτε την απαραίτητη / προτεινόμενη από τον ιατρό σας <u>διατροφή</u> ;	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
B.9 Ακολουθείτε την απαραίτητη / προτεινόμενη από τον ιατρό σας <u>φυσική άσκηση</u> ;	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
B.10 Ποια η σχέση σας με το κάπνισμα;	Παθητικός καπνιστής (καπνίζει άτομο στο σπίτι) <input type="checkbox"/> Καπνιστής <input type="checkbox"/> Πρώην Καπνιστής <input type="checkbox"/> Μη καπνιστής <input type="checkbox"/>

B.11 Πόσο συχνά πίνετεαλκοόλ/ποτό;

Ποτέ 1 φορά το μήνα 2 έως 4 φορές το μήνα 2 έως 3 φορές την εβδομάδα
 4 ή περισσότερες φορές την εβδομάδα

B.12 Ποιες άλλες χρόνιες ασθένειες έχετε;

1. 2.....
 3. 4.....
 5. 6.....

B.13 Ποιά φάρμακα λαμβάνετε για την καρδιά;

	Εμπορική ονομασία	Φορές/ημέρα	Δοσολογία (ml/mg/μονάδες)	Ειδικότητα ιατρού που το συνταγογράφησε
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

B.14 Ποια φάρμακα λαμβάνετε για τις υπόλοιπες ασθένειες (συννοσηρότητες);

	Ασθένεια	Εμπορική ονομασία	Φορές/ημέρα	Δοσολογία (ml/mg)	Ειδικότητα ιατρού που το συνταγογράφησε
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					

Γ. ΧΡΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Γ1. Πόσα φάρμακα λαμβάνετε συνολικά την ημέρα; _____

Γ2. Τα φάρμακα που λαμβάνετε, κατά την άποψη σας, σας βοηθάνε στην υγεία σας;

Καθόλου Λίγο Μέτρια Πολύ Πάρα πολύ

Γ3. Έχετε γενικό/οικογενειακό ιατρό ή παθολόγο που παρακολουθεί όλα τα προβλήματα υγείας σας;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Γ4. Σας παρακολουθεί καρδιολόγος για τα καρδιολογικά σας προβλήματα σε τακτά χρονικά διαστήματα?

ΝΑΙ ΟΧΙ

Γ5. Ο ιατρός που παρακολουθεί τον καρδιά σας, γνωρίζει τα υπόλοιπα φάρμακα που λαμβάνετε;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Γ6. Σας ρωτάει ο ιατρός που παρακολουθεί την καρδιά σας, αν σας βοήθησαν τα φάρμακα που λαμβάνετε;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Γ7. Έχετε τη δυνατότητα να συζητάτε μαζί του για όλα τα προβλήματα της υγείας σας;

ΝΑΙ ΟΧΙ ΟΧΙ ΑΛΛΑ ΘΑ ΤΟ ΗΘΕΛΑ

Γ8. Σας ενημερώνει γενικά ο ιατρός σας για τις ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων;

ΝΑΙ ΟΧΙ ΟΧΙ ΑΛΛΑ ΘΑ ΤΟ ΗΘΕΛΑ

Γ9. Είχατε ανεπιθύμητες ενέργειες από τα φάρμακα που λάβατε τους τελευταίους 6 μήνες;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Εάν ΝΑΙ,

Ποίες : 1. _____ από ποιο φάρμακο; _____
2. _____ από ποιο φάρμακο; _____
3. _____ από ποιο φάρμακο; _____
4. _____ από ποιο φάρμακο; _____
5. _____ από ποιο φάρμακο; _____

Γ10. Έχετε ενημερώσει τον ιατρό σας για τις ανεπιθύμητες ενέργειες που προέκυψαν;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Εάν ΟΧΙ γιατί; _____

Γ11. Χρειάστηκε να λάβετε κάποιο φάρμακο για να αντιμετωπίσετε την ανεπιθύμητη ενέργεια που προέκυψε;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Εάν ΝΑΙ,

Ποιό: 1. _____ 2. _____
3. _____ 4. _____

Γ12. Χρειάστηκε να νοσηλευτείτε στο νοσοκομείο εξαιτίας ανεπιθύμητης ενέργειας;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Γ13. Διακόψατε κάποιο φάρμακο λόγω ανεπιθύμητης ενέργειας; ΝΑΙ ΟΧΙ

Εάν Ναι: Μόνος σας Μετά από σύσταση Ιατρού

Γ14. Ζητάτε από τον ιατρό να σας συνταγογραφήσει φάρμακα που δεν σας συστήνει ο ίδιος;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Εάν ΝΑΙ γιατί; _____

Γ15. Πόσες φορές επισκέπτεστε τον ιατρό που συνταγογραφεί τα φάρμακα σας;

Ειδικότητα ιατρού: _____ Αριθμός επισκέψεων/3μηνο _____

Ειδικότητα ιατρού: _____ Αριθμός επισκέψεων/3μηνο _____

Ειδικότητα ιατρού: _____ Αριθμός επισκέψεων/3μηνο _____

Ειδικότητα ιατρού: _____ Αριθμός επισκέψεων/3μηνο _____

Γ16. Λαμβάνετε τα φάρμακα σας σύμφωνα με τις οδηγίες του ιατρού ΝΑΙ ΟΧΙ

Εάν ΟΧΙ γιατί; _____

Γ17. Υπάρχει κάποιος που σας βοηθάει για την ορθή λήψη των φαρμάκων σας; ΝΑΙ ΟΧΙ

Γ18. Πόσο συχνά ξεχνάτε να λάβετε τα φάρμακα σας σύμφωνα με τις οδηγίες του ιατρού;

Συχνά Πολύ συχνά Σπάνια Ποτέ

Γ19. Πόσο συχνά ΔΕΝ λαμβάνετε τα φάρμακα σας επειδή νιώθετε καλύτερα / ότι δεν το χρειάζεστε;

Συχνά Πολύ συχνά Σπάνια Ποτέ

Γ20. Πόσα συχνά λαμβάνετε επιπλέον δόση φαρμάκου επειδή νομίζετε ότι την χρειάζεστε για να νιώσετε καλύτερα; Συχνά Πολύ συχνά Σπάνια Ποτέ

Γ21. Έχετε αγοράσει φάρμακα χωρίς συνταγή ιατρού τους τελευταίους 3 μήνες; ΝΑΙ ΟΧΙ

Γ22. Εάν ΝΑΙ, ποιά;

	Εμπορική ονομασία	Φορές/ημέρα	Διάρκεια θεραπείας	Αιτία
1.				
2.				
3				
4				
5				
6				

Γ23. Έχετε ενημερώσει τον ιατρό σας για τα επιπλέον φάρμακα που λαμβάνετε χωρίς συνταγή ιατρού;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Εάν ΟΧΙ γιατί; _____

Γ24. Έχετε ενημερωθεί σχετικά με τη λήψη και τη δοσολογία των φαρμάκων που λαμβάνετε χωρίς συνταγή ιατρού; ΝΑΙ ΟΧΙ

Εάν ΝΑΙ από ποιον; Ιατρό Φαρμακοποιό Φυλλάδιο φαρμάκου Φίλο/Συγγενή

Άλλος (προσδιορίστε) _____

Γ25. Πως θα χαρακτηρίζατε την υγεία σας συνολικά ;

Πολύ Κακή Κακή Μέτρια Καλή Πολύ Καλή

ΣΑΣ ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΠΟΛΥ