



## Εκπαίδευση του ασθενή σε σχέση με τις αλλαγές στον τρόπο ζωής του μετά από επέμβαση ανοικτής καρδιάς

Καδδά Όλγα

Νοσηλεύτρια, PhD, Καρδιολογική ΜΕΘ, Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο

DOI: 10.5281/zenodo.159051

### ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η φροντίδα του ασθενή αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της Νοσηλευτικής επιστήμης. Ο νοσηλευτής εφαρμόζει αποτελεσματικές στρατηγικές με την προώθηση υγιούς συμπεριφοράς στον ασθενή γεγονός που φαίνεται ότι αποτελεί μια από τις ανάγκες τους. Με τον τρόπο αυτό, οι ασθενείς είναι διατεθειμένοι να υιοθετήσουν και να διατηρήσουν δια βίου αλλαγές που αφορούν στον τρόπο ζωής τους. Οι ασθενείς μετά από επέμβαση ανοικτής καρδιάς αντιλαμβάνονται τη φροντίδα που παρέχεται από τον κλινικό νοσηλευτή ως μια ανάγκη τους για να ενημερωθούν ή και να εκπαιδευτούν όσον αφορά στις ατομικές τους συνήθειες.

Τα τελευταία χρόνια το ενδιαφέρον των επιστημών υγείας έχει επικεντρωθεί στο σχεδιασμό και στην αποτελεσματικότητα εξατομικευμένων εκπαιδευτικών προγραμμάτων. Η κεντρική ιδέα πίσω από ένα αποτελεσματικό εκπαιδευτικό πρόγραμμα είναι η αλλαγή της συμπεριφοράς των ασθενών όσον αφορά τον τρόπο και την ποιότητα ζωής. Επιπλέον στόχος των παραπάνω εκπαιδευτικών προγραμμάτων αποτελεί η ικανοποίηση του ασθενή, η μείωση του άγχους και της κατάθλιψης, η συμμόρφωση με τη θεραπεία και τέλος η βελτίωση της ποιότητας ζωής όχι μόνο για τον ασθενή αλλά και για το περιβάλλον του. Η εκπαίδευση που παρέχεται από τον νοσηλευτή πρέπει να επικεντρώνεται στις ανάγκες του ασθενή και να μην παρέχεται η γνώση παθητικά αλλά με τη συμμετοχή των ασθενών.

**Λέξεις Κλειδιά:** Εκπαίδευση, επέμβαση ανοικτής καρδιάς, αλλαγές τρόπου ζωής.

**Υπεύθυνος αλληλογραφίας:** Καδδά Όλγα, Παπανούτσου 15, ΤΚ: 17455, Αλιμος, e-mail: ol.kadda.31@gmail.com

Rostrum of Asclepius® - "To Vima tou Asklepiou" Journal

Volume 15, Issue 3 (October - December 2016)

SPECIAL ARTICLE

## Patient education regarding lifestyle modifications after open heart surgery

Kadda Olga

RN, PhD, Cardiological ICU, Onassis Cardiac Surgery Center

DOI: 10.5281/zenodo.159051

### ABSTRACT

Patient care is an integral part of Nursing science. Nurse implements effective strategies to promote patient healthy behavior which appears to be one of their needs. In this way, patients are willing to adopt and maintain lifelong changes regarding their lifestyle. Patients after open heart surgery perceive the care provided by the nurse as a clinical need for them to learn or be trained with respect to their individual habits.

In recent years health professionals' interest has focused on the design and effectiveness of individualized educational programs. The central idea behind an effective training program is to change patient's behavior regarding quality of life. Additional aim of these training programs is patient satisfaction, anxiety and depression reduction, compliance with treatment, and finally to improve the quality of life not only for the patient but also for the family too. The education provided by the nurse must focus on patient needs along with patients' participation.

**Keywords:** Education, open heart surgery, lifestyle modifications.

**Corresponding Author:** Kadda Olga, Papanoutsou str. 15, PC: 17455, Alimos, e-mail: ol.kadda.31@gmail.com

---

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

**Η** προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα του ασθενή που πρόκειται να υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση ανοικτής καρδιάς περιλαμβάνει την αρχική εκτίμηση της κατάστασής του και την προετοιμασία του για τη χειρουργική επέμβαση. Σημαντικό μέρος της προετοιμασίας αυτής αποτελεί η εκπαίδευση τόσο του ίδιου του ασθενή, όσο και του περιβάλλοντός του. Με τον όρο εκπαίδευση εννοούμε την αμφίδρομη, αλληλεπιδρώσα διεργασία μέσω της οποίας ο αποδέκτης όχι μόνο διδάσκεται την παρεχόμενη πληροφορία, αλλά την ενσωματώνει στον καθημερινό τρόπο ζωής του. Πρόκειται δηλαδή για μια ευρύτερη έννοια της ενημέρωσης ή της πληροφόρησης. Η εκπαίδευση αποτελεί δικαίωμα του ασθενή αλλά και ηθική, δεοντολογική και νομική υποχρέωση του νοσηλευτή. Σύμφωνα με το Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών (International Council of Nurses, ICN) η εκπαίδευση και η διδασκαλία του ασθενή και των οικείων του αποτελεί τμήμα του πολυσύνθετου σκοπού της νοσηλευτικής πράξης. Στην Ελλάδα, η εκπαίδευση του ασθενή αποτελεί κατοχυρωμένο επαγγελματικό δικαίωμα αλλά και δεοντολογική υποχρέωση του νοσηλευτή, σύμφωνα με τον Κώδικα Νοσηλευτικής Δεοντολογίας.<sup>1</sup>

Οι ασθενείς που υποβάλλονται σε χειρουργική επέμβαση καρδιάς χρειάζονται

ειδική προετοιμασία ώστε να εξασφαλιστεί η ομαλή και χωρίς επιπλοκές διεγχειρητική και μετεγχειρητική πορεία τους.<sup>2</sup> Όταν οι ασθενείς εισάγονται στο νοσοκομείο πιθανόν να νιώθουν φόβο και άγχος.<sup>3</sup> Η χειρουργική επέμβαση, ως διαδικασία, είναι μια εμπειρία που προκαλεί άγχος και για πολλούς ασθενείς δεν είναι εύκολα αντιμετωπίσιμη. Η προεγχειρητική ενημέρωση των ασθενών συμβάλλει στην μείωση του προεγχειρητικού άγχους, στην ανάπτυξη της σχέσης εμπιστοσύνης με τους επαγγελματίες υγείας, στη συμμόρφωση των ασθενών με τη θεραπεία, στην έγκαιρη μετεγχειρητική αποκατάσταση και τέλος, μειώνει το κόστος νοσηλείας. Επιπλέον, τα οφέλη της παροχής υψηλού επιπέδου προεγχειρητικής ενημέρωσης στους ασθενείς συμβάλλουν στη μείωση των παραπόνων από την πλευρά των ασθενών και των συγγενών, στην εξοικονόμηση χρημάτων, στην αύξηση της ικανοποίησης του νοσηλευτικού προσωπικού και στη συμμόρφωση των ασθενών τόσο με τις θεραπευτικές οδηγίες όσο και με τους κανονισμούς του νοσοκομείου.<sup>4,5</sup>

Η ανάπτυξη ενός προγράμματος εκπαίδευσης των ασθενών πολλές φορές είναι δύσκολο να αναπτυχθεί στο περιβάλλον του νοσοκομείου και απαιτείται μεγάλη εμπειρία από τους επαγγελματίες υγείας καθώς και διάφοροι τρόποι για να μεταδοθούν σωστά και με

ακρίβεια οι πληροφορίες (π.χ, έντυπο ενημερωτικό υλικό).<sup>6</sup>

Σύμφωνα με τους Kruzik και συν.,<sup>7</sup> η παροχή γραπτών πληροφοριών προεγχειρητικά αποτελεί την πιο αποτελεσματική μέθοδο για την ενημέρωση των ασθενών για όλα τα στάδια της επέμβασης. Η παροχή ποιοτικής προεγχειρητικής ενημέρωσης σε συνδυασμό με την ενεργό συμμετοχή των ασθενών μπορεί να συμβάλλει στην αύξηση της ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην προεγχειρητική ενημέρωση του ασθενή είναι καθοριστικός για την επίτευξη των μέγιστων δυνατών θετικών αποτελεσμάτων. Η παροχή γραπτών οδηγιών δύναται να λύσει τυχόν απορίες των ασθενών που λόγω του άγχους δεν μπορούν να εκφράσουν την ώρα της νοσηλείας τους. Το αναμενόμενο αποτέλεσμα της εκπαίδευσης στον τομέα της διαχείρισης των παραγόντων κινδύνου είναι η αλλαγή στον τρόπο ζωής των ασθενών και η διατήρηση αυτών των αλλαγών για μεγάλο χρονικό διάστημα μετά την επέμβαση. Αυτό θα επιτευχθεί με τη δομημένη εξατομικευμένη εκπαίδευση την κατάλληλη χρονική στιγμή για τον ασθενή.<sup>8</sup>

### **ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ**

Μετά την επέμβαση οι ασθενείς επωφελούνται από ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα καρδιακής αποκατάστασης γι' αυτό και πρέπει να παροτρύνονται από τους

επαγγελματίες υγείας. Τα πιθανά οφέλη της αποκατάστασης περιλαμβάνουν τη βελτίωση της καρδιακής λειτουργίας, την μείωση του καρδιακού ρυθμού σε ηρεμία και κατά την άσκηση, και μειωμένο κίνδυνο θανάτου ή ανάπτυξης επιπλοκών από καρδιακή νόσο.<sup>9</sup> Γενικότερα, ο σκοπός της μετεγχειρητικής εκπαίδευσης είναι:

1. Η υιοθέτηση υγιεινής διατροφής ακόμα και με τη βοήθεια ενός διαιτολόγου
2. Η διακοπή του καπνίσματος
3. Η ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης και των λιπιδίων του αίματος
4. Η ρύθμιση των επιπέδων γλυκόζης στο αίμα
5. Η ψυχοκοινωνική θεραπεία
6. Η μείωση του άγχους
7. Ο προγραμματισμός περιοδικών επισκέψεων με τον ιατρό (παθολόγο, καρδιολόγο)<sup>10</sup>

### **Εκπαίδευση και διατροφικές συνήθειες**

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), βασικός στόχος όλων των επαγγελματιών υγείας είναι να βοηθήσουν τον ασθενή να υιοθετήσει έναν υγιεινό τρόπο διατροφής και να προβεί σε ενέργειες που θα προλάβουν σοβαρές ασθένειες όπως είναι τα καρδιαγγειακά νοσήματα και ορισμένες μορφές καρκίνου. Δηλαδή, να μειώσει το σωματικό βάρος σε περιπτώσεις παχυσαρκίας, να προωθήσει την κατανάλωση φρούτων και λαχανικών, όσπριων και



δημητριακών ολικής αλέσεως καθώς και ξηρών καρπών.<sup>10</sup>

Τα φρούτα και τα λαχανικά είναι σημαντικά συστατικά μιας υγιεινής διατροφής, και η επαρκής ημερήσια κατανάλωσή τους μπορεί να βοηθήσει στην πρόληψη σοβαρών ασθενειών. Η ανεπαρκής πρόσληψη φρούτων και λαχανικών υπολογίζεται ότι προκαλεί περίπου το 14% των θανάτων από καρκίνο του γαστρεντερικού, περίπου 11% των θανάτων από ισχαιμική καρδιακή νόσο και περίπου το 9% των θανάτων από εγκεφαλικό επεισόδιο σε παγκόσμιο επίπεδο. Μία πρόσφατα δημοσιευμένη έκθεση του ΠΟΥ συνιστά τουλάχιστον 400g φρούτων και λαχανικών την ημέρα για την πρόληψη των χρόνιων παθήσεων όπως η καρδιακή νόσος, ο καρκίνος, ο διαβήτης και η παχυσαρκία.<sup>10</sup>

Η Μεσογειακή διατροφή, η οποία περιλαμβάνει όλα τα παραπάνω, έχει συσχετιστεί με την μείωση του κινδύνου εμφάνισης καρδιαγγειακής νόσου.<sup>11</sup> Σύμφωνα με τον Nestle<sup>12</sup> και τους Willett και συν.,<sup>13</sup> η πυραμίδα της Μεσογειακής διατροφής βασίζεται σε πρότυπα τροφίμων που προέρχονται από την Κρήτη, ένα μεγάλο μέρος της υπόλοιπης Ελλάδας, και της Νότιας Ιταλίας από τις αρχές της δεκαετίας του 1960, όπου το προσδόκιμο ζωής των ενηλίκων ήταν μεταξύ των υψηλότερων στον κόσμο και τα ποσοστά στεφανιαίας νόσου ή ορισμένων μορφών καρκίνου ήταν μεταξύ των χαμηλότερων. Οι χημικές αναλύσεις

του διατροφικού προτύπου της διαίτας της Κρήτης δείχνουν έναν αριθμό προστατευτικών ουσιών, όπως σελήνιο, η γλουταθειόνη, μια ισορροπημένη αναλογία (ω-6):(ω-3) απαραίτητα λιπαρά οξέα, υψηλές ποσότητες ινών, αντιοξειδωτικά (ειδικά ρεσβερατρόλη από το κρασί και πολυφαινόλες από το ελαιόλαδο), βιταμίνες E και C, μερικά από τα οποία έχουν δειχθεί να σχετίζεται με χαμηλότερο κίνδυνο καρκίνου, συμπεριλαμβανομένου του καρκίνου του μαστού.<sup>14</sup>

Πρόσφατες μελέτες,<sup>15,16</sup> λαμβάνοντας υπόψη τα αποδεικτικά στοιχεία που συσσωρεύτηκαν τις τρεις τελευταίες δεκαετίες, έχουν τεκμηριώσει ότι η παραδοσιακή μεσογειακή διατροφή πληροί ορισμένα σημαντικά κριτήρια για μια υγιεινή διατροφή. Από τη μελέτη των Επτά Χωρών στη δεκαετία του 1950, έχει γίνει αξιολόγηση των στοιχείων της διατροφής που επηρεάζουν τις χρόνιες ασθένειες, όπως είναι τα καρδιαγγειακά νοσήματα και ο καρκίνος.<sup>17</sup> Η ιδέα ότι η μεσογειακή διαίτα συσχετίστηκε με χαμηλότερη συχνότητα εμφάνισης καρδιαγγειακών παθήσεων, προτάθηκε για πρώτη φορά στη δεκαετία του 1950. Από τότε, έχουν υπάρξει τυχαίοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές και μεγάλες επιδημιολογικές μελέτες που ανέφεραν η υιοθέτηση του Μεσογειακού διατροφικού προτύπου μπορεί να αποτελεί μια από τις πιο αποτελεσματικές

προσεγγίσεις για την πρόληψη των θανατηφόρων και μη θανατηφόρων επιπλοκών της καρδιαγγειακής νόσου.<sup>18</sup>

Σε μία πολυκεντρική μελέτη στην Ισπανία, οι συμμετέχοντες οι οποίοι βρίσκονταν σε υψηλό καρδιαγγειακό κίνδυνο, αλλά χωρίς καρδιαγγειακή νόσο κατά την ένταξή τους στην μελέτη, χωρίστηκαν σε μία από τις τρεις ομάδες με τρεις διαφορετικές διατροφικές συνήθειες: μια μεσογειακή διατροφή που συμπληρώνεται με το έξτρα παρθένο ελαιόλαδο, μια μεσογειακή διατροφή που συμπληρώνεται με ανάμεικτα ξηρούς καρπούς, ή μια δίαιτα ελέγχου (συμβουλές για τη μείωση διατροφικού λίπους). Το κύριο καταληκτικό σημείο ήταν το ποσοστό των μειζόνων καρδιαγγειακών επεισοδίων (έμφραγμα του μυοκαρδίου, εγκεφαλικού επεισοδίου ή θανάτου από καρδιαγγειακά αίτια). Με βάση τα αποτελέσματα συμπεραίνεται ότι μεταξύ των ατόμων με υψηλό καρδιαγγειακό κίνδυνο, μια μεσογειακή διατροφή που συμπληρώνεται με το έξτρα παρθένο ελαιόλαδο ή τους ξηρούς καρπούς μείωσε τη συχνότητα εμφάνισης σοβαρών καρδιαγγειακών επεισοδίων.<sup>19</sup>

Μετά την επέμβαση ανοικτής καρδιάς θα πρέπει οι ασθενείς να εκπαιδευτούν ώστε να υιοθετήσουν ένα υγιεινό διατροφικό πρότυπο που αν δεν είναι το ίδιο τουλάχιστον να πλησιάζει το πρότυπο της Μεσογειακής διατροφής. Στα σημαντικά οφέλη της συγκεκριμένης διατροφής θα προστεθούν και

η απώλεια του σωματικού βάρους και η μείωση των επιπέδων της χοληστερόλης στο αίμα. Η σημαντικότητα της πρωτεΐνης θα πρέπει να τονιστεί ιδιαίτερα καθώς συμβάλλει σημαντικά στην επούλωση των τραυμάτων και την ανάπτυξη των ιστών μετά την επέμβαση. Η συνιστώμενη ποσότητα της πρωτεΐνης μετά την επέμβαση είναι 0,8 έως 1,0 γραμμάρια πρωτεΐνης ανά κιλό σωματικού βάρους. Οι φυτικές πρωτεΐνες μπορεί να βρεθούν σε ζωικά προϊόντα όπως το κρέας, τα ψάρια, τα αυγά και τα γαλακτοκομικά και μη ζωικές πηγές, όπως τα φασόλια, ξηροί καρποί, οι σπόροι και τα λαχανικά. Σύμφωνα με την Αμερικάνικη Καρδιολογική Εταιρεία<sup>20</sup> στους ασθενείς θα πρέπει να γίνονται ιδιαίτερες συστάσεις για:

1. Ρύθμιση του σωματικού βάρους, ισορροπία θερμίδων πρόσληψης και φυσικής δραστηριότητας να επιτύχουν ή να διατηρήσουν ένα υγιές βάρος σώματος
2. Ρύθμιση του λιπιδαιμικού προφίλ:
3. Ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης, μειώνοντας την πρόσληψη του αλατιού.
4. Αποφυγή των προϊόντων που περιέχουν ζάχαρη, κυρίως στους διαβητικούς ασθενείς που πρέπει να επιδιώκουν τα κανονικά επίπεδα γλυκόζης νηστείας στο αίμα.
5. Διατροφή πλούσια σε λαχανικά και φρούτα
6. Επιλογή τροφίμων ολικής αλέσεως



7. Κατανάλωση ψαριών (ειδικά λιπαρά ψάρια) τουλάχιστον δύο φορές την εβδομάδα
8. Μείωση της κατανάλωσης ποτών και τα τροφίμων με πρόσθετα σάκχαρα
9. Μέτρια κατανάλωση αλκοόλ

## **Εκπαίδευση και καπνιστικές συνήθειες**

Το 2009, ο επιπολασμός του καπνίσματος μεταξύ των ενηλίκων στις ΗΠΑ ήταν 20,6% (46 εκατομμύρια καπνιστές), χωρίς σημαντικές αλλαγές από το 2005 (20,9%). Το 2010, περίπου το 69% των καπνιστών στις Ηνωμένες Πολιτείες ανέφεραν ότι ήθελαν να σταματήσουν το κάπνισμα. Περίπου το 44% ανέφερε ότι προσπάθησαν να σταματήσουν το κάπνισμα κατά το παρελθόν για  $\geq 1$  ημέρα, ωστόσο, μόνο 4% -7% το έκαναν με επιτυχία κάθε χρόνο.<sup>21</sup>

Η συνήθεια του καπνίσματος έχει πολλά χαρακτηριστικά μιας χρόνιας ασθένειας: οι περισσότεροι ασθενείς μετά την πρώτη προσπάθειά τους να διακόψουν το κάπνισμα, έχουν περιόδους υποτροπής, και συχνά απαιτούν επανειλημμένες παρεμβάσεις διακοπής του καπνίσματος. Τουλάχιστον το 70% των καπνιστών επισκέπτονται έναν επαγγελματία υγείας με σκοπό τον καθορισμό παρεμβάσεων για την διακοπή του καπνίσματος.<sup>21</sup>

Η Ευρωπαϊκή Καρδιολογική Εταιρεία (ΕΚΕ) στις κατευθυντήριες οδηγίες<sup>22</sup> που δημοσίευσε το 2012 για τα καρδιαγγειακά

νοσήματα και την πρόληψη τους αναφέρει ότι το κάπνισμα αποτελεί την πρώτη αιτία θανάτου παγκοσμίως και ότι η διακοπή του μπορεί να επιβραδύνει την εξέλιξη της στεφανιαίας νόσου και να μειώσει τον κίνδυνο επανεμφράγματος και αιφνιδίου θανάτου κατά 50% σε ασθενείς με καρδιαγγειακή νόσο.

Σύμφωνα με μελέτη των van Domburg και συν.,<sup>23</sup> η 10ετής θνητότητα στα καρδιαγγειακά νοσήματα είναι περίπου διπλάσια στους καπνιστές. Ωστόσο, ενώ ο σχετικός κίνδυνος εμφράγματος του μυοκαρδίου στους καπνιστές >60 ετών έχει διπλασιαστεί, ο σχετικός κίνδυνος στους καπνιστές <50 ετών είναι πέντε φορές υψηλότερος από ό, τι σε μη καπνιστές. Εκτιμάται ότι οι καπνιστές «χάνουν» το λιγότερο 10 χρόνια από το προσδόκιμο επιβίωσής τους σε σχέση με εκείνους που δεν έχουν καπνίσει ποτέ.<sup>24</sup>

Το ποσοστό των καπνιστών έχει παρατηρηθεί ότι μειώνεται στην Ευρώπη, ωστόσο η μείωση αυτή αφορά σε άτομα που έχουν παρακολουθήσει προγράμματα διακοπής του καπνίσματος. Σύμφωνα με τους Τζου και συν.,<sup>25</sup> που προσπάθησαν να διερευνήσουν τα οφέλη των προγραμμάτων καρδιακής αποκατάστασης, η συνήθεια του καπνίσματος ήταν πιο συχνή ανάμεσα στους ασθενείς που δεν είχαν παρακολουθήσει κάποιο ανάλογο πρόγραμμα.

Η διακοπή του καπνίσματος μπορεί να περιλαμβάνει και φαρμακευτικές παρεμβάσεις και εξαστομικεύεται για κάθε ασθενή. Υπάρχουν πολλά υποκατάστατα νικοτίνης που ο ασθενής με την κατάλληλη καθοδήγηση μπορεί να επιλέξει για να διακόψει το κάπνισμα. Ο ασθενής που είναι διατεθειμένος να προσπαθήσει να διακόψει το κάπνισμα θα πρέπει να του παρέχονται επιλογές όσον αφορά την μέθοδο διακοπής, ενώ οι ασθενείς που δεν θέλουν να προσπαθήσουν να διακόψουν τη χρήση καπνού θα πρέπει να τους παρέχεται μια σύντομη παρέμβαση, με σκοπό να αυξήσουν τα κίνητρά τους για να διακόψουν το κάπνισμα.<sup>26</sup>

Η διακοπή του καπνίσματος είναι μια σύνθετη και δύσκολη διαδικασία, διότι η συνήθεια είναι έντονα εθιστική και φαρμακολογικά και ψυχολογικά. Ο πιο σημαντικός προγνωστικός παράγοντας της επιτυχούς διακοπής είναι το κίνητρο, το οποίο μπορεί να αυξηθεί με την βοήθεια εξειδικευμένων επαγγελματιών υγείας, γεγονός που αυξάνει τις πιθανότητες επιτυχίας.<sup>27</sup> Καθοριστικό ρόλο παίζει η προθυμία του ατόμου να προσπαθήσει να διακόψει το κάπνισμα, η σύντομη επανάληψη της σημασίας διακοπής του σε σχέση με τους καρδιαγγειακούς κινδύνους και η συμφωνία για ένα συγκεκριμένο σχέδιο παρακολούθησης. Η ενημέρωση για διακοπή του καπνίσματος ξεκινά από τη στιγμή που ο

ασθενής εισάγεται στο νοσοκομείο και θα πρέπει να υπάρχει παρακολούθηση για μεγάλο χρονικό διάστημα μετά την έξοδο από το νοσοκομείο για την αύξηση των ποσοστών επιτυχίας. Οι καπνιστές θα πρέπει να ενημερώνονται σχετικά με την αναμενόμενη αύξηση του σωματικού βάρους (κατά μέσο όρο 5 κιλά) και ότι τα οφέλη για την υγεία της διακοπής του καπνίσματος υπερτερούν κατά πολύ τους κινδύνους από την αύξηση του σωματικού βάρους.<sup>22</sup>

Ο νοσηλευτής προσπαθεί να εκπαιδεύσει τους ασθενείς σχετικά με τους τρόπους διακοπής του καπνίσματος και να τονίσει τα σημαντικά οφέλη για την υγεία τους. Οι συμβουλές πρέπει να είναι σύντομες και περιεκτικές ώστε να είναι εύκολα εφαρμόσιμες. Οι περισσότεροι πρώην καπνιστές έχουν διακόψει το κάπνισμα χωρίς βοήθεια. Ωστόσο, οι φαρμακολογικές ενισχύσεις βελτιώνουν σταθερά τα ποσοστά διακοπής. Κατά συνέπεια, εκτός από τις συμβουλές, την ενθάρρυνση, την θεραπεία υποκατάστασης της νικοτίνης και σε ορισμένες περιπτώσεις η βαρενικλίνη ή βουπροπιόνη, προσφέρονται να βοηθήσουν τη διακοπή. Άλλοι τρόποι υποκατάστασης της νικοτίνης είναι η τσίχλες νικοτίνης, οι παστίλιες, το ρινικό εκνέφωμα, ή τα διαδερμικά αυτοκόλλητα τα οποία χρησιμοποιούνται ευρέως για τις πρώτες ημέρες ή μήνες του θεραπευτικού προγράμματος. Ιδιαίτερη έμφαση θα πρέπει να δίνεται από τους νοσηλευτές ότι τόσο σε



ατομικό όσο και σε ομαδικό επίπεδο η βοήθεια είναι αποτελεσματική στους καπνιστές για να σταματήσουν το κάπνισμα. Η υποστήριξη από το σύντροφο και την οικογένεια είναι πολύ σημαντική όπως εξίσου σημαντικό είναι τα μέλη της οικογένειας που καπνίζουν να διακόψουν το κάπνισμα, μαζί με τον ασθενή.<sup>26,27</sup>

## **Εκπαίδευση και σωματική δραστηριότητα**

Το 1768 ένας ιατρός, ο Heberden, ο οποίος ήταν ο πρώτος που αναγνώρισε τη στηθάγχη, παρατήρησε ότι ένας από τους ασθενείς του, που προφανώς έπασχε από στεφανιαία νόσο και είχε στηθάγχη προσπάθειας, σχεδόν θεραπεύτηκε κόβοντας ξύλα για μισή ώρα κάθε μέρα. Το γεγονός αυτό γρήγορα λησμονήθηκε και τις επόμενες δεκαετίες, μέχρι και τα μέσα του 20ου αιώνα, οι καρδιοπαθείς έπειτα από έμφραγμα του μυοκαρδίου παρέμεναν κλινήρεις μέχρι και τρεις μήνες, επειδή η άσκηση θεωρούνταν επικίνδυνη. Σήμερα, οι αντιλήψεις αυτές έχουν αλλάξει και σε όλες τις προηγμένες χώρες υπάρχουν οργανωμένα προγράμματα άσκησης, ψυχοκοινωνικής στήριξης και εκπαίδευσης των πασχόντων από στεφανιαία νόσο ή/και καρδιακή ανεπάρκεια, με σκοπό την προσαρμογή τους σε μια φυσιολογική ζωή.<sup>28</sup>

Η σωματική δραστηριότητα και η αερόβια άσκηση σχετίζονται με μειωμένο κίνδυνο εμφάνισης καρδιακού επεισοδίου

θανατηφόρου ή μη, στον υγιή πληθυσμό, σε άτομα με παράγοντες κινδύνου όπως επίσης και σε ασθενείς με καρδιαγγειακή νόσο. Η καθιστική ζωή αποτελεί τον πιο σημαντικό παράγοντα κινδύνου για καρδιαγγειακά συμβάματα, γι' αυτό και η αερόβια άσκηση συνίσταται ως ένα απαραίτητο μέσο για την πρωτογενής και δευτερογενή πρόληψη της καρδιαγγειακής νόσου. Τα πρώτα προγράμματα καρδιακής αποκατάστασης σχεδιάστηκαν το 1960 στις Η.Π.Α., αφού είχε ήδη γίνει κατανοητό το όφελος της πρώιμης κινητοποίησης του ασθενούς στην πρόγνωση και την επιβίωση μετά από την επέλευση ενός καρδιακού εμφράγματος. Τα προγράμματα αυτά περιελάμβαναν ένα απλό πρόγραμμα άσκησης, ίδιο για τον κάθε ασθενή, ανεξαρτήτως των ιδιαίτερων κλινικών χαρακτηριστικών και δεδομένων κάθε ασθενούς.

Προοδευτικά εξελίχθηκαν σε εξατομικευμένα προγράμματα αποκατάστασης, προσαρμοσμένα στα ιδιαίτερα κλινικοεργαστηριακά χαρακτηριστικά κάθε ασθενούς, με την άσκηση να παραμένει στο επίκεντρο, ενώ προστέθηκαν νεότερες στρατηγικές δευτερογενούς πρόληψης με επιθετική τροποποίηση των παραγόντων κινδύνου, όπως η διαχείριση του βάρους, της υπέρτασης, των λιπιδαιμικών διαταραχών και η διακοπή του καπνίσματος, αλλά και μέθοδοι ψυχοκοινωνικής προσέγγισης του ασθενούς, στοχεύοντας όχι μόνο στη



βελτίωση της πρόγνωσης και την ανάκτηση της λειτουργικότητας του ασθενούς, αλλά και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής του.<sup>29</sup>

Η Αμερικάνικη Καρδιολογική Εταιρεία<sup>30</sup> σε σχετική έκθεση αναφέρει ότι η καθιστική ζωή αποτελεί έναν από τους πιο σημαντικούς τροποποιήσιμους παράγοντες κινδύνου για καρδιαγγειακή νόσο και ταυτόχρονα τονίζεται ότι η φυσική δραστηριότητα παρέχει σημαντικά οφέλη όσον αφορά στην πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια πρόληψη της Στεφανιαίας Νόσου (ΣΝ). Η άσκηση σε συνδυασμό με την ρύθμιση του σωματικού βάρους, τη ρύθμιση των επιπέδων των λιπιδίων στο αίμα μπορεί να επιφέρει σημαντικά οφέλη για τους ασθενείς που έχουν ήδη υποστεί κάποιο επεισόδιο καρδιαγγειακής νόσου.

Οι ασθενείς μετά την καρδιοχειρουργική επέμβαση θα πρέπει να ενημερώνονται για τα σημαντικά οφέλη της άσκησης και να είναι σε θέση να κατανοούν τις σημαντικές επιδράσεις ενός ειδικού προγράμματος καρδιακής αποκατάστασης σε σχέση με την άσκηση που θα έκαναν από μόνοι τους στο σπίτι. Ο κλινικός νοσηλευτής θα πρέπει να τονίσει το γεγονός ότι η άσκηση έχει σημαντικά οφέλη και στην ψυχολογία των ασθενών αλλά και στην μείωση του άγχους.

Ο ΠΟΥ είχε εφαρμόσει διάφορες συστάσεις για την σωματική δραστηριότητα σε μια προσπάθεια να μειώσουν τον κίνδυνο της καρδιαγγειακής νόσου. Συγκεκριμένα,

αναφερόταν σε 150 λεπτά μέτριας δραστηριότητας ανά εβδομάδα ή 75 λεπτά έντονης δραστηριότητας ανά εβδομάδα, ή συνδυασμός μέτριας και έντονης δραστηριότητας.<sup>32</sup>

Η ανάπτυξη ενός προγράμματος άσκησης για καρδιακή αποκατάσταση πρέπει να αναπτύσσεται στα όρια του ασφαλούς και του ωφέλιμου. Η εκτίμηση της κατάστασης υγείας του ασθενή αποτελεί το πρώτο βήμα για να διαμορφωθεί το ανάλογο πρόγραμμα σωματικής δραστηριότητας. Οι συστάσεις για τη σωματική δραστηριότητα περιλαμβάνουν τα εξής:

- *Τύπος της άσκησης:* Κατά τη διάρκεια της άσκησης θα πρέπει να χρησιμοποιούνται μεγάλες μυϊκές ομάδες και να περιλαμβάνεται κυρίως αερόβια άσκηση. Περπάτημα, τρέξιμο, ποδηλασία είναι μερικά παραδείγματα.
- *Συχνότητα:* Η συνιστώμενη συχνότητα της άσκησης είναι τρεις έως πέντε φορές την εβδομάδα.
- *Περιεχόμενο και διάρκεια:* Είναι σημαντικό να ακολουθείται μια φάση προθέρμανσης 5-10 λεπτών, μια φάση προετοιμασίας 20 λεπτών και μια φάση διατάσεων 5-10 λεπτών.
- *Ένταση:* Η ένταση βασίζεται στην καρδιακή συχνότητα του ασθενούς ή από το επίπεδο της άσκησης. Υπάρχουν διάφοροι τύποι για να υπολογιστεί ο κατάλληλος μέγιστος καρδιακός ρυθμός για κάθε ασθενή. Η



μέτριας έντασης άσκηση είναι απαραίτητη για να επιτύχει ο ασθενής τα μέγιστα καρδιακά οφέλη για την υγεία του. Η έντονη άσκηση δεν συνιστάται γιατί μπορεί να οδηγήσει σε μυϊκή κόπωση, να αυξήσει τον κίνδυνο τραυματισμού και εμφάνισης καρδιακών επιπλοκών.

- *Εξέλιξη της άσκησης:* Ο ασθενής σταδιακά μπορεί να αυξήσει το επίπεδο της άσκησης ανάλογα και με την κλινική του κατάσταση.
- *Επίβλεψη:* Οι ασθενείς υψηλού κινδύνου θα πρέπει να ασκούνται πάντα με ιατρική επίβλεψη και τον κατάλληλο τεχνολογικό εξοπλισμό υποστήριξης της ζωής (π.χ. απινιδιστής). Η επίβλεψη θα πρέπει να συνεχίζεται τουλάχιστον για 8-12 εβδομάδες. Οι ασθενείς χαμηλού κινδύνου θα πρέπει να βρίσκονται υπό ιατρική επίβλεψη για τις πρώτες 6-12 συνεδρίες και μετά να συνεχίζουν κανονικά την άσκηση στο σπίτι.<sup>9</sup>

Το 2013 η Αμερικάνικη Καρδιολογική Εταιρεία με τις κατευθυντήριες οδηγίες που εξέδωσε, συμβουλεύει τους ενήλικες να συμμετάσχουν σε αερόβια σωματική δραστηριότητα για τη μείωση της LDL χοληστερόλης: 3 έως 4 φορές την εβδομάδα μέτριας έως έντονης σωματικής δραστηριότητας, με διάρκεια κατά μέσον όρο 40 λεπτά ανά συνεδρία. Η παραπάνω σύσταση βασίζεται σε στοιχεία από εκθέσεις της Αμερικάνικης Καρδιολογικής Εταιρείας

του 2008. Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες, τα μεγαλύτερα οφέλη της σωματικής δραστηριότητας (μείωση της LDL χοληστερόλης, μείωση του σωματικού βάρους και ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης) επιτυγχάνονται με τουλάχιστον 150 λεπτά (2 ώρες και 30 λεπτά) μέτριας έντασης σωματικής δραστηριότητας την εβδομάδα, όπως το περπάτημα.<sup>33</sup>

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι αλλαγές στον τρόπο ζωής μετά από επέμβαση ανοικτής καρδιάς μπορεί να επιφέρει σημαντικά οφέλη για τον ασθενή καθώς μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο ενός νέου καρδιαγγειακού επεισοδίου και τον κίνδυνο επανεισαγωγής στο νοσοκομείο. Επιπλέον, η επικέντρωση των επαγγελματιών υγείας στη δομημένη εξατομικευμένη εκπαίδευση των ασθενών προκειμένου οι ασθενείς να κατανοήσουν τους παράγοντες κινδύνου και να αλλάξουν τον τρόπο ζωής τους έχει σαν αποτέλεσμα τη βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας και την μείωση της θνητότητας. Οι στρατηγικές που πρέπει να ακολουθηθούν για να επιτευχθούν οι σημαντικές αλλαγές στον τρόπο ζωής των ασθενών περιλαμβάνουν συχνή παρακολούθηση από τους επαγγελματίες υγείας, εξατομικευμένες οδηγίες και επίσημα προγράμματα αποκατάστασης.

Η συμβολή του νοσηλευτή/τριας όσον αφορά στην ένταξη των ασθενών σε πρόγραμμα

αποκατάστασης αποτελεί καθοριστική ενέργεια και πρέπει να υποστηρίζεται από όλους τους φορείς υγείας. Η δευτερογενής πρόληψη που εφαρμόζεται μέσω των προγραμμάτων αποκατάστασης είναι ο κύριος στόχος για τους ασθενείς μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Γιακουμιδάκης Κ, Μπροκαλάκη-Παναουδάκη Η. Εκπαίδευση Ασθενούς που Υποβάλλεται σε Χειρουργική Επέμβαση Αορτοστεφανιαίας Παράκαμψης. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ 2009;48(2): 164–172.
2. Ζαχαρής Α, Καμπουρέλλη Α. Περιεγχειρητική Εκπαίδευση Ασθενούς που Υποβάλλεται σε Καρδιοχειρουργική Επέμβαση. Το Βήμα του Ασκληπιού 2011; 10(2):186-198.
3. Pritchard MJ. Managing anxiety in the elective surgical patient. Br J Nurs 2009;18(7):416-9.
4. Στεργιοπούλου Α, Βλάχος Γ. Η Επίδραση της Προεγχειρητικής Ενημέρωσης στη Μείωση του Άγχους των Ασθενών. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ 2010;49(1):26–30.
5. Maward L, Azar N. Comparative study of anxiety in informed and non-informed patients in the preoperative period. Rech Soins Infirm 2004;(78):35-58.
6. Martin CG, Turkelson SL. Nursing care of the patient undergoing coronary artery bypass grafting. J Cardiovasc Nurs 2006;21(2):109-17.
7. Kruzik N. Benefits of preoperative education for adult elective surgery patients. AORN J 2009;90(3):381-7.
8. Ozcan H, Yildiz Findik U, Sut N. Information level of patients in discharge training given by nurses following open heart surgery. Int J Nurs Pract 2010;16(3):289-94.
9. Διαδικτυακή σελίδα: Uptodate: Patient information: Recovery after coronary artery bypass graft surgery (CABG) (Beyond the Basics). Διαθέσιμο από: <http://www.uptodate.com/contents/recovery-after-coronary-artery-bypass-graft-surgery-cabg-beyond-the-basics>. Ημερομηνία πρόσβασης 03/07/14.
10. Διαδικτυακή σελίδα: WHO | Diet - World Health Organization. Διαθέσιμο από: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/diet/en/> Ημερομηνία πρόσβασης 03/07/14.
11. Panagiotakos DB, Georgousopoulou EN, Pitsavos C, Chrysohoou C, Skoumas I, Pitaraki E, Georgiopoulos GA, Ntertimani M, Christou A, Stefanadis C; The ATTICA Study Group. Exploring the path of Mediterranean diet on 10-year incidence of cardiovascular disease: The ATTICA study (2002-2012). Nutr Metab Cardiovasc



- Dis 2014 Oct 5. pii: S0939-4753(14)00305-6.
12. Nestle M. Mediterranean diets: historical and research overview. *Am J Clin Nutr* 1995;61(6 Suppl):1313S-1320S.
13. Willett WC, Sacks F, Trichopoulos A, Drescher G, Ferro-Luzzi A, Helsing E, Trichopoulos D. Mediterranean diet pyramid: a cultural model for healthy eating. *Am J Clin Nutr* 1995;61(6 Suppl):1402S-1406S.
14. Simopoulos AP. The Mediterranean diets: What is so special about the diet of Greece? The scientific evidence. *J Nutr* 2001;131(11 Suppl):3065S-73S.
15. Georgousopoulou EN, Kastorini CM, Milionis HJ, Ntziou E, Kostapanos MS, Nikolaou V, Vemmos KN, Goudevenos JA, Panagiotakos DB. Association between mediterranean diet and non-fatal cardiovascular events, in the context of anxiety and depression disorders: a case/case-control study. *Hellenic J Cardiol* 2014;55(1):24-31.
16. Chrysohoou C, Lontou C, Aggelopoulos P, Kastorini CM, Panagiotakos D, Aggelis A, Tsiamis E, Vavouranakis M, Pitsavos C, Tousoulis D, Stefanadis C. Mediterranean diet mediates the adverse effect of depressive symptomatology on short-term outcome in elderly survivors from an acute coronary event. *Cardiol Res Pract* 2011;2011:429487.
17. Panico S, Mattiello A, Panico C, Chiodini P. Mediterranean dietary pattern and chronic diseases. *Cancer Treat Res* 2014;159:69-81.
18. de Lorgeril M. Mediterranean diet and cardiovascular disease: historical perspective and latest evidence. *Curr Atheroscler Rep* 2013;15(12):370.
19. Eilat-Adar S, Sinai T, Yosefy C, Henkin Y. Nutritional recommendations for cardiovascular disease prevention. *Nutrients* 2013;5(9):3646-83.
20. American Heart Association Nutrition Committee, Lichtenstein AH, Appel LJ, Brands M, Carnethon M, Daniels S, Franch HA, Franklin B, Kris-Etherton P, Harris WS, Howard B, Karanja N, Lefevre M, Rudel L, Sacks F, Van Horn L, Winston M, Wylie-Rosett J. Diet and lifestyle recommendations revision 2006: a scientific statement from the American Heart Association Nutrition Committee. *Circulation*. 2006 Jul 4;114(1):82-96. Epub 2006 Jun 19. Erratum in: *Circulation*. 2006 Jul 4;114(1):e27. *Circulation* 2006;114(23):e629.
21. Jamal A, Dube SR, Malarcher AM, Shaw L, Engstrom MC; Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Tobacco use screening and counseling during physician office visits among adults--National Ambulatory Medical Care Survey and

- National Health Interview Survey, United States, 2005-2009. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2012;61 Suppl:38-45.
22. Perk J, De Backer G, Gohlke H, Graham I, Reiner Z, Verschuren M, et al. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). *Eur Heart J* 2012;33(13):1635-701.
23. van Domburg RT, Meeter K, van Berkel DF, Veldkamp RF, van Herwerden LA, Bogers AJ. Smoking cessation reduces mortality after coronary artery bypass surgery: a 20-year follow-up study. *J Am Coll Cardiol* 2000;36(3):878-83.
24. Kallikazaros IE. Smoking. *Hellenic J Cardiol* 2013;54(6):491-2.
25. Tzou W, Vitcenda M, McBride P. Smoking status after cardiac events and participation in outpatient cardiac rehabilitation. *J Cardiopulm Rehabil* 2004;24(2):94-9.
26. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Quitting smoking among adults--United States, 2001-2010. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2011;60(44):1513-9.
27. Stead LF, Bergson G, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;2:CD000165
28. Roberts BH. Gender-specific aspects of cardiovascular disease. *R I Med J* 2014;97(2):19-22.
29. European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation Committee for Science Guidelines; EACPR, Corrà U, Piepoli MF, Carré F, Heuschmann P, Hoffmann U, Verschuren M, Halcox J; Document Reviewers, Giannuzzi P, Saner H, Wood D, Piepoli MF, Corrà U, Benzer W, Bjarnason-Wehrens B, Dendale P, Gaita D, McGee H, Mendes M, Niebauer J, Zwisler AD, Schmid JP. Secondary prevention through cardiac rehabilitation: physical activity counselling and exercise training: key components of the position paper from the Cardiac Rehabilitation Section of the European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation. *Eur Heart J*. 2010;31(16):1967-74.
30. Roger VL, Go AS, Lloyd-Jones DM, Benjamin EJ, Berry JD, Borden WB, Bravata DM, Dai S, Ford ES, Fox CS, Fullerton HJ, Gillespie C, Hailpern SM, Heit JA, Howard VJ, Kissela BM, Kittner SJ, Lackland DT, Lichtman JH, Lisabeth LD, Makuc DM, Marcus GM, Marelli A, Matchar DB, Moy CS, Mozaffarian D, Mussolino ME,



- Nichol G, Paynter NP, Soliman EZ, Sorlie PD, Sotoodehnia N, Turan TN, Virani SS, Wong ND, Woo D, Turner MB; American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Heart disease and stroke statistics--2012 update: a report from the American Heart Association. *Circulation* 2012;125(1):e2-e220.
31. Lie I, Arnesen H, Sandvik L, Hamilton G, Bunch EH. Effects of a home-based intervention program on anxiety and depression 6 months after coronary artery bypass grafting: a randomized controlled trial. *J Psychosom Res* 2007;62(4):411-8.
32. Dickie K, Micklesfield LK, Chantler S, Lambert EV, Goedecke JH. Meeting physical activity guidelines is associated with reduced risk for cardiovascular disease in black South African women; a 5.5-year follow-up study. *BMC Public Health* 2014;14(1):498.
33. Eckel RH, Jakicic JM, Ard JD, de Jesus JM, Houston Miller N, Hubbard VS, Lee IM, Lichtenstein AH, Loria CM, Millen BE, Nonas CA, Sacks FM, Smith SC Jr, Svetkey LP, Wadden TA, Yanovski SZ. 2013 AHA/ACC Guideline on Lifestyle Management to Reduce Cardiovascular Risk: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association
- Task Force on Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol* 2014;63(25 Pt B):2960-84.