



ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΘΡΟΜΒΩΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΘΡΟΜΒΩΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ



Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

**" Κάπνισμα και λοιποί παράγοντες κινδύνου στη
στεφανιαία νόσο "**

ΥΠΟ

ΙΩΑΝΝΑΣ ΔΗΜΗΡΗ

Ειδικευμένου / ειδικευόμενου Αγγειοχειρουργικής

Υπεβλήθη για την εκπλήρωση μέρους των
απαιτήσεων για την απόκτηση του
Διπλώματος Μεταπτυχιακών Σπουδών
«Θρόμβωση και Αντιθρομβωτική Αγωγή»

Λάρισα, 2024

Επιβλέπων:

Β.Βασιλικός, Καθηγητής Καρδιολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Αριστοτέλειο
Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης.

Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή:

1. Β.Βασιλικός, Καθηγητής Καρδιολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Αριστοτέλειο
Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης (Επιβλέπων)
2. Κ.Παππάς, Καρδιολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ, Καρδιολογική Κλινική, ΠΓΝ
Ιωαννίνων
3. Χ. Πάντσιος, Καρδιολόγος, Επιμελητής Β΄ ΕΣΥ, Καρδιολογική Κλινική,
ΠΓΝ Λάρισας

Αναπληρωματικό μέλος:

Α. Ξανθόπουλος, Καρδιολόγος, Επιμελητής Β΄ ΕΣΥ, Καρδιολογική Κλινική,
ΠΓΝ Λάρισας

Τίτλος εργασίας στα αγγλικά:

Smoking and other risk factors in coronary heart disease

Περιεχόμενα

Περιεχόμενα

Περίληψη.....	6
Abstract	8
1. Στεφανιαία Νόσος	1
1.1 Ορισμός.....	1
1.2 Επιδημιολογία της νόσου.....	2
1.3 Παράγοντες Κινδύνου	5
1.3.1 Κάπνισμα	6
1.3.2 Παχυσαρκία.....	9
1.3.3 Υπέρταση.....	10
1.3.4 Διαβήτης.....	11
1.3.5 Διατροφή	12
1.3.6 Καθιστική ζωή	13
1.3.7 Άγχος.....	13
2. Γνώσεις και πρακτικές επαγγελματιών υγείας και λοιπών ομάδων σε σχέση με τους παράγοντες κινδύνου για καρδιαγγειακά νοσήματα	15
2.1 Γνώσεις και πρακτικές επαγγελματιών υγείας.....	15
2.2 Γνώσεις και πρακτικές καρδιαγγειακών ασθενών και λοιπού πληθυσμού	17
3. Μεθοδολογία έρευνας.....	23
4. Αποτελέσματα έρευνας.....	25
Συζήτηση	59
Συμπεράσματα	62
Αναφορές	64
Παράρτημα: Ερωτηματολόγιο	69

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Διάγραμμα 1: Φύλο συμμετεχόντων	32
Διάγραμμα 2: Ηλικία συμμετεχόντων	33
Διάγραμμα 3: Μορφωτικό επίπεδο συμμετεχόντων	33
Διάγραμμα 4: Οικογενειακή κατάσταση συμμετεχόντων	34
Διάγραμμα 5: Περιοχή διαμονής	35
Διάγραμμα 6: Επαγγελματική κατάσταση	35
Διάγραμμα 7: Ετήσιο οικογενειακό εισόδημα συμμετεχόντων	36
Διάγραμμα 8: Ποσοστό επαγγελματιών υγείας στο δείγμα	37
Διάγραμμα 9: Ειδικότητα επαγγελματιών υγείας συμμετεχόντων	37
Διάγραμμα 10: Άθληση συμμετεχόντων σε εβδομαδιαία βάση	38
Διάγραμμα 11: Καπνιστές/μη καπνιστές	39
Διάγραμμα 12: Ποσοστό ενεργών καπνιστών και συχνότητα καπνίσματος	39
Διάγραμμα 13: Έτη καπνίσματος των ενεργών καπνιστών	40
Διάγραμμα 14: Συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ συμμετεχόντων	41
Διάγραμμα 15: Συχνότητα κατανάλωσης μη επεξεργασμένου κόκκινου κρέατος	41
Διάγραμμα 16: Συχνότητα κατανάλωσης επεξεργασμένου κόκκινου κρέατος	42
Διάγραμμα 17: Συχνότητα κατανάλωσης κορεσμένων λιπαρών	43

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1: γνώσεις σχετικά με τους παράγοντες κινδύνου και προστατευτικούς παράγοντες σχετικά με την εκδήλωση στεφανιαίας νόσου	47
Πίνακας 2: crosstab chisquare επαγγελματίες υγείας/αν ένα άτομο πάσχει από καρδιακό νόσημα	48
Πίνακας 3: crosstab chisquare επαγγελματίες υγείας/ιστορικό	49
Πίνακας 4: crosstab chisquare επαγγελματίες υγείας/διακοπή καπνίσματος	49
Πίνακας 5: crosstab chisquare επαγγελματίες υγείας/υπερβολική κατανάλωση αλατιού	50
Πίνακας 6: crosstab chisquare επαγγελματίες υγείας/παχυσαρκία	50
Πίνακας 7: crosstab chisquare επαγγελματίες υγείας/αύξηση πίεσης σε στρεσογόνες καταστάσεις	51
Πίνακας 8: crosstab chisquare επαγγελματίες υγείας/υπέρταση	51
Πίνακας 9: crosstab chisquare επαγγελματίες υγείας/έλεγχος πίεσης αίματος	52
Πίνακας 10: crosstab chisquare επαγγελματίες υγείας/Τα φάρμακα για την υπέρταση θα πρέπει να χρησιμοποιούνται εφ' όρου ζωής	53
Πίνακας 11: crosstab chisquare επαγγελματίες υγείας/ αυξημένη χοληστερόλη	53
Πίνακας 12: crosstab chisquare επαγγελματίες υγείας/ αυξημένη HDL χοληστερόλη	54
Πίνακας 13: crosstab chisquare επαγγελματίες υγείας/ αυξημένη LDL χοληστερόλη	54
Πίνακας 14: crosstab chisquare επαγγελματίες υγείας/φαρμακευτική αγωγή στην αυξημένη χοληστερόλη	55
Πίνακας 15: crosstab chisquare επαγγελματίες υγείας/διαβήτης	55

Πίνακας 16: crosstab chisquare επαγγελματίες υγείας/έλεγχος γλυκόζης αίματος σε διαβητικούς	56
Πίνακας 17: independent sample t-test διαφοροποίηση σε παράγοντες ανάμεσα σε επαγγελματίες υγείας και γενικό πληθυσμό	57
Πίνακας 18: διαφοροποίηση Μ.Ο. σε παράγοντες ανάμεσα σε επαγγελματίες υγείας και γενικό πληθυσμό	61
Πίνακας 19: crosstab chisquare επαγγελματίες υγείας/κάπνισμα στη διάρκεια της ζωής	65
Πίνακας 20: crosstab chisquare επαγγελματίες υγείας/κατανάλωση κορεσμένων ζωικών λιπαρών	66

Περίληψη

Η στεφανιαία νόσος επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από τροποποιήσιμους παράγοντες κινδύνου, με το κάπνισμα να αναγνωρίζεται ως η κύρια αιτία. Η αλληλεπίδραση διαφόρων παραγόντων κινδύνου, όπως η υπέρταση, η υπερχοληστερολαιμία, ο διαβήτης, ο υψηλός δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ), η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ, οι κακές διατροφικές συνήθειες, η χαμηλή σωματική δραστηριότητα και το άγχος, ευθύνονται για πολλούς θανάτους από καρδιαγγειακά νοσήματα. Το γεγονός αυτό κάνει τις γνώσεις και τις πρακτικές σχετικά με αυτούς τους παράγοντες εξαιρετικά σημαντικές τόσο στους επαγγελματίες υγείας όσο και στους καρδιαγγειακούς ασθενείς, αλλά και στον λοιπό πληθυσμό, καθώς μπορεί να βοηθήσει στην πρόληψη του φαινομένου.

Η παρούσα εργασία έχει στόχο τη διερεύνηση των γνώσεων και στάσεων των επαγγελματιών υγείας και γενικού πληθυσμού σε σχέση με τους παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με την εκδήλωση στεφανιαίας νόσου. Διαμορφώθηκε κατάλληλο ερωτηματολόγιο με βάση τη βιβλιογραφία και διανεμήθηκε ηλεκτρονικά στην πλατφόρμα Google forms. Συμμετείχαν 200 άτομα, όπου το 63% είναι επαγγελματίες υγείας.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τόσο οι επαγγελματίες υγείας όσο και ο γενικός πληθυσμός έχουν επίγνωση για τους κύριους παράγοντες που σχετίζονται με την ανάπτυξη στεφανιαίας νόσου. Διαφοροποιήσεις εμφανίζονται σε σχέση με τη λήψη αντιυπερτασικής αγωγής και την αναγκαιότητα λήψης αγωγής για τη χοληστερόλη, αλλά και για το αν ένα άτομο μπορεί να αντιληφθεί από μόνο του αν έχει κάποιο καρδιακό νόσημα. Επιπλέον, οι επαγγελματίες υγείας δίνουν μεγαλύτερη βαρύτητα στη σημαντικότητα της εθνικότητας και του διαβήτη στην ανάπτυξη καρδιακών νόσων ($p<0,05$). Τέλος, οι επαγγελματίες υγείας φαίνεται να μην καπνίζουν ή να κάπνισαν

ποτέ σε μεγαλύτερο βαθμό, ενώ καταναλώνουν λιγότερα ζωικά λιπαρά από το γενικό πληθυσμό ($p<0,05$).

Λέξεις Κλειδιά: Κάπνισμα ,Στεφανιαία Νόσος, Καρδιαγγειακά νοσήματα.

Abstract

Coronary heart disease (CHD) is significantly affected by risk factors that can be modified, with smoking identified as the primary contributor. The interplay of multiple risk factors—including hypertension, hypercholesterolemia, diabetes, elevated body mass index (BMI), excessive alcohol intake, unhealthy eating habits, insufficient physical activity and stress—accounts for a considerable number of fatalities due to cardiovascular disease. This reality underscores the crucial need for awareness and practices surrounding these factors, not only for health professionals and cardiovascular patients but also for the general population, as it plays a vital role in preventing this issue.

This study aims to investigate the knowledge and attitudes of health professionals and the general population in relation to the risk factors related to the occurrence of coronary heart disease. A questionnaire was designed based on the literature and distributed electronically on the Google forms platform. 200 people participated, where 63% are health professionals.

The results showed that both health professionals and the general population are aware of the main factors associated with the development of coronary heart disease. Variations occur in relation to taking antihypertensive treatment and the need for cholesterol treatment, but also whether a person can self-diagnose if they have heart disease. In addition, health professionals give more weight to the importance of ethnicity and diabetes in the development of heart disease ($p < 0.05$). Finally, healthcare professionals appear to be non-smokers or have never smoked to a greater extent, while consuming less animal fat than the general population ($p < 0.05$).

Keywords: Smoking, Coronary heart disease, Cardiovascular diseases.

1. Στεφανιαία Νόσος

1.1 Ορισμός

Η καρδιαγγειακή νόσος περιλαμβάνει διάφορες καταστάσεις που επηρεάζουν την καρδιά και τα αιμοφόρα αγγεία, όπως η στεφανιαία νόσος και το οξύ στεφανιαίο σύνδρομο. Ενώ αυτοί οι όροι χρησιμοποιούνται συχνά εναλλακτικά, αντιπροσωπεύουν διακριτές πτυχές του ίδιου φάσματος ασθενειών. Η Στεφανιαία νόσος περιλαμβάνει τη συσσώρευση πλάκας στις στεφανιαίες αρτηρίες, η οποία μπορεί να παραμείνει ασυμπτωματική, ενώ το οξύ στεφανιαίο σύνδρομο συνήθως εκδηλώνεται με συμπτώματα όπως ασταθής στηθάγχη και συχνά οδηγεί σε έμφραγμα του μυοκαρδίου, ανεξάρτητα από την παρουσία στεφανιαίας νόσου. Η Στεφανιαία νόσος παραμένει σημαντική αιτία θανάτου και αναπηρίας, ιδιαίτερα στις ανεπτυγμένες χώρες, παρά τη μείωση των ποσοστών θνησιμότητας τις τελευταίες δεκαετίες. Το παγκόσμιο τοπίο των μη μεταδοτικών ασθενειών εξελίσσεται, καθοδηγούμενο από παράγοντες όπως η παγκοσμιοποίηση, η αστικοποίηση και η γήρανση του πληθυσμού, επιδεινώνοντας την πολυπλοκότητα του φόρτου ασθενειών. Παράγοντες κινδύνου που μπορούν να προληφθούν, όπως η σωματική αδράνεια, η χρήση καπνού και οι κακές διατροφικές συνήθειες συμβάλλουν στην αύξηση του επιπολασμού της στεφανιαίας νόσου παγκοσμίως. Οι κοινωνικές ανισότητες ενισχύουν περαιτέρω τα ποσοστά θνησιμότητας από καρδιαγγειακά νοσήματα, με τις αλλαγές στον τρόπο ζωής σε παχυσαρκικά περιβάλλοντα να αντιστρέφουν την πρόοδο που έχει σημειωθεί σε ορισμένες περιοχές [1].

Η ορόσημο Framingham Heart Study, που ξεκίνησε το 1948 και τώρα εκτείνεται σε τρεις γενιές, ήταν καθοριστικής σημασίας για τον εντοπισμό βασικών παραγόντων κινδύνου για καρδιαγγειακή νόσο. Πολυάριθμες μελέτες έχουν αποσαφηνίσει περαιτέρω αυτούς τους παράγοντες κινδύνου. Κατηγοριοποιούν τους παράγοντες κινδύνου CAD σε μη τροποποιήσιμους, όπως ηλικία, φύλο, εθνικότητα και οικογενειακό ιστορικό, και τροποποιήσιμους, όπως υπέρταση, υπερλιπιδαιμία, διαβήτης, παχυσαρκία, κάπνισμα, κακή διατροφή, σωματική αδράνεια και στρες. Η στεφανιαία νόσος (ΣΝ) συμβάλλει σημαντικά στη θνησιμότητα, καθώς στοιχίζει περίπου 610.000 ζωές ετησίως μόνο στις Ηνωμένες Πολιτείες, αντιπροσωπεύοντας

περίπου έναν στους τέσσερις θανάτους. Σε παγκόσμιο επίπεδο, κατατάσσεται ως η τρίτη κύρια αιτία θνησιμότητας, υπεύθυνη για περίπου 17,8 εκατομμύρια θανάτους ετησίως. Ο οικονομικός αντίκτυπος είναι σημαντικός, με τις δαπάνες για την υγειονομική περίθαλψη να ξεπερνούν τα 200 δισεκατομμύρια δολάρια ετησίως στις Ηνωμένες Πολιτείες. Παρά το σημαντικό αντίκτυπό του στην υγεία και τα οικονομικά, το CAD μπορεί σε μεγάλο βαθμό να προληφθεί. Ο εντοπισμός και η αντιμετώπιση των τροποποιήσιμων παραγόντων κινδύνου έχει παίξει καθοριστικό ρόλο στη μείωση των ποσοστών θνησιμότητας από CAD τις τελευταίες τέσσερις δεκαετίες στα δυτικά έθνη. Ο συνδυασμός της διαχείρισης παραγόντων κινδύνου με τις εξελίξεις στην ιατρική τεχνολογία έχει οδηγήσει σε σημαντικές βελτιώσεις. Οι τάσεις θνησιμότητας από το 1969 έως το 2014 παρουσίασαν μείωση των θανάτων που σχετίζονται με καρδιακές παθήσεις έως το 2020, με αναμενόμενες μειώσεις 21,3 % για τους άνδρες και 13,4 % για τις γυναίκες [2].

Η αξιολόγηση της επιβάρυνσης της νόσου περιλαμβάνει την κατανόηση της επίπτωσης και του επιπολασμού. Η επίπτωση μετρά τα νέα κρούσματα με την πάροδο του χρόνου σε σχέση με τον πληθυσμό σε κίνδυνο, ενώ ο επιπολασμός αντανακλά τις υπάρχουσες περιπτώσεις σε σχέση με τον συνολικό πληθυσμό.

1.2 Επιδημιολογία της νόσου

Η American Heart Association (AHA) το 2016 τόνισε ότι περίπου 15,5 εκατομμύρια άτομα ηλικίας 20 ετών και άνω στις Ηνωμένες Πολιτείες επηρεάζονται από στεφανιαία νόσο, με τον επιπολασμό να αυξάνεται με την ηλικία. Συγκλονιστικά, υπολογίζεται ότι κάθε 42 δευτερόλεπτα, ένας Αμερικανός παθαίνει έμφραγμα του μυοκαρδίου. Παρά τον ανησυχητικό αριθμό θανάτων που αποδίδονται σε καρδιαγγειακή νόσο από τη δεκαετία του 1990, έχει σημειωθεί μια αξιοσημείωτη μείωση κατά 22% στο τυποποιημένο για την ηλικία ποσοστό θνησιμότητας. Αυτή η μείωση αποδίδεται σε μεγάλο βαθμό στις αλλαγές στα δημογραφικά στοιχεία ηλικίας και στις αιτίες θανάτου παγκοσμίως. Μια ανάλυση που συνέκρινε τον επιπολασμό του εμφράγματος του μυοκαρδίου μεταξύ 1988-1994 και 1999-2004 αποκάλυψε τάσεις που σχετίζονται με το φύλο, με τον επιπολασμό του εμφράγματος του μυοκαρδίου μειώνεται στους άνδρες αλλά αυξάνεται στις γυναίκες με την πάροδο του χρόνου. Ωστόσο, το να βασίζεσαι

αποκλειστικά στον αυτοαναφερόμενο έμφραγμα μυοκαρδίου και στηθάγχη μπορεί να υποτιμήσει τον πραγματικό επιπολασμό της προχωρημένης στεφανιαίας νόσου, καθώς η προχωρημένη αποφρακτική στεφανιαία νόσος συχνά εμφανίζεται με ελάχιστα συμπτώματα ή χωρίς εμφανείς κλινικές εκδηλώσεις. Η σιωπηλή ισχαιμία, που περιλαμβάνει το 75% όλων των ισχαιμικών επεισοδίων, μπορεί να ανιχνευθεί μέσω διαφόρων διαγνωστικών μεθόδων όπως ηλεκτροκαρδιογραφικές αλλαγές κατά τη διάρκεια δοκιμών άσκησης ή δοκιμές καρδιακών τροπονινών [3].

Τα δεδομένα από αρκετές δεκαετίες έχουν δείξει μείωση του επιπολασμού της ανατομικά εμφανούς στεφανιαίας νόσου, ιδιαίτερα μεταξύ των νεότερων ατόμων. Διαχρονικές μελέτες, όπως η Framingham Heart Study, έχουν παράσχει πολύτιμες γνώσεις σχετικά με τον κίνδυνο και τη συχνότητα εμφάνισης διαφόρων στεφανιαίων συμβάντων στη διάρκεια της ζωής, υποδεικνύοντας υψηλότερη επιβάρυνση στεφανιαίας νόσου σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες σε σύγκριση με τις προεμμηνοπαυσιακές ομολόγους τους. Πιο συγκεκριμένα, για τα άτομα ηλικίας 40 ετών, η πιθανότητα εμφάνισης στεφανιαίας νόσου είναι 49% για τους άνδρες και 32% για τις γυναίκες, ενώ στην ηλικία των 70 ετών, αυτοί οι κίνδυνοι μειώνονται στο 35% για τους άνδρες και στο 24% για τις γυναίκες. Η συχνότητα των συνολικών στεφανιαίων επεισοδίων κλιμακώνεται με την ηλικία, με τις γυναίκες να τα εμφανίζουν αργότερα από τους άνδρες κατά περίπου 10 χρόνια. Ωστόσο, για πιο σοβαρές εκδηλώσεις όπως το έμφραγμα του μυοκαρδίου και ο αιφνίδιος θάνατος, οι γυναίκες υστερούν σε σχέση με τους άνδρες κατά περίπου 20 χρόνια, αν και αυτό το χάσμα μειώνεται καθώς τα άτομα γερνούν. Μεταξύ των ηλικιών 65 και 94, η συχνότητα συμβάντων στεφανιαίας νόσου υπερδιπλασιάζεται στους άνδρες και τριπλασιάζεται στις γυναίκες σε σύγκριση με τις ηλικίες 35 έως 64. Τα σοβαρά περιστατικά όπως το έμφραγμα του μυοκαρδίου και ο αιφνίδιος θάνατος είναι λιγότερο συχνά σε προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες, αλλά η επιβάρυνση αυξάνεται σημαντικά στην μετεμμηνοπαυση σε σύγκριση με τις αντίστοιχες ηλικίες. Πριν από την ηλικία των 65 ετών, η ετήσια επίπτωση όλων των στεφανιαίων επεισοδίων στους άνδρες ξεπερνά αυτή όλων των άλλων αθηροσκληρωτικών καρδιαγγειακών επεισοδίων μαζί, ενώ στις γυναίκες ισούται με το ποσοστό άλλων συμβάντων. Ωστόσο, πέραν των 65 ετών, η στεφανιαία νόσος παραμένει κυρίαρχη, αποτελώντας σημαντικό ποσοστό των αθηροσκληρωτικών καρδιαγγειακών συμβαμάτων και στα δύο φύλα. Η στηθάγχη, ένα κοινό σύμπτωμα της στεφανιαίας νόσου, είναι πιο διαδεδομένη σε γυναίκες κάτω των

75 ετών και τείνει να είναι απλή στην πλειονότητα των περιπτώσεων, ενώ στους άντρες, συχνά ακολουθεί προηγούμενη εμφάνιση εμφράγματος του μυοκαρδίου [4].

Η συχνότητα της στεφανιαίας νόσου έχει μειωθεί με την πάροδο του χρόνου στις ανεπτυγμένες χώρες, όπως αποδεικνύεται από μελέτες που αναλύουν εθνικές έρευνες και πληθυσμιακές ομάδες. Ωστόσο, το παγκόσμιο τοπίο της στεφανιαίας νόσου ποικίλλει σημαντικά μεταξύ των περιοχών, με διαφορές που παρατηρούνται ως προς την επιβάρυνση και τις τάσεις της νόσου. Παρά το γεγονός ότι είναι ασυμπτωματική για χρόνια, η παρουσία και η έκταση της μη αποφρακτικής στεφανιαίας νόσου συνδέεται με χειρότερη πρόγνωση, τονίζοντας τη σημασία της έγκαιρης διάγνωσης και παρέμβασης. Παραδόξως, ακόμη και απουσία συμπτωμάτων, η παρουσία και η έκταση της μη αποφρακτικής στεφανιαίας νόσου μπορεί να οδηγήσει σε χειρότερη πρόγνωση σε σύγκριση με άτομα χωρίς ένδειξη στεφανιαίας νόσου [5].

Σε μια μελέτη που περιελάμβανε σχεδόν 37.700 άνδρες βετεράνους χωρίς προηγούμενα επεισόδια στεφανιαίας νόσου, οι οποίοι υποβλήθηκαν σε στεφανιογραφία για μια περίοδο πέντε ετών και παρακολούθηθηκαν για ένα χρόνο μετά, διαπιστώθηκε ότι ο κίνδυνος να υποστούν καρδιακή προσβολή (MI) αυξήθηκε παράλληλα με την βαρύτητα της στεφανιαίας νόσου, τόσο μη αποφρακτικής όσο και αποφρακτικής. Για τα άτομα με μη αποφρακτική στεφανιαία νόσου που αφορούσε ένα αγγείο, ο κίνδυνος εμφράγματος του μυοκαρδίου ήταν υψηλότερος σε σύγκριση με εκείνους χωρίς στεφανιαία νόσο, με μέτρια αύξηση. Ωστόσο, οι ασθενείς με μη αποφρακτική στεφανιαία νόσο που επηρεάζει δύο ή τρία καρδιακά αγγεία αντιμετώπιζαν σημαντικά μεγαλύτερους κινδύνους εμφράγματος του μυοκαρδίου. Αυτά τα ευρήματα υποδεικνύουν ότι ακόμη και η μη αποφρακτική στεφανιαία νόσο δικαιολογεί τη λήψη τυπικών μέτρων δευτερογενούς πρόληψης για τον μετριασμό του κινδύνου καρδιακών προσβολών και άλλων ανεπιθύμητων καρδιαγγειακών συμβάντων [6, 5].

Οι καρδιαγγειακές παθήσεις (CVD) αποτελούν την κύρια αιτία θανάτου σε όλη την Ευρώπη, με αποτέλεσμα περίπου 3,9 εκατομμύρια ζωές ετησίως, που ισοδυναμεί με το 45% όλων των θανάτων. Σε αυτό το φάσμα, η ισχαιμική καρδιακή νόσος (IHD) και η εγκεφαλοαγγειακή νόσος (CBD) κατατάσσονται ως η κύρια και δευτερεύουσα κύρια αιτία θνησιμότητας, αντίστοιχα. Από το 2015, περισσότερα από 85 εκατομμύρια άτομα στην Ευρώπη ζούσαν με καρδιαγγειακή νόσο, με σχεδόν 11 εκατομμύρια νέα

κρούσματα να εμφανίζονται. Επιπλέον, η καρδιαγγειακή νόσος αντιπροσώπευε το 23% των συνολικών χαμένων ετών ζωής προσαρμοσμένης στην αναπηρία (DALY), γεγονός που υποδηλώνει σημαντική επιβάρυνση από νόσους στην κοινωνία. Όσον αφορά τον οικονομικό αντίκτυπο, ο φόρος στην οικονομία της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) ανέρχεται σε περίπου 210 δισεκατομμύρια ευρώ ετησίως, περιλαμβάνοντας άμεσες δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης, απώλειες παραγωγικότητας και άτυπη περίθαλψη για ασθενείς με καρδιαγγειακά νοσήματα. Η Ελλάδα, διέθετε κάποτε σχετικά χαμηλά ποσοστά καρδιαγγειακού κινδύνου στη δεκαετία του 1960, που οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στην υιοθέτηση ενός υγιεινού διατροφικού παραδείγματος, ιδίως της μεσογειακής διατροφής, παράλληλα με την αυξημένη φυσική δραστηριότητα. Ωστόσο, πρόσφατες μελέτες υποδεικνύουν μια ανησυχητική αύξηση της συχνότητας καρδιαγγειακής νόσου τις τελευταίες δεκαετίες, επηρεάζοντας και τα δύο φύλα και ακόμη και τους νεότερους ενήλικες. Αυτή η αύξηση συνδέεται κυρίως με δυσμενείς αλλαγές στους τροποποιήσιμους παράγοντες κινδύνου, οι οποίοι φαίνεται να ευθύνονται για πάνω από το 70% των συμβάντων DALY και CVD την προηγούμενη δεκαετία [7].

Η μελέτη INTERHEART, που περιλαμβάνει 52 έθνη, υπογραμμίζει τον ουσιαστικό ρόλο των τροποποιήσιμων παραγόντων κινδύνου -όπως η υπέρταση, η δυσλιπιδαιμία, ο διαβήτης, η παχυσαρκία, το κάπνισμα, η σωματική αδράνεια και οι ανθυγιεινές διατροφικές συνήθειες- στην αύξηση του κινδύνου που αποδίδεται στον πληθυσμό για έμφραγμα του μυοκαρδίου. Σε αυτό το πλαίσιο, ο στόχος αυτής της αφηγηματικής ανασκόπησης είναι να συμπυκνώσει τα τελευταία ευρήματα σχετικά με τους τροποποιήσιμους παράγοντες κινδύνου καρδιαγγειακής νόσου ειδικά στο πλαίσιο της Ελλάδας [7].

1.3 Παράγοντες Κινδύνου

Ένα σημαντικό μέρος των περιπτώσεων καρδιαγγειακής στεφανιαίας νόσου μπορεί να αποδοθεί σε κοινούς και τροποποιήσιμους παράγοντες κινδύνου όπως η υπέρταση, η υπερχοληστερολαιμία, ο διαβήτης, ο υψηλός δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ), το κάπνισμα, η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ, η ανθυγιεινή διατροφή και η χαμηλή σωματική δραστηριότητα. Αυτοί οι παράγοντες και η αλληλεπίδρασή τους ευθύνονται

για το 60% περίπου των θανάτων από καρδιαγγειακά νοσήματα. Παρά ορισμένες αξιοσημείωτες μειώσεις στα τυποποιημένα για την ηλικία ποσοστά θνησιμότητας τις τελευταίες τρεις δεκαετίες, ιδιαίτερα σε χώρες όπως οι ΗΠΑ, η Ιαπωνία και τα έθνη της Βόρειας Ευρώπης, άλλες περιοχές όπως η Ανατολική Ευρώπη και η Ελλάδα παρουσίασαν αρχικές αυξήσεις ακολουθούμενες από μέτριες μειώσεις στη συχνότητα εμφάνισης καρδιαγγειακών παθήσεων. Αυτή η τάση συνδέεται εν μέρει με τις μετατοπίσεις προς τον σύγχρονο τρόπο ζωής, οδηγώντας σε αύξηση του επιπολασμού διάφορων παραγόντων κινδύνου καρδιαγγειακής νόσου. Ακόμη και καθώς τα τυποποιημένα για την ηλικία ποσοστά θνησιμότητας μειώνονται, ο απόλυτος αριθμός των περιστατικών καρδιαγγειακής νόσου συνεχίζει να αυξάνεται λόγω της γήρανσης του πληθυσμού, παρουσιάζοντας σημαντικές ανθρώπινες, κοινωνικές και οικονομικές προκλήσεις. Η οικονομική κρίση και τα επακόλουθα μέτρα λιτότητας στην Ελλάδα από το 2009 έχουν επιδεινώσει την κατάσταση, με τους θανάτους που σχετίζονται με καρδιαγγειακά νοσήματα να αποτελούν το 40% της συνολικής θνησιμότητας στη χώρα. Ο αντίκτυπος της κρίσης, συμπεριλαμβανομένων των αυξημένων ποσοστών ανεργίας, έχει συνδεθεί με την αύξηση των εμφραγμάτων του μυοκαρδίου [8].

Ενώ στην Ελλάδα έχουν πραγματοποιηθεί αρκετές έρευνες για την υγεία στο παρελθόν, πολλές ήταν συγκεκριμένες για κάθε περιοχή ή επικεντρώθηκαν σε ομάδες υψηλού κινδύνου. Οι εκτενείς, πανεθνικές αξιολογήσεις χρόνιων ασθενειών, συμπεριλαμβανομένων των καρδιαγγειακών νοσημάτων και των σχετικών παραγόντων κινδύνου, είναι απαραίτητες για την ενημέρωση αποτελεσματικών στρατηγικών πρόληψης. Η Εθνική Έρευνα Νοσηρότητας και Παραγόντων Κινδύνου (EMENO) αντιμετωπίζει αυτή την ανάγκη παρέχοντας πολύτιμες πληροφορίες για τον επιπολασμό των παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου όπως η υπέρταση, η υπερχοληστερολαιμία, ο διαβήτης, ο αυξημένος ΔΜΣ και το κάπνισμα [8].

1.3.1 Κάπνισμα

Το κάπνισμα συνδέεται περίπλοκα με τις καρδιαγγειακές παθήσεις (CVD), ωστόσο οι ακριβείς μηχανισμοί πίσω από αυτή τη συσχέτιση παραμένουν ασαφείς. Θεωρείται ένας περίπλοκος παράγοντας κινδύνου λόγω των μυριάδων χημικών ενώσεων που υπάρχουν στον καπνό του τσιγάρου, συμπεριλαμβανομένων πάνω από 7.000 ενώσεων,

με τουλάχιστον 72 να αναγνωρίζονται ως καρκινογόνες. Οι επιβλαβείς χημικές ουσίες στον καπνό του τσιγάρου, όπως η νικοτίνη, η πίσσα, το μονοξείδιο του άνθρακα και οι πολυαρωματικοί υδρογονάνθρακες, συμβάλλουν σημαντικά σε καρδιαγγειακές παθήσεις, πνευμονοπάθειες, καρκίνο και επιπλοκές σε διάφορα συστήματα του σώματος. Αυτές οι ουσίες αυξάνουν τον καρδιακό ρυθμό και τη συσταλτικότητα, προκαλούν φλεγμονή, βλάπτουν τη λειτουργία του ενδοθηλίου, οδηγούν σε σχηματισμό θρόμβων και μειώνουν τα επίπεδα λιποπρωτεΐνης υψηλής πυκνότητας χοληστερόλης, τα οποία σχετίζονται με καρδιαγγειακές παθήσεις όπως η αθηροσκλήρωση, η στεφανιαία νόσος και το εγκεφαλικό. Παρά την ευρεία επίγνωση αυτών των κινδύνων, το κάπνισμα παραμένει η κύρια αιτία θανάτου που μπορεί να προληφθεί παγκοσμίως. Πολλοί καπνιστές δεν γνωρίζουν το πλήθος των τοξικών ουσιών που υπάρχουν στα τσιγάρα πέρα από τη νικοτίνη και το μονοξείδιο του άνθρακα, συμβάλλοντας στην έλλειψη ευαισθητοποίησης σχετικά με τους κινδύνους για την υγεία που συνδέονται με το κάπνισμα. Η εισπνοή του καπνού του τσιγάρου εισάγει πάνω από 7.000 τοξικές ουσίες στο σώμα, προκαλώντας βλάβες στην καρδιά, τους πνεύμονες, το αναπαραγωγικό σύστημα και άλλα όργανα. Το κάπνισμα μπορεί να οδηγήσει σε καταστάσεις όπως χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ), άσθμα, περιφερική αγγειακή νόσο, υπέρταση και διάφορους καρκίνους λόγω της παρουσίας μεταλλαξιογόνων και καρκινογόνων ενώσεων. Επιπλέον, το κάπνισμα έχει συνδεθεί με δυσμενείς αναπαραγωγικές εκβάσεις, συμπεριλαμβανομένων εμβρυϊκών θανάτων και θνησιγένειων, καθώς και ζητημάτων στοματικής υγείας όπως η περιοδοντίτιδα. Η εθιστική φύση της νικοτίνης καθιστά τη διακοπή πρόκληση για πολλούς ανθρώπους [9].

Μελέτες έχουν δείξει ότι το κάπνισμα, μέσω των χημικών συστατικών και των τοξικών μετάλλων του, βλάπτει το αγγειακό ενδοθήλιο, οδηγώντας σε οξειδωτικό στρες, φλεγμονές και τελικά συμβάλλοντας σε διάφορες χρόνιες ασθένειες, συμπεριλαμβανομένων των καρδιαγγειακών νοσημάτων, των καρκίνων και των εκφυλιστικών ασθενειών. Ο καπνός του τσιγάρου περιέχει πολυκυκλικούς αρωματικούς υδρογονάνθρακες και άλλες ενώσεις που ενεργοποιούν τα φλεγμονώδη γονίδια, επιταχύνουν την αθηροσκλήρωση και διεγείρουν τη συσσώρευση χοληστερόλης στα μακροφάγα. Το κάπνισμα βλάπτει επίσης την ενδοθηλιακή λειτουργία, μειώνοντας την εξαρτώμενη από το ενδοθήλιο αγγειοδιαστολή, η οποία

είναι ζωτικής σημασίας για τη διατήρηση της αγγειακής υγείας. Η ενδοθηλιακή δυσλειτουργία, που χαρακτηρίζεται από μειωμένη βιοδιαθεσιμότητα του μονοξειδίου του αζώτου, είναι ένα βασικό χαρακτηριστικό των καρδιαγγειακών νοσημάτων που προκαλούνται από το κάπνισμα, ξεκινώντας την αθηροσκληρωτική διαδικασία. Οι πλάκες στους καπνιστές εμφανίζουν αυξημένη ευπάθεια λόγω της αυξημένης περιεκτικότητας σε λιπίδια, της εμπλοκής των φλεγμονωδών κυττάρων και της αυξημένης δραστηριότητας της μεταλλοπρωτεΐνης μήτρας που προκαλείται από το οξειδωτικό στρες [10].

Μελέτες, όπως αυτές του Craig και των συνεργατών του, έχουν δείξει ότι το κάπνισμα αυξάνει τα επίπεδα ολικής χοληστερόλης, λιποπρωτεϊνών πολύ χαμηλής και χαμηλής πυκνότητας και τριγλυκεριδίων, ενώ μειώνει τα επίπεδα λιποπρωτεΐνης υψηλής πυκνότητας (HDL) και απολιποπρωτεΐνης A1. Αυτές οι προαθηρογονικές αλλαγές λιπιδικού προφίλ επιδεινώνονται περαιτέρω από την οξείδωση των λιπιδίων που προκαλείται από το κάπνισμα, που οδηγεί στο σχηματισμό αφρωδών κυττάρων και συσσώρευση πλάκας. Επιπλέον, έρευνα από τον Neufeld και τους συνεργάτες του διαπίστωσε ότι το παθητικό κάπνισμα σε παιδιά με γενετική δυσλιπιδαιμία μείωσε τα επίπεδα HDL χωρίς την αναστρεψιμότητα που παρατηρείται σε άλλες βλάβες που σχετίζονται με το κάπνισμα [11]. Σε μια μεγάλη μελέτη σε υγιείς γυναίκες, το παθητικό κάπνισμα συνδέθηκε επίσης με δυσμενείς επιπτώσεις στα προφίλ γλυκόζης και λιπιδίων, αυξάνοντας τον κίνδυνο διαβήτη και καρδιαγγειακών παθήσεων [12].

Επιπλέον, το κάπνισμα έχει σημαντική επίδραση στο ανοσοποιητικό σύστημα, οδηγώντας τόσο σε συστηματική όσο και σε τοπική ενεργοποίηση. Αυξάνει τον αριθμό των λευκών αιμοσφαιρίων, συμπεριλαμβανομένων των ουδετερόφιλων, των λεμφοκυττάρων και των μονοκυττάρων, και αυξάνει τις προφλεγμονώδεις κυτοκίνες και τα επίπεδα C-αντιδρώσας πρωτεΐνης. Οι ανοσολογικές αλλοιώσεις που προκαλούνται από το κάπνισμα συμβάλλουν σε τοπικές φλεγμονώδεις διεργασίες στο αγγειακό τοίχωμα, που χαρακτηρίζονται από αυξημένη έκφραση μεταλλοπρωτεΐνης μήτρας, στρατολόγηση λευκοκυττάρων και υψηλότερες συγκεντρώσεις διαλυτών μορίων προσκόλλησης αγγειακών κυττάρων στο πλάσμα. Η Έκθεση του Γενικού Χειρουργού του 2014 υπογραμμίζει τις καταστροφικές συνέπειες του καπνού του τσιγάρου στο ανοσοποιητικό σύστημα, αυξάνοντας τον κίνδυνο πνευμονικών λοιμώξεων και ασθενειών που προκαλούνται από το ανοσοποιητικό, και σημειώνει μια αιτιολογική σχέση μεταξύ καπνίσματος και ρευματοειδούς αρθρίτιδας, καθώς και

μειωμένη αποτελεσματικότητα των αναστολέων TNF-α . Οι χρόνιες φλεγμονώδεις καταστάσεις όπως η ρευματοειδής αρθρίτιδα, που ενισχύονται από το κάπνισμα, αποτελούν παράγοντες κινδύνου για καρδιαγγειακές παθήσεις, με αυξανόμενες ενδείξεις ότι η χαμηλής ποιότητας φλεγμονή από το κάπνισμα σχετίζεται με σταθερή καρδιαγγειακή νόσο και καρκίνο [13].

Η έρευνα του Salehi και των συνεργατών του το 2021, διευκρίνισε ότι το κάπνισμα σχετίζεται σημαντικά με τη σοβαρότητα της ΣΝ και την απόφραξη της αρτηρίας LAD, με τους καπνιστές πιο πιθανό να έχουν απόφραξη μη εγγύς στεφανιαίας αρτηρίας. Αυτό αποδίδεται στις βλαβερές επιδράσεις της νικοτίνης στο αγγειακό επιθήλιο, στον αυξημένο συμπαθητικό τόνο, στον αγγειόσπασμο, στη νέκρωση του μυοκαρδίου και στην εναπόθεση ασβεστίου ως αθήρωμα. Το κάπνισμα επηρεάζει επίσης δυσμενώς τα λιπιδικά προφίλ αυξάνοντας την LDL και τα τριγλυκερίδια ενώ μειώνει την HDL και προκαλεί αγγειακή φλεγμονή και παραγωγή C-αντιδρώσας πρωτεΐνης. Η διακοπή του καπνίσματος βελτιώνει τις καρδιαγγειακές παθήσεις, μειώνοντας σημαντικά τον κίνδυνο εμφράγματος του μυοκαρδίου και την έκταση των αλλαγών της στεφανιαίας αρτηρίας σε ασθενείς με ΣΝ. Ως εκ τούτου, το κάπνισμα θα πρέπει να θεωρείται παράγοντας κινδύνου όχι μόνο για τη βαρύτητα της ΣΝ αλλά και για τον αριθμό και τη θέση των φραγμένων στεφανιαίων αρτηριών [14].

1.3.2 Παχυσαρκία

Η παχυσαρκία είναι ένας σημαντικός ανεξάρτητος παράγοντας κινδύνου για στεφανιαία νόσο (CHD) και επιδεινώνει την εξέλιξη της ΣΝ ακόμη και μετά τη διάγνωση. Αυξάνει επίσης τον κίνδυνο αντίστασης στην ινσουλίνη και σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (ΣΔ2), τα οποία επιδεινώνουν περαιτέρω την πρόγνωση της ΣΝ και συνδέονται με διάφορες επιπλοκές. Ενώ η παχυσαρκία θεωρείται συχνά ως ένας δευτερεύων παράγοντας κινδύνου για στεφανιαία νόσο σε σύγκριση με άλλους όπως η υπέρταση και η δυσλιπιδαιμία, οι παρεμβάσεις απώλειας βάρους έχουν βρεθεί ότι είναι εξαιρετικά αποτελεσματικές στη μείωση σημαντικών παραγόντων κινδύνου όπως η υπέρταση, η δυσλιπιδαιμία και η αντίσταση στην ινσουλίνη/ΣΔ2. Ενώ ο ΔΜΣ χρησιμοποιείται συνήθως για την αξιολόγηση της παχυσαρκίας, έχει περιορισμούς, προκαλώντας τη χρήση μέτρων όπως η αναλογία μέσης προς τους γοφούς και η

περίμετρος της μέσης. Κάθε αύξηση της περιφέρειας της μέσης κατά 10 εκατοστά αυξάνει τον κίνδυνο ΣΝ κατά 40%. Το «παράδοξο της παχυσαρκίας», όπου ορισμένα παχύσαρκα άτομα, που ονομάζονται μεταβολικά υγιή παχύσαρκα (ΜΗΟ), δεν παρουσιάζουν αυξημένο καρδιομεταβολικό κίνδυνο, παραμένει ελάχιστα κατανοητό. Ωστόσο, τα άτομα ΜΗΟ μπορεί να εξακολουθούν να αντιμετωπίζουν υψηλότερο κίνδυνο αθηροσκλήρωσης σε σύγκριση με τα μη παχύσαρκα άτομα. Οι παχύσαρκοι ασθενείς μπορεί να εμφανίσουν ισχαιμία του μυοκαρδίου χωρίς απόφραξη μεγάλης αρτηρίας, πιθανώς λόγω αλλοιώσεων της μικροκυκλοφορίας. Αυτό το φαινόμενο παρατηρείται διαφορετικά σε παχύσαρκους ασθενείς με διαβήτη τύπου 2 και σε αυτούς χωρίς υπεργλυκαιμία. Οι μελέτες σχετικά με την αιμάτωση του μυοκαρδίου στην παχυσαρκία είναι ασαφείς, αλλά ορισμένες υποδηλώνουν μειωμένη αγγειοδιαστολή στα στεφανιαία μικροαγγειακά τριχοειδή αγγεία ως παράγοντα που συμβάλλει [15].

Μελέτες έχουν δείξει ότι η σκόπιμη απώλεια βάρους, ιδιαίτερα όταν συνδυάζεται με άσκηση, μπορεί να μειώσει τη συχνότητα εμφάνισης στεφανιαίας νόσου και να βελτιώσει τα αποτελέσματα στον πληθυσμό της. Επιπλέον, οι παρεμβάσεις στον τρόπο ζωής που περιλαμβάνουν άσκηση και διατροφική συμβουλευτική έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικές στην πρόληψη ή μερική αναστροφή του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (ΣΔ2), ενός σημαντικού παράγοντα κινδύνου για στεφανιαία νόσο [16].

1.3.3 Υπέρταση

Η υψηλή αρτηριακή πίεση ή η υπέρταση είναι μια διαδεδομένη πάθηση που επηρεάζει εκατομμύρια ενήλικες παγκοσμίως. Αν και η ακριβής αιτία είναι συχνά άγνωστη (ιδιοπαθής υπέρταση), πιστεύεται ότι έχει γενετική προδιάθεση και γίνεται πιο συχνή με την ηλικία, ιδιαίτερα σε άτομα άνω των 65 ετών. Η υπέρταση είναι ένας σημαντικός παράγοντας κινδύνου για σοβαρά καρδιαγγειακά συμβάντα όπως εγκεφαλικό επεισόδιο, έμφραγμα του μυοκαρδίου και καρδιαγγειακό θάνατο. Υπάρχουν δύο κύριοι τύποι υπέρτασης: η ιδιοπαθής υπέρταση, η οποία αντιπροσωπεύει περίπου το 95% των περιπτώσεων και τυπικά δεν έχει αναγνωρίσιμη αιτία και η δευτερογενής υπέρταση, η οποία είναι λιγότερο συχνή και συχνά συνδέεται με υποκείμενα προβλήματα υγείας, όπως η νεφρική νόσο. Ορισμένες δημογραφικές ομάδες, όπως οι Αφροαμερικανοί και οι άνδρες, διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν υπέρταση, με τους άνδρες να τείνουν να την εκδηλώνουν σε μικρότερη ηλικία.

Η υπέρταση είναι συχνά ασυμπτωματική, αλλά μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρές επιπλοκές στην υγεία εάν αφεθεί χωρίς θεραπεία, όπως στεφανιαία νόσο, εγκεφαλικό επεισόδιο, συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια και νεφρική ανεπάρκεια. Παρά τον επιπολασμό της, πολλά άτομα με υπέρταση δεν γνωρίζουν την κατάστασή τους ή δεν λαμβάνουν την κατάλληλη θεραπεία. Η σωστή διαχείριση της υψηλής αρτηριακής πίεσης μειώνει σημαντικά τον κίνδυνο εμφάνισης αυτών των δυνητικά απειλητικών για τη ζωή καταστάσεων. Τα διαγνωστικά κριτήρια για την υπέρταση περιλαμβάνουν συνήθως συστολική αρτηριακή πίεση 140 mm Hg ή υψηλότερη και/ή διαστολική αρτηριακή πίεση 90 mm Hg ή μεγαλύτερη. Αυτές οι τιμές θεωρούνται πάνω από το φυσιολογικό εύρος, όπως περιγράφεται από τις κατευθυντήριες γραμμές του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και της Μικτής Εθνικής Επιτροπής. Η έγκαιρη ανίχνευση και διαχείριση της υπέρτασης είναι απαραίτητη για τη μείωση του φόρτου των καρδιαγγειακών παθήσεων και τη βελτίωση των συνολικών αποτελεσμάτων υγείας [17].

1.3.4 Διαβήτης

Ο διαβήτης, ιδιαίτερα ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 (ΣΔ2), συνδέεται στενά με στεφανιαία νόσο, αυξάνοντας σημαντικά τον κίνδυνο στεφανιαίας νόσου και θνησιμότητας. Τα άτομα με διαβήτη αντιμετωπίζουν δυσανάλογα υψηλότερο κίνδυνο θνησιμότητας, συγκρίσιμο με αυτόν των μη διαβητικών ατόμων με ιστορικό εμφράγματος του μυοκαρδίου. Κοινοί πρόδρομοι παράγοντες όπως η αντίσταση στην ινσουλίνη και η υπερβολική φλεγμονή πιθανότατα αποτελούν τη βάση της παθοφυσιολογίας της θρομβογένεσης τόσο στον διαβήτη όσο και στη στεφανιαία νόσο. Ο διαβήτης και η στεφανιαία νόσος (ΣΝ) συνδέονται στενά, με τη ΣΝ να είναι η κύρια αιτία θανάτου για άτομα με διαβήτη τύπου 1 και τύπου 2. Περίπου το 80% των ατόμων με διαβήτη θα πεθάνουν από καρδιαγγειακό επεισόδιο, υπογραμμίζοντας τη σημασία της διαχείρισης των παραγόντων κινδύνου καρδιακής νόσου. Με τον έλεγχο του σακχάρου στο αίμα, της αρτηριακής πίεσης, των επιπέδων χοληστερόλης και

αποφεύγοντας το κάπνισμα, τα άτομα με διαβήτη μπορούν να μειώσουν σημαντικά τον κίνδυνο ΣΝ και καρδιαγγειακής νόσου (CVD).

Η διατήρηση υγιών επιπέδων σακχάρου στο αίμα και A1C κάτω του 7% είναι ζωτικής σημασίας για την πρόληψη βλάβης στις αρτηρίες, τα αιμοφόρα αγγεία και τα όργανα. Επίσης, η υψηλή αρτηριακή πίεση είναι κοινή μεταξύ των ατόμων με διαβήτη και μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο καρδιακών προσβολών και εγκεφαλικών επεισοδίων. Συνιστάται η διατήρηση της αρτηριακής πίεσης κάτω από 140/90 mm Hg, με εξατομικευμένους στόχους που καθορίζονται σε συνεννόηση με έναν πάροχο υγειονομικής περίθαλψης. Τα υψηλά επίπεδα της LDL («κακής») χοληστερόλης και τα χαμηλά επίπεδα της HDL («καλής») χοληστερόλης μπορούν να συμβάλουν στην εμφάνιση καρδιακών παθήσεων. Η διατήρηση επιπέδου HDL πάνω από 60, LDL κάτω από 100 και ολικής χοληστερόλης κάτω από 200 είναι ιδανική [18]

1.3.5 Διατροφή

Η διατροφή παίζει καθοριστικό ρόλο στην πρόληψη και τη μείωση του κινδύνου στεφανιαίας νόσου, με μια μετατόπιση της εστίασης από τα μεμονωμένα θρεπτικά συστατικά στα συνολικά διατροφικά πρότυπα. Πρόσφατη έρευνα τονίζει τη σημασία της εξέτασης της ποιότητας των λιπών, με στοιχεία που υποστηρίζουν τα οφέλη από την αντικατάσταση των κορεσμένων λιπαρών με πολυακόρεστα λιπαρά οξέα. Αλλαγές πολιτικής που αφορούν την πρόσληψη λιπαρών έχουν εφαρμοστεί λόγω των επιζήμιων επιπτώσεών τους στον κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου. Ενώ το ενδιαφέρον για τις προστατευτικές επιδράσεις της βιταμίνης D αυξάνεται, ο ρόλος της στην πρόληψη της στεφανιαίας νόσου απαιτεί περαιτέρω διευκρίνιση μέσω μελετών παρέμβασης. Αντιφατικά στοιχεία περιβάλλουν τα οφέλη των βιταμινών Β και των αντιοξειδωτικών, με τα διατροφικά πρότυπα να δείχνουν πιο σταθερά καρδιοπροστατευτικά αποτελέσματα. Μελέτες υπογραμμίζουν τις προστατευτικές συσχετίσεις φρούτων, λαχανικών, ψαριών, δημητριακών ολικής αλέσεως και μέτριας κατανάλωσης αλκοόλ κατά της στεφανιαίας νόσου. Διατροφικά μοτίβα όπως η μεσογειακή διατροφή και η δίαιτα DASH δείχνουν χαμηλότερο κίνδυνο στεφανιαίας νόσου και μειωμένη πιθανότητα υπέρτασης. Η στροφή προς την εξέταση των διατροφικών προτύπων και όχι των μεμονωμένων θρεπτικών συστατικών οδήγησε στον εντοπισμό των «υγιεινών»

και «δυτικών» προτύπων, με τα πρώτα να παρουσιάζουν πιο ευνοϊκά αποτελέσματα για την υγεία [19].

1.3.6 Καθιστική ζωή

Η σωματική αδράνεια έχει αναδειχθεί ως σημαντικό ζήτημα δημόσιας υγείας, και συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο νοσηρότητας και επιδείνωσης πολλών χρόνιων ασθενειών και καταστάσεων υγείας, συμπεριλαμβανομένων των καρδιαγγειακών παθήσεων (CVD), της συμφορητικής καρδιακής ανεπάρκειας, του εγκεφαλικού επεισοδίου, των ειδικών μορφών καρκίνου, της οστεοπόρωσης, της παχυσαρκίας, του διαβήτη τύπου 2 και της υπέρτασης. Από έρευνες που προσπάθησαν να δείξουν τη συσχέτιση μεταξύ της καθιστικής συμπεριφοράς, φυσικής δραστηριότητας, και του κινδύνου καρδιαγγειακής νόσου, τα αποτελέσματα αποκάλυψαν ότι η μακροπρόθεσμη φυσική δραστηριότητα μείωσε σημαντικά τον κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου και βελτίωσε τους σχετικούς δείκτες σε υγιείς ενήλικες, ενώ η μακροχρόνια καθιστική ζωή αύξησε τον κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου. Συγκεκριμένα, τα άτομα με συχνή καθιστική συμπεριφορά εμφάνιζαν 34% υψηλότερο κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου σε σύγκριση με εκείνα χωρίς καθιστικής συμπεριφοράς. Ο καθιστικός τρόπος ζωής συμβάλλει στην αντίσταση στην ινσουλίνη και στο μεταβολικό σύνδρομο, αυξάνοντας έτσι τον κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου μέσω διαφόρων οδών. Αντίθετα, η μακροπρόθεσμη φυσική δραστηριότητα επέδειξε καρδιοπροστατευτικά αποτελέσματα μειώνοντας τον κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου και βελτιώνοντας τα λιπιδικά προφίλ, την αρτηριακή πίεση και τα επίπεδα γλυκόζης στο αίμα, μειώνοντας τα επίπεδα ολικής χοληστερόλης, τριγλυκεριδίων και LDL, μαζί με βελτιώσεις στα επίπεδα HDL [20].

1.3.7 Άγχος

Η συσχέτιση μεταξύ του στρες και της καρδιακής νόσου έχει ενισχυθεί από εμπειρίες ασθενών και αναφορές των μέσων ενημέρωσης. Το ψυχολογικό στρες ορίζεται ως η αντίληψη ότι οι περιβαλλοντικές απαιτήσεις υπερβαίνουν τους ψυχολογικούς πόρους ή την ικανότητα προσαρμογής ενός ατόμου, θέτοντας σε κίνδυνο την ευημερία. Το

άγχος μπορεί να ειπωθεί με όρους του αντιληπτού παράγοντα άγχους και της αντίδρασης του σώματος και του νου σε αυτό. Το συναλλακτικό μοντέλο του άγχους δίνει έμφαση στο ρόλο της γνωστικής αξιολόγησης στον προσδιορισμό του εάν μια κατάσταση γίνεται αντιληπτή ως στρεσογόνος, προκαλώντας έτσι μια απάντηση στο στρες. Ιστορικοί στρεσογόνοι παράγοντες όπως η εργασία, οι συζυγικές διαφωνίες, η κοινωνική απομόνωση και οι οικονομικές κρίσεις έχουν αναγνωριστεί εδώ και καιρό, ενώ οι σύγχρονοι στρεσογόνοι παράγοντες όπως τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης και η πανδημία COVID-19 έχουν προσθέσει στα σύγχρονα επίπεδα άγχους. Η κατανόηση της επίδρασης του στρες στην καρδιαγγειακή υγεία απαιτεί την εξέταση τόσο των παραδοσιακών όσο και των αναδυόμενων στρεσογόνων παραγόντων στη σημερινή κοινωνία [21].

Το ψυχικό στρες περιλαμβάνει αρνητικές γνωστικές και συναισθηματικές αντιδράσεις σε περιβαλλοντικές απαιτήσεις που υπερβαίνουν τις ικανότητες αντιμετώπισης του ατόμου. Η φυσιολογική απόκριση στο στρες περιλαμβάνει σύνθετες αλληλεπιδράσεις εντός του αυτόνομου νευρικού συστήματος και του άξονα υποθαλάμου-υπόφυσης-επινεφριδίων, που οδηγούν σε αιμοδυναμικές, νευροενδοκρινικές και ανοσολογικές αλλαγές. Ενώ αυτές οι αντιδράσεις είναι συνήθως προσαρμοστικές και βοηθούν τα άτομα να αντιμετωπίσουν τους στρεσογόνους παράγοντες, το υπερβολικό ή χρόνιο στρες μπορεί να συμβάλει στην ανάπτυξη και την εξέλιξη της καρδιαγγειακής νόσου. Η ευαισθησία των ατόμων σε συμβάντα καρδιαγγειακής νόσου που σχετίζονται με το στρες ποικίλλει με βάση γενετικούς παράγοντες και εμπειρίες ζωής, υπογραμμίζοντας τη σημασία των εξατομικευμένων προσεγγίσεων για τη διαχείριση του άγχους. Ωστόσο, υπάρχουν προκλήσεις στη μέτρηση και τον ορισμό του άγχους λόγω της υποκειμενικής φύσης του και της πιθανότητας μεροληψίας αναφοράς [22].

2. Γνώσεις και πρακτικές επαγγελματιών υγείας και λοιπών ομάδων σε σχέση με τους παράγοντες κινδύνου για καρδιαγγειακά νοσήματα

2.1 Γνώσεις και πρακτικές επαγγελματιών υγείας

Έχουν πραγματοποιηθεί κάποιες έρευνες σχετικά με τις γνώσεις, τις στάσεις και τις πρακτικές επαγγελματιών υγείας για τους παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη στεφανιαίας νόσου και λοιπών καρδιαγγειακών νοσημάτων.

Οι Hassan et al. [23] πραγματοποίησαν συστηματική ανασκόπηση με στόχο την αξιολόγηση της γνώσης, των στάσεων, των πρακτικών υγείας και του κινδύνου που σχετίζεται με τον τρόπο ζωής έναντι των καρδιαγγειακών παθήσεων μεταξύ των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης. Συμπεριέλαβαν 31 έρευνες όπου φάνηκε ότι υπάρχουν αυξανόμενα ποσοστά καρδιαγγειακών νοσημάτων και οι μελέτες είναι σπάνιες σχετικά με τον εντοπισμό των παραγόντων κινδύνου και τον επιπολασμό των καρδιαγγειακών διαταραχών μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, αν και ορισμένες μελέτες ανέφεραν ότι οι γιατροί είναι περισσότερο ενήμεροι για τους παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου τους από άλλους επαγγελματίες υγείας. Η αναζήτηση της βιβλιογραφίας αποκάλυψε διάφορες καρδιαγγειακές διαταραχές που είναι συνήθως παρούσες στους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης, όπως ο διαβήτης, η υπέρταση, η αθηροσκλήρωση, οι περιφερικές καρδιαγγειακές διαταραχές και οι καρδιομεταβολικές διαταραχές. Οι παράγοντες κινδύνου που ανιχνεύθηκαν περιελάμβαναν τη μη ισορροπημένη διατροφή, τη χαμηλή σωματική δραστηριότητα, την προχωρημένη ηλικία και τη φύση του επαγγέλματος, ενώ φαίνεται να δίνουν μεγαλύτερη σημασία στον ασθενή παρά στον εαυτό τους [23]

Άλλο ενδιαφέρον σημείο σε σχέση με τη φύση της εργασίας είναι η εργασία με βάρδιες που έχει βρεθεί ότι επηρεάζει τον κιρκάδιο ρυθμό και έχει συνδεθεί με καρδιακά νοσήματα [23]

Η συστηματική ανασκόπηση των Khani et al. [24] είχε στόχο τη μελέτη των παραγόντων κινδύνου για την ανάπτυξη καρδιαγγειακών ασθενειών σε

νοσηλεύτριες. Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν 22 άρθρα με συνολικό αριθμό 117.922 νοσηλευτών. Ανάμεσα στους αναγνωρισμένους παράγοντες κινδύνου, η καθιστική ζωή και η έλλειψη τακτικής σωματικής δραστηριότητας θεωρήθηκε ως ο κύριος διαδεδομένος παράγοντας κινδύνου μεταξύ των νοσηλευτών (46,3%). Η μέση συστολική αρτηριακή πίεση που μετρήθηκε στον πληθυσμό της μελέτης ήταν 121,31 και η μέση διαστολική αρτηριακή πίεση ήταν 78,08. Επίσης οικογενειακό ιστορικό καρδιαγγειακών παθήσεων (41,9%), το αυξημένο βάρος / παχυσαρκία (33,3%) και η κατανάλωση αλκοόλ (24,6%) αποτελούν επίσης παράγοντες που αναγνωρίστηκαν στους νοσηλευτές των μελετών αυτών.

Εκτός από τους ήδη επαγγελματίες υγείας, έρευνες έχουν γίνει και στους φοιτητές. Η μελέτη των Kaya et al., [25] διεξήχθη για να καθορίσει την επίδραση της γνώσης των παραγόντων κινδύνου καρδιαγγειακής νόσου μεταξύ των φοιτητών νοσηλευτικής στα αποτελέσματα των αξιολογήσεων κινδύνου. Η μελέτη περιελάμβανε συνολικά 587 φοιτητές από μια πανεπιστημιακή νοσηλευτική σχολή. Από αυτούς, 351 μαθητές συμμετείχαν πρόθυμα στη μελέτη. Η συλλογή δεδομένων περιελάμβανε τη χρήση της Κλίμακας Γνώσης για τον Παράγοντα Κινδύνου Καρδιαγγειακής Νόσου (CARRF-KL) και μια φόρμα για τη συλλογή πληροφοριών σχετικά με τους παράγοντες κινδύνου καρδιαγγειακής νόσου των μαθητών. Επιπλέον, καταγράφηκαν διάφορες μετρήσεις όπως ο ΔΜΣ, η αναλογία μέσης προς τους γοφούς, η αρτηριακή πίεση, η γλυκόζη στο αίμα, η χοληστερόλη και τα επίπεδα τριγλυκεριδίων. Ο πρωταρχικός στόχος της μελέτης ήταν να αξιολογήσει την κατανόηση των παραγόντων κινδύνου καρδιαγγειακής νόσου από τους μαθητές και τις αντίστοιχες παραμέτρους υγείας τους.

Το δείγμα αποτελούνταν ως επί το πλείστον από φοιτήτριες, αντιπροσωπεύοντας το 77,2% των συμμετεχόντων, με μέση ηλικία τα 20,77 έτη. Οι μαθητές εμφάνισαν χαμηλό επίπεδο γνώσεων, όπως υποδεικνύεται από μια μέση βαθμολογία της κλίμακας CARRF-KL $9,44 \pm 3,23$. Οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες είχαν φυσιολογικές ανθρωπομετρικές μετρήσεις, αρτηριακή πίεση, αναπνευστικό ρυθμό, σφυγμό, επίπεδο γλυκόζης στο αίμα, επίπεδο χοληστερόλης και επίπεδα τριγλυκεριδίων. Δεν υπήρχε σημαντική συσχέτιση μεταξύ των βαθμολογιών CARRF-KL και του ΔΜΣ, της αναλογίας μέσης προς τους γοφούς, της αρτηριακής πίεσης, του σφυγμού, του αναπνευστικού ρυθμού, των τιμών των τριγλυκεριδίων ή των τιμών γλυκόζης και χοληστερόλης στο αίμα που ταξινομήθηκαν ξεχωριστά

($p>0,05$). Ωστόσο, παρατηρήθηκε μια στατιστικά σημαντική αντίστροφη σχέση μεταξύ των βαθμολογιών της κλίμακας CARRF-KL και των τιμών γλυκόζης και χοληστερόλης στο αίμα.

2.2 Γνώσεις και πρακτικές καρδιαγγειακών ασθενών και λοιπού πληθυσμού

Έρευνες έχουν διεξαχθεί και σε σχέση με τις γνώσεις και πρακτικές του λοιπού πληθυσμού εκτός των επαγγελματιών υγείας, όπως και σε καρδιαγγειακούς ασθενείς.

Ο σκοπός της μελέτης των Saeidi et al. [26] ήταν να διερευνήσει τη στάση απέναντι στους παράγοντες ψυχολογικού κινδύνου για καρδιαγγειακή νόσο μεταξύ ασθενών που παραπέμπονται σε κέντρο καρδιακής αποκατάστασης στο νοσοκομείο Imam Ali στο Kermanshah, Ιράν. Οι ερευνητές προχώρησαν στην πραγματοποίηση συγχρονικής μελέτης που συμπεριέλαβε 775 ασθενείς που παραπέμφθηκαν σε μονάδα καρδιακής αποκατάστασης στο νοσοκομείο Imam Ali. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν με χρήση κλινικής συνέντευξης, ιατρικών αρχείων ασθενών και κλινικής πολυαξονικής απογραφής Millon III (MCMIII-III).

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι ασθενείς πίστευαν ότι η κύρια αιτία της ασθένειάς τους είναι συμπεριφορικοί παράγοντες κινδύνου (42,0%), όπως για παράδειγμα το κάπνισμα, η έλλειψη άσκησης, η διατροφή, η υπέρταση, ο διαβήτης, η παχυσαρκία κλπ. Στη συνέχεια, αναφέρθηκαν σε ψυχολογικούς (36,3%) όπως τα άγχος, το πένθος, ο θυμός, η κατάθλιψη κλπ, βιολογικούς/γενετικούς (4,3%) και περιβαλλοντικούς (3,8%) (πόλεμος, αναθυμιάσεις, τοξικές ουσίες, κλπ) αντίστοιχα. Το 10,4% των ασθενών δεν γνώριζαν την αιτία της ασθένειάς τους, ενώ από τους ψυχολογικούς παράγοντες, το άγχος καταδείχθηκε ως ο σημαντικότερος παράγοντας μεταξύ των ψυχολογικών παραγόντων (27,5%). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υπήρχε σημαντική διαφορά μεταξύ των ασθενών ανάλογα με τα κοινωνικά και δημογραφικά δεδομένα ($P < 0,01$). Για παράδειγμα, οι γυναίκες φαίνεται να θεωρούν πιο σημαντικούς παράγοντες κινδύνου τους φερόμενους ως συμπεριφορικούς, ενώ οι άνδρες περισσότερο τους βιολογικούς. Σημαντικοί

παράγοντες αναδείχθηκαν και το μορφωτικό επίπεδο, η ηλικία και το εισόδημα. Τέλος, οι ασθενείς εντόπισαν προβλήματα συμπεριφοράς ως την κύρια αιτία της ασθένειάς τους [26].

Το φύλο φαίνεται να παίζει αρκετά σημαντικό ρόλο σε σχέση με τις αντιλήψεις που έχουν τα άτομα για τη στεφανιαία νόσο. Η Hart [27], μέσω ανασκόπησης που διεξήγαγε, έδειξε ότι γενικά, υπάρχει τάση να πιστεύεται ότι η στεφανιαία νόσος αφορά κυρίως τους άντρες, ενώ οι γυναίκες υποτιμούν την πάθηση και τον κίνδυνο που έχουν να προσβληθούν. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να μην υπάρχουν μεγάλα κίνητρα στις γυναίκες να ακολουθηθούν βασικοί κανόνες για την πρόληψη της νόσου, με την έννοια ότι δε συνδέεται συχνά η συμπεριφορά με τον κίνδυνο προσβολής.

Στη μελέτη τους, οι Machaalani et al. [28] είχαν στόχο να αξιολογήσουν τις γνώσεις, τις στάσεις και τις πρακτικές σχετικά με τα καρδιαγγειακά νοσήματα στο Λίβανο. Για την συλλογή δεδομένων, οι ερευνητές χορήγησαν ένα ερωτηματολόγιο σε 921 άτομα, τόσο με, όσο και χωρίς καρδιαγγειακές παθήσεις, που κατοικούσαν σε διάφορες περιοχές του Λιβάνου. Αυτό το ερωτηματολόγιο κάλυψε ένα ευρύ φάσμα θεμάτων, συμπεριλαμβανομένων των χαρακτηριστικών του ασθενούς, της κοινωνικοοικονομικής κατάστασης, των συνθηκών του τρόπου ζωής, του ιατρικού και οικογενειακού ιστορικού, καθώς και γνώσεων, στάσεων και πρακτικών που σχετίζονται με καρδιαγγειακά νοσήματα. Επιπλέον, ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες να προσδιορίσουν τις κύριες πηγές πληροφοριών τους για το θέμα.

Η έρευνα διαπίστωσε ότι η μέση ηλικία των καρδιαγγειακών ασθενών ήταν σημαντικά υψηλότερη από τους μη καρδιαγγειακούς συμμετέχοντες. Αρκετοί παράγοντες, συμπεριλαμβανομένου του καπνίσματος, του διαβήτη, της υπέρχοληστερολαιμίας, της παχυσαρκίας, της νόσου του θυρεοειδούς και του εγκεφαλικού, βρέθηκαν να συνδέονται σημαντικά με την καρδιαγγειακή νόσο. Η οικογενειακή κατάσταση διέφερε επίσης σημαντικά μεταξύ των δύο ομάδων, με την πλειοψηφία των ασθενών να είναι παντρεμένοι. Είναι ενδιαφέρον ότι οι ασθενείς με καρδιαγγειακή νόσο εμφάνισαν υψηλότερα επίπεδα γνώσης και πιο θετικές στάσεις σε σύγκριση με άτομα που δεν είχαν καρδιαγγειακή νόσο, αν και οι βαθμολογίες πρακτικής τους ήταν χαμηλότερες. Η έρευνα αποκάλυψε πολλά βασικά ευρήματα, συμπεριλαμβανομένης της έλλειψης επίγνωσης σχετικά με τις

καρδιαγγειακές παθήσεις ως κύρια αιτία θανάτου, τις ποικίλες στάσεις απέναντι στη θεραπεία και τις αλλαγές στον τρόπο ζωής και μικτές πρακτικές όπως η συχνότητα άσκησης και η πρόσληψη ωμέγα-3. Και στις δύο ομάδες, η γνώση συσχετίστηκε θετικά με τη στάση και την πρακτική, ενώ η στάση συσχετίστηκε θετικά με την πρακτική. Μεταξύ των ασθενών με καρδιαγγειακή νόσο, οι βαθμολογίες γνώσεων επηρεάστηκαν από την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, το επάγγελμα στον τομέα της υγείας, την περιοχή διαμονής, το επίπεδο εκπαίδευσης και την κατάσταση του καπνίσματος. Οι βαθμολογίες στάσης συσχετίστηκαν με την ηλικία, την περιοχή διαμονής, το επίπεδο εκπαίδευσης και την κατάσταση καπνίσματος. Οι βαθμολογίες πρακτικής συσχετίστηκαν με την περιοχή κατοικίας και το επίπεδο εκπαίδευσης. Σε συμμετέχοντες χωρίς καρδιαγγειακή νόσο, παρόμοιοι παράγοντες επηρέασαν τις βαθμολογίες γνώσεων και στάσεων, με την προσθήκη του εισοδήματος και του φύλου ως παράγοντες που επηρεάζουν τις βαθμολογίες πρακτικής.

Οι Okube et al., [29] διεξήγαγαν μια τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή η οποία διεξήχθη μεταξύ ενηλίκων ηλικίας 18-64 ετών με Μεταβολικό Σύνδρομο (MetS) στο νοσοκομείο St. Mary's Mission του Ναϊρόμπι. Οι συμμετέχοντες χωρίστηκαν σε ομάδες ελέγχου και παρέμβασης. Η ομάδα παρέμβασης έλαβε ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα αγωγής υγείας με επικεφαλής νοσηλευτές για διάρκεια 12 μηνών, για την αντιμετώπιση των τροποποιήσιμων παραγόντων κινδύνου καρδιαγγειακής νόσου. Η συλλογή δεδομένων πραγματοποιήθηκε στην αρχή, στο μέσο και στο τελικό σημείο για μια περίοδο 15 μηνών για να αξιολογηθεί η τήρηση των πρακτικών του τρόπου ζωής και η γνώση των προληπτικών μέτρων. Για τη συλλογή των απαραίτητων δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν προ-δοκιμασμένα ερωτηματολόγια. Στη μελέτη συμμετείχαν συνολικά 294 άτομα, με μέση ηλικία τα 44,4 έτη και ήταν άτομα με χαμηλό εισόδημα αστικών περιοχών που ζουν σε δύσκολες συνθήκες. . Πριν από την παρέμβαση, υπήρχε χαμηλό επίπεδο γνώσης σχετικά με τους παράγοντες κινδύνου του τρόπου ζωής για καρδιαγγειακή νόσο. Μόνο το 15,4% της ομάδας παρέμβασης και το 7,2% της ομάδας ελέγχου επέδειξαν υψηλό επίπεδο γνώσης σχετικά με τους παράγοντες κινδύνου για διαβήτη τύπου 2 και υψηλή αρτηριακή πίεση. Στην αρχή της μελέτης, οι συμμετέχοντες τόσο στην ομάδα παρέμβασης όσο και στην ομάδα ελέγχου έδειξαν περιορισμένη επίγνωση σχετικά με τον αντίκτυπο του καπνίσματος, της υπερβολικής πρόσληψης αλατιού

και ζάχαρης, της κατανάλωσης αλκοόλ και επεξεργασμένων/φαστ φουντ και του υπέρβαρου/παχύσαρκου στον κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου. Επιπλέον, υπήρχε έλλειψη γνώσης σχετικά με τα προληπτικά μέτρα για την υπέρταση και τον διαβήτη τύπου 2. Η κατανόηση των συνιστώμενων επιπέδων πρόσληψης αλατιού και ζάχαρης ήταν ελάχιστη και στις δύο ομάδες. Επιπλέον, η πλειονότητα των συμμετεχόντων δεν είχε γνώση των θετικών επιδράσεων της κατανάλωσης φρούτων, λαχανικών και της σωματικής δραστηριότητας στην πρόληψη των καρδιαγγειακών παθήσεων. Μετά την παρέμβαση, παρατηρήθηκε αξιοσημείωτη ενίσχυση στην ομάδα παρέμβασης. Σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου, η ομάδα παρέμβασης έδειξε σημαντικά μεγαλύτερη συνολική γνώση τόσο των παραγόντων κινδύνου καρδιαγγειακής νόσου όσο και των προληπτικών πρακτικών του τρόπου ζωής.

Μία ακόμη έρευνα η οποία διεξήχθη σε σχέση με τις γνώσεις και πρακτικές του λοιπού πληθυσμού εκτός των επαγγελματιών υγείας, είναι αυτή των Karaman et al. [30], η οποία έλαβε χώρα σε πανεπιστημιακό νοσοκομείο στην Τουρκία. Στην μελέτη συμμετείχαν 175 ενήλικες που είχαν διαγνωστεί με διαβήτη τύπου 2. Ο στόχος ήταν να αξιολογηθεί η κατανόηση των παραγόντων κινδύνου για καρδιαγγειακή νόσο. Χορηγήθηκε ένα ολοκληρωμένο ερωτηματολόγιο για τη συλλογή δεδομένων σχετικά με τα δημογραφικά στοιχεία, την κατάσταση της υγείας και τις μεταβολικές παραμέτρους των συμμετεχόντων. Για να μετρήσουν τις γνώσεις τους, οι ερευνητές χρησιμοποίησαν την κλίμακα Επίπεδο Γνώσης για Παράγοντες Κινδύνου Καρδιαγγειακής Νόσου (CARRF-KL).

Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων, κυρίως γυναίκες και κατά μέσο όρο ηλικίας 65,35 ετών, ανέφεραν καλή υγεία και χρησιμοποιούσαν από του στόματος αντιδιαβητικούς παράγοντες ή ινσουλίνη. Η μελέτη αποκάλυψε μια αξιοσημείωτη μερίδα συμμετεχόντων που δεν συμμορφώνονταν με τη θεραπεία και δεν είχαν καθοδήγηση από νοσηλευτές. Ωστόσο, τα άτομα που ανέφεραν καλή υγεία, διαχειρίζονταν την κατάστασή τους μέσω διατροφής και άσκησης, έλαβαν πληροφορίες από νοσηλευτές, είχαν μέλη της οικογένειας με διαβήτη και δεν είχαν επιπλοκές που σχετίζονται με τον διαβήτη, εμφάνισαν σημαντικά υψηλότερες βαθμολογίες CARRF-KL.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα άτομα που ήταν υπέρβαρα, καπνιστές ή είχαν οικογενειακό ιστορικό καρδιακής νόσου εμφάνισαν αυξημένα επίπεδα γνώσης. Τα επίπεδα γνώσης επηρεάστηκαν επίσης και από άλλους παράγοντες. Η ηλικία έδειξε αρνητική συσχέτιση με τη γνώση των παραγόντων κινδύνου καρδιαγγειακής νόσου. Το επίπεδο εκπαίδευσης επηρέασε σημαντικά τη βαθμολογία γνώσεων. Δεν βρέθηκαν σημαντικές διαφορές με βάση το φύλο, την οικογενειακή κατάσταση ή την οικονομική κατάσταση. Επίσης, όσοι έλαβαν θεραπεία με από του στόματος αντιδιαβητικούς παράγοντες και ινσουλίνη είχαν χαμηλότερες βαθμολογίες σε σύγκριση με εκείνους που διαχειρίζονταν την κατάστασή τους με δίαιτα και άσκηση.

Στη Βόρεια Λευκωσία, Κύπρος, η έρευνα που διεξήχθη από τους Salimi & Kuşcu [31] εξέτασε τους καθοριστικούς παράγοντες που επηρεάζουν τα επίπεδα γνώσης σχετικά με τους παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου μεταξύ 351 ασθενών που νοσηλεύονταν σε νοσοκομείο. Για τη συλλογή δεδομένων, οι συμμετέχοντες πήραν συνέντευξη και τέθηκαν μια σειρά από δημογραφικές ερωτήσεις εκτός από τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου Επιπέδου Γνώσης Καρδιαγγειακών Παραγόντων Κινδύνου (CARRIFKL).

Το επίπεδο γνώσης σχετικά με τους παράγοντες κινδύνου καρδιαγγειακής νόσου όπως μετρήθηκε από το CARRIF-KL, έδωσε μέση βαθμολογία 23,04, υποδηλώνοντας μια σχετικά καλή γνώση των παραγόντων κινδύνου για καρδιαγγειακή νόσο. Διάφοροι παράγοντες, όπως η ηλικία, το επίπεδο εκπαίδευσης, το επάγγελμα, τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, η κατάσταση στέγασης, η καθημερινή συχνότητα γευμάτων και οι διατροφικές συνήθειες, βρέθηκε ότι επηρεάζουν σημαντικά τις βαθμολογίες γνώσεων για καρδιαγγειακή νόσο. Συγκεκριμένα, τα νεότερα άτομα, οι απόφοιτοι λυκείου και πανεπιστημίου, υπάλληλοι μικρών επιχειρήσεων και κρατικών φορέων και όσοι αντιλαμβάνονταν τους εαυτούς τους ως αγχωμένους εμφάνισαν υψηλότερες βαθμολογίες γνώσεων. Επιπλέον, η διαμονή σε δίκλινα σπίτια, η κατανάλωση ενός έως δύο γευμάτων την ημέρα και η τήρηση μιας συγκεκριμένης διατροφής συσχετίστηκαν επίσης με υψηλές βαθμολογίες γνώσεων. Είναι ενδιαφέρον επίσης ότι τα άτομα με υψηλότερο δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ) έτειναν να έχουν χαμηλότερες βαθμολογίες γνώσεων για καρδιαγγειακή νόσο. Δεν υπήρχε ωστόσο στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των βαθμολογιών CARRIF-KL και του φύλου, της οικογενειακής

κατάστασης, του εισοδήματος, της λήψης φαρμάκων, του ιστορικού καρδιαγγειακών νοσημάτων σε ένα μέλος της οικογένειας, του συχνού σνακ, της άσκησης και του ύπνου.

3. Μεθοδολογία έρευνας

3.1 Σκοπός και ερευνητικά ερωτήματα

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση των γνώσεων και πρακτικών των επαγγελματιών υγείας και γενικού πληθυσμού σχετικά με τους παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με την ανάπτυξη στεφανιαίας νόσου.

Τα ερευνητικά ερωτήματα που τίθενται προς απάντηση είναι τα εξής:

- 1) Ποια είναι τα επίπεδα γνώσεων των επαγγελματιών υγείας και του γενικού πληθυσμού σε σχέση με τους παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με την ανάπτυξη στεφανιαίας νόσου;
- 2) Ποιες είναι οι πρακτικές που ακολουθούν οι επαγγελματίες υγείας και το ευρύ κοινό σχετικά με τους παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με την ανάπτυξη στεφανιαίας νόσου στην καθημερινότητά τους;
- 3) Ποιες είναι οι διαφοροποιήσεις που υπάρχουν στις γνώσεις και πρακτικές που ακολουθούν οι επαγγελματίες υγείας και ο γενικός πληθυσμός σε σχέση με τους παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με την ανάπτυξη στεφανιαίας νόσου;

3.2 Μέθοδος συλλογής δεδομένων

Η έρευνα που πραγματοποιήθηκε εδώ είναι ποσοτική. Πιο συγκεκριμένα, διαμορφώθηκε ερωτηματολόγιο το οποίο διανεμήθηκε ηλεκτρονικά μέσω της πλατφόρμας Google forms. Στη συνέχεια το ερωτηματολόγιο προωθήθηκε μέσω e-mail ή μέσω μέσων κοινωνικής δικτύωσης τόσο σε επαγγελματίες υγείας όσο και στον ευρύ πληθυσμό από το περιβάλλον της ερευνήτριας. Η διαδικασία δειγματοληψίας που εφαρμόστηκε είναι η δειγματοληψία ευκολίας ή βολική. Αυτό σημαίνει ότι το δείγμα προσεγγίζεται λόγω ευκολίας εύρεσης των συγκεκριμένων συμμετεχόντων από την ερευνήτρια.

Το δείγμα αποτελείται από 200 συμμετέχοντες. Οι 126 από αυτούς είναι επαγγελματίες υγείας, ενώ οι 73 ανήκουν στο γενικό πληθυσμό και ένας συμμετέχων δεν απάντησε στην ερώτηση αυτή.

3.3 Ερευνητικό εργαλείο

Το ερευνητικό εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε διαμορφώθηκε με βάση τη βιβλιογραφία που μελετήθηκε. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από ερωτήσεις που αφορούν στα δημογραφικά στοιχεία και μια ομάδα ερωτήσεων που αφορούν στις γνώσεις για τους παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη στεφανιαίας νόσου. Τέλος, περιέχονται και ερωτήσεις που σχετίζονται με τις συνήθειες των ερωτηθέντων σχετικά με τους παράγοντες που σχετίζονται με την εμφάνιση στεφανιαίας νόσου.

Η μία ομάδα ερωτήσεων που σχετίζονται με τις γνώσεις των συμμετεχόντων απαντάται με Ναι, Όχι ή Δεν ξέρω. Η ομάδα αυτή διαμορφώθηκε από τη βιβλιογραφία και από ερωτήσεις της έρευνας του Karaman et al. [30]. Οι δηλώσεις που φέρουν αστερίσκο είναι λανθασμένες.

Στην επόμενη ομάδα παρουσιάζονται διάφοροι παράγοντες οι οποίοι σχετίζονται με την εμφάνιση στεφανιαίας νόσου και αξιολογούνται με βάση το βαθμό σημαντικότητας.

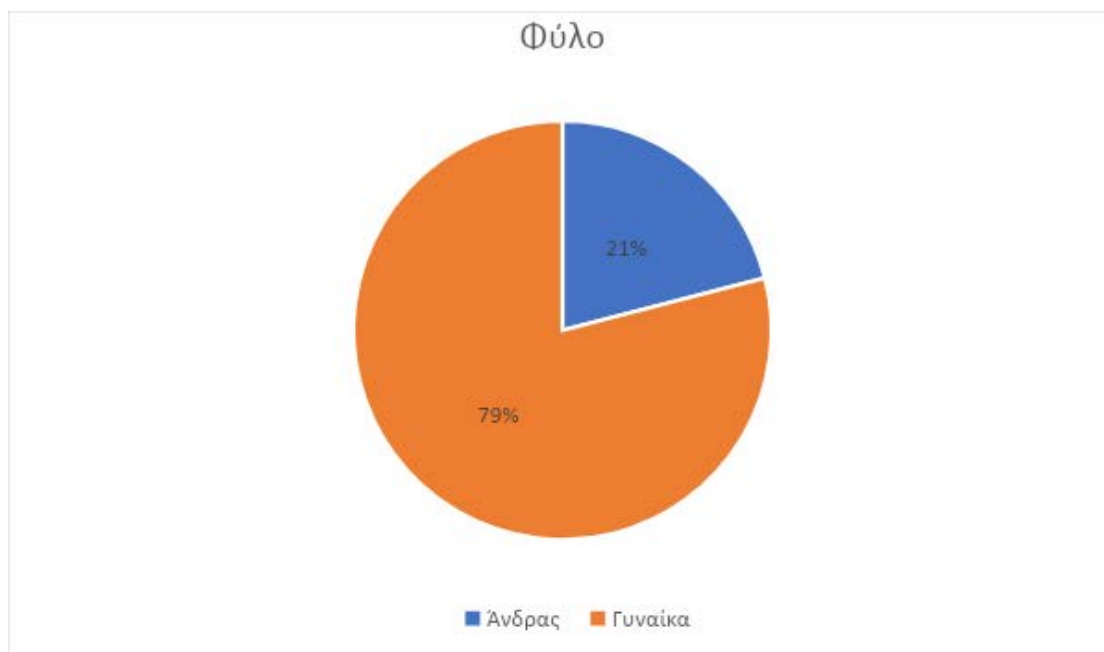
Τέλος, σε σχέση με τις συνήθειες, δίνονται οι διάφοροι παράγοντες που σχετίζονται με την εμφάνιση στεφανιαίας νόσου και οι ερωτηθέντες απαντούν σε σχέση με τη συχνότητα που οι ίδιοι την υιοθετούν στην καθημερινότητά τους.

3.4 Μέθοδος ανάλυσης δεδομένων

Για την ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε ανάλυση κατανομής συχνοτήτων, ενώ η δημιουργία γραφημάτων έγινε μέσω της εφαρμογής excel. Επιπλέον, για τη σύγκριση των αποτελεσμάτων μεταξύ επαγγελματιών υγείας και γενικού πληθυσμού, διεξήχθη ανάλυση chi-square αλλά και έλεγχος ανεξάρτητων δειγμάτων t-test. Το λογισμικό που χρησιμοποιήθηκε για την ανάλυση είναι το SPSS v28.

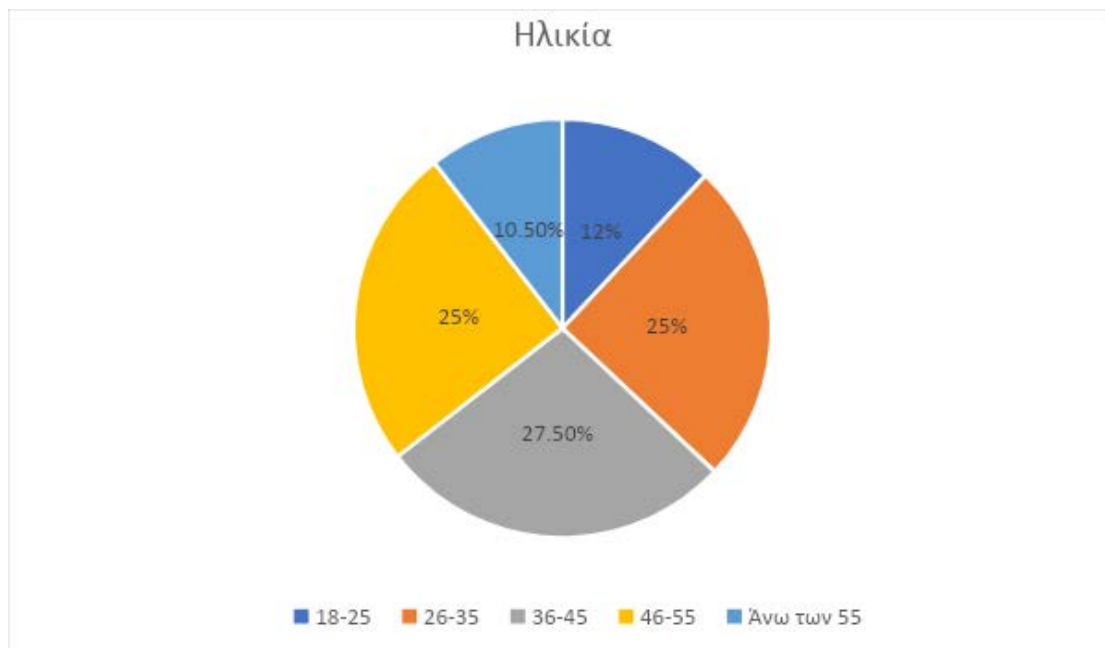
4. Αποτελέσματα έρευνας

Το 79% του δείγματος είναι γυναίκες και το 21% είναι άνδρες.



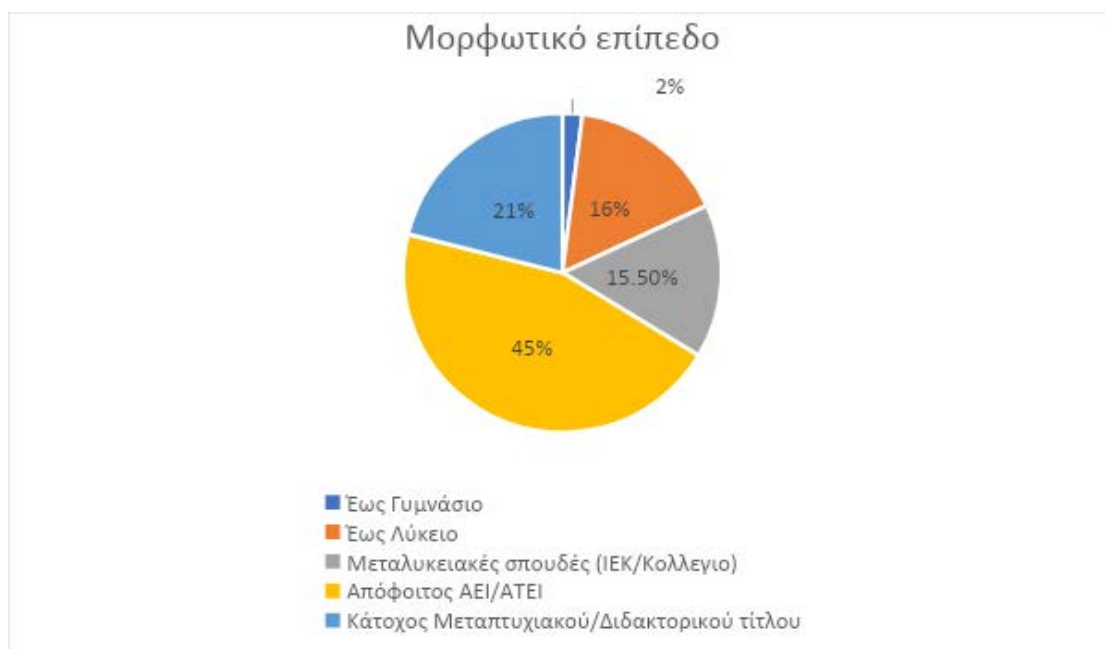
Διάγραμμα 1: Φύλο συμμετεχόντων

Το 27,5% είναι από ηλικία 36-45 ετών, το 25% από 26-35 ετών, 25% από 46-55, το 12% από 18 έως 25 και το 10,5% είναι ηλικίας άνω των 55 ετών.



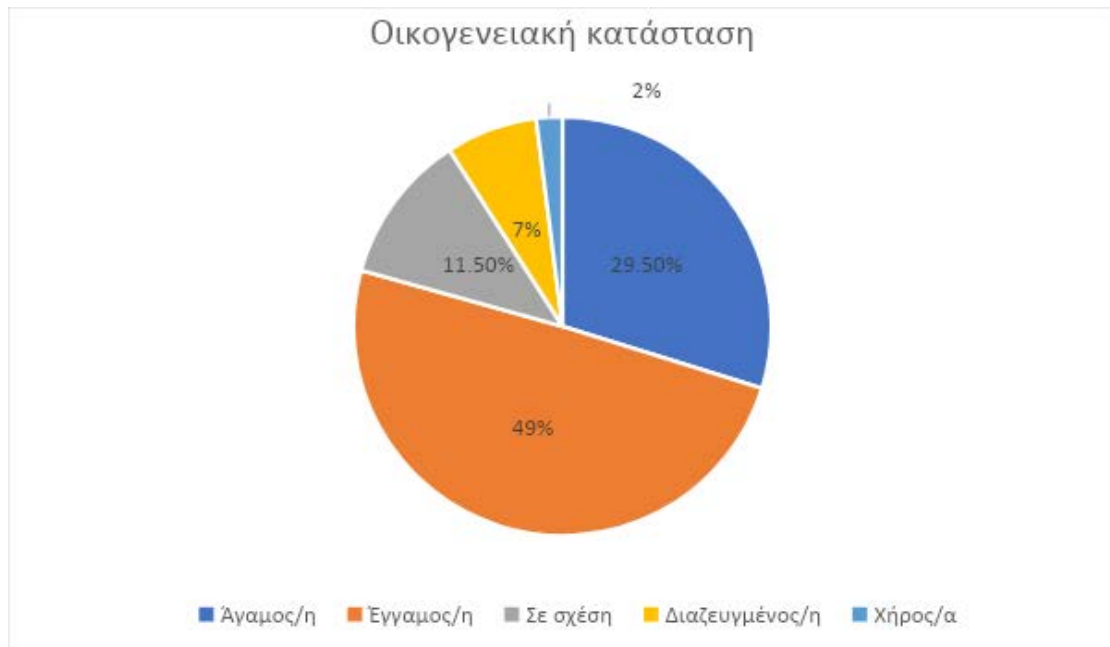
Διάγραμμα 2: Ηλικία συμμετεχόντων

Σε σχέση με το μορφωτικό επίπεδο των συμμετεχόντων, το 45% είναι απόφοιτοι ΑΕΙ/ΑΤΕΙ, το 21% είναι κάτοχοι μεταπτυχιακού/διδακτορικού τίτλου, το 16% είναι απόφοιτοι Λυκείου, το 15,5% έχουν τελειώσει μεταλυκειακές σπουδές, ενώ μόλις το 2% είναι απόφοιτοι Γυμνασίου.



Διάγραμμα 3: Μορφωτικό επίπεδο συμμετεχόντων

Αναφορικά με την οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων, το 49% είναι έγγαμοι, το 29,5% είναι άγαμοι, το 11,5% είναι σε σχέση, το 7% είναι διαζευγμένοι, ενώ το 2% είναι χήροι/ες.



Διάγραμμα 4: Οικογενειακή κατάσταση συμμετεχόντων

Αναφορικά με την περιοχή διαμονής, το 83,5% ζουν σε αστική περιοχή, το 11% σε ημιαστική και το 5% σε αγροτική.



Διάγραμμα 5: Περιοχή διαμονής

Το 54% του δείγματος είναι δημόσιοι υπάλληλοι, το 23% ιδιωτικοί υπάλληλοι, το 10% άνεργοι, το 9% ελεύθεροι επαγγελματίες και το 3,5% συνταξιούχοι.



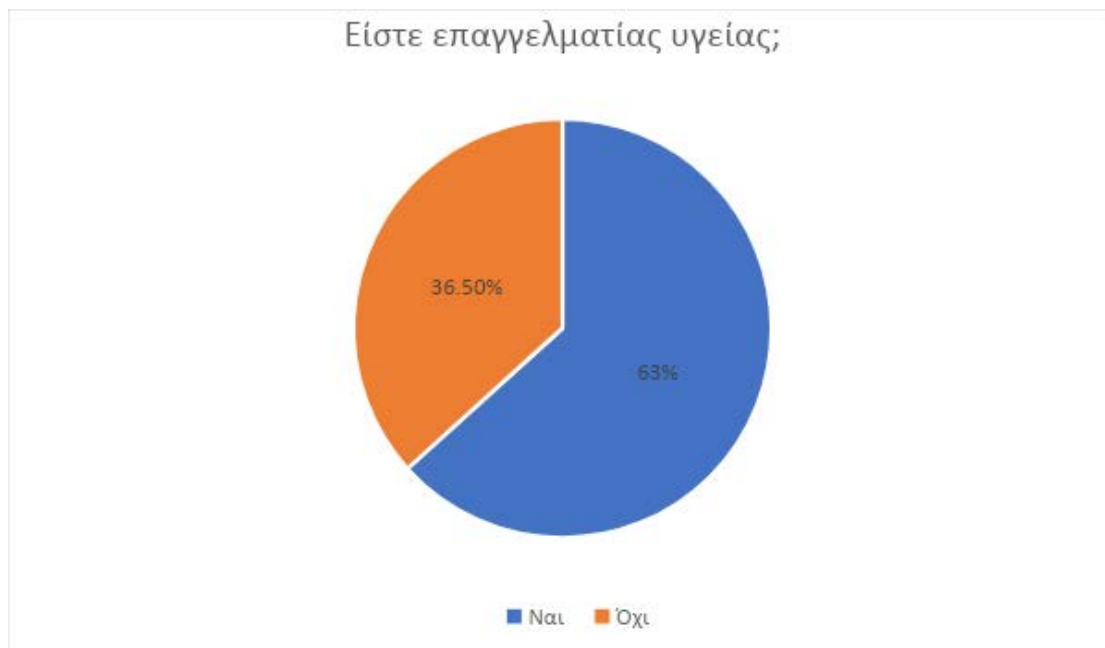
Διάγραμμα 6: Επαγγελματική κατάσταση

Αναφορικά με το ετήσιο οικογενειακό εισόδημα, το 31% έχει ετήσιο οικογενειακό εισόδημα από 10 έως 20.000€, το 28,5% έως 10.000€, το 25,5% από 20 έως 30.000€. το 10% από 30 έως 40.000€, το 2% άνω των 50.000€ και το 1,5% από 40 έως 50.000€.



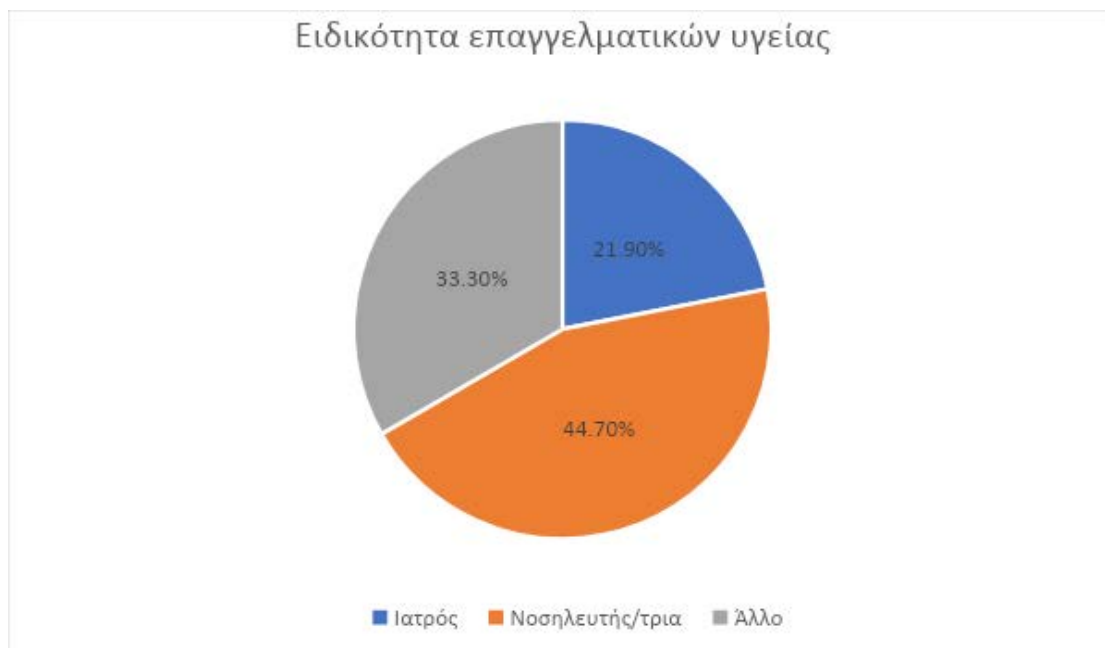
Διάγραμμα 7: Ετήσιο οικογενειακό εισόδημα συμμετεχόντων

Το 63% των συμμετεχόντων είναι επαγγελματίες υγείας, ενώ το 36,5% ανήκουν στο γενικό πληθυσμό.



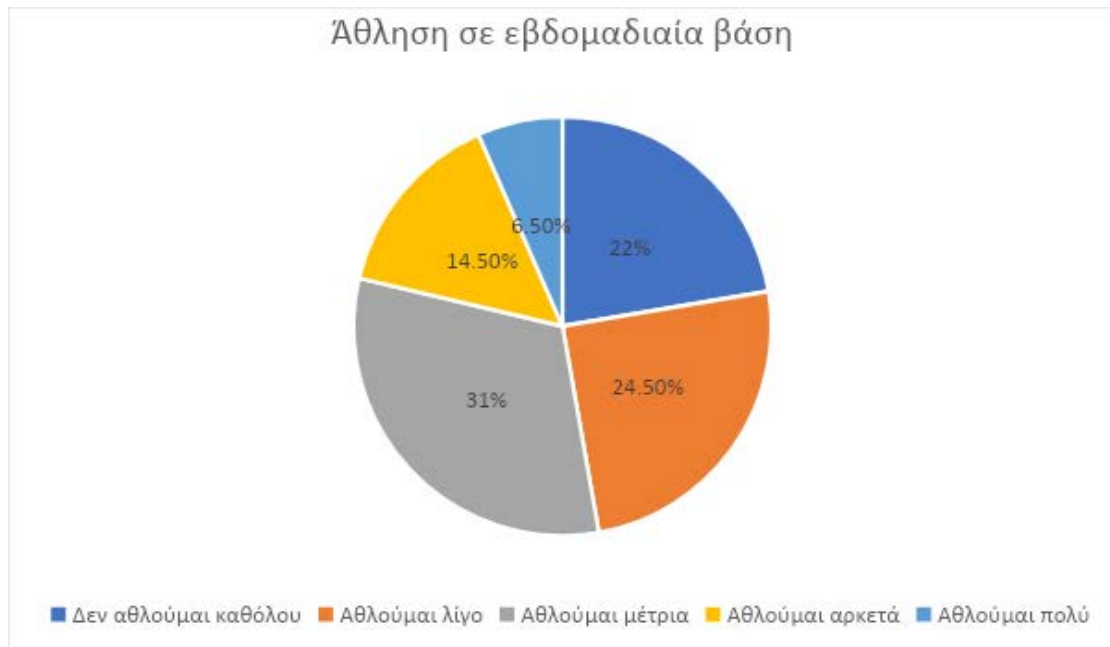
Διάγραμμα 8: Ποσοστό επαγγελματιών υγείας στο δείγμα

Σε σχέση με την ειδικότητα των επαγγελματιών υγείας, το 44,7% είναι νοσηλευτές/τριες, το 21,9% είναι ιατροί, και το 33,3% ανήκουν σε άλλη ειδικότητα.



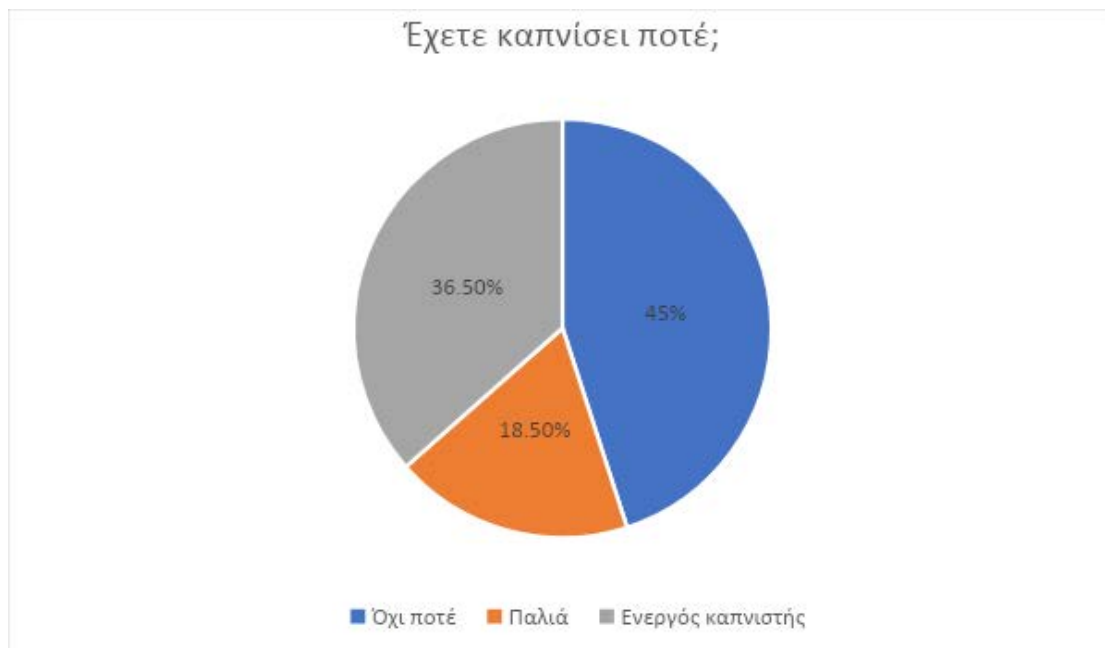
Διάγραμμα 9: Ειδικότητα επαγγελματιών υγείας συμμετεχόντων

Αναφορικά με τις συνήθειες των συμμετεχόντων, το 31% αθλείται σε μέτριο βαθμό, το 24,5% αθλείται λίγο, το 22% δεν αθλείται καθόλου, το 14,5% αθλείται αρκετά και μόλις το 6,5% αναφέρει ότι αθλείται πολύ.



Διάγραμμα 10: Άθληση συμμετεχόντων σε εβδομαδιαία βάση

Το 45% του δείγματος δεν έχει καπνίσει ποτέ, το 36,5% είναι ενεργοί καπνιστές, ενώ το 18,5% ήταν παλιά καπνιστές αλλά τώρα το έχουν κόψει.



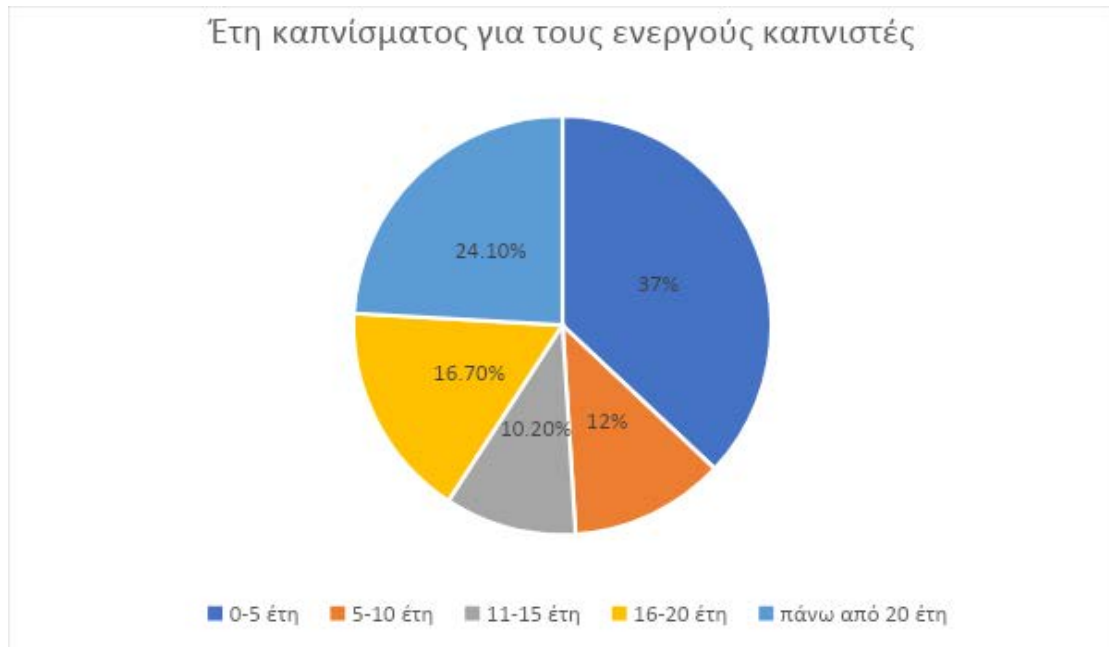
Διάγραμμα 11: Καπνιστές/μη καπνιστές

Σε σχέση με τη συχνότητα του καπνίσματος, το 60.5% αναφέρει ότι στο παρόν δεν καπνίζει καθόλου, το 16,5% καπνίζει πολύ, πάνω από 10 τσιγάρα την ημέρα, το 14,5% καπνίζει από 6 έως 10 τσιγάρα την ημέρα, και το 7,5% λίγο (από 1 έως 5 τσιγάρα τη μέρα).



Διάγραμμα 12: Ποσοστό ενεργών καπνιστών και συχνότητα καπνίσματος

Σε σχέση με τα έτη καπνίσματος στους ενεργούς καπνιστές, το 37% καπνίζει από 0 έως 5 έτη, το 24,1% πάνω από 20 έτη, το 16,7% από 16 έως 20 έτη, το 12% από 5 έως 10 έτη και το 10,2% από 11 έως 15 έτη.



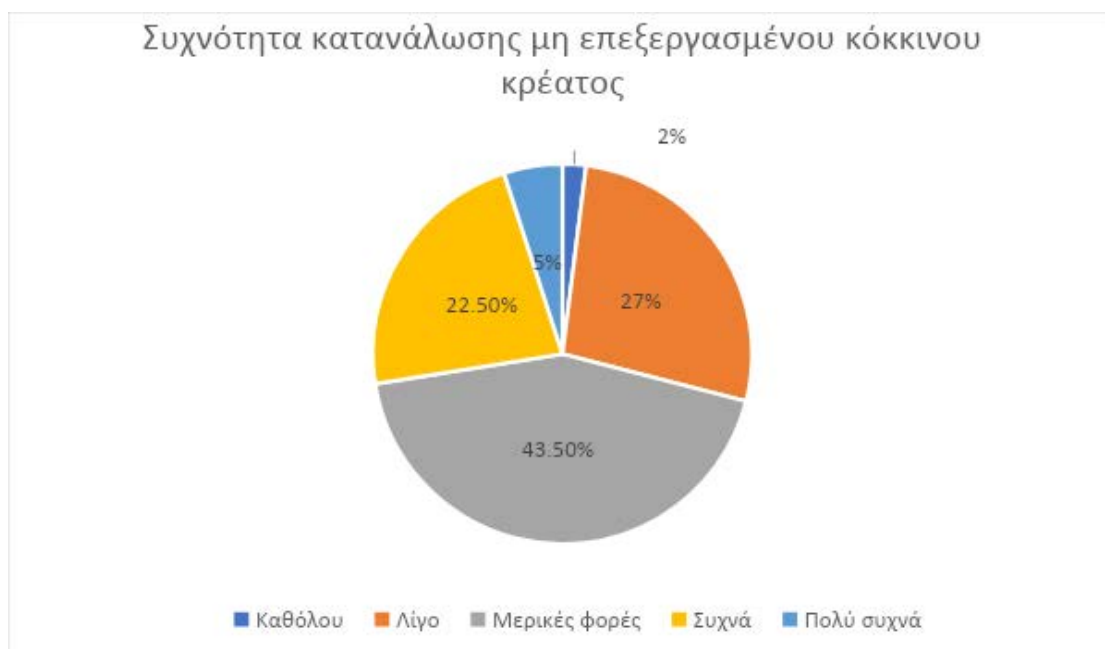
Διάγραμμα 13: Έτη καπνίσματος των ενεργών καπνιστών

Το 47% πίνει αλκοόλ περιστασιακά, το 24,5% πίνει μερικές φορές, το 19,5% δεν πίνει καθόλου, το 5% πίνει αρκετά, το 3% συχνά και το 1% πολύ συχνά.



Διάγραμμα 14: Συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ συμμετεχόντων

Αναφορικά με τη συχνότητα κατανάλωσης μη επεξεργασμένου κόκκινου κρέατος, το 43,5% αναφέρει ότι καταναλώνει μερικές φορές, το 27% καταναλώνει λίγο, το 22,5% καταναλώνει συχνά, το 5% αναφέρει ότι καταναλώνει πολύ συχνά και το 2% καθόλου.



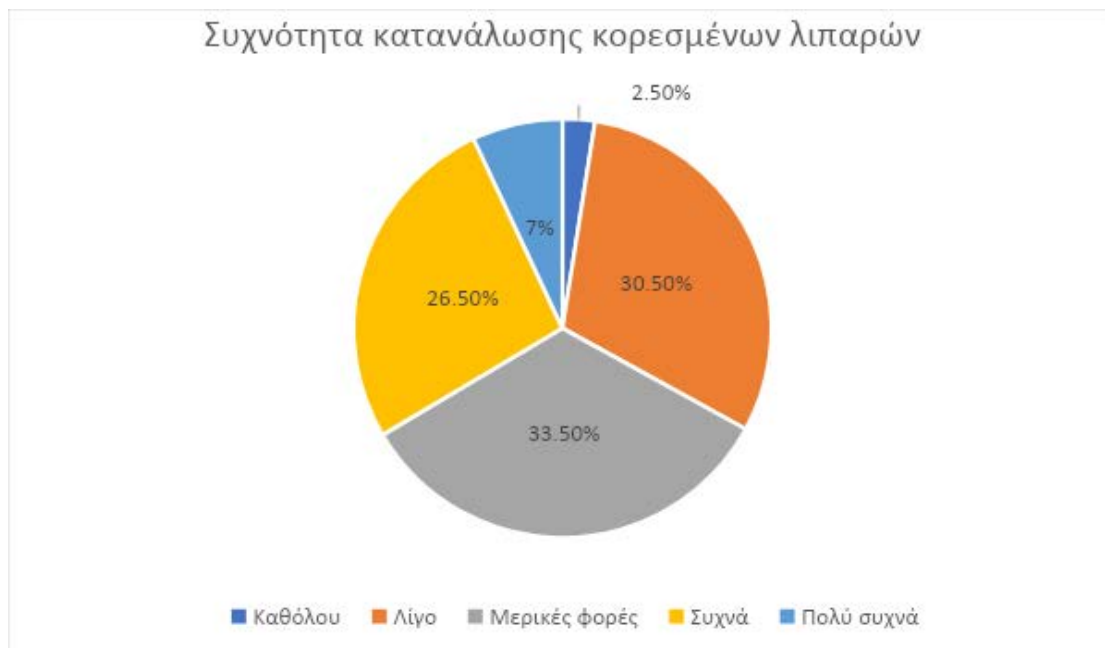
Διάγραμμα 15: Συχνότητα κατανάλωσης μη επεξεργασμένου κόκκινου κρέατος

Το 34% καταναλώνει επεξεργασμένο κόκκινο κρέας μερικές φορές, το 30,5% λίγο, το 18,5% συχνά, το 13,5% καθόλου και το 3,5% πολύ συχνά.



Διάγραμμα 16: Συχνότητα κατανάλωσης επεξεργασμένου κόκκινου κρέατος

Αναφορικά με την κατανάλωση κορεσμένων λιπαρών, το 33,5% αναφέρει ότι καταναλώνει μερικές φορές, το 30,5% λίγο, το 26,5% συχνά, το 7% πολύ συχνά και το 2,5% αναφέρει ότι δεν καταναλώνει καθόλου.



Διάγραμμα 17: Συχνότητα κατανάλωσης κορεσμένων λιπαρών

Στις παρακάτω ερωτήσεις δίνονται κάποιες δηλώσεις σε σχέση με τους παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με την ανάπτυξη στεφανιαίας νόσου. Οι ερωτήσεις που έχουν μπροστά διπλό αστερίσκο είναι λανθασμένες. Όπως φαίνεται από τα αποτελέσματα, στις περισσότερες δηλώσεις οι ερωτηθέντες έχουν απαντήσει σωστά. Αυτές έχουν να κάνουν με το ιστορικό εμφάνισης καρδιαγγειακών νοσημάτων, την ηλικία, το κόψιμο του καπνίσματος, την κατανάλωση φρούτων και λαχανικών, η κατανάλωση κόκκινου κρέατος, η υπερβολική κατανάλωση αλατιού, τα υψηλά και τα στέρεα λιπαρά, τη διατροφή χαμηλή σε λιπαρά και υδατάνθρακες, την παχυσαρκία, το ρόλο της τακτικής άσκησης και της μη ωφέλειας του αργού περπατήματος, για τα οφέλη της γυμναστικής ανεξάρτητα από το χώρο που επιτελείται, για το διαβήτη και τη σημασία του ελέγχου της γλυκόζης στο αίμα, αλλά και για αλλά και για το ρόλο της ολικής, LDL και HDL χοληστερόλης.

Μετριάσμενες προς λανθασμένες είναι οι απαντήσεις που αφορούν στο αν ένα άτομο μπορεί να αντληφθεί αν έχει κάποιο καρδιακό νόσημα, το αν η αντιυπερτασική αγωγή θα πρέπει να λαμβάνεται εφ' όρου ζωής και για την ανάγκη λήψης φαρμάκων για τη χοληστερόλη.

Γνώσεις σχετικά με τους παράγοντες κινδύνου για ανάπτυξη καρδιακής νόσου	Ναι	Όχι	Δεν ξέρω
--	-----	-----	----------

Ένα άτομο μπορεί να αντιληφθεί αν έχει κάποιο καρδιακό νόσημα ή όχι	46,5	34,5	19
Αν υπάρχει ιστορικό καρδιαγγειακών ασθενειών υπάρχει μεγαλύτερος κίνδυνος εμφάνισης στεφανιαίας νόσου στο άτομο	89	1	10
Οι μεγαλύτερης ηλικίας άνθρωποι έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης καρδιακής νόσου	83,5	12	4,5
Η πιθανότητα κάποιο άτομο να πάθει καρδιακή νόσο μειώνεται όταν κόψει το κάπνισμα	82,5	10,5	7
Είναι ωφέλιμο για την καρδιά να τρώει κανείς 2 μερίδες φρούτων και 2 λαχανικών καθημερινά	83	2,5	14,5
Είναι βλαβερό για την καρδιά να τρώει κανείς πάνω από 3/βδομάδα κόκκινο κρέας	62,5	20	17,5
Η κατανάλωση υπερβολικού αλατιού μπορεί να προκαλέσει στεφανιαία νόσο	70	7.5	22.5
**Τα γεύματα με υψηλά λιπαρά δεν αυξάνουν τη χοληστερόλη στο αίμα	21,5	69,5	9
**Τα λιπαρά που είναι στέρεα σε θερμοκρασία δωματίου (έξω από το ψυγείο) είναι ωφέλιμα για την καρδιά	10	45,5	44,5
Μία διατροφή χαμηλή σε υδατάνθρακες και χαμηλή σε λίπη είναι ωφέλιμη για την καρδιά	77,5	10	12,5
Τα υπέρβαρα/παχύσαρκα άτομα έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να προσβληθούν από στεφανιαία νόσο	95	1	4
Η τακτική άσκηση μειώνει την πιθανότητα εμφάνισης καρδιακής νόσου	96	2,5	1,5
**Ο κίνδυνος για προσβολή από καρδιακή νόσο μειώνεται μόνο όταν η γυμναστική γίνεται σε έναν ειδικό χώρο πχ γυμναστήριο	8	82	10
**Το αργό περπάτημα θεωρείται άσκηση	60	33	7
Το στρες, η θλίψη, το πένθος είναι παράγοντες που σχετίζονται με την εκδήλωση καρδιακής νόσου	91,5	4,5	4
Η πίεση του αίματος αυξάνεται όταν το άτομο βρίσκεται σε στρεσογόνες καταστάσεις	92,5	1,5	6
Η υπέρταση είναι παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση καρδιακής νόσου	90	2	8
Ο έλεγχος της πίεσης του αίματος μειώνει την πιθανότητα εμφάνισης καρδιακής νόσου	73	13,5	13,5

Τα φάρμακα για την υπέρταση θα πρέπει να χρησιμοποιούνται εφ' όρου ζωής	40,5	28	31,5
Η αυξημένη χοληστερόλη είναι παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση καρδιακής νόσου	87,5	0	12,5
**Όταν η HDL χοληστερόλη είναι αυξημένη, τότε υπάρχει μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης καρδιακής νόσου	32	41,5	26,5
Όταν η LDL χοληστερόλη είναι αυξημένη, τότε υπάρχει μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης καρδιακής νόσου	58,5	12,5	29
**Κάθε άτομο που έχει αυξημένη χοληστερόλη πρέπει να παίρνει φαρμακευτική αγωγή για αυτήν	41	41,5	17,5
Ο διαβήτης είναι παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση καρδιακής νόσου	77,5	4,5	18
Ο κίνδυνος μειώνεται σε διαβητικούς ασθενείς αν έχουν τη γλυκόζη του αίματος υπό έλεγχο	65,5	10,5	24

Σε σχέση με τη σημαντικότητα των παραγόντων που σχετίζονται με την εκδήλωση στεφανιαίας νόσου, ως πιο σημαντικοί αναδεικνύονται το κάπνισμα, η παχυσαρκία, η διατροφή με υψηλά κορεσμένα λιπαρά, η κακή διατροφή γενικά, ο διαβήτης, η χρήση ναρκωτικών ουσιών, το οικογενειακό ιστορικό, το επεξεργασμένο κόκκινο κρέας, η υπέρταση και η αυξημένη χοληστερόλη (Πίνακας 1).

Ως λιγότερο σημαντικοί αναδεικνύονται η σκόνη, η εθνικότητα, το παθητικό κάπνισμα, η ατμοσφαιρική ρύπανση, το μη επεξεργασμένο κόκκινο κρέας, τα φαρμακευτικά σκευάσματα, η κατάθλιψη, η ενδοοικογενειακή βία και ο υπερβολικός θυμός και οργή (Πίνακας 1).

Πίνακας 1: γνώσεις σχετικά με τους παράγοντες κινδύνου και προστατευτικούς παράγοντες σχετικά με την εκδήλωση στεφανιαίας νόσου

ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ	Καθόλου σημαντικός	Λίγο σημαντικός	Μέτρια σημαντικός	Αρκετά σημαντικός	Πολύ σημαντικός
------------	--------------------	-----------------	-------------------	-------------------	-----------------

Κάπνισμα (να καπνίζει το ίδιο το άτομο)	2	3	13	15	67
Παθητικό κάπνισμα (να καπνίζουν οι γύρω του)	5,5	18,5	28,5	30,5	17
Ατμοσφαιρική ρύπανση	6	23	28	27,5	15,5
Οικογενειακό ιστορικό	2,5	6	16,5	29	46
Ηλικία	4,5	7,5	27,5	33	27,5
Σκόνη	24	26	33	12	5
Έλλειψη άσκησης	2	8	23	35	32
Κακή διατροφή (γενικά)	1,5	5	18	24	51,5
Διατροφή με υψηλά κορεσμένα λιπαρά	1	8	17	22	52
Μη επεξεργασμένο κόκκινο κρέας	6	21	41	21,5	10,5
Επεξεργασμένο κόκκινο κρέας (πχ αλλαντικά)	1	8,5	19	30	41,5
Παχυσαρκία	1,5	2	16,5	15,5	64,5
Διαβήτης	3	7	18,5	20,5	51
Φαρμακευτικά σκευάσματα	8	18,5	33	22,5	18
Υπέρταση	1	5	22,5	26	45,5
Αυξημένη χοληστερόλη	2	4	21	28	45
Χρήση ναρκωτικών ουσιών	4,5	10,5	21,5	17	46,5
Στρες	3	7,5	19	29,5	41
Πένθος	3,5	15,5	31,5	26	23,5
Υπερβολικός θυμός/οργή	4	18	28	25	25
Κατάθλιψη	6	15	33,5	25	20,5
Ενδοοικογενειακή βία	6,5	20,5	27	24,5	21,5
Εθνικότητα	31,5	22,5	31	11,5	3,5
Αλκοόλ	5,5	10,5	26,5	23,5	34

Στις παρακάτω αναλύσεις γίνεται ανάλυση chisquare για την εύρεση των πιθανών διαφοροποιήσεων μεταξύ επαγγελματιών υγείας και γενικού πληθυσμού. Όπως φαίνεται από τα αποτελέσματα, οι επαγγελματίες υγείας γνωρίζουν σε μεγαλύτερο

βαθμό αν ένα άτομο μπορεί να αντιληφθεί αν πάσχει από καρδιακό νόσημα ή όχι ($p<0,001$) (Πίνακας 2).

Πίνακας 2: *crosstab chisquare* επαγγελματίες υγείας/αν ένα άτομο πάσχει από καρδιακό νόσημα

Crosstab ($p<0,001$)							
	8. Είστε επαγγελματίας υγείας;						
	Ναι		Όχι		Total		
	N	%	N	%	N	%	
[Ένα άτομο μπορεί να αντιληφθεί αν έχει κάποιο καρδιακό νόσημα ή όχι]	Ναι	67	53,2%	26	35,1%	93	46,5%
	Όχι	47	37,3%	22	29,7%	69	34,5%
	Δεν ξέρω	12	9,5%	26	35,1%	38	19,0%
Total		126	100,0%	74	100,0%	200	100,0%

Οι επαγγελματίες υγείας γνωρίζουν σε μεγαλύτερο βαθμό το ρόλο του ιστορικού στην ανάπτυξη στεφανιαίας νόσου ($p<0,001$) (Πίνακας 3).

Πίνακας 3: crosstab chisquare επαγγελματίες υγείας/ιστορικό

Crosstab (p<0,001)							
		8. Είστε επαγγελματίας υγείας;					
		Ναι		Όχι		Total	
		N	%	N	%	N	%
[Αν υπάρχει ιστορικό καρδιαγγειακών ασθενειών υπάρχει μεγαλύτερος κίνδυνος εμφάνισης στεφανιαίας νόσου στο άτομο]	Ναι	123	97,6%	55	74,3%	178	89,0%
	Όχι	0	0,0%	2	2,7%	2	1,0%
	Δεν ξέρω	3	2,4%	17	23,0%	20	10,0%
Total		126	100,0%	74	100,0%	200	100,0%

Οι επαγγελματίες υγείας γνωρίζουν σε μεγαλύτερο βαθμό το ρόλο της διακοπής καπνίσματος στην ανάπτυξη στεφανιαίας νόσου (p<0,001) (Πίνακας 4).

Πίνακας 4: crosstab chisquare επαγγελματίες υγείας/διακοπή καπνίσματος

Crosstab (p<0,001)							
		8. Είστε επαγγελματίας υγείας;					
		Ναι		Όχι		Total	
		N	%	N	%	N	%
[Η πιθανότητα κάποιο άτομο να πάθει καρδιακή νόσο μειώνεται όταν κόψει το κάπνισμα]	Ναι	114	90,5%	51	68,9%	165	82,5%
	Όχι	10	7,9%	11	14,9%	21	10,5%
	Δεν ξέρω	2	1,6%	12	16,2%	14	7,0%
Total		126	100,0%	74	100,0%	200	100,0%

Οι επαγγελματίες υγείας γνωρίζουν σε μεγαλύτερο βαθμό το ρόλο της κατανάλωσης υπερβολικού αλατιού στην ανάπτυξη στεφανιαίας νόσου ($p<0,001$) (Πίνακας 5).

Πίνακας 5: crosstab chisquare επαγγελματίες υγείας/υπερβολική κατανάλωση αλατιού

Crosstab ($p<0,001$)							
		8. Είστε επαγγελματίας υγείας;					
		Ναι		Όχι		Total	
		N	%	N	%	N	%
[Η κατανάλωση υπερβολικού αλατιού μπορεί να προκαλέσει στεφανιαία νόσο]	Ναι	97	77,0%	43	58,1%	140	70,0%
	Όχι	12	9,5%	3	4,1%	15	7,5%
	Δεν ξέρω	17	13,5%	28	37,8%	45	22,5%
Total		126	100,0%	74	100,0%	200	100,0%

Οι επαγγελματίες υγείας γνωρίζουν σε μεγαλύτερο βαθμό το ρόλο της παχυσαρκίας στην ανάπτυξη στεφανιαίας νόσου ($p=0,012$) (Πίνακας 6).

Πίνακας 6: crosstab chisquare επαγγελματίες υγείας/παχυσαρκία

Crosstab ($p=0,012$)							
		8. Είστε επαγγελματίας υγείας;					
		Ναι		Όχι		Total	
		N	%	N	%	N	%
[Τα υπέρβαρα/ παχύσαρκα άτομα έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να προσβληθούν από στεφανιαία νόσο]	Ναι	124	98,4%	66	89,2%	190	95,0%
	Όχι	0	0,0%	2	2,7%	2	1,0%
	Δεν ξέρω	2	1,6%	6	8,1%	8	4,0%

Total	126	100,0%	74	100,0%	200	100,0%
-------	-----	--------	----	--------	-----	--------

Οι επαγγελματίες υγείας γνωρίζουν σε μεγαλύτερο βαθμό ότι η πίεση του αίματος αυξάνεται όταν το άτομο βρίσκεται σε στρεσογόνες καταστάσεις ($p=0,019$) (Πίνακας 7).

Πίνακας 7: crosstab chisquare επαγγελματίες υγείας/αύξηση πίεσης σε στρεσογόνες καταστάσεις

Crosstab ($p=0,019$)

		8. Είστε επαγγελματίας υγείας;					
		Ναι		Όχι		Total	
		N	%	N	%	N	%
[Η πίεση του αίματος αυξάνεται όταν το άτομο βρίσκεται σε στρεσογόνες καταστάσεις]	Ναι	121	96,0%	64	86,5%	185	92,5%
	Όχι	0	0,0%	3	4,1%	3	1,5%
	Δεν ξέρω	5	4,0%	7	9,5%	12	6,0%
Total		126	100,0%	74	100,0%	200	100,0%

Οι επαγγελματίες υγείας γνωρίζουν σε μεγαλύτερο βαθμό το ρόλο της υπέρτασης στην ανάπτυξη στεφανιαίας νόσου ($p=0,019$) (Πίνακας 8).

Πίνακας 8: crosstab chisquare επαγγελματίες υγείας/υπέρταση

Crosstab ($p=0,019$)

		8. Είστε επαγγελματίας υγείας;					
		Ναι		Όχι		Total	
		N	%	N	%	N	%

		N	%	N	%	N	%
[Η υπέρταση είναι παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση καρδιακής νόσου]	Ναι	119	94,4%	61	82,4%	180	90,0%
	Όχι	2	1,6%	2	2,7%	4	2,0%
	Δεν ξέρω	5	4,0%	11	14,9%	16	8,0%
Total		126	100,0%	74	100,0%	200	100,0%

Οι επαγγελματίες υγείας γνωρίζουν σε μεγαλύτερο βαθμό ότι ο έλεγχος της πίεσης του αίματος μειώνει την πιθανότητα εμφάνισης καρδιακής νόσου ($p<0,001$) (Πίνακας 9).

Πίνακας 9: crosstab chisquare επαγγελματίες υγείας/έλεγχος πίεσης αίματος

Crosstab ($p<0,001$)							
8. Είστε επαγγελματίας υγείας;							
[Ο έλεγχος της πίεσης του αίματος μειώνει την πιθανότητα εμφάνισης καρδιακής νόσου]	Nαι			Όχι			Total
	N	%	N	%	N	%	
[Ο έλεγχος της πίεσης του αίματος μειώνει την πιθανότητα εμφάνισης καρδιακής νόσου]	Ναι	107	84,9%	39	52,7%	146	73,0%
	Όχι	10	7,9%	17	23,0%	27	13,5%
	Δεν ξέρω	9	7,1%	18	24,3%	27	13,5%
Total		126	100,0%	74	100,0%	200	100,0%

Οι επαγγελματίες υγείας γνωρίζουν σε μεγαλύτερο βαθμό ότι τα φάρμακα για την υπέρταση θα πρέπει να χρησιμοποιούνται εφ' όρου ζωής ($p<0,001$) (Πίνακας 10).

Πίνακας 10: crosstab chisquare επαγγελματίες υγείας/Τα φάρμακα για την υπέρταση θα πρέπει να χρησιμοποιούνται εφ' όρου ζωής

Crosstab (p<0,001)							
	8. Είστε επαγγελματίας υγείας;						
	Ναι		Όχι		Total		
	N	%	N	%	N	%	
[Τα φάρμακα για την υπέρταση θα πρέπει να χρησιμοποιούνται εφ' όρου ζωής]	Ναι	63	50,0%	18	24,3%	81	40,5%
	Όχι	42	33,3%	14	18,9%	56	28,0%
	Δεν ξέρω	21	16,7%	42	56,8%	63	31,5%
Total		126	100,0%	74	100,0%	200	100,0%

Οι επαγγελματίες υγείας γνωρίζουν σε μεγαλύτερο βαθμό το ρόλο της αυξημένης χοληστερόλης στην ανάπτυξη στεφανιαίας νόσου (p<0,001) (Πίνακας 11).

Πίνακας 11: crosstab chisquare επαγγελματίες υγείας/ αυξημένη χοληστερόλη

Crosstab (p<0,001)							
	8. Είστε επαγγελματίας υγείας;						
	Ναι		Όχι		Total		
	N	%	N	%	N	%	
[Η αυξημένη χοληστερόλη είναι παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση καρδιακής νόσου]	Ναι	119	94,4%	56	75,7%	175	87,5%
	Δεν ξέρω	7	5,6%	18	24,3%	25	12,5%
Total		126	100,0%	74	100,0%	200	100,0%

Οι επαγγελματίες υγείας γνωρίζουν σε μεγαλύτερο βαθμό το ρόλο της αυξημένης HDL χοληστερόλης στην ανάπτυξη στεφανιαίας νόσου (p<0,001) (Πίνακας 12).

Πίνακας 12: crosstab chisquare επαγγελματίες υγείας/ αυξημένη HDL χοληστερόλη

		8. Είστε επαγγελματίας υγείας;					
		1		2		Total	
		N	%	N	%	N	%
[Όταν η HDL χοληστερόλη είναι αυξημένη, τότε υπάρχει πεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης καρδιακής νόσου]	Ναι	42	33,3%	22	29,7%	64	32,0%
	Όχι	69	54,8%	14	18,9%	83	41,5%
	Δεν ξέρω	15	11,9%	38	51,4%	53	26,5%
Total		126	100,0%	74	100,0%	200	100,0%

Οι επαγγελματίες υγείας γνωρίζουν σε μεγαλύτερο βαθμό το ρόλο της αυξημένης LDL χοληστερόλης στην ανάπτυξη στεφανιαίας νόσου ($p<0,001$) (Πίνακας 13).

Πίνακας 13: crosstab chisquare επαγγελματίες υγείας/ αυξημένη LDL χοληστερόλη

		8. Είστε επαγγελματίας υγείας;					
		Ναι		Όχι		Total	
		N	%	N	%	N	%
[Όταν η LDL χοληστερόλη είναι αυξημένη, τότε υπάρχει πεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης καρδιακής νόσου]	Ναι	89	70,6%	28	37,8%	117	58,5%
	Όχι	17	13,5%	8	10,8%	25	12,5%
	Δεν ξέρω	20	15,9%	38	51,4%	58	29,0%
Total		126	100,0%	74	100,0%	200	100,0%

Οι επαγγελματίες υγείας γνωρίζουν σε μεγαλύτερο βαθμό του αν είναι απαραίτητη η φαρμακευτική αγωγή στην αυξημένη χοληστερόλη ($p=0,008$) (Πίνακας 14).

Πίνακας 14: crosstab chisquare επαγγελματίες υγείας/φαρμακευτική αγωγή στην αυξημένη χοληστερόλη

		8. Είστε επαγγελματίας υγείας;					
		Ναι		Όχι		Total	
		N	%	N	%	N	%
[Κάθε άτομο που έχει αυξημένη χοληστερόλη πρέπει να παίρνει φαρμακευτική αγωγή για αυτήν]	Ναι	55	43,7%	27	36,5%	82	41,0%
	Όχι	57	45,2%	26	35,1%	83	41,5%
	Δεν ξέρω	14	11,1%	21	28,4%	35	17,5%
Total		126	100,0%	74	100,0%	200	100,0%

Οι επαγγελματίες υγείας γνωρίζουν σε μεγαλύτερο βαθμό το ρόλο του διαβήτη στην ανάπτυξη στεφανιαίας νόσου ($p<0,001$) (Πίνακας 15).

Πίνακας 15: crosstab chisquare επαγγελματίες υγείας/διαβήτη

		8. Είστε επαγγελματίας υγείας;					
		Ναι		Όχι		Total	
		N	%	N	%	N	%
[Ο διαβήτης είναι παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση καρδιακής νόσου]	Ναι	114	90,5%	41	55,4%	155	77,5%
	Όχι	4	3,2%	5	6,8%	9	4,5%
	Δεν ξέρω	8	6,3%	28	37,8%	36	18,0%
Total		126	100,0%	74	100,0%	200	100,0%

Οι επαγγελματίες υγείας γνωρίζουν σε μεγαλύτερο βαθμό το ρόλο του ελέγχου της γλυκόζης του αίματος στα διαβητικά άτομα στην ανάπτυξη στεφανιαίας νόσου ($p<0,001$) (Πίνακας 16).

Πίνακας 16: crosstab chisquare επαγγελματίες υγείας/έλεγχος γλυκόζης αίματος σε διαβητικούς

Crosstab ($p<0,001$)							
		8. Είστε επαγγελματίας υγείας;					
		Ναι		Όχι		Total	
		N	%	N	%	N	%
[Ο κίνδυνος μειώνεται σε διαβητικούς ασθενείς αν έχουν τη γλυκόζη του αίματος υπό έλεγχο]	Ναι	92	73,0%	39	52,7%	131	65,5%
	Όχι	15	11,9%	6	8,1%	21	10,5%
	Δεν ξέρω	19	15,1%	29	39,2%	48	24,0%
Total		126	100,0%	74	100,0%	200	100,0%

Παρακάτω παρουσιάζονται τα αποτελέσματα για την σημαντικότητα του κάθε παράγοντα και τη διαφοροποίηση μεταξύ επαγγελματιών υγείας και γενικού πληθυσμού. Όπως φαίνονται στον Πίνακα 17, διαφοροποίηση στη σημαντικότητα εμφανίζεται στο διαβήτη, και στην εθνικότητα, όπου και στις δύο περιπτώσεις οι επαγγελματίες υγείας δίνουν μεγαλύτερη σημασία στους παράγοντες αυτούς από ό,τι ο γενικός πληθυσμός.

Πίνακας 17: independent sample t-test διαφοροποίηση σε παράγοντες ανάμεσα σε επαγγελματίες υγείας και γενικό πληθυσμό

Independent Samples Test											
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means		Significance		Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	One-Sided p	Two-Sided p			Lower	Upper
[Κάπνισμα (να καπνίζει το ίδιο το άτομο)]	Equal variances assumed	,056	,813	,315	198	,376	,753	,045	,141	-,234	,324
	Equal variances not assumed			,312	148,047	,378	,755	,045	,143	-,238	,327
[Παθητικό κάπνισμα (να καπνίζουν οι γύρω του)]	Equal variances assumed	,022	,883	,376	198	,354	,708	,062	,166	-,264	,389
	Equal variances not assumed			,375	152,610	,354	,708	,062	,166	-,265	,390
[Ατμοσφαιρική ρύπανση]		Equal variances assumed	,211	,647	-,332	198	,370	-,056	,168	-,388	,276

	Equal variances not assumed			-,334	155,064	,369	,739	-,056	,168	-,387	,275
[Οικογενειακό ιστορικό]	Equal variances assumed	,498	,481	,758	198	,225	,449	,116	,153	-,185	,417
	Equal variances not assumed			,742	142,966	,230	,459	,116	,156	-,193	,424
[Ηλικία]	Equal variances assumed	,041	,841	,257	198	,399	,797	,041	,159	-,273	,355
	Equal variances not assumed			,259	156,149	,398	,796	,041	,158	-,272	,354
[Σκόνη]	Equal variances assumed	,049	,825	-,840	198	,201	,402	-,139	,166	-,465	,187
	Equal variances not assumed			-,831	148,056	,204	,408	-,139	,167	-,470	,192
[Ελλειψη άσκησης]	Equal variances assumed	2,131	,146	-,376	198	,354	,707	-,056	,150	-,351	,239
	Equal variances not assumed			-,384	163,433	,351	,701	-,056	,146	-,345	,233
[Κακή διατροφή (γενικά)]	Equal variances assumed	1,134	,288	,155	198	,439	,877	,023	,147	-,267	,312
	Equal variances not assumed			,159	164,944	,437	,874	,023	,143	-,260	,305
[Διατροφή με υψηλά κορεσμένα λιπαρά]	Equal variances assumed	4,535	,034	,399	198	,345	,690	,061	,153	-,240	,362
	Equal variances not assumed			,419	175,475	,338	,676	,061	,145	-,226	,348

[Μη επεξεργασμένο κόκκινο κρέας]	Equal variances assumed	,052	,820	-,558	198	,289	,577	-,085	,153	-,386	,216
	Equal variances not assumed			-,561	155,398	,288	,576	-,085	,152	-,385	,215
[Επεξεργασμένο κόκκινο κρέας (πχ αλλαντικά)]	Equal variances assumed	,000	,991	,984	198	,163	,326	,147	,149	-,148	,441
	Equal variances not assumed			,993	157,335	,161	,322	,147	,148	-,145	,439
[Παχυσαρκία]	Equal variances assumed	1,508	,221	-,120	198	,452	,904	-,017	,137	-,287	,254
	Equal variances not assumed			-,125	169,417	,451	,901	-,017	,133	-,278	,245
[Διαβήτης]	Equal variances assumed	1,351	,247	2,261	198	,012	,025	,365	,162	,047	,684
	Equal variances not assumed			2,191	138,763	,015	,030	,365	,167	,036	,695
[Φαρμακευτικά σκευάσματα]	Equal variances assumed	1,354	,246	-,648	198	,259	,518	-,112	,174	-,455	,230
	Equal variances not assumed			-,659	161,543	,255	,511	-,112	,170	-,449	,224
[Υπέρταση]	Equal variances assumed	2,023	,156	1,405	198	,081	,162	,202	,144	-,081	,485
	Equal variances not assumed			1,449	167,850	,075	,149	,202	,139	-,073	,476
[Αυξημένη χοληστερόλη]	Equal variances assumed	,162	,688	1,532	198	,064	,127	,223	,146	-,064	,510

	Equal variances not assumed			1,538	154,821	,063	,126	,223	,145	-,063	,510
[Χρήση ναρκωτικών ουσιών]	Equal variances assumed	,342	,560	-,959	198	,169	,339	-,172	,180	-,526	,182
	Equal variances not assumed			-,960	153,816	,169	,338	-,172	,179	-,527	,182
[Στρες]	Equal variances assumed	2,950	,087	-1,556	198	,061	,121	-,246	,158	-,558	,066
	Equal variances not assumed			-1,640	177,855	,051	,103	-,246	,150	-,542	,050
[πένθος]	Equal variances assumed	,001	,977	-1,398	198	,082	,164	-,228	,163	-,550	,094
	Equal variances not assumed			-1,410	157,124	,080	,161	-,228	,162	-,547	,091
[Υπερβολικός θυμός/οργή]	Equal variances assumed	1,891	,171	-1,865	198	,032	,064	-,316	,170	-,651	,018
	Equal variances not assumed			-1,931	169,785	,028	,055	-,316	,164	-,639	,007
[Κατάθλιψη]	Equal variances assumed	,021	,886	-1,817	198	,035	,071	-,303	,167	-,633	,026
	Equal variances not assumed			-1,844	160,332	,033	,067	-,303	,164	-,628	,021
[Ενδοοικογενειακή βία]	Equal variances assumed	1,190	,277	-,949	198	,172	,344	-,168	,177	-,517	,181
	Equal variances not assumed			-,936	146,351	,175	,351	-,168	,180	-,523	,187

[Εθνικότητα]	Equal variances assumed	,327	,568	3,074	198	,001	,002	,502	,163	,180	,825
	Equal variances not assumed			3,074	152,957	,001	,003	,502	,163	,179	,825
[Αλκοόλ]	Equal variances assumed	,564	,453	-,879	198	,190	,380	-,154	,176	-,501	,192
	Equal variances not assumed			-,861	143,284	,195	,391	-,154	,179	-,509	,200

Πίνακας 18: διαφοροποίηση Μ.Ο. σε παράγοντες ανάμεσα σε επαγγελματίες υγείας και γενικό πληθυσμό

Group Statistics

	8. Είστε επαγγελματίας υγείας;	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
[Κάπνισμα (να καπνίζει το ίδιο το άτομο)]	1	126	4,44	,951	,085
	2	74	4,39	,991	,115
[Παθητικό κάπνισμα (να καπνίζουν οι γύρω του)]	1	126	3,37	1,129	,101
	2	74	3,31	1,134	,132
[Ατμοσφαιρική ρύπανση]	1	126	3,21	1,157	,103
	2	74	3,27	1,138	,132
[Οικογενειακό ιστορικό]	1	126	4,14	1,010	,090

	2	74	4,03	1,098	,128
[Ηλικία]	1	126	3,73	1,098	,098
	2	74	3,69	1,072	,125
[Σκόνη]	1	126	2,43	1,113	,099
	2	74	2,57	1,160	,135
[Έλλειψη άσκησης]	1	126	3,85	1,051	,094
	2	74	3,91	,968	,112
[Κακή διατροφή (γενικά)]	1	126	4,20	1,036	,092
	2	74	4,18	,942	,109
[Διατροφή με υψηλά κορεσμένα λιπαρά]	1	126	4,18	1,106	,098
	2	74	4,12	,921	,107
[Μη επεξεργασμένο κόκκινο κρέας]	1	126	3,06	1,049	,093
	2	74	3,15	1,029	,120
[Επεξεργασμένο κόκκινο κρέας (πχ αλλαντικά)]	1	126	4,08	1,032	,092
	2	74	3,93	,998	,116
[Παχυσαρκία]	1	126	4,39	,980	,087
	2	74	4,41	,859	,100

[Διαβήτης]	1	126	4,23	1,052	,094
	2	74	3,86	1,186	,138
[Φαρμακευτικά σκευάσματα]	1	126	3,20	1,213	,108
	2	74	3,31	1,134	,132
[Υπέρταση]	1	126	4,17	1,020	,091
	2	74	3,97	,906	,105
[Αυξημένη χοληστερόλη]	1	126	4,18	,999	,089
	2	74	3,96	,985	,115
[Χρήση ναρκωτικών ουσιών]	1	126	3,84	1,229	,109
	2	74	4,01	1,222	,142
[Στρες]	1	126	3,89	1,154	,103
	2	74	4,14	,941	,109
[πένθος]	1	126	3,42	1,127	,100
	2	74	3,65	1,091	,127
[Υπερβολικός θυμός/οργή]	1	126	3,37	1,212	,108
	2	74	3,69	1,059	,123
[Κατάθλιψη]	1	126	3,28	1,164	,104

	2	74	3,58	1,098	,128
[Ενδοοικογενειακή βία]	1	126	3,28	1,184	,105
	2	74	3,45	1,251	,145
[Εθνικότητα]	1	126	2,52	1,115	,099
	2	74	2,01	1,116	,130
[Αλκοόλ]	1	126	3,64	1,163	,104
	2	74	3,80	1,260	,147

Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε ανάλυση crosstabs chisquare για τη διαφοροποίηση στις συνήθειες των επαγγελματιών υγείας και του γενικού πληθυσμού. Όπως φαίνεται από τα αποτελέσματα, σημαντική διαφοροποίηση υπάρχει μόνο στο αν οι συμμετέχοντες έχουν καπνίσει ποτέ στη ζωή τους. Εδώ οι επαγγελματίες υγείας δεν έχουν καπνίσει ποτέ σε μεγαλύτερο ποσοστό (Πίνακας 19), ενώ φαίνεται να καταναλώνουν ζωικά λιπαρά σε χαμηλότερη συχνότητα (Πίνακας 20). Οι υπόλοιποι παράγοντες δεν εμφανίζουν ιδιαίτερες διαφοροποιήσεις ($p>0,05$).

Πίνακας 19: crosstab chisquare επαγγελματίες υγείας/κάπνισμα στη διάρκεια της ζωής

Crosstab (p=0,023)					
			8. Είστε επαγγελματίας υγείας;		
			1	2	Total
13. Έχετε καπνίσει ποτέ στη ζωή σας;	1	Count	66	24	90
			73,3%	26,7%	100,0%
			52,4%	32,4%	45,0%
	2	Count	20	17	37
			54,1%	45,9%	100,0%
			15,9%	23,0%	18,5%
	3	Count	40	33	73
			54,8%	45,2%	100,0%
			31,7%	44,6%	36,5%
Total	Count	126	74	200	
		63,0%	37,0%	100,0%	
		100,0%	100,0%	100,0%	

Πίνακας 20: crosstab chisquare επαγγελματίες υγείας/κατανάλωση κορεσμένων ζωικών λιπαρών

Crosstab (p=0,036)			8. Είστε επαγγελματίας υγείας;		
Καταναλώνετε κορεσμένα (ζωικά) λιπαρά (π.χ. βούτυρο, λιπαρά κρέατα, λιπαρά τυριά κλπ);			1	2	Total
			2	3	5
Καταναλώνετε κορεσμένα (ζωικά) λιπαρά (π.χ. βούτυρο, λιπαρά κρέατα, λιπαρά τυριά κλπ);	1	Count	40,0%	60,0%	100,0%
			1,6%	4,1%	2,5%
	2	Count	41	20	61
			67,2%	32,8%	100,0%
			32,5%	27,0%	30,5%
	3	Count	49	18	67
			73,1%	26,9%	100,0%
			38,9%	24,3%	33,5%
	4	Count	25	28	53
			47,2%	52,8%	100,0%
			19,8%	37,8%	26,5%
	5	Count	9	5	14
			64,3%	35,7%	100,0%
			7,1%	6,8%	7,0%
Total	Count		126	74	200
			63,0%	37,0%	100,0%
			100,0%	100,0%	100,0%

Συζήτηση

Όπως φαίνεται από τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τη συγκεκριμένη έρευνα, υπάρχουν κάποια σημεία τα οποία αξίζει να αναλυθούν περαιτέρω. Όσον αφορά τα στοιχεία που έχει το δείγμα, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων είναι γυναίκες, ηλικίας κυρίως από 26 έως 55 ετών, με υψηλό μορφωτικό επίπεδο, κυρίως έγγαμες, που διαβιούν σε αστικές περιοχές με μεγαλύτερο ποσοστό να είναι δημόσιοι υπάλληλοι και με ετήσιο εισόδημα μέτριο. Τα δύο τρίτα περίπου του συνολικού δείγματος είναι επαγγελματίες υγείας με την πλειοψηφία αυτών να είναι νοσηλευτές.

Σε σχέση με τις συνήθειες που έχουν όσον αφορά στους παράγοντες που βοηθούν ή παρεμποδίζουν την ανάπτυξη καρδιαγγειακών νοσημάτων, το δείγμα φαίνεται ότι αθλείται σε γενικές γραμμές ενώ ένα σημαντικό μέρος του δείγματος δεν καπνίζει πλέον, αλλά μπορεί να κάπνιζε στο παρελθόν. Από τους ενεργούς καπνιστές φαίνεται ότι οι περισσότεροι καπνίζουν αρκετά, δηλαδή πάνω από 6 τσιγάρα την ημέρα, ενώ τα περισσότερα άτομα φαίνεται να καπνίζουν είτε για πολύ λίγα χρόνια είτε για πάρα πολλά.

Σε σχέση με την κατανάλωση αλκοόλ, αυτή φαίνεται να είναι μετριασμένη, όπως το ίδιο συμβαίνει και με την κατανάλωση επεξεργασμένου κόκκινου κρέατος αλλά και μη επεξεργασμένου, ενώ καταναλώνουν σε μέτρια προς υψηλό βαθμό κορεσμένα λιπαρά.

Όσον αφορά στους παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη καρδιαγγειακών νοσημάτων, στο σύνολο του δείγματος φαίνεται ότι οι πιο σημαντικοί παράγοντες αναδεικνύονται η ηλικία, το ιστορικό, το κάπνισμα, η κατανάλωση φρούτων και λαχανικών, κόκκινου κρέατος, αλατιού, λιπαρών, η γενική διατροφική κατάσταση, η παχυσαρκία, η άσκηση και κάποιοι συγκεκριμένοι δείκτες, όπως γλυκόζη του αίματος, το αν πάσχει το άτομο από διαβήτη, αλλά και η χοληστερόλη.

Από τα αποτελέσματα, επίσης, φάνηκε ότι υπάρχουν κάποιες λανθασμένες εντυπώσεις σε ένα μεγάλο μέρος του δείγματος που αφορούν στο αν ένα άτομο μπορεί να αντληφθεί αν έχει κάποιο καρδιαγγειακό νόσημα από μόνο του, στο αν θα πρέπει ένα άτομο να παίρνει αντιυπερτασική αγωγή εφ'όρου ζωής εφόσον έχει υπέρταση, αλλά και για το αν ένα άτομο που έχει χοληστερόλη πρέπει να λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή για αυτό αναγκαστικά.

Όσον αφορά στην σημαντικότητα των παραγόντων που σχετίζονται με την εμφάνιση καρδιαγγειακών νοσημάτων, αυτή που αναφέρονται ως πιο σημαντικοί είναι το κάπνισμα, η παχυσαρκία, η διατροφή με υψηλά κορεσμένα λιπαρά, η κακή διατροφή γενικά, ο διαβήτης, η χρήση ναρκωτικών ουσιών, το οικογενειακό ιστορικό, το επεξεργασμένο κόκκινο κρέας, η υπέρταση και η αυξημένη χοληστερόλη, ενώ λιγότερο σημαντικοί είναι η σκόνη, η εθνικότητα, το παθητικό κάπνισμα, η ατμοσφαιρική ρύπανση, το μη επεξεργασμένο κόκκινο κρέας, τα φαρμακευτικά σκευάσματα, η κατάθλιψη, η ενδοοικογενειακή βία και υπερβολικός θυμός και οργή.

Όσον αφορά στην διαφοροποίηση που μπορεί να υπάρχει μεταξύ των επαγγελματιών υγείας για του γενικού πληθυσμού, υπάρχουν κάποιοι συγκεκριμένοι παράγοντες που εμφανίζουν σημαντικές στατιστικά διαφοροποιήσεις. Οι επαγγελματίες υγείας φαίνεται να γνωρίζουν σε μεγαλύτερο βαθμό αν ένα άτομο μπορεί να αντιληφθεί αν έχει κάποιο καρδιακό νόσημα ή όχι, καθώς και τη σημαντικότητα που έχει το ιστορικό στην ανάπτυξη στεφανιαίας νόσου, αλλά και η διακοπή του καπνίσματος και η κατανάλωση υπερβολικού αλατιού. Το ίδιο συμβαίνει και για την παχυσαρκία, την υπέρταση, τον έλεγχο της πίεσης του αίματος, τη χοληστερόλη και το διαβήτη. Επιπλέον, φαίνεται ότι οι επαγγελματίες υγείας είναι πιο εξοικειωμένοι με την αλλαγή της πίεσης του αίματος σε στρεσογόνες καταστάσεις, όπως και επίσης το ρόλο που έχει ο έλεγχος της γλυκόζης του αίματος στα διαβητικά άτομα, ενώ σημαντικές είναι και οι διαφοροποιήσεις σε σχέση με το ρόλο της LDL και HDL χοληστερόλης. Τέλος, σημαντική είναι και η διαφοροποίηση στις γνώσεις που αφορούν στο αν τα φάρμακα για την υπέρταση θα πρέπει να χρησιμοποιούνται εφ' όρου ζωής και για το αν είναι απαραίτητη η φαρμακευτική αγωγή στην αυξημένη χοληστερόλη.

Τέλος, ενδιαφέρον έχει η διαφοροποίηση που υπάρχει σε σχέση με το κατά πόσο είναι σημαντικοί παράγοντες η εθνικότητα και ο διαβήτης, όπου οι επαγγελματίες υγείας δίνουν μεγαλύτερη σημασία σε αυτούς τους δύο παράγοντες από ότι ο γενικός πληθυσμός.

Μετά από ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, δεν φαίνεται να έχει πραγματοποιηθεί παρόμοια έρευνα, όπου να συγκρίνονται οι γνώσεις και οι στάσεις των επαγγελματιών υγείας σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Η έρευνα των Karaman et al. [30] πραγματοποιήθηκε σε ασθενείς με διαβήτη τύπου 2. Αυτό που βρέθηκε είναι ότι τα άτομα που συμμετείχαν είχαν χαμηλό ποσοστό στην ερώτηση του αν ένα άτομο μπορεί

να αναγνωρίσει αν πάσχει από κάποια καρδιακή νόσο, όπως και η συχνότητα κατανάλωσης κόκκινου κρέατος σε σχέση με την ανάπτυξη καρδιαγγειακών νοσημάτων.

Φαίνεται ότι και οι ασθενείς αυτοί στην εργασία του Karaman και στην παρούσα εργασία αναγνωρίζουν ότι η υψηλή HDL χοληστερόλη δεν αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη καρδιαγγειακών νοσημάτων, ενώ υπάρχει διαφοροποίηση σε σχέση με το αν η LDL χοληστερόλη είναι παράγοντας κινδύνου, αφού στο δείγμα της εργασίας αυτής η πλειοψηφία απαντά ότι αποτελεί παράγοντα κινδύνου ενώ στην έρευνα Karaman μόνο το 1/3 των ερωτηθέντων μπορούσε να τον αναγνωρίσει σαν παράγοντα κινδύνου. Από την άλλη, το κάπνισμα, η παχυσαρκία, η μείωση της πιθανότητας ανάπτυξης καρδιαγγειακών νοσημάτων με τη διακοπή του καπνίσματος, το υπερβολικό αλάτι στο φαγητό, η κατανάλωση κορεσμένων λιπαρών, αλλά και ο ευεργετικός ρόλος της άσκησης αναγνωρίζονται και στις δύο έρευνες. Σε σχέση με το ρόλο της άσκησης, διαφοροποίηση υπάρχει επίσης και στην ωφέλεια του αργού περπατήματος, όπου στο δείγμα της παρούσας έρευνας αναγνωρίζεται ως άσκηση ενός την έρευνα του Karaman η συγκεκριμένη δήλωση αναγνωρίζεται ως λανθασμένη.

Παρομοίως στην έρευνα των Saeidi et al. (2015) [26] φαίνεται ότι αξιολογούνται ως σημαντικοί παράγοντες οι συμπεριφορικοί (έλλειψη άσκησης, κάπνισμα, διατροφή, αλκοόλ κλπ), ενώ σχετικά σημαντικοί αναδεικνύονται οι ψυχολογικοί (κατάθλιψη, υπερβολική οργή) και ειδικά το στρες. Τα παραπάνω συμφωνούν με τα ευρήματα της παρούσας έρευνας.

Αναφορικά με τις συνήθειες που υιοθετεί το δείγμα, φαίνεται ότι σε γενικές γραμμές οι ερωτηθέντες δεν έχουν ιδιαίτερα βλαβερές συνήθειες, ενώ οι μόνες διαφοροποιήσεις ανάμεσα σε επαγγελματίες υγείας και γενικό πληθυσμό είναι ότι οι επαγγελματίες υγείας είναι σε μεγαλύτερο ποσοστό μη καπνιστές σε όλη τους τη ζωή και καταναλώνουν σε μικρότερη συχνότητα ζωικά λιπαρά. Τα αποτελέσματα αυτά έρχονται σε αντίθεση με την έρευνα των Khani et al. (2024) [24] όπου βρέθηκε ότι οι νοσηλευτές στο δείγμα καταναλώνουν περισσότερο αλκοόλ, από τους συμμετέχοντες της παρούσας έρευνας.

Συμπεράσματα

Η στεφανιαία νόσος (ΣΝ) εμφανίζεται κυρίως λόγω τροποποιήσιμων παραγόντων κινδύνου, με το κάπνισμα να είναι γνωστό ότι είναι η κύρια αιτία. Άλλοι παράγοντες είναι η υπέρταση, υπερχοληστερολαιμία, διαβήτης, υψηλός δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ), υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ, κακή διατροφή, χαμηλή σωματική δραστηριότητα και άγχος. Παρά την πρόοδο της ιατρικής τεχνολογίας και τη βελτιωμένη διαχείριση αυτών των παραγόντων κινδύνου, ο επιπολασμός της ΣΝ συνεχίζει να αποτελεί σημαντική πρόκληση για τη δημόσια υγεία, υπογραμμίζοντας την ανάγκη για συνεχείς προσπάθειες για την αντιμετώπιση αυτών των τροποποιήσιμων κινδύνων. Οι γνώσεις σχετικά με αυτούς τους παράγοντες αποτελούν σημαντικό βήμα για την πρόληψη, αλλά πολύ συχνά δεν εφαρμόζονται στην πράξη, όπως δείχνουν πολλαπλές έρευνες.

Η βιβλιογραφική ανασκόπηση σχετικά με τις γνώσεις και πρακτικές των επαγγελματιών υγείας σε σχέση με τους παράγοντες κινδύνου για καρδιαγγειακά νοσήματα αποκάλυψε ότι οι γιατροί παρουσιάζουν μεγαλύτερη επίγνωση των παραγόντων κινδύνου καρδιαγγειακής νόσου σε σύγκριση με άλλους επαγγελματίες υγείας. Οι κοινώς αναγνωρισμένοι παράγοντες κινδύνου ωστόσο περιλαμβάνουν μη ισορροπημένη διατροφή, χαμηλή σωματική δραστηριότητα και την επίδραση της εργασίας με βάρδιες στον κερκάρδιο ρυθμό. Επίσης, μεταξύ των νοσηλευτών, των οποίων οι γνώσεις είναι επίσης αρκετές, οι κυριότεροι παράγοντες ήταν ο καθιστικός τρόπος ζωής και η έλλειψη σωματικής δραστηριότητας, ενώ σημειώθηκαν επίσης σημαντικά ποσοστά παχυσαρκίας και οικογενειακό ιστορικό καρδιαγγειακής νόσου. Επιπλέον, έρευνα για φοιτητές νοσηλευτικής έδειξε χαμηλό επίπεδο γνώσης σχετικά με τους παράγοντες κινδύνου καρδιαγγειακής νόσου, παρά τις φυσιολογικές παραμέτρους υγείας. Αυτό υπογραμμίζει την ανάγκη για βελτιωμένη εκπαίδευση και ευαισθητοποίηση μεταξύ των επαγγελματιών υγείας για την καλύτερη αντιμετώπιση της καρδιαγγειακής υγείας.

Στην βιβλιογραφική ανασκόπηση σχετικά με τις γνώσεις και τις πρακτικές των καρδιαγγειακών ασθενών και του γενικού πληθυσμού σχετικά με τους παράγοντες κινδύνου για καρδιαγγειακή νόσο, αποκαλύφθηκε ότι οι ασθενείς αποδίδουν την κατάσταση τους κυρίως σε παράγοντες συμπεριφοράς και ψυχολογικούς παράγοντες,

ενώ βιολογικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες ήταν λιγότερο αναγνωρισμένοι. Επίσης, οι καρδιαγγειακοί ασθενείς εμφάνιζαν υψηλότερη γνώση και θετική στάση απέναντι στην καρδιαγγειακή νόσο σε σύγκριση με τους μη ασθενείς, χωρίς ωστόσο να εφαρμόζουν στην πράξη. Επιπλέον, παράγοντες όπως η ηλικία, η εκπαίδευση και ο τρόπος ζωής επηρέασαν σημαντικά τα επίπεδα γνώσης σχετικά με τους παράγοντες κινδύνου καρδιαγγειακής νόσου. Η εκπαιδευτική παρέμβαση φαίνεται επίσης ότι μπορεί να βελτιώσει σημαντικά τη γνώση των παραγόντων κινδύνου καρδιαγγειακής νόσου, υπογραμμίζοντας την ανάγκη για στοχευμένες εκπαιδευτικές στρατηγικές για την ενίσχυση της ευαισθητοποίησης και των προληπτικών πρακτικών σε διαφορετικούς πληθυσμούς.

Σε σχέση με τα αποτελέσματα της έρευνας φαίνεται ότι το δείγμα, είτε επαγγελματίες υγείας είτε ο γενικός πληθυσμός, είναι σε θέση να αναγνωρίσουν τους πιο σημαντικούς παράγοντες που σχετίζονται με την ανάπτυξη στεφανιαίας νόσου, με ελάχιστες εξαιρέσεις. Αυτό σχετίζεται και με το ότι τα άτομα έχουν υψηλό μορφωτικό επίπεδο. Υπάρχουν κάποιες διαφοροποιήσεις ανάμεσα στις δύο ομάδες, όπως σε σχέση με την γνώση των ατόμων που πάσχουν για το αν μπορούν να το αναγνωρίσουν πριν συμβουλευτούν ειδικό, το ρόλο του οικογενειακού ιστορικού, της διακοπής του καπνίσματος, της χοληστερόλης και του διαβήτη. Σε σχέση με τις συνήθειες, φαίνεται ότι οι επαγγελματίες υγείας δεν καπνίζουν στον ίδιο βαθμό και καταναλώνουν λιγότερα ζωικά λιπαρά.

Η παρούσα έρευνα φαίνεται να είναι η πρώτη που στοχεύει να διακρίνει τις διαφορές μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και του γενικού πληθυσμού σε σχέση με τις γνώσεις και συνήθειες αναφορικά με τους παράγοντες που σχετίζονται με την εκδήλωση στεφανιαίας νόσου. αυτό σημαίνει ότι θα μπορούσε να πραγματοποιηθεί περαιτέρω έρευνα πάνω στο θέμα. Επίσης θα μπορούσε να γίνει και σύγκριση ανάμεσα σε διαφορετικές χώρες. Τέλος θα μπορούσαν να γίνουν και συνεντεύξεις για τη διερεύνηση των συνηθειών και των γνώσεων αλλά και των λόγων για τους οποίους πιθανώς οι γνώσεις και οι συνήθειες να έρχονται σε αντίθεση.

Η έρευνα εμφάνισε και ποικίλους περιορισμούς. Αυτοί καταρχάς, έχουν να κάνουν με τη διαδικασία δειγματοληψίας, που δεν είναι τυχαία και άρα είναι πιθανό να ενέχει σφάλμα στη γενίκευση. Επιπλέον, λόγω διανομής σε ηλεκτρονική μορφή, οι μεγαλύτερες ηλικίες δεν ήταν δυνατόν να συμμετέχουν σε μεγαλύτερο ποσοστό.

Αναφορές

- [1] G. Lippi, F. Sanchis-Gomar και G. Cervellin, «Chest pain, dyspnea and other symptoms in patients with type 1 and 2 myocardial infarction. A literature review,» *International Journal of Cardiology*, 215, pp. 20-22, 15 07 2016.
- [2] J. C. Brown, T. Gerhardt και E. Kwon, «Risk Factors for Coronary Artery Disease,» *StatPearls*, p. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554410/>, 23 01 2023.
- [3] A. Towfighi, L. Zheng και B. Ovbiagele, «Sex-Specific Trends in Midlife Coronary Heart Disease Risk and Prevalence,» *Arch Intern Med.*, 169(19), pp. 1762-1766, 26 10 2009.
- [4] T. Gordon, W. Kannel, M. Hjortland και P. McNamara, «Menopause and Coronary Heart Disease: The Framingham Study,» *Annals of Internal Medicine*, 89(2), pp. <https://www.acpjournals.org/doi/abs/10.7326/0003-4819-89-2-157>, 01 08 1978.
- [5] T. Maddox, M. Stanislawski, G. Grunwald, S. Bradley, M. Ho, T. Tsai, M. Patel, A. Sandhu, J. Valle, D. Magid, B. Leon, D. Bhatt, S. Fihn και J. Rumsfeld, «Nonobstructive Coronary Artery Disease and Risk of Myocardial Infarction,» *JAMA*, 312(17), pp. 1754-1763, 05 11 2014.
- [6] J. L. Fleg, D. E. Forman, K. Berra, V. Bittner, J. A. Blumenthal, M. A. Chen, S. Cheng, D. W. Kitzman, S. Maurer, M. W. Rich, W. K. Shen, M. A. Williams και J. S. Zieman, «A Scientific Statement From the American Heart Association,» *Secondary Prevention of Atherosclerotic Cardiovascular Disease in Older Adults*, p. <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/01.cir.0000436752.99896.22>, 26 11 2013.
- [7] G. Michas, G. Karvelas και A. Trikas, «Cardiovascular disease in Greece; the latest evidence on risk factors,» *Hellenic Journal of Cardiology*, 60, pp. 271-275, 2019.

- [8] G. Touloumi, A. Karakosta, N. Kalpourtz, M. Gavana, A. Vantarakis, M. Kantzanou, C. Hajichristodoulou, G. Chlouverakis, G. Trypsianis, P. Voulgari, Y. Alamanos, K. Makrilakis, S. Liatsis, S. Chatzipanagiotou και G. Stergiou, «High prevalence of cardiovascular risk factors in adults living in Greece: the EMENO National Health Examination Survey,» *BMC Public Health*, 20, pp. <https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-020-09757-4>, 07 11 2020.
- [9] M. Parmar, M. Kaur, S. Bhavanam, G. Mulaka, L. Ishfaq, R. Vempati, M. Faseel, V. Kandepe, R. ER, S. Sahu και S. Davalgi, «A Systematic Review of the Effects of Smoking on the Cardiovascular System and General Health,» *Cureus*, 15(4), p. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10208588/>, 24 04 2023.
- [10] G. Gallucci, A. Tartarone, R. Leroise , A. Lalinga και A. M. Capobianco, «Cardiovascular risk of smoking and benefits of smoking cessation,» *Journal of Thoracic Disease*, 12(7), pp. 3866-3876, 07 2020.
- [11] E. Neufeld, M. Mietus-Snyder, A. Beiser, A. Baker και J. Newburger, «Passive Cigarette Smoking and Reduced HDL Cholesterol Levels in Children With High-Risk Lipid Profiles,» *Circulation*, 96(5), p. <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/01.CIR.96.5.1403>, 02 09 1997.
- [12] W. Besingi και A. Johansson , «Smoke-related DNA methylation changes in the etiology of human disease,» *Human Molecular Genetics*, 23(9), pp. 2290-2297, 01 05 2014.
- [13] D. K. Arnett, R. S. Blumenthal και M. Albert, «2019 ACC/AHA Guideline on the Primary Prevention of Cardiovascular Disease: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines,» *Journal of the American College of Cardiology*, 74(10), pp. 1376-1414, 10 09 2019.
- [14] N. Salehi, P. Janjani και M. Jalilian, «Effect of cigarette smoking on coronary arteries and pattern and severity of coronary artery disease: a review,» *Journal of*

International Medical Research, p.

<https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/03000605211059893>, 02 12 2021.

- [15] M. Manoharan, R. Raja, A. Jamil, D. Csendes, S. Gutlapalli, K. Prakash, K. Swarnakari, M. Bai, D. Desai, A. Desai και S. Penumetch, «Obesity and Coronary Artery Disease: An Updated Systematic Review 2022,» *Cureus*, 14(9), p. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9588166/>, 23 09 2022.
- [16] P. A. Ades και P. Savage , «Obesity in Coronary Heart Disease: An Unaddressed Behavioral Risk Factor,» *Preventive Medicine*, 104, pp. 117-119, 13 04 2017.
- [17] M. Cubrilo-Turek, «Hypertension and Coronary Heart Disease,» *EJIFCC*, 14(2), pp. 67-73, 03 07 2003.
- [18] M. K. Ali, K. M. V. Narayan και N. Tandon, «Diabetes & coronary heart disease: Current perspectives,» *Indian JOurnal of Medical Research*, 132(5), pp. 584-597, 11 2010.
- [19] S. N. Bhupathiraju και K. Tucker, «Coronary heart disease prevention: Nutrients, foods, and dietary patterns,» *Clinica Chimica Acta*, 412, pp. 1493-1514, 17 08 2011.
- [20] Z. Liang, M. Zhang, C. Wang, Y. Yuan και J. Liang, «Association between sedentary behavior, physical activity, and cardiovascular disease-related outcomes in adults—A meta-analysis and systematic review,» *Front Public Health*, 10, p. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9632849/>, 19 10 2022.
- [21] G. N. Levine, «Psychological Stress and Heart Disease: Fact or Folklore?,» *The American Journal of Medicine*, 135(6), pp. 688-696, 24 05 2022.
- [22] F. Vancheri, G. Longo, E. Vancheri και M. Y. Henein, «Mental Stress and Cardiovascular Health—Part I,» *Journal of Clinical Medicine*, 11(12), p. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9225328/>, 10 06 2022.
- [23] D. Hassan, K. Patel, A. Peddemul, R. Sikandar, S. Singh Kahlon, S. Nair, S. Rathinavelu και M. Alfonso, «Knowledge, Attitude and Health Practice towards

Cardiovascular disease in Health care providers: A Systematic Review.,»
Current problems in cardiology 48(8), 101206, 2023.

- [24] S. Khani, S. Rafiei, A. Ghashghaee, M. Masoumi, S. Rezaee, G. Kheradkhah και B. Abdollahi, «Cardiovascular risk factors among nurses: A global systematic review and meta-analysis,» *PloS one*, 19(3) e0286245, 2024.
- [25] N. Kaya, N. Turan, G. Aydin, H. Kaya, I. Erol και P. Ilci, «Cardiovascular disease risk factors and knowledge level in nursing students,» *Clinical and Experimental Health Sciences*, 9(3), pp. 195-201, 2019.
- [26] M. Saeidi, A. Soroush, S. Komasi, K. Moemeni και B. Heydarpour, «Attitudes Toward Cardiovascular Disease Risk Factors Among Patients Referred to a Cardiac Rehabilitation Center: Importance of Psychological Attitudes,» *Shiraz e-medical Journal*, 16(7), e22281, 2014.
- [27] P. Hart, «Women's perceptions of coronary heart disease: an integrative review,» *The Journal of cardiovascular nursing*, 20(3), p. 170–176, 2005.
- [28] M. Machaalani, B. Fakhry, M. Zwaideh, K. Mendelek, N. Mahmoud, T. Hammoud και M. Chahine, «Knowledge, Attitude, and Practice Toward Cardiovascular Diseases in the Lebanese Population,» *Global heart*, 17(1), p. 47, 2022.
- [29] O. Okube, S. Kimani και W. Mirie, «Effect of a Nurse-Led Intervention on Knowledge of the Modifiable Risk Behaviors of Cardiovascular Disease: A Randomized Controlled Trial,» *SAGE open nursing*, 9 23779608231201044, 2023.
- [30] E. Karaman, A. Kalkım και B. Şarer Yürekli, «Determining the Cardiovascular Disease Risk Factor Knowledge and Related Factors Among Adults With Type 2 Diabetes Mellitus,» *Clinical nursing research*, 31(4), p. 579–587, 2022.
- [31] S. Salimi και G. Kuşcu, «Factors influencing cardiovascular patients' knowledge of CVD risk factors,» *Journal of Vascular Nursing*, 41(3), pp. 121-124.

Παράρτημα: Ερωτηματολόγιο

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ: ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΛΟΙΠΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΤΗ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟ: ΜΙΑ ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΛΟΙΠΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ

Αγαπητοί/ες συμμετέχοντες/ουσες

Το παρόν ερωτηματολόγιο διαμοιράζεται στα πλαίσια της εκπόνησης της μεταπτυχιακής μου διατριβής με τίτλο: ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΚΟΙΠΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΤΗ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟ: ΜΙΑ ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΛΟΙΠΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ.

Σκοπός της μελέτης αυτής είναι η διερεύνηση των στάσεων, αντιλήψεων και πρακτικών σε σχέση με τους παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με την ανάπτυξη σταφυλοειδούς νόσου, τόσο στους επαγγελματίες υγείας όσο και στο ευρύ κοινό.

Παρακαλώ να προβείτε στη συμπλήρωση του εν λόγω ερωτηματολογίου, όπου η χρονική διάρκεια συμπλήρωσης δεν ξεπερνά τα 10 λεπτά.

Εδώ πρέπει να αναφερθεί ότι τα δεδομένα είναι εμπιστευτικά και δε ζητείται κανένα στοιχείο που θα μπορούσε να οδηγήσει στην ταυτοποίηση των συμμετεχόντων. Επιπλέον, η συμπλήρωση είναι καθ' όλα εθελοντική, πράγμα που σημαίνει ότι ακόμα και αν ξεκινήσετε να συμπληρώνετε το ερωτηματολόγιο, μπορείτε να αποχωρήσετε οποιαδήποτε στιγμή το επιθυμείτε.

Σας ευχαριστώ.

Με εκτίμηση,

Ιωάννα Δημήρη

Τηλ:

e-mail:

Αφαίρεση προσωπικών δεδομένων (Υπηρεσία Βιβλιοθήκης & Πληροφόρησης Πανεπιστημίου Θεσσαλίας)

Α ΜΕΡΟΣ: ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1. Φύλο
 - a. Άνδρας
 - b. Γυναίκα
 - c. Άλλο
2. Ηλικία
 - a. 18-25
 - b. 26-35
 - c. 36-45
 - d. 46-55
 - e. Άνω των 55
3. Μορφωτικό επίπεδο
 - a. Έως Δημοτικό
 - b. Έως Γυμνάσιο
 - c. Έως Λύκειο
 - d. Μεταλυκειακές σπουδές (ΙΕΚ/Κολλέγιο)
 - e. Απόφοιτος ΑΕΙ/ΑΤΕΙ
 - f. Κάτοχος μεταπτυχιακού τίτλου
 - g. Κάτοχος διδακτορικού τίτλου
4. Οικογενειακή κατάσταση
 - a. Άγαμος/η
 - b. Έγγαμος/η
 - c. Σε σχέση
 - d. Διαζευγμένος/η
 - e. Χήρος/α
5. Περιοχή διαμονής
 - a. Αγροτική
 - b. Ημιαστική
 - c. Αστική
6. Επαγγελματική κατάσταση
 - a. Άνεργος/η
 - b. Ιδιωτικός υπάλληλος
 - c. Δημόσιος υπάλληλος
 - d. Ελεύθερος επαγγελματίας
 - e. Συνταξιούχος
7. Ετήσιο οικογενειακό εισόδημα
 - a. Έως 10.000 €
 - b. 10-20.000€
 - c. 20-30.000€
 - d. 30-40.000€
 - e. 40-50.000€
 - f. Άνω των 50.000€
8. Είστε επαγγελματίας υγείας;
 - a. Ναι

- b. Όχι
9. Αν είστε επαγγελματίας υγείας, ποια είναι η ειδικότητά σας
- Ιατρός
 - Νοσηλεύτης/τρια
 - Άλλο
10. Απαντήστε στις παρακάτω ερωτήσεις με βάση το αν συμφωνείτε (Ναι) ή διαφωνείτε (Όχι) σε κάθε δήλωση. Αν δε γνωρίζετε, επιλέξτε το Δεν ξέρω

	Ναι	Όχι	Δεν ξέρω
Ένα άτομο μπορεί να αντιληφθεί αν έχει κάποιο καρδιακό νόσημα ή όχι			
Αν υπάρχει ιστορικό καρδιαγγειακών ασθενειών υπάρχει μεγαλύτερος κίνδυνος εμφάνισης στεφανιαίας νόσου στο άτομο			
Οι μεγαλύτερης ηλικίας άνθρωποι έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης καρδιακής νόσου			
Η πιθανότητα κάποιο άτομο να πάθει καρδιακή νόσο μειώνεται όταν κόψει το κάπνισμα			
Είναι ωφέλιμο για την καρδιά να τρώει κανείς 2 μερίδες φρούτων και 2 λαχανικών καθημερινά			
Είναι βλαβερό για την καρδιά να τρώει κανείς πάνω από 3/βδομάδα κόκκινο κρέας			
Η κατανάλωση υπερβολικού αλατιού μπορεί να προκαλέσει στεφανιαία νόσο			
Τα γεύματα με υψηλά λιπαρά δεν αυξάνουν τη χοληστερόλη στο αίμα			
Τα λιπαρά που είναι στέρεα σε θερμοκρασία δωματίου (έξω από το ψυγείο) είναι ωφέλιμα για την καρδιά			
Μία διατροφή χαμηλή σε υδατάνθρακες και χαμηλή σε λίπη είναι ωφέλιμη για την καρδιά			
Τα υπέρβαρα/παχύσαρκα άτομα έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να προσβληθούν από στεφανιαία νόσο			
Η τακτική άσκηση μειώνει την πιθανότητα εμφάνισης καρδιακής νόσου			
Ο κίνδυνος για προσβολή από καρδιακή νόσο μειώνεται μόνο όταν η γυμναστική γίνεται σε έναν ειδικό χώρο πχ γυμναστήριο			
Το αργό περπάτημα θεωρείται άσκηση			
Το στρες, η θλίψη, το πένθος είναι παράγοντες που σχετίζονται με την εκδήλωση καρδιακής νόσου			
Η πίεση του αίματος αυξάνεται όταν το άτομο βρίσκεται σε στρεσογόνες καταστάσεις			
Η υπέρταση είναι παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση καρδιακής νόσου			
Ο έλεγχος της πίεσης του αίματος μειώνει την πιθανότητα εμφάνισης καρδιακής νόσου			
Τα φάρμακα για την υπέρταση θα πρέπει να χρησιμοποιούνται εφ' όρου ζωής			
Η αυξημένη χοληστερόλη είναι παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση καρδιακής νόσου			

Όταν η HDL χοληστερόλη είναι αυξημένη, τότε υπάρχει μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης καρδιακής νόσου			
Όταν η LDL χοληστερόλη είναι αυξημένη, τότε υπάρχει μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης καρδιακής νόσου			
Κάθε άτομο που έχει αυξημένη χοληστερόλη πρέπει να παίρνει φαρμακευτική αγωγή για αυτήν			
Ο διαβήτης είναι παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση καρδιακής νόσου			
Ο κίνδυνος μειώνεται σε διαβητικούς ασθενείς αν έχουν τη γλυκόζη του αίματος υπό έλεγχο			

11. Παρακάτω δίνονται κάποιοι παράγοντες οι οποίοι μπορεί να σχετίζονται ή όχι στην εμφάνιση στεφανιαίας νόσου. Παρακαλώ, επισημάνετε το βαθμό στον οποίο θεωρείτε ότι ο παράγοντας αυτός είναι σημαντικός ή όχι (1=καθόλου σημαντικός, 2=λίγο σημαντικός, 3=μέτρια σημαντικός, 4=αρκετά σημαντικός, 5= πολύ σημαντικός)

ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ	1	2	3	4	5
Κάπνισμα (να καπνίζει το ίδιο το άτομο)					
Παθητικό κάπνισμα (να καπνίζουν οι γύρω του)					
Ατμοσφαιρική ρύπανση					
Οικογενειακό ιστορικό					
Ηλικία					
Σκόνη					
Έλλειψη άσκησης					
Κακή διατροφή (γενικά)					
Διατροφή με υψηλά κορεσμένα λιπαρά					
Μη επεξεργασμένο κόκκινο κρέας					
Επεξεργασμένο κόκκινο κρέας (πχ αλλαντικά)					
Παχυσαρκία					
Διαβήτης					
Φαρμακευτικά σκευάσματα					

Υπέρταση					
Αυξημένη χοληστερόλη					
Χρήση ναρκωτικών ουσιών					
Στρες					
πένθος					
Υπερβολικός θυμός/οργή					
Κατάθλιψη					
Ενδοοικογενειακ ή βία					
Εθνικότητα					
Αλκοόλ					

12. Πόσο αθλείστε σε εβδομαδιαία βάση;
 - a. Δεν αθλούμαι καθόλου
 - b. Αθλούμαι λίγο (αργό περπάτημα 1-2 φορές την εβδομάδα)
 - c. Αθλούμαι μέτρια (περπάτημα 3-4/ εβδομάδα)
 - d. Αθλούμαι αρκετά (περπάτημα 5+ μέρες την εβδομάδα ή έντονη φυσική δραστηριότητα 2-3/εβδομάδα)
 - e. Αθλούμαι πολύ (καθημερινό περπάτημα και έντονη φυσική δραστηριότητα 3+ μέρες την εβδομάδα)
13. Έχετε καπνίσει ποτέ στη ζωή σας;
 - a. Όχι, ποτέ
 - b. Κάπνιζα παλιά, αλλά τώρα το έχω κόψει
 - c. Είμαι καπνιστής
14. Καπνίζετε αυτή την περίοδο;
 - a. Καθόλου
 - b. Λίγο (1-5 τσιγάρα την ημέρα)
 - c. Αρκετά (6-10 τσιγάρα την ημέρα)
 - d. Πολύ (πάνω από 10 τσιγάρα την ημέρα)
15. Αν είστε ενεργός καπνιστής, πόσα χρόνια καπνίζετε;
 - a. 0-5 χρόνια
 - b. 5-10 χρόνια
 - c. 11-15 χρόνια
 - d. 16-20 χρόνια
 - e. Πάνω από 20 χρόνια
16. Πίνετε αλκοόλ;
 - a. Καθόλου
 - b. Περιστασιακά (1-2 ποτήρια 1 φορά το μήνα ή και λιγότερο)
 - c. Μερικές φορές (1-2 ποτήρια 1 φορά την εβδομάδα)
 - d. Αρκετά (2-3 φορές την εβδομάδα, 1-2 ποτήρια)
 - e. Συχνά (πάνω από 3 φορές την εβδομάδα 1-2 ποτήρια)

- f. Πολύ συχνά (πάνω από 3 φορές την εβδομάδα πάνω από 2 ποτήρια κάθε φορά)
17. Πόσο συχνά καταναλώνετε κόκκινο κρέας (μη επεξεργασμένο);
- a. Καθόλου
 - b. Λίγο (1-2 φορές το μήνα)
 - c. μερικές φορές (1/εβδομάδα)
 - d. συχνά (2-3/εβδομάδα)
 - e. πολύ συχνά (πάνω από 3/εβδομάδα)
18. Πόσο συχνά καταναλώνετε κόκκινο κρέας (επεξεργασμένο);
- a. Καθόλου
 - b. Λίγο (1-2 φορές το μήνα)
 - c. μερικές φορές (1/εβδομάδα)
 - d. συχνά (2-3/εβδομάδα)
 - e. πολύ συχνά (πάνω από 3/εβδομάδα)
19. καταναλώνετε κορεσμένα (ζωικά) λιπαρά (πχ βούτυρο, λιπαρά κρέατα, λιπαρά τυριά κλπ);
- a. Καθόλου
 - b. Λίγο (1-2 φορές το μήνα)
 - c. μερικές φορές (1/εβδομάδα)
 - d. συχνά (2-3/εβδομάδα)
 - e. πολύ συχνά (πάνω από 3/εβδομάδα)