

Επίδραση της διδασκαλίας του εμφραγματία στη συμμόρφωση και στην αλλαγή του τρόπου ζωής του

Μαριάννα Μαντζώρου

MSc, RN, Εργαστηριακός Συνεργάτης, Τμήμα Νοσηλευτικής Β', ΤΕΙ Αθηνών, Αθήνα

Δήμος Μαστρογιάννης

MSc, Νοσηλεύτης, ΓΝΑ «Η Σωτηρία», Εργαστηριακός Συνεργάτης, Τμήμα Νοσηλευτικής Β', ΤΕΙ Αθηνών, Αθήνα

Τμήμα Νοσηλευτικής Β', ΤΕΙ Αθηνών

ΠΕΡΙΛΗΨΗ Το έμφραγμα μυοκαρδίου αποτελεί ένα συντριπτικό γεγονός για τον ασθενή και την οικογένειά του. Ο νοσηλεύτης καλείται να παρέμβει σε μια ψυχολογική και σωματική κρίση, αλλά και να ξεκινήσει τη διαδικασία αποκατάστασης του ασθενούς. Η διδασκαλία που απαιτείται για την αποκατάσταση δεν πρέπει να περιορίζεται στην απλή μετάδοση γνώσης και δεξιοτήτων αλλά να ενεργοποιεί τη συμμετοχή του ασθενούς στη διαδικασία της μάθησης, ώστε να κατανοεί την κατάστασή του και συνειδητά να συμμορφώνεται στις ιατρικές οδηγίες αλλάζοντας ταυτόχρονα τον τρόπο ζωής του. Για να είναι αποτελεσματική η διδασκαλία, απαιτούνται δεξιότητες εκ μέρους του νοσηλεύτη που να στηρίζονται σε καθορισμένους σκοπούς και μεθοδολογίες, γι' αυτό και η προετοιμασία για διδασκαλία πρέπει να αποτελεί προτεραιότητα στη νοσηλευτική εκπαίδευση. Οι ερευνητικές μελέτες υπό εξέ-

The efficacy of impatient education after myocardial infarction concerning changes in his way of life

Marianna Mantzorou

RN, MSc, Laboratory Collaborator, Nursing Department B', TEI of Athens, Athens, Greece

Demos Mastroyannis

MSc, RN, "Sotiria" General Hospital of Athens, Laboratory Collaborator, Nursing Department B', TEI of Athens, Athens, Greece

Nursing Department B', TEI of Athens

ABSTRACT Myocardial infarction is a devastating event for the patient and his family. The nurse has to care for a patient in a psychological and physical crisis as well as start the rehabilitation process. The teaching required for rehabilitation must not be limited to the simple transmission of facts and skills but activate the patient's engagement in the learning process so as to understand his real condition, commit himself in adhering to the prescription and change at the same time his way of life. In order to achieve effective teaching the required skills of the nurse need to be based on specific objectives and methodologies. So, preparation of nurses for teaching should be a priority in nursing education. The research studies under examination answer questions such as compliance to the regimen, relationship of stress with the ability to learn and the

ταση απαντούν σε ερωτήματα, όπως τη συμμόρφωση με τη θεραπευτική αγωγή, τη σχέση της αγωνίας με την ικανότητα για μάθηση και το πιο κατάλληλο περιεχόμενο και μεθοδολογία για ένα αποτελεσματικό πρόγραμμα.

Λέξεις-κλειδιά:

- Αποκατάσταση καρδιολογικού ασθενούς
- Stress και μάθηση στη στεφανιαία μονάδα
- Διδασκαλία ασθενούς • Έμφραγμα μυοκαρδίου

Υπεύθυνος αλληλογραφίας

Μαριάννα Μαντζώρου
Τασσοπούλου 13, 153 82 Αγ. Παρασκευή, Αθήνα
Τηλ. 210-63 98 958

most appropriate content and methodology for an effective program.

Key words:

- Cardiac patient rehabilitation
- Stress and learning in CCU
- Patient teaching • Myocardial infarction

Corresponding author

Marianna Mantzorou
13 Tassopoulou street, GR-153 82 Ag. Paraskevi, Athens, Greece
Tel. +30 210-63 98 958

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Καθώς η έμφραση της φροντίδας υγείας επικεντρώθηκε τις τελευταίες δεκαετίες στην πρόληψη της ασθένειας, στη γρήγορη έξοδο από το νοσοκομείο και στη φροντίδα στο σπίτι, ζητήθηκε από τους ασθενείς να αναλάβουν την ευθύνη της δικής τους φροντίδας. Αυτό απαιτούσε γνώσεις και δεξιότητες αυτοφροντίδας.¹

Επιπλέον, έχει υπάρξει μια αυξανόμενη συχνότητα εμφάνισης χρόνιων νόσων και αύξησης του αριθμού των ηλικιωμένων ατόμων, καθώς και μια οικονομική επιτυχία των προγραμμάτων που στοχεύουν σε αλλαγές του τρόπου ζωής, τα οποία έκαναν τη διδασκαλία του ασθενούς ένα αναπόσπαστο μέρος του συστήματος παροχής της φροντίδας υγείας και ιδιαίτερα της νοσηλευτικής φροντίδας, που στοχεύει πρωτίστως στην προαγωγή της ικανότητας του ατόμου για αυτοφροντίδα.²

ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ

Το έμφραγμα μυοκαρδίου είναι ένα συντριπτικό γεγονός για τον ασθενή και το σύντροφό του/της, καθώς και για τους συγγενείς.³ Οι προσπάθειες αποκατάστασης κατά τη διάρκεια της παραμονής στο νοσοκομείο περιλαμβάνουν την παρέμβαση σε μια ψυχολογική και σωματική κρίση, την πρόληψη των αρνητικών επιδράσεων της κατάκλισης, την παροχή μιας βάσης γνώσεων και την επίτευξη ετοιμότητας για αλλαγές στον τρόπο ζωής.⁴

Γι' αυτό, η διδασκαλία αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα της ανάνηψης, αρκεί το είδος της εκπαίδευσης να είναι κατανοητό και η συναισθηματική κατάσταση

να επιτρέπει τη λήψη και αξιοποίηση των παρεχόμενων πληροφοριών.⁵

Ο νοσηλευτής/τρια πρέπει να θεωρεί το άτομο ως μια ολότητα, καθώς η ικανότητα και η ετοιμότητα για μάθηση επηρεάζεται από το φύλο, την ηλικία, την κουλτούρα, το κοινωνικοοικονομικό υπόβαθρο και τις εμπειρίες της ζωής.⁶

Στη στεφανιαία μονάδα το άτομο βρίσκεται συνήθως σε μια ψυχολογική κρίση, που χαρακτηρίζεται από άρνηση και επιθετικότητα. Σε αυτή τη φάση είναι σημαντικό να δημιουργούμε ένα ασφαλές περιβάλλον, εξηγώντας όλα όσα αφορούν τη φροντίδα και τον εξοπλισμό καθώς και την προετοιμασία για τη μεταφορά στο θάλαμο. Αυτή η προετοιμασία έχει βρεθεί ότι μειώνει το φόβο και το άγχος.⁷⁻⁹

Στο θάλαμο, όταν επανέρχονται οι ικανότητες του ασθενούς να αντεπεξέλθει στη νέα κατάσταση, ο νοσηλευτής/τρια μπορεί να παράσχει πληροφορίες για την κατάσταση του, να απαντήσει και να διεγείρει το ενδιαφέρον του και να τον προετοιμάσει για τη φροντίδα στο σπίτι. Στην τρίτη φάση, μετά το εξιτήριο, μπορεί να ενισχυθεί μια θετική συμπεριφορά υγείας, να μάθει ο ασθενής τη χρήση των φαρμάκων και να αναπτυχθεί η ικανότητα για λύση προβλημάτων που σχετίζονται με τη φροντίδα.

ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ-ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ

ΤΗΣ ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑΣ ΝΑ ΕΠΙΦΕΡΕΙ

ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΟΝ ΤΡΟΠΟ ΖΩΗΣ

Η συμπεριφορά των ατόμων με έμφραγμα μυοκαρδίου αποτελεί τον πιο συνήθη στόχο των εκπαιδευτικών

προγραμμάτων. Το μοντέλο των πεποιθήσεων για την υγεία παρέχει ένα σκελετό για το σχεδιασμό τέτοιων ερευνών.¹⁰ Συνήθως, η πρόσβαση στις ακριβείς πληροφορίες θεωρείται ως ένας τρόπος επίτευξης των επιθυμητών πεποιθήσεων και αλλαγών στον τρόπο ζωής. Παρόλ' αυτά, αν δεν κριθούν αποτελεσματικές οι συμπεριφορές αυτοφροντίδας από τους ασθενείς, δεν εμφανίζονται οι πεποιθήσεις για την αποτελεσματικότητά τους. Επομένως, δεν θα πρέπει να εκτιμάται η αποτελεσματικότητα ενός προγράμματος σχετικού με την αλλαγή συμπεριφοράς αμέσως μετά την πραγματοποίησή του.¹¹

Από την άλλη πλευρά, η αποτελεσματικότητα των εκπαιδευτικών προγραμμάτων πρέπει να μετράται όχι μόνο με γνωστικά κριτήρια, όπως το επίπεδο γνώσης και η αλλαγή συμπεριφοράς, αλλά και με συμπεριφορικά κριτήρια και με τη συμμόρφωση προς το ιατρικό θεραπευτικό σχήμα. Ο σκοπός κάθε ρεαλιστικού εκπαιδευτικού προγράμματος για νοσηλευόμενους ασθενείς θα πρέπει να είναι η ενθάρρυνση των ασθενών και συγγενών με απλό, φιλικό, μη επικριτικό τρόπο, για την υιοθέτηση των συμπεριφορών που θα προάγουν την υγεία τους.¹²

Οι Song & Lee εξέτασαν τις επιδράσεις μιας καρδιολογικής καμπάνιας ως ένα πρόγραμμα αύξησης των κινήτρων για μείωση του κινδύνου και αλλαγή των συμπεριφορών σε ασθενείς μετά από έμφραγμα μυοκαρδίου.¹² Η καμπάνια περιελάμβανε εκτίμηση της υγείας, εκπαιδευτικά προγράμματα και ερωτοαποκρίσεις με διεπιστημονική ομάδα. Κατά τη συμπλήρωσή της, οι συμμετέχοντες έδειχναν χαμηλότερα ποσοστά στους προδιαθεσικούς παράγοντες και σημαντική βελτίωση στη συμμόρφωση προς τη διαίτα και στις συμπεριφορές ως προς την άσκηση. Η έρευνα κατέληξε το συμπέρασμα ότι είναι δυνατόν να αυξηθούν τα κίνητρα για χρόνιους ασθενείς, όπως οι εμφραγματίες, ακόμα και με ένα σύντομο εκπαιδευτικό πρόγραμμα.

Ο Fletcher διεξήγαγε μια έρευνα σε 20 εμφραγματίες, οι οποίοι κατανεμήθηκαν με τυχαίο τρόπο σε ομάδα ελέγχου και σε ερευνητική ομάδα.⁶ Η ερευνητική ομάδα παρακολούθησε εκπαιδευτικά μαθήματα 15–20 min, τα οποία περιελάμβαναν και τα μέλη της οικογένειας, όποτε αυτό ήταν εφικτό. Το πρόγραμμα περιελάμβανε δομημένη προφορική διδασκαλία συνοδευόμενη από οπτικά βοηθήματα και φυλλάδια για ενίσχυση του διδακτικού υλικού. Αμφότερες οι ομάδες έδωσαν συνέντευξη την τέταρτη ημέρα νοσηλείας, καθώς και

στους δύο και στους έξι μήνες μετά το εξιτήριο. Στο αρχικό ερωτηματολόγιο, στο οποίο συμμετείχαν όλοι οι ασθενείς, φάνηκε έλλειψη γνώσης σχετικά τόσο με τη νόσο όσο και με τους προδιαθεσικούς παράγοντες και τη σημασία της βελτίωσής τους. Στη συνέχεια, οι δύο ομάδες αξιολογήθηκαν ξεχωριστά στους τομείς της διαίτας, της ενεργητικής άσκησης, του καπνίσματος και της απώλειας βάρους. Αν και αρχικά οι δύο ομάδες δεν παρουσίασαν διαφορές στην κατανάλωση ζωικών λιπαρών και υδατανθράκων, έξι μήνες μετά η ερευνητική ομάδα είχε υιοθετήσει μια τροποποιημένη διαίτα, ενώ η ομάδα ελέγχου δεν εμφάνιζε διαφορές. Αναφορικά με την άσκηση, μόνο δύο ασθενείς ξεκίνησαν ένα ενεργητικό πρόγραμμα άσκησης, σε αντίθεση με εννέα ασθενείς στην ερευνητική ομάδα. Στην αρχή του προγράμματος οι δύο ομάδες είχαν παρόμοια κατανάλωση τσιγάρων, αλλά σε έξι μήνες ο μέσος αριθμός τσιγάρων την ημέρα ήταν 5 στην ερευνητική ομάδα και 23 στην ομάδα ελέγχου. Η απώλεια βάρους δεν ήταν θεαματική, αν και στην ομάδα μελέτης τρεις από τους πέντε ασθενείς είχαν χάσει βάρος.

Οι Raleigh & Odtohan συνέκριναν το επίπεδο δραστηριότητας δύο ομάδων, μιας που έλαβε επίσημη εκπαίδευση και μιας που έλαβε τη συνηθισμένη φροντίδα χωρίς εκπαιδευτικό περιεχόμενο.¹³ Στην ομάδα μελέτης διαπιστώθηκε σημαντική αύξηση στο επίπεδο δραστηριότητας δύο μήνες μετά την έξοδο από το νοσοκομείο.

Σε μια άλλη ερευνητική μελέτη, ο Mills προσπάθησε να βρει ποιος συνδυασμός κοινωνικοδημογραφικών δεδομένων, νοημοσύνης του ασθενούς, ικανότητας για λύση προβλημάτων και γνώσεων του ασθενούς αποτελεί καλύτερο προγνωστικό δείκτη για συμμόρφωση του ασθενούς με το θεραπευτικό πλάνο.¹⁴ Η μελέτη έδειξε ότι το κίνητρο είναι ο πιο ισχυρός προγνωστικός παράγοντας (υπεύθυνος για το 14% της διακύμανσης, $P < 0,005$) και ακολουθούν η σύσταση της ομάδας (υπεύθυνη για το 6% της διακύμανσης στις βαθμολογίες συμμόρφωσης, $P < 0,005$) και οι βαθμολογίες στη γνώση μετά τη διδασκαλία (6% της διακύμανσης, $P < 0,005$). Επιπλέον, το αποτέλεσμα της δοκιμασίας t σχετικά με την ημερήσια κατανάλωση τσιγάρων πριν από την εισαγωγή και τέσσερις μήνες μετά το εξιτήριο, έδειξε μείωση κατά 11 τσιγάρα την ημέρα. Η έρευνα επισήμανε την ανάγκη για περαιτέρω έρευνα με θέμα τη δομή και τις τεχνικές που βελτιώνουν τα κίνητρα των ασθενών για συμμόρφωση με τις οδηγίες.

Έχει βρεθεί ότι οι συμπεριφορές συμμόρφωσης μειώνονται έπειτα από την ανάνηψη από το αρχικό έμφραγμα. Η μείωση ποικίλλει ανάλογα με τις οδηγίες του θεραπευτικού σχήματος και την υποστήριξη των συντρόφων, καθώς και την προσωπική αξία της συμμόρφωσης στην ιατρική οδηγία.¹⁵

Οι McMahon et al, στη μελέτη τους, προσπάθησαν να εξετάσουν τη σχέση μεταξύ καταστάσεων της ζωής, όπως το σπίτι, η εργασία, η αναψυχή και οι κοινωνικές δραστηριότητες, με τις προθέσεις των ασθενών με έμφραγμα μυοκαρδίου να συμμορφωθούν με τις οδηγίες, καθώς και την πραγματική συμμόρφωση 6–9 μήνες μετά το έμφραγμα.¹⁵ Το δείγμα αποτελείτο από 112 ασθενείς από ιδρύματα με προγράμματα καρδιακής αποκατάστασης, στους οποίους δόθηκαν πληροφορίες για τη μείωση των προδιαθεσικών παραγόντων. Οι προθέσεις των ασθενών να συμμορφωθούν με τις οδηγίες μετρήθηκαν με την Κλίμακα Προθέσεων Υγείας, η οποία είναι μια κλίμακα Likert 5 βαθμίδων, με θέματα των οποίων η αξιοπιστία έχει ελεγχθεί βιβλιογραφικά και από ειδικούς πολλών επιστημονικών κλάδων. Η πραγματική συμμόρφωση μετρήθηκε με την Κλίμακα Συμπεριφοράς Υγείας 6–9 μήνες μετά το έμφραγμα μυοκαρδίου. Συλλέχθηκαν επίσης δημογραφικές και ιατρικές πληροφορίες κατά τη διάρκεια της παραμονής στο νοσοκομείο. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι αν και οι ασθενείς είχαν σοβαρές προθέσεις να ακολουθήσουν τις ιατρικές οδηγίες, υπήρξε μια σημαντική ($P < 0,001$) μείωση της συμμόρφωσης ειδικά στην εργασία. Αυτό συμφωνεί με τα αποτελέσματα άλλων εργασιών, όπου οι ασθενείς θεώρησαν την κατάσταση στην εργασία τους ως την πλέον επιβλαβή.

Είναι σημαντικό οι ασθενείς, εκτός από το εκπαιδευτικό πρόγραμμα κατά τη διάρκεια της κρίσης, να δέχονται επισκέψεις παρακολούθησης στο σπίτι, έτσι ώστε να αναθεωρήσουν το περιεχόμενο του προγράμματος και να εργαστούν πάνω στις πραγματικές προσαρμογές με τον ασθενή και το σύντροφό του. Σύμφωνα με τις αναφορές της οικογένειας για τη συμμόρφωση, οι ασθενείς έδειχναν τη μεγαλύτερη συμμόρφωση στην περίπτωση της άθλησης, λιγότερη στις κοινωνικές περιστάσεις και στο σπίτι και ακόμη λιγότερη στη δουλειά.

Η συμμόρφωσή τους βρέθηκε να συσχετίζεται πολύ με τις πεποιθήσεις τους για το τι οι άλλοι πίστευαν ότι έπρεπε να κάνουν, γεγονός που υποδεικνύει τη σημαντική επίδραση των συντρόφων στη συμμόρφωση των

ασθενών. Για την ομάδα υγείας, αυτό δίνει έμφαση στην ανάγκη να συμπεριληφθεί ο σύντροφος στην αποκατάσταση του ασθενούς.

Στην έρευνα των Sivarajan et al, ασθενείς με έμφραγμα μυοκαρδίου συμμετείχαν σε μια ελεγχόμενη τυχαioποιημένη έρευνα πρώιμης αποκατάστασης (ασκήσεις), με στόχο την ανίχνευση πιθανών πρόσθετων επιδράσεων ενός συμβουλευτικού εκπαιδευτικού προγράμματος στον έλεγχο των προδιαθεσικών παραγόντων.¹⁶ Οι ασθενείς επιλέχθηκαν από επτά συμμετέχοντα νοσοκομεία και τοποθετήθηκαν τυχαία στην ομάδα ελέγχου (Α) (που ελάμβανε συμβατική φροντίδα) και στην ομάδα άσκησης (Β). Μετά την έξοδο από το νοσοκομείο, οι ασθενείς της ομάδας άσκησης τοποθετήθηκαν ξανά σε μια συνεχιζόμενη ομάδα μόνο για άσκηση (Β1) ή σε μια ομάδα άσκησης διδασκαλίας και συμβουλευτικής (Β2). Στο νοσοκομείο καταγράφηκαν δεδομένα για τη συμπεριφορά και ακολούθως υπολογίστηκαν αλλαγές από δεδομένα που αποκτήθηκαν στους 3 και στους 6 μήνες. Σε ό,τι αφορά στο κάπνισμα, 59% στην ομάδα Α, 77% στην ομάδα Β1 και 57% στην ομάδα Β2 είχαν σταματήσει το κάπνισμα στους 3 μήνες. Η έλλειψη στατιστικά σημαντικής διαφοράς μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι το έμφραγμα, από μόνο του, αποτελεί ένα ισχυρό κίνητρο για τους ασθενείς για διακοπή του καπνίσματος. Πιο πολλοί ασθενείς στην ομάδα διδασκαλίας και συμβουλευτικής (Β2) απ' ό,τι στις ομάδες Α και Β1 μείωσαν την πρόσληψη τροφής και έχασαν βάρος, αλλά όλοι ήταν προς την επιθυμητή κατεύθυνση. Η περιορισμένη αποτελεσματικότητα της μελέτης ήταν ίσως το αποτέλεσμα μιας ομαδικής προσέγγισης στην εκπαίδευση. Θα μπορούσε επίσης να αποδοθεί στην πολλαπλή και υπερβολική παρέμβαση, που μπορεί να οδηγήσει σε χαμηλότερη παρέμβαση.

Επίσης, δεν βρέθηκαν σημαντικές αλλαγές του τρόπου ζωής από τους Barbarowitz et al και τον Bille, εκτός από την αύξηση στη γνώση.^{17,18}

Οι Hajek et al, στην έρευνά τους, προσπάθησαν να αξιολογήσουν ένα πρόγραμμα παρέμβασης για διακοπή του καπνίσματος σε 540 εμφραγματίες σε 17 νοσοκομεία της Αγγλίας.¹⁹ Η τυχαioποιημένη έρευνα συνέκρινε τη συνηθισμένη φροντίδα με την παρέμβαση σε θαλάμους νοσοκομείου από νοσηλευτές αποκατάστασης. Η συνηθισμένη φροντίδα περιελάμβανε προφορικές συμβουλές και τη χορήγηση ενός συνηθισμένου φυλλαδίου, ενώ στην ομάδα παρέμβασης η φροντίδα περιελάμβανε γραπτή

ενημέρωση για τις βλαπτικές επιδράσεις του μονοξειδίου του άνθρακα, χορήγηση ειδικού βιβλίου, επαφή με ανθρώπους που διέκοψαν το κάπνισμα, δήλωση δέσμευσης του ασθενούς για διακοπή του καπνίσματος και ειδικό αυτοκόλλητο στο φάκελο του ασθενούς.

Μετά από 6 εβδομάδες, 151 (59%) και 159 (60%) ασθενείς απείχαν του καπνίσματος στην ομάδα ελέγχου και στην ομάδα παρέμβασης, αντίστοιχα, ενώ 12 μήνες μετά οι αντίστοιχοι αριθμοί ήταν 102 (41%) και 94 (37%).

Η παροχή της παρέμβασης δεν ήταν σταθερή και δημιουργούνται ερωτηματικά για το αν είναι εφικτή η παρέμβαση μέσα στη φροντίδα ρουτίνας. Έτσι, οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι μεμονωμένες παρεμβάσεις μέσα στη συνήθη φροντίδα δεν έχουν αρκετή ισχύ ώστε να επηρεάσουν τους βαριά εξαρτημένους καπνιστές.

Η συμμόρφωση της συμπεριφοράς, εξάλλου, είναι πολύ δύσκολο να μετρηθεί. Οι ερευνητές βασίζονται πολύ στις μετρήσεις αναφορών των ίδιων των ασθενών, οι οποίες όμως μπορεί να μην είναι αξιόπιστες. Επιπλέον, δεν δίνουν αρκετή προσοχή στην αξιολόγηση της διάρκειας των επιδράσεων του προγράμματος χρησιμοποιώντας μακροχρόνια σχέδια. Ένα άλλο πρόβλημα είναι το γεγονός ότι, όταν οι ερωτήσεις δεν είναι σωστές, τα επιθυμητά αποτελέσματα δεν αντικατοπτρίζουν συμμόρφωση στην ιατρική οδηγία αλλά άλλους παράγοντες, που μπορεί να είναι εντελώς διαφορετικοί.¹¹

ΚΑΤΑΛΛΗΛΟ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑΣ

Στην ερευνητική βιβλιογραφία, τα πιο συνηθισμένα θέματα των εκπαιδευτικών προγραμμάτων είναι η φύση της ασθένειας, ο έλεγχος των συμπτωμάτων και των προδιαθεσικών παραγόντων, ψυχολογικά προβλήματα, η επιστροφή στην εργασία και η σεξουαλική δραστηριότητα.²⁰

Ο έλεγχος των προδιαθεσικών παραγόντων είναι ένα από τα πλέον σημαντικά θέματα, καθώς ακόμα και η πιο μικρή μείωση μπορεί να επηρεάσει την καρδιακή νοσηρότητα και θνησιμότητα. Οι Oldridge et al διεξήγαγαν μια μετα-ανάλυση στα συνδυασμένα αποτελέσματα 10 τυχαιοποιημένων κλινικών μελετών που είχαν συμπεριλάβει 4347 ασθενείς (2145 στην ομάδα ελέγχου και 2202 στην ομάδα αποκατάστασης).²¹ Προσπάθησαν να ξεπεράσουν το πρόβλημα του μικρού αριθμού ασθενών, το οποίο καθιστά δύσκολη την εντόπιση μικρών αλλά κλινικά σημαντικών επιδράσεων της άσκησης και της

αποκατάστασης των προδιαθεσικών παραγόντων στη θνησιμότητα μετά από έμφραγμα μυοκαρδίου. Στις μελέτες αυτές δεν διαπιστώθηκε σημαντική επίδραση στη νοσηρότητα και θνησιμότητα, αν και κάποιες έδειξαν αυξημένη αντοχή στην άσκηση, βελτιωμένο προφίλ προδιαθεσικών παραγόντων και καλύτερη ψυχολογική κατάσταση, τουλάχιστον βραχυπρόθεσμα.

Οι Oldridge et al, στη μετα-ανάλυσή τους, βρήκαν κατά 25% μικρότερη θνησιμότητα στην ομάδα αποκατάστασης απ' ό,τι στην ομάδα ελέγχου, αλλά όχι σημαντική μείωσή της στα μη θανατηφόρα επανεμφανιζόμενα εμφράγματα.²¹ Τα αποτελέσματά τους ήταν σύμφωνα με τους μηχανισμούς της νόσου και τον έλεγχο των προδιαθεσικών παραγόντων. Ήταν επίσης σύμφωνα στις διάφορες δεκαετίες και τους γεωγραφικούς χώρους με τα διαφορετικά συστήματα υγείας. Παρόλ' αυτά, οι μηχανισμοί που προκάλεσαν τη χαμηλότερη θνησιμότητα δεν ορίζονται και δεν έχουν διευκρινιστεί οι διαφορές μεταξύ ασθενών υψηλού και χαμηλού κινδύνου. Επιπλέον, το συγκεκριμένο περιεχόμενο ή η βέλτιστη διάρκεια της αποκατάστασης δεν έχουν οριστεί. Σχετικά με τη γενικευσιμότητα των δεδομένων, ενδέχεται να μην μπορούν να εφαρμοστούν σε ομάδες γυναικών ή ηλικιακές ομάδες >70 ετών, καθώς η μελέτη ήταν περιορισμένη σε άνδρες <70 ετών. Η κατά 25% μείωση του ποσοστού θνησιμότητας είναι η ίδια με αυτή που επιτυγχάνουν οι β-αποκλειστές και είναι άγνωστο αν οι δύο παρεμβάσεις είναι συνεργικές.

Περαιτέρω έρευνες, όπως η μελέτη παρέμβασης στους προδιαθεσικούς παράγοντες (1985) και η μελέτη Framingham (1990), έχουν δώσει στοιχεία για τη συνεισφορά της μείωσης των προδιαθεσικών παραγόντων στη θνησιμότητα από τη στεφανιαία νόσο.²⁰

Εκτός από τον έλεγχο των προδιαθεσικών παραγόντων, οι απόψεις των συγγραφέων διαφέρουν στα άλλα περιεχόμενα της εκπαίδευσης. Ο Ruzicki προτείνει την ατομική εκτίμηση ως τον καταλληλότερο τρόπο για τον καθορισμό του περιεχομένου της εκπαίδευσης.²²

ΣΧΕΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΜΑΘΗΣΗΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Η ύπαρξη άγχους θεωρείται ότι αποκλείει ή ελαχιστοποιεί τη μάθηση στην οξεία φάση ενός εμφράγματος μυοκαρδίου, γεγονός που εκλαμβάνεται από τους ασθενείς ως αγώνας για την επιβίωση.

Η Guzzeta μελέτησε τη σχέση μεταξύ του άγχους και της φάσης της παραμονής στο νοσοκομείο σε 45 ασθενείς μετά από έμφραγμα μυοκαρδίου.²³ Χρησιμοποίησε μια δοκιμασία μέτρησης άγχους και μια δοκιμασία γνώσης με αποδεκτή εγκυρότητα και αξιοπιστία και βρήκε μια αντίστροφη σχέση μεταξύ των δύο παραγόντων, αλλά η συγκεκριμένη έρευνα δεν έχει αναπαραχθεί τώρα που η διαμονή στο νοσοκομείο είναι συντομότερη.

Η Beckie, στη μελέτη της σε 74 ασθενείς, που επιλέχθηκαν τυχαία και που είχαν υποβληθεί σε αορτοστεφανιαία παράκαμψη, προσπάθησε να καθορίσει τη σχέση μεταξύ του επιπέδου γνώσης των ασθενών και του βαθμού του άγχους.²⁴ Η παρέμβαση ήταν ένα τηλεφωνικό εκπαιδευτικό πρόγραμμα, το οποίο παρείχε πληροφορίες και υποστήριξη τις πρώτες 6 εβδομάδες της ανάρρωσης στο σπίτι και τέθηκε σε εφαρμογή από ειδική νοσηλεύτρια καρδιολογικής αποκατάστασης. Από την άλλη πλευρά, η ομάδα ελέγχου έλαβε το συνηθισμένο εκπαιδευτικό πρόγραμμα του νοσοκομείου. Τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν ήταν μια δοκιμασία γνώσης που αναπτύχθηκε από τους Horn & Swain, βασισμένη στο μοντέλο αυτοφροντίδας της Orem και τον Κρατικό Κατάλογο Άγχους. Η εγκυρότητα και αξιοπιστία, πριν και μετά τη διδασκαλία, αυτού του καταλόγου έχει αξιολογηθεί και επικυρωθεί από τον Spielberger το 1983 και έχει ερμηνευθεί από την Beckie.²⁴ Τα αποτελέσματα έδειξαν ένα αυξημένο επίπεδο γνώσης, το οποίο είχε αντίστροφη σχέση με το επίπεδο άγχους. Παρόλ' αυτά, αποτελεί περιορισμό για την έρευνα το ότι δεν υπήρχε άμεση παρατήρηση της συμπεριφοράς του ασθενούς, έτσι ώστε να υπάρξει αξιόπιστη αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας του προγράμματος.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑΣ

Πολλές μελέτες εκπαίδευσης ασθενών συγκρίνουν την αποτελεσματικότητα διαφόρων μεθόδων και τρόπων παρουσίασης του περιεχομένου. Οι Adom & Wright εκπόνησαν μια μελέτη σε μια χειρουργική μονάδα, για να αναγνωρίσουν τις αντιδράσεις των ασθενών σε ατομική και ομαδική διδασκαλία, τις αντιλήψεις των νοσηλευτών/τριών και τις επιδράσεις και των δύο μεθόδων.²⁵ Βρήκαν ότι μόνο το 1/3 των ασθενών προτιμούσαν την ατομική διδασκαλία, γεγονός που θα μπορούσε να αποδοθεί στο ότι αισθάνονται λιγότερο μόνοι και οι φόβοι και οι ερωτήσεις τους απευθύνονται σε άλλους

και διευκρινίζονται από το νοσηλευτή/τρια. Από την άλλη πλευρά, οι νοσηλευτές/τριες προτιμούσαν την ατομική διδασκαλία, αλλά περισσότερο προτιμούσαν ένας συνδυασμός των δύο μεθόδων. Αυτό ίσως οφείλεται στην οικειότητα των νοσηλευτών με την ένας-προς-έναν μέθοδο και την αποτυχία των ασθενών να αναγνωρίσουν την ατομική καθοδήγηση ως διδασκαλία. Αυτό ήταν επίσης εμφανές στα πιστεύω τους για τα οφέλη από την κάθε μέθοδο.

Σε μια άλλη ερευνητική μελέτη, η Milazzo προσπάθησε να καθορίσει τη διαφορά στις γνώσεις για την υγεία που αποκτώνται μέσω επίσημης και ανεπίσημης διδασκαλίας.²⁶ Βρήκε ότι οι διδασκόμενοι για την υγεία, οι οποίοι ελάμβαναν επίσημη εκπαίδευση, είχαν αυξημένα επίπεδα γνώσης συγκρινόμενοι με εκείνους που ελάμβαναν ανεπίσημη διδασκαλία. Παρόλ' αυτά, εξαιτίας του περιορισμένου πεδίου της έρευνας, τα αποτελέσματα δεν είναι γενικεύσιμα και η αφομοίωση της γνώσης δεν ελέγχθηκε στην έρευνα.

Οι Bell & Keir, στη μελέτη αξιολόγησης του προγράμματός τους για αποκατάσταση, το οποίο χρησιμοποιεί τις ομάδες συζήτησης ως στρατηγική διδασκαλίας, βρήκαν την απώλεια σωματικού βάρους ως το μόνο όφελος.²⁷ Ωστόσο, οι ασθενείς της ομάδας συζήτησης εκτίμησαν το ότι μοιράζονταν τα προβλήματά τους με άλλους που είχαν παρόμοιες εμπειρίες.

Η πλειονότητα των εκπαιδευτικών προγραμμάτων βασίζεται σε μεγάλο βαθμό σε υλικό προς ανάγνωση. Οι Lindsay & Jennich συνέκριναν το επίπεδο γνώσης που απέκτησαν οι ασθενείς μετά από μια προγραμματισμένη διδασκαλία χρησιμοποιώντας ένα βιβλιαράκι καθοδήγησης (ομάδα μελέτης), με εκείνο που πέτυχαν οι ασθενείς μετά το καθιερωμένο πρόγραμμα αποκατάστασης του νοσοκομείου, μετά από έμφραγμα μυοκαρδίου.²⁸ Η μελέτη ήταν μια σχεδόν πειραματική έρευνα με μία δοκιμασία πριν και μία μετά τη διδασκαλία. Η εγκυρότητα του περιεχομένου αξιολογήθηκε από μια διεπιστημονική ομάδα, ενώ η αξιοπιστία καθορίστηκε από μια πιλοτική έρευνα.

Η υπόθεση σχετικά με ένα υψηλότερο επίπεδο γνώσης στην ομάδα μελέτης επιβεβαιώθηκε από τα αποτελέσματα. Παρόλα αυτά, οι αυξημένες βαθμολογίες δεν αντικατοπτρίζουν απαραίτητα μια πραγματική αύξηση στη γνώση του ασθενούς πάνω σε πληροφορίες που αφορούν την αποκατάσταση. Επιπλέον, οι ερευνητές δεν μπόρεσαν να ελέγξουν άλλες πηγές πληροφοριών που

μπορεί να επηρεάσαν το επίπεδο γνώσης των ασθενών. Τα αποτελέσματα δεν είναι γενικεύσιμα εξαιτίας των δημογραφικών χαρακτηριστικών της ομάδας, η οποία ήταν ένα ομογενές δείγμα με άτομα υψηλού μορφωτικού επιπέδου. Το αναγνώσιμο υλικό πρέπει να ταιριάζει με το επίπεδο του ατόμου. Σε μια έρευνα του Lindeman, ο οποίος συνόψισε πολλές μελέτες, βρέθηκε ότι τα υλικά για την εκπαίδευση στην υγεία ξεπερνούσαν το επίπεδο κατανόησης του 30–70% του δείγματος.²⁹

Αυτού του είδους η μελέτη, όπως και οι περισσότερες παρόμοιες έρευνες, απαιτούν άπταιστη γνώση της γλώσσας, γεγονός που περιορίζει τη δυνατότητα γενίκευσης σε πληθυσμούς που δεν μιλούν την ίδια γλώσσα ή σε άλλες κουλτούρες με διαφορετικούς τρόπους μάθησης.²⁰

Γενικά, η ανασκόπηση των ερευνών αποκαλύπτει ότι διαφορετικές στρατηγικές (προγραμματισμένη διδασκαλία, φυλλάδια, διαλέξεις κ.ά.) είναι εξίσου αποτελεσματικές στην αύξηση των επιπέδων της γνώσης.¹¹ Για παράδειγμα, πολλές έρευνες υποδεικνύουν ότι οι οπτικοακουστικές μέθοδοι είναι το ίδιο αποτελεσματικές με έναν εκπαιδευτή.²⁰ Καθώς οι ασθενείς είναι ενήλικες, μαθαίνουν με ποικίλους τρόπους και η τεχνική της διδασκαλίας θα πρέπει να ταιριάζει με το συγκεκριμένο μαθησιακό στυλ κάθε ατόμου.

Επιβάλλεται περαιτέρω έρευνα, ώστε να βρεθεί η αποτελεσματικότητα των διαφόρων τεχνικών σε μακροπρόθεσμες αλλαγές στη συμπεριφορά, εκτός από το επίπεδο γνώσης που συνήθως μελετάται.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Η εκπαίδευση του ασθενούς μετά από έμφραγμα μυοκαρδίου είναι πιο σύνθετη απ' ό,τι φανερώνει η έρευνα. Οι περισσότερες από τις ερευνητικές μελέτες που εξετάστηκαν δεν έχουν μια θεωρητική βάση και στηρίζονται στη βάση δοκιμής και λάθους. Πρέπει να δοθεί πολλή προσοχή στους θεωρητικούς συνδέσμους της εκπαιδευτικής προσέγγισης, του περιεχομένου και των συμπεριφορών αυτοφροντίδας. Επιπλέον, υπάρχει ανάγκη για έρευνα στα ατομικά χαρακτηριστικά, τα οποία μπορεί να προαγάγουν ή να αποκλείσουν τη μάθηση και τις αλλαγές στον τρόπο ζωής.¹¹

Καθώς η έρευνα δείχνει ότι οι συνηθισμένες διδακτικές προσεγγίσεις είναι σχετικά αναποτελεσματικές, η άσκηση και οι εκπαιδευτικές και ψυχοκοινωνικές προ-

σεγγίσεις θα πρέπει να είναι εξατομικευμένες, έτσι ώστε τα μελλοντικά προγράμματα να μην είναι δομημένα και ο ασθενής να προσαρμόζεται σ' αυτά, αλλά να είναι σχεδιασμένα γι' αυτόν σύμφωνα με τις ανάγκες του.²⁰

Οι νοσηλευτές πρέπει να συμπεριλαμβάνουν πλήρως την οικογένεια στην εκπαιδευτική διαδικασία και να βελτιώνουν τις επικοινωνιακές και εκπαιδευτικές τους δεξιότητες.²⁰

Η μελλοντική έρευνα θα πρέπει να επικεντρωθεί στους τρόπους επίτευξης αποτελεσματικών εκπαιδευτικών προγραμμάτων με μακροχρόνια επίδραση στον τρόπο ζωής του εμφραγματία.²⁰

Το νέο μοντέλο για προγράμματα εκπαίδευσης θα πρέπει να ενσωματώσει τη θεωρία μάθησης των ενηλίκων και τις αρχές της αυτοκαθοδηγούμενης μάθησης και να αναγνωρίζει την αρνητική επίδραση του άγχους στη μάθηση. Αυτή η πολυδιάστατη προσέγγιση μπορεί να είναι πολύ πιο χρήσιμη στην επίτευξη μακροχρόνιων αλλαγών στη συμπεριφορά των ασθενών και τελικά στη μείωση του κόστους της επείγουσας φροντίδας.³⁰

Μια διεπιστημονική πολυπαραγοντική προσέγγιση στην εκπαίδευση σύμφωνα με τις ατομικές ανάγκες ίσως να είναι η πιο αποτελεσματική για τη μείωση του κινδύνου επανεμφάνισης του εμφράγματος με απειλή για τη ζωή του ασθενούς.³¹

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Zander KS. *Practical manual for patient teaching*. Saint Louis, CV Mosby Co, 1978
2. Cohen SA. Patient education: A review of the literature. *J Adv Nurs* 1981, 6:11–18
3. Wood R. Information all the way. *Nursing Times* 1990, 86:352–357
4. Linden B. Unit based phase I cardiac rehabilitation. Program for patients with myocardial infarction. *Focus on Critical Care* 1990, 17:15–19
5. White RW. Strategies of adaptation: an attempt at systematic description. In: Coehlo GV (ed) *Coping and adaptation*. New York, Basic Books Inc, 1974:47–68
6. Fletcher V. An individualized teaching programme following primary uncomplicated myocardial infarction. *J Adv Nurs* 1987, 12:195–200
7. Klein FR, Kliner VA, Zipes DP, Troyer WG, Wallace AG. Transfer from a coronary unit: Some adverse responses. *Arch Intern Med* 1968, 122:104–108
8. Smith MC. Patient responses to being transferred during hospitalization. *Nurs Res* 1976, 25:192–196

9. Toth JC. Effect of structured preparation for transfer on patient anxiety on leaving coronary care unit. *Nurs Res* 1980, 29:28-34
10. Becker MH (ed) *The health belief model and personal health behavior*. Thorofare, New Jersey, Charles B Slack, Inc, 1974
11. Oberst M. Perspectives on research in patient teaching. *Nurs Clin North Am* 1989, 24:621-627
12. Song R, Lee H. Managing health habits for myocardial infarction (MI). *Int J Nurs Stud* 2001, 38:375-380
13. Raleigh E, Odtohan B. The effect of cardiac teaching program on patient rehabilitation. *Heart Lung* 1987, 16:311-317
14. Mills G, Barnes R, Rodell D, Terry L. An evaluation of an in-patient/family education program. *Heart Lung* 1985, 14:400-406
15. McMahon M, Miller P, Wikoff R, Carrett MJ, Ringel K. Life situations, health beliefs, and medical regimen adherence of patients with myocardial infarction. *Heart Lung* 1986, 15:82-86
16. Sivarajan ES, Newton KM, Almes MJ, Kempf TM, Mansfield LW, Bruce RA. Limited effects of outpatient teaching and counseling after myocardial infarction. A controlled study. *Heart Lung* 1983, 12:65-73
17. Barbarowicz P, Nelson M, DeBusk R, Haskell W. A comparison of in-hospital education approaches for coronary bypass patients. *Heart Lung* 1980, 9:27-33
18. Bille D. A study of patients' knowledge in relation to teaching format and compliance. *Supervisor Nurse* 1977, 8:55-62
19. Hajek P, Taylor TZ, Mills P. Brief intervention during hospital admission to help patients to give up smoking after myocardial infarction and by pass surgery: randomised controlled trial. *BMJ* 1994, 14:448-456
20. Duryee R. The efficacy of inpatient education after myocardial infarction. *Heart Lung* 1992, 16:544-551
21. Oldridge NB. Cardiac rehabilitation after myocardial infarction. Combined experience of randomised clinical trials. *JAMA* 1988, 260:945-950
22. Ruzicki D. Realistically meeting the educational needs of hospitalized acute and short-stay patients. *Nurs Clin North Am* 1989, 24:629-636
23. Guzzetta C. Relationship between stress and learning. *Adv Nurs Sci* 1979, 1:35-49
24. Beckie T. A supportive-educative telephone program: Impact on knowledge and anxiety after coronary artery bypass graft surgery. *Heart Lung* 1989, 18:46-55
25. Adom D, Wright AS. Dissonance in nurse and patient evaluations of the effectiveness of a patient-teaching program. *Nurs Outlook* 1982, February:132-136
26. Milazzo V. A study of the difference in health knowledge gained through formal and informal teaching. *Heart Lung* 1980, 9:1079-1082
27. Bell J, Keir S. Advice given to coronary patients. *Nursing* 1990, 4:24-26
28. Lindsay C, Jenrich JA. Programmed instruction booklet for cardiac rehabilitation teaching. *Heart Lung* 1991, 20:648-653
29. Lindeman C. Patient education. *Annu Rev Nurs Res* 1988, 6:29-60
30. Mirka T. Meeting the learning needs of post myocardial infarction patients. *Nurse Educ Today* 1994, 14:448-456
31. Lane P. Creating an educational model for cardiac patients. *Profession Nurse* 1997, 13:45-48

Υποβλήθηκε: 1/3/2004

Επανυποβλήθηκε: 20/3/2006

Εγκρίθηκε: 12/4/2006