



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ
«ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΕΝΗΛΙΚΩΝ»

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΤΙΤΛΟΣ

**«Η ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΟΥ ΦΟΒΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ ΤΟΥ
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟΥ ΠΟΝΟΥ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΟΝΤΑΙ
ΣΤΗΝ ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΩΝ».**

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑΣ

Ειρήνη Χασκή

Νοσηλεύτρια Τ.Ε

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

Dr Βασίλειος Κουλούρας, Καθηγητής Εντατικολογίας

Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2020

Η παρούσα μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία αποτελεί μέρος των υποχρεώσεων μου για την εκπλήρωση των προϋποθέσεων απονομής του Μεταπτυχιακού Διπλώματος του προγράμματος «Νοσηλευτική Φροντίδα Ενηλίκων» του τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων. Βεβαιώνεται ότι η παρούσα Μεταπτυχιακή Διπλωματική εργασία είναι γνήσια και πρωτότυπη.



UNIVERSITY OF IOANNINA
FACULTY OF HEALTH SCIENCES
Medical Department
POSTGRADUATE PROGRAMME
"ADULT NURSING CARE"

MASTER DEGREE SCIENCE

TITLE

«THE INVESTIGATION OF FEAR AND ANXIETY OF CARDIOLOGICAL PAIN IN PATIENTS THAT ARE BEING ADMITTED INTO THE CORONARY INTENSIVE CARE UNIT ».

CHASKI EIRINI,
RN NURSE

SUPERVISOR

Dr. Vassilios Koulouras, Professor of Intensive Care
University of Ioannina

IOANNINA 2020

This master degree paper is a part of my responsibilities fulfillment of the requirements for master degree paper's conferment. The program "Nursing Adult Care" is presented by the University of Ioannina, department of Medicine. Confirming that the present master degree assignment is official and genuine.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ: Στην παρούσα ερευνητική μελέτη θα διερευνηθεί το άγχος και ο φόβος στον καρδιολογικό πόνο στους ασθενείς που εισέρχονται σε μία Καρδιολογική Μονάδα για οποιοδήποτε καρδιολογικό πρόβλημα. Θα σχηματιστεί η ερευνητική ερώτηση διότι μέσω αυτής θα στηριχτεί ολόκληρη η έρευνα και στη συνέχεια θα πραγματοποιηθεί βιβλιογραφική ανασκόπηση, κριτική ανάλυση της βιβλιογραφίας και αναφορά στο υπόβαθρο του θέματος ώστε να εντοπιστεί το ερευνητικό κενό για τη διεξαγωγή της εργασίας. Τέλος, θα αναλυθεί διεξοδικά η μεθοδολογία που θα χρησιμοποιηθεί και θα αναλυθούν τα αποτελέσματα της έρευνας.

ΣΤΟΧΟΣ ΚΑΙ ΣΚΟΠΟΣ: Στόχος, είναι η διασύνδεση της σχέσης του συναισθήματος του φόβου του καρδιολογικού πόνου με τη βιωμένη εμπειρία ενός καρδιολογικού επεισοδίου κατά το διάστημα της νοσηλείας στη Καρδιολογική Μονάδα. Σκοπός, είναι η διερεύνηση ορισμένων ψυχολογικών παραμέτρων στα άτομα που είχαν υποστεί ένα καρδιολογικό επεισόδιο και νοσηλεύονται στην Καρδιολογική Μονάδα.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας στις διεθνείς βάσεις δεδομένων Google Scholar και Pubmed στην ελληνική και στην αγγλική γλώσσα και η χρήση βιβλίων κυρίως στην ελληνική γλώσσα. Ακολουθήθηκε η Μετα-Θετικιστική προσέγγιση, πραγματοποιώντας ποσοτική μελέτη, περιγραφικής έρευνας με τη χρήση τυχαίας δειγματοληπτικής τεχνικής και πιο συγκεκριμένα της απλής δειγματοληπτικής τεχνικής με τη χρήση ερωτηματολογίων. Τα ερωτηματολόγια θα είναι δομημένα, κλειστού τύπου με ερωτήσεις βαθμονόμησης. Το δείγμα θα αποτελέσουν 71 ασθενείς ανεξαρτήτου φύλου που νοσηλεύτηκαν στην Καρδιολογική Μονάδα από τον Μάιο έως τον Αύγουστο του 2020.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Συμμετείχαν 38 άντρες και 33 γυναίκες μέσης ηλικίας τα 64 έτη. Το 71,8% του δείγματος ήταν έγγαμοι, το 93,0% είχε παιδιά και το 94,4% αδέρφια. Το 59,2% ήταν απόφοιτοι δημοτικού και απόφοιτοι λυκείου με αντίστοιχα ποσοστά 29,6%. Το 47,9% ήταν συνταξιούχοι. Σε περιοχή <150000 κατοίκων διέμενε το 42,3% και από το συνολικό δείγμα το 49,3% διέμενε με τον σύντροφό του. Το 80% των ασθενών είχε νοσηλευτεί στο παρελθόν για κάποια άλλη πάθηση. Η πλειοψηφία των ασθενών που νοσηλεύτηκαν για πρώτη φοράς εξαιτίας κάποιου καρδιακού προβλήματος καταλαμβάνει το ποσοστό 70% επί του συνόλου. Το κυριότερο καρδιακό πρόβλημα εισαγωγής ήταν το OEM (46,5%) με το STEMI να καταλαμβάνει το ποσοστό 26,8% και το NONSTEMI 19,7%. Για την εμφάνιση του Covid-19, το 42,3% δήλωσε πώς πρόκειται για ανθρώπινο κατασκευάσμα και πώς επηρέασε αρνητικά κυρίως σε μεγάλο βαθμό τους ίδιους (31,0%), την οικογένεια (32,4%) και το εισόδημα τους (42,3%). Ωστόσο, αυτοί οι ασθενείς εμφάνισαν μικρότερα ποσοστά άγχους που αφορά τις σωματικές αισθήσεις σε σχέση με την καρδιακή λειτουργία. Αναφορικά με το άγχος τα μεγαλύτερα ποσοστά άγχους τα βιώνουν οι γυναίκες, οι ηλικιωμένοι και αυτοί που έρχονται αντιμέτωποι για πρώτη φορά με καρδιαγγειακά νοσήματα. Οι γυναίκες και τα άτομα που μεγάλωσαν σε οικογένεια με αδέρφια εμφάνισαν υψηλότερα επίπεδα συμπόνιας και ενσυναίσθησης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα επίπεδα άγχους και συμπόνιας διαφοροποιούνται ανάλογα το φύλο, την ηλικία, το ιστορικό εισαγωγής των ασθενών και από εξωτερικούς παράγοντες. Οι νοσηλευτές οφείλουν να αναγνωρίσουν τις ανάγκες των ασθενών και να κάνουν ενέργειες ώστε να οδηγήσουν τον ασθενή σε όσο το δυνατόν καλύτερη σωματική και ψυχική ευεξία.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ: Άγχος, φόβος, πόνος, καρδιολογικός ασθενής, ερωτηματολόγιο CAQ, ερωτηματολόγιο SCBCS και ερωτηματολόγιο PASS.

ABSTRACT: In this research we will investigate, the anxiety and fear of cardiac pain in patients that are being admitted in the intensive care cardiac unit for any cardiac problem. A research question will be formed as the whole study depends on this. A literature review will be conducted to reveal the background of the topic and also a critical analysis of the articles that were chosen will be done to find the gap of the topic. The methodology will be analyzed and the results of the study will be presented.

AIM AND PURPOSE: The aim is to find the relationship between the fear of cardiac pain in patients that have suffered from a cardiac disease. The purpose is to investigate the psychological issues in people that are being admitted in an intensive cardiac care unit.

MATERIAL AND METHODS: The literature was reviewed in the international databases Google Scholar and Pubmed in Greek and English language and by the use of books mainly in Greek. A Post-Positivist approach was followed, a quantitative study was conducted with a descriptive research by using random sampling technique and more specifically the simple sampling technique using questionnaires. The questionnaires will be structured by using closed type with calibration questions. The sample will consist of 71 patients of independent gender who were hospitalized in the Cardiology Unit from May to August 2020.

RESULTS: In this survey participated 38 men and 33 women, with average age 64 years old. 71.8% of the sample were married, 93.0% had children and 94.4% siblings. 59.2% were elementary and high school graduates with equal percentages of 29.6%. 47.9% were retired. 42.3% lived in an area <150,000 inhabitants and 49.3% of the total sample lived with their partner. 80% of patients had been treated for another condition in the past. The majority of patients who were hospitalized for the first time due to a heart problem occupy 70% of the total. The main reason for the admission in the icu was AMI (46.5%) with STEMI 26.8% and NON STEMI 19.7%. For the appearance of Covid-19, 42,3% of the sample declared that this virus is man-made

and that has negatively affected them (31,0%), their families (32,4%) as well as their income (42,3%). However, those patients showed a lowest percentage of stress concerning their cardiac function. Regarding stress, women, elderly and those who face coronary diseases experience the higher percentage. Women and people that have been raised with siblings showed higher levels of compassion and empathy.

CONCLUSIONS: Levels of anxiety and compassion vary, depending on the gender, age, history of admission of patients and external factors. Health professionals must recognize the needs of patients and take action to lead the patient to the best possible physical and mental well-being.

KEY WORDS: Anxiety, fear, pain, cardiac patient, questionnaire CAQ, SCBCS AND PASS.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	5
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	14
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ	15
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	15
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ	16
2.1. ΣΤΟΧΟΣ ΚΑΙ ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	16
2.2. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΩΤΗΣΗ	16
2.3. ΑΙΤΙΟΛΟΓΗΣΗ/ ΣΚΕΠΤΙΚΟ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ.....	18
2.4. ΑΝΑΣΤΟΧΑΣΜΟΣ	21
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ	24
3.1. ΤΟ ΥΠΟΒΑΘΡΟ ΤΟΥ ΘΕΜΑΤΟΣ	24
3.2. ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ.....	27
3.3. ΚΡΙΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ	28
3.4. ΤΟ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΚΕΝΟ.....	32
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ.....	34
4.1. ΕΠΙΣΤΗΜΟΛΟΓΙΑ	34
4.2. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	35
4.3 ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΠΤΙΚΗ ΤΕΧΝΙΚΗ	37
4.4. ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΑΠΟΔΟΧΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΥ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ.....	40
4.5. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ	41
4.6. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΧΩΡΟΥ	41
4.7. ΜΕΘΟΔΟΣ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ	41
4.7. ΗΘΙΚΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	46
4.8. ΜΕΘΟΔΟΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ.....	46
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ	48
5.1. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΩΝ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ	48
5.2. ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ.....	65
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ.....	72
6.1. ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ	72
6.2. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ.....	75
6.3. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	77
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ	78

7.1. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	78
ΛΙΣΤΑ ΠΑΡΑΠΟΜΠΩΝ.....	80
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	80
ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	82
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	90
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ	90
ΕΝΤΥΠΟ ΕΝΗΜΕΡΗΣ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ.....	96
ΕΝΤΥΠΟ ΕΝΗΜΕΡΗΣ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΕΝΕΡΓΕΙΑ ΜΕΛΕΤΗΣ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΔΙΕΥΘΥΝΤΕΣ ΤΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ.....	101
ΑΙΤΗΣΗ ΈΓΚΡΙΣΗΣ ΠΡΟΣ ΤΟ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ	104
ΕΝΤΥΠΟ ΈΓΚΡΙΣΗΣ ΤΟΥ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ	105

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΕΙΚΟΝΩΝ

<u>ΕΙΚΟΝΑ 1 GIBBS'S REFLECTIVE CYCLE (1988)</u>	22
<u>ΕΙΚΟΝΑ 2 «ΟΙ ΔΕΚΑ ΠΙΟ ΣΗΜΑΝΤΙΚΕΣ ΑΙΤΙΕΣ ΘΑΝΑΤΟΥ ΓΙΑ ΤΟ ΕΤΟΣ 2016»</u>	25
<u>ΕΙΚΟΝΑ 3 «ΟΙ ΔΕΚΑ ΠΙΟ ΣΗΜΑΝΤΙΚΕΣ ΑΙΤΙΕΣ ΘΑΝΑΤΟΥ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΓΙΑ ΤΟ ΕΤΟΣ 2016»</u>	26
<u>ΕΙΚΟΝΑ 4 «ΟΙ ΔΕΚΑ ΠΙΟ ΣΗΜΑΝΤΙΚΕΣ ΑΙΤΙΕΣ ΘΑΝΑΤΟΥ ΓΙΑ ΤΟΥ ΑΝΤΡΕΣ ΓΙΑ ΤΟ ΕΤΟΣ 2016»</u>	27

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΠΙΝΑΚΩΝ

ΠΙΝΑΚΑΣ 1 ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΣΧΕΤΙΚΗΣ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ	48
ΠΙΝΑΚΑΣ 2 ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ ΚΑΙ ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ ΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ	49
ΠΙΝΑΚΑΣ 3 ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΣΧΕΤΙΚΗΣ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ ΦΥΛΟΥ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ	49
ΠΙΝΑΚΑΣ 4 ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΣΧΕΤΙΚΗΣ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΤΟΠΟΥ ΔΙΑΜΟΝΗΣ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ	49
ΠΙΝΑΚΑΣ 5 ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΣΧΕΤΙΚΗΣ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ, ΤΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΎΠΑΡΞΗΣ ΑΔΕΛΦΩΝ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ.....	50
ΠΙΝΑΚΑΣ 6 ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΣΧΕΤΙΚΗΣ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΎΠΑΡΞΗΣ ΑΔΕΛΦΗΣ/ΟΥ ΚΑΙ ΠΑΙΔΙΩΝ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ	50
ΠΙΝΑΚΑΣ 7 ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ ΚΑΙ ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ ΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ	51
ΠΙΝΑΚΑΣ 8 ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΣΧΕΤΙΚΗΣ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΣΥΓΓΕΝΩΝ ΠΟΥ ΜΕΝΟΥΝ ΜΑΖΙ ΜΕ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ	51
ΠΙΝΑΚΑΣ 9 ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΣΧΕΤΙΚΗΣ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΎΠΝΟΥ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ.....	52
ΠΙΝΑΚΑΣ 10 ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΣΧΕΤΙΚΗΣ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΑΠΟΦΕΩΝ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟΝ COVID-19	53
ΠΙΝΑΚΑΣ 11 ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΣΧΕΤΙΚΗΣ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΤΟΥ COVID-19 ΣΤΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ ΚΑΙ ΤΗΣ ΠΕΡΙΟΥΣΙΑΣ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ	54

ΠΙΝΑΚΑΣ 12 ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΣΧΕΤΙΚΗΣ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΣΥΜΠΟΝΙΑΣ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ	55
ΠΙΝΑΚΑΣ 13 ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΣΧΕΤΙΚΗΣ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΣΥΜΠΟΝΙΑΣ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ	56
ΠΙΝΑΚΑΣ 14 ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΣΧΕΤΙΚΗΣ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ	57
ΠΙΝΑΚΑΣ 15 ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΣΧΕΤΙΚΗΣ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ	58
ΠΙΝΑΚΑΣ 16 ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΣΧΕΤΙΚΗΣ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ ΠΟΥ ΠΡΟΚΑΛΕΙ Ο ΠΟΝΟΣ ΣΤΟ ΔΕΙΓΜΑ	60
ΠΙΝΑΚΑΣ 17 ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΣΧΕΤΙΚΗΣ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ ΠΟΥ ΠΡΟΚΑΛΕΙ Ο ΠΟΝΟΣ ΣΤΟ ΔΕΙΓΜΑ	61
ΠΙΝΑΚΑΣ 18 ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΣΧΕΤΙΚΗΣ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ ΠΟΥ ΠΡΟΚΑΛΕΙ Ο ΠΟΝΟΣ ΣΤΟ ΔΕΙΓΜΑ	63
ΠΙΝΑΚΑΣ 19. ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΣΧΕΤΙΚΗΣ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ ΠΟΥ ΠΡΟΚΑΛΕΙ Ο ΠΟΝΟΣ ΣΤΟ ΔΕΙΓΜΑ	64
ΠΙΝΑΚΑΣ 20 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ ΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΜΕ ΤΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΤΗΣ ΚΛΙΜΑΚΑ SANTA CLARA	65
ΠΙΝΑΚΑΣ 21 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ ΤΗΣ ΕΡΩΤΗΣΗΣ “ΠΟΣΑ ΑΔΕΡΦΙΑ;” ΜΕ ΤΗΝ ΚΛΙΜΑΚΑ SANTA CLARA	66
ΠΙΝΑΚΑΣ 22 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ ΤΗΣ ΕΡΩΤΗΣΗΣ “ΠΟΣΕΣ ΑΔΕΡΦΕΣ ΈΧΕΤΕ;” ΜΕ ΤΗΝ ΚΛΙΜΑΚΑ SANTA CLARA	66
ΠΙΝΑΚΑΣ 23 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΥΓΚΡΙΣΗΣ ΜΕΣΗΣ ΤΙΜΗΣ ΤΟΥ ΦΥΛΟΥ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΜΕ ΤΙΣ ΚΛΙΜΑΚΕΣ SANTA CLARA	67
ΠΙΝΑΚΑΣ 24 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΥΓΚΡΙΣΗΣ ΜΕΣΗΣ ΤΙΜΗΣ ΤΗΣ ΕΡΩΤΗΣΗΣ “ ΈΧΕΤΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΙ ΆΛΛΗ ΦΟΡΑ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΓΙΑ ΚΑΠΟΙΟ ΆΛΛΟ ΛΟΓΟ;” ΜΕ ΤΙΣ ΥΠΟ- ΚΛΙΜΑΚΕΣ SANTA CLARA.....	67
ΠΙΝΑΚΑΣ 25 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΥΓΚΡΙΣΗΣ ΜΕΣΗΣ ΤΙΜΗΣ ΤΗΣ ΕΡΩΤΗΣΗΣ “ΦΥΛΟ” ΜΕ ΤΙΣ ΥΠΟ- ΚΛΙΜΑΚΕΣ CAQ	68
ΠΙΝΑΚΑΣ 26 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΥΓΚΡΙΣΗΣ ΜΕΣΗΣ ΤΙΜΗΣ ΤΗΣ ΕΡΩΤΗΣΗΣ “ ΕΙΝΑΙ Η ΠΡΩΤΗ ΣΑΣ ΦΟΡΑ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΓΙΑ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ;” ΜΕ ΤΙΣ ΥΠΟ- ΚΛΙΜΑΚΕΣ CAQ	68
ΠΙΝΑΚΑΣ 27 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΥΓΚΡΙΣΗΣ ΜΕΣΗΣ ΤΙΜΗΣ ΤΗΣ ΕΡΩΤΗΣΗΣ “ΧΘΕΣ ΒΡΑΔΥ ΚΟΙΜΗΘΗΚΑΤΕ ΚΑΛΑ;” ΜΕ ΤΙΣ ΥΠΟ- ΚΛΙΜΑΚΕΣ CAQ	69

ΠΙΝΑΚΑΣ 28 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ ΤΗΣ ΕΡΩΤΗΣΗΣ “ ΤΑ ΜΕΤΡΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ COVID ΕΠΗΡΕΑΣΑΝ ΑΡΝΗΤΙΚΑ ΤΑ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΑ ΣΑΣ;” ΜΕ ΤΙΣ ΚΛΙΜΑΚΕΣ CAQ ΚΑΙ PASS	69
ΠΙΝΑΚΑΣ 29 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ ΤΗΣ ΕΡΩΤΗΣΗΣ “ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ” ΜΕ ΤΙΣ ΚΛΙΜΑΚΕΣ PASS ΚΑΙ CAQ.....	70
ΠΙΝΑΚΑΣ 30 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ ΤΗΣ ΕΡΩΤΗΣΗΣ “ΈΧΕΤΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΙ ΆΛΛΗ ΦΟΡΑ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΓΙΑ ΚΑΠΟΙΟ ΆΛΛΟ ΛΟΓΟ;” ΜΕ ΤΙΣ ΚΛΙΜΑΚΕΣ SANTA CLARA ΚΑΙ PASS	70

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Για την εκπόνηση της παρούσας Μεταπτυχιακής Διπλωματικής εργασίας με θέμα «Η διερεύνηση του φόβου και του άγχους στον καρδιολογικό πόνο στους ασθενείς που εισέρχονται στη μονάδα εντατικής θεραπείας καρδιοπαθών» θα ήθελα να απευθύνω ιδιαίτερες ευχαριστίες στον επιβλέποντά μου Καθηγητή Εντατικολογίας, κ. Βασίλειο Κουλούρα, Διευθυντή Ε.Σ.Υ της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων καθώς και στην κ. Μαίρη Γκούβα, Καθηγήτρια Ψυχολογίας του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων και για την πολύτιμη στήριξη, βοήθεια και συνεργασία που μου παρείχαν.

Οφείλω ακολούθως να απευθύνω τις ευχαριστίες μου σε όλους όσους με εμπιστεύτηκαν και αφιέρωσαν λίγο από το προσωπικό τους χρόνο ώστε να συμμετάσχουν στην ερευνητική μου μελέτη. Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω από καρδιάς την οικογένειά μου και τους φίλους μου για την ενθάρρυνση, τη συμπαράστασή, τη καθοδήγησή τους αλλά και την ανεκτικότητα που έδειξαν κατά τη διάρκεια των ακαδημαϊκών μου σπουδών. Δίχως αυτούς και τις χρήσιμες συμβουλές τους δεν θα είχα καταφέρει να υπερπηδήσω τις δυσκολίες και να φέρω εις πέρας την ολοκλήρωση της μελέτης μου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η καθημερινότητα μας μπορεί να είναι απρόβλεπτη όπως και η κοινή ύπαρξη και η συμβίωση με άλλα άτομα. Ερχόμαστε αντιμέτωποι με διάφορες καταστάσεις, οι οποίες μας προκαλούν ποικίλα συναισθήματα με αλλαγές στον καρδιακό μας ρυθμό. Αυτό, μας δίνει τη δυνατότητα να κατανοήσουμε ότι ο ψυχικός μας κόσμος είναι άρρηκτα συνδεδεμένος με την καρδιά μας. Οπότε με οποιαδήποτε αλλαγή επηρεάζεται και η ψυχή και η καρδιά μας αμφίδρομα, είτε θετικά είτε αρνητικά.

Λαμβάνοντας υπόψη τη σχέση της καρδιάς με τα συναισθήματα και την ψυχολογία ενός ατόμου, γίνεται εύκολα αντιληπτό ότι οι ασθενείς και ιδιαίτερα οι καρδιολογικοί ασθενείς, εμφανίζουν πιο έντονα συμπτώματα καθώς επηρεάζονται ολιστικά, τόσο σωματικά όσο και ψυχικά. Οι πάσχοντες σε σύγκριση με τον υγιή πληθυσμό εμφανίζουν πιο έντονα ψυχολογικά προβλήματα (π.χ. ο φόβος, το άγχος) τα οποία σχετίζονται με τα σωματικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν. Πιο συγκεκριμένα, οι καρδιολογικοί ασθενείς εμφανίζουν συμπτώματα άγχους και φόβου που σχετίζονται με τον καρδιολογικό πόνο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

2.1. ΣΤΟΧΟΣ ΚΑΙ ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Γενικός στόχος της παρούσας ερευνητικής μελέτης είναι η διασύνδεση της σχέσης του συναισθήματος του φόβου του καρδιολογικού πόνου με τη βιωμένη εμπειρία ενός καρδιολογικού επεισοδίου κατά το διάστημα της νοσηλείας στη Καρδιολογική Μονάδα. Ο σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση ορισμένων ψυχολογικών παραμέτρων (φόβος και άγχος του πόνου, σωματική ευαισθησία στο άγχος με επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία) στα άτομα που είχαν υποστεί ένα καρδιολογικό επεισόδιο και νοσηλεύονται στην Καρδιολογική Μονάδα. Πιο συγκεκριμένα:

1. Σύγκριση της ομάδας των ανδρών και της ομάδας των γυναικών.
2. Συσχέτιση των επιμέρους υποκλιμάκων κάθε μεταβλητής τόσο για το σύνολο του δείγματος όσο και για κάθε ομάδα ξεχωριστά.
3. Συσχετίσεις αναφορικά με το φύλο, την ηλικία και λοιπά κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά (οικογενειακή κατάσταση, επαγγελματική-οικονομική κατάσταση, τόσο για το σύνολο του δείγματος όσο και για κάθε ομάδα ξεχωριστά.

2.2. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΩΤΗΣΗ

Η ερευνητική ερώτηση αποτελεί απαραίτητο βήμα για τη διεξαγωγή της έρευνας. Ο ερευνητής οφείλει να σχεδιάσει την ερευνητική ερώτηση με καταλληλότητα, σαφήνεια και εγκυρότητα καθώς μέσω αυτής προσεγγίζεται ολόκληρη η έρευνα. Απαραίτητη προϋπόθεση είναι η ερευνητική ερώτηση να είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με τη βιβλιογραφική ανασκόπηση και να υποδεικνύει τη μεθοδολογία που θα ακολουθήσει ο ερευνητής (Μαντζούκας, 2007: Mantzoukas, 2008).

Ολόκληρη η έρευνα στηρίζεται στα ερευνητικά ερωτήματα καθώς χωρίς αυτά δεν μπορούν να προκύψουν αποτελέσματα και κατά συνέπεια να απαντηθούν τα ερωτήματα της εργασίας. Εάν ο σχεδιασμός της ερευνητικής ερώτησης δεν είναι ορθός και κατάλληλος τότε τα αποτελέσματα που θα προκύψουν θα είναι

ακατάλληλα και ασαφή (Τσιώλης, 2014: Ιωσηφίδης, 2008: Δημητρόπουλος, 2001: Μαντζούκας, 2007). Τέλος, δεν είναι απαραίτητο στοιχείο της ερευνητικής ερώτησης η χρήση ερωτηματικού καθώς και στις ποιοτικές αλλά και στις ποσοτικές μελέτες ο ερευνητής μπορεί να κάνει χρήση της υπόθεσης (Μαντζούκας, 2007: Mantzoukas, 2008).

Υπάρχουν διάφορες τεχνικές υλοποίησης των ερευνητικών ερωτήσεων. Μία από τις πιο συνηθισμένες τεχνικές δημιουργίας των ερευνητικών ερωτήσεων είναι η P.I.C.O. Η P.I.C.O. ουσιαστικά αποτελεί ένα ακρόνυμο και αφορά τους ασθενείς (**P**atient), την παρέμβαση (**I**ntervention), τη σύγκριση (**C**omparison) και το αποτέλεσμα (**O**utcome) (Santos, Pimenta & Nobre, 2007: Schardt et al., 2007: Moyer, 2008: Eriksen & Frandsen, 2018).

Η τεχνική αυτή είναι αρκετά αποτελεσματική καθώς προσφέρει έναν εύκολο τρόπο για την δημιουργία μίας ερευνητικής ερώτησης ενώ ακόμη δίνεται η δυνατότητα στους ερευνητές να αναζητήσουν τα δεδομένα στις ηλεκτρονικές βάσεις και να ανακτήσουν πληροφορίες (Santos, Pimenta & Nobre, 2007: Eriksen & Frandsen, 2018). Ωστόσο, ορισμένες φορές για τη διεξαγωγή μία ποιοτικής μεθοδολογίας η τεχνική αυτή μπορεί να είναι προβληματική (Mantzoukas, 2008).

Επιπρόσθετα, σύμφωνα με τον Mantzoukas (2008) υπάρχει μία ακόμα εύχρηστη ερευνητική ερώτηση. Αυτή η ερευνητική ερώτηση οφείλει να αποτελείται από ορισμένα στοιχεία, που χωρίς αυτά τα στοιχεία δεν μπορεί να υφίστανται ερώτηση. Αρχικά, στην ερευνητική ερώτηση πρέπει να αναφέρεται ο πληθυσμός που θα ερευνηθεί, ο λόγος για τον οποίο θα πραγματοποιηθεί η έρευνα, τι πρόκειται να ερευνηθεί, με ποιον τρόπο, σε ποια τοποθεσία και πότε. Μέσω αυτής της ερευνητικής ερώτησης δίνεται η δυνατότητα στην άμεση αναζήτηση δεδομένων προσδιορίζοντας τις σωστές πληροφορίες (Mantzoukas, 2008).

Στην συγκεκριμένη μελέτη χρησιμοποιήθηκε η τεχνική που αναφέρει ο Mantzoukas (2008) και πιο συγκεκριμένα η ερευνητική ερώτηση είναι η εξής: «Καταγράφοντας με ποσοτική μελέτη, τη προσμέτρηση των αποτελεσμάτων που προκύπτουν από τη διασύνδεση της σχέσης του συναισθήματος του φόβου του καρδιολογικού πόνου με τη βιωμένη εμπειρία ενός καρδιολογικού επεισοδίου των καρδιολογικών ασθενών,

που εισέρχονται στη Καρδιολογική Μονάδα του ΠΓΝΙ κατά το έτος 2019- 2020».

2.3. ΑΙΤΙΟΛΟΓΗΣΗ/ ΣΚΕΠΤΙΚΟ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η ίδρυση της καρδιολογικής μονάδας επήλθε τη δεκαετία του 1960 από τον Julian (Valente et al., 2007: Woolridge et al., 2019: Claeys et al., 2020: Romano, 2019). Είναι ένα οργανωμένο σύστημα το οποίο αποτελείται από έμπειρο προσωπικό (van Diepen, Katz & Morrow, 2019: Joynt et al., 2019) και παρέχει εξειδικευμένη υποστήριξη ζωής και συνεχή αιμοδυναμική παρακολούθηση (Terzi & Kaya, 2015: Romano, 2019: Joynt et al., 2019).

Αρχικά σε μία καρδιολογική μονάδα εισάγονταν τα περιστατικά με Οξύ Έμφραγμα του Μυοκαρδίου (OEM) (Romano, 2019: Gidwani & Kini, 2013: Morrow, 2017) και με αρρυθμία (Casella et al., 2017: Roubille et al., 2016: Casella et al., 2010). Ωστόσο, πλέον εισέρχονται και άλλα περιστατικά με πιθανή ή εδραιωμένη οργανική ανεπάρκεια ή και βαρέα πάσχοντα ασθενείς (Williams & Wheeler, 2009: Mercier et al., 2018: Marik, 2007).

Πιο συγκεκριμένα, τα συνήθη περιστατικά τα οποία εισέρχονται σε μία Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Καρδιοπαθών είναι τα εξής:

1. Στεφανιαία Νόσος (Έμφραγμα του Μυοκαρδίου, Ασταθής Στηθάγχη, Αιφνίδιος Θάνατος, Ισχαιμία)
2. Υπέρταση – Υπόταση
3. Συγκοπτικό Επεισόδιο
4. Αρρυθμίες (Κολπική Μαρμαρυγή βραδείας ή ταχείας ανταπόκρισης, Κολποκοιλιακός αποκλεισμός, Υπερκοιλιακή ταχυκαρδία, Κοιλιακή Μαρμαρυγή, Κοιλιακή Ταχυκαρδία, Κολπικός Πτερυγισμός, Έκτακτες Κολπικές ή Κοιλιακές Συστολές, Φλεβοκομβική Ταχυκαρδία ή Βραδυκαρδία, Αποκλεισμός Σκέλους)
5. Ενδοκαρδίτιδα
6. Μυοκαρδίτιδα
7. Περικαρδίτιδα

8. Μυοκαρδιοπάθειες
9. Νόσος αγγείων ή Στελέχους
10. Βαλβιδοπάθειες (Στένωση ή Ανεπάρκεια Βαλβίδων)
11. Καρδιακή Ανεπάρκεια
12. Παθήσεις της Πνευμονικής Κυκλοφορίας (Πνευμονική Υπέρταση, Πνευμονική Εμβολή)
13. Παθήσεις της Θωρακικής Αορτής (Ανεύρυσμα Θωρακικής Αορτής, Οξύς ή Χρόνιος Διαχωρισμός της Αορτής)
(Τρυποσκιάδης, 2016).

Οι ασθενείς που εισέρχονται στη Καρδιολογική Μονάδα αντιμετωπίζουν ποικίλα συναισθήματα όπως αυτά του φόβου και του άγχους σε σχέση με τον καρδιολογικό πόνο και ενός καρδιολογικού επεισοδίου. *«Η λέξη άγχος προέρχεται από ρήμα «άγχω», το οποίο σημαίνει πιέζω δυνατά το λαιμό, πνίγω, στραγγαλίζω και από το ρήμα «άγχομαι» το οποίο σημαίνει πνίγομαι, αυτοκτονώ με αγχόνη όπως επίσης από το ουσιαστικό «αγχόνη» το οποίο σημαίνει βρόγχος, σκοινί για απαγχονισμό, κρέμασμα, πνίζιμο»* (Πολυκανδριώτη & Κουτσοπούλου, 2014).

Το άγχος είναι ένα δυσάρεστο συναίσθημα, που προκύπτει έπειτα από ορισμένους κινδύνους (υπαρκτούς και μη) τους οποίους αντιλαμβάνεται το άτομο. Οι κίνδυνοι αυτοί προέρχονται από το περιβάλλον (εσωτερικό ή εξωτερικό) και οδηγεί το άτομο να αντιμετωπίσει τους κινδύνους ή να τους αποφύγει «Fight or Flight» (Πολυκανδριώτη & Κουτσοπούλου, 2014).

Η λέξη φόβος ορίζεται ως ένα δυσάρεστο συναίσθημα το οποίο προκαλείται όταν το άτομο αναμένει ή αντιλαμβάνεται κάποιον κίνδυνο (Miller et al., 2005). Η λέξη «φόβος» ετυμολογικά προέρχεται από το ρήμα «φέβομαι» δηλαδή τρέπομαι σε φυγή. Εναλλακτικά αντί της λέξης του φόβου μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε τη λέξη τρόμος, αγωνία, πανικός ενώ συχνά συγχέεται με τη λέξη άγχος (Σταθόπουλος, 2003). Ως πόνος χαρακτηρίζεται μία εμπειρία υποκειμενική και δυσάρεστη η οποία συνοδεύεται με πιθανή ή παρουσία βλάβης ιστών (Terzi & Kaya, 2015).

Λαμβάνοντας υπόψη τα συναισθήματα του φόβου και του άγχους στον καρδιολογικό πόνο με τα οποία έρχονται αντιμέτωποι οι ασθενείς που εισέρχονται σε μία Καρδιολογική Μονάδα, γίνεται εύκολα αντιληπτό ότι επηρεάζονται αρνητικά η ψυχολογική και η σωματική υγεία των ασθενών (Πολυκανδριώτη & Κουτσοπούλου, 2014: Smallheer, Vollman & Dietrich, 2017). Κατ' επέκταση επηρεάζονται και ποικίλοι τομείς στη ζωή των ασθενών όπως είναι ο προσωπικός, κοινωνικός, οικογενειακός και οικονομικός τομέας (Τουλιά & Κουτσοπούλου, 2014: Ροβίθης και συν, 2017). Οι επιπτώσεις μπορεί να είναι είτε παροδικές είτε να αποκτήσουν χρονιότητα (Καριοφύλλα & Μπάλλιου, 2014).

Αναλυτικότερα, οι ασθενείς δυσκολεύονται να προσαρμοστούν στα νέα δεδομένα (πχ ελάττωση καπνίσματος, φυσική άσκηση, σωστή διατροφή) (Terzi & Kaya, 2015: Ροβίθης και συν, 2017: Smolderen et al., 2015) και δεν συμμορφώνονται στη θεραπευτική τους αγωγή (AbuRuz & Masa'Deh, 2017: AbuRuz, Alaloul & Al-Dweik, 2017) με αποτέλεσμα η πορεία της νόσου να επηρεάζεται αρνητικά (Terzi & Kaya, 2015: Σπύρου και συν, 2018). Πιο συγκεκριμένα, αυξάνονται τα ποσοστά επανα-εισαγωγής (Πολυκανδριώτη και συν, 2012: Σπύρου και συν, 2018) και τα ποσοστά θνητότητας (Σπύρου και συν, 2018: Ροβίθης και συν, 2017: Τουλιά & Κουτσοπούλου, 2014).

Ακόμη, αποτελεί συχνό φαινόμενο οι ασθενείς να αισθάνονται εξαντλημένοι (Reese et al., 2011: Smallheer, Vollman & Dietrich, 2017: Romano, 2019), έχοντας διαταραχές ύπνου (AbuRuz & Al-Dweik, 2018: Mol et al., 2017: Zimmermann-Viehoff et al., 2010) και διατροφικές διαταραχές (Reese et al., 2011: AbuRuz & Al-Dweik, 2018: Zimmermann-Viehoff et al., 2010). Είναι ευερέθιστοι (Πολυκανδριώτη & Κουτσοπούλου, 2014: Ροβίθης και συν, 2017: Smallheer, Vollman & Dietrich, 2017) και δυσκολεύονται να συγκεντρωθούν σε κάτι άλλο πέρα από τα προβλήματά τους (Πολυκανδριώτη & Κουτσοπούλου, 2014).

Επιπρόσθετα εντοπίζεται αύξηση της έντασης του πόνου (Τουλιά & Κουτσοπούλου, 2014: Smallheer, Vollman & Dietrich, 2017) ενώ ακόμη δεν είναι λίγες οι φορές που διαγιγνώσκονται με κατάθλιψη (Καριοφύλλα & Μπάλλιου, 2014: Grewal et al., 2010: Romano, 2019). Τέλος, οι ασθενείς βιώνουν την κοινωνική απομόνωση (Terzi & Kaya, 2015), αισθάνονται ανίκανοι να επιστρέψουν στο εργασιακό τους περιβάλλον

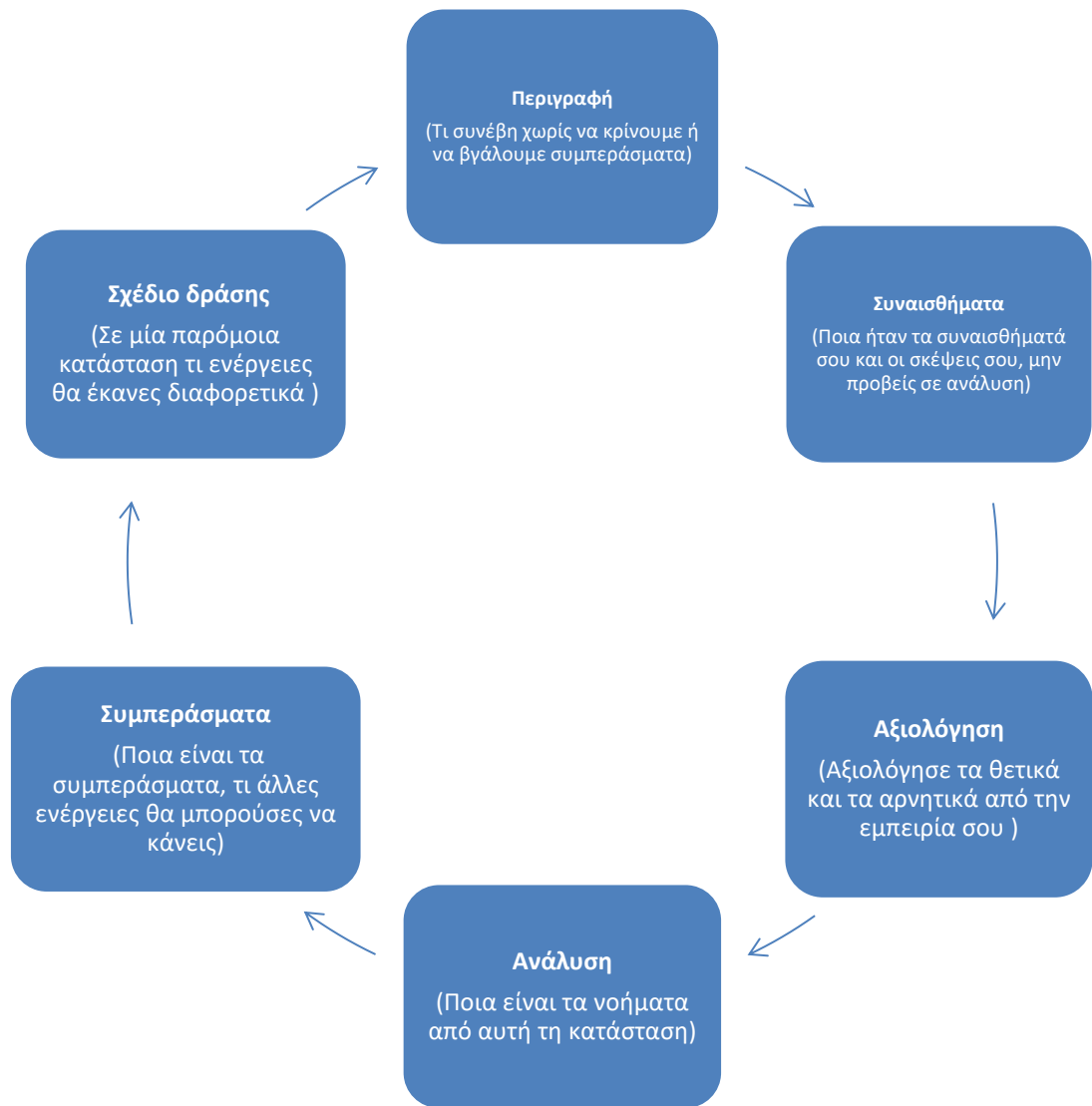
(Arnold et al., 2012; Shah et al., 2012) και απέχουν από τις σεξουαλικές του δραστηριότητες (Ροβίθης και συν, 2017; Smallheer, Vollman & Dietrich, 2017).

Γίνεται αντιληπτό, ότι οι καρδιολογικοί ασθενείς έρχονται αντιμέτωποι με μία μεγάλη ποικιλία προβλημάτων (ψυχολογικών και βιολογικών), τα οποία μπορεί να αποβούν για αυτούς καταστροφικά και μοιραία. Για αυτό λοιπόν το λόγο κρίνεται αναγκαία η συγκεκριμένη έρευνα ώστε να εντοπιστεί η σχέση του συναισθήματος του φόβου με τη βιωμένη εμπειρία ενός καρδιολογικού επεισοδίου ώστε να σχεδιαστούν πρωτόκολλα πρόληψης αλλά και θεραπείας με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των καρδιολογικών ασθενών. Ακόμη, οι αναφορές που προκύπτουν από τη σύγχρονη βιβλιογραφία σχετικά με το φύλο, την ηλικία και τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών δεν συγκλίνουν και παρουσιάζουν διαφορές μεταξύ τους για αυτό θα πραγματοποιηθεί εκτενέστερη έρευνα.

2.4. ΑΝΑΣΤΟΧΑΣΜΟΣ

Η θεωρία της Αναστοχαστικής Πρακτικής ή αλλιώς Reflective Practice Analysis είναι από τις πιο διαδεδομένες θεωρίες τα τελευταία είκοσι χρόνια. Θεωρείται η διαδικασία προβληματισμού, η ανάλυση των δεδομένων και η επανεξέταση των στάσεων και των εμπειριών μέσα στον χώρο εργασίας. Ουσιαστικά είναι ένα εργαλείο διαχείρισης των εμπειριών, ένα μέσο εξέλιξης και βελτίωσης της κριτικής σκέψης (Kinsella, 2010).

Για την εκπόνηση της συγκεκριμένης μελέτης έγινε χρήση της αναστοχαστικής πρακτικής μέσω του μοντέλου Gibbs (1988). Το μοντέλο του Gibbs αποτελείται από έξι στάδια και περιλαμβάνει την περιγραφή, τα συναισθήματα, την αξιολόγηση, την ανάλυση, τα συμπεράσματα και το σχέδιο δράσης (Husebø, O'Regan & Nestel, 2015).



Εικόνα 1 Gibbs's reflective cycle (1988)

Έναυσμα για αυτή τη μελέτη αποτέλεσε η εργασία μου ως νοσηλεύτρια στο χώρο της Καρδιολογικής – Καρδιοχειρουργικής Μονάδας του Π.Γ.Ν Ιωαννίνων. Η βασική μου παρατήρηση ήταν ότι οι ασθενείς που νοσηλεύονται σε μία Καρδιολογική Μονάδα έρχονται αντιμέτωποι με ποικίλα προβλήματα τα οποία επηρεάζουν τη σωματική και ψυχική τους υγεία και κατά συνέπεια την ποιότητα ζωής τους οδηγώντας σε υψηλά ποσοστά επανα-εισαγωγών αλλά και θνητότητας.

Η κατάσταση αυτή χρήζει άμεσης αντιμετώπισης για αυτό χρησιμοποιήθηκε το μοντέλο του Gibbs. Πιο συγκεκριμένα αναγνώρισα τα συναισθήματα που αποκόμισα από αυτή την εμπειρία, αξιολόγησα τα θετικά και τα αρνητικά της εμπειρίας αυτής,

ανέλυσα τα νοήματα της κατάστασης και οδηγήθηκα στα συμπεράσματα και τη δημιουργία ενός σχεδίου δράσης, με σκοπό τον εντοπισμό των διαφορετικών προβλημάτων που προκύπτουν ανάλογα με το φύλο, την ηλικία και τα λοιπά κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά και την ουσιαστική βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

3.1. ΤΟ ΥΠΟΒΑΘΡΟ ΤΟΥ ΘΕΜΑΤΟΣ

Η εισαγωγή των ασθενών στη καρδιολογική μονάδα μπορεί να προκληθεί από ποικίλα αίτια (Τρυποσκιάδης, 2016). Ανεξάρτητα από τη σοβαρότητα της νόσου, η εισαγωγή των ασθενών στη μονάδα αποτελεί ένα αρκετά σοβαρό ζήτημα καθώς επηρεάζει στο έπακρο τη ψυχολογική αλλά και τη σωματική υγεία των ασθενών (Πολυκανδριώτη & Κουτσοπούλου, 2014: Smallheer, Vollman & Dietrich, 2017)δημιουργώντας τόσο προσωπικά όσο και κοινωνικό-οικονομικά προβλήματα (Τουλιά & Κουτσοπούλου, 2014: Ροβίθης και συν, 2017).

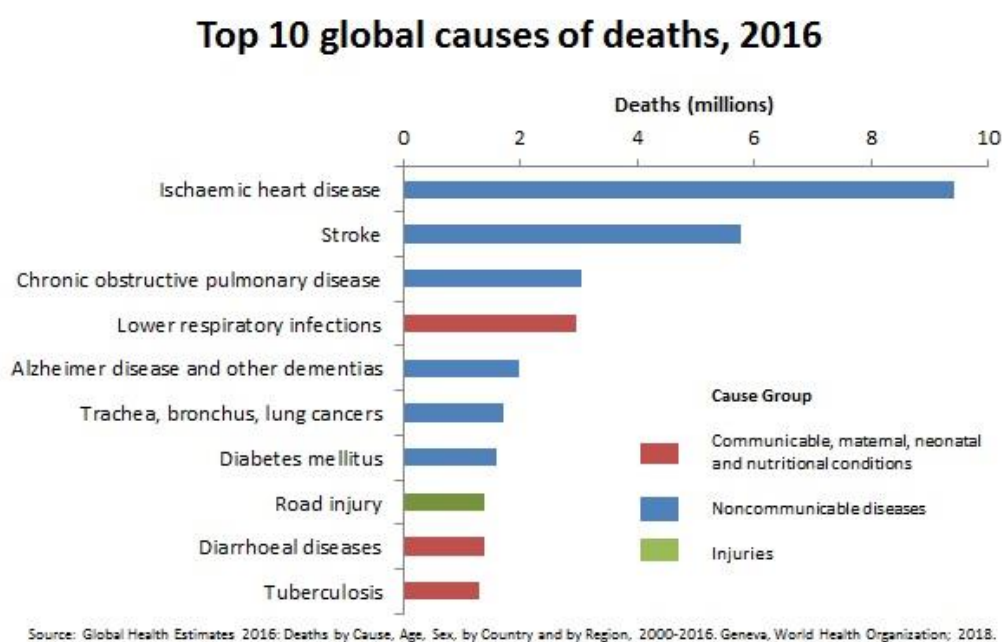
Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (2018) αναφέρει ότι τα καρδιαγγειακά νοσήματα και ειδικότερα τα ισχαιμικά καρδιακά επεισόδια είναι η πρώτη αιτία θανάτου παγκοσμίως τα τελευταία δεκαπέντε χρόνια. Το 2016 καταγράφηκαν 56,9 εκατομμύρια θάνατοι σε όλον τον κόσμο, από τους οποίους οι 17,9 εκατομμύρια οφείλονταν σε παθήσεις του καρδιαγγειακού συστήματος.

Στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής το 2017 καταγράφηκαν 365.914 περιπτώσεις ασθενών που νόσησαν από ισχαιμικό καρδιακό επεισόδιο. Πιο συγκεκριμένα στις ΗΠΑ, ένα άτομο πεθαίνει κάθε 37 δευτερόλεπτα από κάποιο καρδιαγγειακό νόσημα, κάθε 40 δευτερόλεπτα ένας άνθρωπος παθαίνει ανακοπή ενώ περίπου 805.000 ασθενείς πεθαίνουν από ανακοπή (Heron, 2019: Benjamin et al., 2018).

Σχετικά με την ηλικία και το φύλο, στις ΗΠΑ καταγράφονται με ισχαιμικά καρδιακά επεισόδια περίπου 18,2 εκατομμύρια ασθενείς άνω των 20 ετών ενώ δύο από τους δέκα θανάτους από ισχαιμικά καρδιακά επεισόδια συμβαίνουν σε ηλικίες μικρότερες των 65 ετών. Το 2015, το ποσοστό θανάτου από ισχαιμικά καρδιακά επεισόδια ήταν παρόμοια και στα δύο φύλα και πιο συγκεκριμένα οι άντρες είχαν ποσοστό 24,4% ενώ οι γυναίκες 22,3%. Το 2017 από καρδιαγγειακά επεισόδια απεβίωσαν 347,879 άντρες (δηλαδή ένας στους τέσσερις θανάτους) και 299,578 γυναίκες (δηλαδή ένας στους πέντε θανάτους) (Heron, 2019: Benjamin et al., 2018).

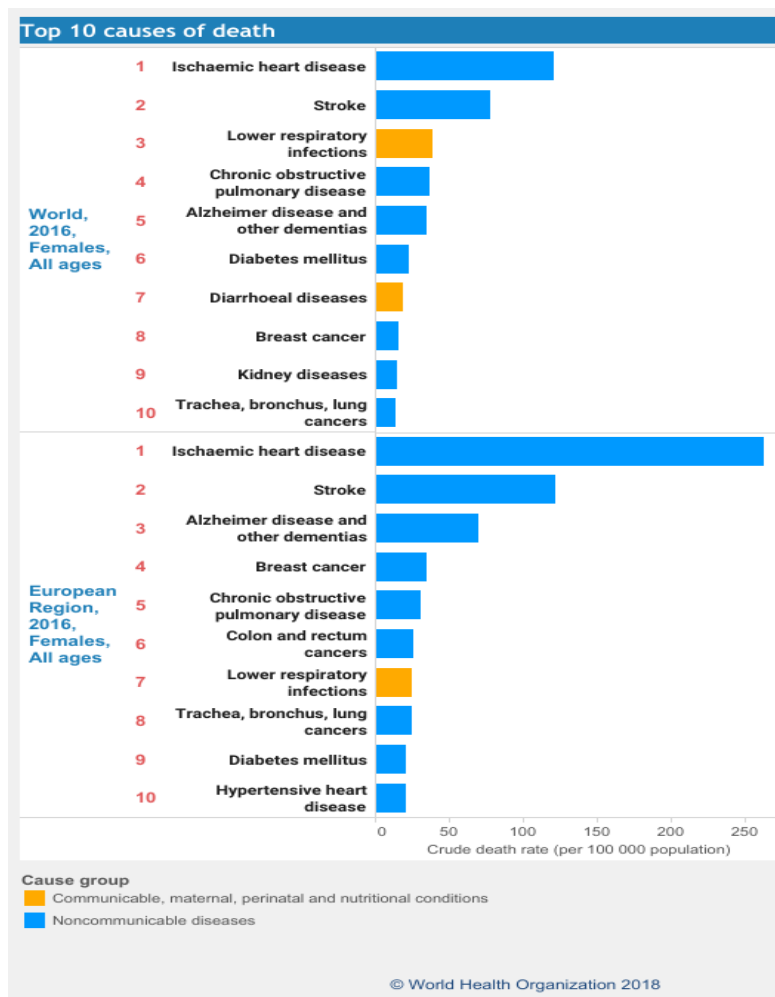
Παρ' όλο που έχει ήδη γίνει γνωστό από τη διεθνή βιβλιογραφία και από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας η συχνότητα αλλά και η σοβαρότητα των καρδιαγγειακών νοσημάτων, φαίνεται ότι οι ασθενείς που εισάγονται σε μία καρδιολογική μονάδα παρά την πρόοδο της ιατρικής επιστήμης (Lambrinou et al., 2012), δεν επιδέχονται ολιστική αντιμετώπιση έχοντας σοβαρές επιπτώσεις τόσο στην υγεία όσο στην ποιότητα ζωής τους (Terzi & Kaya, 2015: Ροβίθης και συν, 2017: Πολυκανδριώτη και συν, 2012: Πολυκανδριώτη, 2010: Σπύρου και συν, 2018: Τουλιά & Κουτσοπούλου, 2014).

Σύμφωνα με την Πολυκανδριώτη (2010), ενώ είναι γνωστές οι ανάγκες των νοσηλευόμενων ασθενών, η αδυναμία παροχής υπηρεσιών και προγραμμάτων στήριξης στην πράξη από το νοσηλευτικό προσωπικό οφείλεται κατά κύριο λόγο στην έλλειψη χρόνου αλλά και στην έλλειψη προσωπικού. Ενώ παράλληλα, οι ασθενείς δεν εκφράζουν τα συναισθήματά τους και δεν εκδηλώνουν τις ανάγκες τους, με αποτέλεσμα ολόκληρη η διαδικασία παροχής στήριξης να υπονομεύεται.



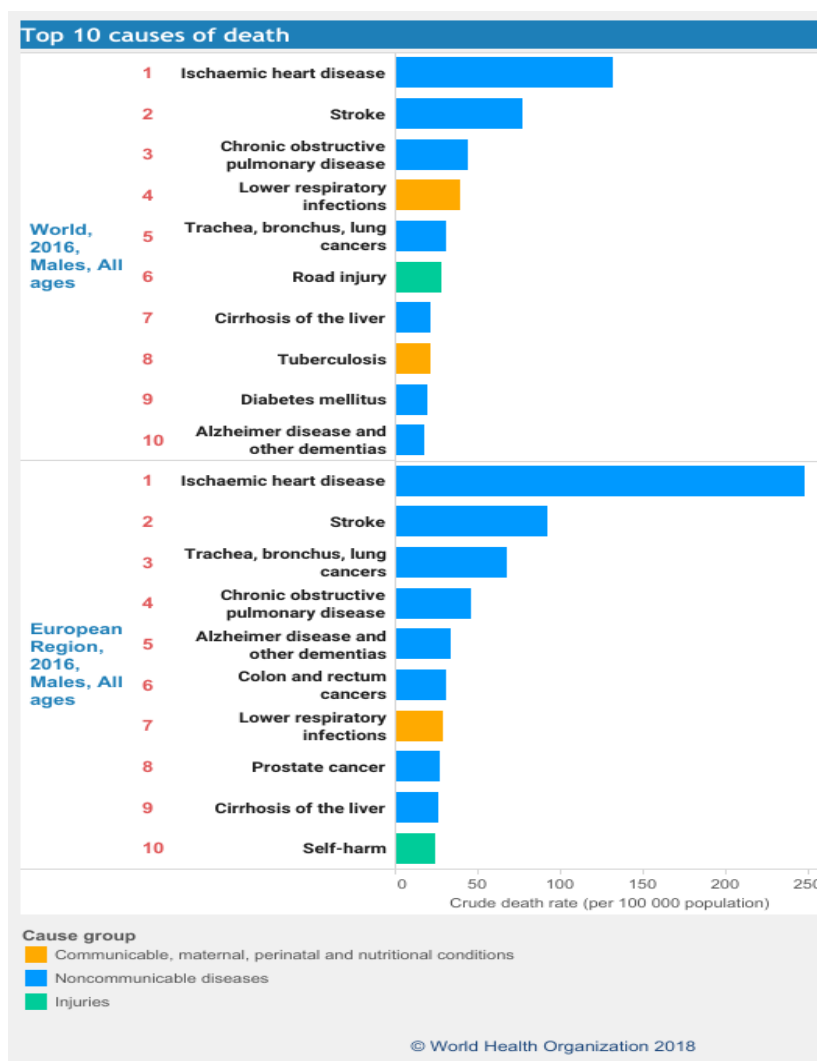
Εικόνα 2 «Οι δέκα πιο σημαντικές αιτίες θανάτου για το έτος 2016»

Πηγή: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (2018).



Εικόνα 3 «Οι δέκα πιο σημαντικές αιτίες θανάτου των γυναικών για το έτος 2016»

Πηγή: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (2018).



Εικόνα 4 «Οι δέκα πιο σημαντικές αιτίες θανάτου για τον άντρα για το έτος 2016»

Πηγή: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (2018).

3.2. ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Για την εκπόνηση της παρούσας ερευνητικής μελέτης πραγματοποιήθηκε συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση στις μηχανές αναζήτησης PubMed και Google Scholar. Οι λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν για την εύρεση άρθρων σχετικών με το αντικείμενο μελέτης ώστε να απαντήσουν στην ερευνητική ερώτηση διαχωρίζονται στην ελληνική και στην αγγλική γλώσσα. Για την ελληνική γλώσσα οι λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν ήταν το άγχος, η κατάθλιψη, ο πόνος, ο φόβος

και ο καρδιολογικός ασθενής. Με τις εξής λέξεις κλειδιά και τις ημερομηνίες μεταξύ 2010 – 2020 επιστράφηκαν 53 άρθρα και επιλέχθηκαν τα 8 ως τα πιο κατάλληλα.

Όσον αφορά την αγγλική γλώσσα πραγματοποιήθηκαν τρεις αναζητήσεις με διαφορετικές λέξεις κλειδιά. Στην πρώτη αναζήτηση οι λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν ήταν fear, stress, depression, coronary disease, cardiological patient, arrhythmia και intensive care unit. Στη δεύτερη αναζήτηση οι λέξεις κλειδιά ήταν: intensive care unit, criteria, guideline, admission, cardiological patient και τέλος στη Τρίτη αναζήτηση οι λέξεις κλειδιά ήταν: stress, anxiety, nervousness, illness, coronary unit. Για τις ημερομηνίες μεταξύ 2010 – 2020 συνολικά επιστράφηκαν 148 άρθρα και επιλέχθηκαν τα 31 ως τα πιο κατάλληλα.

Οι τελεστές Boolean που χρησιμοποιήθηκαν ήταν οι «or», «and» και το σημείο «*». Τα άρθρα που επιλέχθηκαν, αρχικά ελέγχθηκαν εάν αποτελούνται από ορισμένα στοιχεία όπως είναι η συνάφεια με το αντικείμενο της έρευνας, η αλληλουχία και η λογική πορεία της μελέτης. Επιπρόσθετα, ελέγχθηκαν εάν υπάρχει μία σύντομη σύνοψη του άρθρου (περίληψη), εάν εισάγονται οι αναγνώστες στο ζήτημα που πρόκειται να αναλυθεί (εισαγωγή), εάν αναφέρεται η μεθοδολογία, τα αποτελέσματα, η συζήτηση και εάν οι συγγραφείς κάνουν κριτική ανάλυση των αποτελεσμάτων τους και έπειτα τα συγκρίνουν με τη διεθνή βιβλιογραφία (du Prel, Röhrig & Blettner, 2009; Sterk & Rabe, 2008).

3.3. ΚΡΙΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Με την εξέλιξη της επιστήμης στο χώρο της υγείας έγινε γνωστός ο όρος “Πράξη Βασισμένη σε Αποδείξεις” ή αλλιώς «Evidence Based Practise» (EBP). Ουσιαστικά με τον όρο EBP, αναφερόμαστε στη τεκμηριωμένη γνώση που λαμβάνεται από την βιβλιογραφική ανασκόπηση, με σκοπό ο αναγνώστης να ενημερωθεί, να εξελίξει την ήδη υπάρχουσα γνώση και να πραγματοποιήσει ενέργειες στη κλινική πράξη παρέχοντας μεγαλύτερη ακρίβεια, ασφάλεια και ποιότητα φροντίδας (Μαντζούκας, 2009; Κυρίτση, 2011).

Αρχικά, τα βασικά χαρακτηριστικά που ελέγχονται ώστε να επιλεγθούν τα άρθρα, είναι να διέπονται από εγκυρότητα, λογική, συνάφεια και να αποτελούνται από αξιόπιστα αποτελέσματα τα οποία θα έχουν τη δυνατότητα να εφαρμοστούν στην κλινική πράξη (Κυρίτση, 2011). Επιπρόσθετα, ένα ορθά δομημένο άρθρο επιβάλλεται να περιλαμβάνει τις εξής βασικές υπο-ενότητες:

- Περίληψη
- Εισαγωγή
- Μέθοδος
- Αποτελέσματα
- Συζήτηση
- Συμπεράσματα
- Σύγκριση αποτελεσμάτων (du Prel, Röhrig & Blettner, 2009; Sterk & Rabe, 2008).

Παράλληλα, για μία πιο εξειδικευμένη κριτική ανάλυση της βιβλιογραφίας χρησιμοποιήθηκε το πλαίσιο κριτικής ανάλυσης των Holland & Rees (2010). Οι Holland & Rees δημιούργησαν δύο διαφορετικά πλαίσια κριτικής ανάλυσης τόσο για την ποιοτική όσο και για την ποσοτική έρευνα. Τα πλαίσια αυτά εμπεριέχουν βασικές ερωτήσεις τις οποίες οφείλουν οι ερευνητές να απαντούν μέσα στο άρθρο. Σχετικά με την ποιοτική έρευνα η κριτική ανάλυση των άρθρων αποτελείται από δώδεκα στάδια και πιο συγκεκριμένα:

1. **Θέμα εστίασης:** Ποιο θέμα θα αναλυθεί; Ποια η σημαντικότητα του;
2. **Εισαγωγή:** Είναι το θέμα άξιο προς μελέτη; Μπορεί να πραγματοποιηθεί συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση; Είναι το θέμα διαδεδομένο; Υποστηρίζεται η σημαντικότητα του θέματος από προηγούμενες μελέτες;
3. **Στόχος:** Ποιος είναι ο στόχος της μελέτης;
4. **Μέθοδος:** Με ποιο είδος προσεγγίζεται η έρευνα; Είναι το είδος συμβατό με τον στόχο;
5. **Εργαλεία συλλογής δεδομένων:** Ποια η μέθοδος συλλογής δεδομένων; Χρησιμοποιήθηκε η ίδια μέθοδος σε προηγούμενες παρόμοιες έρευνες; Ποιος

ο τρόπος συλλογής δεδομένων; Τα εργαλεία συλλογής δεδομένων ήταν κατάλληλα;

6. **Μέθοδος ανάλυσης των δεδομένων και παρουσίαση:** Με ποιο σύστημα αναλύθηκαν τα δεδομένα; Με ποιο τρόπο κατηγοριοποιήθηκαν τα δεδομένα σε κωδικούς;
7. **Δείγμα:** Το δείγμα είναι αντιπροσωπευτικό; Ποια τα κριτήρια αποδοχής και αποκλεισμού; Ποια η στρατηγική επιλογής δείγματος (είναι κατάλληλη); Απέχει το δείγμα από προκαταλήψεις;
8. **Ηθικοί φραγμοί:** Υπάρχει έγκριση από την επιτροπή ηθικής και δεοντολογίας; Υπάρχει συγκατάθεση των συμμετεχόντων; Τηρήθηκε η εμπιστευτικότητα;
9. **Κύρια ευρήματα:** Ποια τα θέματα που κατηγοριοποιήθηκαν; Τα αποτελέσματα είναι ακριβή και γνήσια; Υπάρχει αναφορά στις συνεντεύξεις;
10. **Συμπεράσματα και προτάσεις:** Δόθηκαν σαφή αποτελέσματα; Απάντησαν στο στόχο; Υποστηρίζονται; Αναφέρθηκε ποιος μπορεί να κάνει πράξη τις προτάσεις του, πώς και πότε για να πραγματοποιηθεί ο σκοπός;
11. **Δυνατά - αδύναμα σημεία και περιορισμοί:** Ποια τα δυνατά, ποια τα αδύναμα σημεία και ποιοι οι περιορισμοί της μελέτης;
12. **Εφαρμογή στην πράξη:** Εφαρμόζονται τα αποτελέσματα στην πράξη; Υπάρχει δυνατότητα αλλαγών;

Σχετικά με την ποσοτική έρευνα η κριτική ανάλυση των άρθρων αποτελείται από δώδεκα στάδια και πιο συγκεκριμένα:

1. **Θέμα εστίασης:** Ποιο θέμα θα αναλυθεί; Ποια η σημαντικότητα του;
2. **Εισαγωγή:** Είναι το θέμα άξιο προς μελέτη; Μπορεί να πραγματοποιηθεί συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση; Είναι το θέμα διαδεδομένο; Υποστηρίζεται η σημαντικότητα του θέματος από προηγούμενες μελέτες;
3. **Στόχος:** Ποιος είναι ο στόχος της μελέτης;
4. **Μέθοδος:** Με ποιο είδος προσεγγίζεται η έρευνα; Είναι το είδος συμβατό με τον στόχο;
5. **Εργαλεία συλλογής δεδομένων:** Ποια η μέθοδος συλλογής δεδομένων; Χρησιμοποιήθηκε η ίδια μέθοδος σε προηγούμενες παρόμοιες έρευνες; Ποιος

ο τρόπος συλλογής δεδομένων; Τα εργαλεία συλλογής δεδομένων ήταν κατάλληλα;

- 6. Μέθοδος ανάλυσης των δεδομένων και παρουσίαση:** Με ποιο σύστημα αναλύθηκαν τα δεδομένα; Χρησιμοποιήθηκαν τεχνικές στατιστικής ανάλυσης των αποτελεσμάτων;
- 7. Δείγμα:** Το δείγμα είναι αντιπροσωπευτικό; Ποια τα κριτήρια αποδοχής και αποκλεισμού; Ποια η στρατηγική επιλογής δείγματος (είναι κατάλληλη); Απέχει το δείγμα από προκαταλήψεις;
- 8. Ηθικοί φραγμοί:** Υπάρχει έγκριση από την επιτροπή ηθικής και δεοντολογίας; Υπάρχει συγκατάθεση των συμμετεχόντων; Τηρήθηκε η εμπιστευτικότητα;
- 9. Κύρια ευρήματα:** Τα ευρήματα απαντούν στο στόχο;
- 10. Συμπεράσματα και προτάσεις:** Δόθηκαν σαφή αποτελέσματα; Απάντησαν στο στόχο; Υποστηρίζονται; Αναφέρθηκε ποιος μπορεί να κάνει πράξη τις προτάσεις του, πώς και πότε για να πραγματοποιηθεί ο σκοπός;
- 11. Δυνατά - αδύναμα σημεία και περιορισμοί:** Ποια τα δυνατά, ποια τα αδύναμα σημεία και ποιοι οι περιορισμοί της μελέτης;
- 12. Εφαρμογή στην πράξη:** Εφαρμόζονται τα αποτελέσματα στην πράξη; Υπάρχει δυνατότητα αλλαγών;

Συνοψίζοντας, τα άρθρα τα οποία επιλέχθηκαν περιελάμβαναν όλα τα βασικά στοιχεία που προαναφέρθηκαν. Οι ερευνητές ήταν κατάλληλοι για να πραγματοποιήσουν τη μελέτη. Τα άρθρα ήταν σαφή, ακολουθούσαν μία λογική πορεία, ήταν συναφή με το αντικείμενο της μελέτης και τα περιεχόμενα τους ήταν επαρκή. Τέλος, σύμφωνα με τους Holland & Rees (2010), υπήρχαν όλα τα στάδια και απαντήθηκαν όλα τα ερωτήματα που προέκυψαν από τα πλαίσια κριτικής ανάλυσης.

3.4. ΤΟ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΚΕΝΟ

Πραγματοποιώντας μία Μετα-ανάλυση σε άρθρα της διεθνούς βιβλιογραφίας (ελληνική και αγγλική) μεταξύ του έτους 2010 έως 2020, αναφορικά με τη διερεύνηση του φόβου και του άγχους στον καρδιολογικό πόνο στους ασθενείς που εισέρχονται σε μία μονάδα εντατικής θεραπείας καρδιοπαθών, εντοπίστηκε ένας μεγάλος αριθμός άρθρων σχετικά με αυτό το ζήτημα. Ωστόσο, υπήρξε ένα αρκετά μεγάλο κενό όσον αφορά τη διασύνδεση της σχέσης του συναισθήματος του φόβου του καρδιολογικού πόνου με τη βιωμένη εμπειρία ενός καρδιολογικού επεισοδίου όπως και με τις επιρροές από το εξωτερικό περιβάλλον (π.χ. ρόλος στη κοινωνία, ιός Covid-19).

Επιπρόσθετα, τα αποτελέσματα δεκατεσσάρων ερευνητικών μελετών σχετικά με το φύλο και την ηλικία εμφάνισαν πολλές διαφορές. Σχετικά με τη σύγκριση μεταξύ των ομάδων ανδρών και γυναικών οι περισσότερες μελέτες απέδειξαν ότι μεγαλύτερα ποσοστά άγχους βιώνουν οι γυναίκες (AbuRuz & Masa'Deh, 2017: Πολυκανδριώτη και συν, 2012: Ροβίθης και συν, 2017: AbuRuz & Al-Dweik, 2018: Smolderen et al., 2015: AbuRuz, Alaloul & Al-Dweik, 2017: Grewal et al., 2010: Καριοφύλλα, 2012: Arnold et al., 2012: Zimmermann-Viehoff et al., 2010: Reese et al., 2011: Mnatzaganian et al., 2016) ενώ άλλη έρευνα υποστήριξε ότι μεγαλύτερα ποσοστά άγχους βιώνουν οι άντρες (Σπύρου και συν, 2018).

Αναφορικά με την ηλικία, σε ορισμένες μελέτες υποστηρίζεται ότι οι ηλικιωμένοι βιώνουν περισσότερο άγχος (Τουλιά & Κουτσοπούλου, 2014: Σπύρου και συν, 2018: Mnatzaganian et al., 2016) ενώ σε άλλες μελέτες ότι μεγαλύτερα ποσοστά άγχους βιώνουν τα άτομα νεαρής ηλικίας (Arnold et al., 2012: Grewal et al., 2010: Zimmermann-Viehoff et al., 2010). Στα άρθρα που πραγματοποιήθηκε η μετα-ανάλυση της σύγχρονης βιβλιογραφίας δεν υπήρχαν πολλές πληροφορίες σχετικά με τη σύγκριση της οικογενειακής αλλά και της οικονομικής κατάστασης των συμμετεχόντων ώστε να προβούν σε συμπεράσματα.

Λαμβάνοντας υπόψη όλα τα παραπάνω, η μελέτη που θα πραγματοποιήσω θα εντοπίσει τη σχέση μεταξύ άγχους και φόβου στον καρδιολογικό πόνο και τις διαφορές ανάμεσα στις υπο-ομάδες που θα αναλυθούν. Με αυτό το τρόπο θα δοθεί έναυσμα για τους επαγγελματίες υγείας να αναγνωρίσουν την σημασία του άγχους και του φόβου στον καρδιολογικό πόνο και την επιρροή του στο κάθε άτομο ανάλογα με τα κοινωνικά, δημογραφικά, οικογενειακά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά, ώστε να δράσουν αναλόγως και να αποκτήσουν οι καρδιολογικοί ασθενείς καλύτερη ποιότητα ζωής.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

4.1. ΕΠΙΣΤΗΜΟΛΟΓΙΑ

Με τον όρο «επιστημολογία» εννοείται η κριτική ανάλυση της σκέψης, καθορίζοντας τη σχέση του ερευνητή με την μελέτη του. Μέσω της επιστημολογίας, υποδεικνύονται οι κανόνες με τους οποίους πραγματοποιείται μία έρευνα και επιδιώκεται να εντοπιστούν και να αναλυθούν διάφορα προβλήματα. Πιο συγκεκριμένα, η επιστημολογία αποτελείται από τις επιστημολογικές θεωρίες, οι οποίες εμφανίζουν διαφορές ανάλογα την έρευνα που θα πραγματοποιηθεί, δηλαδή ποιοτική και ποσοτική έρευνα (Ιωσηφίδης, 2008: Κάλλας, 2015).

Ο ερευνητής που πραγματοποιεί ποσοτική έρευνα, συλλέγει τα δεδομένα, τα οποία στη συνέχεια τα μετατρέπει σε στατιστικά στοιχεία με στόχο να καταλήξει σε ορισμένα αποτελέσματα ενώ ένας ποιοτικός ερευνητής έχει ως απώτερο στόχο να εντοπιστούν και να αναγνωριστούν φαινόμενα τα οποία δεν έχουν μελετηθεί επαρκώς ώστε να προβεί στην κατανόηση αυτών των φαινομένων (Μαντζούκας, 2007: Muijs, 2004). Οι κυριότερες επιστημολογικές προσεγγίσεις είναι η ερμηνευτική, η κριτική/συμμετοχική (Ιωσηφίδης, 2008), ο θετικισμός και η μετά (ή νέο) θετικιστική προσέγγιση (Κάλλας, 2015: Ιωσηφίδης, 2008: Muijs, 2004).

Η ερμηνευτική προσέγγιση αποδέχεται ότι η πραγματικότητα δεν είναι μία και μοναδική αλλά έχει υποκειμενικό χαρακτήρα, ανάλογα με τα πιστεύω και τις εμπειρίες του κάθε ατόμου. Υπάρχει στενή σχέση ανάμεσα στον ερευνητή, στο θέμα υπό έρευνα και στους συμμετέχοντες. Τα εργαλεία που μπορούν να χρησιμοποιηθούν είναι οι συνεντεύξεις, οι παρατηρήσεις και η ποιοτική ανάλυση δεδομένων (Ιωσηφίδης, 2008).

Στη κριτική/συμμετοχική προσέγγιση ο ερευνητής υποστηρίζει ότι η πραγματικότητα κυμαίνεται μεταξύ της αντικειμενικής και της υποκειμενικής γνώσης ενώ ακόμη υπάρχει στενή σχέση μεταξύ του ερευνητή και του αντικειμένου. Σκοπός των ερευνητών είναι να καταγραφούν οι εμπειρίες των συμμετεχόντων και να

αναγνωριστεί μία νέα πραγματικότητα (Ιωσηφίδης, 2008).

Ο θετικισμός προέρχεται από τις φυσικές επιστήμες και ουσιαστικά σκοπός του είναι η γενίκευση νόμων που διέπουν τα φαινόμενα (Κάλλας, 2015: Bowling, 2014: Muijs, 2004). Ο ερευνητής υπολογίζει τη συμπεριφορά του δείγματος και τα αποτελέσματα της μελέτης του θεωρούνται ότι αντικατοπτρίζουν την αντικειμενική πραγματικότητα χωρίς να παραποιούνται από την κρίση των ερευνητών. Οι θετικιστές ασχολούνται μόνο με ότι δύναται να υπολογιστεί με αντικειμενικό και επιστημονικό τρόπο και όχι με τον υπολογισμό νοημάτων ή καταστάσεων που αφορούν τα άτομα. Τα κυριότερα εργαλεία που χρησιμοποιούνται είναι οι έρευνες επισκόπησης, οι πειραματικές μέθοδοι και οι στατιστικές ανάλυσης (Bowling, 2014).

Στη μετά (ή νέο) θετικιστική προσέγγιση (η οποία θα χρησιμοποιηθεί στην παρούσα ερευνητική μελέτη), ο ερευνητής αποδέχεται ότι υπάρχει μια αληθινή πραγματικότητα η οποία όμως δεν είναι ουδέτερη. Η θεωρία επηρεάζεται από την εξέλιξη, τις αλλαγές της πραγματικότητας και τον αναστοχασμό. Ο ερευνητής σε σχέση με το αντικείμενο της έρευνας δεν συνδέεται, ωστόσο επιχειρεί να αποκτήσει έλεγχο σε αρκετά ζητήματα. Τα κυριότερα εργαλεία που χρησιμοποιούνται είναι μέθοδοι στατιστικής ανάλυσης με ερωτηματολόγια και κλίμακες (Κάλλας, 2015).

4.2. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Για την εκπόνηση των ερευνητικών μελετών, ο ερευνητής οφείλει να χρησιμοποιήσει την κατάλληλη μεθοδολογία, η οποία θα είναι αντιπροσωπευτική σε σύγκριση με τους στόχους του ερευνητή για τη μελέτη. Η μεθοδολογία διακρίνεται σε δύο κατηγορίες: στην ποσοτική μεθοδολογία και στην ποιοτική μεθοδολογία (Μαντζούκας, 2007: Bowling, 2014: Παρασκευοπούλου - Κόλλια, 2008).

Στη ποσοτική έρευνα, κύριο μέλημα των ερευνητών είναι να εντοπίσουν την αντικειμενική αλήθεια του θέματος που ερευνάται. Οι ερευνητές αρχικά συλλέγουν δεδομένα (Μαντζούκας, 2007) με κύρια μέθοδος συλλογής δεδομένων να είναι τα ερωτηματολόγια (Bowling, 2014: Καραγεώργος, Λ. Δ, 2002), τα οποία δεδομένα στη

συνέχεια τα μετατρέπουν σε αριθμούς με τη χρήση στατιστικών προγραμμάτων. Οι αριθμοί αυτοί αναλύονται και δίνεται η δυνατότητα να εντοπιστούν οι σχέσεις των μεταβλητών με στόχο να παραχθεί η αντικειμενική αλήθεια (Μαντζούκας, 2007).

Στη ποιοτική έρευνα, οι ερευνητές δεν αναζητούν την αντικειμενική αλήθεια αλλά την υποκειμενική αλήθεια των ερωτηθέντων για το φαινόμενο που αναλύεται (Μαντζούκας, 2007). Ένας ποιοτικός ερευνητής στοχεύει να αναλύσει την ψυχοσύνθεση των συμμετεχόντων, ουσιαστικά να αναγνωρίσει τα συναισθήματά τους, τις εμπειρίες τους, τις στάσεις, τα κίνητρα, τις πεποιθήσεις τους, τα πιστεύω τους και τη σχέση τους με το περιβάλλον σχετικά με το φαινόμενο υπό έρευνα (Μαντζούκας, 2007: Γαλάνης, 2018).

Έκτοτε, ο ερευνητής καταγράφει τη συνομιλία με τους συμμετέχοντες όπως ειπώθηκε (Μαντζούκας, 2007) [κυρίως χρησιμοποιείται η συνέντευξη ή οι ομάδες εστίασης (focus groups) (Τσιώλης, 2014)] και στη συνέχεια αναλύει τα δεδομένα χωρίς να χρησιμοποιηθούν αριθμοί και στατιστικά στοιχεία (Παρασκευοπούλου - Κόλλια, 2008: Ίσαρη & Πουρκός, 2015: Ingham- Broomfield, 2015: Borbasi & Jackson, 2012).

Μία ποσοτική έρευνα αποτελείται από ορισμένα είδη ποσοτικών μεθόδων και πιο συγκεκριμένα από:

1. Τη Πειραματική (ο ερευνητής ελέγχει τις συνθήκες που θα πραγματοποιηθεί η έρευνα)
2. Τη Δειγματοληπτική (ο ερευνητής συλλέγει τα δεδομένα κυρίως μέσω ερωτηματολογίων)
3. Τη Δευτερογενή (ο ερευνητής συλλέγει τις πληροφορίες μέσω ήδη καταγεγραμμένων δεδομένων)
4. Την Ανάλυση περιεχομένου (ο ερευνητής αναλύει ήδη υπάρχοντα κείμενα και τα μετατρέπει σε στατιστικά στοιχεία) (Λαμπίρη- Δημάκη & Παπαχρήστου, 1995: Παπαγεωργίου, 1998: Κυριαζή, 2011).

Οι ποσοτικές έρευνες μπορεί να είναι:

1. Περιγραφική έρευνα. Ο ερευνητής καταγράφει τις εμπειρίες και τις στάσεις τους πληθυσμού που αποτελείται από ορισμένα χαρακτηριστικά
2. Έρευνες μιας χρονικής περιόδου (Cross sectional studies): Ο ερευνητής εξετάζει το θέμα μία συγκεκριμένη χρονική περίοδο και τα αποτελέσματα δηλώνονται ως διαχρονικές γενικεύσεις
3. Διαχρονικές (Longitudinal Studies): Ο ερευνητής εξετάζει το θέμα διαχρονικά, με πολλές επαναλήψεις για τον εντοπισμό αλλαγών στο θέμα υπό μελέτη (Λαμπίρη- Δημάκη & Παπαχρήστου, 1995: Παπαγεωργίου, 1998: Κυριαζή, 2011).

Στη παρούσα διπλωματική εργασία θα γίνει χρήση ποσοτικής μελέτης – περιγραφικής έρευνας με τη χρήση δειγματοληπτικής μεθόδου. Θα διερευνηθεί το άγχος και ο φόβος στον καρδιολογικό πόνο -τα οποία συσχετίζονται με τις εμπειρίες των ασθενών και τις στάσεις τους- στους ασθενείς που εισάγονται σε μία μονάδα εντατικής θεραπείας καρδιοπαθών με τη χρήση κλειστών ερωτηματολογίων. Τα αποτελέσματα θα καταμετρηθούν και θα μετατραπούν σε στατιστικά στοιχεία.

4.3 ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΠΤΙΚΗ ΤΕΧΝΙΚΗ

Σε μία ποσοτική έρευνα ο στόχος του ερευνητή είναι τα στοιχεία που θα συγκεντρωθούν είτε είναι αποτελέσματα ενός ή περισσότερων μεταβλητών, να αναλυθούν μέσω στατιστικών προγραμμάτων και τα αποτελέσματα να γενικευτούν. Η συγκέντρωση των στοιχείων είναι μία χρονοβόρα και απαιτητική διαδικασία για αυτό το λόγο δείγμα πρέπει να είναι κατάλληλο. Τα στοιχεία που θα συλλεχθούν από το δείγμα, θα αναλυθούν και τα δεδομένα θα γενικευτούν για ολόκληρο τον πληθυσμό (Παπαγεωργίου, 1998: Bowling, 2014). Στην ποσοτική έρευνα υπάρχουν δύο είδη δειγματοληπτικών τεχνικών, η τυχαία και η μη τυχαία δειγματοληπτική τεχνική (Bowling, 2014).

Το τυχαίο δείγμα προσδίδει πιθανότητες στα άτομα να επιλεγούν ώστε να συμμετέχουν στη διεξαγωγή της έρευνα. Τα αποτελέσματα γενικεύονται στον πληθυσμό και η έρευνα θεωρείται κατάλληλη και αντιπροσωπευτική (Bowling, 2014). Τα μη τυχαία δείγματα δεν είναι ικανά να γενικευτούν στο πληθυσμό με αποτέλεσμα να είναι λιγότερο αντιπροσωπευτικά (Παπαγεωργίου, 1998).

Τα είδη δειγματοληψίας που βασίζονται στα τυχαία δείγματα είναι τα εξής:

1. Απεριόριστη τυχαία δειγματοληψία (Unrestricted Random Sampling)
2. Απλή τυχαία δειγματοληψία (Simple Random Sampling)
3. Συστηματική τυχαία δειγματοληψία (Systematic Random Sampling)
4. Στρωματοποιημένη τυχαία δειγματοληψία (Stratified Random Sampling)
5. Δειγματοληψία κατά συστάδες (Cluster Sampling)
6. Πολυσταδιακή δειγματοληψία (Primary Sampling Units) (Bowling, 2014).

1. Απεριόριστη τυχαία δειγματοληψία (Unrestricted Random Sampling)

Τα άτομα που απαρτίζουν τον πληθυσμό αριθμούνται και στη συνέχεια επιλέγονται τυχαία οι αριθμοί με αποτέλεσμα να έχουν όλοι ίση πιθανότητα να επιλεγούν. Οι αριθμοί αντικαθιστώνται πριν την επόμενη επιλογή οπότε μπορεί να εμφανιστεί και δεύτερη φορά ο ίδιος συμμετέχοντας (Bowling, 2014).

2. Απλή τυχαία δειγματοληψία (Simple Random Sampling)

Σε αυτό το είδος δειγματοληψίας τα άτομα απαριθμούνται, επιλέγονται τυχαία και έχουν όλοι ίσες πιθανότητες να επιλεγθούν. Ωστόσο έχει πιο ακριβή αποτελέσματα από την απεριόριστη τυχαία δειγματοληψία καθώς κάθε άτομο μπορεί να επιλεγεί μόνο μία φορά. Τα δείγματα επιλέγονται με τυχαία κλήρωση μέσω πινάκων, καταλόγων κλπ. (Bowling, 2014).

3. Συστηματική τυχαία δειγματοληψία (Systematic Random Sampling)

Στη συστηματική τυχαία δειγματοληψία, ο πληθυσμός βρίσκεται σε μία λίστα με οργανωμένο τρόπο (π.χ. με αλφαβητική σειρά) και επιλέγεται από εκείνη τη λίστα το δείγμα. Για αυτό το λόγο δεν έχουν όλοι τις ίσες πιθανότητες να επιλεγθούν (Bowling,

2014).

4. Στρωματοποιημένη τυχαία δειγματοληψία (Stratified Random Sampling)

Τα μέλη του πληθυσμού χωρίζονται σε υπο- ομάδες και από κάθε υπο-ομάδα επιλέγεται με αναλογικό τρόπο το δείγμα. Σε σχέση με τα χαρακτηριστικά του πληθυσμού το δείγμα είναι πιο αντιπροσωπευτικό. Ο πληθυσμός καταγράφεται σε κάποια λίστα ή κατάλογο (Bowling, 2014).

5. Δειγματοληψία κατά συστάδες (Cluster Sampling)

Χρησιμοποιώντας τη συγκεκριμένη μέθοδο δειγματοληψίας, ο πληθυσμός χωρίζεται σε υπο- ομάδες και γίνεται η επιλογή του δείγματος από τις υπο-ομάδες με τη χρήση απλής ή συστηματικής τυχαίας δειγματοληψίας. Ο λόγος χρήσης είναι κυρίως οικονομικός και αυξάνεται ο κίνδυνος να προκληθεί κάποιο σφάλμα (Bowling, 2014).

6. Πολυσταδιακή δειγματοληψία (Primary Sampling Units)

Η τεχνική αυτή δειγματοληψίας είναι αρκετά οικονομική καθώς ο πληθυσμός χωρίζεται σε υπο-ομάδες και επιλέγεται ανάμεσα από μία οριοθετημένη περιοχή (Bowling, 2014).

Τα είδη δειγματοληψίας που βασίζονται στα μη τυχαία δείγματα είναι τα εξής:

1. Δειγματοληψία Ευκολίας: Επιλογή ατόμων που είναι εύκολο να συμπεριληφθούν στη μελέτη.
2. Σκόπιμη δειγματοληψία: Επιλογή ατόμων με ορισμένα χαρακτηριστικά που αντανακλούν τους σκοπούς της έρευνας.
3. Δειγματοληψία Ποσοστών: Στρωματοποιημένη δειγματοληψία χωρίς το δείγμα να επιλέγεται τυχαία.
4. Δειγματοληψία Χιονοστιβάδας: Η επιλογή δείγματος πραγματοποιείται με δυσκολία καθώς δεν υπάρχει μία λίστα επιλογής ατόμων. Το ένα μέλος υποδεικνύει τα επόμενα μέλη του δείγματος (Bowling, 2014: Ιωσηφίδης, 2008).

Στην παρούσα ερευνητική μελέτη θα χρησιμοποιηθεί η τυχαία δειγματοληπτική τεχνική καθώς τα αποτελέσματα θα γενικευτούν. Πιο συγκεκριμένα, το είδος της τυχαίας δειγματοληπτικής τεχνικής θα αποτελέσει η Απλή τυχαία δειγματοληψία (Simple Random Sampling) με τη διανομή ερωτηματολογίου. Τα άτομα που θα συμμετέχουν στην έρευνα, θα επιλεγθούν τυχαία μέσω του μητρώου εισαγωγής ασθενών στη Μονάδα Εμφραγμάτων – Καρδιοχειρουργική Μονάδα του ΠΓΝΙ και θα έχουν τις ίδιες πιθανότητες να επιλεγθούν.

4.4. ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΑΠΟΔΟΧΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΥ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Τα κριτήρια αποδοχής του δείγματος για τη συμμετοχή του στη παρούσα ερευνητική μελέτη, είναι να έχουν όλα εκείνα τα απαραίτητα χαρακτηριστικά που θα ικανοποιούν τις ανάγκες της μελέτης και θα προσδίδουν ακρίβεια των αποτελεσμάτων. Αρχικά, το δείγμα θα αποτελέσουν ασθενείς οι οποίοι πάσχουν από κάποιο οξύ ή χρόνια καρδιολογικό νόσημα, ανεξάρτητα από το στάδιο της νόσου και θα οδηγηθούν σε εισαγωγή στην καρδιολογική μονάδα του ΠΓΝΙ από 1^η Μαΐου έως 31^η Αυγούστου.

Στο δείγμα θα συμπεριλαμβάνονται άτομα άνω των 18 ετών, ανεξαρτήτως φύλου, τα οποία συμφωνούν για τη διεξαγωγή της έρευνας. Από το δείγμα θα απορριφθούν άτομα τα οποία πάσχουν από κάποια ψυχική διαταραχή, συγγυτικοί ασθενείς, ασθενείς με άσχημη γενικευμένη κατάσταση (π.χ. ασθενείς με καρκίνο τελικού σταδίου, ληθαργικοί), ασθενείς οι οποίοι συμμετείχαν μία φορά στην έρευνα και σε περίπτωση επανα-εισαγωγής θα απορριφθούν αμέσως, οι ασθενείς που δεν ομιλούν την ελληνική γλώσσα, που έχουν προβλήματα ακοής και οι ασθενείς που εξαιτίας της φύσεως των ερωτήσεων, επηρεάστηκαν συναισθηματικά και παρουσίασαν μεταβολή στα ζωτικά τους σημεία με αποτέλεσμα τη διακοπή της όλης διαδικασίας.

4.5. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Ο αριθμός του δείγματος τέθηκε από την αρχή, ώστε να είναι ικανοποιητικός για να δώσει σαφή αποτελέσματα τα οποία στη συνέχεια θα γενικευτούν. Στη παρούσα ποσοτική ερευνητική μελέτη έλαβαν μέρος 71 ασθενείς οι οποίοι νοσηλεύτηκαν στη Καρδιολογική – Καρδιοχειρουργική Μονάδα του ΠΓΝΙ από τους οποίους οι 38 ήταν άντρες και οι 33 ήταν γυναίκες ηλικίας άνω των 18 ετών. Οι ασθενείς που συμμετείχαν πληρούσαν τα κριτήρια αποδοχής και έδωσαν προφορική αλλά και γραπτή συγκατάθεση για τη συμμετοχή τους στην έρευνα. Όσοι ασθενείς δεν ήταν σε θέση να συμπληρώσουν μόνοι τους τα ερωτηματολόγια (π.χ. αναλφάβητοι), τους δόθηκε βοήθεια ώστε τα αποτελέσματα να είναι αξιόπιστα.

4.6. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΧΩΡΟΥ

Το χώρο διεξαγωγής της παρούσας ερευνητικής μελέτης αποτέλεσε η Καρδιολογική - Καρδιοχειρουργική Μονάδα του ΠΓΝΙ. Τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν στους ασθενείς οι οποίοι πληρούσαν τα κριτήρια αποδοχής του δείγματος όπως προαναφέρθηκαν. Ωστόσο, επειδή η φύση της μονάδας είναι τέτοια και ο ασθενής δεν βρίσκεται σε κάποιο ήσυχο περιβάλλον, τοποθετήθηκαν παραβάν ώστε να τηρηθεί όσο το δυνατό περισσότερο η ιδιωτικότητα του ασθενή και να συμπληρωθούν τα ερωτηματολόγια κάτω από ήρεμες συνθήκες.

4.7. ΜΕΘΟΔΟΣ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Οι ερευνητές επιθυμούν να εντοπίσουν την πραγματική αλήθεια μέσω των ερευνών που πραγματοποιούν και για αυτό το λόγο συλλέγουν δεδομένα με σκοπό να απαντηθούν τα ζητήματα που προκύπτουν. Οι μέθοδοι συλλογής δεδομένων ποικίλλουν ανάλογα με το είδος της έρευνας. Σε μία ποσοτική έρευνα όπως είναι η παρούσα ερευνητική μελέτη, μπορούν κυρίως να χρησιμοποιηθούν οι συνεντεύξεις και τα ερωτηματολόγια. Κάθε μία μέθοδος συλλογής δεδομένων έχει τα δικά της

πλεονεκτήματα και μειονέκτημα, ωστόσο υπάρχει περίπτωση και στις δύο μεθόδους να προκληθεί κάποιο σφάλμα (Bowling, 2014).

Οι συνεντεύξεις αποτελούν μία μέθοδο κατά την οποία ο ερευνητής είτε μέσω των προσωπικών είτε μέσω των τηλεφωνικών συνεντεύξεων, καταγράφει κατά γράμμα τις απαντήσεις των συμμετεχόντων και στη συνέχεια συλλέγει τα δεδομένα του (Bowling, 2014: Παρασκευοπούλου – Κόλλια, 2008: Ίσαρη & Πουρκός, 2015). Το είδος της συνέντευξης διακρίνεται σε δομημένο, ημι-δομημένο και αδόμητο (Τσιώλης, 2014).

Τα πλεονεκτήματα της συγκεκριμένης μεθόδου συλλογής δεδομένων, είναι ότι ο ερευνητής μπορεί να ερευνήσει περαιτέρω το ζήτημα και να αποσαφηνίσει τυχόν ασάφειες που μπορεί να προκύψουν. Ορισμένα μειονεκτήματα που μπορούν να αναφερθούν, είναι ότι οι συνεντεύξεις αποτελούν μία μέθοδο αρκετά χρονοβόρα και δαπανηρή στην οποία οι ερευνητές οφείλουν να έχουν πολλές δεξιότητες και να είναι αμέτοχοι ώστε να εξαλειφθεί ο κίνδυνος σφάλματος από την παρερμηνευση των δεδομένων (Bowling, 2014).

Όσον αφορά τα ερωτηματολόγια, που είναι και το συνηθέστερο μέσο συλλογής δεδομένων στις ποσοτικές έρευνες, διακρίνονται σε δομημένα, ημι-δομημένα και αδόμητα. Στα δομημένα ερωτηματολόγια χρησιμοποιούνται ερωτήσεις ή κλίμακες οι οποίες έχουν ήδη προ-κωδικοποιημένες απαντήσεις και πραγματοποιούνται με προκαθορισμένο τρόπο σε όλους τους συμμετέχοντες (Bowling, 2014).

Στα ημι-δομημένα ερωτηματολόγια, χρησιμοποιούνται ερωτήσεις οι οποίες έχουν ελάχιστες ή καθόλου προ-κωδικοποιημένες απαντήσεις. Με αυτό τον τρόπο δίνουν τη δυνατότητα στον ερευνητή να διερευνήσει εις βάθος τη ψυχοσύνθεση των συμμετεχόντων, αυξάνοντας τον αριθμό των ερωτήσεων που αφορούν το θέμα υπό μελέτη ώστε να καλύψουν ένα πιο ευρύ φάσμα (Bowling, 2014).

Η χρήση ερωτηματολογίων όπως και οποιαδήποτε άλλη μέθοδος συλλογής δεδομένων έχει πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα. Αρχικά, η χρήση ερωτηματολογίων είναι μία διαδικασία εύκολα διαχειρίσιμη για τον ερευνητή, είναι οικονομική, δίνει τη δυνατότητα να συμπεριληφθεί στην έρευνα μεγάλος αριθμός

δείγματος και είναι λιγότερο χρονοβόρα σε σύγκριση με την συνέντευξη. Δίνουν ακριβείς και εύκολα μετρήσιμες απαντήσεις καθώς υπάρχουν ήδη προ-καθορισμένες απαντήσεις και ο ερευνητής δεν μπορεί να επηρεάσει το αποτέλεσμα. Όσον αφορά τα μειονεκτήματα, με τη χρήση ερωτηματολογίων ο συμμετέχοντας καλείται να απαντήσει σε ένα συγκεκριμένο μοτίβο ερωτήσεων οι οποίες μπορεί να είναι δυσνόητες ή να μην τον αντιπροσωπεύουν (Bowling, 2014).

Τα ερωτηματολόγια διακρίνονται στις ανοιχτού και κλειστού τύπου ερωτήσεις (με περαιτέρω υποενότητες) ανάλογα με τις ανάγκες τις κάθε έρευνας. Οι ερωτήσεις ανοικτού τύπου δίνουν τη δυνατότητα στο δείγμα να απαντήσει ελεύθερα χωρίς δεσμεύσεις ενώ οι ερωτήσεις κλειστού τύπου διακρίνονται στις διχοτομικές ερωτήσεις, στις ερωτήσεις βαθμονόμησης, στις ερωτήσεις κατάταξης, στις ερωτήσεις διαβαθμισμένης κλίμακας και στις ερωτήσεις πολλαπλών απαντήσεων (Bowling, 2014; Javeau, 2000).

Πιο συγκεκριμένα:

1. Διχοτομικές ερωτήσεις: επιλογή ανάμεσα από δύο απαντήσεις.
2. Ερωτήσεις βαθμονόμησης: επιλογή μία μόνο απάντησης ανάμεσα από τις ήδη υπάρχουσες απαντήσεις.
3. Ερωτήσεις κατάταξης: επιλογή απαντήσεων ξεκινώντας από την πιο σημαντική στην πιο ασήμαντη.
4. Ερωτήσεις διαβαθμισμένης κλίμακας: επιλογή των απαντήσεων βαθμολογώντας από μια προ-καθορισμένη κλίμακα.
5. Ερωτήσεις πολλαπλών απαντήσεων: επιλογή μίας ή περισσότερων απαντήσεων (Bowling, 2014; Javeau, 2000).

Για το σχηματισμό ενός ερωτηματολογίου είναι άκρως απαραίτητο να ληφθούν υπόψη ορισμένα χαρακτηριστικά ώστε τα αποτελέσματα της έρευνας να είναι ακριβή. Πιο συγκεκριμένα τα ερωτηματολόγια πρέπει να έχουν την κατάλληλη δομή, οι ερωτήσεις να είναι σαφείς, να καλύπτουν όλο το θέμα υπό ανάλυση και να υπάρχει συνοχή (Ουζούνη & Νακάκης, 2011).

Στη παρούσα έρευνα θα γίνει χρήση των ερωτηματολογίων και πιο συγκεκριμένα των δομημένων ερωτηματολογίων κλειστού τύπου απαντήσεων, χρησιμοποιώντας ερωτήσεις βαθμονόμησης. Για την εκπλήρωση του σκοπού της έρευνας αρχικά θα χρησιμοποιηθούν ορισμένες ερωτήσεις που αφορούν τα δημογραφικά και τα κοινωνικο-οικονομικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων και θα υπάρχουν ορισμένες ερωτήσεις μικρής αλλά σύντομης απάντησης που αφορούν τη σχέση των ίδιων με την εμφάνιση του ιού Covid-19. Τέλος, θα χρησιμοποιηθούν οι κλίμακες Santa Clara Brief Compassion Scale, Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ) η έκδοση GR-CAQ και Pain Anxiety Symptoms (PASS).

Santa Clara Brief Compassion Scale (SCBCS)

Η κλίμακα Santa Clara Brief Compassion Scale (SCBCS) στηρίζεται στην κλίμακα των Sprecher & Fehr (2005). Είναι μία σύντομη κλίμακα η οποία προορίζεται για τον υπολογισμό του συναισθήματος συμπόνιας απέναντι στους άλλους (Plante & Mejia, 2016), τη διασύνδεση του συμμετέχοντα με τους συνανθρώπους του αλλά και τη γενικότερη συμπεριφορά του προς τη κοινωνία (Hwang, Plante & Lackey, 2008). Αποτελείται από μία κλίμακα με επτά βαθμίδες, τύπου Likert, όπου τα άτομα δηλώνουν την βαθμίδα που ισχύει για εκείνους (Hwang, Plante & Lackey, 2008; Plante & Mejia, 2016). Η κλίμακα σύμφωνα με τους Plante & Mejia (2016) είναι έγκυρη, αξιόπιστη, κατάλληλη για χρήση και ο δείκτης Cronbach's alpha είναι 0,90.

Anxiety Questionnaire (CAQ) η έκδοση GR-CAQ

Η κλίμακα CAQ ή αλλιώς η κλίμακα για τον υπολογισμό του άγχους που σχετίζεται με την λειτουργία της καρδιάς σχεδιάστηκε από τον Eifert και τους συνεργάτες του το 2000 (Zvolensky et al., 2003). Μέσω της κλίμακας CAQ δίνεται η δυνατότητα στον ερευνητή να καταγράψει το άγχος των σωματικών αισθήσεων (Eifert et al., 2000). Πιο συγκεκριμένα, στηρίζεται στο μοντέλο του Reiss (1986), όπου καταγράφεται ο φόβος του άγχους αναφορικά με τις αντιλήψεις των ατόμων ότι οι σωματικές υπερευαισθησίες που αποκτούν (πχ. ταχυκαρδία) επηρεάζουν την υγεία τους έχοντας

επιβλαβείς συνέπειες.

Το ερωτηματολόγιο CAQ αποτελείται από μία κλίμακα με πέντε βαθμίδες, τύπου Likert, όπου τα άτομα δηλώνουν τον αριθμό που τους αντιπροσωπεύει για κάθε ερώτηση. Τα αποτελέσματα που παρέχει είναι συνολικά για το άγχος σχετικά με την καρδιακή λειτουργία και ειδικότερα δίνει αποτελέσματα και για τρεις υπο-κλίμακες, οι οποίες αφορούν:

- 1) Τον φόβο και το άγχος αναφορικά τις ενοχλήσεις θώρακος και καρδιάς.
- 2) Την αποφυγή δραστηριοτήτων.
- 3) Την συγκέντρωση στη λειτουργία της καρδιάς (Eifert et al., 2000).

Το CAQ χαρακτηρίζεται από συνέπεια, εγκυρότητα και χρησιμοποιείται από τη διεθνή βιβλιογραφία τόσο σε δείγμα που πάσχει από κάποια καρδιακή πάθηση όσο και σε υγιές δείγμα (Eifert & Forsyth, 1996). Ο δείκτης Cronbach's alpha για την ελληνική βιβλιογραφία είναι 0,825 (Dragioti et al., 2011).

Pain Anxiety Symptoms (PASS)

Το ερωτηματολόγιο PASS ή αλλιώς η κλίμακα για τον υπολογισμό του άγχους που σχετίζεται με τον πόνο σχεδιάστηκε από τους McCracken & Dhingra (2002). Το ερωτηματολόγιο PASS χρησιμοποιείται για τον εντοπισμό της υποκειμενικής εμπειρίας του φόβου και του άγχους που κατακλύζει τα άτομα απέναντι σε περιστατικά κυρίως γενικού πόνου και όχι για περιστατικά που συνδέονται με μία επώδυνη συγκεκριμένη εμπειρία (Coons, Hadjistavropoulos & Asmundson, 2004).

Το PASS αποτελείται από την κλίμακα τύπου Likert, όπου το δείγμα σημειώνει τον βαθμό που τους αντιπροσωπεύει περισσότερο. Το άθροισμα ολόκληρου του ερωτηματολογίου μας δίνει πληροφορίες για το άγχος του πόνου ενώ ακόμη δίνει πληροφορίες σχετικά με τέσσερις υπο-κλίμακες που αφορούν τις φοβικές σκέψεις, το γνωστικό άγχος, τη συμπεριφορά αποφυγής και τις σωματικές αντιδράσεις άγχους (McCracken, Zayfert & Gross, 1992). Το PASS διακρίνεται για τη συνέπεια, την αξιοπιστία, την εγκυρότητά του αλλά και από τον αυξημένο βαθμό πρόβλεψης καταστάσεων (Roelofs, Peters & Vlaeyen, 2003). Για το ελληνικό δείγμα ο δείκτης Cronbach's alpha είναι 0,833.

4.7. ΗΘΙΚΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Οι ερευνητές ανεξάρτητα από το είδος της έρευνας που πραγματοποιούν (ποιοτική ή ποσοτική έρευνα) καλούνται να ακολουθούν τους κανόνες δεοντολογίας, οι οποίοι έχουν συνταχθεί από μία συγκεκριμένη επιτροπή που σχετίζεται με την ηθική και τη δεοντολογία (Ingham– Broomfield, 2012). Πιο συγκεκριμένα είναι ευθύνη του ερευνητή να ενημερώσει επαρκώς τους συμμετέχοντες για την έρευνα που πρόκειται να πραγματοποιηθεί, για τη διαδικασία που χρειάζεται να ακολουθήσουν αλλά και για τις ιδιαιτερότητες που τυχόν έχει η έρευνα (Ingham– Broomfield, 2012: Borbasi & Jackson, 2012).

Ο ερευνητής οφείλει να ενημερώσει ότι θα υπάρξει πλήρης εχεμύθεια και εμπιστευτικότητα σχετικά με τα προσωπικά δεδομένα του συμμετέχοντα. Ακόμη, υψίστης σημασίας είναι να αναφερθεί ότι όλοι οι συμμετέχοντες έχουν τη δυνατότητα να αποχωρήσουν ανά πάσα στιγμή από την έρευνα χωρίς να υπάρξουν κινδύνους (Ingham– Broomfield, 2012: Jirojwong, Johnson & Welch, 2014). Τέλος, επιτακτική ανάγκη είναι να υπάρχει πάντα η προφορική και η έγγραφη συγκατάθεση του συμμετέχοντα για την συμμετοχή τους στην έρευνα (Handel, 2018).

Για την διεκπεραίωση της μελέτης, ακολουθήθηκαν όλα τα παραπάνω βήματα που αφορούν τους κανόνες ηθικής και δεοντολογίας ενώ ακόμη δόθηκε έγγραφη άδεια από το Επιστημονικό Συμβούλιο του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων για τη διεξαγωγή της έρευνας στο χώρο του νοσοκομείου.

4.8. ΜΕΘΟΔΟΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Το επόμενο στάδιο που ακολουθεί μετά τη διαδικασία συλλογής των δεδομένων είναι η ανάλυση των δεδομένων. Το στάδιο αυτό είναι αρκετά σημαντικό διότι θα αναλυθούν τα δεδομένα που συγκεντρώθηκαν ώστε να απαντηθεί το ερευνητικό ερώτημα (Μαντζούκας, 2007: Ιωσηφίδης, 2008). Σε αντίθεση με την ποιοτική έρευνα όπου τα δεδομένα παρουσιάζονται σε μορφή κειμένου, στην ποσοτική έρευνα η παρουσίαση πραγματοποιείται μέσω στατιστικών γραφημάτων (Ιωσηφίδης, 2008:

Bowling, 2014).

Η ανάλυση των δεδομένων οφείλει να πραγματοποιείται με τέτοιο τρόπο ώστε να παρέχει αξιόπιστα και χρήσιμα αποτελέσματα. Για την υλοποίηση χρειάζεται η ύπαρξη οργανωμένων και εύχρηστων εργαλείων καταγραφής και ανάλυσης δεδομένων (Bryman & Cramer, 1997). Ανάλογα με τα δεδομένα που επιθυμεί ο ερευνητής να αναλύσει χρησιμοποιούνται και διαφορετικά πακέτα λογισμικού όπως είναι το SPSS, EpiInfo, BMDP, SAS, STATA, STRATA κλπ. (Bowling, 2014).

Στην παρούσα περίπτωση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο Statistical Package for Social Sciences (SPSS). Το SPSS είναι το πιο διαδεδομένο στατιστικό πακέτο καθώς χρησιμοποιείται σε απλές αναλύσεις αλλά έχει πολλές δυνατότητες. Είναι ένα πακέτο αρκετά αξιόπιστο και η χρήση του είναι αρκετά απλή (Bowling, 2014).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

5.1. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΩΝ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Πίνακας 1 Κατανομή συχνότητας και σχετικής συχνότητας της διάγνωσης του δείγματος

	N	%
CABG	1	1.4%
Αντικατάσταση βαλβίδας	2	2.8%
Non Stemi	14	19.7%
Ανακοπή	2	2.8%
Καρδιακή ανεπάρκεια	1	1.4%
Κολπική μαρμαρυγή	7	9.9%
Μυοκαρδίτιδα	1	1.4%
Οξύ Πνευμονικό Οίδημα	2	2.8%
Stemi	19	26.8%
Π.Κ.Κ.Α.	4	5.6%
Περικαρδίτιδα	1	1.4%
Πνευμονική Εμβολή	2	2.8%
Προκάρδιο άλγος	3	4.2%
Στηθάγχη	11	15.5%
Υπερκοιλιακή ταχυκαρδία	1	1.4%
Σύνολο	71	100.0%

Σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα φαίνεται πως 19 (26.8%) από τους 71 ασθενείς διαγνώστηκαν με Stemi, 14 (19.7%) με Non Stemi και 11 (15.5%) βρέθηκαν με στηθάγχη.

Πίνακας 2 Μέση τιμή και τυπική απόκλιση της ηλικίας του δείγματος

	Min	Mean	SD	Max
Ηλικία	35	64	12	90

Σχετικά με την ηλικία του δείγματος φαίνεται πως συγκεντρώνει μέση τιμή 64 και τυπική απόκλιση 12 ενώ η ελάχιστη ηλικία που σημειώθηκε είναι τα 35 έτη και η μέγιστη τα 90 έτη.

Πίνακας 3 Κατανομή συχνότητας και σχετικής συχνότητας του φύλου του δείγματος

		N	%
Φύλο	Ανδρας	38	53.5%
	Γυναίκα	33	46.5%
	Σύνολο	71	100.0%

Παρατηρώντας την κατανομή του φύλου του δείγματος φαίνεται πως αυτό αποτελείται από 38 (53.5%) άντρες και 33 (46.5%) γυναίκες.

Πίνακας 4 Κατανομή συχνότητας και σχετικής συχνότητας της οικογενειακής κατάστασης και του τόπου διαμονής του δείγματος

		N	%
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος/η	4	5.6%
	Έγγαμος/η	51	71.8%
	Διαζευγμένος/η	7	9.9%
	Χήρος/α	9	12.7%
	Σύνολο	71	100.0%
Τόπος διαμονής	Χωριό/κωμόπολη	20	28.2%
	Πόλη<150.000 κατοίκους	30	42.3%
	Πόλη>150.000 κατοίκους	21	29.6%
	Σύνολο	71	100.0%

Εξετάζοντας την οικογενειακή κατάσταση του δείγματος σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα, φαίνεται πως 51(71.8%) εκ των ασθενών είναι έγγαμοι και μόλις 4 (5.6%) δηλώνουν άγαμοι. Επιπλέον, αναφορικά με τον τόπο διαμονής τους, 30 (42.3%) ασθενείς κατοικούν σε πόλη μικρότερη των 150.000 κατοίκων και 20 (28.2%) διαμένουν σε κάποιο χωριό ή κωμόπολη. Το υπόλοιπο 29.6% του δείγματος διαμένει σε πόλεις με πληθυσμό μεγαλύτερο του 150.000.

Πίνακας 5 Κατανομή συχνότητας και σχετικής συχνότητας της εκπαίδευσης, του επαγγέλματος και της ύπαρξης αδελφών του δείγματος

		N	%
Εκπαιδευτικό επίπεδο	Αναλφάβητος	6	8.5%
	Απόφοιτος δημοτικού	21	29.6%
	Απόφοιτος γυμνασίου	10	14.1%
	Απόφοιτος λυκείου	21	29.6%
	Απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ	12	16.9%
	Μεταπτυχιακά	1	1.4%
Σύνολο		71	100.0%
Επαγγελματική κατάσταση	Άνεργος	5	7.0%
	Οικιακά	9	12.7%
	Αυτοαπασχολούμενος	3	4.2%
	Ιδιωτικός υπάλληλος	15	21.1%
	Δημόσιος υπάλληλος	5	7.0%
	Συνταξιούχος	34	47.9%
Σύνολο		71	100.0%
Έχετε αδέρφια;	Ναι	67	94.4%
	Όχι	4	5.6%
	Σύνολο	71	100.0%

Σχετικά με το εκπαιδευτικό επίπεδο των ασθενών, 21 (29.6%) δήλωσαν πως είναι απόφοιτοι δημοτικού ή απόφοιτοι λυκείου και 1 (1.4%) μόνο εκ των ασθενών είναι κάτοχος μεταπτυχιακού διπλώματος σπουδών. Ακόμη, 34 (47.9%) εκ των ασθενών είναι συνταξιούχοι και 3 (4.2%) δηλώνουν αυτοαπασχολούμενοι. Σχετικά με την ύπαρξη αδελφών 67 (94.4%) ασθενείς απάντησαν θετικά και 4 έδωσαν αρνητική απάντηση.

Πίνακας 6 Κατανομή συχνότητας και σχετικής συχνότητας της ύπαρξης αδελφής/ού και παιδιών του δείγματος

		N	%
Έχετε αδερφή;	Ναι	47	70.1%
	Όχι	20	29.9%
	Σύνολο	67	100.0%
Έχετε αδερφό;	Ναι	51	76.1%
	Όχι	16	23.9%
	Σύνολο	67	100.0%
Έχετε παιδιά;	Ναι	66	93.0%
	Όχι	5	7.0%
	Σύνολο	71	100.0%

Παρατηρώντας τον παραπάνω πίνακα φαίνεται πως 7 στους 10 ασθενείς έχουν αδελφή, 8 στους 10 έχουν αδερφό και 9 στους 10 έχουν παιδιά.

Πίνακας 7 Μέση τιμή και τυπική απόκλιση της ηλικίας του δείγματος

	Min	Mean	SD	Max
Πόσα αδέρφια;	1	3	2	8
Πόσες αδερφές έχετε;	1	2	1	5
Πόσους αδερφούς έχετε;	1	2	1	6
Σειρά γέννησής σας	1	2	2	8

Στην ερώτηση «Πόσα αδέρφια;» η μέση τιμή είναι 3 και η τυπική απόκλιση 2, ενώ στην ερώτηση «Πόσες αδερφές έχετε;» η μέση τιμή είναι 2 και η τυπική απόκλιση 1. Στην ερώτηση «Πόσους αδερφούς έχετε;» η μέση τιμή είναι 2 και η τυπική απόκλιση 1, ενώ στην ερώτηση «Σειρά γέννησής σας» η μέση τιμή είναι 2 όπως και η τυπική απόκλιση.

Πίνακας 8 Κατανομή συχνότητας και σχετικής συχνότητας των συγγενών που μένουν μαζί με τους ασθενείς

		N	%
Με ποιόν μένετε;	Μόνος/η	14	19.7%
	Με τον/ην σύντροφο	35	49.3%
	Με τον αδερφό	1	1.4%
	Με τα παιδιά μου	5	7.0%
	Με τον/ην σύντροφο και τα παιδιά μου	15	21.1%
	Με τον/ους γονείς μου	1	1.4%
	Σύνολο	71	100.0%
Ποιοι συγγενείς είναι μαζί σας στο νοσοκομείο;	Σύντροφος	27	39.1%
	Παιδί	19	27.5%
	Γονιός	10	14.5%
	Ξάδερφος/η	6	8.7%
	Θείο/α	1	1.4%
	Φίλος/η	1	1.4%
	Άλλος συγγενής	5	7.2%
	Σύνολο	69	100.0%

Σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα στην ερώτηση «Με ποιόν μένετε;» 35 (49.3%) ασθενείς απάντησαν πως μένουν με τον/την σύντροφό τους και 1 (1.4%) μόνο απάντησε πως μένει με τους γονείς ή τον αδερφό του. Στην ερώτηση «Ποιοι συγγενείς είναι μαζί σας στο νοσοκομείο;» 27 (39.1%) από τους ασθενείς του

δείγματος απάντησαν πως ήταν μαζί τους ο σύντροφός τους και 1 μόνο (1.4%) απάντησε πως ήταν μαζί του στο νοσοκομείο ο θείος ή ο φίλος του.

Πίνακας 9 Κατανομή συχνότητας και σχετικής συχνότητας της νοσηλείας και της ποιότητας ύπνου του δείγματος

		N	%
Είναι η πρώτη σας φορά στο νοσοκομείο για καρδιολογικό πρόβλημα;	Ναι	49	70.0%
	Όχι	21	30.0%
	Σύνολο	70	100.0%
Έχετε νοσηλευτεί άλλη φορά στο νοσοκομείο για κάποιο άλλο λόγο;	Ναι	56	80.0%
	Όχι	14	20.0%
	Σύνολο	70	100.0%
Χθες βράδυ κοιμηθήκατε καλά;	Ναι	48	68.6%
	Όχι	22	31.4%
	Σύνολο	70	100.0%
Είδατε κάποιο όνειρο;	Ναι	17	25.8%
	Όχι	49	74.2%
	Σύνολο	66	100.0%
Αν είδατε κάποιο όνειρο, αυτό ήταν.	Ωραίο	4	25.0%
	Άσχημο	2	12.5%
	Εφιάλτης	1	6.3%
	Δεν θυμάμαι	9	56.3%
	Σύνολο	16	100.0%

Σχετικά με τον παραπάνω πίνακα φαίνεται ότι στην ερώτηση «Είναι η πρώτη σας φορά στο νοσοκομείο για καρδιολογικό πρόβλημα;» 49 (70%) ασθενείς απάντησαν θετικά και 21 (30%) έδωσαν αρνητική απάντηση. Στην ερώτηση «Έχετε νοσηλευτεί άλλη φορά στο νοσοκομείο για κάποιο άλλο λόγο;» 56 (80%) εκ των ασθενών απάντησαν θετικά και 14 (20%) έδωσαν αρνητική απάντηση. Στην ερώτηση «Χθες βράδυ κοιμηθήκατε καλά;» 7 στους 10 ερωτηθέντες απάντησαν θετικά και 3 στους 10 έδωσαν αρνητική απάντηση. Στην ερώτηση «Είδατε κάποιο όνειρο;» 17 (25.8%) ασθενείς απάντησαν θετικά και 49 (74.2%) έδωσαν αρνητική απάντηση. Στην ερώτηση «Αν είδατε κάποιο όνειρο, αυτό ήταν...» 6 στους 10 ασθενείς απάντησαν δεν θυμάμαι.

Πίνακας 10 Κατανομή συχνότητας και σχετικής συχνότητας των απόψεων του δείγματος σχετικά με τον Covid-19

		N	%
Πόσο επηρέασε η εμφάνιση του Covid την οικογένειά σας;	1- Λίγο	8	11.3%
	2	3	4.2%
	3	16	22.5%
	4	23	32.4%
	5- Πάρα πολύ	21	29.6%
	Σύνολο	71	100.0%
Πόσο επηρέασε η εμφάνιση του Covid εσάς τους ίδιους;	1-Λίγο	9	12.7%
	2	5	7.0%
	3	16	22.5%
	4	19	26.8%
	5-Πάρα πολύ	22	31.0%
	Σύνολο	71	100.0%
Εσείς πόσο πιστά κρατήσατε τα μέτρα για τον Covid;	1-Καθόλου πιστά	0	0.0%
	2	2	2.8%
	3	11	15.5%
	4	18	25.4%
	5-Πάρα πολύ πιστά	40	56.3%
	Σύνολο	71	100.0%

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του πίνακα συχνότητας και σχετικής συχνότητας σχετικά με τον Covid-19, η άποψη του δείγματος σχετικά με το αίτιο του Covid - 19 για 30 συμμετέχοντες (42.3%) ήταν πως «Αποτελεί ανθρώπινο κατασκεύασμα» ενώ το 1.4% θεωρεί πως «Δεν υπάρχει» ή «Ευθύνεται η ατμόσφαιρα» ή «Ο ιός προήλθε από τη νυχτερίδα» ή «Κάθε 100 χρόνια υπάρχει ένας νέος ιός» ή «Ευθύνεται η Κίνα» ή «Προϋπήρχε ως μια κοινή γρίπη». Ο ιός σύμφωνα με 23συμμετέχοντες (32.4%) επηρέασε σε βαθμό 4 την οικογένειά τους, ενώ σε βαθμό 3 (4.2%) τους επηρέασε 2. Ο ιός σύμφωνα με 19 συμμετέχοντες (26.8%) επηρέασε σε βαθμό 4 τους ίδιους τους συμμετέχοντες ενώ 5 συμμετέχοντες (7.0%) τους επηρέασε σε βαθμό 2. Την πεποίθηση πως κράτησαν πάρα πολύ πιστά τα μέτρα για τον Covid - 19 έχουν 40 συμμετέχοντες (56.3%) ενώ οι 2 συμμετέχοντες (2.8%) απάντησαν τον βαθμό 2.

Πίνακας 11 Κατανομή συχνότητας και σχετικής συχνότητας της επίδρασης του covid-19 στο εισόδημα και της παρουσίας του δείγματος

		N	%
Τα μέτρα για την διαχείριση του covid επηρέασαν αρνητικά τα εισοδήματά σας;	Ναι	30	42.3%
	Όχι	41	57.7%
	Σύνολο	71	100.0%
Νοικιάζετε σπίτι;	Ναι	14	19.7%
	Όχι	57	80.3%
	Σύνολο	71	100.0%
Έχετε εξοχικό;	Ναι	9	12.7%
	Όχι	31	43.7%
	Το πατρικό στο χωριό	31	43.7%
	Σύνολο	71	100.0%

Αναφορικά με την επίδραση του covid-19 στο εισόδημα και της παρουσίας του δείγματος, τα αποτελέσματα συχνότητας και σχετικής συχνότητας του πίνακα καταλήγουν πώς από το σύνολο των 71 συμμετεχόντων, 41 άτομα (57.7%) απαντούν «Όχι» στο ότι τα μέτρα για την διαχείριση του covid επηρέασαν αρνητικά τα εισοδήματά τους, ενώ οι 30 (42.3%) απαντούν «Ναι», δηλαδή πως επηρεάστηκαν αρνητικά τα εισοδήματά τους. Οι 57 συμμετέχοντες (80.3%) δεν νοικιάζουν σπίτι ενώ οι 14 (19.7%) νοικιάζουν. Σχετικά με εξοχική κατοικία 31 άτομα (43.7%) δεν διαθέτουν εξοχική κατοικία, 31 άτομα (43.7%) έχουν πατρικό σπίτι στο χωριό ενώ μόλις 9 (12.7%) έχουν εξοχικό.

Πίνακας 12 Κατανομή συχνότητας και σχετικής συχνότητας της συμπόνιας του δείγματος

		N	%
Όταν ακούσω ότι κάποιος ξένος βιώνει μια δύσκολη περίοδο, αισθάνομαι μεγάλη συμπόνια για εκείνον/η.	1- Καθόλου αληθές για μένα	1	1.4%
	2	3	4.2%
	3	3	4.2%
	4	10	14.1%
	5	22	31.0%
	6	15	21.1%
	7- Πολύ αληθές για μένα	17	23.9%
	Σύνολο	71	100.0%
Έχω την τάση να αισθάνομαι συμπόνια για ανθρώπους, παρόλο που δεν τους γνωρίζω.	1- Καθόλου αληθές για μένα	2	2.8%
	2	2	2.8%
	3	1	1.4%
	4	12	16.9%
	5	24	33.8%
	6	16	22.5%
	7- Πολύ αληθές για μένα	14	19.7%
	Σύνολο	71	100.0%
Μια από τις ενέργειες που προσφέρουν το μεγαλύτερο νόημα στη ζωή όταν αναζητούν βοήθεια.	1- Καθόλου αληθές για μένα	1	1.4%
	2	5	7.0%
	3	8	11.3%
	4	12	16.9%
	5	14	19.7%
	6	20	28.2%
	7- Πολύ αληθές για μένα	11	15.5%
	Σύνολο	71	100.0%

Στον παραπάνω πίνακα σχετικά με τη συχνότητα και σχετική συχνότητα της συμπόνιας του δείγματος, στην ερώτηση «Όταν ακούσω ότι κάποιος ξένος βιώνει μια δύσκολη περίοδο, αισθάνομαι μεγάλη συμπόνια για εκείνον/η» 22 άτομα (31.0%) απάντησαν τον αριθμό 5 και 1 άτομο (1.4%) απάντησε τον αριθμό 1 δηλαδή «Καθόλου αληθές για μένα». Στην ερώτηση «Έχω την τάση να αισθάνομαι συμπόνια για ανθρώπους, παρόλο που δεν τους γνωρίζω» 24 άτομα (33.8%) απάντησαν τον αριθμό 5 και 1 άτομο (1.4%) απάντησε τον αριθμό 3. Στην ερώτηση «Μια από τις ενέργειες που προσφέρουν το μεγαλύτερο νόημα στη ζωή όταν αναζητούν βοήθεια» 20 άτομα (28.2%) απάντησαν τον αριθμό 6 και 1 (1.4%) απάντησε τον αριθμό 1, «Καθόλου αληθές για μένα».

Πίνακας 13 Κατανομή συχνότητας και σχετικής συχνότητας της συμπόνιας του δείγματος

		N	%
Θα προτιμούσα να συμμετάσχω σε δραστηριότητες παρά σε ενέργειες που βοηθούν τον εαυτό μου.	1- Καθόλου αληθές για μένα	3	4.2%
	2	12	16.9%
	3	13	18.3%
	4	22	31.0%
	5	7	9.9%
	6	8	11.3%
	7- Πολύ αληθές για μένα	6	8.5%
	Σύνολο	71	100.0%
Συχνά έχω συναισθήματα στοργής απέναντι σε ανθρώπους (ξένους) όταν βρίσκονται σε κατάσταση ανάγκης.	1- Καθόλου αληθές για μένα	1	1.4%
	2	4	5.6%
	3	3	4.2%
	4	7	9.9%
	5	23	32.4%
	6	23	32.4%
	7- Πολύ αληθές για μένα	10	14.1%
	Σύνολο	71	100.0%

Συνεχίζοντας, σχετικά με τη συχνότητα και σχετική συχνότητα της συμπόνιας του δείγματος, στην ερώτηση «Θα προτιμούσα να συμμετάσχω σε δραστηριότητες παρά σε ενέργειες που βοηθούν τον εαυτό μου» 22 άτομα (31.0%) απάντησαν τον αριθμό 4 ενώ 3 (4.2%) απάντησαν τον αριθμό 1, «Καθόλου αληθές για μένα». Στην ερώτηση «Συχνά έχω συναισθήματα στοργής απέναντι σε ανθρώπους (ξένους) όταν βρίσκονται σε κατάσταση ανάγκης» 23 άτομα (32.4%) απάντησαν τον αριθμό 5 και τον αριθμό 6 και μόνο 1 (1.4%) απάντησε τον αριθμό 1, «Καθόλου αληθές για μένα».

Πίνακας 14 Κατανομή συχνότητας και σχετικής συχνότητας της καρδιακής λειτουργίας του δείγματος

		N	%
Αποφεύγω την φυσική άσκηση.	Ποτέ	10	14.1%
	Σπάνια	24	33.8%
	Μερικές φορές	20	28.2%
	Συχνά	9	12.7%
	Πάντα	8	11.3%
	Σύνολο	71	100.0%
Ταχυπαλμίες με ξυπνούν τη νύχτα.	Ποτέ	44	62.0%
	Σπάνια	12	16.9%
	Μερικές φορές	10	14.1%
	Συχνά	4	5.6%
	Πάντα	1	1.4%
	Σύνολο	71	100.0%
Πόννοι στο στήθος/αίσθημα δυσφορίας με ξυπνούν τη νύχτα.	Ποτέ	38	53.5%
	Σπάνια	12	16.9%
	Μερικές φορές	16	22.5%
	Συχνά	4	5.6%
	Πάντα	1	1.4%
	Σύνολο	71	100.0%
Αποφεύγω την άσκηση ή άλλου είδους σωματική εργασία.	Ποτέ	18	25.4%
	Σπάνια	25	35.2%
	Μερικές φορές	15	21.1%
	Συχνά	8	11.3%
	Πάντα	5	7.0%
	Σύνολο	71	100.0%
Μπορώ να αισθανθώ την καρδιά μου στο στήθος μου.	Ποτέ	26	36.6%
	Σπάνια	13	18.3%
	Μερικές φορές	20	28.2%
	Συχνά	8	11.3%
	Πάντα	4	5.6%
	Σύνολο	71	100.0%

Τα αποτελέσματα του παραπάνω πίνακα σχετικά με την καρδιακή λειτουργία του δείγματος δείχνουν πώς 20 άτομα του δείγματος (28.2%) αποφεύγουν την άσκηση «Μερικές φορές» ενώ οι 8 (11.3%) την αποφεύγουν «Πάντα». «Ποτέ» δεν ξυπνούν με ταχυπαλμίες τη νύχτα 44 άτομα του δείγματος (62.0%) και ο 1 (1.4%) δηλώνει «Πάντα». Στην ερώτηση σχετικά με πόνους στο στήθος/αίσθημα δυσφορίας με ξυπνούν τη νύχτα, πάνω από τους μισούς συμμετέχοντες (53.5%) δηλώνουν «Ποτέ»

ενώ ο 1 (1.4%) δηλώνει «Πάντα». Στην ερώτηση «Αποφεύγω την άσκηση ή άλλου είδους σωματική εργασία» 25 άτομα (35.2%) απαντούν «Σπάνια» και 5 (7.0%) δηλώνουν «Πάντα». Στην ερώτηση αν μπορούν να αισθανθούν την καρδιά στο στήθος τους, 26 άτομα (36.6%) δηλώνουν «Ποτέ» και οι 4 (5.6%) δηλώνουν «Πάντα».

Πίνακας 15 Κατανομή συχνότητας και σχετικής συχνότητας της καρδιακής λειτουργίας του δείγματος

		N	%
Αποφεύγω τις δραστηριότητες που με κάνουν να ιδρώνω.	Ποτέ	28	39.4%
	Σπάνια	15	21.1%
	Μερικές φορές	13	18.3%
	Συχνά	9	12.7%
	Πάντα	6	8.5%
	Σύνολο	71	100.0%
Όταν έχω αίσθημα δυσφορίας, ή όταν κτυπά γρήγορα η καρδιά μου ανησυχώ ότι μπορεί να πάθω καρδιακό επεισόδιο.	Ποτέ	16	22.5%
	Σπάνια	16	22.5%
	Μερικές φορές	18	25.4%
	Συχνά	14	19.7%
	Πάντα	7	9.9%
	Σύνολο	71	100.0%
Όταν έχω αίσθημα δυσφορίας, ή όταν κτυπά γρήγορα η καρδιά μου έχω δυσκολία να συγκεντρωθώ σε οτιδήποτε άλλο.	Ποτέ	16	22.5%
	Σπάνια	18	25.4%
	Μερικές φορές	17	23.9%
	Συχνά	9	12.7%
	Πάντα	11	15.5%
	Σύνολο	71	100.0%
Όταν έχω αίσθημα δυσφορίας, ή όταν κτυπά γρήγορα η καρδιά μου φοβάμαι πάρα πολύ.	Ποτέ	13	18.3%
	Σπάνια	18	25.4%
	Μερικές φορές	17	23.9%
	Συχνά	10	14.1%
	Πάντα	13	18.3%
	Σύνολο	71	100.0%
Όταν έχω αίσθημα δυσφορίας, ή όταν κτυπά γρήγορα η καρδιά μου επιθυμώ να εξεταστώ από έναν γιατρό.	Ποτέ	8	11.3%
	Σπάνια	14	19.7%
	Μερικές φορές	23	32.4%
	Συχνά	15	21.1%
	Πάντα	11	15.5%
	Σύνολο	71	100.0%

Αναφορικά με τον πίνακα της καρδιακής λειτουργίας του δείγματος, ο παραπάνω πίνακας δείχνει πώς στην ερώτηση «Αποφεύγω τις δραστηριότητες που με κάνουν να ιδρώνω» 28 άτομα (39.4%) απαντούν «Ποτέ» και οι 6 (8.5%) απαντούν «Πάντα». Στην ερώτηση «Όταν έχω αίσθημα δυσφορίας, ή όταν κτυπά γρήγορα η καρδιά μου ανησυχώ ότι μπορεί να πάθω καρδιακό επεισόδιο» 18 άτομα (25.4%) απάντησαν «Μερικές φορές» και οι 7 (9.9%) απάντησαν «Πάντα». Στην ερώτηση «Όταν έχω αίσθημα δυσφορίας, ή όταν κτυπά γρήγορα η καρδιά μου έχω δυσκολία να συγκεντρωθώ σε οτιδήποτε άλλο» 18 άτομα (25.4%) απάντησαν «Σπάνια» και οι 9 (12.7%) απάντησαν «Συχνά». Στην ερώτηση «Όταν έχω αίσθημα δυσφορίας, ή όταν κτυπά γρήγορα η καρδιά μου φοβάμαι πάρα πολύ» 18 άτομα (25.4%) απάντησαν «Σπάνια» και οι 10 (14.1%) απάντησαν «Συχνά». Στην ερώτηση «Όταν έχω αίσθημα δυσφορίας, ή όταν κτυπά γρήγορα η καρδιά μου επιθυμώ να εξεταστώ από έναν γιατρό» 23 άτομα (32.4%) απάντησαν «Μερικές φορές» και 8 (11.3%) απάντησαν «Ποτέ».

Πίνακας 16 Κατανομή συχνότητας και σχετικής συχνότητας του άγχους που προκαλεί ο πόνος στο δείγμα

		N	%
Νομίζω ότι αν ο πόνος μου γίνει πολύ δυνατός, δεν θα μειωθεί ποτέ.	Ποτέ	21	29.6%
	Σπάνια	20	28.2%
	Μερικές φορές	16	22.5%
	Συχνά	12	16.9%
	Πάντα	2	2.8%
	Σύνολο	71	100.0%
Όταν πονάω φοβάμαι ότι κάτι πολύ κακό θα συμβεί	Ποτέ	15	21.1%
	Σπάνια	22	31.0%
	Μερικές φορές	17	23.9%
	Συχνά	12	16.9%
	Πάντα	5	7.0%
	Σύνολο	71	100.0%
Όταν αισθάνομαι δυνατό πόνο πηγαίνω αμέσως στο κρεβάτι μου	Ποτέ	10	14.1%
	Σπάνια	13	18.3%
	Μερικές φορές	19	26.8%
	Συχνά	14	19.7%
	Πάντα	15	21.1%
	Σύνολο	71	100.0%
Αρχίζω να τρέμω όταν κάνω μια δραστηριότητα που αυξάνει τον πόνο	Ποτέ	33	46.5%
	Σπάνια	15	21.1%
	Μερικές φορές	15	21.1%
	Συχνά	6	8.5%
	Πάντα	2	2.8%
	Σύνολο	71	100.0%
Δεν μπορώ να σκεφτώ λογικά όταν πονάω	Ποτέ	28	39.4%
	Σπάνια	8	11.3%
	Μερικές φορές	15	21.1%
	Συχνά	13	18.3%
	Πάντα	7	9.9%
	Σύνολο	71	100.0%

Σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα κατανομής συχνότητας και σχετικής συχνότητας του άγχους που προκαλεί ο πόνος στο δείγμα, στην ερώτηση «Νομίζω ότι αν ο πόνος μου γίνει πολύ δυνατός, δεν θα μειωθεί ποτέ» 21 άτομα (29.6%) απαντούν «Ποτέ» ενώ οι 2 (2.8%) απαντούν «Πάντα». Στην ερώτηση «Όταν πονάω φοβάμαι ότι κάτι πολύ κακό θα συμβεί» 22 άτομα (31.0%) απάντησαν «Σπάνια» και οι 5 (7.0%) απάντησαν «Πάντα». Στην ερώτηση «Όταν αισθάνομαι δυνατό πόνο πηγαίνω αμέσως

στο κρεβάτι μου» 19 άτομα (26.8%) απάντησαν «Μερικές φορές» και οι 10 (14.1%) απάντησαν «Ποτέ». Στην ερώτηση «Αρχίζω να τρέμω όταν κάνω μια δραστηριότητα που αυξάνει τον πόνο» 15 άτομα (21.1%) απάντησαν «Συχνά» και «Μερικές φορές» και οι 2 (2.8%) απάντησαν «Πάντα». Στην ερώτηση «Δεν μπορώ να σκεφτώ λογικά όταν πονάω» 15 άτομα (21.1%) απάντησαν «Μερικές φορές» και οι 7 (9.9%) απάντησαν «Πάντα».

Πίνακας 17 Κατανομή συχνότητας και σχετικής συχνότητας του άγχους που προκαλεί ο πόνος στο δείγμα

		N	%
Θα σταματήσω κάθε δραστηριότητα με το που θα αισθανθώ τον πόνο να έρχεται	Ποτέ	5	7.0%
	Σπάνια	19	26.8%
	Μερικές φορές	8	11.3%
	Συχνά	10	14.1%
	Πάντα	29	40.8%
	Σύνολο	71	100.0%
Ο πόνος γίνεται να κάνει την καρδιά μου να σταματά ή να χτυπάει δυνατά και γρήγορα	Ποτέ	21	29.6%
	Σπάνια	21	29.6%
	Μερικές φορές	16	22.5%
	Συχνά	7	9.9%
	Πάντα	6	8.5%
	Σύνολο	71	100.0%
Μόλις αρχίσω να πονάω παίρνω φάρμακο για να μειωθεί ο πόνος μου	Ποτέ	24	33.8%
	Σπάνια	15	21.1%
	Μερικές φορές	17	23.9%
	Συχνά	8	11.3%
	Πάντα	7	9.9%
	Σύνολο	71	100.0%
Όταν πονάω νομίζω ότι μπορεί να είμαι σοβαρά άρρωστος	Ποτέ	18	25.4%
	Σπάνια	24	33.8%
	Μερικές φορές	16	22.5%
	Συχνά	9	12.7%
	Πάντα	4	5.6%
	Σύνολο	71	100.0%
Κατά την διάρκεια επεισοδίων έντονου πόνου δυσκολεύομαι να σκεφτώ οτιδήποτε άλλο παρά μόνο τον πόνο	Ποτέ	19	26.8%
	Σπάνια	8	11.3%
	Μερικές φορές	23	32.4%
	Συχνά	12	16.9%
	Πάντα	9	12.7%
	Σύνολο	71	100.0%

Από τα αποτελέσματα του παραπάνω πίνακα φαίνεται πώς στην ερώτηση «Θα σταματήσω κάθε δραστηριότητα με το που θα αισθανθώ τον πόνο να έρχεται» 29 άτομα (40.8%) απαντούν «Ναι» και μόνο οι 5 (7.0%) απαντούν «Ποτέ». Στην ερώτηση «Ο πόνος γίνεται να κάνει την καρδιά μου να σταματά ή να χτυπάει δυνατά και γρήγορα» 21 άτομα (29.6%) απάντησαν «Σπάνια» και «Ποτέ» και οι 6 (8,5%) απάντησαν «Πάντα». Στην ερώτηση «Μόλις αρχίσω να πονάω παίρνω φάρμακο για να μειωθεί ο πόνος μου» 24 άτομα (33.8%) απαντούν «Ποτέ» και 7 (9.9%) απαντούν «Πάντα». Στην ερώτηση «Όταν πονάω νομίζω ότι μπορεί να είμαι σοβαρά άρρωστος» 24 άτομα (33.8%) απαντούν «Σπάνια» και 4 (5.6%) απαντούν «Πάντα». Στην ερώτηση «Κατά την διάρκεια επεισοδίων έντονου πόνου δυσκολεύομαι να σκεφτώ οτιδήποτε άλλο παρά μόνο τον πόνο» 23 άτομα (32.4%) απαντούν «Μερικές φορές» και 8 (11.3%) απαντούν «Σπάνια».

Πίνακας 18 Κατανομή συχνότητας και σχετικής συχνότητας του άγχους που προκαλεί ο πόνος στο δείγμα

		N	%
Αποφεύγω σημαντικές δραστηριότητες όταν πονάω	Ποτέ	5	7.0%
	Σπάνια	21	29.6%
	Μερικές φορές	10	14.1%
	Συχνά	10	14.1%
	Πάντα	25	35.2%
	Σύνολο	71	100.0%
Όταν πονάω νοιώθω αδύναμος και ζαλισμένος	Ποτέ	11	15.5%
	Σπάνια	14	19.7%
	Μερικές φορές	23	32.4%
	Συχνά	12	16.9%
	Πάντα	11	15.5%
	Σύνολο	71	100.0%
Η αίσθηση του πόνου με τρομάζει πολύ	Ποτέ	9	12.7%
	Σπάνια	24	33.8%
	Μερικές φορές	10	14.1%
	Συχνά	13	18.3%
	Πάντα	15	21.1%
	Σύνολο	71	100.0%
Όταν τραυματίζομαι σκέφτομαι διαρκώς τον πόνο	Ποτέ	20	28.2%
	Σπάνια	16	22.5%
	Μερικές φορές	20	28.2%
	Συχνά	10	14.1%
	Πάντα	5	7.0%
	Σύνολο	71	100.0%
Ο πόνος μου προκαλεί ναυτία	Ποτέ	27	38.0%
	Σπάνια	21	29.6%
	Μερικές φορές	13	18.3%
	Συχνά	7	9.9%
	Πάντα	3	4.2%
	Σύνολο	71	100.0%

Σχετικά με το άγχος που προκαλεί ο πόνος στο δείγμα, στην ερώτηση «Αποφεύγω σημαντικές δραστηριότητες όταν πονάω» 25 άτομα (35.2%) απαντούν «Πάντα» ενώ οι 5 (7.0%) δηλώνουν «Ποτέ». Στην ερώτηση «Όταν πονάω νοιώθω αδύναμος και ζαλισμένος» 23 άτομα (32.4%) απαντούν «Μερικές φορές» και οι 11 (15.5%) δηλώνουν «Πάντα» και «Ποτέ». Στην ερώτηση «Η αίσθηση του πόνου με τρομάζει πολύ» 24 άτομα (33.8%) απαντούν «Σπάνια» και 9 (12.7%) απαντούν «Ποτέ». Στην

ερώτηση «Όταν τραυματίζομαι σκέφτομαι διαρκώς τον πόνο» 20 άτομα (28.2%) απαντούν «Μερικές φορές» και «Ποτέ» ενώ οι 5 (7.0%) απάντησαν «Πάντα». Στην ερώτηση «Ο πόνος μου προκαλεί ναυτία» 27 άτομα (38.0%) απάντησαν «Ποτέ» και οι 3 (4.2%) απάντησαν «Πάντα».

Πίνακας 19. Κατανομή συχνότητας και σχετικής συχνότητας του άγχους που προκαλεί ο πόνος στο δείγμα

		N	%
Όταν ο πόνος γίνεται πολύ έντονος νομίζω ότι μπορεί να παραλύσω	Ποτέ	34	47.9%
	Σπάνια	20	28.2%
	Μερικές φορές	7	9.9%
	Συχνά	8	11.3%
	Πάντα	2	2.8%
	Σύνολο	71	100.0%
Δυσκολεύομαι να συγκεντρωθώ όταν πονάω	Ποτέ	22	31.0%
	Σπάνια	13	18.3%
	Μερικές φορές	14	19.7%
	Συχνά	14	19.7%
	Πάντα	8	11.3%
	Σύνολο	71	100.0%
Δυσκολεύομαι να χαλαρώσω το σώμα μου μετά από περιόδους πόνου	Ποτέ	15	21.1%
	Σπάνια	25	35.2%
	Μερικές φορές	18	25.4%
	Συχνά	10	14.1%
	Πάντα	3	4.2%
	Σύνολο	71	100.0%
Ανησυχώ όταν πονάω	Ποτέ	5	7.0%
	Σπάνια	19	26.8%
	Μερικές φορές	14	19.7%
	Συχνά	17	23.9%
	Πάντα	16	22.5%
	Σύνολο	71	100.0%
Προσπαθώ να αποφύγω δραστηριότητες που μου προκαλούν πόνο	Ποτέ	12	16.9%
	Σπάνια	14	19.7%
	Μερικές φορές	10	14.1%
	Συχνά	9	12.7%
	Πάντα	26	36.6%
	Σύνολο	71	100.0%

Συνεχίζοντας σχετικά με το άγχος που προκαλεί ο πόνος στο δείγμα, στην ερώτηση «Όταν ο πόνος γίνεται πολύ έντονος νομίζω ότι μπορεί να παραλύσω» 34 άτομα (47.9%) απάντησαν «Ποτέ» και οι 2 (2.8%) απάντησαν «Πάντα». Στην ερώτηση «Δυσκολεύομαι να συγκεντρωθώ όταν πονάω» 22 άτομα (31.0%) απάντησαν «Ποτέ» και οι 8 (11.3%) απάντησαν «Πάντα». Στην ερώτηση «Δυσκολεύομαι να χαλαρώσω το σώμα μου μετά από περιόδους πόνου» 25 άτομα (35.2%) απάντησαν «Σπάνια» και 3 (4.2%) απάντησαν «Πάντα». Στην ερώτηση «Ανησυχώ όταν πονάω» 19 άτομα (26.8%) απάντησαν «Σπάνια» και 5 (7.0%) απάντησαν «Ποτέ». Τέλος, στην ερώτηση «Προσπαθώ να αποφύγω δραστηριότητες που μου προκαλούν πόνο» 26 άτομα (36.6%) απάντησαν «Πάντα» και οι 9 (12.7%) απάντησαν «Συχνά».

5.2. ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Πίνακας 20 Αποτελέσματα συσχέτισης της ηλικίας του δείγματος με τις ερωτήσεις της κλίμακα Santa Clara

		Ηλικία
3. Όταν αισθάνομαι δυνατό πόνο πηγαίνω αμέσως στο κρεβάτι μου	Pearson Correlation	.251*
	Sig	,035
	N	71
6. Θα σταματήσω κάθε δραστηριότητα με το που θα αισθανθώ τον πόνο να έρχεται	Pearson Correlation	.292*
	Sig	,013
	N	71

Από τον παραπάνω πίνακα φαίνεται πως υπάρχει στατιστικώς σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στην ηλικία του δείγματος και τις μεταβλητές «3. Όταν αισθάνομαι δυνατό πόνο πηγαίνω αμέσως στο κρεβάτι μου» και «6. Θα σταματήσω κάθε δραστηριότητα με το που θα αισθανθώ τον πόνο να έρχεται» (Sig=0.035<0.05)

Πίνακας 21 Αποτελέσματα συσχέτισης της ερώτησης “Πόσα αδέρφια;” με την κλίμακα Santa Clara

		Πόσα αδέρφια;
3.Μια από τις ενέργειες που προσφέρουν το μεγαλύτερο νόημα στη ζωή όταν αναζητούν βοήθεια.	Pearson Correlation	.242*
	Sig	,048
	N	67

Από το αποτέλεσμα των παραπάνω ελέγχου παρατηρούμε ότι εμφανίζεται στατιστικώς σημαντική συσχέτιση με θετική κατεύθυνση μεταξύ του πλήθους των αδερφών που δήλωσαν οι συμμετέχοντες και της ερώτησης «3 μία από τις ενέργειες μεγαλύτερο νόημα στη ζωή όταν αναζητούν βοήθεια», γεγονός που σημαίνει ότι όσο περισσότερα αδέρφια δήλωσε ότι έχει κάποιος τόσο πιο αληθινό είναι η απάντηση που έδωσε στην ερώτηση 3

Πίνακας 22 Αποτελέσματα συσχέτισης της ερώτησης “Πόσες αδερφές έχετε;” με την κλίμακα Santa Clara

		Πόσες αδερφές έχετε;
3.Μια από τις ενέργειες που προσφέρουν το μεγαλύτερο νόημα στη ζωή όταν αναζητούν βοήθεια.	Pearson Correlation	.297*
	Sig	,043
	N	47

Αποτέλεσμα των παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι εμφανίζεται θετικώς σημαντική συσχέτιση με θετική κατεύθυνση μεταξύ του πλήθους των αδερφών που δηλώνει ότι έχει κάποιος και τις απαντήσεις που δόθηκαν στην ερώτηση μία από τις ενέργειες που το νόημα στη ζωή όταν αναζητούν βοήθεια. κάτι που σημαίνει ότι όσο περισσότερες αδερφές δήλωσε ότι έχει κάποιος τόσο πιο πολύ πιστεύει ότι είναι αληθινή η παραπάνω πρόταση.

Πίνακας 23 Αποτελέσματα σύγκρισης μέσης τιμής του φύλου του δείγματος με τις κλίμακες Santa Clara

Φύλο		N	Mean	SD	t	df	Sig.
2.Έχω την τάση να αισθάνομαι συμπόνια για ανθρώπους, παρόλο που δεν τους γνωρίζω.	Ανδρας	38	4.89	1.203	-	69	.030
	Γυναίκα	33	5.61	1.499	2.217		
5.Συχνά έχω συναισθήματα στοργής απέναντι σε ανθρώπους (ξένους) όταν βρίσκονται σε κατάσταση ανάγκης.	Ανδρας	38	4.87	1.256	-	69	.029
	Γυναίκα	33	5.58	1.415	2.232		

Από το αποτέλεσμα του παραπάνω ελέγχου, παρατηρούμε στατιστικώς σημαντική διαφορά στις απαντήσεις που δόθηκαν στις ερωτήσεις 2 και 5 του ερωτηματολογίου SantaClara. Και στις δύο περιπτώσεις οι γυναίκες έδωσαν μεγαλύτερες τιμές, δηλαδή δήλωσαν ότι έχουν μεγαλύτερη τάση να αισθάνεται συμπόνια για ανθρώπους, παρόλο που δεν τους γνωρίζουν και έχουν συναισθήματα στοργής απέναντι σε ανθρώπους ξένους όταν βρίσκονται καταστάσεις ανάγκης.

Πίνακας 24 Αποτελέσματα σύγκρισης μέσης τιμής της ερώτησης “Έχετε νοσηλευτεί άλλη φορά στο νοσοκομείο για κάποιο άλλο λόγο;” με τις υπο- κλίμακες Santa Clara

Έχετε νοσηλευτεί άλλη φορά στο νοσοκομείο για κάποιο άλλο λόγο;		N	Mean	SD	t	df	Sig.
2.Έχω την τάση να αισθάνομαι συμπόνια για ανθρώπους, παρόλο που δεν τους γνωρίζω.	Ναι	56	5.4	1.4	2.247	68	.028
	Όχι	14	4.5	1.3			

Από τα αποτελέσματα του παραπάνω πίνακα, παρατηρούμε ότι εμφανίζεται στατιστικώς σημαντική διαφορά στις απαντήσεις που δόθηκαν από τους ερωτώμενους σχετικά με το εάν έχουν νοσηλευτεί άλλη φορά στο νοσοκομείο και την τάση που δήλωσαν για το εάν αισθάνονται συμπόνια για ανθρώπους παρόλο που δεν τους γνωρίζουν. Συγκεκριμένα, παρατηρούμε ότι τα άτομα που δήλωσαν ότι έχουν νοσηλευτεί άλλη φορά στο νοσοκομείο για κάποιο άλλο λόγο, έχουν μεγαλύτερη τάση να συμπονούν τους ανθρώπους παρόλο που δεν τους γνωρίζουν.

Πίνακας 25 Αποτελέσματα σύγκρισης μέσης τιμής της ερώτησης “Φύλο” με τις υπο-κλίμακες CAQ

Φύλο		N	Mean	SD	t	df	Sig. (2-tailed)
Επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία (CAQ10)	Ανδρας	38	0.7	0.8	-2.491	69	0.015
	Γυναίκα	33	1.2	1.0			

Από τα αποτελέσματα του παραπάνω πίνακα παρατηρούμε στατιστικώς σημαντική διαφορά στις απαντήσεις που δόθηκαν από τους ερωτηθείς σχετικά με την υπο-κλίμακα επικέντρωσης στην καρδιακή λειτουργία του CAQ ανάμεσα στα δύο φύλα. Συγκεκριμένα παρατηρούμε τη μεγαλύτερη τιμή στο σκορ να εμφανίζουν οι γυναίκες (μ.τ.=1,2) σύγκριση με τους άντρες (μ.τ.=0,7)

Πίνακας 26 Αποτελέσματα σύγκρισης μέσης τιμής της ερώτησης “Είναι η πρώτη σας φορά στο νοσοκομείο για καρδιολογικό πρόβλημα;” με τις υπο-κλίμακες CAQ

Είναι η πρώτη σας φορά στο νοσοκομείο για καρδιολογικό πρόβλημα;		N	Mean	SD	t	df	Sig. (2-tailed)
Αποφυγή δραστηριοτήτων (CAQ10)	Ναι	49	1.2	1.0	-2.883	68	0.005
	Όχι	21	2.0	1.1			

Από τα αποτελέσματα του παραπάνω πίνακα, παρατηρούμε ότι εμφανίζεται στατιστικώς σημαντική διαφορά στη μέση τιμή των απαντήσεων που δόθηκαν στην υπο-κλίμακα αποφυγή δραστηριοτήτων και στο εάν ο συγκεκριμένος ασθενής έχει ξαναπάει στο νοσοκομείο για καρδιολογικό πρόβλημα. Τα άτομα που δεν έχουν ξαναπάει στο νοσοκομείο δήλωσαν υψηλότερη τιμή(μ.τ.=2.0) στη συγκεκριμένη υπό κλίμακα από τα άτομα εκείνα που έχουν ξαναπάει (μ.τ.=1.2)

Πίνακας 27 Αποτελέσματα σύγκρισης μέσης τιμής της ερώτησης “Χθες βράδυ κοιμηθήκατε καλά;” με τις υπο- κλίμακες CAQ

Χθες βράδυ κοιμηθήκατε καλά;		N	Mean	SD	t	df	Sig. (2-tailed)
Συνολική Τιμή (CAQ10)	Ναι	48	1.3	0.7	-2.393	68	0.019
	Όχι	22	1.8	0.8			
Αποφυγή δραστηριοτήτων (CAQ10)	Ναι	48	1.3	1.0	-2.091	68	0.040
	Όχι	22	1.9	1.2			
Επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία (CAQ10)	Ναι	48	0.8	0.8	-2.530	68	0.014
	Όχι	22	1.3	1.0			

Με βάση τα αποτελέσματα του παραπάνω πίνακα, παρατηρούμε στατιστικώς σημαντική διαφορά στις υπο- κλίμακες συνολική τιμή, αποφυγή δραστηριοτήτων και επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία, σχετικά με την ερώτηση «Χθες κοιμηθήκατε καλά». Συγκεκριμένα παρατηρούμε ότι τα άτομα που δήλωσαν ότι δεν κοιμήθηκαν καλά το προηγούμενο βράδυ εμφανίζουν μεγαλύτερες τιμές στις αντίστοιχες υπο- κλίμακες του Cardiac Anxiety Questionnaire.

Πίνακας 28 Αποτελέσματα συσχέτισης της ερώτησης “ Τα μέτρα για την διαχείριση του covid επηρέασαν αρνητικά τα εισοδήματά σας;” με τις κλίμακες CAQ και PASS

Τα μέτρα για την διαχείριση του covid επηρέασαν αρνητικά τα εισοδήματά σας;		N	Mean	SD	t	df	Sig. (2-tailed)
Escape/avoidance (PASS20)	Ναι	30	9.2	5.5	-	69	0.030
	Όχι	41	12.1	5.6			
Φόβος και ανησυχία για θωρακικά και καρδιακά ενοχλήματα (CAQ10)	Ναι	30	1.5	1.0	-	69	0.027
	Όχι	41	2.1	1.0			

Από τα αποτελέσματα του παραπάνω πίνακα, παρατηρούμε στατιστικώς σημαντική διαφορά στη μέση τιμή των κλιμάκων escape/ avoidance του PASS και την υπο- κλίμακα φόβος και ανησυχία για θωρακικά και καρδιακά ενοχλήματα του CAQ. Σχετικά με τις απαντήσεις που δόθηκαν στην ερώτηση “Τα μέτρα για τη διαχείριση του covid επηρέασαν αρνητικά το εισόδημα σας” παρατηρούμε τον ίδιο αριθμό ατόμων και στις δύο υπο- κλίμακες που απάντησαν «Όχι».

Πίνακας 29 Αποτελέσματα συσχέτισης της ερώτησης “Επαγγελματική κατάσταση” με τις κλίμακες PASS και CAQ

		N	Mean	SD	F	Sig.
Escape/avoidance (PASS20)	Άνεργος	5	11.2	5.9	3.181	0.012
	Οικιακά	9	8.8	4.4		
	Αυτοαπασχολούμενος	3	9.7	7.5		
	Ιδιωτικός υπάλληλος	15	6.9	4.6		
	Δημόσιος υπάλληλος	5	12.0	5.5		
	Συνταξιούχος	34	13.0	5.5		
	Total	71	10.9	5.7		
Φόβος και ανησυχία για θωρακικά και καρδιακά ενοχλήματα (CAQ10)	Άνεργος	5	1.5	0.5	2.470	0.041
	Οικιακά	9	1.5	0.9		
	Αυτοαπασχολούμενος	3	1.3	0.7		
	Ιδιωτικός υπάλληλος	15	1.5	1.1		
	Δημόσιος υπάλληλος	5	1.6	1.0		
	Συνταξιούχος	34	2.3	1.0		
	Total	71	1.9	1.0		

Εξετάζοντας την επαγγελματική κατάσταση των ερωτηθέντων, παρατηρούμε ότι εμφανίζεται στατιστικώς σημαντική διαφορά στις υπο- κλίμακες escape/ avoidance και στην υπο- κλίμακα φόβος και ανησυχία για θωρακικά και καρδιακά ενοχλήματα, με τις μεγαλύτερες τιμές να εμφανίζουν και στις δύο υπό- κλίμακες οι συνταξιούχοι 13,0στην υπο- κλίμακα escape/ avoidance και 2,3 στην υποκλίμακα φόβος και ανησυχία για θωρακικά και καρδιακά ενοχλήματα.

Πίνακας 30 Αποτελέσματα συσχέτισης της ερώτησης “Έχετε νοσηλευτεί άλλη φορά στο νοσοκομείο για κάποιο άλλο λόγο;” με τις κλίμακες Santa Clara και PASS

		Ηλικία	Πόσες αδερφές έχετε;	Τόπος διαμονής	Πόσο επηρέασε η εμφάνιση του covid την οικογενειά σας;
Escape/avoidance (PASS20)	Correlation Coefficient	.254*		-.258*	-.253*
	Sig. (2-tailed)	0.033		0.030	0.033
	N	71		71	71
Συνολική Τιμή (CAQ10)	Correlation Coefficient				-.253*
	Sig. (2-tailed)				0.033
	N				71
Φόβος και ανησυχία για θωρακικά και καρδιακά ενοχλήματα (CAQ10)	Correlation Coefficient		.313*		-.257*
	Sig. (2-tailed)		0.032		0.030
	N		47		71

Τέλος, εξετάστηκαν πιθανές συσχετίσεις μεταξύ των διατάξιμων μεταβλητών, όπως είναι η ηλικία, το πόσες αδερφές έχετε, τον τόπο διαμονής, δηλαδή πόσο μεγάλη είναι η περιοχή στην οποία διαμένει το δείγμα και το πόσο επηρέασε η εμφάνιση του COVID την οικογένειά τους. Από τα αποτελέσματα των σχετικών ελέγχων παρατηρούμε, ότι εμφανίζεται στατιστικώς σημαντική συσχέτιση με θετική κατεύθυνση μεταξύ της ηλικίας και της υπό κλίμακας escape/ avoidance κάτι που σημαίνει ότι καθώς αυξάνεται η ηλικία αυξάνεται και η τιμή της υπό- κλίμακας.

Αναφορικά με τον τόπο διαμονής, και το πόσο επηρέασε η εμφάνιση του COVID την οικογένεια του δείγματος, παρατηρούμε στατιστικώς σημαντική συσχέτιση με αρνητική κατεύθυνση των συγκεκριμένων ερωτήσεων με την υπό- κλίμακα escape/ avoidance, γεγονός που σημαίνει ότι καθώς αυξάνεται το πλήθος των κατοίκων στον τόπο διαμονής τόσο χαμηλότερη τιμή εμφανίζει η υπο- κλίμακα escape/ avoidance.

Συνεχίζοντας την ανάλυση παρατηρούμε στατιστικώς σημαντική συσχέτιση με αρνητική κατεύθυνση μεταξύ της υπο- κλίμακας συνολική τιμή του CAQ και της επιρροής που είχε η εμφάνιση του COVID στην οικογένειά τους. Από τα αποτελέσματα παρατηρούμε ότι όσο μεγαλύτερη είναι η επιρροή του COVID στην οικογένεια σας, τόσο χαμηλότερο σκοράρισμα είχε ο ερωτηθείς στη συνολική τιμή του CAQ.

Κλείνοντας, όσο περισσότερες αδερφές δήλωσε ότι έχει ο συμμετέχων, τόσο μεγαλύτερο φόβο και ανησυχία για θωρακικά και καρδιακά ενοχλήματα εμφάνισε, αντίστροφα όσο περισσότερο δήλωσε ότι επηρεάστηκε από την εμφάνιση του COVID η οικογένεια του, τόσο χαμηλότερη τιμή εμφάνισε στην υπό- κλίμακα φόβου και ανησυχία για καρδιακά ενοχλήματα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ

6.1. ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Στη παρούσα μελέτη έλαβαν μέρος 38 άντρες και 33 γυναίκες, μέσης ηλικίας τα 64 έτη, με διακύμανση από 35έως 90 έτη. Η πλειοψηφία των ασθενών που έλαβαν μέρος ήταν έγγαμοι (71,8%) με παιδιά (93,0%) και με αδέρφια (94,4%). Σχετικά με το εκπαιδευτικό επίπεδο, τόσο οι απόφοιτοι δημοτικού όσο και οι απόφοιτοι λυκείου κατείχαν το ίδιο ποσοστό της τάξεως 29,6% ενώ όσον αφορά την επαγγελματική κατάσταση του δείγματος, οι συνταξιούχοι κρατούσαν τα πρωτεία (47,9%) και ακολουθούσαν οι ιδιωτικοί υπάλληλοι (21,1%).

Οι περισσότεροι απάντησαν ότι διαμένουν σε περιοχές <150.000 κατοίκων (42,3%), ότι μένουν μαζί με τον σύντροφό τους (49,3%) και ότι στο νοσοκομείο, τους συνόδευσαν οι σύντροφοι τους με ποσοστό 39,1% και στη συνέχεια ακολουθούν τα παιδιά τους με ποσοστό 27, 5%. Η πλειοψηφία νοσηλευόταν για πρώτη φορά στο νοσοκομείο για καρδιολογικό πρόβλημα (70,0%) αν και το 80,0% του δείγματος είχε νοσηλευτεί ξανά στο παρελθόν για κάποιο άλλο πρόβλημα.

Το κυριότερο καρδιολογικό πρόβλημα των ασθενών που τους οδήγησε σε εισαγωγή στην καρδιολογική μονάδα ήταν το Οξύ Έμφραγμα του Μυοκαρδίου (OEM) (46,5%). Πιο συγκεκριμένα, το έμφραγμα του μυοκαρδίου με ανάρπασση του ST κατείχε το ποσοστό 26,8% και το έμφραγμα του μυοκαρδίου χωρίς ανάρπασση του ST είχε ποσοστό 19,7% ενώ στη συνέχεια ακολουθούν οι ασθενείς με στηθάγχη (15,5%).

Σχετικά με την εμφάνιση του ιού Covid- 19 οι περισσότεροι θεωρούν πως είναι ανθρώπινο κατασκευάσμα (42,3%). Οι συμμετέχοντες επηρεάστηκαν πάρα πολύ από την έξαρση του ιού σε ποσοστό 31,0%, ενώ ταυτόχρονα επηρεάστηκαν πολύ και οι οικογένειές τους με ποσοστό 32,4% όπως και το εισόδημά τους εμφάνισε πτώση εξαιτίας του ιού σε ποσοστό 42,3%.

Από τις απαντήσεις που δόθηκαν αναφορικά με τον ιό σε συνδυασμό με τις μετέπειτα απαντήσεις που δόθηκαν στο ερωτηματολόγιο CAQ, μπορούμε να καταλήξουμε στο εξής συμπέρασμα. Όσο περισσότερο επηρεάζεται η οικογένεια του συμμετέχοντα από την εμφάνιση του Covid- 19, τόσο μικρότερο είναι το γενικό σκορ στη κλίμακα CAQ και το σκορ στην υπο- κλίμακα σχετικά με το φόβο για τα θωρακικά και καρδιακά ενοχλήματα.

Το δείγμα των νοσηλευόμενων ασθενών εμφάνισε αρκετές διαφορές στο φύλο, στην ηλικία, στην επαγγελματική και οικογενειακή κατάσταση, στον τόπο διαμονής και σε ορισμένα ακόμη χαρακτηριστικά που θα αναφερθούν στη συνέχεια. Αρχικά, όσον αφορά το φύλο και τη συμπόνια, η συγκεκριμένη έρευνα έδειξε ότι περισσότερα αισθήματα συμπόνιας βιώνει το γυναικείο φύλο σε σύγκριση με το ανδρικό. Λαμβάνοντας υπόψη τη διεθνή βιβλιογραφία, καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι το ζήτημα αυτό είναι αμφιλεγόμενο καθώς ορισμένοι ερευνητές υποστηρίζουν πώς οι γυναίκες είναι περισσότερο συμπονετικές (Toussaint & Webb, 2005: Baez et al., 2017) ενώ κάποιοι άλλοι ερευνητές ότι οι άντρες βιώνουν περισσότερα συναισθήματα συμπόνιας (Yarnell et al., 2019).

Οι Sanderson & Bitter (2005) αποδίδουν τις διαφορές φύλου στο γεγονός ότι οι γυναίκες έχουν την δυνατότητα να εκφράζουν πιο εύκολα τα συναισθήματά τους από τους άντρες. Εν αντιθέσει με τους Sanderson & Bitter (2005), ορισμένοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι οι απαντήσεις που δίνονται μπορεί να μην αντικατοπτρίζουν απολύτως την αλήθεια καθώς βασίζονται στην εικόνα που οι συμμετέχοντες έχουν για τον εαυτό τους (Baez et al., 2017) ενώ οι γυναίκες ανέκαθεν χαρακτηρίζονταν ως περισσότερο συμπονετικές (Christov- Moore et al., 2014), δημιουργώντας με αυτό τον τρόπο στερεότυπα ανάμεσα στα δύο φύλα (Baez et al., 2017).

Επιπρόσθετα, όσον αφορά τη συμπόνια, η παρούσα ερευνητική μελέτη κατέληξε στο συμπέρασμα, ότι τα η ανατροφή ατόμων σε οικογενειακό περιβάλλον με αδέρφια, είχε αντίκτυπο στη προσωπικότητα τους καθώς τους προκάλεσαν συναισθήματα στοργής και συμπόνιας απέναντι σε άλλα άτομα. Έχουν υπάρξει αρκετές έρευνες από πολύ παλιά έως σήμερα που καταδεικνύουν τη σπουδαιότητα του να μεγαλώνει κάποιος μαζί με τα αδέρφια του, καθώς εφ' όρου ζωής θα αποκτήσουν συναισθήματα αγάπης και ενσυναίσθησης (Tucker et al., 1999: Shivers, 2019: Madigan, Jenkins &

Jambon, 2018).

Η ηλικία διαδραματίζει πολύ σημαντικό ρόλο στην συγκεκριμένη μελέτη. Άτομα μεγάλης ηλικίας φαίνεται να βιώνουν υψηλότερα ποσοστά φόβου, σχετικά με τα καρδιολογικά ή τα θωρακικά ενοχλήματα, να αποφεύγουν μία δραστηριότητα ή γενικότερα μία κατάσταση που θα τους προκαλέσει πόνο (avoidance) ενώ ακόμη επιθυμούν να ξεφύγουν από καταστάσεις που τους προκαλούν πόνο (π.χ. ασθενείς που πάσχουν από χρόνια νοσήματα) (escape).

Λαμβάνοντας υπόψη τη σύγχρονη βιβλιογραφία, όντως οι ηλικιωμένοι – συνταξιούχοι, τείνουν να έχουν υψηλότερα ποσοστά άγχους που αφορούν την καρδιακή τους λειτουργία καθώς τα άτομα βιώνουν συμπτώματα κατάθλιψης (Polenick & Flora, 2013: Σπύρου και συν, 2018), καθώς οι ηλικιωμένοι δέχονται λιγότερη στήριξη και αισθάνονται ανασφαλείς (Σπύρου και συν, 2018). Ως αποτέλεσμα, αυξάνεται ο φόβος και το άγχος των ηλικιωμένων ατόμων και ενεργοποιείται η άμυνα των ατόμων “fight or flight”, με τους ηλικιωμένους να επιθυμούν να αποφύγουν μία δυσάρεστη ή στρεσογόνα κατάσταση (Σπύρου και συν, 2018).

Μεταξύ της ομάδας των ανδρών και των γυναικών, υψηλότερα ποσοστά άγχους και φόβου με επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία βίωναν οι γυναίκες. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, οι γυναίκες βιώνουν υψηλότερα ποσοστά άγχους για ποικίλους λόγους (Πολυκανδριώτη και συν, 2012: Ροβίθης και συν, 2017: AbuRuz & Al-Dweik, 2018: Smolderen et al., 2015: Καριοφύλλα, 2012: Zimmermann-Viehoff et al., 2010: Mnatzaganian et al., 2016). Αρχικά, οι γυναίκες συνήθως είναι αυτές οι οποίες αναλαμβάνουν την ανατροφή των παιδιών, τη συντήρηση του σπιτιού κλπ. με αποτέλεσμα η εισαγωγή στο νοσοκομείο να καθιστά αδύνατο να ικανοποιήσουν τις ανάγκες της οικογένειάς τους, προκαλώντας τους περισσότερο άγχος (Low, Thurston & Matthes, 2010: Πολυκανδριώτη και συν, 2012).

Ακόμη, δεν είναι λίγες οι φορές όπου η προσέλευση των γυναικών στο νοσοκομείο είναι καθυστερημένη, εξαιτίας του φόρτου εργασίας, με αποτέλεσμα η εισαγωγή, η αναβολή των εργασιών και η σοβαρότητα της κατάστασης να επιτείνουν το άγχος

τους (Hart, 2005: Πολυκανδριώτη και συν, 2012). Επιπρόσθετα, όπως έχει ήδη ειπωθεί, οι γυναίκες εκφράζουν περισσότερα συναισθήματα άγχους και φόβου σε σχέση με τους άντρες (Sanderson & Bitter, 2005).

Τέλος, τα άτομα που νοσηλεύονται για πρώτη φορά στο νοσοκομείο εξαιτίας κάποιου καρδιαγγειακού νοσήματος, έχουν περισσότερο άγχος και φόβο αναφορικά με τα θωρακικά και καρδιακά ενοχλήματα, επικεντρώνονται περισσότερο στη καρδιακή τους λειτουργία και αποφεύγουν οποιοδήποτε είδος δραστηριότητας. Οι Feng, et al. (2016), υποστηρίζουν ότι κάτι τέτοιο είναι απολύτως λογικό καθώς οι ασθενείς έρχονται για πρώτη φορά αντιμέτωποι με καρδιακά και θωρακικά ενοχλήματα, έχουν έντονο φόβο μήπως υπάρξει κάποια επιπλοκή από την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο ενώ δεν είναι λίγες οι φορές που φοβούνται την πιθανότητα να έρθουν αντιμέτωποι με τον θάνατο.

6.2. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ

Η παρούσα ερευνητική μελέτη πραγματοποιήθηκε στο Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων. Το δείγμα αποτέλεσαν 71 καρδιολογικοί ασθενείς, οι οποίοι έπασχαν από οποιοδήποτε οξύ ή χρόνια καρδιολογικό νόσημα και νοσηλεύτηκαν έστω μία φορά στην Καρδιολογική – Καρδιοχειρουργική Μονάδα. Στην έρευνα υπήρξαν ορισμένα δυνατά και αδύναμα σημεία όπως και κάποιοι περιορισμοί.

Αρχικά, στο δείγμα συμπεριλήφθηκαν ασθενείς με οποιαδήποτε καρδιολογική πάθηση, ανεξαρτήτως φύλου, άνω των 18 ετών και χρησιμοποιήθηκε η απλή τυχαία δειγματοληψία για τη συλλογή του δείγματος κάτι που καθιστά το δείγμα είναι αντιπροσωπευτικό και κατάλληλο. Ενώ ακόμη, οι υψηλοί δείκτες Cronbachs' alpha και για τα τρία ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν, δίνουν έγκυρα και αξιόπιστα αποτελέσματα.

Ωστόσο, πέρα από τα δυνατά σημεία της έρευνας υπάρχουν και τα αδύναμα σημεία και οι περιορισμοί της μελέτης. Το δομημένο ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε περιελάμβανε ερωτήσεις κλειστού τύπου χρησιμοποιώντας κλίμακα βαθμονόμησης,

κάτι το οποίο μπορεί να επηρέασε τις απαντήσεις των συμμετεχόντων. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι οι ερωτήσεις μπορεί να μην κάλυπταν ολοκληρωμένα τις απόψεις των συμμετεχόντων.

Επιπρόσθετα, τα δομημένα ερωτηματολόγια με κλειστού τύπου ερωτήσεις, υποχρεώνουν τον ερευνητή να ακολουθήσει μία συγκεκριμένη δομή χωρίς να παρεκκλίνει και ίσως αυτό δεν του έδωσε την ευκαιρία να «ξεκλειδώσει» περαιτέρω τον συμμετέχοντα και να ανακαλύψει νέες πτυχές του χαρακτήρα του, που ίσως προσέφεραν περισσότερα στην έρευνα.

Η περίοδος διεξαγωγής της έρευνας, ήταν αρκετά δύσκολη και στρεσογόνα περίοδος για όλη την υφήλιο εξαιτίας της εξάπλωσης του ιού Covid-19. Η συγκεκριμένη κατάσταση είναι πιθανόν να επηρέασε και να προκάλεσε περισσότερο άγχος και φόβο στους ασθενείς, με συνέπεια τα αποτελέσματα να μην είχαν ακριβώς τα ίδια ποσοστά. Τέλος, το δείγμα παρ'όλο που ήταν επαρκές θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως ένα μικρό δείγμα ενώ ακόμη περιορισμό της μελέτης αποτελεί το γεγονός ότι το δείγμα λήφθηκε από ένα μόνο νοσηλευτικό ίδρυμα της Περιφέρειας Ηπείρου.

Σε επόμενη ερευνητική μελέτη, θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί μεγαλύτερος αριθμός δείγματος ενώ το δείγμα θα μπορούσε να συλλεχθεί και από άλλα νοσηλευτικά ιδρύματα της Περιφέρειας Ηπείρου. Επειδή η έρευνα αφορά τη διερεύνηση του άγχους και του φόβου στον καρδιολογικό πόνο τα επόμενα ερωτηματολόγια θα μπορούσαν να είναι ημι-δομημένα ή δομημένα με ερωτήσεις ανοιχτού τύπου ώστε να έχει την δυνατότητα ο ερευνητής να εξερευνήσει περαιτέρω την ψυχοσύνθεση των συμμετεχόντων.

6.3. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τη μελέτη, είναι ότι οι ασθενείς και κυρίως οι γυναίκες, οι ηλικιωμένοι και οι ασθενείς που βιώνουν για πρώτη φορά καρδιολογικά και θωρακικά ενοχλήματα έχουν έντονα τα συναισθήματα του άγχους και του φόβου σχετικά με τον καρδιολογικό πόνο. Παράλληλα, τα ποσοστά συμπίνας και ευαισθησίας είναι αυξημένα κυρίως στην υπο- ομάδα των γυναικών και των ατόμων που έχουν αδέρφια ενώ ακόμη η εμφάνιση του Covid- 19 έχει αυξημένα ποσοστά επίδρασης στη ζωή των συμμετεχόντων.

Αναλυτικότερα, οι καρδιολογικοί ασθενείς για να μπορέσουν να διαχειριστούν όλες αυτές τις αλλαγές στη ζωή τους, να προσαρμοστούν και να αποκτήσουν την ικανότητα να ελέγχουν τα συναισθήματά τους ή να ανατρέξουν κάπου για βοήθεια όταν ο έλεγχος είναι πέρα από τις δυνάμεις τους, χρειάζεται να αναζητήσουν βοήθεια.

Για την υλοποίηση όλων των παραπάνω, αρχικά το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό οφείλει να ευαισθητοποιηθεί και να αναγνωρίσει το μέγεθος των αναγκών των ασθενών. Πρώτο βήμα, θα αποτελέσει η ορθή λήψη ιστορικού θέτοντας ερωτήσεις και η δημιουργία κατευθυντήριων οδηγιών για την αξιολόγηση των ασθενών παρέχοντας ουσιαστικές πληροφορίες. Δεύτερο βήμα, θα είναι ο σχηματισμός συνεδριών είτε σε group είτε 1:1 όπου θα δίνεται η δυνατότητα στον ασθενή να επιλύει απορίες, να υποστηρίζεται, να εκπαιδεύεται αναφορικά με τον νέο τρόπο ζωής (π.χ. διακοπή καπνίσματος) και να ενθαρρύνεται ώστε να αναλάβει δράση και να επιστρέψει στη καθημερινότητά του.

Η εφαρμογή των παραπάνω, θα δώσει τη δυνατότητα στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό να αντιληφθεί τη ψυχοσύνθεση των ασθενών τους και πραγματοποιώντας όλες τις ενέργειες θεραπείας και αποκατάστασης να συμβάλλει στην ουσιαστική βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ

7.1. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι ασθενείς που βιώνουν σε οποιαδήποτε στιγμή της ζωής τους κάποιο καρδιακό επεισόδιο είτε παροδικό είτε χρόνιο, οδηγούνται αναπόφευκτα σε διάφορα προβλήματα, ήπιας, μέτριας ή σοβαρής εντάσεως. Αυτό οφείλεται κυρίως στο γεγονός ότι το σώμα μας είναι άρρηκτα συνδεδεμένο με τη ψυχή μας και το αντίστροφο. Τα καρδιαγγειακά νοσήματα, επηρεάζουν αρνητικά την κοινωνικό-οικονομική ευεξία των ατόμων, την οικογένεια και ορισμένες φορές έχουν ως απότοκο τον θάνατο του πάσχοντα.

Συμπερασματικά, η παρούσα έρευνα κατέδειξε τη διασύνδεση της σχέσης του συναισθήματος του φόβου του καρδιολογικού πόνου αναφορικά με τη βιώμενη εμπειρία ενός καρδιολογικού επεισοδίου. Πιο συγκεκριμένα, υψηλότερα ποσοστά άγχους βιώνουν οι γυναίκες, οι ηλικιωμένοι και τα άτομα τα οποία εισάγονται για πρώτη φορά στη μονάδα εξαιτίας κάποιου καρδιολογικού νοσήματος. Επιπρόσθετα, επιβεβαιώθηκε η ήδη υπάρχουσα άποψη, ότι τα άτομα τα οποία μεγαλώνουν στο ίδιο οικογενειακό περιβάλλον με αδέρφια, εμφανίζουν συναισθήματα συμπόνιας και ενσυναίσθησης απέναντι στους συνανθρώπους τους.

Επιπλέον, η εμφάνιση μίας νέας πανδημίας επηρεάζει αναπόφευκτα το άτομο, τους οικείους τους, την καθημερινότητα αλλά και το εισόδημά τους. Αυτό δηλώνει πώς η ψυχική υγεία των ατόμων αλληλεπιδρά με το περιβάλλον και σε περιόδους ιδιαίτερων συνθηκών η ψυχική υγεία των ατόμων επηρεάζεται είτε θετικά είτε αρνητικά. Παράλληλα, τα άτομα που επηρεάστηκαν αρνητικά από την εξάπλωση του ιού έχουν μειωμένο άγχος σωματικών αισθήσεων σε σχέση με την καρδιακή λειτουργία.

Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό οφείλει να αναγνωρίσει τις ανάγκες των ασθενών τόσο σωματικά όσο και ψυχικά, αποτελώντας έτσι τον ακρογωνιαίο λίθο ώστε να σχεδιαστούν αποτελεσματικά προγράμματα θεραπείας και αποκατάστασης. Με αυτό τον τρόπο θα βελτιωθεί τόσο η σωματική κατάσταση των ασθενών όσο και η ψυχική τους υγεία. Γενικά, θα έχουν τη δυνατότητα να ελέγχουν τα συμπτώματα της νόσου,

να επανέλθουν στην καθημερινότητά τους και να αναγνωρίζουν συμπτώματα άγχους, φόβου και κατάθλιψης με στόχο ή να μπορέσουν να τα διαχειριστούν ή να αναζητήσουν άμεσα βοήθεια από κάποιον ειδικό.

Τέλος, θα ήταν σκόπιμο στο μέλλον να πραγματοποιηθεί μία παρόμοια ερευνητική μελέτη με το ίδιο θέμα προς διερεύνηση, την ίδια χρονική περίοδο χωρίς την ύπαρξη κάποιας πανδημίας. Αυτό θα μας επιτρέψει να αντιληφθούμε εάν τα αποτελέσματα της έρευνας παραμένουν το ίδιο ή μεταβάλλονται ανάλογα με τις επιδράσεις που δέχονται οι ασθενείς από το περιβάλλον.

ΛΙΣΤΑ ΠΑΡΑΠΟΜΠΩΝ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Γαλάνης, Π., 2018. Ανάλυση δεδομένων στην ποιοτική έρευνα - Θεματική ανάλυση. *Archives of Hellenic Medicine*, 35(3), σελ. 416-421.
2. Δημητρόπουλος, Ε., 2001. *Εισαγωγή στη Μεθοδολογία της Επιστημονικής Έρευνας – Ένα Συστημικό Δυναμικό Μοντέλο*. 3^η έκδοση. Αθήνα: Εκδόσεις ΕΛΛΗΝ.
3. Ίσαρη, Φ. & Πουρκός, Μ., 2015. *Ποιοτική Μεθοδολογία Έρευνας-Εφαρμογές στην Ψυχολογία και την Εκπαίδευση*. Αθήνα: ΣΕΑΒ.
4. Ιωσηφίδης, Θ., 2008. *Ποιοτικές Μέθοδοι Έρευνας στις Κοινωνικές Επιστήμες*. 2^η έκδοση. Αθήνα: Εκδόσεις Κριτική.
5. Κάλλας, Γ., 2015. *Θεωρία, μεθοδολογία και ερευνητικές υποδομές στις κοινωνικές επιστήμες*. Αθήνα: Εκδόσεις Κριτική.
6. Καραγεώργος, Α. Δ., 2002. *Μεθοδολογία Έρευνας στις Επιστήμες της Αγωγής: μία διδακτική προσέγγιση*. Αθήνα: Εκδόσεις Σαββάλα.
7. Καριοφύλλα, Ι. & Μπάλλιου, Β., 2014. Άγχος και Κατάθλιψη σε Ασθενείς με Χρόνιες Καρδιολογικές Παθήσεις, *Hospital Chronicles*, 9(1), σελ. 36-41.
8. Καριοφύλλα, Ι., 2012. Συσκευές Καρδιακού Επαναδυσχρονισμού σε Ασθενείς με Καρδιακή Ανεπάρκεια. Ψυχολογική Επιβάρυνση και Προσαρμογή, *Hospital Chronicles*, 7(1), σελ. 31-35.
9. Κυριαζή, Ν., 2011. *Η κοινωνιολογική έρευνα: κριτική επισκόπηση των μεθόδων και των τεχνικών*. Αθήνα: Εκδόσεις Πεδίο.
10. Κυρίτση, Ε., 2011. Νοσηλευτική βασισμένη σε ενδείξεις: Οφέλη και εμπόδια, *Νοσηλευτική*, 50, σελ. 357–358.
11. Λαμπίρη - Δημάκη, Ι. & Παπαχρήστου, Θ. Κ., 1995. *Κοινωνικές Έρευνες με Στατιστικές Μεθόδους*. Αθήνα: Εκδόσεις Σάκκουλα.
12. Μαντζούκας, Σ., 2007. Ποιοτική έρευνα σε έξι εύκολα βήματα. Η επιστημολογία, οι μέθοδοι και η παρουσίαση. *Νοσηλευτική*, 46(1), σελ. 88-98.
13. Μαντζούκας, Σ., 2009. Πράξη βασισμένη σε αποδείξεις. *Νοσηλευτική*, 48 (1), σελ. 6–17.

14. Ουζούνη, Χ. & Νακάκης, Κ., 2011. Η Αξιοπιστία και η Εγκυρότητα των Εργαλείων Μέτρησης σε Ποσοτικές Μελέτες, *Νοσηλευτική*, 50(2), σελ. 231–239.
15. Παπαγεωργίου, Γ., 1998. *Μέθοδοι στην Κοινωνιολογική Έρευνα*. Αθήνα: Εκδόσεις Τυπωθήτω.
16. Παρασκευοπούλου - Κόλλια, Ε. Α., 2008. Μεθοδολογία ποιοτικής έρευνας στις κοινωνικές επιστήμες και συνεντεύξεις. *Ανοικτή Εκπαίδευση: το περιοδικό για την Ανοικτή και εξ Αποστάσεως Εκπαίδευση και την Εκπαιδευτική Τεχνολογία*, 4(1), σελ. 72-81.
17. Πολυκανδριώτη, Μ. & Κουτσοπούλου, Β., 2014. Άγχος σε μη-ψυχιατρικούς ασθενείς. *Το βήμα του Ασκληπιού*, 12(1).
18. Πολυκανδριώτη, Μ., 2010. Ανάγκες νοσηλευόμενων ασθενών με στεφανιαία νόσο, *Το βήμα του Ασκληπιού*, 9(4), σελ. 396-397.
19. Πολυκανδριώτη, Μ., Γουδέβενος, Ι., Μιγάλης, Λ., Πατσιλινάκος, Σ., Νικολάου, Β., Ολύμπιος, Χ., Δηλανάς, Χ., Βοττέας, Β., Ζόμπολος, Σ. & Ελισάφ. Μ., 2012. Επίπτωση του άγχους και της κατάθλιψης στις ανάγκες νοσηλευόμενων ασθενών με στεφανιαία νόσο, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 29(3), σελ. 33-43.
20. Ροβίθης, Μ., Επιτροπάκη, Ε., Ρεσιδάκη, Φ., Τσικαλά, Σ. & Ρίκος, Ν., 2017. Άγχος και Κατάθλιψη σε Νοσηλευόμενους Ασθενείς με Στεφανιαία Νόσο ή και με Συσκευή Βηματοδότησης, *Νοσηλευτική*, 52(2).
21. Σπύρου, Ι., Προδρόμου, Μ., Κουκουλάρης, Δ., Κυρίτση, Ε., Σταμούλης, Κ., Στεφανίδου, Σ. & Κουτελέκος, Ι., 2018. Ικανοποίηση Ασθενών με Οξύ ή Χρόνιο Καρδιολογικό Νόσημα από την Παρεχόμενη Ιατρονοσηλευτική Φροντίδα σε Σχέση με την Ένταση του Άγχους και της Κατάθλιψής τους, *Νοσηλευτική*, 57(1).
22. Σταθοπούλος, Ν., 2003. *Λεξικό της Νέας Ελληνικής Γλώσσας*. Αθήνα: Σαββάλας.
23. Τουλιά, Γ. & Κουτσοπούλου, Β., 2015. Άγχος και κατάθλιψη καρδιοχειρουργημένων ασθενών, *Περιεγχειρητική Νοσηλευτική*, 3(1), σελ. 15-22.
24. Τρυποσκιάδης, Κ. Φ., 2016. *Καρδιολογία*. 2^η έκδοση. Αθήνα: Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος.

25. Τσιώλης, Γ., 2014. *Μέθοδοι και τεχνικές ανάλυσης στην ποιοτική κοινωνική έρευνα*. Αθήνα: Εκδόσεις Κριτική.

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. AbuRuz, M. E. & Al-Dweik, G., 2018. Depressive symptoms and complications early after acute myocardial infarction: gender differences, *The open nursing journal*, 12, p. 205.
2. AbuRuz, M. E. & Masa'Deh, R., 2017. Gender differences in anxiety and complications early after acute myocardial infarction, *Journal of Cardiovascular Nursing*, 32(6), p. 538-543.
3. AbuRuz, M. E., Alaloul, F. & Al-Dweik, G., 2018. Depressive symptoms are associated with in-hospital complications following acute myocardial infarction, *Applied Nursing Research*, 39, p. 65-70.
4. Arnold, S. V., Smolderen, K. G., Buchanan, D. M., Li, Y. & Spertus, J. A., 2012. Perceived stress in myocardial infarction: long-term mortality and health status outcomes, *Journal of the American College of Cardiology*, 60(18), p. 1756-1763.
5. Baez, S., Flichtentrei, D., Prats, M., Mastandueno, R., García, A. M., Cetkovich, M. & Ibáñez, A., 2017. Men, women... who cares? A population-based study on sex differences and gender roles in empathy and moral cognition, *PloS one*, 12(6).
6. Benjamin, E. J., Muntner, P., Alonso, A., Bittencourt, M. S., Callaway, C. W., Carson, A. P. & Delling, F. N., 2019. Heart disease and stroke Statistics-2019 update a report from the American Heart Association, *Circulation*. 139(10), p. 5-28.
7. Borbasi, S. & Jackson, D., 2012. *Navigating the Maze of Research*. Chatswood, Sydney: Mosby Elsevier.
8. Bowling, A., 2009. *Research Methods in Health: investigating health and health services*. Μεταφρασμένο από Αγγλικά από Λυκερίδου – Αβραμιώτη Ε. Α. και συν. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη.
9. Bryman, A. & Cramer, D., 1997. *Quantitative Data Analysis with SPSS for*

Windows: A Guide for Social Scientists. London: Routledge.

10. Casella, G., Cassin, M., Chiarella, F., Chinaglia, A., Conte, M. R., Fradella, G., Lucci, D., Maggioni, P. A., Pirelli, S., Scorcu, G. & Visconti, L. O., 2010. Epidemiology and patterns of care of patients admitted to Italian Intensive Cardiac Care units: the BLITZ-3 registry, *Journal of Cardiovascular Medicine*, 11(6), p. 450-461.
11. Casella, G., Zagnoni, S., Fradella, G., Scorcu, G., Chinaglia, A., Pavesi, P. C., Di Pasquale, G. & Oltrona - Visconti, L., 2017. The difficult evolution of intensive cardiac care units: an overview of the BLITZ-3 registry and other Italian surveys, *BioMed research international*, 2017, p. 1-9.
12. Christov-Moore, L., Simpson, E. A., Coudé, G., Grigaityte, K., Iacoboni, M. & Ferrari, P. F., 2014. Empathy: gender effects in brain and behavior, *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 46, p. 604-627.
13. Claeys, M. J., Roubille, F., Casella, G., Zukermann, R., Nikolaou, N., De Luca, L., Gierlotka, M., Iakobishvili, Z., Thiele, H., Koutouzis, M., Sionis, A., Monteiro, S., Beauloye, C., Held, C., Tint, D., Zakke, I., Serpytis, P., Babic, Z., Belohlavev, J., Magdy, A., Sivagowry - Rasalingam, M., Daly, K., Arroyo, D., Vavlukis, M., Radovanovic, N., Trendafilova, E., Marandi, T., Hassenger, C., Lettino, M., Price, S. & Bonnefoy, E., 2020. Organization of intensive cardiac care units in Europe: Results of a multinational survey, *European Heart Journal: Acute Cardiovascular Care*, p. 1-9.
14. Coons, M. J., Hadjistavropoulos, H. D. & Asmundson, G. J., 2004. Factor structure and psychometric properties of the Pain Anxiety Symptoms Scale-20 in a community physiotherapy clinic sample, *European journal of pain*, 8(6), p. 511-516.
15. Dragioti, E., Vitoratou, S., Kaltsouda, A., Tsartsalis, D. & Gouva, M., 2011. Psychometric properties and factor structure of the Greek version of the Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ), *Psychological reports*, 109(1), p. 77-92.
16. Du Prel, J. B., Röhrig, B. & Blettner, M., 2009. Critical appraisal of scientific articles: part 1 of a series on evaluation of scientific publications, *Deutsches Arzteblatt International*, 106(7), p. 100.
17. Eifert, G. H., Thompson, R. N., Zvolensky, M. J., Edwards, K., Frazer, N. L., Haddad, J. W. & Davig, J., 2000. The cardiac anxiety questionnaire:

- development and preliminary validity, *Behaviour research and therapy*, 38(10), p. 1039-1053.
18. Eriksen, M. B. & Frandsen, T. F., 2018. The impact of patient, intervention, comparison, outcome (PICO) as a search strategy tool on literature search quality: a systematic review, *Journal of the Medical Library Association: JMLA*, 106(4), p. 420.
 19. Feng, H. P., Chien, W. C., Cheng, W. T., Chung, C. H., Cheng, S. M. & Tzeng, W. C., 2016. Risk of anxiety and depressive disorders in patients with myocardial infarction: A nationwide population-based cohort study, *Medicine*, 95(34).
 20. Forsyth, J. P. & Eifert, G. H., 1996. The language of feeling and the feeling of anxiety: Contributions of the behaviorisms toward understanding the function-altering effects of language, *The Psychological Record*, 46(4), p. 607-649.
 21. Gibbs, G., 1988. *Learning by doing. A guide to teaching and learning methods*. London: Further Education Unit at Oxford Polytechnic.
 22. Gidwani, U. K. & Kini, A. S., 2013. From the coronary care unit to the cardiovascular intensive care unit: the evolution of cardiac critical care, *Cardiology clinics*, 31(4), p. 485-492.
 23. Grewal, K., Stewart, D. E., Abbey, S. E., Leung, Y. W., Irvine, J. & Grace, S. L., 2010. Timing of depressive symptom onset and in-hospital complications among acute coronary syndrome inpatients, *Psychosomatics*, 51(4), p. 283-288.
 24. Handel, G., 2018. Ethical Dilemmas in Qualitative Family Research. *The Psychosocial Interior of the Family* 7(1), p. 18.
 25. Hart, P. L., 2005. Women's perceptions of coronary heart disease: an integrative review, *Journal of Cardiovascular Nursing*, 20 (3), p. 170-176.
 26. Heron, M. P., 2019. Deaths: leading causes for 2017. *CDC*.
 27. Holland, K. & Rees, C., 2010. *Nursing Evidence-Based Practice Skills*. London: Oxford University Press.
 28. Husebø, S. E., O'Regan, S. & Nestel, D., 2015. Reflective practice and its role in simulation, *Clinical Simulation in Nursing*, 11(8), p. 368-375.
 29. Hwang, J. Y., Plante, T. & Lackey, K., 2008. The development of the Santa Clara brief compassion scale: An abbreviation of Sprecher and Fehr's compassionate love scale, *Pastoral Psychology*, 56(4), p. 421-428.

30. Ingham-Broomfield, R., 2015. A nurses' guide to qualitative research. *Australian Journal of Advanced Nursing, Australian Journal of Advanced Nursing*, 32(3), p. 34.
31. Javeau, C., 2000. Η έρευνα με ερωτηματολόγιο: Το εγχειρίδιο του καλού ερευνητή. Αθήνα: Εκδόσεις ΤΥΠΩΘΗΤΩ.
32. Jirojwong, S., Johnson, M. & Welch, A., 2014. *Research methods in nursing and midwifery*. 2nd edition. Sydney: Oxford University Press.
33. Joynt, G. M., Gopalan, P. D., Argent, A., Chetty, S., Wise, R., Lai, V. K. W., Hodgson, E., Lee, A., Joubert, I., Mokgokong, S., Tshukutsoane, S., Richards, G. A., Menezes, C., Mathivha, L. R., Espen, B., Levy, B., Asante, K., Paruk, F. & Tshukutsoane, S., 2019. The critical care society of Southern Africa consensus statement on ICU triage and rationing (conictri), *Southern African Journal of Critical Care*, 35(1), p. 36-52.
34. Kinsella, E. A., 2010. Professional knowledge and the epistemology of reflective practice, *Nursing philosophy*, 11(1), p. 3-14.
35. Lambrinou. E., Kalogirou, F., Lamnisos, D. & Sourtzi. P., 2012. "Effectiveness of heart failure management programmes with nurse-led discharge planning in reducing re-admissions: A systematic review and meta-analysis", *International Journal of Nursing Studies*. 49(5), p. 610-624.
36. Low, C. A., Thurston, R. C. & Matthews, K. A., 2010. Psychosocial factors in the development of heart disease in women: current research and future directions, *Psychosomatic medicine*, 72(9), p. 842.
37. Madigan, S., Jenkins, J. & Jambon, M., 2018. New research shows siblings can make you more empathic. *THE CONVERSATION. Academic rigour, journalistic flair*. [internet] 20 February. Available at: <https://theconversation.com/new-research-shows-siblings-can-make-you-more-empathic-90755> [Assesed 10 September 2020].
38. Mantzoukas, S., 2008. Facilitating research students in formulating qualitative research questions, *Nurse Education Today*, 28(3), p. 371-377.
39. Marik, P. E., 2007. Should age limit admission to the intensive care unit?, *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 24(1), p. 63-66.
40. McCracken, L. M. & Dhingra, L. A., 2002. A short version of the Pain Anxiety Symptoms Scale (PASS20): preliminary development and validity, *Pain research & management*, 7(1), p. 45.

41. McCracken, L. M., Zayfert, C. & Gross, R. T., 1992. The Pain Anxiety Symptoms Scale: development and validation of a scale to measure fear of pain, *Pain*, 50(1), p. 67-73.
42. Mercier, G., Duflos, C., Riondel, A., Delmas, C., Manzo-Silberman, S., Leurent, G., Elbaz, M., Bonnefoy-Cudraz, E., Henry, P. & Roubille, F., 2018. Admissions to intensive cardiac care units in France in 2014: A cross-sectional, nationwide population-based study, *Medicine*, 97(40).
43. Miller, L. A., Taber, K. H., Gabbard, G. O. & Hurley, R. A., 2005. Neural underpinnings of fear and its modulation: implications for anxiety disorders, *The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences*, 17(1), p. 1-6.
44. Mnatzaganian, G., Braitberg, G., Hiller, J. E., Kuhn, L. & Chapman, R., 2016. Sex differences in in-hospital mortality following a first acute myocardial infarction: symptomatology, delayed presentation, and hospital setting, *BMC cardiovascular disorders*, 16(1), p. 109.
45. Morrow, D. A., 2017. Trends in cardiac critical care: reshaping the cardiac intensive care unit, *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, 10(8).
46. Moyer, V., 2008. Weighing the evidence: PICO questions: What are they, and why bother?, *AAP Grand Rounds*, 19(1), p. 2.
47. Muijs, D., 2004. Validity, reliability and generalisability, *Doing quantitative research in education with SPSS*, p. 64-84.
48. Plante, T. G. & Mejia, J., 2016. Psychometric properties of the Santa Clara brief compassion scale, *Pastoral Psychology*, 65(4), p. 509-515.
49. Polenick, C. A. & Flora, S. R., 2013. Behavioral activation for depression in older adults: Theoretical and practical considerations, *The Behavior Analyst*, 36(1), p. 35-55.
50. Reese, R. L., Freedland, K. E., Steinmeyer, B. C., Rich, M. W., Rackley, J. W. & Carney, R. M., 2011. Depression and rehospitalization following acute myocardial infarction, *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, 4(6), p. 626-633.
51. Reiss, S., Peterson, R. A., Gursky, D. M. & McNally, R. J., 1986. Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the prediction of fearfulness, *Behaviour research and therapy*, 24(1), p. 1-8.
52. Roelofs, J., Peters, M. L. & Vlaeyen, J. W. S., 2003. The modified Stroop paradigm as a measure of selective attention towards pain-related information

- in patients with chronic low back pain, *Psychological Reports*, 92, p. 707-715.
53. Romano, M., 2019. The Role of Palliative Care in the Cardiac Intensive Care Unit. In Healthcare, *Multidisciplinary Digital Publishing Institute*, 7(1), p. 30.
 54. Roubille, F., Mercier, G., Delmas, C., Manzo-Silberman, S., Leurent, G., Elbaz, M., Riondel, A., Bonnefoy – Cudraz, E. & Henry, P., 2017. Description of acute cardiac care in 2014: a French nation-wide database on 277,845 admissions in 270 ICCUs, *International Journal of Cardiology*, 240, p. 433-437.
 55. Sanderson, B. K. & Bittner, V., 2005. Women in cardiac rehabilitation: outcomes and identifying risk for dropout, *American heart journal*, 150 (5), p. 1052-1058.
 56. Santos, C. M. D. C., Pimenta, C. A. D. M. & Nobre, M. R. C., 2007. The PICO strategy for the research question construction and evidence search, *Revista latino-americana de enfermagem*, 15(3), p. 508-511.
 57. Schardt, C., Adams, M. B., Owens, T., Keitz, S. & Fontelo, P., 2007. Utilization of the PICO framework to improve searching PubMed for clinical questions, *BMC medical informatics and decision making*, 7(1), p. 16.
 58. Shah, S. J., Krumholz, H. M., Reid, K. J., Rathore, S. S., Mandawat, A., Spertus, J. A. & Ross, J. S., 2012. Financial stress and outcomes after acute myocardial infarction, *PloS one*, 7(10), p. e47420.
 59. Shivers, C. M., 2019. Empathy and perceptions of their brother or sister among adolescent siblings of individuals with and without autism spectrum disorder, *Research in developmental disabilities*, 92, p. 103451.
 60. Smallheer, B. A., Vollman, M. & Dietrich, M. S., 2018. Learned helplessness and depressive symptoms following myocardial infarction, *Clinical Nursing Research*, 27(5), p. 597-616.
 61. Smolderen, K. G., Buchanan, D. M., Gosch, K., Whooley, M., Chan, P. S., Vaccarino, V., Parashar, S., Shah, J. A., Ho, P. M. & Spertus, J. A., 2017. Depression treatment and 1-year mortality after acute myocardial infarction: insights from the TRIUMPH registry (Translational Research Investigating Underlying Disparities in Acute Myocardial Infarction Patients' Health Status), *Circulation*, 135(18), p. 1681-1689.
 62. Sprecher, S. & Fehr, B., 2005. Compassionate love for close others and humanity, *Journal of social and personal relationships*, 22(5), p. 629-651.

63. Sterk, P. J. & Rabe, K. F., 2008. The joy of writing a paper, *Breathe*, 4(3), p. 224-232.
64. Terzi, B. & Kaya, N., 2017. A planned admission protocol application in intensive care units, *Nursing in critical care*, 22(6), p. 362-371.
65. Toussaint, L. & Webb, J. R., 2005. Gender differences in the relationship between empathy and forgiveness, *The Journal of social psychology*, 145(6), p. 673-685.
66. Tucker, C. J., Updegraff, K. A., McHale, S. M. & Crouter, A. C., 1999. Older siblings as socializers of younger siblings' empathy, *The Journal of Early Adolescence*, 19 (2), p. 176-198.
67. Valente, S., Lazzeri, C., Sori, A., Giglioli, C., Bernardo, P. & Gensini, G. F., 2007. The recent evolution of coronary care units into intensive cardiac care units: the experience of a tertiary center in Florence, *Journal of Cardiovascular Medicine*, 8(3), p. 181-187.
68. van Diepen, S., Katz, J. N. & Morrow, D. A., 2019. Will Cardiac Intensive Care Unit Admissions Warrant Appropriate Use Criteria in the Future?, *Circulation*, 140(4), p. 267-269.
69. WHO, 2018. The top 10 causes of death. [Leaflet] Geneva: WHO.
70. Williams, C. & Wheeler, D., 2009. Criteria for ICU admission and severity of illness scoring, *Surgery (Oxford)*, 27(5), p. 201-206.
71. Woolridge, S., Alemayehu, W., Kaul, P., Fordyce, C. B., Lawler, P. R., Lemay, M., Jentzer, C. J., Goldfarb, M., Wong, C. G., Armstrong, W. P. & van Diepen, S., 2019. National trends in coronary intensive care unit admissions, resource utilization, and outcomes, *European Heart Journal: Acute Cardiovascular Care*, p. 1-8.
72. Yarnell, L. M., Neff, K. D., Davidson, O. A. & Mullarkey, M., 2019. Gender differences in self-compassion: Examining the role of gender role orientation, *Mindfulness*, 10 (6), p. 1136-1152.
73. Zimmermann - Viehoff, F., Orth-Gomer, K., Wang, H. X., Deter, H. C., Merswolken, M., Ghadiyali, Z. & Weber, C. S., 2010. Depressive symptoms and heart rate variability in younger women after an acute coronary event, *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation*, 17(5), p. 509-513.
74. Zvolensky, M. J., Lejuez, C. W., Kahler, C. W. & Brown, R. A., 2003.

Integrating an interoceptive exposure-based smoking cessation program into the cognitive-behavioral treatment of panic disorder: Theoretical relevance and case demonstration, *Cognitive and Behavioral Practice*, 10(4), p. 347-357.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ



ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΕΝΗΛΙΚΩΝ

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΦΟΙΤΗΤΗ :	ΕΙΡΗΝΗ ΧΑΣΚΗ
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΕΠΙΒΛΕΠΟΝΤΑ :	ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΚΟΥΛΟΥΡΑΣ
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΑ ΤΡΙΜΕΛΟΥΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ :	ΜΑΙΡΗ ΓΚΟΥΒΑ ΣΤΕΦΑΝΟΣ ΜΑΝΤΖΟΥΚΑΣ

1. Ενδεικτικός Τίτλος :

«Η διερεύνηση του φόβου και του άγχους του καρδιολογικού πόνου των ασθενών που νοσηλεύονται στην μονάδα εντατικής θεραπείας καρδιοπαθών»

2. Σύντομη Ανασκόπηση της Βιβλιογραφίας:

Αποτελεί κοινό φαινόμενο, ότι οι άνθρωποι φοβούνται τον καρδιολογικό πόνο. Έρευνες καταδεικνύουν, ότι το συναίσθημα του φόβου και το άγχος που σχετίζονται με τον πόνο, αποτελούν σημαντικά φαινόμενα, καθώς διαφαίνεται να κατέχουν

μοναδικές ιδιότητες (McNeil & Rainwater, 1998). Διάφορες διασυνδέσεις έχουν βρεθεί ανάμεσα στο φόβο του πόνου σε σχέση με την ανάπτυξη καταστροφολογίας (Eccleston & Crombez, 2007).

Μια σχετική έννοια, που συνδέεται με το φόβο του καρδιολογικού πόνου αποτελεί και η αποκαλούμενη ευαισθησία στο άγχος (AS) (anxiety sensitivity) ή ο φόβος των αγχωδών σωματικών αισθήσεων (fear of anxiety sensations) (Norton & Asmundson, 2004). Η σχέση μεταξύ της αποφυγής του πόνου και της σωματοποίησης του άγχους, διευκρινίστηκε από τους Asmundson και Taylor το 1996, οι οποίοι, χρησιμοποιώντας στατιστικά μοντέλα, τη ανάλυσης παλινδρόμησης (structural equation modelling), ανακάλυψαν μια γραμμική σημαντική συσχέτιση από τη σωματική ευαισθησία στο φόβο του πόνου. Με βάση τα αξιώματα των μοντέλων αποφυγής, οι McCracken και οι συνεργάτες του έχουν υποστηρίξει ότι οι γνωστικές, φυσιολογικές, και συμπεριφοριστικές απαντήσεις στον καρδιολογικό πόνο μπορούν, σε μερικές των περιπτώσεων, να αντιπροσωπεύσουν μια φοβική απάντηση που χρησιμεύει στο να διατηρήσει και να ενισχύσει τη συμπεριφορά πόνου (Mc Cracken et al., 1992).

2. Σκοπός και Στόχοι :

Γενικός στόχος της παρούσας ερευνητικής μελέτης είναι η διασύνδεση της σχέσης του συναισθήματος του φόβου του καρδιολογικού πόνου με τη βιωμένη εμπειρία ενός καρδιολογικού επεισοδίου κατά το διάστημα της νοσηλείας στην Καρδιολογική Μονάδα. Πιο συγκεκριμένα, ο σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση ορισμένων ψυχολογικών παραμέτρων (φόβος και άγχος του πόνου, σωματική ευαισθησία στο άγχος με επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία) στα άτομα που είχαν υποστεί ένα καρδιολογικό επεισόδιο και νοσηλεύονται στην Καρδιολογική Μονάδα.

Πιο συγκεκριμένα:

- Σύγκριση της ομάδας των ανδρών και της ομάδας των γυναικών
- Συσχέτιση των επιμέρους υποκλιμάκων κάθε μεταβλητής τόσο για το σύνολο του δείγματος όσο και για κάθε ομάδα ξεχωριστά.
- Συσχετίσεις αναφορικά με το φύλο, την ηλικία και λοιπά κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά (οικογενειακή κατάσταση, επαγγελματική-οικονομική κατάσταση, τόσο για το σύνολο του δείγματος όσο και για κάθε

3. Μεθοδολογικός Σχεδιασμός :

Η παρούσα έρευνα θα πραγματοποιηθεί στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Νοσηλευτική Φροντίδα Ενηλίκων», από τον Ιανουάριο του 2020 έως τον Σεπτέμβριο του 2020.

Οι ασθενείς που θα συμμετέχουν στη μελέτη θα ενημερωθούν για το σκοπό της μελέτης και θα διαβεβαιωθούν για το απόρρητο και την ανωνυμία της διαδικασίας.

Τα ερευνητικά εργαλεία που θα συμπληρώσουν είναι:

Ερωτηματολόγια και Ερευνητικά εργαλεία

1. Ερωτηματολόγιο Κοινωνικο-δημογραφικών Στοιχείων

Το ερωτηματολόγιο θα αφορά τη συλλογή των κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων των ερωτωμένων, ήτοι πληροφορίες για την ηλικία, την καταγωγή, το επάγγελμα, την οικογενειακή κατάσταση.

Κλίμακα μέτρησης συμπόνιας

Η κλίμακα μέτρησης του συναισθήματος της συμπόνιας (SantaClaraBriefCompassionScaleστηρίζεταιστηγκλίμακατωνSprecher&Fehr (2005). Αποτελείται από ερωτήσεις με επτά βαθμίδες(Hwang, Plante&Lackey, 2008: Plante&Mejia, 2016). Η κλίμακα είναι έγκυρη, αξιόπιστη και κατάλληλη για χρήση με δείκτηCronbach'salpha 0,90 (Plante&Mejia, 2016).

Κλίμακα μέτρησης συμπτωμάτων άγχους του πόνου

Η κλίμακα μέτρησης των συμπτωμάτων άγχους του πόνου (PASS-20) κατασκευάστηκε από τους McCracken&Dhingra το 2002. Το PASS-20 πρόκειται για ένα αυτό-χορηγούμενο ερωτηματολόγιο αυτό-αναφοράς, το οποίο αποτελείται από 20 διαπιστώσεις, όπου περιγράφουν την υποκειμενική εμπειρία αντίδρασης απέναντι

στον πόνο. Το PASS-20 παρουσιάζει ισχυρή εσωτερική συνέπεια, αξιοπιστία και καλή εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής και προβλεπτικής ικανότητας και ο δείκτης Cronbach's alpha του PASS-20 για το ελληνικό δείγμα είναι 0,833.

Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία -Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ; Eifert et al.,2000)

Η Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία(CAQ) η οποία, αναπτύχθηκε από τον Eifert και τους συνεργάτες τους το 2000, σχεδιάστηκε με σκοπό να μετρήσει το άγχος των σωματικών αισθήσεων σε σχέση με την καρδιακή λειτουργία (Eifert,etal., 2000). Πρόκειται για ένα αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο, το οποίο αποτελείται από 18 προτάσεις. Το CAQ παρέχει ένα συνολικό αποτέλεσμα καθώς και τρία αποτελέσματα των υποκλιμάκων του σχετικά με (1) φόβο και ανησυχία για θωρακικά και καρδιακά ενοχλήματα (8 προτάσεις), (2) αποφυγή δραστηριοτήτων (5 προτάσεις) και (3) επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία (5 προτάσεις). Ο δείκτης Cronbach's alpha του CAQ, για την ελληνική πραγματικότητα στο δείγμα μας είναι 0,825.

4. Αναμενόμενα αποτελέσματα :

Ο στόχος της παρούσας μελέτης είναι η ανάδειξη της ψυχολογίας των ασθενών που νοσηλεύονται στην καρδιολογική μονάδα και τα αποτελέσματα θα μπορέσουν να βοηθήσουν τους επαγγελματίες υγείας να γνωρίσουν σε βάθος τους συγκεκριμένους ασθενείς, γεγονός που θα καταφέρει τα επίπεδα φροντίδας τους να καταστούν υψηλότερα.

Επίσης, τα αποτελέσματα θα οδηγήσουν σε υψηλότερα επίπεδα αυτογνωσίας τους καρδιολογικούς ασθενείς με αποτελέσματα να έχουν καλύτερη ποιότητα ζωής μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο.

5. Χρονοδιάγραμμα :

Ιανουάριος 2020 – Ιούλιος 2020 : Ανασκόπηση Βιβλιογραφίας – Συγγραφή Θεωρητικού Μέρους της Εργασίας.

Μάϊος –Αύγουστος 2020 : Συλλογή ερωτηματολογίων

Αύγουστος 2020 –Σεπτέμβριος 2020 : Στατιστική Επεξεργασία

Αύγουστος 2020 – Σεπτέμβριος 2020: Συγγραφή του Ερευνητικού μέρους της Εργασίας.

Αύγουστος 2020 – Σεπτέμβριος 2020 : Ολοκλήρωση της Ερευνητικής Μελέτης και Δημιουργία Παρουσίασης.

6. Κόστος :

Διευκρινίζεται ότι οι συμμετέχοντες δεν θα πληρωθούν και ότι δεν υπάρχει καμία σύγκρουση συμφερόντων.

7. Παραπομπές:

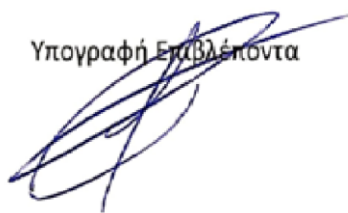
- Asmundson, G. J. G. &Carleton, R. R., 2005. Fear of Pain is Elevated in Adults with Co-Occurring Trauma-Related Stress and Social Anxiety Symptoms,*Cognitive Behaviour Therapy*, 34(4), p. 248–255.
- Asmundson, G.J.G.,Norton, J. P.&Norton, R.G.,1999. Beyond pain. The role of fear and avoidance in chronicity,*Clinical Psychology Review*, 19(1), p.97-119.
- Asmundson, G. J. G. & Taylor, S., 1996. Role of anxiety sensitivity in pain-related fear and avoidance,*Journal of Behavioral Medicine*, 19, p.573–582.
- Asmundson,G.J.G., Vlaeyen, J.W. S. & Crombez, G., 2004. *Understanding and Treating Fear of Pain*. Oxford: Oxford University Press, p. 3–24.
- Eccleston,C.& Crombez, G., 2007. Worry and chronic pain: A misdirected problem solving model. *Pain*, 132(3), p. 233-236.
- Eccleston, C., 2001.Role of psychology in pain management,*British Journal of Anaesthesia*, 87(1), p. 144-152.

- Eifert, G. H., 1992. Cardiophobia: A paradigmatic behavioral model of heart-focused anxiety and non-anginal chest pain, *Behaviour Research and Therapy*, 30, p.329-345.
- Eifert, G. H. & Forsyth, J. F., 1996. Heart-focused and general illness fears in relation to parental medical history and separation experiences, *Behaviour Research and Therapy*, 34, p,735-739.
- Eifert, G. H., Thompson, R. N., Zvolensky, M. J., Edwards, K., Frazer, N. L., Haddad, J. H. & Davig, J., 2000. The Cardiac Anxiety Questionnaire: Development and preliminary validity, *Behaviour Research and Therapy*, 38, p.1039-1053.
- Hwang, J. Y., Plante, T. & Lackey, K., 2008. The development of the Santa Clara brief compassion scale: An abbreviation of Sprecher and Fehr's compassionate love scale, *Pastoral Psychology*, 56(4), p. 421-428.
- McCracken, L.M., Zayfert, C. & Gross, R. T., 1992. The pain anxiety symptoms scale: Development and validation of a scale to measure fear of pain, *Pain*,50, p. 67–73.
- McCracken, L. M.& Dhingra, L., 2002. A short version of the Pain Anxiety Symptoms Scale (PASS-20): preliminary development and validity, *Pain research & management*,7(1), p.45-50.
- McCracken, L.M., Gross, R.T., Aikens, J. & Carnkike, J.C.L.M., 1996.The assessment of anxiety and fear in persons with chronic pain: a comparison of instruments,*Behaviour Research and Therapy*,34, p. 927–933.
- McNeil, D.W.& Brunetti G.D., 1992. Pain and fear: A bioinformational perspective on responsivity to imagery, *Behaviour Research and Therapy*, 30(5), p. 513-520.
- McNeil, W.D. & Rainwater, J.A., 1998.Development of the Fear of Pain Questionnaire—III,*Journal of Behavioral Medicine*, 21(4), p.389-410.
- Norton, P.&Asmundson, G.J.G., 2004. Anxiety sensitivity, fear, and avoidance behavior in headache pain,*Pain*, 111(1-2), p. 218-223.
- Plante, T. G. & Mejia, J., 2016. Psychometric properties of the Santa Clara brief compassion scale, *Pastoral Psychology*, 65(4), p. 509-515.

Υπογραφή φοιτήτριας



Υπογραφή Επιδεχόμενου



Ημερομηνία: 7/1/2020

ΕΝΤΥΠΟ ΕΝΗΜΕΡΗΣ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

Έντυπο Δήλωσης Συγκατάθεσης για Επιστημονική Έρευνα

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΓΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΕ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

Καλείστε να συμμετάσχετε σε μία επιστημονική έρευνα του τμήματος Ιατρικής του Διατμηματικού Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων. Ο τίτλος της έρευνας είναι «Η διερεύνηση του φόβου και του άγχους του καρδιολογικού πόνου των ασθενών που νοσηλεύονται στη μονάδα εντατικής θεραπείας καρδιοπαθών». Σκοπός της εν λόγω επιστημονικής έρευνας είναι η διερεύνηση ορισμένων ψυχολογικών παραμέτρων (φόβος και άγχος του πόνου, σωματική ευαισθησία στο άγχος με επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία) στα άτομα που έχουν υποστεί ένα καρδιολογικό επεισόδιο και νοσηλεύονται στην Καρδιολογική Μονάδα.

ΕΜΠΙΣΤΕΥΤΙΚΟΤΗΤΑ

Η ερευνήτρια και το Πανεπιστήμιο δεσμεύεται να τηρεί πλήρη εμπιστευτικότητα και τους κανόνες ηθικής και δεοντολογίας για όλες τις πληροφορίες που θα αποκτηθούν στο πλαίσιο της συγκεκριμένης έρευνας. Πιο συγκεκριμένα, δεδομένα που σας αφορούν θα δημοσιευτούν μόνο εφόσον υπάρχει η ρητή συγκατάθεσή σας και είναι πλήρως ανώνυμα. Για τυχόν απορίες σε θέματα αναφορικά με την επιστημονική

έρευνα, μπορείτε να επικοινωνήσετε με την υπεύθυνη ερευνήτρια Χασκή Ειρήνη για απορίες σχετικά με τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που σας αφορούν. Θα σας δοθεί αντίγραφο του Εντύπου Ενημέρωσης και της παρούσας δήλωσης συγκατάθεσης, όταν η τελευταία έχει υπογραφεί.

Έχω διαβάσει τις ανωτέρω αναφερόμενες πληροφορίες και συμφωνώ να συμμετέχω στη συγκεκριμένη επιστημονική έρευνα.

Ονοματεπώνυμο συμμετέχοντος / συμμετέχουσας στην έρευνα:

.....

Ημερομηνία:

Υπογραφή:

Σε περίπτωση που η υπεύθυνη ερευνήτρια επιθυμεί μετά το πέρας της έρευνας να δημοσιεύσει δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που με αφορούν

Συναινώ

Δε Συναινώ σε αυτή του την ενέργεια.

Μπορείτε να αποχωρήσετε από την έρευνα ανά πάσα στιγμή, χωρίς καμία συνέπεια / κύρωση, ανακαλώντας τη συγκατάθεσή σας στο email ή στο τηλέφωνο που σας δόθηκε.

ΔΕΙΓΜΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ - ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΕΝΗΛΙΚΩΝ

Τα ερωτηματολόγια που θα συναντήσετε στις επόμενες σελίδες μελετούν διάφορους παράγοντες που μπορεί να επηρεάζουν την ποιότητα της νοσηλείας σας. Ο σκοπός της μελέτης μας είναι να διερευνήσουμε αυτούς τους παράγοντες και για αυτό, θεωρούμε τη βοήθειά σας πολύτιμη. Παρακαλούμε, συμπληρώσετε τα ερωτηματολόγια που ακολουθούν, σύμφωνα με τις οδηγίες που δίνονται. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων είναι **ΑΝΩΝΥΜΗ** και θα **διαφυλαχθεί το ΑΠΟΡΡΗΤΟ** των πληροφοριών που δίνονται.

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: / /

ΦΥΛΟ: ΑΝΔΡΑΣ ΓΥΝΑΙΚΑ

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: ΑΓΑΜΟΣ/Η

ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ: ΧΩΡΙΟ/ ΚΩΜΟΠΟΛΗ

ΕΓΓΑΜΟΣ/Η

ΠΟΛΗ <150.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ

ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ/Η

ΠΟΛΗ >150.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ

ΧΗΡΟΣ/Α

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ: ΑΝΑΛΦΑΒΗΤΟΣ

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: ΑΝΕΡΓΟΣ

ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ

ΟΙΚΙΑΚΑ

ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ

ΑΥΤΟΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΟΣ

ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΛΥΚΕΙΟΥ

ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ

ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΑΕΙ/ΤΕΙ

ΔΗΜΟΣΙΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΑ

ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΣ

ΕΧΕΤΕ ΑΔΕΛΦΙΑ; ΝΑΙ ΟΧΙ ΠΟΣΑ; _____ ΕΧΕΤΕ ΑΔΕΛΦΗ; ΕΧΕΤΕ ΑΔΕΛΦΟ; ΣΕΙΡΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ ΣΑΣ: _____

ΕΧΕΤΕ ΠΑΙΔΙΑ; ΝΑΙ ΟΧΙ ΠΟΣΑ; _____

ΜΕ ΠΟΙΟΝ ΜΕΝΕΤΕ; ΜΟΝΟΣ (Η) ΜΕ ΤΟΝ(Η) ΣΥΝΤΡΟΦΟ ΜΕ ΚΑΠΟΙΟΝ ΦΙΛΟ(Η) ΜΕ ΤΗΝ ΑΔΕΛΦΗ ΜΕ ΤΟΝ ΑΔΕΛΦΟ
 ΜΕ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΜΟΥ ΜΕ ΤΟΝ(Η) ΣΥΝΤΡΟΦΟ ΚΑΙ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΜΟΥ ΜΕ ΤΟΝ(ΤΟΥΣ) ΓΟΝΕΙΣ ΜΟΥ

ΠΟΙΟΙ ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΕΙΝΑΙ ΜΑΖΙ ΣΑΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ; ΣΥΝΤΡΟΦΟΣ ΠΑΙΔΙ

ΓΟΝΙΟΣ ΞΑΔΕΛΦΟΣ/Η ΘΕΙΟΣ/Α ΦΙΛΟΣ/Η ΆΛΛΟΣ ΣΥΓΓΕΝΗΣ

ΕΙΝΑΙ Η ΠΡΩΤΗ ΣΑΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΓΙΑ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ; ΝΑΙ ΟΧΙ

ΕΧΕΤΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΙ ΑΛΛΗ ΦΟΡΑ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΓΙΑ ΚΑΠΟΙΟΝ ΆΛΛΟ ΛΟΓΟ; ΝΑΙ ΟΧΙ
ΧΩΡΕΣ ΒΡΑΔΥ ΚΟΙΜΗΘΗΚΑΤΕ ΚΑΛΑ; ΝΑΙ ΟΧΙ

ΕΙΔΑΤΕ ΚΑΠΟΙΟ ΟΝΕΙΡΟ; ΝΑΙ ΟΧΙ

ΑΝ ΕΙΔΑΤΕ ΚΑΠΟΙΟ ΟΝΕΙΡΟ, ΑΥΤΟ ΗΤΑΝ: ΩΡΑΙΟ ΑΣΧΗΜΟ ΕΦΙΑΛΤΗΣ ΔΕΝ ΘΥΜΑΜΑΙ

ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΠΟΨΗ ΣΑΣ ΠΟΙΟ ΗΤΑΝ ΤΟ ΑΙΤΙΟ ΤΟΥ ΚΟΡΩΝΟΪΟΥ; _____

Πόσο επηρέασε η εμφάνιση του κορωνοϊού την οικογένειά σας; (κυκλώστε το νούμερο που σας ταιριάζει περισσότερο)

λίγο . . . 1 2 3 4 5 . . . πάρα πολύ

Πόσο επηρέασε η εμφάνιση του κορωνοϊού εσάς τους ίδιους; (κυκλώστε το νούμερο που σας ταιριάζει περισσότερο)

λίγο 1 2 3 4 5 πάρα πολύ

Εσείς πόσο πιστά κρατήσατε τα μέτρα για τον κορωνοϊό; (κυκλώστε το νούμερο που σας ταιριάζει περισσότερο)

Καθόλου πιστά 1 2 3 4 5 Πάρα πολύ πιστά

ΚΠΟΙΑ ΛΕΞΗ ΕΡΧΕΤΑΙ ΣΤΟ ΜΥΑΛΟ ΣΑΣ ΟΤΑΝ ΣΚΕΦΤΕΣΤΕ ΤΟΝ ΤΡΟΠΟ ΠΟΥ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΑΝ ΟΙ ΕΛΛΗΝΕΣ ΤΟΝ ΚΟΡΩΝΟΪΟ ;

ΤΑ ΜΕΤΡΑ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΚΟΡΩΝΟΪΟΥ ΕΠΗΡΕΑΣΑΝ ΑΡΝΗΤΙΚΑ ΤΑ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΑ ΣΑΣ; ΝΑΙ ΟΧΙ

ΝΟΙΚΙΑΖΕΤΕ ΣΠΙΤΙ; ΝΑΙ ΟΧΙ ΕΧΕΤΕ ΕΞΟΧΙΚΟ; ΝΑΙ ΟΧΙ ΤΟ ΠΑΤΡΙΚΟ ΣΤΟ ΧΩΡΙΟ

Santa Clara Brief Compassion Scale

Παρακαλώ απαντήστε στις παρακάτω ερωτήσεις γρήγορα και με ειλικρίνεια, χρησιμοποιώντας την παρακάτω κλίμακα:

	1	2	3	4	5	6	7
καθόλου αληθές για εμένα							πολύ αληθές για εμένα
1. Όταν ακούσω ότι κάποιος (ξένος) βιώνει μια δύσκολη περίοδο, αισθάνομαι μεγάλη συμπόνια για εκείνον / εκείνη.	1	2	3	4	5	6	7
2. Έχω την τάση να αισθάνομαι συμπόνια για τους ανθρώπους, παρόλο που δεν τους γνωρίζω.	1	2	3	4	5	6	7
3. Μία από τις ενέργειες που προσφέρουν το μεγαλύτερο νόημα στη ζωή μου, είναι να βοηθάω τους Άλλους στον έξω κόσμο, όταν αναζητούν βοήθεια.	1	2	3	4	5	6	7
4. Θα προτιμούσα να συμμετέχω σε δραστηριότητες που βοηθούν τους Άλλους - παρόλο που είναι ξένοι - παρά να συμμετέχω σε ενέργειες που βοηθούν τον εαυτό μου.	1	2	3	4	5	6	7
5. Συχνά έχω συναισθήματα στοργής απέναντι σε ανθρώπους (ξένους), όταν βρίσκονται σε κατάσταση ανάγκης.	1	2	3	4	5	6	7

CARDIAC ANXIETY QUESTIONNAIRE (CAQ) version of the GR-CAQ

ΟΔΗΓΙΕΣ

Δεν βιώνουν όλοι οι άνθρωποι με τον ίδιο τρόπο την καρδιακή τους λειτουργία και τη «σχέση» που έχουν με την καρδιά τους. Θα επιθυμούσαμε να μάθουμε τι κάνετε και τι σκέφτεστε εσείς για την καρδιακή σας λειτουργία. Παρακαλούμε, σημειώστε στην παρακάτω κλίμακα πόσο συχνά σκέφτεστε ή κάνετε αυτό που περιγράφει η κάθε πρόταση. Κυκλώστε έναν αριθμό από το 0 (ποτέ) έως το 4 (πάντα) σε κάθε ερώτηση.

	ΠΟΤΕ	ΣΠΑΝΙΑ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΠΑΝΤΑ
1. Αποφεύγω τη φυσική άσκηση	0	1	2	3	4
2. Ταχυπαλμίες με ξυπνούν τη νύχτα	0	1	2	3	4
3. Πόνος στο στήθος / αίσθημα δυσφορίας με ξυπνούν τη νύχτα	0	1	2	3	4
4. Αποφεύγω την άσκηση ή άλλου είδους σωματική εργασία	0	1	2	3	4
5. Μπορώ να αισθανθώ την καρδιά μου στο στήθος μου	0	1	2	3	4
6. Αποφεύγω τις δραστηριότητες που με κάνουν να ιδρώνω	0	1	2	3	4
Όταν έχω αίσθημα δυσφορίας, ή όταν κτυπά γρήγορα η καρδιά μου:					
7. ...ανησυχώ ότι μπορεί να πάθω καρδιακό επεισόδιο	0	1	2	3	4
8.έχω δυσκολία να συγκεντρωθώ σε οτιδήποτε άλλο	0	1	2	3	4
9. φοβάμαι πάρα πολύ	0	1	2	3	4
10. επιθυμώ να εξεταστώ από έναν γιατρό	0	1	2	3	4

Pain anxiety symptoms (PASS)

ΟΔΗΓΙΕΣ

Το άτομο που βιώνουν πόνο δεν αντιδρούν όλα με τον ίδιο τρόπο σε αυτόν. Θα επιθυμούσαμε να μάθουμε τι κάνετε και τι σκέφτεστε όταν πονάτε. Παρακαλούμε, σημειώστε στην παρακάτω κλίμακα πόσο συχνά σκέφτεστε ή κάνετε αυτό που περιγράφει η κάθε πρόταση. Κυκλώστε έναν αριθμό από το 0 (ποτέ) έως το 4 (πάντα) σε κάθε ερώτηση.

	ΠΟΤΕ	ΣΠΑΝΙΑ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΠΑΝΤΑ
1. Νομίζω ότι αν ο πόνος μου γίνει πολύ δυνατός, δεν θα μειωθεί ποτέ	0	1	2	3	4
2. Όταν πονάω φοβάμαι ότι κάτι πολύ κακό θα συμβεί	0	1	2	3	4
3. Όταν αισθάνομαι δυνατά πόνο πηγαίνω αμέσως στο κρεβάτι μου	0	1	2	3	4
4. Αρχίζω να τρέμω όταν κάνω μια δραστηριότητα που αυξάνει τον πόνο	0	1	2	3	4
5. Δεν μπορώ να σκεφτώ λογικά όταν πονάω	0	1	2	3	4
6. Θα σταματήσω κάθε δραστηριότητα με το που θα αισθανθώ τον πόνο να έρχεται	0	1	2	3	4
7. Ο πόνος φαίνεται να κάνει την καρδιά μου να σταματά ή να χτυπάει δυνατά και γρήγορα	0	1	2	3	4
8. Μόλις αρχίσω να πονάω παίρνω φάρμακο για να μειωθεί ο πόνος μου	0	1	2	3	4
9. Όταν πονάω νομίζω ότι μπορεί να είμαι σοβαρά άρρωστος	0	1	2	3	4
10. Κατά την διάρκεια επεισοδίων έντονου πόνου δυσκολεύομαι να σκεφτώ οτιδήποτε άλλο παρά μόνο τον πόνο	0	1	2	3	4
11. Αποφεύγω σημαντικές δραστηριότητες όταν πονάω	0	1	2	3	4
12. Όταν πονάω νοιώθω αδύναμος και ζαλισμένος	0	1	2	3	4
13. Η αίσθηση του πόνου με τρομάζει πολύ	0	1	2	3	4
14. Όταν τραυματίζομαι σκέπτομαι διαρκώς τον πόνο μου	0	1	2	3	4
15. Ο πόνος μου προκαλεί ναυτία	0	1	2	3	4
16. Όταν ο πόνος γίνεται πολύ έντονος νομίζω ότι μπορεί να παραλύσω ή να γίνω εντελώς ανήμπορος	0	1	2	3	4
17. Δυσκολεύομαι να συγκεντρωθώ όταν πονάω	0	1	2	3	4
18. Δυσκολεύομαι να χαλαρώσω το σώμα μου μετά από περιόδους πόνου	0	1	2	3	4
19. Ανησυχώ όταν πονάω	0	1	2	3	4
20. Προσπαθώ να αποφύγω δραστηριότητες που μου προκαλούν πόνο	0	1	2	3	4

**ΕΝΤΥΠΟ ΕΝΗΜΕΡΗΣ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΕΝΕΡΓΕΙΑ
ΜΕΛΕΤΗΣ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΔΙΕΥΘΥΝΤΕΣ ΤΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ**

«Συγκατάθεση για τη διενέργεια μελέτης στους ασθενείς που νοσηλεύονται στη μονάδα εντατικής θεραπείας καρδιοπαθών».

Έχοντας ενημερωθεί από την Χασκή Ειρήνη, επικουρική νοσηλεύτρια στη ΜΕΠΚ – Κ/Χ μονάδα και φοιτήτρια του Μεταπτυχιακού Νοσηλευτική Φροντίδα Ενηλίκων του Διατμηματικού Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων του τμήματος Ιατρικής, για τη διπλωματική της εργασία με θέμα «Η διερεύνηση του φόβου και του άγχους του καρδιολογικού πόνου των ασθενών που νοσηλεύονται στη μονάδα εντατικής θεραπείας καρδιοπαθών» με επιβλέποντα τον Καθηγητή Εντατικής Θεραπείας κ. Βασίλειο Κουλούρα, της παραχωρώ την άδεια να μοιράσει ερωτηματολόγια που μελετούν τους διάφορους παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν την ποιότητα της νοσηλείας των ασθενών που νοσηλεύονται στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Καρδιοπαθών του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων. Η φοιτήτρια Χασκή Ειρήνη οφείλει να ακολουθήσει όλους τους κανόνες ηθικής και δεοντολογίας και ιδιαίτερα να διαφυλάξει την ανωνυμία των συμμετεχόντων, το απόρρητο των πληροφοριών που δίνονται και να επιτρέψει την αποχώρηση των συμμετεχόντων από την μελέτη οποιαδήποτε στιγμή εκείνοι επιθυμούν.

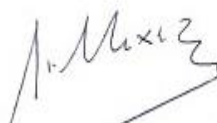
Ο Καθηγητής της Α' Καρδιολογικής κλινικής
κ. Κωλέττης Θεόφιλος,

Ε.Υ.Π.Ε.
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
Α' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ
Δ/ΝΤΗΣ ΘΕΟΦΙΛΟΣ Μ. ΚΩΛΕΤΤΗΣ

«Συγκατάθεση για τη διενέργεια μελέτης στους ασθενείς που νοσηλεύονται στη μονάδα εντατικής θεραπείας καρδιοπαθών».

Έχοντας ενημερωθεί από την Χασκή Ειρήνη, επικουρική νοσηλεύτρια στη ΜΕΠΚ – Κ/Χ μονάδα και φοιτήτρια του Μεταπτυχιακού Νοσηλευτική Φροντίδα Ενηλίκων του Διατμηματικού Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων του τμήματος Ιατρικής, για τη διπλωματική της εργασία με θέμα «Η διερεύνηση του φόβου και του άγχους του καρδιολογικού πόνου των ασθενών που νοσηλεύονται στη μονάδα εντατικής θεραπείας καρδιοπαθών» με επιβλέποντα τον Καθηγητή Εντατικής Θεραπείας κ. Βασίλειο Κουλούρα, της παραχωρώ την άδεια να μοιράσει ερωτηματολόγια που μελετούν τους διάφορους παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν την ποιότητα της νοσηλείας των ασθενών που νοσηλεύονται στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Καρδιοπαθών του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων. Η φοιτήτρια Χασκή Ειρήνη οφείλει να ακολουθήσει όλους τους κανόνες ηθικής και δεοντολογίας και ιδιαίτερα να διαφυλάξει την ανωνυμία των συμμετεχόντων, το απόρρητο των πληροφοριών που δίνονται και να επιτρέψει την αποχώρηση των συμμετεχόντων από την μελέτη οποιαδήποτε στιγμή εκείνοι επιθυμούν.

Ο Καθηγητής της Β' Καρδιολογικής κλινικής
κ. Μιχάλης Λάμπρος,



«Συγκατάθεση για τη διενέργεια μελέτης στους ασθενείς που νοσηλεύονται στη μονάδα εντατικής θεραπείας καρδιοπαθών».

Έχοντας ενημερωθεί από την Χασκή Ειρήνη, επικουρική νοσηλεύτρια στη ΜΕΠΚ – Κ/Χ μονάδα και φοιτήτρια του Μεταπτυχιακού Νοσηλευτική Φροντίδα Ενηλίκων του Διατμηματικού Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων του τμήματος Ιατρικής, για τη διπλωματική της εργασία με θέμα «Η διερεύνηση του φόβου και του άγχους του καρδιολογικού πόνου των ασθενών που νοσηλεύονται στη μονάδα εντατικής θεραπείας καρδιοπαθών» με επιβλέποντα τον Καθηγητή Εντατικής Θεραπείας κ. Βασίλειο Κουλούρα, της παραχωρώ την άδεια να μοιράσει ερωτηματολόγια που μελετούν τους διάφορους παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν την ποιότητα της νοσηλείας των ασθενών που νοσηλεύονται στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Καρδιοπαθών του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων. Η φοιτήτρια Χασκή Ειρήνη οφείλει να ακολουθήσει όλους τους κανόνες ηθικής και δεοντολογίας και ιδιαίτερα να διαφυλάξει την ανωνυμία των συμμετεχόντων, το απόρρητο των πληροφοριών που δίνονται και να επιτρέψει την αποχώρηση των συμμετεχόντων από την μελέτη οποιαδήποτε στιγμή εκείνοι επιθυμούν.

Ο καθηγητής της Καρδιοχειρουργικής κλινικής
κ. Αποστολάκης Στρατής,



ΑΙΤΗΣΗ ΈΓΚΡΙΣΗΣ ΠΡΟΣ ΤΟ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

ΕΠ. Υ. Π. Ε.
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ
Αρ. Πρωτ.: 530
Ημερομηνία: 18.6.2020

Ιωάννινα 18/6/2020
Αριθμ. Πρωτ.

ΠΡΟΣ
το Επιστημονικό Συμβούλιο
του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων

ΘΕΜΑ: «Έγκριση άδειας για τη συλλογή ερευνητικών δεδομένων μέσω διανομής ερωτηματολογίων στα πλαίσια εκπόνησης μεταπτυχιακού της κ. Χασκή Ειρήνης»

Σας παρακαλώ να εγκρίνετε τη συλλογή ερευνητικών δεδομένων, και τη διεξαγωγή της μελέτης με τίτλο: «Η διερεύνηση του φόβου και του άγχους του καρδιολογικού πόνου των ασθενών που νοσηλεύονται στην μονάδα εντατικής θεραπείας καρδιοπαθών» η οποία πρόκειται να πραγματοποιηθεί στο πλαίσιο της Μεταπτυχιακής μου Εργασίας, υπό την επίβλεψη του κ. Βασιλείου Κουλούρα, Καθηγητή στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας.

Η παρούσα μελέτη έχει ως σκοπό τη διερεύνηση ορισμένων ψυχολογικών παραμέτρων (φόβος και άγχος του πόνου, σωματική ευαισθησία στο άγχος με επικέντρωση στη καρδιακή λειτουργία) στα άτομα που έχουν υποστεί ένα καρδιολογικό επεισόδιο και νοσηλεύονται στην Καρδιολογική Μονάδα.

Για την καταγραφή των δεδομένων θα διανεμηθεί ερωτηματολόγιο, το οποίο περιλαμβάνει: σύγκριση της ομάδας των ανδρών και της ομάδας των γυναικών, συσχέτιση αναφορικά με το φύλο, την ηλικία και λοιπά κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά (οικογενειακή κατάσταση, επαγγελματική – οικονομική κατάσταση).

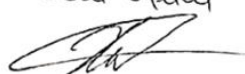
Για τις ανάγκες της μελέτης θα διανεμηθούν 100 ερωτηματολόγια, στους ασθενείς της Καρδιολογικής Μονάδας με τη σύμφωνη γνώμη των Διευθυντών αυτής.

Για την έγκριση συλλογής δεδομένων/διεξαγωγή της μελέτης, σας καταθέτω:

- Το πρωτόκολλο
- Τα ερωτηματολόγια που θα διανεμηθούν
- Το Έντυπο Συγκατάθεσης των Διευθυντών
- Το Έντυπο Συγκατάθεσης συμμετέχοντα
- Τη βεβαίωση του Πανεπιστημίου

Η συμμετοχή στη μελέτη είναι εθελοντική και φυσικά θα τηρηθεί αυστηρά ο κανόνας της ανωνυμίας.

Από τη διεξαγωγή της δεν θα επιβαρυνθεί οικονομικά το Νοσοκομείο.

Με εκτίμηση,
Χασκή Ειρήνη


ΕΝΤΥΠΟ ΈΓΚΡΙΣΗΣ ΤΟΥ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
6^η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ, ΗΠΕΙΡΟΥ & ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ
Πληροφορίες: Τσολίγκα Αικ.
Τηλ. 26510 99519
Email: epsymb@uhi.gr

Ιωάννινα 23-7-2020
Αριθμ. πρωτ. 530

ΠΡΟΣ: Τον Αναπληρωτή Διοικητή

ΘΕΜΑ: «Έγκριση συλλογής ερευνητικών δεδομένων μέσω διανομής ερωτηματολογίων στο πλαίσιο εκπόνησης Διδακτορικής Διατριβής της κ. Χασκή Ειρήνης»

ΣΧΕΤ: Το από 18-6-2020 έγγραφο της κ.Χασκή Ειρήνης Υποψήφια Διδάκτ. Νοσηλεύτρια ΤΕ Επικουρικό Προσωπικό

Σας θέτουμε υπόψη το παραπάνω σχετικό έγγραφο και σας κάνουμε γνωστό ότι το Ε.Σ. με την αριθμ. 13/17-7-2020 (θ.9) απόφασή του και αφού έλαβε υπόψη τη σύμφωνη γνώμη της Επιστημονικής Επιτροπής Έρευνας, εγκρίνει τη συλλογή ερευνητικών δεδομένων, μέσω διανομής ερωτηματολογίων, στο πλαίσιο εκπόνησης της Διδακτορικής Διατριβής της κ. Χασκή Ειρήνης Υποψήφια Διδάκτορα Επικουρική Νοσηλεύτρια ΤΕ.

Η μελέτη έχει τίτλο: «Η διερεύνηση του φόβου και του άγχους του καρδιολογικού πόνου των ασθενών που νοσηλεύονται στη μονάδα εντατικής θεραπείας καρδιοπαθών» και θα πραγματοποιηθεί στη Μονάδα παρακολούθησης Καρδιοπαθών (ΜΕΠΚ) του Νοσοκομείου μας με τη σύμφωνη γνώμη των Δ/ντών Α' και Β' καρδιολογικής και του Δ/ντή της Κλινικής Θώρακος-Καρδιάς.

Η παρούσα μελέτη θα πραγματοποιηθεί στο πλαίσιο εκπόνησης Διδακτορικής Διατριβής της κ.Χασκή Ειρήνης, με επιβλέποντα Καθηγητή τον κ.Κουλούρα Βασίλειο Καθηγητή ΜΕΘ, και μέλη: κ.Γκούβα Μαίρη Καθηγήτρια του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας και κ.Μαντζούκα Στέφανο Αναπληρωτή Καθηγητή του Τμήματος Νοσηλευτικής του ΤΕΙ Ηπείρου.

Η μελέτη σκοπό έχει τη διερεύνηση ορισμένων ψυχολογικών παραμέτρων (φόβος και άγχος του πόνου, σωματική ευαισθησία στο άγχος με επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία) στα άτομα που έχουν υποστεί ένα καρδιολογικό επεισόδιο και νοσηλεύονται στην ΜΕΠΚ. Για την καταγραφή των ερευνητικών δεδομένων θα διανεμηθούν 100 ερωτηματολόγια.

Η έναρξη της μελέτης θα γίνει μετά από τις σχετικές εγκρίσεις.

Εξετάστηκαν και εγκρίνονται:

1. Το Ερευνητικό Πρωτόκολλο
2. Το Έντυπο Δήλωσης Συγκατάθεσης για Συμμετοχή σε Επιστημονική Έρευνα
3. Τα Ερωτηματολόγια της μελέτης

Το Επιστημονικό Συμβούλιο αποδέχεται τη σχετική γραπτή διαβεβαίωση του κυρίου Ερευνητή ότι ισχύουν τα παρακάτω:

1. Ο ερευνητής έχει την εξειδίκευση, την εμπειρία και την δυνατότητα διεξαγωγής της μελέτης

Όνοματεπώνυμο και ιδιότητα	Χρόνος απασχόλησης στη μελέτη ως ποσοστό του χρόνου για το κύριο έργο (%)
Χασκή Ειρήνη Νοσηλεύτρια ΤΕ (Επικουρικό προσωπικό)	Εκτός ωραρίου εργασίας

2. Το κέντρο διαθέτει τον αριθμό εκείνο των ασθενών από τους οποίους θα επιλεγούν οι κατάλληλοι για συμμετοχή στη μελέτη στο χρονικό διάστημα που προβλέπεται από τη μελέτη.

3. Το κέντρο διαθέτει την υλικοτεχνική υποδομή που προβλέπεται στο πρωτόκολλο της μελέτης ώστε να παρέχει τη δυνατότητα διεξαγωγής και ολοκλήρωσης της μελέτης εντός του προβλεπόμενου χρόνου.

Η διεξαγωγή της ανωτέρω μελέτης δεν θα έχει καμία οικονομική επιβάρυνση για το Νοσοκομείο μας.

Το ως άνω πρωτόκολλο είναι πλήρες και καλύπτει τους κανόνες ηθικής και δεοντολογίας. Το Επιστημονικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου μας αποφασίζει για την διενέργεια κλινικών μελετών λαμβάνοντας υπόψη τις ισχύουσες αρχές διακήρυξης του Ελσίνκι και της Ορθής Κλινικής πρακτικής (GCP) και η σύνθεσή του καλύπτει τις απαιτήσεις της Ορθής κλινικής πρακτικής. Το Ερευνητικό πρωτόκολλο θα πρέπει να πραγματοποιηθεί σύμφωνα με τα όσα ορίζονται στην αριθμ. ΔΥΓ3(α) οικ. 18910/19-2-2013 (ΦΕΚ 390/τΒ/21-2-2013) Υπουργική απόφαση.

Στην συνεδρίαση του Επιστημονικού Συμβουλίου έλαβαν μέρος:

Πρόεδρος: Καστανιουδάκης Ιωάννης Καθηγητής ΩΡΛ

Μέλη: Κωστήνη Ελεονώρα Δ/ντρια ΕΣΥ ΜΕΘ, Κίτσανου Μαργαρίτα Δ/ντρια Παθολογίας ΕΣΥ, Μπαλτογιάννη Μαρία Επιμελήτρια Α Παιδιατρικής (ΜΕΝΝ), Μπαϊρακτάρη Ελένη Καθηγήτρια Βιολογικής Χημείας, Κοσμάς Δημήτριος Ειδικευόμενος Ορθοπαιδικής και Γιάννου Σωτηρία ΤΕ Νοσηλευτικής.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΟΥ Ε.Σ.



Καστανιουδάκης Ιωάννης
Καθηγητής ΩΡΛ