



Τμήμα Ιατρικής  
Σχολή Επιστημών Υγείας  
Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Διατμηματικό Πρόγραμμα  
Μεταπτυχιακών Σπουδών

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ**



Τμήμα Νοσηλευτικής  
Σχολή Επιστημών Υγείας  
Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία  
υποβληθείσα για την εκπλήρωση των προϋποθέσεων απονομής  
ΤΟΥ

Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης  
του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών Νοσηλευτική  
Παθολογία

του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Τίτλος:

**Διερεύνηση της ποιότητας ζωής των ασθενών με καρδιακή  
ανεπάρκεια (ΚΑ) στο Π.Γ.Ν.Ιωαννίνων**

**Περπερίδη Καλλιόπη**

Νοσηλεύτρια Τ.Ε

Ιωάννινα 2019



Τμήμα Ιατρικής  
Σχολή Επιστημών Υγείας  
Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Διατμηματικό Πρόγραμμα  
Μεταπτυχιακών Σπουδών

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ



Τμήμα Νοσηλευτικής  
Σχολή Επιστημών Υγείας  
Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

## **Investigation of the Life Quality in Patients with Heart Failure in the University Hospital of Ioannina**

**Perperidi Kaliopi**

Master Thesis presented to the University Ioannina School of Medicine as part of the requirements for the Master of Science Degree in Nursing-Internal Medicine

2019

### **Τριμελής συμβουλευτική- εξεταστική επιτροπή**

**Επιβλέπων:** Νάκα Αικατερίνη, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Καρδιολογίας Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Β' Καρδιολογική Κλινική Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων (Επιβλέπουσα).

**Μέλη:** Σ. Μαντζούκας, Αναπληρωτής Καθηγητής του Τμήματος Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων.

Δ. Χριστοδούλου, Καθηγητής Γαστρεντερολογίας του Τμήματος Ιατρικής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων.

## ***Πρόλογος***

Η παρούσα μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων σε σύμπραξη με το ΤΕΙ Ηπείρου με τίτλο “Νοσηλευτική Παθολογία”.

Πριν την παρουσίαση των αποτελεσμάτων της παρούσας διπλωματικής εργασίας, αισθάνομαι την υποχρέωση να ευχαριστήσω ορισμένους από τους ανθρώπους που γνώρισα, συνεργάστηκα μαζί τους και έπαιξαν πολύ σημαντικό ρόλο στην πραγματοποίησή της.

Αρχικά ευχαριστώ τον κ. Επαμεινώνδα Τσιάνο, Διευθυντή του ΜΠΣ που με δέχτηκε. Οφείλω ακολούθως να ευχαριστήσω την κυρία Νάκα Αικατερίνη, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Καρδιολογίας Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, επιβλέπουσα της διπλωματικής μου εργασίας, καθώς και την κυρία Κότσια Άννα, Επιμελήτρια Β' Καρδιολογικής Κλινικής, οι οποίες με τα πλούσια πνευματικά προσόντα και το ήθος τους συνέβαλαν ουσιαστικά στην ολοκλήρωση αυτής της εργασίας καθοδηγώντας με από το πρώτο μέχρι το τελικό της στάδιο.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά όλους τους φίλους μου, καθώς και όσους συναδέλφους συμφοιτητές συνέβαλαν με τα σχόλια, την κριτική και τις γνώσεις τους στην αντιμετώπιση των δυσκολιών.

Ιδιαίτερες ευχαριστίες θέλω να εκφράσω προς την οικογένεια μου και κυρίως τους γονείς μου Σπύρο και Αφθονία, που πίστεψαν σε μένα και με ενθάρρυναν σε κάθε στάδιο των σπουδών μου καθώς επίσης και για τη διαχρονική συμπαράστασή τους, την υλική και ηθική στήριξη των επιλογών μου.

## Περίληψη

Η Καρδιακή Ανεπάρκεια (ΚΑ) αποτελεί ένα συχνό και σοβαρό κλινικό σύνδρομο χωρίς ριζική θεραπεία. Κατά την πάθηση αυτή η καρδιά αδυνατεί να στείλει την κατάλληλη ποσότητα αίματος σε όλο το σώμα με αποτέλεσμα τη μη σωστή λειτουργία του, λόγω έλλειψης οξυγόνου και θρεπτικών συστατικών. Οι ασθενείς με ΚΑ ταλαιπωρούνται με μακροχρόνιες θεραπείες και συχνές νοσηλείες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής τους. Αρκετές μελέτες φαίνεται να δείχνουν τη δυσμενή επίδραση της ΚΑ στην ποιότητα ζωής των ατόμων. Στη συγκεκριμένη μελέτη διερευνήθηκε η ποιότητα ζωής ασθενών με ΚΑ και οι παράγοντες που την επηρεάζουν.

Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 30 ασθενείς με ΚΑ που νοσηλεύτηκαν από τον Μάρτιο έως τον Απρίλιο του 2017 στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση ερωτηματολογίων EQ-5D και KCCQ στην ελληνική έκδοση καθώς και με τη κλίμακα γενικής υγείας VAS. Επίσης καταγράφηκαν δημογραφικά στοιχεία και πληροφορίες για το ιστορικό των ασθενών.

Από την ανάλυση της επίδρασης των δημογραφικών στοιχείων και του ιστορικού προκύπτει ότι οι ασθενείς με το χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο έχουν τις χαμηλότερες τιμές σωματικής λειτουργικότητας συγκριτικά με τους ασθενείς με ανώτερο μορφωτικό επίπεδο. Επίσης φαίνεται ότι όσο μεγαλύτερη η ηλικία, τόσο χαμηλότερες οι τιμές της παραμέτρου που αφορά τους φυσικούς περιορισμούς ( $p=0,040$ ) καθώς και ότι οι ασθενείς που δεν καπνίζουν έχουν σημαντικά χαμηλότερες τιμές συμπτωμάτων συγκριτικά με τους καπνιστές ( $p=0,035$ ). Οι ασθενείς με στεφανιαία νόσο έχουν σημαντικά χαμηλότερες τιμές αυτοαποτελεσματικότητας συγκριτικά με τους ασθενείς που δεν έχουν στεφανιαία νόσο ( $p=0,046$ ).

Τα παραπάνω αποτελέσματα αποκαλύπτουν δημογραφικά στοιχεία και στοιχεία ιστορικού που φαίνεται να επηρεάζουν τη μειωμένη ποιότητα ζωής των ασθενών με ΚΑ. Χαρακτηριστικά, οι χαμηλές τιμές σωματικής λειτουργικότητας αποτελούν χαρακτηριστικό ασθενών με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο. Η παροχή, στο μέλλον, επιμορφωτικών σεμιναρίων σχετικά με τις παθήσεις της καρδιάς θα μπορούσε να βοηθήσει σημαντικά στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών

αυτών. **Λέξεις-κλειδιά:** καρδιακή ανεπάρκεια, ποιότητα ζωής, παράγοντες που επηρεάζουν, ερωτηματολόγιο EQ-5D,ερωτηματολόγιο KCCQ.

## **Abstract**

Heart failure (HF) is a frequent and serious clinical syndrome without any radical therapy so far. In patients with HF, the heart is unable to supply the body with the appropriate amount of blood, resulting in poor organ and body functioning due to lack of oxygen and nutrients. HF patients suffer from long-term treatment and frequent hospitalizations that affect their quality of life. Several studies have revealed the adverse impact of HF on the quality of life of these individuals. In the current study, we investigated the quality of life of patients with HF and any clinical factors that may be associated.

The sample of our study consisted of 30 patients with HF who had been hospitalized in the General Hospital of Ioannina, from March to April 2017. Data collection was performed using EQ-5D and KCCQ questionnaires in the Greek version as well as the general health VAS scale. Demographics and patient history data were also recorded.

An analysis of the effect of demographics and history shows that patients with the lowest educational level have lower body function values than those with a higher level of education. In addition, the higher the patient's age, the lower the values associated with physical limitations ( $p = 0.040$ ). Non-smoking patients have significantly lower symptom values compared to smokers ( $p = 0.035$ ), while patients with coronary artery disease have significantly lower self-efficacy rates than those without coronary artery disease ( $p = 0.046$ ).

The above results indicate that some demographic and patient history data seem to have a greater impact on the reduced quality of life associated with HF. Low physical fitness values are characteristic of patients with low educational level. In the future, providing educational seminars on heart disease and its consequences could potentially help to improve the quality of life of patients with HF. **Key-words:** heart failure, quality of life, influencing factors, EQ-5D questionnaire, KCCQ questionnaire.

<b>Περίληψη</b> .....	5
<b>Abstract</b> .....	6
<b><u>Κεφάλαιο 1</u></b>	
Εισαγωγή.....	9
<b><u>Κεφάλαιο 2</u></b>	
2.1. Ερευνητική ερώτηση.....	10
2.2. Αιτιολόγηση/σκεπτικό της έρευνας.....	12
2.3. Αναστοχασμός.....	14
<b><u>Κεφάλαιο 3</u></b>	
3.1. Το υπόβαθρο του θέματος.....	16
3.2. Συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση.....	17
3.3. Κριτική ανάλυση της βιβλιογραφίας.....	17
3.4. Το ερευνητικό έργο.....	18
<b><u>Κεφάλαιο 4</u></b>	
4.1. Επιστημολογία.....	20
4.2. Μεθοδολογία.....	21
4.3. Δειγματολογική τεχνική.....	22
4.4. Κριτήρια αποδοχής και αποκλεισμού δείγματος.....	23
4.5. Περιγραφή δείγματος.....	24
4.6. Περιγραφή του χώρου.....	24
4.7. Μέθοδος συλλογής δεδομένων.....	25
4.7.1. EQ-5D (EuroQoL).....	27
4.7.2. KCCQ (Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire).....	29
4.8. Ηθική έρευνας.....	30
4.9. Μέθοδος ανάλυσης δεδομένων.....	31
<b><u>Κεφάλαιο 5</u></b>	
5.1. Παρουσίαση των αποτελεσμάτων και ανάλυση δεδομένων.....	32
5.1.1. Περιγραφή του δείγματος.....	32
5.1.2. Καταγραφή στις μετρήσεις έκβασης.....	34
5.1.3. Στατιστική συμπερασματολογία.....	35
5.2. Περίληψη των αποτελεσμάτων.....	42

## **Κεφάλαιο 6**

6.1. Συζήτηση των αποτελεσμάτων.....	44
6.2. Αξιολόγηση της ερευνητικής διαδικασίας.....	46
6.3. Προτάσεις για εφαρμογή.....	46

## **Κεφάλαιο 7**

7.1. Συζήτηση.....	48
7.2. Παραπομπές.....	51
7.3. Ευρετήριο Πινάκων.....	56
7.4. Ευρετήριο Εικονών.....	57
7.5. Ερευνητικό πρωτόκολλο.....	58
7.6. Έντυπο συγκατάθεσης.....	60
7.7. Αίτηση Έγκρισης προς το επιστημονικό συμβούλιο.....	61
7.8. Έντυπο Δημογραφικών στοιχείων.....	63
7.9. Ερωτηματολόγιο για την υγεία.....	64
7.10. Ερωτηματολόγιο για τη μυοκαρδιοπάθεια.....	67



## **Κεφάλαιο 1**

### ***Εισαγωγή***

Η εργασία με θέμα <<Διερεύνηση της ποιότητας ζωής των ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια>> εκπονήθηκε στα πλαίσια της διπλωματικής μου εργασίας για το Π.Μ.Σ. ‘Νοσηλευτική Παθολογία’.

Στην αρχή παραθέτω τους στόχους και τους σκοπούς της εργασίας σχηματίζοντας την ερευνητική ερώτηση, αιτιολογώντας το σκεπτικό της εργασίας. Στη συνέχεια ακολουθεί βιβλιογραφική ανασκόπηση: περιγράφεται το υπόβαθρο του θέματος, η συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση και οι μηχανές αναζήτησης που χρησιμοποιήθηκαν, η κριτική ανάλυση της βιβλιογραφίας και τέλος το ερευνητικό κενό που υπάρχει και που αποτέλεσε κριτήριο για την διεξαγωγή της εργασίας. Αμέσως μετά αναλύεται διεξοδικά ο σχεδιασμός της έρευνας όσον αφορά στην επιστημολογία και στη μεθοδολογία που έχει χρησιμοποιηθεί, το ερευνητικό δείγμα, τη μέθοδο συλλογής των δεδομένων, την ηθική της έρευνας και τη μέθοδο ανάλυσης δεδομένων. Στο επόμενο μέρος της εργασίας παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας, οι θεματικές ενότητες και γίνεται ανάλυση των δεδομένων. Τέλος, ακολουθεί η συζήτηση των αποτελεσμάτων, η αξιολόγηση της ερευνητικής διαδικασίας, οι προτάσεις και η εφαρμογή των αποτελεσμάτων καταλήγοντας με τα συμπεράσματα της έρευνάς μου. Στο παράρτημα της εργασίας, μετά τη λίστα παραπομπών, συμπεριλαμβάνεται το Ερευνητικό Πρωτόκολλο, το έντυπο συγκατάθεσης των συμμετεχόντων καθώς επίσης και το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε.

## Κεφάλαιο 2

### *Στόχος και σκοποί της εργασίας*

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να καταγραφεί και να διερευνηθεί η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των ασθενών με ΚΑ, με στόχο τη βελτίωση των αρνητικών επιπτώσεων της ασθένειας στη λειτουργική ικανότητα αυτών. Επιμέρους στόχοι:

- Ο προσδιορισμός των παραγόντων που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ατόμων με ΚΑ.
- Ποιες διαστάσεις (κοινωνικές, οικογενειακές κ.α.) επηρεάζονται από την ΚΑ και έχουν αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής των ατόμων με ΚΑ.
- Σύγκριση της ποιότητας ζωής ως δείκτης αξιολόγησης των θεραπευτικών παρεμβάσεων και στρατηγικών που έχουν ως σκοπό τη βελτίωση της ψυχικής υγείας σε ασθενείς με ΚΑ.

### *2.1. Ερευνητική ερώτηση*

Η μεθοδολογία της έρευνας, ως γνωστικό αντικείμενο, αντιμετωπίζει την πρόκληση να απαντήσει σε βασικά ερωτήματα, τα οποία σχετίζονται με την εγκυρότητα, την αξιοπιστία και την γενίκευση (Κελπανίδης, 2013). Έτσι αρχικά, θα πρέπει να σχεδιαστούν τα ερευνητικά ερωτήματα τα οποία προσδιορίζουν το σκοπό της έρευνας. Έπειτα, βάζοντας τους κατάλληλους στόχους και σκοπούς βοηθούμε στον σχεδιασμό και στην υλοποίηση της έρευνας καθώς μέσω αυτών προκύπτουν ερευνητικές υποθέσεις, οι οποίες στη συνέχεια επαληθεύονται ή όχι σύμφωνα με τα αποτελέσματα (Δημητρόπουλος Ε., 2001).

Σε μια ποσοτική έρευνα τα δεδομένα μετατρέπονται σε αριθμητική, νουμερική ή στατιστική γλώσσα και οι ποσοτικές ερευνητικές ερωτήσεις επιδιώκουν να απαντήσουν στο <<πόσο>> και στο <<τι>> (Mantzoukas, 2008). Με βάση τον τρόπο αυτό, συντάχθηκε η ερευνητική ερώτηση της μελέτης προκειμένου να *“διερευνηθεί σε βάθος η ποιότητα ζωής των ασθενών με ΚΑ”*.

Το μοντέλα ερωτήσεων, δημιουργήθηκαν (στο χώρο της ιατρικής) με σκοπό τη σωστά δομημένη στρατηγική αναζήτησης και ως εκ τούτου την καλύτερη ανάκτηση. Ένα από τα πιο γνωστά είναι το μοντέλο PICO. Ένα άμεσο ερώτημα μπορεί να έχει, διάφορα συστατικά στοιχεία και διαμορφώνεται σύμφωνα με το μοντέλο ως εξής:

- **Πληθυσμός (ποιος;)** - οι αποδέκτες και πιθανόν ευνοούμενοι από μια υπηρεσία ή παρέμβαση.
- **Παρέμβαση (τι;)** - η υπηρεσία ή η σχεδιασμένη δράση που θα λάβει ο πληθυσμός.
- **Αποτέλεσμα (πώς θα μετρηθεί;)** - οι τρόποι με τους οποίους η υπηρεσία ή η σχεδιασμένη δράση μπορεί να μετρηθεί για να αποφασιστεί αν είχε ή όχι το ζητούμενο αποτέλεσμα.
- **Σύγκριση** - η εναλλακτική υπηρεσία ή δράση που θα είχε ή όχι παρόμοια αποτελέσματα.

Δεν είναι απαραίτητο να συνυπάρχουν τα τέσσερα στοιχεία σε κάθε περίπτωση. Αν έχουμε τα δύο απ' αυτά, τον πληθυσμό και την παρέμβαση ή έκθεση, μπορούμε να έχουμε μια έμμεση ερώτηση (Ε. Γκουντάβα & Ε. Λάππα, 2005).

Είναι σημαντικό να έχουμε ένα εργαλείο όπως το PICO για ποσοτικές στρατηγικές αναζήτησης που να μπορεί να προωθήσει το ποιοτικό ερευνητή να ερευνά τους συναφείς όρους αναζήτησης. Ένα τέτοιο εργαλείο μπορεί στη συνέχεια να συμβάλει σε μια πιο συστηματική διαδικασία στη σύνθεση ποιοτικών στοιχείων, βελτιώνοντας την εμπιστοσύνη των ερευνητών ότι έχουν αναζητηθεί όλα τα σχετικά άρθρα στη διαδικασία αναζήτησης.

Η στρατηγική αναζήτησης SPIDER σχεδιάστηκε με βάση τις σκέψεις των συγγραφέων σχετικά με τις δυσκολίες χρήσης PICO κατά την αναζήτηση ποιοτικής και μεικτής μεθόδου έρευνας (Cooke, Mills, & Lavender, 2010; Smith & Lavender, 2011). Οι Cooke et al το 2012, ασχολήθηκαν με το ενδιαφέρον θέμα της ανάπτυξης ενός νέου εργαλείου αναζήτησης με τίτλο "SPIDER" προσθέτοντας κάποιες κατηγορίες όπως τον σχεδιασμό (Design-D): ο σχεδιασμός της μελέτης επηρεάζει την εγκυρότητα της ανάλυσης της μελέτης και των ευρημάτων, την αξιολόγηση (Evaluation-E): τα αποτελέσματα της αξιολόγησης μπορεί να περιλαμβάνουν περισσότερα υποκειμενικά αποτελέσματα (όπως απόψεις, στάσεις, κλπ), και τον τύπο της έρευνας (Research-R): ποιοτική, ποσοτική και μικτοί μέθοδοι έρευνας θα μπορούσαν να αναζητηθούν. Τα βασικά χαρακτηριστικά και τις διαφορές των εργαλείων αναζήτησης PICO και SPIDER παρουσιάζονται παρακάτω (**Πίνακας 1**).

PICO vs SPIDER		
PICO		SPIDER
(P) Πληθυσμός (population)	→	(S) Δείγμα: Οι μικρότερες ομάδες συμμετεχόντων τείνουν να χρησιμοποιούνται στην ποιοτική έρευνα παρά στην ποσοτική έρευνα.
(I) Παρέμβαση (intervention)	→	(Pi) Φαινόμενο ενδιαφέροντος: η ποιοτική έρευνα εξετάζει το πώς και γιατί ορισμένων εμπειριών, συμπεριφορών και αποφάσεων (σε αντίθεση με την αποτελεσματικότητα μιας παρέμβασης).
(C) Σύγκριση (comparison)	→	(D) Σχεδιασμός: οι λεπτομέρειες του σχεδιασμού της μελέτης θα βοηθήσουν στη λήψη αποφάσεων σχετικά με την ευρωστία της μελέτης και της ανάλυσης.
(O) Έκβαση (outcome)	→	(E) Αξιολόγηση: Η ποιοτική έρευνα έχει το ίδιο τελικό αποτέλεσμα με τις ποσοτικές ερευνητικές μεθόδους: τα αποτελέσματα. Αυτά διαφέρουν ανάλογα με την ερευνητική ερώτηση και ενδέχεται να περιέχουν πιο μη παρατηρήσιμες και υποκειμενικές δομές σε σύγκριση με την ποσοτική έρευνα (π.χ. στάσεις και απόψεις κ.λπ.).
Δεν ισχύει στην PICO		(R) Τύπος έρευνας

**Πίνακας 1. Διαφορές κατηγοριών αναζήτησης των εργαλείων PICO & SPIDER.**

Για λογαριασμό της αναζήτησης σε τούτη τη μελέτη, χρησιμοποιήθηκε η στρατηγική PICO καθώς μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την κατασκευή διάφορων ειδών ερευνητικών ερωτημάτων που προέρχονται από την κλινική πρακτική, τον άνθρωπο και την διαχείριση υλικού πόρου. Επίσης, το καλά κατασκευασμένο ερευνητικό ερώτημα επιτρέπει το σωστό προσδιορισμό των πληροφοριών που απαιτείται για την επίλυση του κλινικού ερευνητικού ζητήματος, μεγιστοποιεί την ανάκτηση στοιχείων στη βάση δεδομένων, επικεντρώνεται στο ερευνητικό πεδίο και αποφεύγει την περιττή αναζήτηση. Η χρήση της στρατηγικής PICO αποκαλύπτει ότι είναι αποτελεσματική στην ανάκτηση στοιχείων και προσφέρει ήδη μια διασύνδεση σε ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων για την άμεση εισαγωγή των τεσσάρων συνιστωσών (Santos CMC et al.,2007) .

## **2.2. Αιτιολόγηση/σκεπτικό της έρευνας**

Η καρδιακή ανεπάρκεια (ΚΑ) είναι η κατάσταση του καρδιαγγειακού συστήματος, κατά την οποία η καρδιά δεν μπορεί να εξωθήσει επαρκή ποσότητα αίματος, ικανή να αντιμετωπίσει τις μεταβολικές ανάγκες του οργανισμού. Η ΚΑ δεν αποτελεί νόσο, αλλά ένα σύνδρομο που οφείλεται σε διάφορες παθολογικές διεργασίες (Braunwald, 2005, Στέφα, 2002).

Η διαχείριση των ασθενών με ΚΑ στοχεύει στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων με τελικό σκοπό κύρια τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων με ΚΑ. Η διαχείριση των ασθενών με ΚΑ μπορεί να περιλαμβάνει την εκπαίδευση του ασθενούς, καθώς και του οικογενειακού περιβάλλοντος, τον περιορισμό των υγρών, τη διακοπή καπνίσματος και της λήψης αλκοόλ, σε θέματα που αφορούν την αποφυγή αλατιού στο φαγητό, το καθημερινό ζύγισμα των ασθενών, την άσκηση όπου είναι εφικτό καθώς και την έγκαιρη αναγνώριση των συμπτωμάτων. Επιπλέον, είναι δυνατό να περιλαμβάνει και την διαχείριση της ΚΑ με χορήγηση της βασικής φαρμακευτικής αγωγής όπως είναι τα διουρητικά, οι αναστολείς μετατρεπτικού ενζύμου αγγειοτενσίνης (ΑΜΕΑ), οι β-αναστολείς και οι ανταγωνιστές της αλδοστερόνης (Nair and Peate, 2012, Braunwald, 2005, Στέφα, 2002).

Οι ασθενείς με ΚΑ βιώνουν μια χρόνια και απειλητική για τη ζωή τους κατάσταση που χαρακτηρίζεται από έντονη κόπωση, δύσπνοια κατά την προσπάθεια ή ακόμη και την ηρεμία, δυσκολία στην αναπνοή στην κατάκλιση, οιδήματα κυρίως στα κάτω άκρα, επιδείνωση της λειτουργικής κατάστασης και αυξημένες επανεισαγωγές στο νοσοκομείο. Όλα τα παραπάνω προβλήματα έχουν αρνητικό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής ασθενών με ΚΑ και έχουν οδηγήσει σε μια αυξανόμενη αναγνώριση της σημασίας της υγείας που σχετίζεται με την ποιότητα ζωής. Η γνώση των παραγόντων που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής σε αυτούς τους ασθενείς θα βοηθήσει στην ανάπτυξη αποτελεσματικών παρεμβάσεων για τη βελτίωση των αρνητικών επιπτώσεων αυτής της ασθένειας (Πολυκανδριώτη και συν. 2009, Braunwald. 2005, Στέφα. 2002).

Η ποιότητα ζωής (Quality of Life: QoL) είναι μια πολυδιάστατη έννοια που καλύπτει σημαντικές περιοχές ή τομείς της ζωής ενός ατόμου, συμπεριλαμβανομένης της σωματικής λειτουργίας, των ψυχολογικών διαδικασιών, κοινωνικές και οικονομικές ανησυχίες καθώς και πνευματικές και υπαρξιακές πτυχές (Davidson P. et al., 2004).

Η ποιότητα ζωής είναι ένας σημαντικός στόχος στο πλαίσιο της προληπτικής και θεραπευτικής καρδιολογίας. Είναι σημαντικό, τόσο ως μέτρο έκβασης στις κλινικές δοκιμές της συμφορητικής ΚΑ όσο και ως θεώρηση στις θεραπευτικές αποφάσεις των μεμονωμένων ιατρών (Coelho R. et al.,2005).

Παρά τον υψηλό επιπολασμό της, έχουν γίνει λίγες μελέτες σχετικά με την επίδραση της ΚΑ στην ποιότητα ζωής των ασθενών, γεγονός που υποδηλώνει την ανάγκη επιδημιολογίας της ποιότητας ζωής σε όλους τους τομείς. Κύριο μέλημα της παρούσας έρευνας είναι να εξεταστούν οι έννοιες της ποιότητας ζωής σε ασθενείς με ΚΑ χρησιμοποιώντας αξιόπιστα εργαλεία μέτρησης, έτσι ώστε να προσδιοριστούν οι παράγοντες που την επηρεάζουν με στόχο τη βελτίωση των αρνητικών επιπτώσεων της ασθένειας στη λειτουργική ικανότητα αυτών.

### **2.3. Αναστοχασμός**

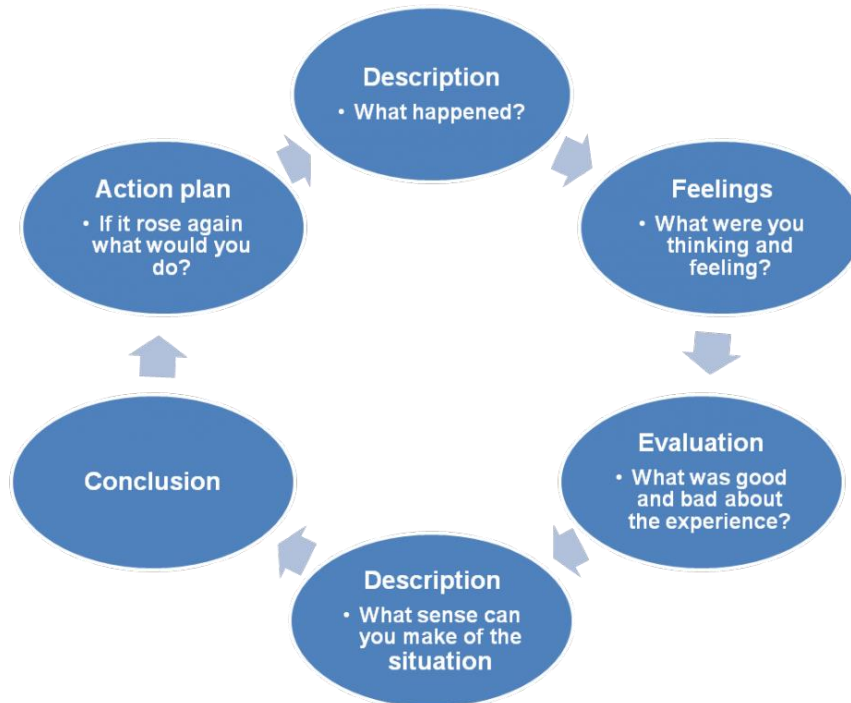
Ο αναστοχασμός με την ευρύτερη έννοια περιλαμβάνει την κριτική ανάλυση των καθημερινών επαγγελματικών πράξεων. Είναι ένα παράθυρο μέσα από το οποίο οι επαγγελματίες μπορούν να δουν και να επικεντρωθούν στο περιεχόμενο της εμπειρίας που οι ίδιοι έζησαν, με ένα τρόπο που τους έδωσε την δυνατότητα να αντιμετωπίζουν και να αντιλαμβάνονται, με τελικό σκοπό να επιλύουν τις αντιφάσεις μέσα από την πρακτική τους, μεταξύ του τι είναι επιθυμητό και τι πραγματοποιήσιμο. Πρακτική του αναστοχασμού είναι να:

- Προσδιορίζει τρόπους και ανάγκες για γνώση.
- Διευκολύνει την προσωπική και επαγγελματική ανάπτυξη.
- Αναδεικνύει ικανότητες.
- Προλαμβάνει πράξεις ρουτίνας/συνήθειας.
- Εξασφαλίζει πρακτικές βασισμένες στην απόδειξη.

Τα Μοντέλα Αναστοχαστικής Πρακτικής (Reflective Practice) χρησιμοποιούνται στο Ηνωμένο Βασίλειο τουλάχιστον μια δεκαετία, και αποτελούν εργαλεία διαχείρισης ιδιαίτερα θετικών και δυσάρεστων εμπειριών στον κλινικό χώρο.

Εικόνες, περιστατικά και εμπειρίες από τον κλινικό νοσηλευτικό χώρο εμπλουτίζουν την εκπαιδευτική διαδικασία, και αναπτύσσονται μέτρα σύγκρισης που προωθούν την αναστοχαστική κλινική άσκηση (Atkins, S. & Murphy,K.,

1994). Από τα πιο γνωστά μοντέλα αναστοχασμού είναι και το μοντέλο του Gibbs, το οποίο χρησιμοποιήθηκε και στην έρευνα μας και περιλαμβάνει την περιγραφή, τα αισθήματα, την αξιολόγηση, την ανάλυση, τα συμπεράσματα και το σχέδιο δράσης (**Εικόνα 1**).



*Εικόνα 1: Αναπαράσταση του μοντέλου αναστοχασμού του Gibbs.*

Η ΚΑ αποτελεί ένα σοβαρά υποεκτιμημένο πρόβλημα υγείας. Κι όμως, είναι πιο συχνή από τις περισσότερες μορφές καρκίνου. Είναι χαρακτηριστικό ότι αποτελεί τη πιο συχνή αιτία νοσηλείας για τους ασθενείς άνω των 65 ετών και γι'αυτό έχει μεγάλη σημασία η έγκαιρη διάγνωση.

Έναυσμα για την έρευνα μου, αποτέλεσε η εργασία μου στο χώρο της Β' Καρδιολογικής κλινικής όπου συχνά νοσηλεύονται οι ασθενείς με ΚΑ λόγω απορρύθμισης. Η κύρια παρατήρησή μου ήταν πως οι ασθενείς με ΚΑ αντιμετωπίζουν διάφορα φυσικά και συναισθηματικά συμπτώματα τα οποία περιορίζουν τις καθημερινές σωματικές και κοινωνικές δραστηριότητες και οδηγούν σε φτωχή ποιότητα ζωής, η οποία φαίνεται να σχετίζεται με τα υψηλά επίπεδα νοσηλείας και θνησιμότητας. Συνεπώς, ο προβληματισμός μου για την έρευνα αυτή είναι κατά πόσο επηρεάζεται η ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών, ποια είναι τα συστατικά της ποιότητας ζωής που επηρεάζονται περισσότερο και πόσο σημαντικό είναι να αξιολογείται κατάλληλα για τη συνολική επίδραση που έχει στην καθημερινή ζωή τους.

## Κεφάλαιο 3

### **3.1. Το υπόβαθρο του θέματος**

Η Καρδιακή Ανεπάρκεια (ΚΑ) εξαιτίας της αυξημένης συχνότητας εμφάνισής της, της δυσμενούς πρόγνωσης και των μεγάλων οικονομικών δαπανών που απαιτούνται για την αντιμετώπιση της, αποτελεί μεγάλο κοινωνικοοικονομικό πρόβλημα στο Δυτικό κόσμο. Αποτελεί την πρώτη αιτία εισαγωγής των ασθενών στο νοσοκομείο και εμφανίζεται συχνότερα σε άτομα άνω των 65 ετών (Franzen et al., 2006).

Η ποιότητα ζωής είναι μια πολυδιάστατη, ευμετάβλητη και υποκειμενική έννοια, που δύσκολα μπορεί να οριστεί και να μετρηθεί. Παρότι έχουν γίνει πολλές προσπάθειες ορισμού της ποιότητας ζωής δεν υπάρχει ένας κοινά αποδεκτός ορισμός. Ανάλογα με τις διαστάσεις της ποιότητας ζωής, που πρόκειται να μετρηθούν υιοθετείται ή δημιουργείται και ο αντίστοιχος ορισμός (Πολυκανδριώτη et al. 2009, Heo et al. 2009, Υφαντόπουλος Γ. & Σαρρής Μ., 2001).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) τοποθετεί την ποιότητα ζωής στο χώρο της υγείας με το Σύνταγμα του ΠΟΥ το 1946, που ορίζει την υγεία ως φυσική, ψυχική και κοινωνική ευεξία και όχι μόνο ως την απουσία αρρώστιας ή αναπηρίας (Νάκου Σ., 2001).

Παρά τις σημαντικές προόδους στη θεραπεία της ΚΑ η ποιότητα ζωής των ατόμων με ΚΑ είναι ακόμα φτωχή. Οι επαγγελματίες υγείας που νοσηλεύουν αυτούς τους ασθενείς πρέπει να λαμβάνουν υπόψη όλους τους παράγοντες που επιδρούν αρνητικά στην ποιότητα ζωής και να τους αντιμετωπίζουν με τις ανάλογες παρεμβάσεις (Lambrinou et al., 2011).

Επομένως, είναι σημαντικό να αξιολογείται η ποιότητα ζωής των ασθενών με ΚΑ για να διερευνηθούν οι παράγοντες που επηρεάζουν αρνητικά τη ζωή τους. Επίσης, σημαντικό ρόλο φαίνεται να διαδραματίζουν οι επαγγελματίες υγείας και οι νοσηλευτές ειδικότερα εφαρμόζοντας τις κατάλληλες παρεμβάσεις διαμέσου προγραμμάτων διαχείρισης της ΚΑ (Lambrinou et al., 2011).

Οι έρευνες των Πολυκανδριώτη και συν. 2009 και Σπυράκη και συν. 2008, τονίζουν τη σημασία αντιμετώπισης των παραγόντων αυτών, ούτως ώστε οι ασθενείς να καλλιεργήσουν μια θετική στάση απέναντι στην κατάσταση της υγείας τους.



Έτσι, κρίνεται σκόπιμη η διενέργεια μια μελέτης που διερευνά την ποιότητα ζωής των ατόμων με ΚΑ καθώς και τους παράγοντες που επηρεάζουν τις καθημερινές τους δραστηριότητες.

### **3.2. Συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση**

Για τους σκοπούς της παρούσας εργασίας πραγματοποιήθηκε αναλυτική βιβλιογραφική αναζήτηση χρησιμοποιώντας τις μηχανές Google, Google Scholar και Pub Med. Με σκοπό την εύρεση συναφών με το αντικείμενο επιστημονικών μελετών χρησιμοποιήθηκαν οι λέξεις κλειδιά: Cardiology, Heart Failure, Quality of Life, Στεφανιαία Νόσος, Καρδιακή Ανεπάρκεια, Ποιότητα ζωής ασθενών. Οι τελεστές Boolean που χρησιμοποιήθηκαν ήταν <or> και <and>. Συνολικά ανακτήθηκαν 98 επιστημονικές αναφορές. Από αυτές οι 55 χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα εργασία. Η επιλογή έγινε με βάση τη συνάφεια του αντικειμένου και των αποτελεσμάτων των επιστημονικών αναφορών, που προέκυψε μελετώντας τα.

### **3.3. Κριτική ανάλυση της βιβλιογραφίας**

Στην εποχή της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης, αλλά και της ανάγκης για άσκηση της ιατρικής βάσει αποδείξεων (evidence-based medicine), κάθε επιστήμονας στο χώρο της υγείας πρέπει να ενημερώνεται και να ανανεώνει την ήδη υπάρχουσα γνώση που διαθέτει. Κύρια χαρακτηριστικά που πρέπει να διαθέτουν και να διέπουν ένα άρθρο είναι η εγκυρότητα και η αξιοπιστία των αποτελεσμάτων του καθώς και η δυνατότητα εφαρμογής τους στην κλινική πράξη. Ο τρόπος της σύγχρονης αναζήτησης και ο καθορισμός της επιλογής του άρθρου συνήθως επιτυγχάνεται με την ανάγνωση του τίτλου και της περίληψης που διατίθεται. Ο τίτλος προσδίδει μια συνοπτική και ακριβή εντύπωση του περιεχομένου, ενώ η περίληψη τη σύνοψη του άρθρου με έμφαση στη μεθοδολογία, στα ευρήματα και στα συμπεράσματα. Ένα άρθρα δομημένο επιστημονικό άρθρο, το οποίο και θα αποτελέσει εφαλτήριο κριτικής σκέψης για τον αναγνώστη χωρίζεται σε υποενότητες έτσι ώστε να αναλυθούν και να αξιολογηθούν ξεχωριστά (Blettner M. et al., 2001). Οι υποενότητες σε ένα ερευνητικό άρθρο είναι:

- Περίληψη (abstract)
- Εισαγωγή (introduction)
- Μέθοδος (method)

- Αποτελέσματα (results)
- Συζήτηση (discussion)
- Συμπεράσματα (conclusions)
- Παραπομπές (references)

Τα άρθρα τα οποία επέλεξα σχετίζονται με το αντικείμενο της έρευνάς μας (τι περιγράφει, ποια είναι τα αποτελέσματα και τα συμπεράσματα της μελέτης) και οι συγγραφείς είναι σχετικοί και κατάλληλοι για τη διεξαγωγή της. Οι περιλήψεις είναι συνοπτικές και παρουσιάζουν τον σκοπό, το αντικείμενο και τα κύρια ευρήματα. Στην εισαγωγή γίνεται παρουσίαση του συλλογισμού του άρθρου και της επιστημονικής υπόθεσης. Όσον αφορά τη μέθοδο/μεθοδολογία, εδώ περιγράφονται τα στάδια σχεδιασμού, η σύνθεση του δείγματος, τα εργαλεία συλλογής δεδομένων, τα κριτήρια αποδοχής και αποκλεισμού του δείγματος καθώς επίσης και οι κανόνες ηθικής και δεοντολογίας. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται με σαφήνεια και κατανοητό τρόπο. Απαντούν στα ερευνητικά ερωτήματα που τέθηκαν και είναι σωστά δομημένα. Στις συζητήσεις πραγματοποιείται κριτική ανάλυση με βάση τους περιορισμούς και αδυναμιών της έρευνας, παρουσιάζονται οι προτάσεις αλλά και οι δυνατότητες εφαρμογής των αποτελεσμάτων. Τα συμπεράσματα αποτελούν τη συμπύκνωση των ευρημάτων με κλινική σημασία που εξάγονται πραγματικά από τα ευρήματα της έρευνας και τα συγκρίνουν με αποτελέσματα άλλων ερευνών. Τέλος, στις παραπομπές έχουμε επαρκείς βιβλιογραφίες οι οποίες εξυπηρετούν τους σκοπούς και τους στόχους της έρευνας.

### **3.4. Το ερευνητικό κενό**

Μετά τη βιβλιογραφική αναζήτηση εντοπίστηκε ένας μεγάλος αριθμός ερευνητικών μελετών σχετικά με την ποιότητα ζωής των ασθενών με ΚΑ στη διεθνή βιβλιογραφία. Όσο αφορά στον ελλαδικό χώρο, υπάρχει σημαντικό ερευνητικό κενό καθώς ανευρέθηκαν μόνο δύο ερευνητικές μελέτες που πραγματοποιήθηκαν το 2008 (Σπυράκη και συν. 2008) και το 2009 (Πολυκανδριώτη και συν. 2009). Οι ερευνητικές αυτές μελέτες είχαν ως κύριο σκοπό την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής σε ασθενείς με ΚΑ καθώς και τη διερεύνηση των παραγόντων που την επηρεάζουν. Η έρευνά μου θα ήθελα να αποτελέσει έναυσμα για τους επαγγελματίες υγείας και ειδικότερα για τους νοσηλευτές έτσι ώστε να αποκτήσουν περισσότερες γνώσεις για τους παράγοντες που έχουν αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής των ασθενών με ΚΑ. Με

τον τρόπο αυτό θα μπορούν να ενημερώνουν καλύτερα τόσο τους ασθενείς όσο και την οικογένειά τους.

## **Κεφάλαιο 4**

### ***4.1. Επιστημολογία***

Ο όρος επιστημολογία αναφέρεται στη σχέση του ερευνητή, ο οποίος βάζει τα όρια και τους κανόνες με τα οποία θα πραγματοποιηθεί μια έρευνα. και στο αντικείμενο της έρευνας που είναι δυνατόν να γνωρίζει (Μαντζούκας Σ., 2015). Η οντολογία μπορεί να δηλώνεται με οποιαδήποτε θεωρητική παραδοχή και είναι συνάρτηση της επιστημολογίας και των μεθοδολογιών, στις οποίες η ανθρώπινη σκέψη βασίζεται για την έρευνα του πραγματικού κόσμου. Ως εκ τούτου, η ανθρώπινη διάνοηση οφείλει να αφιερώνει περισσότερο διάλογο και επικοινωνία σε βασικά θέματα, καθώς οι οντολογικές και επιστημολογικές παραδοχές είναι αναθεωρήσιμες εν όψει νέων τρόπων σκέψης και μεθοδολογιών που διευρύνουν τον τρόπο αναζήτησης της γνώσης. Η Μεθοδολογία της Έρευνας εμφανίζει μία πληθώρα προσεγγίσεων, που φαινομενικά δικαιολογείται από την ύπαρξη διαφορετικών φιλοσοφικών θεωρήσεων και παραδοχών αναφορικά με την αντίληψη της πραγματικότητας. Ο διαχωρισμός μεταξύ της αντικειμενικής και της υποκειμενικής θεώρησης της πραγματικότητας έχει οδηγήσει στην εμφάνιση τεσσάρων κυρίως προσεγγίσεων (Σταμοβλάσης Δ.,2013).

Η θετικιστική προσέγγιση διατηρεί στοιχεία της μεθοδολογίας των φυσικών επιστημών και ο ερευνητής δέχεται πως υπάρχει μια ανεξάρτητη πραγματικότητα η οποία μπορεί να έρθει εις πέρας μέσω των επανειλημμένων αξιολογήσεων. Έχει αντικειμενικό χαρακτήρα και ο ερευνητής υποστηρίζει ότι βρίσκει την αλήθεια και τα αποτελέσματα γίνονται αντιληπτά με τις αισθήσεις μας (Σταμοβλάσης Δ.,2013). Αναφορικά με τη μεθοδολογία, ο ερευνητής δεν συνδέεται με το αντικείμενο αντιθέτως, διαχωρίζει τις δικές του πεποιθήσεις από τα φαινόμενα της έρευνας. Τέτοιες έρευνες είναι κυρίως εργαστηριακές ή διπλές τυφλές τυχαιοποιημένες μελέτες (Μαντζούκας Σ., 2015).

Στην μετά (ή νέο) θετικιστική επιστημολογία ο ερευνητής δέχεται ότι υπάρχει μια αληθινή πραγματικότητα η οποία όμως δεν μπορεί να γίνει πλήρως κατανοητή από το άτομο. Ο ερευνητής και το αντικείμενο της έρευνας εξακολουθούν να μη συνδέονται μεταξύ τους, προσπαθεί όμως να έχει υπό τον έλεγχο του όσες περισσότερες παραμέτρους μπορεί. Σε αυτές τις έρευνες χρησιμοποιούνται ποσοτικά ερωτηματολόγια και κλίμακες (Μαντζούκας Σ., 2015).

Η ερμηνευτική, ως διαδικασία απόδοσης νοήματος και κατανόησης (Σταμοβλάσης Δ., 2013), δέχεται πως δεν υπάρχει μια μοναδική πραγματικότητα αλλά αποβαίνει από το τι αισθάνεται ο καθένας, έχει δηλαδή υποκειμενικό χαρακτήρα. Υπάρχει αλληλεπίδραση ανάμεσα στον ερευνητή και στο αντικείμενο της έρευνας, η οποία διεξάγεται στο φυσικό χώρο των συμμετεχόντων και χρησιμοποιούνται μέθοδοι όπως συνεντεύξεις, παρατηρήσεις και ποιοτική ανάλυση ντοκουμέντων.

Τέλος, στην κριτική/συμμετοχική επιστημολογία ο ερευνητής δέχεται πως η πραγματικότητα και η γνώση δεν είναι ούτε αντικειμενική, ούτε υποκειμενική. Σκοπός της έρευνας είναι να ανακαλυφθεί και να αλλαχθεί η πραγματικότητα μέσω της αλληλεπίδρασης του ερευνητή και του αντικειμένου και να δώσει φωνή στους συμμετέχοντες (Μαντζούκας Σ., 2015).

Η σύγχρονη ιατρική κοινότητα επικεντρώνει πλέον την προσοχή της τόσο στα αποτελέσματα των ιατρικών πράξεων, όσο και στις επιπτώσεις που έχουν αυτές στη ζωή του αρρώστου. Ο συνδυασμός αυτών των δύο προοπτικών διαμορφώνει το πλαίσιο μέσα στο οποίο τοποθετείται η μελέτη για την ποιότητα ζωής: αφενός η προσωπική, υποκειμενική εμπειρία ενός ατόμου για τη ζωή του, αυτή καθεαυτή (υποκειμενική διάσταση) και αφετέρου η εκτίμηση εξωτερικών παραγόντων που επηρεάζουν την ποιότητα της ζωής του (αντικειμενική διάσταση).

Μια μεθοδολογία μέτρησης της ποιότητας ζωής, που λαμβάνει υπόψη τις υποκειμενικές και αντικειμενικές διαστάσεις της και που αποσκοπεί στην επιστημονική διερεύνησή της με τη χρήση ερωτηματολογίων, όπως στην μετά (ή νέο) θετικιστική επιστημολογία- η οποία θα χρησιμοποιηθεί στην παρούσα μελέτη- οφείλει να επιτύχει την ικανοποίηση των βασικών απαιτήσεων και προϋποθέσεων της έρευνας και να ακολουθήσει τα στάδια που περιγράφονται στη συνέχεια (Υφαντόπουλος Γ. & Σαρρής Μ., 2001)

## **4.2. Μεθοδολογία**

Η μεθοδολογία της Έρευνας είναι άμεσα συνυφασμένη με τη Θεωρία και την Επιστημονική Γνώση. Η έλλειψη ενός κυρίαρχου θεωρητικού παραδείγματος, παράλληλα με την πληθώρα των μεθοδολογιών έρευνας, αποτελεί ένα διαχρονικό σημαντικό πρόβλημα, καθώς η επιστημονική κοινότητα αδυνατεί να συναινέσει στον τρόπο (μέθοδο), με τον οποίο η έρευνα θα οδηγήσει σε διεύρυνση της γνώσης

(Κελπανίδης, 2001). Οι δύο παραπάνω αντιθετικές θεωρήσεις για την πραγματικότητα έχουν οδηγήσει σε δύο φαινομενικά ασυμβίβαστες πρακτικές, φερόμενες ως 'ποσοτικές' και 'ποιοτικές' προσεγγίσεις.

Συγκριτικά, η εξέλιξή τους δείχνει ένα αναμφισβήτητο προβάδισμα των 'ποσοτικών' προσεγγίσεων, διότι στο πεδίο αυτό έχει γίνει περισσότερη και αποτελεσματικότερη προσπάθεια για την απάντηση των ερωτημάτων που σχετίζονται με την εγκυρότητα, την αξιοπιστία και τη γενίκευση. Η εξέλιξη των 'ποσοτικών' προσεγγίσεων οφείλεται στην εφαρμογή της μαθηματικής λογικής και ειδικότερα στην ανάπτυξη της στατιστικής σκέψης, κάτι που απουσιάζει τελείως από την άλλη προσέγγιση. Ως εκ τούτου, το βασικό έλλειμμα των 'ποιοτικών' προσεγγίσεων με αντίκτυπο στην αξιοπιστία των αποτελεσμάτων είναι η αδυναμία τους να απαντήσουν σε ερωτήματα που αφορούν στην τυχαιότητα και τη γενίκευση, τα οποία διευθετούνται μόνο με τη στατιστική σκέψη (Σταμοβλάσης Δ., 2013).

Οδηγηθήκαμε λοιπόν, στην εφαρμογή ποσοτικής έρευνας η οποία χαρακτηρίζεται από την επιδίωξη του ερευνητή να συλλάβει αντικειμενικά και γενικά δεδομένα για κάποιο φαινόμενο και στη συνέχεια να μετατρέψει αυτά τα δεδομένα σε αριθμητικά ή στατιστικά στοιχεία, ώστε να κάνει συγκρίσεις μεταξύ των μεταβλητών και να παράσχει αντικειμενικές επεξηγήσεις για τα αίτια ή τις σχέσεις μεταξύ των μεταβλητών, οι οποίες επεξηγήσεις θα αποτελούν μια αντικειμενική και γενική θεωρία για το φαινόμενο της έρευνας (Μαντζούκας Σ., 2015).

### **4.3. Δειγματολογική τεχνική**

Η δειγματοληψία είναι μια σημαντική πτυχή της ζωής γενικότερα και της έρευνας ειδικότερα. Η ιδέα του δείγματος συνδέεται με αυτή του πληθυσμού ο οποίος αναφέρεται σε όλες τις περιπτώσεις, δεν περιορίζεται σε ανθρώπους αλλά μπορεί να περιλαμβάνει και μονάδες που δεν σχετίζονται καθόλου με ανθρώπους. Οι διάφοροι τύποι δειγματοληψίας συνήθως διαιρούνται σε αυτούς που βασίζονται σε δείγματα πιθανοτήτων και σε δείγματα μη πιθανοτήτων, όπου η πιθανότητα δεν είναι γνωστή. Η δειγματοληψία πιθανοτήτων αναφέρεται μερικές φορές ως αντιπροσωπευτική δειγματοληψία. Στα δείγματα που δεν είναι πιθανοτήτων, δεν μπορούμε να εφαρμόσουμε στατιστική συμπερασματολογία. Έτσι, στα δείγματα πιθανοτήτων ανήκει:

- ✓ Απλή τυχαία δειγματοληψία (simple random sampling)

- ✓ Συστηματική δειγματοληψία (systematic random sampling)
  - ✓ Δειγματοληψία κατά στρώματα (stratified random sampling)
  - ✓ Μέθοδος κατά δεσμίδες (random cluster sample)
  - ✓ Πολυσταδιακή τυχαία δειγματοληψία (multi-stage random sample)
  - ✓ Δειγματοληψία αναλογίας (quota sampling)
- (Φίλιας Β., 2001, Ιωαννίδη-Καπόλου, 2010).

Οι μικρής κλίμακας έρευνες συνήθως χρησιμοποιούν δείγματα που δεν είναι δείγματα πιθανοτήτων. Συνήθως είναι λιγότερο πολύπλοκο να δημιουργηθούν και είναι αποδεκτές όταν δεν υπάρχει η πρόθεση ή η ανάγκη να κάνουν στατιστική γενίκευση σε οποιοδήποτε πληθυσμό πέρα από το υπό έρευνα δείγμα. Τέτοια δείγματα μη πιθανοτήτων που χρησιμοποιούνται στην ποιοτική έρευνα είναι:

- Βολική ή συμπτωματική δειγματοληψία
- Δειγματοληψία χιονοστιβάδας
- Δειγματοληψία ποσόστωσης
- Σκόπιμη δειγματοληψία (Ιωαννίδη-Καπόλου, 2010).

Στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκε δείγμα αναλογίας (quota sampling). Πρέπει να διευκρινίσουμε ότι δείγμα αναλογίας χαρακτηρίζεται το δείγμα που ο ερευνητής σκοπύμως το επιλέγει και όχι τυχαία, γιατί το συγκεκριμένο δείγμα έχει τη γνώση και τα χαρακτηριστικά με την υπόθεση ότι αυτά τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά είναι κατανομημένα συστηματικά από άκρη σε άκρη σε έναν πληθυσμό έτσι ώστε η επιλογή των σωστών αναλογιών στα άτομα που παρουσιάζουν παραλλαγές των χαρακτηριστικών να αποφέρουν ένα απολύτως αντιπροσωπευτικό δείγμα. Έτσι, το δείγμα επιλέγεται όχι με αντικειμενικές και τυχαίες τεχνικές, αλλά με βάση την υποκειμενική γνώση του ερευνητή για τα χαρακτηριστικά του δείγματος (Ιωαννίδη-Καπόλου, 2010).

#### **4.4. Κριτήρια αποδοχής και αποκλεισμού δείγματος**

Η ταχεία ανάπτυξη και καθιέρωση θεραπευτικών ιατρικών πράξεων παράτασης ή βελτίωσης της ζωής ασθενών με ΚΑ προκάλεσε το ενδιαφέρον και την ανάγκη για περισσότερη έρευνα της ποιότητας ζωής των ασθενών αυτών, προκειμένου να διερευνηθούν οι παράγοντες που την επηρεάζουν στις καθημερινές

τους δραστηριότητες, καθώς επίσης και στην ψυχολογική τους ευεξία (Seongkum Heo et al.,2009).

Τα κριτήρια επιλογής των ασθενών (δείγμα) για συμμετοχή στην διεξαγωγή της παρούσας εργασίας, καθορίστηκαν με στόχο την ομοιογένεια του δείγματος και παράλληλα να ικανοποιούν τις απαιτήσεις της ερευνητικής εργασίας, για ακριβή και αξιόπιστα αποτελέσματα. Αναγκαία και απαραίτητη προϋπόθεση για την επιλογή των ασθενών στη μελέτη αποτέλεσε η παρουσία της νόσου ή του συνδρόμου της ΚΑ. Η διεξαγωγή της έρευνας πραγματοποιήθηκε στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων και συγκεκριμένα στη Β' Καρδιολογική Κλινική και στα τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία ΚΑ, σε άτομα άνω των 18 ετών, ανεξαρτήτως φύλου, που ήταν πρόθυμα να συμμετάσχουν στην έρευνα. Ο αριθμός του δείγματος τέθηκε από την αρχή από τον ίδιο τον ερευνητή, έτσι ώστε να αποτελεί έναν αντιπροσωπευτικό και ικανοποιητικό αριθμό για να δώσει σαφή αποτελέσματα. Έχει βρεθεί ότι το μέγεθος ενός δείγματος εξαρτάται από την μεταβλητότητα ενός πληθυσμού. Επίσης όσο μεγαλύτερη ακρίβεια απαιτείται για την εκτίμηση των αποτελεσμάτων, τόσο μεγαλύτερο δείγμα πρέπει να πάρουμε (Υφαντόπουλος & Νικολαΐδου, 2008).

#### **4.5. Περιγραφή δείγματος**

Στην παρούσα ποσοτική εργασία συμμετείχαν 30 ασθενείς (νοσηλεύόμενοι στην Καρδιολογική Κλινική και ασθενείς του Εξωτερικού Ιατρείου ΚΑ), 24 άντρες και 6 γυναίκες ηλικίας άνω των 18 ετών. Όσοι έλαβαν μέρος στη μελέτη πληρούσαν τα παραπάνω κριτήρια που είχαμε θέσει από την αρχή της έρευνας προκειμένου να προσφέρουν τις πιο αξιόπιστες πληροφορίες στη μελέτη. Όλοι οι ασθενείς δέχτηκαν πρόθυμα να συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια και να τα επιστρέψουν για την διεξαγωγή των αποτελεσμάτων.

#### **4.6. Περιγραφή του χώρου**

Τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν σε συγκεκριμένους χώρους (στη Καρδιολογική Κλινική αν ο ασθενής νοσηλεύεται ή στο Τακτικό Εξωτερικό Ιατρείο ΚΑ) και ζητήθηκε από τον ερωτούμενο να το συμπληρώσει μόνος του σε ήσυχο περιβάλλον. Με τη χρήση αυτής της μεθόδου, πολλά ερωτηματολόγια μπορούν να συμπληρωθούν σε μικρό χρονικό διάστημα και υπάρχει η δυνατότητα ανωνυμίας (μειώνεται η δυνατότητα ψεύτικων απαντήσεων). Από την άλλη πλευρά, ως



μειονέκτημα θεωρείται ότι πολλά ερωτηματολόγια δεν επιστρέφονται, ενώ αν επιστραφούν μπορεί να μην είναι πλήρως συμπληρωμένα.

#### **4.7. Μέθοδος συλλογής δεδομένων**

Οι άνθρωποι διεξάγουν έρευνες προκειμένου να διερευνήσουν θέματα κατά τρόπο συστηματικό αυξάνοντας έτσι τη γνώση τους. Ανεξάρτητα ωστόσο του σκοπού μιας έρευνας και των σχετικών ερωτήσεων θα πρέπει να συλλεχθούν δεδομένα για να απαντηθούν οι ερωτήσεις. Οι τεχνικές δειγματοληψίας αποτελούν μεθοδολογία που επιτρέπει τη μείωση της ποσότητας των δεδομένων που χρειάζονται να συλλεχθούν θεωρώντας δεδομένα μόνο από ένα υποσύνολο των περιπτώσεων που εξετάζονται (Moser and Kalton,1979).

Οι απαντήσεις που δίνονται στα ερωτήματα των ερευνών δεν είναι πάντοτε ακριβείς. Τα σφάλματα που τις συνοδεύουν μπορεί να οφείλονται σε σκοπιμότητα. Η ύπαρξη των σφαλμάτων ελέγχεται με ειδικές διαδικασίες έτσι ώστε πολλά από αυτά επισημαίνονται και εξαλείφονται ή περιορίζονται.

Οι μέθοδοι συλλογής δεδομένων για μια ομάδα ανθρώπων μπορούν να ταξινομηθούν κατά πολλούς τρόπους. Η συνηθέστερη κατηγοριοποίηση είναι η ακόλουθη (D. De Vaus,1991):

1. Μέθοδος άμεσης παρατήρησης
2. Μέθοδος προσωπικής συνέντευξης
3. Μέθοδος τηλεφωνικής συνέντευξης
4. Ερωτηματολόγια
5. Χρήση δευτερογενών πηγών (αρχεία, δημοσιεύσεις κλπ)

Το συνηθέστερο μέσο συλλογής δεδομένων στις ποσοτικές ερευνητικές προσεγγίσεις είναι το ερωτηματολόγιο (Questionnaire), το οποίο στη συνέχεια θα αναλυθεί μέσα από τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων. Με τα ερωτηματολόγια συλλέγονται δεδομένα ζητώντας από ανθρώπους να απαντήσουν στο ίδιο ακριβώς σύνολο ερωτήσεων. Χρησιμοποιούνται συνήθως στα πλαίσια μιας ερευνητικής στρατηγικής, προκειμένου να συλλεχθούν περιγραφικά και επεξηγηματικά, δεδομένα για απόψεις, συμπεριφορές, χαρακτηριστικά, στάσεις κ.λπ. Μολονότι υπάρχουν διάφοροι ορισμοί, χρησιμοποιούμε το ερωτηματολόγιο ως ένα γενικό όρο που περιλαμβάνει τεχνικές συλλογής δεδομένων, όπου κάθε ερωτώμενος

απαντά στο ίδιο σύνολο ερωτήσεων, με προκαθορισμένη σειρά (Παρασκευόπουλος Ι.,1999).

Προκειμένου η έρευνα να οδηγήσει σε έγκυρα αποτελέσματα που σχετίζονται με το υπό μελέτη θέμα, το ερωτηματολόγιο ενδείκνυται να περιλαμβάνει κατάλληλες ερωτήσεις οι οποίες:

- Να σχετίζονται με τους στόχους της έρευνας.
- Να περιλαμβάνουν τα απαραίτητα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος ώστε μέσα από τις συσχετίσεις των μεταβλητών να είναι δυνατή η περιγραφή τάσεων και χαρακτηριστικών συγκεκριμένων ομάδων (Κορρές Κ, 2013).

Η αξιοπιστία και η εγκυρότητα των οργάνων μέτρησης είναι καθοριστική για την εξασφάλιση ορθών αποτελεσμάτων από τη διεξαγωγή μιας έρευνας. Επίσης, χρειάζεται να αναφερθούν τα είδη αξιοπιστίας και οι τύποι εγκυρότητας που έχουν υποστηρίξει το εργαλείο μέτρησης σε περίπτωση ανακοίνωσης ή δημοσίευσης της ερευνητικής μελέτης. Τα αποτελέσματα τέτοιων ερευνών αποτελούν σοβαρές ενδείξεις που θεωρούνται τεκμηριωμένες και μπορούν να αξιοποιηθούν κατάλληλα. Όταν δεν αναφέρεται η αξιοπιστία και η εγκυρότητα των οργάνων μέτρησης, τα αποτελέσματα μιας έρευνας είναι αποδεκτά με επιφύλαξη και η μελέτη παρουσιάζει πολλούς περιορισμούς ως προς την ορθότητα των αποτελεσμάτων της (Ουζούνη Χ.& Νακάκης Κ.,2011). Η αξιοπιστία και εγκυρότητα των δεδομένων που συλλέγονται και ο ρυθμός ανταπόκρισης που επιτυγχάνεται εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από το σχεδιασμό των ερωτήσεων, τη δομή του ερωτηματολογίου και την εφαρμογή του πιλοτικού τεστ. Όταν σχεδιάζονται οι επί μέρους ερωτήσεις οι ερευνητές πραγματοποιούν ένα από τα ακόλουθα :

- Υιοθετούν ερωτήσεις που έχουν χρησιμοποιηθεί σε άλλα ερωτηματολόγια.
- Προσαρμόζουν ερωτήσεις που έχουν χρησιμοποιηθεί σε άλλα ερωτηματολόγια
- Αναπτύσσουν τις δικές τους ερωτήσεις (Gill & Johnson,1997).

Οι τρόποι απάντησης σε ένα ερωτηματολόγιο είναι δύο:

1. Αυτό συμπληρούμενα:

Τα ερωτηματολόγια διανέμονται σε συγκεκριμένους χώρους. Ο ερωτούμενος συμπληρώνει μόνος του το ερωτηματολόγιο και το δίνει συμπληρωμένο στον

ερευνητή. Με τη χρήση αυτής της μεθόδου, πολλά ερωτηματολόγια μπορούν να συμπληρωθούν σε μικρό χρονικό διάστημα και υπάρχει η δυνατότητα της ανωνυμίας.

## 2. Εμμέσως συμπληρούμενα:

Ο ερευνητής σε αυτή τη περίπτωση κάνει τις ερωτήσεις προσωπικά, είτε τηλεφωνικά είτε πρόσωπο με πρόσωπο. Οι ερωτήσεις απευθύνονται από τον ερευνητή στον ερωτώμενο και σημειώνει ο ίδιος τις απαντήσεις. Με τη χρήση αυτής της μεθόδου όλα τα ερωτηματολόγια συμπληρώνονται. Ωστόσο αποτελεί χρονοβόρα διαδικασία και δεν υπάρχει η δυνατότητα της ανωνυμίας.

Τύποι ερωτήσεων στα ερωτηματολόγια:

### 1. Ανοιχτού τύπου:

Οι ερωτήσεις αυτές έχουν μεγαλύτερη δυνατότητα εκφραστικότητας. Ωστόσο, είναι πιο δύσκολη η κωδικοποίησή τους.

### 2. Κλειστού τύπου:

Η κωδικοποίηση, η επεξεργασία και η ανάλυση των απαντήσεων, σε αυτή τη περίπτωση, είναι ευκολότερη. Απαιτείται μικρότερο χρονικό διάστημα για τη συμπλήρωσή τους (Τζαννονε-Τζώρτζη Κ.,2000).

Η επιλογή των ερωτηματολογίων EQ-5D (EuroQoL) και KCCQ (Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire) με δομημένες ερωτήσεις σε τούτη την μελέτη, τίθεται σε ένα συγκεκριμένο πλαίσιο καθώς έτσι κρίθηκε ότι είναι όπως αυτό γίνεται δυνατό να εξυπηρετηθεί διεξοδικότερα αλλά και αποτελεσματικότερα η άντληση των πληροφοριών.

#### **4.7.1. EQ-5D (EuroQoL)**

Για τους σκοπούς της εργασίας χρησιμοποιήθηκε η ελληνική μετάφραση EQ-5D (EQ-5D-3L), στη μορφή όπως είχε αποσταλεί στον ερευνητή από το EuroQoL Group. Η ελληνική μετάφραση και απόδοση του ερωτηματολογίου EQ-5D, αποτελεί μια ορθή απόδοση του πρωτότυπου EQ-5D με βάση ειδική επιτροπή του EuroQoL. Σκοπός της ομάδας του EuroQoL στη μετάφραση του πρωτοτύπου EQ-5D ήταν να διασφαλιστεί η εγκυρότητα, η λειτουργικότητα και η αξιοπιστία, να είναι ένα κατανοητό εργαλείο και να πλησιάζει αρκετά παρόμοια συστήματα αξιολόγησης της υγείας όπως αυτά έχουν αναπτυχθεί σε άλλες χώρες (Τζιγκουνάκη, 2009). Ο Υφαντόπουλος (2001), υποστηρίζει και βεβαιώνει ότι η ελληνική απόδοση του

ερωτηματολογίου EQ-5D ήταν επιτυχής, επιτρέποντας με αυτό τον τρόπο την χρήση του σε μελέτες που αποσκοπούν στην μέτρηση και αξιολόγηση της ποιότητας ζωής. Τα ερωτηματολόγια γενικού επιπέδου υγείας, όπως είναι και το EQ-5D, το οποίο χρησιμοποιήθηκε για τους σκοπούς της εργασίας, αξιολογούν συγκεκριμένες πλευρές του επιπέδου υγείας του ατόμου, ανεξάρτητα ηλικίας, φύλου και κοινωνικοοικονομικής κατάστασης, χωρίς όμως να αναφέρονται σε συγκεκριμένες ιατρικές διαγνώσεις. Τα συγκεκριμένα εργαλεία είναι πολυδιάστατα και αξιολογούν το λιγότερο τέσσερις διαστάσεις της υγείας του ατόμου: τη σωματική λειτουργικότητα, την κοινωνική λειτουργικότητα, την ψυχική υγεία και τις αντιλήψεις γενικής υγείας. Τα ερωτηματολόγια γενικού επιπέδου υγείας επιτρέπουν την διερεύνηση της μέτρησης του υγειονομικού αποτελέσματος, τη δυνατότητα συγκρίσεων ανάμεσα σε ασθενείς που βρίσκονται σε διαφορετικές καταστάσεις υγείας και επιχειρούν την μέτρηση της ποιότητας ζωής του ατόμου στηριζόμενες κατά κύριο λόγο στο βαθμό πραγματοποίησης των καθημερινών και κοινωνικών του δραστηριοτήτων (Υφαντόπουλος, 2007).

Το EQ-5D δημιουργήθηκε το 1987 στο Πανεπιστήμιο του York της Αγγλίας, από μια ομάδα έμπειρων ερευνητών από πέντε ευρωπαϊκές χώρες όπου μετά από πολλές συναντήσεις και πειραματικές εφαρμογές σε κοινωνικές έρευνες πεδίου και σε κλινικές μελέτες κατέληξαν στο επιστημονικό εργαλείο EuroQoL. Η ομάδα λοιπόν του EuroQoL (EuroQoL Group, 1990), δημιούργησε ένα αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής των ατόμων, που αποτελείται από δύο μέρη: Στο πρώτο μέρος καταγράφεται το προφίλ υγείας του ατόμου, όπως αξιολογείται από το ίδιο το άτομο, χρησιμοποιώντας πέντε διαστάσεις οι οποίες αναφέρονται στην κινητικότητα, στην αυτοεξυπηρέτηση, στις συνήθειες δραστηριότητες, στον πόνο-δυσφορία και στο άγχος-κατάθλιψη, ενώ στο δεύτερο μέρος του εργαλείου παρουσιάζεται με τη μορφή ενός θερμομέτρου υγείας μια οπτική αναλογική κλίμακα, η οποία λαμβάνει τιμές από 0-100, το 0 ισοδυναμεί με τη χειρότερη νοητή κατάσταση υγείας και το 100 με την άριστη νοητή κατάσταση υγείας. Ενδιάμεσες τιμές της οπτικής αναλογικής κλίμακας, υποδηλώνουν ενδιάμεσες καταστάσεις υγείας. Η κλίμακα αυτή βασίζεται στις υποκειμενικές εκτιμήσεις του ατόμου για τη σημερινή κατάσταση της υγείας του. Χρησιμοποιώντας το EQ-5D είναι δυνατή η εκτίμηση της ωφελιμότητας που απολαμβάνει το άτομο από διαφορετικές καταστάσεις υγείας (Υφαντόπουλος, 2007).

Μειονέκτημα όμως των ερωτηματολογίων αυτών είναι ότι δεν οδηγούν στον εντοπισμό συγκεκριμένων στοιχείων μιας ασθένειας, τα οποία διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην αξιολόγηση των θεραπευτικών αποτελεσμάτων. Για τον λόγο αυτό αρκετοί ερευνητές υποστηρίζουν ότι τα ερωτηματολόγια γενικού επιπέδου υγείας πρέπει να συμπληρώνονται από ερωτηματολόγια εξειδικευμένα για κάθε ασθένεια, όπως το KCCQ (Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire) το οποίο θα επίσης χρησιμοποιήθηκε στη μελέτη αυτή, έτσι ώστε να μπορούν να ανιχνευτούν σημαντικές και αξιόλογες κλινικές αλλαγές.

#### **4.7.2. KCCQ (Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire)**

Η ποιότητα ζωής συνδέεται στενά με την κατάσταση της υγείας, αλλά επίσης διαφέρει από αυτήν, διότι επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες, συμπεριλαμβανομένων των οικονομικών, πολιτικών, πνευματικών και πολιτιστικών παραγόντων. Η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία (Health-related quality of life – HRQoL) είναι ένας γενικός όρος που συνήθως χρησιμοποιείται για να καλύπτει κλινικά σημαντικές πτυχές της ζωής, συμπεριλαμβανομένων των σωματικών συμπτωμάτων και επιδράσεων της θεραπείας, της κοινωνικής ευημερίας και της λειτουργικότητας με την έννοια των σωματικών, συναισθηματικών, γνωστικών και σεξουαλικών διαστάσεων της ζωής. Πολλαπλά εργαλεία που μελετούν το HRQoL έχουν αναπτυχθεί για πληθυσμούς με ΚΑ. Μεταξύ αυτών είναι το ερωτηματολόγιο για την καρδιομυοπάθεια από το Kansas City (Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire - KCCQ), μια πολυδιάστατη κλίμακα που έχει ουσιαστική κλινική χρησιμότητα για τη μέτρηση των αποτελεσμάτων της ΚΑ με την πάροδο του χρόνου (Creber MR et al., 2012). Το ερωτηματολόγιο KCCQ είναι ένα ειδικό για την ΚΑ εργαλείο που σχεδιάστηκε αρχικά για να περιγράψει και να παρακολουθήσει την κατάσταση υγείας σε ασθενείς με ΚΑ (Green CP et al., 2000). Αυτό το ερωτηματολόγιο εντόπισε τους ακόλουθους κλινικά συναφείς τομείς: φυσικούς περιορισμούς, συμπτώματα, σοβαρότητα και μεταβολή με την πάροδο του χρόνου, αυτο-αποτελεσματικότητα και γνώση, κοινωνικές παρεμβολές και ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με την υγεία. Η εγκυρότητα, η αξιοπιστία και η ανταπόκριση του KCCQ είναι καλά εδραιωμένες και ποικίλες δοκιμές έδειξαν ισχυρές συσχετίσεις με τη λειτουργική κλάση κατά NYHA και τη δοκιμασία βάρδισης 6 λεπτών (Green CP et al., 2000). Το KCCQ είναι ευπροσάρμοστο για τους πολιτισμικά διαφορετικούς ασθενείς.

Έχει μεταφραστεί στη σουηδική, ιταλική, γερμανική, πορτογαλική, ισπανική και νορβηγική γλώσσα (Pettersen KI et al.,2005).

#### **4.8. Ηθική έρευνας**

Οι έννοιες της «ηθικής» και της «δεοντολογίας» δεν χαρακτηρίζουν πλέον κάποιο μεμονωμένο κλάδο της φιλοσοφίας. Αντιθέτως τέμνοντας μια σειρά γνωστικών πεδίων συσχετίζονται με ποικίλες δραστηριότητες της ανθρώπινης πράξης. Έτσι παρά την όποια αρχική τους προέλευση αποτελούν διεπιστημονικές απόπειρες στην προσπάθεια κανονιστικής προσέγγισης μιας σειράς εφαρμογών, ανάμεσα στις οποίες και όσες αφορούν στην υγεία (Θεοδώρου Μ.& Μητροσύλη Μ., 1999).

Οι ηθικές και δεοντολογικές διαστάσεις της υγείας εκφράζονται μέσα απ' τους κώδικες δεοντολογίας, που συνήθως αποτυπώνονται ως νόμοι του κράτους. Πέραν όμως των εθνικών κωδικοποιήσεων, αποτυπώνονται και σε διεθνείς διακηρύξεις, που καθορίζουν κριτήρια επιλογής ανάμεσα σε ηθικά διλλήματα στην καθημερινή πρακτική, συμβάλλοντας στην διαμόρφωση ενός σύγχρονου θετικού δικαίου (Τσούνης Α.&Σαράφης Π.,2012).

Οι ραγδαίες και ταχύτατες εξελίξεις στην επιστημονική έρευνα φέρνουν συχνά στην επιφάνεια δεοντολογικά και ηθικά θέματα όπως τα όρια της έρευνας, οι παρεμβάσεις σε ανθρώπινα όντα, η διπλή χρήση ή κατάχρηση των αποτελεσμάτων, η προστασία των προσωπικών δεδομένων, και η βιοασφάλεια. Οι δεοντολογικοί κανόνες και η νομοθεσία που διέπουν τα ζητήματα αυτά, όπως επίσης και η θεσμοθέτηση οργανισμών για την επίβλεψή τους, διαφέρουν σημαντικά από χώρα σε χώρα. Διαφοροποιήσεις εντοπίζονται όμως και ανά επιστημονικό τομέα (<http://www.ekt.gr/el/magazines/features/19073>).

Προκειμένου λοιπόν να διασφαλίσω την ηθική και δεοντολογία της έρευνάς μου, το πρώτο βήμα ήταν η έγγραφη συγκατάθεση των ατόμων που θα συμμετέχουν στην έρευνα εφόσον, ενημερώθηκαν ως προς την μεθοδολογία, το σκοπό και τις διαδικασίες της έρευνας. Έγινε σαφές ότι θα τηρηθεί η ανωνυμία των συμμετεχόντων, ότι όλες οι πληροφορίες θα έχουν αυστηρά εμπιστευτικό χαρακτήρα πριν, κατά και μετά την έρευνα και ότι ενδεχομένως τα ευρισκόμενα αποτελέσματα ίσως δημοσιευτούν για λόγους διεύρυνσης του σώματος επιστημονικής γνώσης της νοσηλευτικής.

Τέλος, η συγκεκριμένη έρευνα εξασφάλισε άδεια από το Επιστημονικό Συμβούλιο του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων (με λήψη αριθμού πρωτοκόλλου) για τη συλλογή ερευνητικών δεδομένων από ασθενείς μέσω διανομής ερωτηματολογίων στα πλαίσια της μελέτης μας/

#### **4.9. Μέθοδος ανάλυσης δεδομένων**

Η συμβολή της ανάλυσης δεδομένων στην απόκτηση νέας γνώσης και στη διαδικασία λήψης αποφάσεων είναι ιδιαίτερα σημαντική. Γενικά, αν θεωρηθεί ότι μελετάται ένα αντικείμενο ενός ευρύτερου συστήματος, τότε η ανάλυση των δεδομένων που έχουν συλλεχθεί σε συνδυασμό με την αρχική γνώση του αντικειμένου οδηγούν σε νέες γνώσεις, οι οποίες με τη σειρά τους συμβάλουν στη λήψη κατάλληλων αποφάσεων για τη βελτίωση του συστήματος. Η αξιόπιστη ανάλυση δεδομένων, με την έννοια της εξαγωγής αξιόπιστων και χρήσιμων αποτελεσμάτων, προϋποθέτει την ύπαρξη μιας οργανωμένης υπολογιστικής υποδομής, η οποία στηρίζεται σε εργαλεία καταγραφής και ανάλυσης δεδομένων. Σε περιπτώσεις εξειδικευμένων στατιστικών αναλύσεων, η χρήση στατιστικών πακέτων είναι απαραίτητη (Bryman, A.&Cramer, D.,1997)

Το στατιστικό πακέτο που χρησιμοποιήθηκε σε αυτή την έρευνα είναι το SPSS (Statistical Package for Social Sciences). Το SPSS είναι το πιο διαδεδομένο στατιστικό πακέτο, έχει πολλές δυνατότητες όσον αφορά την επεξεργασία και την παρουσίαση των δεδομένων μιας επιστημονικής έρευνας, αλλά και μεγάλη αξιοπιστία. Το SPSS είναι μια εξελιγμένη εφαρμογή που μπορεί να εκτελέσει πλήθος στατιστικών αναλύσεων και επεξεργασία των δεδομένων του σε ένα χρηστικό παραθυρικό περιβάλλον, ενώ είναι δυνατή η στατιστική επεξεργασία των δεδομένων και μέσα από ένα προγραμματιστικό περιβάλλον).

## **Κεφάλαιο 5**

### **5.1. Παρουσίαση των αποτελεσμάτων και ανάλυση δεδομένων**

Στη μελέτη που πραγματοποιήθηκε συμμετείχαν συνολικά 30 ασθενείς. Στους ασθενείς αυτούς καταγράφηκαν τα δεδομένα τους στο ερωτηματολόγιο Kansas City for Cardiomyopathy (KCCQ) και στην κλίμακα EQ-5D καθώς και ορισμένα δημογραφικά στοιχεία και πληροφορίες που αφορούν το ιστορικό του ασθενούς. Συγκεκριμένα, εκτός από τις δύο σταθμισμένες κλίμακες καταγράφηκαν η ηλικία, το φύλο, το μορφωτικό επίπεδο, και η οικογενειακή κατάσταση. Σχετικά με το ιστορικό καταγράφηκαν οι παρακάτω παράμετροι:

Κάπνισμα, Σακχαρώδης διαβήτης (Diabetes Mellitus: DM), Στεφανιαία νόσος, Υπέρταση, Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ), Νεφρική λειτουργία.

Ενδιαφέρον παρουσιάζει:

- η εξέταση των τιμών των 2 κλιμάκων που καταγράφηκαν και
- η διαφοροποίηση των καταγραφών έκβασης ανάλογα με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τα στοιχεία από το ιστορικό.

Στη μελέτη μας χρησιμοποιήθηκαν μέσες τιμές και τυπικές αποκλίσεις για την περιγραφή των μετρήσεων έκβασης KCCQ και του EQ5D, ενώ για τις κατηγορικές μεταβλητές όπως το ιστορικό, τα δημογραφικά στοιχεία και οι επιμέρους κλίμακες του EQ5D χρησιμοποιήθηκαν πλήθη και ποσοστά. Για την ανίχνευση της επίδρασης του ιστορικού και των δημογραφικών στις διαστάσεις του KCCQ και του EQ 5D χρησιμοποιήθηκαν μοντέλα ανάλυσης παλινδρόμησης. Το επίπεδο σημαντικότητας σε όλες τις περιπτώσεις ορίστηκε ίσο με 0.05 και η ανάλυση έγινε με το λογισμικό SPSS v 22.0.

#### **5.1.1. Περιγραφή του δείγματος**

Όπως προαναφέρθηκε, στη συγκεκριμένη μελέτη χρησιμοποιήθηκε δείγμα 30 ασθενών που νοσηλεύτηκαν στη Β' Καρδιολογική Κλινική του Π.Γ.Ν.Ι. Αρχικά περιγράφεται η κατανομή του δείγματος, ανάλογα με το φύλο και η μέση ηλικία ανδρών και γυναικών αλλά και του συνόλου (**Πίνακας 2**).

Σε ό,τι αφορά το φύλο, παρατηρήθηκε μεγαλύτερη αναλογία ανδρών σε σχέση με τις γυναίκες που νοσηλεύτηκαν με ΚΑ. Το ποσοστό των ανδρών κυμαίνεται σε 80% έναντι 20% των γυναικών (**Πίνακας 2**).



			Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	N
Ηλικία	Φύλο	Άρρεν	68,54	10,11	24
		Θήλυ	75,17	12,77	6
	Σύνολο		69,87	10,79	30

**Πίνακας 2:** Κατανομή του δείγματος σχετιζόμενη με το φύλο και την ηλικία. Στο σύνολο των 30 ασθενών ο αριθμός (N) των ανδρών βρέθηκε 24 ενώ των γυναικών 6.

Από τους 30 ασθενείς του δείγματός μας, μόνο ένας ήταν άγαμος (ποσοστό 3,33%). Ένα επιπλέον στοιχείο που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα μελέτη ήταν το μορφωτικό επίπεδο των ασθενών, το οποίο φαίνεται στον **Πίνακα 3**.

	Πλήθος	Ποσοστό %
Απόφοιτος Δημοτικού	8	26,7
Απόφοιτος Γυμνασίου	7	23,3
Απόφοιτος Λυκείου	10	33,3
Απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ	5	16,7
Σύνολο	30	100,0

**Πίνακας 3:** Μορφωτικό επίπεδο ασθενών.

Από το σύνολο των ασθενών φαίνεται ότι ελάχιστοι ήταν καπνιστές και περίπου το 37% έπασχε από Σακχαρώδη Διαβήτη. Οι 22 έπασχαν από αρτηριακή υπέρταση, ενώ κανένας από ΧΑΠ. Για 6 ασθενείς η νεφρική λειτουργία ήταν φυσιολογική ενώ για 24 υπήρχε έκπτωση νεφρικής λειτουργίας. Τα πλήη και τα αντίστοιχα ποσοστά παρουσιάζονται στον **Πίνακα 4**.

	Όχι		Ναι	
	Πλήθος	Ποσοστό %	Πλήθος	Ποσοστό %
Κάπνισμα	26	86,7%	4	13,3%
Σακχαρώδης διαβήτης	19	63,3%	11	36,7%
Υπέρταση	22	73,3%	8	26,7%
ΧΑΠ	30	100,0%	0	0,0%
Νεφρική ανεπάρκεια	24	80,0%	6	20,0%
Στεφανιαία Νόσος	1	3,3%	29	96,7%

*Πίνακας 4: Ποσοστά ασθενών που πάσχουν από διάφορα νοσήματα σχετιζόμενα με την καρδιακή δυσλειτουργία.*

### 5.1.2. Καταγραφή στις μετρήσεις έκβασης

Από την κλίμακα που αφορά τη γενική υγεία φαίνεται ότι η μέση τιμή είναι 61,83 με χαμηλότερη την τιμή 40 και υψηλότερη την τιμή 95 (Πίνακας 5).

	N	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
Υγεία	30	40	95	61,83	12,069
N (listwise)	30				

*Πίνακας 5: Γενική υγεία ασθενών του δείγματος*

Σχετικά με το ερωτηματολόγιο EQ-5D, στον πίνακα που ακολουθεί φαίνεται η κατανομή των απαντήσεων ανάλογα με την κάθε διάσταση. Συγκεκριμένα, σε όλες τις διαστάσεις του EQ5D το ποσοστό της απάντησης που δείχνει ότι δεν έχουν πρόβλημα ή έχουν μικρό πρόβλημα αγγίζει αθροιστικά και ανά κατηγορία το 100%. Επομένως φαίνεται ότι οι ασθενείς του δείγματος αντιμετωπίζουν μικρά ή καθόλου προβλήματα (Πίνακας 6).

	Δεν έχω πρόβλημα		Έχω μερικά προβλήματα		Έχω σοβαρό πρόβλημα / Δεν είμαι ικανός	
	Πλήθος	Ποσοστό %	Πλήθος	Ποσοστό %	Πλήθος	Ποσοστό %
Κινητικότητα	18	60,0%	12	40,0%	0	0,0%
Αυτοεξυπηρέτηση	25	83,3%	5	16,7%	0	0,0%
Δραστηριότητες	4	13,3%	24	80,0%	2	6,7%
Πόνος	17	56,7%	13	43,3%	0	0,0%
Άγχος	21	70,0%	8	26,7%	1	3,3%

*Πίνακας 6: Ποσοστά ασθενών που αντιμετωπίζουν καθημερινά προβλήματα σχετιζόμενα με το ερωτηματολόγιο EQ-5D.*

Σχετικά με τις διαστάσεις του Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire στον πίνακα 7 φαίνεται η κατανομή των τιμών για κάθε μία διάσταση του ερωτηματολογίου αλλά και για τις δύο συνολικές, αυτή της λειτουργικότητας και τη συνολική. Παρατηρείται ότι η μέση τιμή είναι συγκριτικά αυξημένη για τα συμπτώματα και τη φροντίδα.

	N	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
Κοινωνική αλληλεπίδραση	30	19,05	54,76	38,1746	9,59504
Φυσικοί περιορισμοί	30	,00	58,33	20,9722	15,37694
Συμπτώματα	30	34,69	77,55	60,2041	10,86197
Φροντίδα	30	,00	66,67	60,0000	15,84165
Αποτελεσματικότητα	30	25,00	58,33	42,7778	7,16972
Σύνολο Functional score	30	22,49	57,74	40,5882	10,58958
Overall score	30	17,50	58,04	45,9885	9,58118
N (listwise)	30				

*Πίνακας 7: Ποσοστά ασθενών που αντιμετωπίζουν καθημερινά προβλήματα σχετιζόμενα με το ερωτηματολόγιο Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire.*

### 5.1.3. Στατιστική συμπερασματολογία

Με τη μέθοδο της ανάλυσης παλινδρόμησης εξετάζεται η επίδραση των δημογραφικών παραγόντων και των στοιχείων του ιστορικού σε κάθε μία από τις διαστάσεις του KCCQ και στις δύο συνολικές.

#### Σωματική Λειτουργικότητα

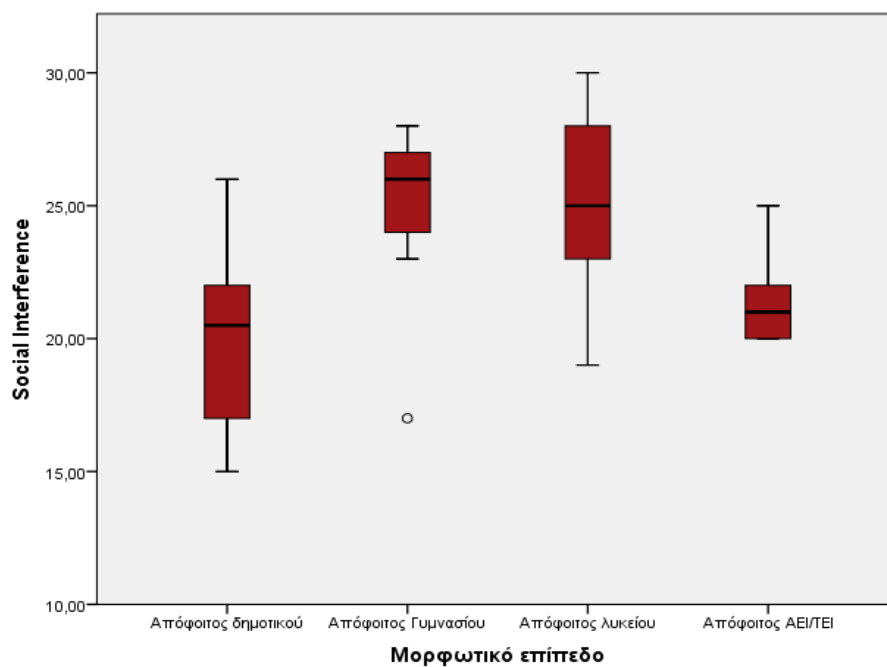
Source	Type III Sum of Squares	df	Μέση τιμή Square	F	Sig.
Corrected Model	1295,175 <sup>a</sup>	11	117,743	1,542	,200
Intercept	242,995	1	242,995	3,182	,091
Gender	46,028	1	46,028	,603	,448
Marital status	62,642	1	62,642	,820	,377
<b>Education</b>	967,911	3	322,637	4,225	<b>,020</b>
Καπνισμα	136,199	1	136,199	1,783	,198
DM	112,214	1	112,214	1,469	,241
Hypertension	2,973	1	2,973	,039	,846
ΧΑΠ	,000	0	.	.	.
Νεφρική	4,405	1	4,405	,058	,813
Στεφαναία νόσος	4,406	1	4,406	,058	,813
Ηλικία	12,814	1	12,814	,168	,687
Error	1374,704	18	76,372		
Σύνολο	46388,889	30			
Corrected Σύνολο	2669,879	29			

**Πίνακας 8:** Ανάλυση χρησιμοποιώντας ως εξαρτημένη μεταβλητή τη σωματική λειτουργικότητα. R Squared = 0,485 (Adjusted R Squared = 0,170)

Από την παραπάνω ανάλυση φαίνεται ότι διαφορά μεταξύ των ασθενών εντοπίζεται μόνο ανάλογα με το μορφωτικό τους επίπεδο. Συγκεκριμένα φαίνεται ότι οι ασθενείς με το χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο έχουν τις χαμηλότερες τιμές σωματικής λειτουργικότητας συγκριτικά με τους ασθενείς με ανώτερο μορφωτικό επίπεδο ( $p < 0,05$ ). Η παρατηρούμενη διαφορά μεταξύ των κλιμάκων είναι περίπου 18 μονάδες στη συγκεκριμένη κλίμακα. Η διαφορά μεταξύ των ομάδων απεικονίζεται στον Πίνακα 9 και στην Εικόνα 2.

Μορφωτικό επίπεδο	Μέση τιμή	Std. Error	95% Confidence Interval	
			Lower Bound	Upper Bound
Απόφοιτος Δημοτικού	27,810 <sup>a</sup>	9,678	7,478	48,142
Απόφοιτος Γυμνασίου	44,125 <sup>a</sup>	9,836	23,460	64,790
Απόφοιτος Λυκείου	45,112 <sup>a</sup>	9,087	26,021	64,202
Απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ	42,270 <sup>a</sup>	10,219	20,800	63,740

**Πίνακας 9:** Ανάλυση χρησιμοποιώντας ως εξαρτημένη μεταβλητή το μορφωτικό επίπεδο των ασθενών. Τα αποτελέσματα που φαίνονται στο παραπάνω μοντέλο βασίζονται στη μέση ηλικία 69,87 έτη.



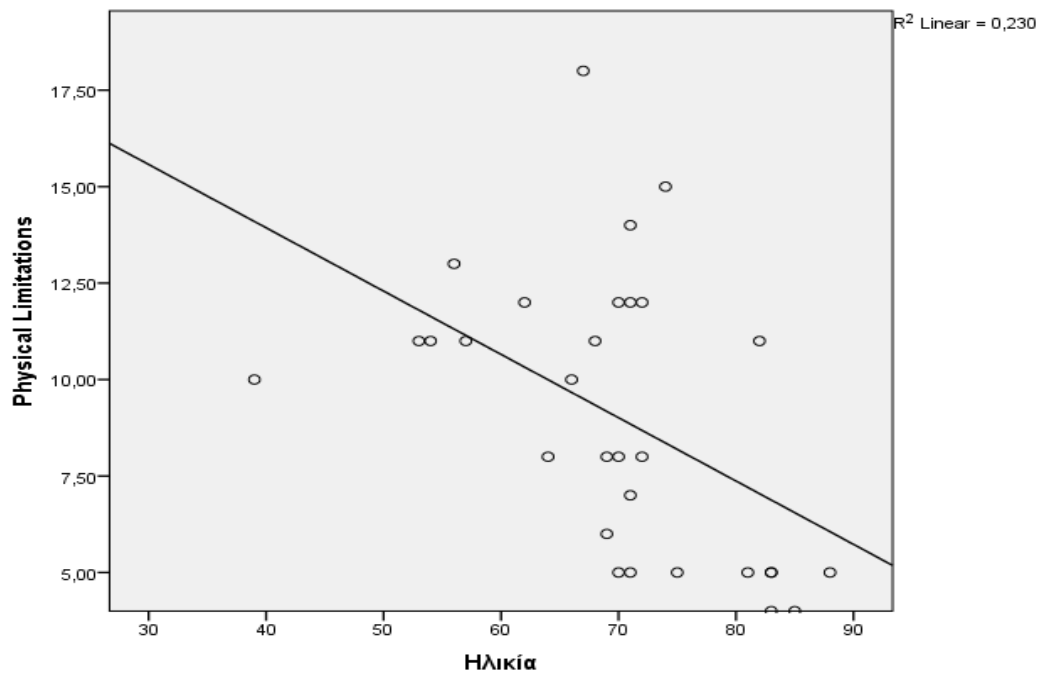
**Εικόνα 2:** Απεικόνιση της σωματικής λειτουργικότητας των ασθενών σε σχέση με το μορφωτικό τους επίπεδο.

### Φυσικοί Περιορισμοί

Στη συνέχεια αναλύθηκε η σχέση φυσικών περιορισμών μεταξύ των ασθενών. Από την ανάλυση φαίνεται ότι διαφορά μεταξύ των ασθενών εντοπίζεται μόνο ανάλογα με την ηλικία (**Πίνακας 10**). Συγκεκριμένα φαίνεται ότι όσο μεγαλύτερη η ηλικία τόσο χαμηλότερες οι τιμές της διάστασης ‘Φυσικοί Περιορισμοί’ ( $p=0,040$ ). Η σχέση μεταξύ των δύο μετρήσεων απεικονίζεται στην **Εικόνα 3**.

Source	Type III Sum of Squares	df	Μέση τιμή Square	F	Sig.
Corrected Model	2746,234 <sup>a</sup>	11	249,658	1,093	,418
Intercept	1394,895	1	1394,895	6,108	,024
Φύλο	,778	1	,778	,003	,954
Marital status	105,000	1	105,000	,460	,506
Education	493,662	3	164,554	,721	,553
Κάπνισμα	49,896	1	49,896	,218	,646
DM	204,536	1	204,536	,896	,356
Hypertension	45,200	1	45,200	,198	,662
ΧΑΠ	,000	0	.	.	.
Νεφρική	476,079	1	476,079	2,085	,166
Στεφανιαία Νόσος	79,358	1	79,358	,347	,563
<b>Ηλικία</b>	1119,674	1	1119,674	4,903	<b>,040</b>
Error	4110,826	18	228,379		
Σύνολο	20052,083	30			
Corrected Σύνολο	6857,060	29			

*Πίνακας 10: Ανάλυση χρησιμοποιώντας ως εξαρτημένη μεταβλητή τους φυσικούς περιορισμούς.  $R Squared = 0,400$  ( $Adjusted R Squared = 0,034$ )*



Εικόνα 3: Απεικόνιση των φυσικών περιορισμών των ασθενών σε σχέση με την ηλικία.

### Συμπτώματα

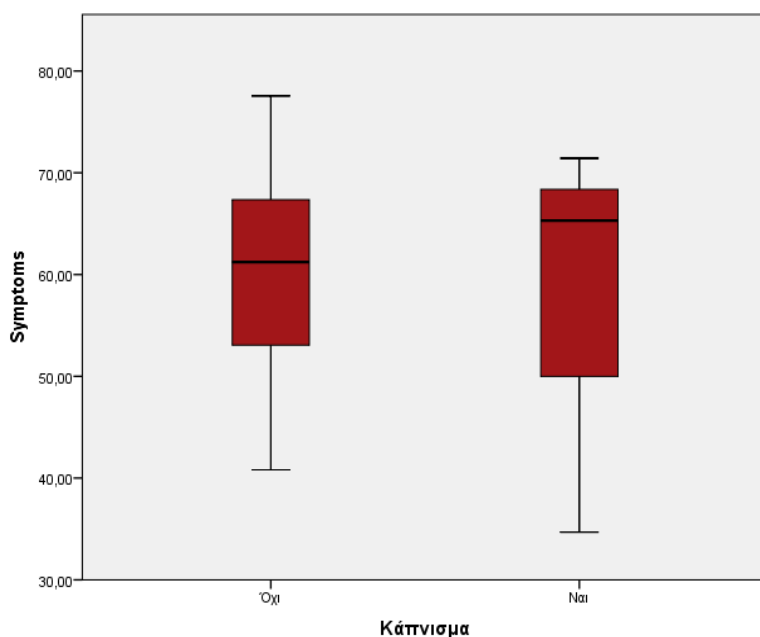
Source	Type III Sum of Squares	df	Μέση τιμή Square	F	Sig.
Corrected Model	2174,384 <sup>a</sup>	11	197,671	2,853	,024
Intercept	515,552	1	515,552	7,441	,014
Φύλο	72,707	1	72,707	1,049	,319
Marital status	308,722	1	308,722	4,456	,051
Education	608,687	3	202,896	2,928	,062
<b>Κάπνισμα</b>	361,269	1	361,269	5,214	<b>,035</b>
DM	91,678	1	91,678	1,323	,265
Hypertension	292,708	1	292,708	4,225	,055
ΧΑΠ	,000	0	.	.	.
Νεφρική	,804	1	,804	,012	,915
Στεφανιαία Νόσος	5,931	1	5,931	,086	,773
Ηλικία	2,631	1	2,631	,038	,848
Error	1247,107	18	69,284		
Σύνολο	112157,434	30			
Corrected Σύνολο	3421,491	29			

Πίνακας 11: Ανάλυση χρησιμοποιώντας ως εξαρτημένη μεταβλητή τα συμπτώματα.  $R$  Squared = 0,636 (Adjusted  $R$  Squared = 0,413).

Από την ανάλυση των συμπτωμάτων φαίνεται ότι διαφορά μεταξύ των ασθενών εντοπίζεται μόνο ανάλογα με το κάπνισμα (**Πίνακας 11**). Συγκεκριμένα φαίνεται (**Πίνακας 12**) ότι οι ασθενείς που δεν καπνίζουν έχουν σημαντικά χαμηλότερες τιμές συμπτωμάτων συγκριτικά με τους ασθενείς καπνιστές ( $p=0,035$ ). Η παρατηρούμενη διαφορά μεταξύ των κλιμάκων είναι περίπου 12 μονάδες στη συγκεκριμένη κλίμακα. Η διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων απεικονίζεται στην **Εικόνα 4**.

Κάπνισμα	Μέση τιμή	Std. Error	95% Confidence Interval	
			Lower Bound	Upper Bound
Όχι	49,862 <sup>a</sup>	7,679	33,729	65,995
Ναι	37,534 <sup>a</sup>	10,031	16,461	58,608

**Πίνακας 12:** Απεικόνιση των συμπτωμάτων των ασθενών σε σχέση με το κάπνισμα. Τα αποτελέσματα στο παραπάνω πίνακα βασίζονται στη μέση ηλικία 69,87 έτη.



**Εικόνα 4:** Απεικόνιση των συμπτωμάτων των ασθενών σε σχέση με το κάπνισμα.

## Φροντίδα

Source	Type III Sum of Squares	df	Μέση τιμή Square	F	Sig.
Corrected Model	3263,284 <sup>a</sup>	11	296,662	1,330	,285
Intercept	1851,907	1	1851,907	8,303	,010
Φύλο	150,439	1	150,439	,675	,422
Marita statusI	91,309	1	91,309	,409	,530
Education	641,856	3	213,952	,959	,433
Κάπνισμα	,067	1	,067	,000	,986
DM	,080	1	,080	,000	,985
Hypertension	188,770	1	188,770	,846	,370
ΧΑΠ	,000	0	.	.	.
Νεφρική	11,108	1	11,108	,050	,826
Στεφανιαία Νόσος	,000	1	,000	,000	,999
Ηλικία	349,102	1	349,102	1,565	,227
Error	4014,493	18	223,027		
Σύνολο	115277,778	30			
Corrected Σύνολο	7277,778	29			

*Πίνακας 13: Ανάλυση χρησιμοποιώντας ως εξαρτημένη μεταβλητή την ικανότητα προσωπικής φροντίδας. R Squared = 0,448 (Adjusted R Squared = 0,111).*

Από την ανάλυση παλινδρόμησης φαίνεται ότι καμία από τις παραμέτρους του ιστορικού που εξετάστηκαν ή των δημογραφικών στοιχείων, δεν έχει στατιστικά σημαντική επίδραση στη συγκεκριμένη διάσταση του ερωτηματολογίου. Τα p-values για το σύνολο των παραμέτρων φαίνονται στη στήλη Sig (**Πίνακας 13**).



## Αυτο-αποτελεσματικότητα

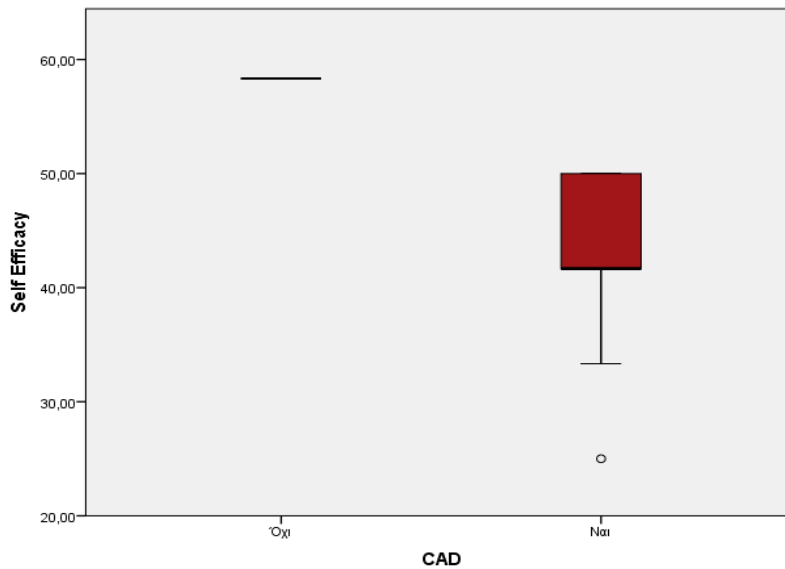
Source	Type III Sum of Squares	df	Μέση τιμή Square	F	Sig.
Corrected Model	795,607 <sup>a</sup>	11	72,328	1,873	,114
Intercept	975,971	1	975,971	25,272	,000
Φύλο	29,377	1	29,377	,761	,395
Marita status	,046	1	,046	,001	,973
Education	116,103	3	38,701	1,002	,415
Κάπνισμα	22,156	1	22,156	,574	,459
DM	2,025	1	2,025	,052	,821
Hypertension	3,923	1	3,923	,102	,754
ΧΑΠ	,000	0	.	.	.
Νεφρική	69,957	1	69,957	1,811	,195
<b>Στεφανιαία Νόσος</b>	176,809	1	176,809	4,578	<b>,046</b>
Ηλικία	63,636	1	63,636	1,648	,216
Error	695,133	18	38,619		
Σύνολο	56388,889	30			
Corrected Σύνολο	1490,741	29			

*Πίνακας 14: Ανάλυση χρησιμοποιώντας ως εξαρτημένη μεταβλητή την αυτοαποτελεσματικότητα των ασθενών του δείγματος. R Squared = ,534 (Adjusted R Squared = ,249).*

Από την ανάλυση φαίνεται ότι διαφορά μεταξύ των ασθενών εντοπίζεται μόνο ανάλογα με την ύπαρξη στεφανιαίας νόσου. Συγκεκριμένα φαίνεται ότι οι ασθενείς που έχουν στεφανιαία νόσο έχουν σημαντικά χαμηλότερες τιμές αυτοαποτελεσματικότητας συγκριτικά με τους ασθενείς που δεν έχουν στεφανιαία νόσο ( $p=0,046$ ) (Πίνακας 14). Η παρατηρούμενη διαφορά μεταξύ των κλιμάκων είναι περίπου 15 μονάδες στη συγκεκριμένη κλίμακα. Η διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων απεικονίζεται στο επόμενο γράφημα (Πίνακας 15). Πρέπει βέβαια να σημειωθεί ότι καθώς μόνο ένας ασθενής δεν έχει στεφανιαία νόσο, οπότε το αποτέλεσμα δεν είναι ευσταθές και αντιπροσωπευτικό της διαφοράς, παρόλα αυτά δείχνει μία τάση.

Στεφανιαία Νόσος	Μέση τιμή	Std. Error	95% Confidence Interval	
			Lower Bound	Upper Bound
Όχι	55,573 <sup>a</sup>	8,984	36,698	74,449
Ναι	40,607 <sup>a</sup>	4,957	30,192	51,021

**Πίνακας 15:** Απεικόνιση της αυτό-αποτελεσματικότητας των ασθενών σε σχέση με την ύπαρξη στεφανιαίας νόσου. Τα αποτελέσματα που φαίνονται στο παραπάνω πίνακα βασίζονται στη μέση ηλικία 69,87 έτη.



**Εικόνα 5:** Απεικόνιση της αυτο-αποτελεσματικότητας των ασθενών σε σχέση με την ύπαρξη στεφανιαίας νόσου (coronary artery disease: CAD).

## 5.2. Περίληψη των αποτελεσμάτων

Στη μελέτη που πραγματοποιήθηκε, οι 30 ασθενείς που συμμετείχαν είχαν 100% ποσοστό απόκρισης στα ερωτηματολόγια EQ-5D και KCCQ, καθώς επίσης και στη κλίμακα εκτίμησης γενικής υγείας VAS. Στην ανάλυση των δεδομένων καταγράφηκαν και συγκρίθηκαν εκτός των διαστάσεων των ερωτηματολογίων, δημογραφικά στοιχεία (ηλικία, φύλο, μορφωτικό επίπεδο, οικογενειακή κατάσταση) και στοιχεία από το ιστορικό των ασθενών όπως κάπνισμα, σακχαρώδης διαβήτης (DM), στεφανιαία νόσος (CAD), υπέρταση, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ), και νεφρική λειτουργία. Από το συνολικό αριθμό των ασθενών (30) οι 24 είναι άνδρες με μέση τιμή ηλικίας τα 68,5 έτη και οι 6 είναι γυναίκες με μέσο όρο ηλικίας τα 75,2 έτη. Από το σύνολο των ασθενών το 13,3 % (4 ασθενείς) είναι καπνιστές, το 36,7% (11 ασθενείς) πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη, το 96,7% (29 ασθενείς) έχουν στεφανιαία νόσο (CAD) και το 26,7% (8 ασθενείς) πάσχουν από υπέρταση. Σε ό,τι αφορά τη νεφρική λειτουργία, οι 6 ασθενείς (20%) εμφανίζουν φυσιολογική νεφρική λειτουργία.

Σχετικά με την καταγραφή στις μετρήσεις έκβασης στο ερωτηματολόγιο EQ-5D και στις πέντε διαστάσεις του (κινητικότητα, αυτο-εξυπηρέτηση, δραστηριότητες, πόνος και άγχος) παρατηρείται ότι, σε όλες τις διαστάσεις το ποσοστό της απάντησης που δείχνει ότι οι ασθενείς δεν έχουν πρόβλημα ή έχουν μερικά προβλήματα αγγίζει αθροιστικά και ανά κατηγορία το 100%. Στην τελευταία απάντηση (<<έχω σοβαρό πρόβλημα>> και <<δεν είμαι ικανός ή έχω υπερβολικό πόνο/άγχος>>) τα ποσοστά αθροιστικά δεν ξεπερνούν το 10% (δραστηριότητες 6,7%, άγχος 3,3%), ενώ στις υπόλοιπες διαστάσεις το ποσοστό είναι 0%. Επίσης από την αριθμημένη κλίμακα που αφορά τη γενική υγεία, η μέση τιμή ανέρχεται στο 61,8 με τη χαμηλότερη να είναι 40 και την υψηλότερη 95.

Στις διαστάσεις του KCCQ και στην καταγραφή στις μετρήσεις έκβασης εμφανίζονται οι υψηλότερες μέσες τιμές στα συμπτώματα (60,2%) και στη φροντίδα (60,0%) και επίσης οι χαμηλότερες μέσες τιμές στη κοινωνική αλληλεπίδραση (38,2%) και στους φυσικούς περιορισμούς (21,0%). Στη στατιστική συμπερασματολογία με τη μέθοδο της ανάλυσης παλινδρόμησης εξετάστηκε η επίδραση των δημογραφικών παραγόντων και του ιστορικού σε καθεμία από τις διαστάσεις του KCCQ και στις δύο συνολικά. Από την ανάλυση φαίνεται ότι διαφορά μεταξύ των ασθενών εντοπίζεται ανάλογα με το μορφωτικό τους επίπεδο. Συγκεκριμένα φαίνεται ότι οι ασθενείς με το χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο έχουν τις χαμηλότερες τιμές σωματικής λειτουργικότητας, συγκριτικά με τους ασθενείς με ανώτερο μορφωτικό επίπεδο ( $p < 0,04$ ). Η παρατηρούμενη διαφορά μεταξύ των κλιμάκων είναι περίπου 18 μονάδες στη συγκεκριμένη κλίμακα. Επίσης φαίνεται ότι όσο μεγαλύτερη η ηλικία των ασθενών τόσο χαμηλότερες οι τιμές της διάστασης των φυσικών περιορισμών ( $p = 0,040$ ). Επιπλέον, εντοπίζεται διαφορά στους ασθενείς ανάλογα με το κάπνισμα. Συγκεκριμένα φαίνεται ότι οι ασθενείς που δεν καπνίζουν έχουν σημαντικά χαμηλότερες τιμές συμπτωμάτων συγκριτικά με τους ασθενείς καπνιστές ( $p = 0,035$ ). Η παρατηρούμενη διαφορά μεταξύ των κλιμάκων είναι περίπου 12 μονάδες στη συγκεκριμένη κλίμακα. Σημαντική επίσης είναι και η διαφορά που εντοπίζεται στους ασθενείς ανάλογα με την ύπαρξη στεφανιαίας νόσου. Συγκεκριμένα φαίνεται ότι οι ασθενείς που έχουν στεφανιαία νόσο έχουν σημαντικά χαμηλότερες τιμές αυτο-αποτελεσματικότητας συγκριτικά με τους ασθενείς που δεν έχουν στεφανιαία νόσο ( $p = 0,046$ ). Η παρατηρούμενη διαφορά μεταξύ των κλιμάκων είναι περίπου 15 μονάδες στη συγκεκριμένη κλίμακα. Στην ανάλυση παλινδρόμησης

φαίνεται ότι καμία από τις υπόλοιπες παραμέτρους του ιστορικού που εξετάστηκαν, ή των δημογραφικών στοιχείων, δεν έχει στατιστικά σημαντική επίδραση.

## **Κεφάλαιο 6**

### **6.1. Συζήτηση των αποτελεσμάτων**

Η ΚΑ συνιστά χρόνιο κλινικό σύνδρομο που οδηγεί σε διάφορα σοβαρά προβλήματα στην καθημερινή ζωή των ασθενών, κυρίως λόγω της γνωστικής και σωματικής βλάβης που συνοδεύει την ασθένεια. Επιπλέον, η ΚΑ συνεπάγεται οικογενειακές, κοινωνικές και οικονομικές συνέπειες που επιδρούν αρνητικά στην έκβαση της ασθένειας καθώς και στην ποιότητα ζωής των ασθενών. Στη σύγχρονη εποχή, όπου ο απώτερος στόχος της θεραπείας των ασθενών με ΚΑ δεν είναι μόνο η επιβίωση των ασθενών αλλά και η βελτίωση της ποιότητας ζωής τους, είναι κατανοητό γιατί η κλινική πρακτική πρέπει να ανταποκρίνεται στις ανάγκες των ασθενών. Το κύριο μέλημα του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού σε κλινικά περιβάλλοντα είναι να εξασφαλίσει ένα περιβάλλον τέτοιο που να καλύπτει όλες τις πιθανές ανάγκες τους. Η προσέγγιση προσανατολισμού των αναγκών σχετίζεται με πολλά οφέλη όπως η άμβλυνση του άγχους, η αποτελεσματικότερη συνεργασία με τους επαγγελματίες υγείας, η ικανοποίηση από την παρεχόμενη περίθαλψη και η καλύτερη συμμόρφωση με το θεραπευτικό σχήμα. Διαφορετικά, η αδυναμία κάλυψης των αναγκών των ασθενών συνδέεται με μακρύτερη παραμονή στο νοσοκομείο, αυξημένο κόστος νοσηλείας και δαπάνες για το Σύστημα Υγείας της κάθε χώρας (Polikandrioti et al.,2016).

Η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία (HRQoL) μια υποκειμενική και πολυδιάστατη έννοια που αποτελείται από μια σειρά τομέων, που περιλαμβάνουν γενικά τη σωματική, κοινωνική, συναισθηματική, ψυχική και λειτουργική υγεία. Κατά τις τελευταίες δεκαετίες, παρατηρήθηκε ένα αυξανόμενο ενδιαφέρον για την εκτίμηση και τη μέτρηση του αντίκτυπου των ασθενειών και των θεραπειών στην ποιότητα ζωής των ασθενών, ιδιαίτερα στις μακροχρόνιες και χρόνιες ασθένειες. Η στεφανιαία νόσος είναι μία από αυτές τις χρόνιες ασθένειες που βλάπτουν τη λειτουργική ικανότητα και την ποιότητα ζωής του ασθενούς (Shah & Deshpande,2014). Η στεφανιαία νόσος είναι η πιο κοινή μορφή καρδιακής νόσου και η πιο κοινή αιτία της ΚΑ. Εκτός από τη στεφανιαία νόσο, η αρτηριακή υπέρταση και οι διάφορες καρδιομυοπάθειες μπορεί να προκαλέσουν ΚΑ. Ο σακχαρώδης διαβήτης και η παχυσαρκία θεωρούνται σημαντικοί παράγοντες κινδύνου, ενώ το κάπνισμα, η διατροφή με υψηλή περιεκτικότητα σε λιπαρά, η φλεγμονή και το άγχος θεωρούνται

δευτερεύοντες παράγοντες κινδύνου. Η άποψη αυτή υποστηρίζεται και από τα ευρήματα της μελέτης μας καθώς διαπιστώθηκε ότι οι ασθενείς που έχουν στεφανιαία νόσο έχουν σημαντικά χαμηλότερες τιμές αυτο-αποτελεσματικότητας συγκριτικά με τους ασθενείς που δεν έχουν στεφανιαία νόσο. Πρέπει βέβαια να σημειωθεί ότι καθώς μόνο ένας ασθενής της μελέτης μας βρέθηκε να μην πάσχει από στεφανιαία νόσο, το αποτέλεσμα αυτό δεν μπορεί να θεωρηθεί ευσταθές και αντιπροσωπευτικό της διαφοράς, αν και δείχνει μία τάση. Ωστόσο, διαφορά εντοπίζεται και στους ασθενείς που καπνίζουν. Συγκεκριμένα, φαίνεται ότι οι ασθενείς που δεν καπνίζουν έχουν σημαντικά χαμηλότερες τιμές συμπτωμάτων συγκριτικά με τους ασθενείς καπνιστές. Στην έρευνα μας, ελάχιστοι ήταν οι καπνιστές ενώ μεγάλο ποσοστό ήταν εκείνοι που έπασχαν από σακχαρώδη διαβήτη.

Πρωταρχικός στόχος της υγειονομικής περίθαλψης στα περισσότερα μέρη του κόσμου και ειδικά στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, είναι η εξάλειψη των ανισοτήτων στην υγειονομική κατάσταση ανά φύλο, φυλή/εθνικότητα και κοινωνικοοικονομική κατάσταση. Οι πρώτες μελέτες έχουν επιδείξει χειρότερα αποτελέσματα, κυρίως ποσοστά θνησιμότητας και νοσηλείας σε γυναίκες και σε ασθενείς με χαμηλότερη κοινωνικοοικονομική κατάσταση μεταξύ των ασθενών με ΚΑ. Ωστόσο, στόχος στην αντιμετώπιση της ΚΑ είναι η βελτιστοποίηση της υγείας των ασθενών, συμπεριλαμβανομένων των συμπτωμάτων και την ποιότητα ζωής (Khariton et al., 2018). Στην έρευνα των Comín-Colet et al., (2016) όπου χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο καρδιομυοπάθειας του Kansas City και ένα γενικό ερωτηματολόγιο το EuroQoL-5D σε ασθενείς με ΚΑ, διαπιστώθηκε ότι οι περισσότεροι ασθενείς με κακή ποιότητα ζωής είχαν χειρότερη πρόγνωση και αυξημένη κλινική σοβαρότητα της ΚΑ. Η κινητικότητα ήταν πιο περιορισμένη και τα ποσοστά πόνου/δυσφορίας και άγχους/κατάθλιψης ήταν υψηλότερα στους ασθενείς της μελέτης από ότι σε ασθενείς με άλλες χρόνιες παθήσεις. Συμπερασματικά, το γυναικείο φύλο, η ηλικία, οι συν-νοσηρότητες, τα προχωρημένα συμπτώματα και οι πολλαπλές νοσηλείες είναι καθοριστικοί παράγοντες στην ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία σε αυτούς τους ασθενείς. Στην παρούσα μελέτη, με τη μέθοδο της ανάλυσης παλινδρόμησης, εξετάστηκε η επίδραση μεταξύ των δημογραφικών παραγόντων και παραμέτρων του ιστορικού. Έτσι, εντοπίστηκε διαφορά μεταξύ των ασθενών ανάλογα με το μορφωτικό τους επίπεδο. Συγκεκριμένα, οι ασθενείς με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο είχαν χαμηλότερες τιμές σωματικής λειτουργικότητας συγκριτικά με τους ασθενείς με ανώτερο μορφωτικό επίπεδο.

## **6.2. Αξιολόγηση της ερευνητικής διαδικασίας**

Η παρούσα μελέτη αφορούσε δείγμα ασθενών με ΚΑ που είχαν νοσηλευτεί στη Β' Καρδιολογική Κλινική ή παρακολουθούνταν στο Εξωτερικό Ιατρείο ΚΑ στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων. Το δείγμα προήλθε από όλους τους ασθενείς ανεξάρτητου ηλικίας και φύλου. Η συγκεκριμένη μελέτη περιλαμβάνει σχετικά ασφαλή συμπεράσματα σε ό,τι αφορά το είδος της ερώτησης που τέθηκε.

Τα αποτελέσματα στο μέλλον θα μπορούσαν να περιλαμβάνουν περισσότερες και διαφορετικές συμπληρωματικές παραμέτρους. Για παράδειγμα, θα μπορούσε να συμπεριληφθεί μεγαλύτερο δείγμα ασθενών από διάφορες καρδιολογικές μονάδες της χώρας. Επίσης, η χρήση νέων ερωτηματολογίων που να περιλαμβάνει περισσότερες παραμέτρους θα μπορούσε να προσφέρει νέες πληροφορίες για την ποιότητα ζωής των ασθενών με ΚΑ. Τέλος η χρήση παραμέτρων που σχετίζονται με το είδος και τη διάρκεια της θεραπείας που λαμβάνει κάθε ασθενής θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί για το σχεδιασμό στοχευμένων παρεμβάσεων για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών.

## **6.3. Προτάσεις για εφαρμογή**

Από τα παραπάνω αποτελέσματα προκύπτει η σημαντικά καλύτερη κατάσταση του τρόπου ζωής των ασθενών με ΚΑ που σχετίζεται με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο. Ένας σημαντικός παράγοντας που συνεκτιμάται στο μορφωτικό επίπεδο είναι η πρόσβαση των ατόμων στη γνώση. Με βάση αυτό προτείνουμε την καλύτερη ενημέρωση των ασθενών διοργανώνοντας εκπαιδευτικές εκδηλώσεις που αφορούν τόσο την πρόληψη όσο και την αντιμετώπιση των νόσων της καρδιάς. Με τον τρόπο αυτό τα χαμηλού μορφωτικού επιπέδου άτομα θα αποκτούν εύκολη πρόσβαση σε γνώση και κατ' επέκταση βελτίωση της καθημερινότητας και του τρόπου ζωής τους. Ένας σημαντικός παράγοντας που θα μπορούσε να συμπεριληφθεί σε τέτοιου είδους εκδηλώσεις, είναι η επίδραση του καπνίσματος στην καρδιακή λειτουργία. Στην παρούσα μελέτη παρατηρήθηκε μια σημαντική σχέση μεταξύ καπνίσματος και συμπτωμάτων. Έτσι η συνεχής ενημέρωση και επιμόρφωση των ατόμων θα μπορούσε να βοηθάει σημαντικά στη μείωση του αριθμού των ασθενών με ΚΑ.

## Κεφάλαιο 7

### 7.1. Συζήτηση

Η Καρδιακή Ανεπάρκεια (ΚΑ), χαρακτηρίζεται από μη επαρκή κυκλοφορία αίματος στο σώμα λόγω αδυναμίας της καρδιάς, με αποτέλεσμα να μην μπορούν να καλυφθούν οι μεταβολικές ανάγκες του σώματος. Οι αιτίες εμφάνισης του συνδρόμου αυτού είναι αρκετές με κυριότερες τη στεφανιαία νόσο, τις βαλβιδοπάθειες, τις μυοκαρδιοπάθειες και τις λοιμώξεις του μυοκαρδίου (μυοκαρδίτιδες). Αποτέλεσμα είναι η εκδήλωση μιας σειράς συμπτωμάτων όπως δύσπνοια, κόπωση, βήχας, αρρυθμίες κ.α. , τα οποία συχνά οδηγούν τους ασθενείς σε εισαγωγή στο Νοσοκομείο και πολυήμερες νοσηλείες. Ωστόσο, το πιο σημαντικό χαρακτηριστικό της νόσου είναι ότι δεν έχει ριζική θεραπεία με την κλινική κατάσταση να χειροτερεύει με την πάροδο του χρόνου. Λόγω των παραπάνω, τα τελευταία χρόνια δίνεται ιδιαίτερη βαρύτητα πρωταρχικά στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών.

Στην παρούσα μελέτη, διερευνήθηκε η ποιότητα ζωής των ασθενών με ΚΑ που νοσηλεύτηκαν στη Β' Καρδιολογική Κλινική ή παρακολουθούνταν στο Εξωτερικό Ιατρείο ΚΑ στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, για συγκεκριμένο χρονικό διάστημα. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με την ταυτόχρονη χρήση δύο ερωτηματολογίων με διαφορετικές παραμέτρους. Οι παράμετροι που μελετήθηκαν είχαν να κάνουν τόσο με δημογραφικά στοιχεία όσο και με το ιατρικό ιστορικό των ασθενών. Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με μοντέλα ανάλυσης παλινδρόμησης, χρησιμοποιώντας το στατιστικό πακέτο SPSS.

Πολλές και διαφορετικές παράμετροι χρησιμοποιήθηκαν όπως το φύλο των ασθενών. Παρατηρήθηκε ότι το 80% των ασθενών του δείγματός μας ήταν άντρες έναντι 20% που ήταν γυναίκες. Σε μια πρόσφατη μελέτη, υποστηρίζεται ότι υπάρχουν μεγαλύτερες πιθανότητες οι γυναίκες να εμφανίσουν ΚΑ (Sun et al. 2018). Οι διαφορές στο συγκεκριμένο αποτέλεσμα μπορεί να οφείλονται στο μέγεθος του δείγματος, στα δημογραφικά στοιχεία των ασθενών και στο φαινότυπο της ΚΑ (μειωμένο ή διατηρημένο κλάσμα εξώθησης).

Μια άλλη σημαντική παράμετρος που μελετήθηκε ήταν το μορφωτικό επίπεδο των ασθενών. Παρατηρήσαμε ότι η ποιότητα ζωής ήταν ανάλογη του μορφωτικού



επιπέδου των ασθενών. Πιο συγκεκριμένα, όσο χαμηλότερο ήταν το επίπεδο μόρφωσης των ασθενών, τόσο χαμηλότερη και η ποιότητα ζωής τους, μετά την διάγνωση. Το αποτέλεσμα αυτό έρχεται σε συμφωνία με παλαιότερες μελέτες τόσο στον Ελλαδικό όσο και στο διεθνή χώρο (Πολυκανδριώτη 2009, Rustoen et al. 2008, Lee et al. 2005). Έτσι το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο φαίνεται να σχετίζεται άμεσα με τη συμμόρφωση των ασθενών στη θεραπεία αλλά και με τον αριθμό επανεισαγωγών τους στο Νοσοκομείο. Η ποιότητα ζωής των συγκεκριμένων ασθενών θα μπορούσε να βελτιωθεί σημαντικά μέσω τακτικής ενημέρωσής τους από το νοσηλευτικό ή και ιατρικό προσωπικό σχετικά με τα οφέλη της προσήλωσης και συμμόρφωσής τους με τη θεραπεία. Επιπροσθέτως, η διοργάνωση εκδηλώσεων και σεμιναρίων σχετικά με την πρόληψη και τη θεραπεία νοσημάτων της καρδιάς θα μπορούσε να προσφέρει επιπρόσθετα οφέλη στη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους.

Μελετώντας όλες τις διαστάσεις του ερωτηματολογίου EQ-5D, προέκυψε ότι μόνο ένας ασθενής (3,3%) εκτιμά αντιμετωπίζει σοβαρό πρόβλημα υγείας. Αντίθετα οι απαντήσεις στο ερωτηματολόγιο Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire έδειξαν σχετικά αυξημένη μέση τιμή για τις παραμέτρους ‘συμπτώματα’ και ‘φροντίδα’. Το συγκεκριμένο αποτέλεσμα υποδεικνύει την ανάγκη χρήσης αξιόπιστων ερωτηματολογίων με πολλαπλές παραμέτρους, έτσι ώστε το αποτέλεσμα που προκύπτει να μπορεί με αξιοπιστία να γενικευτεί στο σύνολο των ασθενών.

Είναι γνωστό ότι η ηλικία συμβάλει σημαντικά τόσο στην εκδήλωση ΚΑ όσο και στην ποιότητα ζωής των ασθενών. Πιο συγκεκριμένα η ποιότητα είναι σημαντικά μειωμένη σε ασθενείς με μεγάλη ηλικία (Πολυκανδριώτη και συν. 2009, Rustoen et al. 2008, Gott et al. 2005, Jaarsma et al. 1999). Σε συμφωνία με τα παραπάνω, από την ανάλυση του ερωτηματολογίου Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire, προέκυψε ότι η ηλικία των ασθενών σχετίζεται με τους φυσικούς περιορισμούς.

Μια άλλη σημαντική παράμετρος που αναλύθηκε ήταν κατά πόσο το κάπνισμα συμβάλει στην ποιότητα ζωής των ασθενών με ΚΑ. Τα αποτελέσματα έδειξαν σαφή συσχέτιση της εκδήλωσης των συμπτωμάτων με τις καπνιστικές συνήθειες. Και μέσα από τη μελέτη αυτή, καταδεικνύεται η σημαντικότητα διακοπής του καπνίσματος και τα συνολικά οφέλη που αυτή μπορεί να επιφέρει στην υγεία.

Τέλος μελετήθηκε η αυτο-αποτελεσματικότητα των ασθενών με ΚΑ και κατά πόσο αυτή σχετίζεται με διάφορες παραμέτρους του ερωτηματολογίου που έχουν να κάνουν τόσο με δημογραφικά στοιχεία όσο και με το ιατρικό ιστορικό των ασθενών. Παρατηρήθηκε ότι η αυτο-αποτελεσματικότητα επηρεάζεται σημαντικά από την

ύπαρξη στεφανιαίας νόσου. Αντιθέτως οι ασθενείς που πάσχουν από υπέρταση, ΧΑΠ, νεφρική ανεπάρκεια ή σακχαρώδη διαβήτη δεν φαίνεται να έχουν μειωμένη αυτο-αποτελεσματικότητα και συνεπώς χαμηλότερη ποιότητα ζωής που οφείλεται στις παραπάνω νόσους. Οι υπόλοιπες παράμετροι όπως το φύλο και το μορφωτικό επίπεδο δεν βρέθηκε να επηρεάζουν την αυτο-αποτελεσματικότητα των ασθενών με ΚΑ.

Συνοψίζοντας, με την παρούσα μελέτη παρουσιάστηκε η συσχέτιση διαφόρων παραγόντων με την ποιότητα ζωής σε ασθενείς με ΚΑ. Τα αποτελέσματα που εξήχθησαν θεωρούνται ασφαλή καθώς συμφωνούν στο μεγαλύτερο εύρος τους με την υπάρχουσα βιβλιογραφία. Καθώς η ποιότητα ζωής των ασθενών με ΚΑ αποτελεί εξέχουσας σημασίας για την εξέλιξη της ζωής τους, μελέτες σαν τη συγκεκριμένη είναι σημαντικές.

Οι όλο και εγκυρότερες πληροφορίες για τους παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ασθενών με ΚΑ, μπορούν να οδηγήσουν στο σχεδιασμό αποτελεσματικότερων προγραμμάτων διαχείρισης ατόμων με ΚΑ. Οι συγκεκριμένες πληροφορίες θα μπορούν να χρησιμοποιηθούν καλύτερα από τους επαγγελματίες υγείας έτσι ώστε να παρέχουν εξατομικευμένη ολιστική νοσηλευτική φροντίδα.

## 7.2. Παραπομπές

### Ελληνικές παραπομπές

- Ασθενείς με Στεφανιαία Νόσο και Καρδιακή Ανεπάρκεια σε ένα Δημόσιο Γενικό Νοσοκομείο”. Ελληνική Καρδιολογική Επιθεώρηση, 49: 147-154.
- Γκουντάβα Ε. & Λάπα Ε. , 2005. Η Τεκμηριωμένη Πρακτική σαν μέθοδος διαχείρισης της γνώσης.
- Δημητρόπουλος Ευστάθιος, 2001. ‘*Εισαγωγή στη Μεθοδολογία της Επιστημονικής Έρευνας*’, Τρίτη έκδοση. Εκδόσεις ‘ΕΛΛΗΝ’ –Γ. Παρίκος.
- Θεοδώρου Μ., Μητροσύλη Μ., 1999. “*Δομή και Λειτουργία του Ελληνικού Συστήματος Υγείας (Διοικητικές και Νομικές Διαστάσεις)*”. Τόμος Γ΄, ΕΑΠ, Πάτρα.
- Ιωαννίδη-Καπόλου Ε., 2010. “Κοινωνιολογική Έρευνα - Μέθοδοι και τεχνικές, Σημειώσεις”.
- Κελπανίδης, Μ., 2001. “Η Παιδαγωγική Επιστήμη στην Ελλάδα: Ποια πρόοδος συντελέστηκε;”. Στο Δ. Χατζηδήμου (Επιμ.), Παιδαγωγική και Εκπαίδευση. Τιμητικός Τόμος για τα 65χρονα του Καθηγητή Παναγιώτη Ξωχέλλη (σσ. 317-332). Θεσσαλονίκη: Αφοι Κυριακίδη.
- Κελπανίδης, Μ., 2013. “*Η γενίκευση ως σκοπός της επιστήμης και η συμβολή των ποιοτικών και ποσοτικών μεθόδων στην επίτευξή του*”. Στο Χ. Θεοφιλίδης & Ι. Πυργιωτάκης (Επιμ.), Συλλογικός τόμος υπό έκδοση (σσ. 39-53).
- Κορρές Κ., 2013. “Ποσοτικές ερευνητικές προσεγγίσεις”. Ερευνητική εργασία (Project). Αθήνα.
- Μαντζούκας, Σ., 2015. “Σημειώσεις μαθήματος: slides Επιστημολογία, μεθοδολογία και μέθοδος”. Ιωάννινα: Α.Τ.Ε.Ι. Ηπείρου.
- Νάκου, Σ., 2001. “Η εκτίμηση της ποιότητα ζωής στο χώρο της υγείας: Εφαρμογές στην Παιδιατρική”. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 18(3) 254-266.
- Nair, M. & Peate, I, 2012. “*Παθοφυσιολογία: Βασικές Αρχές Εφαρμοσμένης Παθολογικής Φυσιολογίας*”. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης.
- Ουζούνη Χ. & Νακάκης Κ., 2011. “Η Αξιοπιστία και η Εγκυρότητα των Εργαλείων Μέτρησης σε Ποσοτικές Μελέτες”. *ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ* 2011, 50(2): 231–239.
- Παρασκευόπουλος Ι., 1999) “Ερωτηματολόγιο διαπροσωπικής και ενδοπροσωπικής προσαρμογής”. Ελληνικά Γράμματα.

- Πολυκανδριώτη, Μ., Βουλγαρίδου, Κ., Θεμελή, Α., Γαλύφα, Δ., Λιάπη, Ε. & Κυρίτση, Ε., 2009. “Ποιότητα Ζωής Ασθενών με Καρδιακή Ανεπάρκεια”, *Νοσηλευτική*, 48(1): 94-104.
- Σπυράκη, Χ., Καϊτελίδου, Δ., Παπακωνσταντίνου, Β., Πρεζεράκος, Π. & Μανιαδάκης, Ν., 2008. “Η Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής σε Ασθενείς με Στεφανιαία Νόσο και Καρδιακή Ανεπάρκεια σε ένα Δημόσιο Γενικό Νοσοκομείο”. *Ελληνική Καρδιολογική Επιθεώρηση*, 49: 147-154.
- Σταμοβλάσης Δ., 2013. “Μεθοδολογία της έρευνας στις Κοινωνικές Επιστήμες: Εξελίξεις”. Συμπόσιο με θέμα “Εκπαίδευση και Κοινωνία”, Τμήμα Φιλοσοφίας και Παιδαγωγικής.
- Στέφα, Μ. ,2002, “*Καρδιολογική Νοσηλευτική*”, Γ΄ Έκδοση.
- Τζαννονε-Τζώρτζη Κ., 2000. “*Η έρευνα με ερωτηματολόγιο. Το εγχειρίδιο του καλού ερευνητή*”.
- Τζιγκουνάκη Κ., Α.,2009. “Ανάλυση επαναλαμβανόμενων μετρήσεων: εφαρμογή σε μια κλινική δοκιμή καρκίνου του μαστού”. Πανεπιστήμιο Πειραιώς, Τμήμα Στατιστικής και Ασφαλιστικής Επιστήμης. Πειραιάς.
- Τσουνής Α.,Σαράφης Π., 2012. “Ηθική και δεοντολογία στην κλινική πράξη:το ιατρικό απόρρητο και η προστασία των προσωπικών δεδομένων στη σύγχρονη πραγματικότητα”. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας, Τόμος 4, Τεύχος 2, 63-70.*
- Υφαντόπουλος Γ. & Σαρρής Μ., 2001. ”Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής. Μεθοδολογία μέτρησης”. *ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ* 2001, 18(3):218-229.
- Υφαντόπουλος Γ., Ν.,2007. “Μέτρηση της ποιότητας ζωής και το ευρωπαϊκό υγειονομικό μοντέλο”.*Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, τομ.24,σελ.6-18.Αθήνα.
- Φίλιας Β. κ.ά., 1977. “*Εισαγωγή στη μεθοδολογία και τις τεχνικές των κοινωνικών ερευνών*”. Αθήνα, Gutenberg, σ. 205.

#### Ξενογλωσσες παραπομπές

- Atkins, S. and Murphy, K., 1994. “Reflective practice”. *Nursing Standard*, 8(39), pp.49-56.
- Bhavik S. Shah and Shrikalp S. Deshpande, 2016. “Assessment of demographics, treatment strategies, and evidence-based medicine use among diabetic and non-diabetic patients with acute coronary syndrome: A cohort study”. *J Pharmacol Pharmacother.* 5(2): 139–144.

- Blettner M, Heuer C, Razum O., 2001. "Critical reading of epidemiological papers. A guide". *J Public Health* 2001; 11: 97–101.
- Braunwald, E., Zipes, D. P., Libby, P. & Bonow, R. O., 2005. "*Καρδιολογία*" 7<sup>η</sup> Έκδοση: Mentor.
- Bryman, A. and Cramer, D., 1997. "Quantitative Data Analysis with SPSS for Windows: A Guide for Social Scientists". London: Routledge.
- Comín-Colet J, Enjuanes C, Verdú-Rotellar JM, Linas A, Ruiz-Rodriguez P, González-Robledo G, Farré N, Moliner-Borja P, Ruiz-Bustillo S, Bruguera J, 2016. "Impact on clinical events and healthcare costs of adding telemedicine to multidisciplinary disease management programmes for heart failure: Results of a randomized controlled trial". *J Telemed Telecare*. 22(5):282-95.
- Cooke, A., Mills, T. A., & Lavender, T. , 2010. "Informed and uninformed decision making"—Women's reasoning, experiences and perceptions with regard to advanced maternal age and delayed childbearing: A meta-synthesis. *International Journal of Nursing Studies*, 47(10), 1317-1329. doi:10.1016/j.ijnurstu.2010.06.001.
- Cooke, D. Smith, and A. Booth, 2012. "Beyond PICO: The SPIDER tool for qualitative evidence synthesis," *Qual. Health Res.*, vol. 22, no. 10, pp. 1435–1443.
- Creber MR, Polomano R, Farrar J, and Riegel B, 2012. "Psychometric properties of the Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire (KCCQ)". *Eur J Cardiovasc Nurs*. 11(2): 197–206.
- Davidson, P., Cockburn, J., Daly, J., & Sanson Fisher, R., 2004. "Patient centered needs assessment: Rationale for a psychometric measure for assessing needs in heart failure". *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 19(3), 164-171.
- De Vaus, D., 1991. "Surveys in social research". *Allen and Unwin*
- Dye, V., 2011. "Reflection, Reflection, Reflection. I'm thinking all the time, why do I need a theory or model of reflection?", in McGregor, D. and Cartwright, L. (ed.) *Developing Reflective Practice: A guide for beginning teachers*". Maidenhead: McGraw-Hill Education (pp. 217-234).
- Franzén, K., Saveman, B. & Blomqvist, K., 2006. "Predictors for health related quality of life in persons 65 years or older with chronic heart failure". *European Journal of Cardiovascular Nursing*, vol. 6, no. 2, pp. 112-120.
- Gill and Johnson ,1997. "Research methods". *Chapman London*.
- Gott, M., Barnes, S., Parker, C., Payne, S., Seamark, D., Gariballa, S. & Small, N. 2006, "Predictors of the quality of life of older people with heart failure recruited from primary care", *Age and ageing*, vol. 35, no. 2, pp. 172- 177.

- Green CP, Porter CB, Bresnahan DR, et al., 2000. "Development and evaluation of the Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire: a new health status measure for heart failure". *J Am Coll Cardiol.*; 35(5):1245–1255.
- Heo, S., Lennie, T.A., Okoli, C. & Moser, D.K., 2009. "Quality of life in patients with heart failure: Ask the patients", *Heart & Lung - The Journal of Acute and Critical Care*, vol. 38, no. 2, pp. 100-108.
- Jaarsma, T., Halfens, R., Abu-Saad, H.H., Dracup, K., Stappers, J. & van Ree, J. 1999, "Quality of life in older patients with systolic and diastolic heart failure", *European journal of heart failure*, vol. 1, no. 2, pp. 151.
- Khariton Y, Hernandez AF, Fonarow GC, Sharma PP, Duffy CI, Thomas L, Mi X, Albert NM, Butler J, McCague K, Nassif ME, Williams FB, DeVore A, Patterson JH, Spertus JA, 2018. "Health Status Variation Across Practices in Outpatients With Heart Failure: Insights From the CHAMP-HF (Change the Management of Patients With Heart Failure)". *Registry*. 11(4):e004668.
- Lambrinou. E., Kalogirou, F., Lamnisis, D., & Sourtzi. P, 2011. "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*.
- Lee, D.T.F., Yu, D.S.F., Woo, J. & Thompson, D.R. 2005, "Health-related quality of life in patients with congestive heart failure", *European journal of heart failure*, vol. 7, no. 3, pp. 419.
- Mantzoukas, S., 2008. Facilitating research students in formulating qualitative research questions. *Nurse Education Today*. 28, 371–377.
- Mohannad Eid AbuRuz, Haneen Abu Hayeah, Ghadeer Al-Dweik and Hekmat Yousef Al-Akash, 2017. "Knowledge, Attitudes, and Practice about Evidence-Based Practice: A Jordanian Study". *Health Sci J*. 2017, 11: 2.
- Moser and Kalton, 1979. "Survey methods in social investigation". *Dart mouth*
- Pettersen KI, Reikvam A, Rollag A, et al., 2005. "Reliability and validity of the Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire in patients with previous myocardial infarction". *Eur J Heart Fail*; 7(2):235–242.
- Polikandrioti, M.,Goudevenos, J., Michalis,L., Koutelekos,I., Georgiadi,E., Karakostas,C., & Elisaf,M.,2016." Association between Characteristics of Hospitalized Heart Failure Patients with Their Needs". *Global Journal of Health Science*; Vol. 8, No. 6.
- Rustøen, T., Stubhaug, A., Eidsmo, I., Westheim, A., Paul, S.M. & Miaskowski, C. 2008, "Pain and Quality of Life in Hospitalized Patients with Heart Failure", *Journal of Pain and Symptom Management*, vol. 36, no. 5, pp. 497-504.

- Rui Coelho, Sónia Ramos, Joana Prata, Paulo Bettencourt, António Ferreira & Mário Cerqueira-Gomes, 2005. Review: “Heart failure and health related quality of life”. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health* 2005, 1:19.
- Santos CMC, Pimenta CAM, Nobre MRC, 2007. “The PICO strategy for the research question construction and evidence search”. *Rev Latino-am Enfermagem* 2007 maio-junho; 15(3):508-11.
- Seongkum H., Terry A. Lennie., Chizimuzo Okoli., Debra K. Moser, 2009. “Quality of Life in Patients With Heart Failure: Ask the Patients”. *Heart Lung*. 2009; 38(2): 100–108. doi:10.1016/j.hrtlng.2008.04.002.
- Smith, D. M., & Lavender, T. ,2011. The pregnancy experience for women with a body mass index >30kg/m<sup>2</sup>: A metasynthesis. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*,118(7), 779-789. doi:10.1111/j.1471-0528.2011.02924.
- Sun, L.Y. et al., 2018. Sex differences in outcomes of heart failure in an ambulatory, population-based cohort from 2009 to 2013. *Canadian Medical Association Journal*, 190(28), pp.E848–E854.

### **7.3. Ευρετήριο Πινάκων**

**Πίνακας 1:** Διαφορές κατηγοριών αναζήτησης των εργαλείων PICO & SPIDER.

**Πίνακας 2:** Κατανομή του δείγματος σχετιζόμενη με το φύλο και την ηλικία.

**Πίνακας 3:** Μορφωτικό επίπεδο ασθενών.

**Πίνακας 4:** Ποσοστά ασθενών που πάσχουν από διάφορα νοσήματα σχετιζόμενα με την καρδιακή δυσλειτουργία.

**Πίνακας 5:** Γενική υγεία ασθενών του δείγματος.

**Πίνακας 6:** Ποσοστά ασθενών που αντιμετωπίζουν καθημερινά προβλήματα σχετιζόμενα με το ερωτηματολόγιο EQ-5D.

**Πίνακας 7:** Ποσοστά ασθενών που αντιμετωπίζουν καθημερινά προβλήματα σχετιζόμενα με το ερωτηματολόγιο Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire.

**Πίνακας 8:** Ανάλυση χρησιμοποιώντας ως εξαρτημένη μεταβλητή τη σωματική λειτουργικότητα.

**Πίνακας 9:** Ανάλυση χρησιμοποιώντας ως εξαρτημένη μεταβλητή το μορφωτικό επίπεδο των ασθενών.

**Πίνακας 10:** Ανάλυση χρησιμοποιώντας ως εξαρτημένη μεταβλητή τους φυσικούς περιορισμούς.

**Πίνακας 11:** Ανάλυση χρησιμοποιώντας ως εξαρτημένη μεταβλητή τα συμπτώματα.

**Πίνακας 12:** Απεικόνιση των συμπτωμάτων των ασθενών σε σχέση με το κάπνισμα.

**Πίνακας 13:** Ανάλυση χρησιμοποιώντας ως εξαρτημένη μεταβλητή την ικανότητα προσωπικής φροντίδας.

**Πίνακας 14:** Ανάλυση χρησιμοποιώντας ως εξαρτημένη μεταβλητή την αυτοαποτελεσματικότητα των ασθενών του δείγματος.

**Πίνακας 15:** Απεικόνιση της αυτοαποτελεσματικότητας των ασθενών σε σχέση με την ύπαρξη στεφανιαίας νόσου.



#### **7.4. Ευρετήριο Εικόνων**

**Εικόνα 1:** Αναπαράσταση του μοντέλου αναστοχασμού του Gibbs.

**Εικόνα 2:** Απεικόνιση της σωματικής λειτουργικότητας των ασθενών σε σχέση με το μορφωτικό τους επίπεδο.

**Εικόνα 3:** Απεικόνιση των φυσικών περιορισμών των ασθενών σε σχέση με την ηλικία.

**Εικόνα 4:** Απεικόνιση των συμπτωμάτων των ασθενών σε σχέση με το κάπνισμα.

**Εικόνα 5:** Απεικόνιση της αυτοαποτελεσματικότητας των ασθενών σε σχέση με την ύπαρξη στεφανιαίας νόσου.

## **7.5. Ερευνητικό πρωτόκολλο**

### **Τίτλος**

Διερεύνηση της ποιότητας ζωής των ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια (ΚΑ) στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων (Π.Γ.Ν.Ι.).

### **Εισαγωγή στο θέμα**

Η Καρδιακή Ανεπάρκεια (ΚΑ) αποτελεί ένα κλινικό σύνδρομο που τα τελευταία χρόνια η συχνότητά του αυξάνεται ολοένα και περισσότερο. Οι ασθενείς με ΚΑ αντιμετωπίζουν έντονα συμπτώματα όπως δύσπνοια και εύκολη κόπωση, που δυσκολεύουν την πραγματοποίηση απλών καθημερινών δραστηριοτήτων αλλά και προβλήματα όπως μακροχρόνια λήψη πολλών φαρμάκων, συχνές νοσηλείες και επισκέψεις σε ιατρούς, που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ασθενών.

### **Ανασκόπηση της βιβλιογραφίας**

Από μία συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση στις βάσεις δεδομένων PubMed, Scholar, CINAHL, IATROTEK, για τη συλλογή επιστημονικών άρθρων σχετικά με το θέμα της διπλωματικής εργασίας, προέκυψε ότι υπάρχουν πολλοί παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια (φύλο, ηλικία, σοβαρότητα της νόσου, συν-νοσηρότητες, οικογενειακή κατάσταση κ.α.). Όλοι οι παραπάνω παράγοντες θα μπορούσαν επιπλέον να πυροδοτούν την εκδήλωση άγχους και κατάθλιψης στους ασθενείς αυτούς.

### **Ο σκοπός/οι στόχοι**

Σκοπός της έρευνας είναι να καταγραφεί και να διερευνηθεί η ποιότητα ζωής των ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια καθώς επίσης και οι παράγοντες που την επηρεάζουν, με στόχο τη βελτίωση των αρνητικών επιπτώσεων της ασθένειας στη λειτουργική ικανότητα αυτών.

### **Η επιστημολογική προσέγγιση**

Η επιστημολογική και οντολογική θέση στην οποία θα στηριχθεί η έρευνα είναι η μετα (ή νέο)- θετικιστική επιστημολογία. Δέχομαι ότι υπάρχει μια «αληθινή» πραγματικότητα την οποία οι ασθενείς μπορούν να συλλάβουν με αντικειμενικό και πιθανό τρόπο, ωστόσο αυτή η πραγματικότητα δεν μπορεί ποτέ να συλληφθεί πλήρως και να κατανοηθεί απολύτως λόγω των ατελών ανθρώπινων νοητικών δυνατοτήτων και λόγω της ακατάληπτης φύσης των φαινομένων.

### **Μεθοδολογικός σχεδιασμός**

Η έρευνα θα είναι ποσοτική, μη παρεμβατική και η συλλογή δεδομένων θα γίνει με τη χρήση των ερωτηματολογίων EuroQol (EQ-5D) και Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire (KCCQ) στην ελληνική έκδοση καθώς και βασικών παραμέτρων που καθορίζουν την πρόγνωση (φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, χρόνια νοσήματα κ.λ.π.) στο χώρο του Π.Γ.Ν.Ιωαννίνων. Οι ασθενείς θα ενημερώνονται για τη μελέτη αυτή και θα υπογράφουν έντυπο συγκατάθεσης. Για τη διεξαγωγή της έρευνας θα ζητηθεί η ανάλογη άδεια από την Επιστημονική Επιτροπή του Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων και το απόρρητο θα τηρηθεί για όλους τους συμμετέχοντες. Η ανάλυση των δεδομένων θα γίνει με το IBM SPSS.

#### **Αναμενόμενα αποτελέσματα**

Η ποσοτικοποίηση της ποιότητας ζωής των ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια με στόχο τη σωστή εκπαίδευση και ενημέρωση των ασθενών αλλά και των συγγενών ώστε να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής τους (λιγότερες νοσηλείες, καλύτερη λειτουργική κατάσταση).

#### **Χρονοδιάγραμμα**

Η συλλογή των δεδομένων θα πραγματοποιηθεί από τον Μάρτιο έως τον Απρίλιο του 2017 και η ανάλυσή τους θα γίνει από τον Μάιο έως τον Ιούνιο του 2017.

#### **Κόστος**

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

#### **Βιβλιογραφικές Παραπομπές**

Franzén, K., Saveman, B. & Blomqvist, K. 2006, "Predictors for health related quality of life in persons 65 years or older with chronic heart failure", *European Journal of Cardiovascular Nursing*, vol. 6, no. 2, pp. 112-120.

Λευθεριώτης, Χ., Στεφανάδης, Χ., Τούσουλης, Δ., Πίτσαβος, Χ. & Κυρίτση, Ε. 2015, «Επίπτωση του άγχους και της κατάθλιψης στην ποιότητα ζωής ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια», *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 2015, 32(3):308-317.

**ΟΝΟΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟΥ ΦΟΙΤΗΤΗ:** Καλλιόπη Περπερίδη

**ΗΜ/ΝΙΑ ΥΠΟΒΟΛΗΣ:** 10/03/2017

**ΟΝΟΜΑ ΕΠΟΠΤΗ ΚΑΘΗΓΗΤΗ:** Αικατερίνη Νάκα

## 7.6. Έντυπο συγκατάθεσης

### ΕΓΓΡΑΦΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΓΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΕ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

**ΙΔΡΥΜΑ:** Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων (Β' Καρδιολογική κλινική)

#### **ΤΙΤΛΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ:**

*«Διερεύνηση της ποιότητας ζωής των ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια (ΚΑ) στο Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων».*

Το παρόν ερωτηματολόγιο καταρτίστηκε στο πλαίσιο της Διπλωματικής εργασίας στο Διατμηματικό Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών «Νοσηλευτική Παθολογία» της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων & του Τμήματος Νοσηλευτικής του ΤΕΙ Ηπείρου.

Η συμμετοχή σας στην εν λόγω έρευνα θα εκτιμηθεί ιδιαίτερα και φυσικά θα τηρηθεί αυστηρά ο κανόνας της ανωνυμίας. Για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου θα χρειαστεί να αφιερώσετε περίπου 15 λεπτά από το χρόνο σας.

Σας γνωστοποιούμε ότι η συμμετοχή στη μελέτη είναι εθελοντική και αν το επιθυμείτε μπορείτε να αποχωρήσετε. Σε κάθε περίπτωση δε θα γνωστοποιηθούν τα προσωπικά σας δεδομένα. Πριν αποφασίσετε να λάβετε μέρος στη μελέτη παρακαλούμε να συζητήσετε μαζί μου οποιαδήποτε απορία σας.

Σκοπός της έρευνας είναι να καταγραφεί και να αξιολογηθεί η φυσική και ψυχική κατάσταση της υγείας των ασθενών με Καρδιακή Ανεπάρκεια καθώς επίσης και οι παράγοντες που την επηρεάζουν.

Η συλλογή δεδομένων θα γίνει με τη χρήση των ερωτηματολογίων KCCQ και EQ-5D στην ελληνική έκδοση καθώς και βασικών προσδιοριστών (φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, χρόνια νοσήματα κ.λ.π.) όπου θα δοθούν στο χώρο του Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων. Για την διεξαγωγή της έρευνας δόθηκε η ανάλογη άδεια από την επιστημονική επιτροπή του Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων.

Τα αποτελέσματα της μελέτης πρόκειται να δημοσιευτούν σε ιατρικά/νοσηλευτικά περιοδικά ή/και επιστημονικά συνέδρια, χωρίς να κατονομάζονται τα άτομα που συμμετείχαν.

#### **Συγκατάθεση**

Ο/Η υπογεγραμμένος/η..... δηλώνω υπεύθυνα ότι ενημερώθηκα πλήρως από την Περπερίδη Καλλιόπη σε ότι αφορά τη σκοπιμότητα της παρούσας μελέτης στην οποία θα λάβω μέρος και δίνω τη συγκατάθεση μου να συμμετέχω σε αυτήν.

**Ημερομηνία**.....

Υπογραφή

Σας ευχαριστώ εκ των προτέρων για την συμμετοχή σας.

Για οποιαδήποτε απορία ή διευκρίνιση μην διστάσετε να επικοινωνήσετε μαζί μου.  
Περπερίδη Καλλιόπη, Υπηρεσίες Νοσηλευτή-Ερευνητή, Β' Καρδιολογική κλινική Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων  
τηλ. επικοινωνίας: 6984528198

## 7.7. Αίτηση Έγκρισης προς το επιστημονικό συμβούλιο

Ιωάννινα, 10-03-2017  
Αριθμ. Πρωτ.

**ΠΡΟΣ**  
**το Επιστημονικό Συμβούλιο**  
**του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων**

**ΘΕΜΑ: «Έγκριση άδειας για τη συλλογή ερευνητικών δεδομένων από ασθενείς μέσω διανομής ερωτηματολογίων στα πλαίσια εκπόνησης μεταπτυχιακού»**

Σας παρακαλώ να εγκρίνετε άδεια για τη συλλογή ερευνητικών δεδομένων στα πλαίσια διεξαγωγής της μελέτης με τίτλο: «**Διερεύνηση της ποιότητας ζωής των ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια (ΚΑ) στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων (Π.Γ.Ν.Ι.)**», η οποία πρόκειται να πραγματοποιηθεί στα πλαίσια της Μεταπτυχιακής Διπλωματικής μου Εργασίας, υπό την επίβλεψη της κυρίας Νάκα Αικατερίνης, Αναπληρώτριας Καθηγήτριας Καρδιολογίας Πανεπιστημίου Ιωαννίνων.

Η παρούσα μελέτη έχει ως σκοπό να καταγραφεί και να διερευνηθεί η ποιότητα ζωής των ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια καθώς επίσης και οι παράγοντες που την επηρεάζουν στο χώρο του Π.Γ.Ν.Ι.

Η συλλογή των δεδομένων θα γίνει με τη χρήση των ερωτηματολογίων KCCQ και EQ-5D, στην ελληνική έκδοση καθώς και βασικών προσδιοριστών, όπως το φύλο, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο, ο τόπος διαμονής, χρόνια νοσήματα κ.λ.π.

Η μελέτη θα είναι σύμφωνη με τους κανόνες ηθικής και δεοντολογίας της έρευνας. Η συμμετοχή των ασθενών 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,

Περπερίδη Καλλιόπη  
Μεταπτυχιακή φοιτήτρια  
Διατμηματικό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών  
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ  
Τμήμα Ιατρικής Ιωαννίνων & Τμήμα Νοσηλευτικής ΤΕΙ Ηπείρου

Έλαβα γνώση

Μιχάλης Κ. Λάμπρος  
Διευθυντής Β' Καρδιολογικής Κλινικής  
Π.Γ.Ν.Ιωαννίνων

## 7.8. Έντυπο Δημογραφικών στοιχείων

Κωδικός ασθενούς:

1. Ημερομηνία γέννησης: .....

2. Φύλο: Άνδρας   
Γυναίκα

3. Οικογενειακή κατάσταση: Έγγαμος   
Άγαμος

4. Εκπαιδευτικό επίπεδο: ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ   
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΛΥΚΕΙΟΥ   
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΑΕΙ   
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΤΕΙ

5. Ιατρικό ιστορικό:

Κάπνισμα .....   
Σακχαρώδης διαβήτης .....   
Υπέρταση .....   
Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια .....   
Νεφρική λειτουργία .....   
Στεφανιαία νόσος .....   
Άλλο .....

## 7.9. Ερωτηματολόγιο για την υγεία





Επιλέγοντας ένα ✓ σε ένα κουτάκι κάθε ημέρας παρακάτω, παρακαλούμε σημειώστε ποιες ηγέσεις πετυχαίνουν καλύτερα την επίδοσή σας υγείας σας σήμερα.

#### Κινητικότητα

- Δεν έχω κανένα πρόβλημα στο περπάτημα
- Έχω μικρά προβλήματα στο περπάτημα
- Είμαι καθυλωμένος/η στο κρεβάτι

#### Αυτοεξυπηρέτηση

- Δεν έχω κανένα πρόβλημα με την αυτοεξυπηρέτησή μου
- Έχω μικρά προβλήματα στο να πλένωμαι και να ντύνομαι
- Είμαι ανίκανος/η να πλυθώ ή να ντυθώ

#### Συνηθισμένες Δραστηριότητες (π.χ. δουλειά, μελέτη, ναυαγοκοριά, οικογενειακές δραστηριότητες ή δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου)

- Δεν έχω κανένα πρόβλημα στο να εκτελώ τις συνηθισμένες δραστηριότητές μου
- Έχω μικρά προβλήματα στο να εκτελώ τις συνηθισμένες δραστηριότητές μου
- Είμαι ανίκανος/η να εκτελώ τις συνηθισμένες δραστηριότητές μου

#### Πόνος/Δυσφορία

- Δεν έχω καθόλου πόνο ή δυσφορία
- Έχω μέτριο πόνο ή δυσφορία
- Έχω υπερβολικό πόνο ή δυσφορία

#### Άγχος/Θάληη

- Δεν έχω άγχος ή θάληη
- Έχω μέτριο άγχος ή θάληη
- Έχω υπερβολικό άγχος ή θάληη

Για να βοηθήσουμε κάποιον να πει πόσο καλή ή κακή είναι μια κατάσταση υγείας, ζωγραφίσαμε μια κλίμακα (σαν ένα θερμόμετρο) πάνω στην οποία η καλύτερη κατάσταση που μπορείτε να φανταστείτε έχει βαθμό 100 και η χειρότερη κατάσταση που μπορείτε να φανταστείτε έχει βαθμό 0.

Θα θέλαμε να σημειώσετε πάνω σε αυτήν την κλίμακα πόσο καλή ή κακή είναι η υγεία σας σήμερα, κατά τη γνώμη σας. Παρακαλούμε κάντε το αυτό, τραβώντας μια γραμμή από το παρακάτω τετράγωνο προς οποιοδήποτε σημείο της κλίμακας δείχνει πόσο καλή ή κακή είναι η κατάσταση της υγείας σας σήμερα.

**Η κατάσταση  
της δικής σας  
υγείας σήμερα**

Η καλύτερη  
κατάσταση υγείας  
που μπορείτε να  
φανταστείτε

100

90

80

70

60

50

40

30

20

10

0

Η χειρότερη  
κατάσταση υγείας  
που μπορείτε να  
φανταστείτε

## 7.10. Ερωτηματολόγιο για τη μυοκαρδιοπάθεια

### Ερωτηματολόγιο για τη Δυσκαρδιοπάθεια (Greek version of the ECCQ)

Οι παρακάτω ερωτήσεις αναφέρονται στην καρδιακή σας ανεπάρκεια και στο πώς αυτή μπορεί να επηρεάσει τη ζωή σας. Παρακαλούμε διαβάστε και απαντήστε στις παρακάτω ερωτήσεις. Δεν υπάρχουν σωστές ή λανθασμένες απαντήσεις. Παρακαλούμε σταματήστε την απάντηση πιο παρόμοια καλύτερα σε σας.

1. Η καρδιακή ανεπάρκεια επηρεάζει διαφορετικούς ανθρώπους με διαφορετικούς τρόπους. Μερικοί ναύθουν λαθηνιασμα ενώ άλλου ναύθουν κίσηση. Παρακαλούμε σταματήστε πόσο παρόμοια η καρδιακή ανεπάρκεια (λαθηνιασμα ή κίσηση) την ακινητή σας να κίσησε τις παύσηδουδ δραστηριότητου κίση τις πύσησηδουδ 2 πύσησηδουδ.

Βάλτε ένα X σε ένα τετραγωνάκι σε κάθε γραμμή

Δραστηριότητα	Την παύσηδουδ πύσηδουδ	Την παύσηδουδ κίσησηδουδ	Την παύσηδουδ κίσησηδουδ	Την παύσηδουδ κίσησηδουδ	Δεν την παύσηδουδ κίσησηδουδ	Η δραστηριότητα παύσηδουδ κίσησηδουδ ή δεν κίσησε την δραστηριότητα
Το να νύσηση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Το να κίσησε νύσηδουδ κίσησηδουδ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Το να παύσηδουδ 1 ακινητήδουδ παύσηδουδ σε κίσησηδουδ κίσησηδουδ (κίσησηδουδ 100 μέτρουδουδ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Το να κίσησε κίσησηδουδ στην κίσησηδουδ, στο κίσησηδουδ ή το να κίσησηδουδ σε κίσησηδουδ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Το να κίσησηδουδ 10 ακινητήδουδ κίσησηδουδ σε κίσησηδουδ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Το να παύσηδουδ κίσησηδουδ ή να κίσησηδουδ (κίσησηδουδ για να κίσησηδουδ το κίσησηδουδ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Συνολικά με την υπό 2 εβδομάδες, έχουν αλλάξει τα συμπτώματά σας της καρδιακής ανεπάρκειας (αεθίνοντας, κόπωση ή πρήξιμο των ποδιών σας)?

Τα συμπτώματά μου της καρδιακής ανεπάρκειας έχουν γίνει ...

- |                          |                          |                          |                          |                          |   |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| Πολύ χειρότερα           | Λίγο χειρότερα           | Δεν άλλαξαν              | Λίγο καλύτερα            | Πολύ καλύτερα            | Δεν είχα κανένα σύμπτωμα τις τελευταίες 2 εβδομάδες |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                            |

3. Τις τελευταίες 2 εβδομάδες, πόσες φορές είχατε πρήξιμο στα πόδια, τους αστραγάλους ή τις γόνατες σας όταν χρησιμοποιείτε το κρεβάτι;

- |                          |   |                          |                                    |                                 |
|--------------------------|---|--------------------------|------------------------------------|---------------------------------|
| Κάθε πρωί                | 3 ή περισσότερες φορές την εβδομάδα, αλλά όχι κάθε μέρα | 1-2 φορές την εβδομάδα   | Λιγότερο από μια φορά την εβδομάδα | Ποτέ τις τελευταίες 2 εβδομάδες |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>        |

4. Τις τελευταίες 2 εβδομάδες, πόσο σας ενόχλησε το πρήξιμο στα πόδια, τους αστραγάλους ή τις γόνατες σας;

Ήταν ...

- |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Υπερβολικά ενόχλητικό    | Αρκετά ενόχλητικό        | Μέτρια ενόχλητικό        | Λίγο ενόχλητικό          | Καθόλου ενόχλητικό       | Δεν είχε καθόλου πρήξιμο |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

5. Τις τελευταίες 2 εβδομάδες, κατά πόσο έργο, πόσες φορές η κόπωση περιόριζε την ικανότητά σας να κάνετε ό,τι θέλετε;

- |                          |                          |                                 |  |                          |                                    |                                 |
|--------------------------|--------------------------|---------------------------------|--|--------------------------|------------------------------------|---------------------------------|
| Συνήθως                  | Πολλές φορές την ημέρα   | Πολύ λίγες ή μια φορά την ημέρα | 3 ή περισσότερες φορές την εβδομάδα αλλά όχι κάθε μέρα | 1-2 φορές την εβδομάδα   | Λιγότερο από μια φορά την εβδομάδα | Ποτέ τις τελευταίες 2 εβδομάδες |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>        |

6. Τις τελευταίες 2 εβδομάδες, πόσο σας ενόχλησε η κόπωση σας;

Ήταν ...

- |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Υπερβολικά ενόχλητική    | Αρκετά ενόχλητική        | Μέτρια ενόχλητική        | Λίγο ενόχλητική          | Καθόλου ενόχλητική       | Δεν είχε καθόλου κόπωση  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

7. Τις τελευταίες 2 εβδομάδες, κατά μέσο όρο, πόσες φορές το λαχάνισμα παρενέχει την κωνοειδή σας να κινείται ό,τι θέλετε;

Συνήθως	Πολλές φορές την ημέρα	Τουλάχιστον μια φορά την ημέρα	3 ή περισσότερες φορές την εβδομάδα αλλά όχι κάθε μέρα	1-2 φορές την εβδομάδα	Λιγότερο από μια φορά την εβδομάδα	Ποτέ τις τελευταίες 2 εβδομάδες
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Τις τελευταίες 2 εβδομάδες, πόσο σας ενόχλησε το λαχάνισμά σας;

Ήταν ...

Υπερβολικά ενόχλητικό	Αρκετά ενόχλητικό	Μέτρια ενόχλητικό	Λίγο ενόχλητικό	Καθόλου ενόχλητικό	Δεν είχε καθόλου λαχάνισμα
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Τις τελευταίες 2 εβδομάδες, κατά μέσο όρο, πόσες φορές αναγκαστήσατε να κοιμηθείτε καθιστάζοντας σε κλιμακώνα ή κεντάκι, ή με τουλάχιστον 3 μαξιλάκια να σας υποστηρίζουν λόγω του λαχάνισματός;

Κάθε βράδυ	3 ή περισσότερες φορές την εβδομάδα αλλά όχι κάθε βράδυ	1-2 φορές την εβδομάδα	Λιγότερο από μια φορά την εβδομάδα	Ποτέ τις τελευταίες 2 εβδομάδες
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Τα συμπτώματα της καρδιακής ανεπάρκειας μπορεί να χαρακτηρίζονται για διάφορους λόγους. Πόσο σημαντικό είναι ότι όρεξη τι να κινείται, ή ακούν να κλάματα, αν η καρδιακή σας ανεπάρκεια χαρακτηρίζεται;

Καθόλου σημαντικό/η	Όχι πολύ σημαντικό/η	Αρκετά σημαντικό/η	Πολύ σημαντικό/η	Απώτερος σημαντικό/η
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Πόσο καλά γνωρίζετε τι μπορεί να κινείται για να αποφεύγετε τα συμπτώματά σας της καρδιακής ανεπάρκειας από το να χαρακτηρίζονται (για παράδειγμα, να ζυγίζονται, να ακολουθούν δίαιτα χαμηλή σε αλάτι κλπ);

Δεν γνωρίζω καθόλου	Δεν γνωρίζω καλά	Γνωρίζω κάπως	Γνωρίζω καλά	Γνωρίζω κάλυρος
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Τς τελευταίες 2 εβδομάδες, πόσο παράνοη η καρδιακή σας ανεπάρκεια το να χιρίστε τη ζωή σας

- Παράνοη υπερβολικά το να χιρίστε τη ζωή μου  Παράνοη αρκετά το να χιρίστε τη ζωή μου  Παράνοη μέτρια το να χιρίστε τη ζωή μου  Παράνοη λίγο το να χιρίστε τη ζωή μου  Δεν παράνοη καθόλου το να χιρίστε τη ζωή μου

13. Αν ήπασε να παράνοη την καλύτερη ζωή σας με την καρδιακή σας ανεπάρκεια όπως αυτή είναι απλά ως πλάσ, πώς ήε ναύθετε γ' αυτή

- Καθόλου απογοητευμένος/ή  Λίγο απογοητευμένος/ή  Αρκετά απογοητευμένος/ή  Πάρα απογοητευμένος/ή  Ακόμα απογοητευμένος/ή

14. Τς τελευταίες 2 εβδομάδες, πόσο συχνά ναύθετε απογοητευμένος/ή ή στενοχωρημένος/ή λόγω της καρδιακής σας ανεπάρκειας

- Έναυθε έτοιμ συχνά  Έναυθε έτοιμ να περισσότερο έκαστη  Έναυθε έτοιμ μερικώς  Σπάνια έναυθε έτοιμ  Παντί δεν έναυθε έτοιμ

15. Πόσο επηκόζει η καρδιακή σας ανεπάρκεια τον τρόπο της ζωής σας. Παρακαλώ να σημαύετε πώς η καρδιακή σας ανεπάρκεια μπορεί να παράνοη τη συμμετοχή σας στις παρακάτω δραστηριότητες με τελευταίες 2 εβδομάδες.

Παρακαλώ να βάλτε ένα X σε ένα τετραγωνάκι σε κάθε γραμμή

Δραστηριότητα	Την παράνοη καθό	Την παράνοη αρκετά	Την παράνοη μέτρια	Την παράνοη λίγο	Δεν την παράνοη καθόλου	Δεν με αφορά ή δεν ήθε τη δραστηριότητα για άλλους λόγους
Χόμπι, δραστηριότητες σπορτζής	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ακόμα ή υποκινητό	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Επισκέψεις σε συγγενείς ή σε φίλους έξω από το σπίτι	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Συνός συζήτας με το αγαπημένο σας πρόσωπο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>