



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

«ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΕΝΗΛΙΚΩΝ»

**«ΑΓΧΟΣ ΚΑΙ ΣΤΡΕΣ ΤΩΝ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΩΝ
ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΤΟΥΣ
ΣΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΕΜΦΡΑΓΜΑΤΩΝ: ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΚΑΙ
ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΤΑ ΒΑΣΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ»**

Υπό

ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ ΔΕΣΠΟΙΝΑ (ΑΜ 55)

Μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία υποβληθείσα για την εκπλήρωση των προϋποθέσεων απόκτησης του μεταπτυχιακού Διπλώματος ειδίκευσης του προγράμματος μεταπτυχιακών σπουδών νοσηλευτική παθολογία του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων.

-----2021-----

“Anxiety and stress of cardiac patients during hospitalization in the coronary intensive care unit; Recording and correlation with the basic features and plus morbidities”

DESPINA KONSTADINIDOU

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

-----2021-----

DESPINA KONSTADINIDOU

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ
ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Επιβλέπων: ΚΑΤΕΡΙΝΑ ΝΑΚΑ

*Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Καρδιολογίας του Τμήματος Ιατρικής
του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων.*

Μέλη: ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΚΑΤΣΑΝΟΣ

*Αναπληρωτής Καθηγητής Γαστρεντερολογίας του Τμήματος
Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων*

ΜΑΙΡΗ ΓΚΟΥΒΑ Καθηγήτρια του Τμήματος Νοσηλευτικής
Πανεπιστημίου Ιωαννίνων.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο του προγράμματος μεταπτυχιακών σπουδών «ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΕΝΗΛΙΚΩΝ» του τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων.

Ως ελάχιστη δυνατή μνεία, με την παρούσα παράγραφο θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την Αναπληρώτρια καθηγήτρια της Β Καρδιολογικής κλινικής του Π.Γ.Ν Ιωαννίνων κυρία Κατερίνα Νάκα για τις υποδείξεις, την προθυμία και τις συμβουλές που μου προσέφερε καθόλη την διάρκεια της συγγραφής της εργασίας.

Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω τον κύριο Κωνσταντίνο Κατσάνο, Αναπληρωτή καθηγητή της Πανεπιστημιακής Γαστρεντερολογικής κλινικής του Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων και την καθηγήτρια Νοσηλευτικής κυρία Μαίρη Γκούβα για τις πολύτιμες γνώσεις που μου προσέφεραν χωρίς την βοήθεια των οποίων δεν θα ήταν δυνατή η συγγραφή της παρούσας εργασίας.

Τέλος θα ήθελα να εκφράσω την ευγνωμοσύνη μου στον σύζυγο και τα παιδιά μου διότι με την κατανόηση και την συμπαράσταση τους στα χρόνια των σπουδών μου συνέβαλαν στην επίτευξη του στόχου μου. Ιδιαίτερα ευχαριστώ τους γονείς μου για τις πολύτιμες συμβουλές και την στήριξη που μου έχουν προσφέρει σε όλα τα χρόνια τη ζωής μου.

Ιωάννινα, Ιούλιος 2021

Κωνσταντινίδου Δέσποινα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Οι καρδιαγγειακές παθήσεις ή καρδιαγγειακά νοσήματα είναι μια κατηγορία ασθενειών η οποία αφορά την καρδιά και τα αιμοφόρα αγγεία. Οι καρδιαγγειακές παθήσεις περιλαμβάνουν τις στεφανιαίες καρδιακές νόσους (π.χ. στηθάγχη και έμφραγμα του μυοκαρδίου) όπως και άλλες καρδιαγγειακές παθήσεις είναι το εγκεφαλικό επεισόδιο, καρδιακή ανεπάρκεια, υπερτασική καρδιοπάθεια, ρευματική καρδιοπάθεια, μυοκαρδίτιδα, αρρυθμίες, συγγενής καρδιακή νόσος, βαλβιδική καρδιακή νόσος, ανεύρυσμα αορτής, περιφερική αρτηριοπάθεια, θρόμβωση και φλεβική θρόμβωση.

Οι καρδιαγγειακές παθήσεις επηρεάζουν πολλές πτυχές της ζωής των ανθρώπων. Το άγχος-στρες είναι τα συνηθέστερα από αυτά και εκδηλώνονται διαφορετικά στον κάθε ασθενή. Η καταγραφή και η συσχέτιση του άγχους-στρες γίνεται σύμφωνα με τα βασικά χαρακτηριστικά και τις συν-νοσηρότητες τους (Institute of Medicine of the National Academics, 2010).

Σκοπός: Σκοπός της έρευνας είναι να καταγραφούν και να αξιολογηθούν τα επίπεδα άγχους και στρες των καρδιολογικών ασθενών στην μονάδα εντατικής παρακολούθησης κατά την διάρκεια νοσηλείας τους. Η καταγραφή θα γίνει με βάση την συσχέτιση των βασικών χαρακτηριστικών τους και των συν-νοσηροτήτων τους.

Μεθοδολογία: Η επιστημονική θέση στην οποία θα βασιστεί η έρευνα είναι αυτή που στηρίζεται στις ερευνητικές και μεταμοντέρνες θεωρίες. Η μελέτη θα πρέπει να προέρχεται από ερευνητικά αποτελέσματα μέσω της μεθοδολογίας σε συνδυασμό με την κλινική εμπειρία των επιστημόνων υγείας και την παρακολούθηση ασθενών.

Η επιδημιολογική έρευνα περιλαμβάνει καρδιολογικούς ασθενείς οι οποίοι νοσηλεύτηκαν στην μονάδα εμφραγμάτων του Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων κατά το διάστημα Μάρτιος 2021-Ιούλιος 2021. Η συλλογή των δεδομένων έγινε με την χρήση ερωτηματολογίων self-Rating Anxiety Scale Zung. Κλίμακα αυτοαξιολόγησης του άγχους του Zung.

Για την διεξαγωγή της έρευνας ζητήθηκε άδεια από την επιστημονική επιτροπή του Π.Γ.Ν Ιωαννίνων.

Αποτελέσματα: Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων της κλίμακας αυτοαξιολόγησης του άγχους του Zung προκύπτει στο σύνολο των 122 ασθενών (ανδρών και γυναικών) ότι σε μεγάλο ποσοστό οι ασθενείς που νοσηλεύονται στην μονάδα εμφραγμάτων του Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων εκδηλώνουν σε μεγάλο βαθμό άγχος και στρες κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους.

Συμπεράσματα: Το άγχος των ασθενών με καρδιαγγειακές παθήσεις στην καρδιολογική μονάδα επηρεάζει σημαντικά την διαχείριση της ασθένειας αλλά και την μετέπειτα πορεία της. Είναι ένας επιπλέον επιβαρυντικός παράγοντας για αυτό και πρέπει να ακολουθηθούν αποτελεσματικές παρεμβάσεις για την καλύτερη ποιότητα της υγείας τους. Το μέγεθος του δείγματος ήταν ικανοποιητικό. Οι πληροφορίες που συλλέχθηκαν συμφωνούν με την υπάρχουσα βιβλιογραφία και μπορούν να χρησιμοποιηθούν από άλλους ερευνητές για περαιτέρω μελέτες.

Λέξεις κλειδιά: Καρδιαγγειακές Παθήσεις, άγχος-στρες, Μονάδα Εντατικής Παρακολούθησης Καρδιολογικών Ασθενών, Βασικά Χαρακτηριστικά, συννοσηρότητες.

ABSTRACT

Introduction: Cardiovascular diseases or cardiovascular diseases are a category of diseases that affect the heart and blood vessels. Cardiovascular diseases include coronary heart disease (e.g., angina and myocardial infarction) as well as other cardiovascular diseases are stroke, heart failure, hypertensive heart disease, rheumatic heart disease, myocardial infarction, myocardial infarction, heart arrhythmia, arrhythmia aortic aneurysm, peripheral arterial disease, thrombosis and venous thrombosis.

Cardiovascular diseases affect many aspects of people's lives. Stress is common with these and manifests itself differently in each patient. The recording and correlation of stress-stress is done according to their basic characteristics and comorbidities (Institute of Medicine of the National Academics, 2010).

Purpose: The aim of the research is to record and evaluate the anxiety and stress levels of cardiac patients in the intensive care unit during their hospitalization. The recording will be based on the correlation of their main characteristics and their comorbidities.

Methodology: The scientific position on which the research will be based is the one based on research and postmodern theories. The study should come from research results through methodology combined with the clinical experience of health scientists and patient monitoring.

The epidemiological research includes cardiac patients who were hospitalized in the infarction unit of the P.G.N. Ioannina during the period March 2021-July 2021. Data collection was done using self-Rating Anxiety Scale -Zung questionnaires Zung stress self-assessment scale.

For the conduct of the research, permission was requested from the scientific committee of the P.G.N. Ioannina.

Results: The analysis of the results of the Zung stress self-assessment scale shows that in the total of 122 patients (men-women) that a large percentage of patients treated in the infarction unit of the P.G.N. Ioannina show a great deal of anxiety-stress during their hospitalization.

Conclusions: The anxiety of patients with cardiovascular diseases in the cardiology unit significantly affects the management of the disease and its subsequent course. It is an additional aggravating factor for this, and effective interventions must be followed for the best quality of their health. The sample size was satisfactory. The information collected is consistent with the existing literature and can be used by other researchers for further studies.

Keywords: Cardiovascular diseases, stress, cardiac intensive care unit, key features, co-morbidities.

Περιεχόμενα

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	4
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	5
ABSTRACT	7
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	
ΣΤΟΧΟΣ ΚΑΙ ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	13
1.1 Ερευνητική ερώτηση.....	15
1.2 Αιτιολόγηση-σκεπτικό της εργασίας.....	16
1.3 Αναστοχασμός.....	18
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ	19
2.1 Το υπόβαθρο του θέματος.....	20
2.2 Συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση.....	29
2.3 Κριτική ανάλυση της βιβλιογραφίας.....	40
2.4 Το ερευνητικό κενό.....	42
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	
ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	43
3.1 Επιστημολογία.....	44
3.2 Μεθοδολογία.....	46
3.3 Δειγματοληπτική τεχνική.....	48
3.4 Κριτήρια αποδοχής και αποκλεισμού του δείγματος.....	51
3.5 Περιγραφή του δείγματος.....	52
3.6 Περιγραφή του χώρου.....	53
3.7 Μέθοδος συλλογής δεδομένων.....	54
3.8 Ηθική της έρευνας.....	56
3.9 Μέθοδος ανάλυσης δεδομένων.....	59
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	61
4.1 Παρουσίαση θεματικών ενοτήτων ή στατιστικών δεδομένων.....	62
4.2 Περίληψη αποτελεσμάτων.....	69

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΣΥΖΗΤΗΣΗ	70
5.1 Συζήτηση των αποτελεσμάτων.....	72
5.2 Αξιολόγηση της ερευνητικής διαδικασίας.....	73
5.3 Προτάσεις για εφαρμογή των αποτελεσμάτων της έρευνας.....	74

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	75
ΛΙΣΤΑ ΠΑΡΑΠΟΜΠΩΝ	76
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	82

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα διπλωματική εργασία αφορά το ακαδημαϊκό έτος 2020-2021 στα πλαίσια του προγράμματος μεταπτυχιακών σπουδών «Νοσηλευτική Φροντίδα Ενηλίκων» του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων.

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στην μονάδα εμφραγμάτων του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων έτσι ώστε να μελετηθούν και να καταγραφούν τα επίπεδα άγχους-στρες των ασθενών με καρδιαγγειακές παθήσεις. Η καταγραφή και η μελέτη έγινε με βάση την συσχέτιση των βασικών χαρακτηριστικών και συν-νοσηροτήτων των ασθενών.

Τα καρδιαγγειακά νοσήματα αποτελούν την κύρια αιτία θανάτου σε όλες τις ηπείρους, εξαιρούμενης της Αφρικής. Τα καρδιαγγειακά νοσήματα προκάλεσαν 17,9 εκατομμύρια θανάτους (32,1%) το 2015 εκπροσωπώντας μία σημαντική αύξηση από του; 12,3 εκατομμύρια θανάτους (25,8%) το 1990.

Οι θάνατοι από καρδιαγγειακά νοσήματα έχουν αυξηθεί στο μεγαλύτερο μέρος του αναπτυσσόμενου κόσμου, ενώ ξεκινώντας από την δεκαετία του 1970 οι θάνατοι από καρδιαγγειακά νοσήματα έχουν μειωθεί στις περισσότερο ανεπτυγμένες χώρες.

Η στεφανιαία νόσος και το εγκεφαλικό επεισόδιο προκαλούν το 80% των θανάτων στους άντρες, ενώ το 75% στις γυναίκες. Οι περισσότερες καρδιαγγειακές παθήσεις προσβάλλουν ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας. Η μέση ηλικία θανάτου από στεφανιαία νόσο στον ανεπτυγμένο κόσμο είναι γύρω στα 80 έτη, ενώ περίπου στα 68 αναπτυσσόμενο. Η καρδιαγγειακή πάθηση διαγιγνώσκεται 7-10 χρόνια νωρίτερα στους άντρες απ' ό,τι στις γυναίκες. (Merdis et al, 2011).

Όσοι πάσχουν από οποιοδήποτε καρδιολογικό νόσημα είναι αναμενόμενο να αισθάνονται έντονα την απειλή του θανάτου. Ο φόβος αυτός προκαλεί συνεχή ψυχική καταπόνηση, άγχος και τελικά είναι δυνατό να οδηγήσει σε κατάθλιψη τόσο στον ίδιο τον ασθενή όσο και σε άτομα του οικογενειακού του περιβάλλοντος. Οι ασθενείς που εμφανίζουν άγχος προδιαθέτουν την ανάδυση διαταραχών της καρδιαγγειακής λειτουργίας. Ειδικά, όταν η ύπαρξη του άγχους είναι συνεχής, το καρδιαγγειακό

σύστημα βομβαρδίζεται από την συνεχή διέγερση του αυτόνομου νευρικού συστήματος. (Volz et al, 2011).

Οι αγχωμένοι ασθενείς παρουσιάζουν εξασθένηση των καθημερινών λειτουργιών τους. Οι ασθενείς με χρόνια καρδιακά νοσήματα αντιμετωπίζουν δύσκολες καταστάσεις, εξαντλητικά σωματικά συμπτώματα, αλλαγές ρόλων, συχνές εισαγωγές στο νοσοκομείο, οικονομική επιβάρυνση, μεταβολές στην κοινωνική τους στήριξη. Όλες αυτές οι αλλαγές μπορεί να επηρεάσουν αρνητικά την ποιότητα ζωής τόσο των ίδιων των ασθενών όσο και των οικογενειών τους. (Sayers et al, 2008).

Σύμφωνα με την υπάρχουσα βιβλιογραφία η συχνότητα εμφάνισης του άγχους ανέβηκε στο 70-80% των ασθενών με οξύ καρδιακό νόσημα, ενώ στο 20-25% με καρδιαγγειακή νόσο. Παρ'ότι το άγχος θεωρείται αναμενόμενο σε ένα αιφνίδιο καρδιαγγειακό επεισόδιο ή σε μια χρόνια νόσο, εντούτοις όταν αυτό είναι χρόνιο ή υψηλής έντασης έχει αρνητικές επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής των ασθενών (Αλεβίζος, 2008).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΣΤΟΧΟΣ ΚΑΙ ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Ο στόχος πρέπει να είναι ξεκάθαρος πριν ξεκινήσει η ερευνητική διαδικασία. Η επιτυχία μιας ερευνητικής διαδικασίας δεν εξαρτάται μόνο από τον καθορισμό του στόχου και των σκοπών, αλλά πρέπει να ακολουθεί συγκεκριμένη διαδρομή για την εφαρμογή τους. Οι σκοποί θα πρέπει να λαμβάνουν μια ποσοτική έκφραση, να αφορούν συγκεκριμένη περίοδο, να είναι ρεαλιστικοί και να ιεραρχούνται (Τομαράς, 2014).

Επίσης πρέπει να είναι έξυπνοι-specific measurable achievable realistic timely-SMART (Shaw et al, 2015).

Στην παρούσα μελέτη στόχος μας είναι να εξετάσουμε τα επίπεδα άγχους των καρδιολογικών ασθενών που νοσηλεύονται στην μονάδα εμφραγμάτων του Π.Γ.Ν Ιωαννίνων. Για να επιτευχθεί αυτός ο στόχος θα πρέπει να καθοριστούν οι σκοποί της έρευνας. Η χρήση του ακρωνύμιου SMART θα ενισχύσει την επιτυχία της ερευνητικής διαδικασίας. Οι σκοποί για την επιτυχία του στόχου αρχικά είναι η διενέργεια μιας λεπτομερούς βιβλιογραφικής ανασκόπησης που θα παρουσιάζει σαφήνεια και συστηματικότητα και θα συμβάλει στην συγγραφή και παρουσίαση της εργασίας. Σίγουρα κάθε έρευνα βασίζεται σε προηγούμενες δημοσιευμένες έρευνες και αποτελούν ένα σημαντικό βοήθημα. Η βιβλιογραφική αναζήτηση πραγματοποιείται καθόλη την διάρκεια της μελέτης (Ζάχος, 2010).

Η συλλογή των ερωτηματολογίων αποτελεί το επόμενο βήμα. Αυτό θα γίνει από ασθενείς καρδιολογικούς κατά το χρονικό διάστημα Μάρτιος του 2021 έως Ιούλιος του 2021. Το ερωτηματολόγιο είναι ένα μέσο επικοινωνίας μεταξύ ερευνητή και ερωτώμενου σε μια ποσοτική έρευνα. Οι ερωτήσεις είναι δομημένες, οι ασθενείς απαντούν γραπτώς στο ίδιο σύνολο ερωτήσεων έτσι ώστε να συλλεχθούν τα δεδομένα με σαφήνεια, συνεχή, κατάλληλη δομή και συντομία, αφού πρώτα δοθούν οδηγίες συμπλήρωσης (Κορρές, 2013).

Ακολουθεί η ολοκλήρωση της στατιστικής ανάλυσης των δεδομένων που συλλέχθηκαν, η καταγραφή και η συσχέτιση των καρδιολογικών ασθενών με βάση τα βασικά χαρακτηριστικά και τις συν-νοσηρότητές τους. Η σύγκριση μπορεί να εφαρμοστεί τόσο στην ποιοτική όσο και στην ποσοτική έρευνα (Bryman, 2017).

Τέλος, η συγγραφή της ερευνητικής μελέτης είναι απαραίτητη. Η επιτυχία του στόχου δεν εξαρτάται μόνο από τον σχεδιασμό των σκοπών αλλά πρέπει να ακολουθεί συγκεκριμένη διαδρομή για την εφαρμογή της.

1.1 Ερευνητική ερώτηση

Η διατύπωση ενός σαφούς ερευνητικού ερωτήματος αποτελεί το πρώτο βήμα στην διαδικασία της έρευνας. Για την δημιουργία μιας σωστά διατυπωμένης απαντήσιμης ερώτησης θα πρέπει να ακολουθηθούν συγκεκριμένα βήματα. Η ερώτηση θα συνταχθεί πριν την διεξαγωγή της ερευνητικής μελέτης και θα καθορίζει τον τρόπο διεξαγωγής της, τον πληθυσμό που θα μελετηθεί και τους τρόπους παρέμβασης που θα χρειαστούν (Hastings & Fisher, 2014).

Είναι ένας συνεπής συστηματικός τρόπος αναγνώρισης στοιχείων ενός ζητήματος και πρόκειται για μία ερώτηση που περιλαμβάνει τέσσερα συστατικά, ονομάζεται PICO και σημαίνει Population ή Patients (πληθυσμός ή ασθενείς), Intervention (παρέμβαση) Outcome (έκβαση) (Dreglia & Sadeghi, 2013).

Το κρίσιμο σημείο σε μία ερώτηση PICO είναι η σωστή διατύπωσή της με την χρήση σωστών λέξεων-κλειδιών έτσι ώστε να επιτευχθεί η βιβλιογραφική ανασκόπηση με επιτυχία (Larue et al, 2009).

Για να βρεθούν οι κατάλληλες αποδείξεις και να ολοκληρωθεί η εργασία δημιουργήθηκε η παρακάτω ερώτηση **PICO**. Οι ασθενείς με καρδιαγγειακά νοσήματα που νοσηλεύονται στην μονάδα εμφραγμάτων βιώνουν διάφορα συναισθήματα. Το άγχος και το στρες αποτελούν τη συνηθέστερη αντίδραση κατά την διάρκεια νοσηλείας.

(P) Ενήλικοι ασθενείς με καρδιαγγειακά νοσήματα.

(I) Οι οποίοι νοσηλεύονται στην μονάδα εντατικής παρακολούθησης καρδιοπαθών.

(C) Σε συσχέτιση με τα βασικά χαρακτηριστικά τους- συν-νοσηρότητες.

(O) Εμφανίζουν χαμηλότερα ή υψηλότερα επίπεδα άγχους.

1.2 Αιτιολόγηση-σκεπτικό της εργασίας

Η καρδιαγγειακή νόσος (CVD) είναι ένας όρος που καλύπτει διαταραχές της καρδιάς και των αιμοφόρων αγγείων και περιλαμβάνει υπέρταση, στεφανιαία νόσο, εγκεφαλοαγγειακή νόσο, περιφερική αγγειακή νόσο, καρδιακή ανεπάρκεια, ρευματική καρδιακή νόσο, συγγενική καρδιοπάθεια και καρδιομυοπάθεια. Ο παγκόσμιος οργανισμός υγείας εκτιμά ότι περισσότεροι από 17,5 εκατομμύρια άνθρωποι πεθαίνουν από καρδιαγγειακή νόσο, αντιπροσωπεύοντας το 30% όλων των παγκόσμιων θανάτων. Τα καρδιαγγειακά νοσήματα είναι η νούμερο ένα αιτία θανάτου παγκοσμίως. Περισσότεροι άνθρωποι πεθαίνουν ετησίως από καρδιαγγειακά νοσήματα παρά από οποιαδήποτε άλλη αιτία. Προβλέπεται ότι ως το 2030 σχεδόν 23,6 εκατομμύρια άνθρωποι θα πεθάνουν από καρδιαγγειακά νοσήματα. Αυτό αναμένεται να παραμείνει η μόνη κύρια αιτία θανάτου (Diana et al, 2019).

Η αντίληψη ότι οι ψυχολογικές καταστάσεις μπορούν να επηρεάσουν την σωματική υγεία είναι σχεδόν καινούργια και ίσως πουθενά η σχέση νου-σώματος δεν έχει μελετηθεί καλύτερα από ό,τι στις καρδιαγγειακές παθήσεις. Υπάρχει μια σύνδεση μεταξύ CVD και αρκετών ψυχολογικών καταστάσεων όπως κατάθλιψη, χρόνιο ψυχολογικό στρες, διαταραχή μετατραυματικού στρες (PTCD) και άγχος (Beth et al, 2015).

Το μη αναγνωρισμένο άγχος είναι μια δύσκολη κλινική παρουσίαση στην καρδιολογία. Το άγχος οδηγεί σε επαναλαμβανόμενες επισκέψεις στο τμήμα εντατικής ανάγκης. Η βιβλιογραφία καταδεικνύει ότι οι διαταραχές άγχους αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακής νόσου παράλληλα όμως η αιτιώδης σχέση δεν έχει αποδειχθεί. Το άγχος προμηνύει δυσμενείς προγνώσεις σε άτομα με CVD που είναι ανεξάρτητα από την κατάθλιψη (Jean-Christophe et al, 2017).

Η ΜΕΠΚ αποτελεί για τους καρδιολογικούς ασθενείς ένα δύσκολο περιβάλλον όπου βιώνουν διάφορα συναισθήματα. Η κάλυψη αυτών των συναισθηματικών αναγκών τους θεωρείται αναγκαία από το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό. Θα πρέπει να περιλαμβάνει όχι μόνο την κάλυψη των βιολογικών αναγκών αλλά και την ανάγκη υποστήριξης, πληροφόρησης, την επικοινωνία με τους συγγενείς, την εξατομικευμένη θεραπεία και την επαφή με άλλους ασθενείς με την ίδια πάθηση (Polikandrioti et al, 2015).

Οπότε η διασφάλιση της ψυχικής ηρεμίας και η πρόωμη εκτίμηση του άγχους-στρες των ασθενών που νοσηλεύονται στην μονάδα εντατικής παρακολούθησης καρδιοπαθών του Νοσοκομείου Ιωαννίνων, είναι μια διαδικασία που πρέπει να τηρείται από την εισαγωγή του ασθενή έως και την έξοδο του. Αυτό προσφέρει καλύτερη ποιότητα στην φροντίδα και στην γρήγορη έκβαση της θεραπείας.

1.3 Αναστοχασμός

Με τον όρο αναστοχασμό περιγράφεται η ικανότητα του ατόμου να αναγνωρίζει τα δικά του πλεονεκτήματα και τις αδυναμίες του, έτσι ώστε να τα χρησιμοποιεί για την καθοδήγηση της συνεχούς εκμάθησης. Αναπτύσσονται ικανότητες αυτοκατευθυνόμενης μάθησης που βελτιώνουν την ποιότητα φροντίδας από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό ως προς τους ασθενείς (Koshy et al, 2017).

Ο Αναστοχασμός που πραγματοποιήθηκε στην συγκεκριμένη φάση είναι ανάλογο με το μοντέλο του Gibbs και αναπτύσσεται από έξι μέρη:

- 1) Περιγραφή
- 2) Συναισθήματα
- 3) Αξιολόγηση
- 4) Ανάλυση
- 5) Συμπεράσματα
- 6) Σχέδιο δράσης.

Η ΜΕΠΚ είναι ένα πολύπλοκο και αγχωτικό περιβάλλον με σημαντικές, δυσμενείς φυσικές, γνωστικές, ψυχολογικές και λειτουργικές συνέπειες τόσο για τους ασθενείς όσο και για τις οικογένειες τους. Οι ασθενείς που επιβιώνουν από κρίσιμες ασθένειες παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά άγχους, κατάθλιψης, και μετατραυματικού στρες (PTSD) που μπορεί να παραμείνει και μετά την έξοδο τους από το Νοσοκομείο .(Sarah et al, 2018).

Κύριο μέλημα όλου του ιατρικού – νοσηλευτικού προσωπικού θα πρέπει να αποτελεί η ψυχολογική και πνευματική υποστήριξη των καρδιολογικών ασθενών και όχι μόνο η κάλυψη των βιολογικών αναγκών. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την αποφυγή-μείωση του άγχους-στρες των ασθενών κατά την διάρκεια νοσηλείας τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Για να επιτευχθεί μια ερευνητική διαδικασία απαιτείται να βασίζεται στη θεωρία και να σχεδιάζεται έτσι ώστε να είναι ικανή να απαντήσει σε μια ερώτηση ,να δοκιμάσει μια παρέμβαση η να λύσει ένα πρόβλημα (Baker, 2017).

Η συστηματική μελέτη των ερευνών αφορά α) την παρουσίαση της σύνθεσης των βιβλιογραφικών πηγών που μελέτησε ο ερευνητής β) την κριτική αποτίμηση τους ώστε ο ερευνητής να απαιτήσει σαφή εικόνα για το θέμα που πρόκειται να ερωτήσει και να αναδειχθεί το ερευνητικό «έλλειμμα». Στόχος της βιβλιογραφικής ανασκόπησης είναι:

1. Προσδιορισμός του ερευνητικού χώρου της εργασίας (ανάδειξη των ερευνητικών ελλειμμάτων που στοχεύει να τα καλύψει).
2. Η συγκρότηση και η θεμελίωση της προβληματικής έρευνας του θεωρητικού και του μεθοδολογικού πλαισίου.
3. Η συζήτηση/σχολιασμός των ευρημάτων των σχετικών ερευνών.

Από την άλλη πλευρά η συστηματική ανασκόπηση ακολουθεί αυστηρούς κανόνες και η επισκόπηση της βασίζεται σε συγκεκριμένη μεθοδολογία (Siddaway et al, 2019).

2.1 Υπόβαθρο του θέματος

Οι καρδιαγγειακές παθήσεις παραμένουν ο πρώτος δολοφόνος στις δυτικές χώρες. Ισοδύναμες συμβουλές πρωτοβουλιών πρόληψης, φαρμακευτικών εξελίξεων και τεχνικών βελτιώσεων οδήγησαν σε σημαντική επιτυχία, στην μείωση της θνητότητας που σχετίζεται με καρδιαγγειακά νοσήματα σε ορισμένες χώρες του δυτικού κόσμου. Ωστόσο η αύξηση του προσδόκιμου ζωής, η ατελής τήρηση των οδηγιών, οι δυσκολίες να πείσουν τις κυβερνήσεις και τον πληθυσμό να υποστηρίξουν και να τηρήσουν μέτρα πρόληψης, καθιστούν το βάρος των καρδιαγγειακών παθήσεων ακόμη εξαιρετικά υψηλό (Camp, 2014).

Παρά τις σημαντικές βελτιώσεις στην διάγνωση και τις επεμβατικές θεραπείες, οι καρδιαγγειακές παθήσεις παραμένουν μια σημαντική περίθαλψη και κοινωνικοοικονομική επιβάρυνση τόσο στις δυτικές όσο και στις αναπτυσσόμενες χώρες. Η επιβάρυνση αυτή αυξάνεται σε στενή σχέση με την οικονομική ανάπτυξη. Οι υγειονομικές αρχές και ο γενικός πληθυσμός έχουν αρχίσει να αναγνωρίζουν ότι αυτή η καταπολέμηση αυτών των ασθενειών μπορεί να κερδηθεί μόνο εάν επιβαρυνθεί το βάρος τους με την αύξηση των επενδύσεων μας σε παρεμβάσεις για αλλαγές στον τρόπο ζωής και πρόληψης. Η καρδιολογία και δευτερογενής πρόληψη συμπεριλαμβανόμενης της καρδιακής αποκατάστασης, έχουν εξελιχθεί σχεδόν ανεξάρτητα η μια από την άλλη και παρόλο που το καθένα κάνει μια μοναδική συνεισφορά τώρα είναι καιρός να ενώσουμε τις δυνάμεις μας υπό τα σημεία της προληπτικής καρδιολογίας και να δημιουργήσουμε ένα ολοκληρωμένο μοντέλο που βελτιστοποιεί τα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα και μειώνει το μελλοντικό βάρος για τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Αυτοί είναι οι στόχοι που έχει προβλέψει το τμήμα καρδιακής αποκατάστασης της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την καρδιολογική πρόληψη, αποκατάσταση και για την προώθηση της δευτερογενούς προληπτικής καρδιολογίας στην κλινική πράξη, ενσωματωμένη στην οργάνωση των εθνικών συστημάτων υγείας (Massimo & Piepooli, 2014).

Οι καρδιαγγειακές παθήσεις είναι μια κατηγορία ασθενειών που αφορά την καρδιά και τα αιμοφόρα αγγεία και περιλαμβάνει τις εξής παθήσεις:

- Στεφανιαίες καρδιακές νόσους (στηθάγχη, έμφραγμα του μυοκαρδίου)
- Εγκεφαλικό επεισόδιο
- Καρδιακή ανεπάρκεια
- Υπερτασική καρδιοπάθεια
- Ρευματική καρδιοπάθεια
- Μυοκαρδιοπάθεια
- Αρρυθμίες
- Συγγενής καρδιακή νόσος
- Βαλβιδική καρδιακή νόσος
- Καρδίτιδα
- Ανεύρυσμα αορτής
- Περιφερική αρτηριοπάθεια
- Θρόμβωση και φλεβική θρόμβωση (Diana et al, 2019).

Στηθάγχη (Angina Pectoris).

Η στηθάγχη ορίζεται ως υποτονικός πόνος στο στήθος, πίεση ή δυσφορία που συνήθως επιδεινώνεται από άσκηση ή συναισθηματικό στρες. Διαρκεί περισσότερο από τριάντα έως εξήντα δευτερόλεπτα και ανακουφίζεται με ανάπαυση και νιτρογλυκερίνη. Υπάρχουν περίπου δέκα εκατομμύρια άνθρωποι στις ΗΠΑ που έχουν στηθάγχη και υπάρχουν περισσότερα από 500 χιλιάδες περιστατικά που διαγνώσκονται ετησίως. Αρκετές μελέτες δείχνουν τώρα ότι η ίδια η στηθάγχη είναι ένας προγνωστικός παράγοντας σημαντικών ανεπιθύμητων καρδιακών συμβάντων. Η στηθάγχη αποτελεί σημαντική αιτία νοσηρότητας, η θεραπεία πρέπει να είναι προσανατολισμένη όχι μόνο στην θεραπεία των παραγόντων κινδύνου για αθηρωματική νόσο και στην βελτίωση της επιβίωσης αλλά πρέπει επίσης να στοχεύει στην εξάλειψη ή την μείωση της εμφάνισης και την βελτίωση της ικανότητας των ασθενών να μπορούν να είναι ενεργοί (Robert et al, 2016).

Έμφραγμα του μυοκαρδίου (Heart Attack).

Το έμφραγμα του μυοκαρδίου είναι ένας όρος που χρησιμοποιείται για ένα επεισόδιο καρδιακής προσβολής και οφείλεται στον σχηματισμό πλακών στα εσωτερικά τοιχώματα των αρτηριών με αποτέλεσμα την μειωμένη ροή αίματος στην καρδιά και τραυματισμό των καρδιακών μυών λόγω έλλειψης παροχής οξυγόνου. Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν πόνο στο στήθος ο οποίος μεταφέρεται από το αριστερό χέρι στον λαιμό, δύσπνοια, εφίδρωση, ναυτία, έμετος, ανώμαλος καρδιακός παλμός, άγχος, κόπωση, αδυναμία, κατάθλιψη και άλλα. Η άμεση θεραπεία περιλαμβάνει την λήψη ασπιρίνης η οποία εμποδίζει την πήξη του αίματος και την νιτρογλυκερίνη για την θεραπεία του πόνου στο στήθος και του οξυγόνου. Η καρδιακή προσβολή μπορεί να προληφθεί λαμβάνοντας μια προηγούμενη δράση για την μείωση αυτών των κινδύνων ελέγχοντας την διατροφή, το λίπος, την χοληστερίνη, το αλάτι, το κάπνισμα, την νικοτίνη, το αλκοόλ, τα ναρκωτικά, την παρακολούθηση της αρτηριακής πίεσης κάθε βδομάδα, την άσκηση κάθε μέρα και την απώλεια σημαντικού βάρους. Η θεραπεία περιλαμβάνει δισκία ασπιρίνης και διάλυση αρτηριακής ένεσης απόφραξης θρομβολυτικών ή φαρμάκων που διαλύουν θρόμβους. Τα παυσίπονα όπως η μορφίνη ή η μετεριδίνη μπορούν να χορηγηθούν για την ανακούφιση του πόνου. Νιτρογλυκερίνη και αντιυπερτασικά φάρμακα όπως Β αναστολής, αναστολής MEA ή αναστολής διάβλων ασβεστίου μπορούν επίσης να χορηγηθούν για την μείωση της αρτηριακής πίεσης και την βελτίωση της ανάγκης οξυγόνου της καρδιάς. Το ηλεκτροκαρδιογράφημα, η στεφανιογραφία και η ακτινογραφία καρδιάς και αιμοφόρων αγγείων μπορούν να πραγματοποιηθούν για να παρατηρηθεί η στένωση των στεφανιαίων αγγείων (Lei & Liu, 2015).

Εγκεφαλικό επεισόδιο (Stroke).

Το εγκεφαλικό επεισόδιο είναι μία εγκεφαλοαγγειακή διαταραχή που χαρακτηρίζεται από την ξαφνική εμφάνιση συμπτωμάτων και κλινικών σημείων. Κάθε χρόνο υπολογίζεται στην Γαλλία ότι 140.000 άνθρωποι νοσηλεύονται για εγκεφαλικό επεισόδιο. Το ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο είναι το πιο συνηθισμένο είδος εγκεφαλικού επεισοδίου και το 80% όλων των περιπτώσεων. Ενώ το αιμορραγικό εγκεφαλικό επεισόδιο αντιπροσωπεύει περίπου το 20% όλων των εγκεφαλικών επεισοδίων (Boursin et al, 2018).

Ο θάνατος από εγκεφαλικό επεισόδιο μειώθηκε την τελευταία δεκαετία , με το εγκεφαλικό να είναι η δεύτερη κύρια αιτία θανάτου στις ΗΠΑ. Επιπλέον, η συχνότητα εμφάνισης νέων και επαναλαμβανομένων εγκεφαλικών επεισοδίων μειώνεται, πιθανώς λόγω της αυξημένης χρήσης συγκριμένων φαρμάκων πρόληψης ,όπως στατίνες και αντιυπερτασικά . Παρά τις θετικές τάσεις στις επιπτώσεις και την θνησιμότητα, πολλά εγκεφαλικά παραμένουν αποτρέψιμα. Οι κύριοι τροποποιήσιμοι παράγοντες κίνδυνου είναι η υπέρταση ,ο σακχαρώδης διαβήτης ,το κάπνισμα και η υπερλιπιδαιμία, καθώς και παράγοντες του τρόπου ζωής, όπως η παχυσαρκία ή η κακή διατροφή και η σωματική αδράνεια. Η πρόληψη του εγκεφαλικού επεισοδίου περιλαμβάνει συνήθως αντιαιμοπεταλιακή θεραπεία (εκτός αν υπάρχει αντένδειξη) επομένως αναθεωρούνται τα πιο πρόσφατα στοιχεία που υποστηρίζουν τη χρήση αυτών των φαρμάκων (Guzik et al, 2017).

Καρδιακή ανεπάρκεια (Heart Failure)

Η καρδιακή ανεπάρκεια αποτελεί σημαντικό πρόβλημα δημοσίας υγείας, είναι ο πιο συνηθισμένος λόγος νοσηλείας. Συνήθως επηρεάζει τον ηλικιωμένο πληθυσμό και δεδομένου του προσδόκιμου ζωής σε συνδυασμό με την βελτιωμένη διαχείριση χρόνιων ιατρικών καταστάσεων, ο αριθμός των ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια αναμένεται να αυξηθεί . Η καρδιακή ανεπάρκεια έχει κατηγοριοποιηθεί πρόσφατα με καρδιακή ανεπάρκεια με μειωμένο και διατηρημένο κλάσμα εξώθησης, παρά τις διαφορές στους δύο τύπους, η θνησιμότητα παραμένει υψηλή και παρόμοια στις δύο συνθήκες. Τις τελευταίες δεκαετίες έχουν αναπτυχθεί πολυάριθμες ιατρικές θεραπείες και συσκευές για τη διαχείριση της καρδιακής ανεπάρκειας. Αυτές οι θεραπείες έχουν βελτιώσει τα αποτελέσματα για τους ασθενείς τόσο από άποψη νοσηρότητας όσο και θνητότητας (Gedela et al, 2015).

Υπερτασική καρδιοπάθεια (Hypertensive heart disease)

Πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι η υπέρταση αποτελεί ισχυρό παράδειγμα κίνδυνου για ολική θνησιμότητα και καρδιαγγειακά νοσήματα. Η καρδιακή νόσος περιλαμβάνει την στεφανιαία νόσο, καρδιακή ανεπάρκεια, κολπική μαρμαρυγή, Βαλβιδοπάθεια , αιφνίδιο καρδιακό θάνατο, καρδιομυοπάθεια και ανεύρυσμα αορτής. Οι περισσότερες επιδημιολογικές προοπτικές μελέτες καρδιακών παθήσεων επικεντρώθηκαν σε στεφανιαία/ισχαιμική καρδιακή νόσο. Η καρδιακή ανεπάρκεια, η

κολπική μαρμαρυγή, η αορτική βαλβιδική νόσος, η υπερτροφία της αριστερής κοιλίας και τα ανευρύσματα της κοιλιακής αορτής σχετίζονται όλα με υπέρταση. Αυτές οι σχέσεις έτειναν να είναι ισχυρότερες στους άνδρες. (Yoshihiro kokubo et al, 2016).

Ρευματική καρδιοπάθεια (Rhenmatic heart disease).

Οι ρευματικές καρδιακές παθήσεις που συχνά παραμελούνται αποτελούν σημαντικό βάρος στις αναπτυσσόμενες χώρες όπου προκαλεί το μεγαλύτερο μέρος της καρδιαγγειακής νοσηρότητας και θνητότητας στους νέους , οδηγώντας σε περίπου 250.000 θανάτους ετησίως παγκοσμίως. Η ασθένεια προκύπτει από μια ανώμαλη αυτονόμηση απάντηση από στρεπτοκοκκική λοίμωξη ομάδας Α σε ένα γενετικό ευαίσθητο ξενιστή . Ο οξύς ρευματικός πυρετός , μπορεί να επηρεάσει διαφορετικά όργανα και να οδηγήσει σε μη αναστρέψιμη βλάβη της βαλβίδας και καρδιακή ανεπάρκεια. Η έγκαιρη ανίχνευση και η στενευμένη θεραπεία μπορεί να είναι εφικτή εάν ο πληθυσμός που διατρέχουν κίνδυνο για ρευματικές καρδιακές παθήσεις σε ενδημικές χώρες ελέγχονται. Η ενεργός παρακολούθηση με έλεγχο ηχοκαρδιογραφίας μπορεί να είναι πολύ σημαντική. (Mavijon et al, 2012).

Μυοκαρδιοπάθεια (Cardiomyopathy)

Η καρδιομυοπάθεια μπορεί να χωριστεί σε πρωτογενείς (γενετικές, μικτές ή επίκτητες) και δευτερογενείς κατηγορίες, οι οποίες έχουν ποικίλους φαινοτύπους, συμπεριλαμβανομένων υπερτροφικών και περιοριστικών μοτίβων. Η υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια είναι η πιο συνηθισμένη πρωτοπαθής μυοκαρδιοπάθεια και μπορεί να προκαλέσει άσκηση δύσπνοιας, προσυγκοπτικό ή άτυπο θωρακικό πόνο, καρδιακή ανεπάρκεια και διασταλμένη μυοκαρδιοπάθεια η οποία μπορεί να είναι γενετική ή επίκτητη και εμφανίζεται με κλασικά συμπτώματα καρδιακής ανεπάρκειας, με μειωμένο κλάσμα εξώθησης . Η περιοριστική μυοκαρδιοπάθεια είναι λιγότερο συχνή και συχνά σχετίζεται με συστηματική νόσο. Η θεραπεία μπορεί να περιλαμβάνει καταλληλά σταδιακή θεραπεία για καρδιακή ανεπάρκεια, κατάλληλο περιορισμό δραστηριότητας, αξιολόγηση για εμφυτεύσιμη τοποθέτηση απινιδωτή και εξέταση μεταμόσχευσης καρδιάς σε ανθεκτικά περιστατικά. Ο γενετικός έλεγχος των οικογενειών είναι μια αναδύομενη μέθοδος με κάποιες δυνατότητες να αυξήσει τον παραδοσιακό έλεγχο που πραγματοποιείται από οικογενειακούς γιατρούς . (Brieer et al, 2017).

Αρρυθμίες (Arrhythmias)

Η καρδιακή αρρυθμία χαρακτηρίζεται από ακανόνιστο ρυθμό καρδιακών παλμών που μπορεί να είναι πολύ αργός (< 60 παλμοί το λεπτό) είτε πολύ γρήγορος (> 100 παλμοί το λεπτό) και μπορεί να συμβεί σε οποιαδήποτε ηλικία . Η χρήση συσκευών βηματοδότη και απινιδωτών έχει προταθεί για ασθενείς με καρδιακές αρρυθμίες . Τα αντιαρρυθμικά φάρμακα έχουν αναφερθεί για την θεραπεία καρδιακών αρρυθμιών η ακανόνιστων καρδιακών παλμών. Οι αρρυθμίες διακρίνονται στις ταχυκαρδίες η ταχυαρρυθμίες και τις βραδυκαρδίες η βραδυαρρυθμίες.

- Ταχυκαρδίες / Ταχυαρρυθμίες
- Υπερκοιλιακές αρρυθμίες
- Κολπική μαρμαρυγή
- Κολπικός πτερυγισμός
- Κολπική ταχυκαρδία
- Έκτακτες κοιλιακές συστολές
- Κοιλιακή ταχυκαρδία
- Κοιλιακή μαρμαρυγή
- Βραδυαρρυθμίες
- Νόσος φλεβόκομβου
- Σύνδρομο νοσούντος φλεβόκομβου
- Κολποκοιλιακός αποκλεισμός (πρώτου βαθμού, δευτέρου βαθμού, τρίτου βαθμού)
- Βαλβιδική καρδιακή νόσος (Valvular heart disease) (Du Guan & Fu, 2015).

Η βαλβιδική καρδιακή νόσος περιλαμβάνει έναν αριθμό κοινών καρδιαγγειακών παθήσεων που αντιπροσωπεύουν το 100% έως το 20% όλων των καρδιοχειρουργικών επεμβάσεων στις ΗΠΑ . Η πλήρης κατανόηση των διάφορων βαλβιδικών διαταραχών είναι σημαντική για να βοηθήσει στη διαχείριση αυτών των ασθενειών. Η κατάλληλη επεξεργασία για ασθενείς με VHD περιλαμβάνει λεπτομερές ιστορικό για την αξιολόγηση των αίτιων και των συμπτωμάτων, ακριβή εκτίμηση της σοβαρότητας της βαλβιδικής ανωμαλίας, κατάλληλο διαγνωστικό έλεγχο και ακριβή ποσοτικοποίηση της σοβαρότητας της δυσλειτουργίας της βαλβίδας. Επίσης σημαντικό είναι να κατανοηθεί ο ρόλος των θεραπευτικών παρεμβάσεων έναντι του φυσικού ιστορικού της νόσου στην εκτίμηση των αποτελεσμάτων (Maganti et al, 2010).

Μυοκαρδίτιδα (Myocarditis)

Η μυοκαρδίτιδα είναι μια υποδιαγνωσμένη αιτία οξείας καρδιακής ανεπάρκειας αιφνίδιου θανάτου και χρόνιας διαβατικής μυοκαρδιοπάθειας. στις αναπτυγμένες χώρες οι ιογενείς λοιμώξεις προκαλούν συνήθως μυοκαρδίτιδα. Ωστόσο στον αναπτυσσόμενο κόσμο, η ρευματική καρδίτιδα, το *Trypanosoma Crusi* και οι βακτηριακές λοιμώξεις, όπως η διφθερίτιδα, εξακολουθούν να συμβάλλουν στην παγκόσμια επιβάρυνση της νόσου. Η μυοκαρδίτιδα εμφανίζεται και με μη ειδικά συμπτώματα , όπως πόνος στο στήθος, δύσπνοια και αίσθημα παλμών. Συχνά μιμείται πιο κοινές διαταραχές όπως η στεφανιαία νόσος. Σε ορισμένους ασθενείς η μαγνητική τομογραφία και η βιοψία ενδομυοκαρδίου μπορούν να βοηθήσουν στην αναγνώριση της μυοκαρδίτιδας (Sagar et al, 2012).

Ανεύρυσμα αορτής (Aortic aneurysm)

Το ανεύρυσμα θωρακικής αορτής είναι εξαιρετικά απειλητικό λόγω του υψηλού κινδύνου ανατομής και ρήξης . Οι γενετικοί παράγοντες παίζουν καθοριστικό ρόλο στην παθογένηση του ανευρύσματος της θωρακικής αορτής . Τα τελευταία χρόνια , πολλά γονίδια θεωρούνται ότι σχετίζονται με ανεύρυσμα, μεταξύ αυτών των γονιδίων 11 γονιδιακές παραλλαγές που εντοπίστηκαν είναι υπεύθυνες για ανεύρυσμα θωρακικής αορτής (Wu, 2018).

Περιφερική αρτηριοπάθεια (Peripheral arterial disease)

Ο περιορισμός του περπατήματος λόγω της χωλότητας είναι το χαρακτηριστικό γνώρισμα της περιφερικής αρτηριακής νόσου . Η άσκηση είναι μια ευρέως αποδεκτή θεραπεία, γνωστή στο να βελτιώνει την ικανότητα της βάδισης σε άτομα με περιφερική αρτηριακή νόσο. Οι πιο σημαντικοί παράγοντες κίνδυνου για PAD είναι η υπερλιπιδαιμία , η υπέρταση, ο διαβήτης, η χρόνια νεφρική νόσος και το κάπνισμα. Η παρουσία τριών η περισσότερων παραγόντων προσδίδει 10 φορές αύξηση του κίνδυνου. Ασθενείς με οξεία ή απειλητική ισχαιμία ακρών πρέπει να παραπέμπονται αμέσως σε αγγειοχειρουργό , συμπεριλαμβανομένης της αντισταμοπεταλιακής αγωγής, αναστολές ενζύμου μετατροπής αγγειοτενσίνης και στατίνες. Η χειρουργική επαναγγείωση πρέπει να λαμβάνει υπόψη για ασθενείς με χωλότητα που περιορίζουν τον τρόπο ζωής και οι οποίοι έχουν ανεπαρκή ανταπόκριση στις προαναφερθείσες θεραπείες (Jonathon et al, 2019).

Το αγνώριστο άγχος είναι μια δύσκολη κλινική παρουσίαση στην καρδιολογία . Το άγχος οδηγεί σε επαναλαμβανόμενες επισκέψεις στη μονάδα έκτακτης ανάγκης και στην ανάγκη για πολυάριθμες διαγνωστικές αξιολογήσεις (Phillip et al, 2016).

Η αντίληψη ότι οι ψυχολογικές καταστάσεις μπορούν να επηρεάσουν τη σωματική υγεία είναι σχεδόν καινούρια και ίσως πουθενά η σχέση νου-σώματος δεν έχει μελετηθεί καλύτερα από ότι στις καρδιαγγειακές παθήσεις. Προσφορά μεγάλες μελέτες έχουν εδραιώσει σταθερά μια σχέση μεταξύ της καρδιαγγειακής νόσου και πολλών ψυχολογικών καταστάσεων, όπως η κατάθλιψη, το χρόνιο ψυχολογικό στρες, η διαταραχή μετατραυματικού στρες και το άγχος. Επιπλέον έχουν διεξαχθεί πολυάριθμες κλινικές δοκιμές για να αποτραπεί η να μειωθεί ο αντίκτυπος αυτών των καταστάσεων στην καρδιαγγειακή υγεία . Το άγχος είναι πολύ διαδομένο σε ασθενείς με καρδιαγγειακή νόσο και προμηνύει αρνητικά αποτελέσματα που αυξάνουν το κόστος υγειονομικής περίθαλψης. Ένας στους 5 ασθενείς με στεφανιαία νόσο ή καρδιακή ανεπάρκεια έχει κατάθλιψη, ένας ακόμη επιπολασμός που είναι τουλάχιστον 3 φορές μεγαλύτερος από τον γενικό πληθυσμό . Ένα ακόμη μεγαλύτερο ποσοστό επιζώντων από εγκεφαλικό επεισόδιο. Σχεδόν 1 στους 3 έχει κατάθλιψη μετρά από εγκεφαλικό επεισόδιο. Οι ασθενείς με στεφανιαία νόσο με συμπτώματα άγχους είναι πιο πιθανό να έχουν φυσικούς περιορισμούς και κακή ποιότητα ζωής. Οι ασθενείς με συνυπάρχουσα καρδιαγγειακή νόσο και καταθλιπτικά συμπτώματα διατρέχουν επίσης αυξημένο κίνδυνο για επαναλαμβανόμενα καρδιαγγειακά επεισόδια και θνησιμότητα (Cohen et al, 2015).

Υπάρχει μια σημαντική ποσότητα στοιχείων στην βιβλιογραφία που υπογραμμίζουν τον αντίκτυπο των ψυχολογικών παραγόντων στην εμφάνιση καρδιαγγειακών παθήσεων. Στον τομέα της ψυχοβιολογικής θεωρίας, η οποία προσπαθεί να εξηγήσει την σχέση μεταξύ εγκεφάλου, της γνώσης του συναισθήματος και του σώματος αποτελεί έναν αξιόπιστο τρόπο για να μοντελοποιήσει αυτό το ψυχοσωματικό αίνιγμα. Αυτό που είναι σημαντικό να σημειωθεί είναι ότι το ίδιο τραυματικό γεγονός να βοηθηθεί εντελώς διαφορετικά από δύο διαφορετικά άτομα, λόγω διαφορών στο αντιληπτό άγχος. Η χρήση μιας ή μιας άλλης στρατηγικής αντιμετώπισης καθορίζεται από το γεγονός του άγχους (τύπος, σοβαρότητα, μήκος δυνατότητας ελέγχου κλπ.) και από το προφίλ του υποκειμένου (γνώση, προσωπικότητα, προσωπικό ιστορικό, κλπ). Οι δύο στρατηγικές αντιμετώπισης είναι ένα στυλ που εστιάζει στο πρόβλημα και μια στρατηγική αντιμετώπισης που εστιάζει στα συναισθήματα. Οι στρατηγικές

που εστιάζουν σε προβλήματα φαίνεται να είναι πιο αποτελεσματικές σε διαχειρίσιμες καταστάσεις όπως η στεφανιαία νόσος όπου απαιτείται η τήρηση φαρμάκων και η ισορροπημένη διατροφή για την βελτίωση της έκβασης της νόσου (Christophe et al, 2017).

Η αναγνώριση και η κατανόηση των συμπτωμάτων άγχους και στρες των ασθενών μιας καρδιολογικής μονάδας οι οποίοι είναι ανίσχυροι και φοβισμένοι. Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να αντιληφθούν και να διαχειριστούν αυτούς τους επιβαρυντικούς παράγοντες και την υγεία των ασθενών κατά την διάρκεια της νοσηλείας τους. Η νοσηλεία στην καρδιολογική μονάδα πολλές φορές αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης άγχους και στρες (Sanne et al, 2013).

2.2 ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Η ηλεκτρονική αναζήτηση βασίστηκε στην ερώτηση PICO, στις λέξεις κλειδιά και τα συνώνυμα λέξεων που προέκυψαν. Οι διαθέσιμοι ηλεκτρονικοί πόροι μπορούν να ταξινομηθούν ευρέως σε βάσεις δεδομένων που επικεντρώνονται οι πρωτογενείς μελέτες και οι δευτερογενείς ερευνητικές μελέτες. Η χρήση ηλεκτρονικών βάσεων δεδομένων με ικανοποιητικό και αποτελεσματικό τρόπο παρέχει τις απαραίτητες πληροφορίες για την ολοκλήρωση της μελέτης (Krapski et al, 2008).

Στην ηλεκτρονική αναζήτηση χρησιμοποιήθηκαν οι βάσεις δεδομένων SCOPUS, PUB-MED, GOOGLE SCHOLAR και ο περιορισμός των αποτελεσμάτων επιτεύχθηκε με την χρήση των περιορισμών της κάθε μιας μηχανής.

Η ερώτηση PICO μεταφράστηκε στην αγγλική γλώσσα ώστε μέσω της ηλεκτρονικής αναζήτησης να υπάρχει πρόσβαση σε περισσότερες πληροφορίες. Η τελική μορφή της έχει ως εξής: **(P)** Adult patients with cardiovascular diseases, **(I)** Hospitalized in the coronary intensive care, **(C)** In comparison with the basic features and plus morbidities, **(O)** Have lower or higher levels of anxiety and stress.

Οι λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν ήταν: Anxiety, Cardiovascular Disease, Coronary Intensive Care, Plus Morbidities.

Τα αποτελέσματα που η κάθε λέξη παρήγαγε και τα φίλτρα που χρησιμοποιήθηκαν για να γίνει πιο συγκεκριμένη η αναζήτηση καταγράφηκαν συγκεντρωτικά με στόχο την αξιολόγηση της αξίας, της συστηματικής αναθεώρησης, προτρέποντας μια συνολικής αναζήτησης.

Τα άρθρα που χρησιμοποιήθηκαν με την χρήση των λέξεων κλειδιών καθώς και τα φίλτρα που χρησιμοποιήθηκαν και επιλέχθηκαν εμφανίζουν άρθρα μόνο της τελευταίας δεκαετίας και είναι τα εξής:

Από την ηλεκτρονική αναζήτηση PUB-MED

Πίνακας 1

ΑΡΘΡΑ	Cardiovascular disease	Anxiety-stress	Coronary care-unit	Basic features	ΕΤΟΣ
State of the Art Review; Stress-Anxiety and Cardiovascular Disease (Cohen Bc, et al 2015).	NAI	NAI	OXI	OXI	2015
Anxiety and Cardiovascular Disease Risk a Review (Tylly Pj, et al 2016).	NAI	NAI	OXI	NAI	2016
Stress, anxiety, and Depression in heart Disease patients; A major challenge for Cardiac Rehabilitation (Chauet-Gelinier J., C., et al 2017).	OXI	NAI	OXI	NAI	2017
Anxiety and Cardiovascular Disease	NAI	NAI	OXI	OXI	2013

(Davies Sj, et al, 2013).					
Negative emotions associated with Cardiovascular Disease (Balog, P., 2010).	NAI	OXI	OXI	NAI	2010
Anxiety as a Risk Factor in Cardiovascular disease (Accgulander, C., 2018).	NAI	NAI	OXI	NAI	2018
Anxiety, depression, resilience and self-esteem in individuals with cardiovascular disease (Carvalho I, G, et al 2016).	NAI	NAI	NAI	NAI	2016
Depression and Anxiety in cardiovascular disease (Malyszak, K., et al 2016).	NAI	NAI	OXI	NAI	2016
An anxious	NAI	NAI	NAI	OXI	2013

heart; anxiety and in onset of Cardiovascular diseases (Thurstan, R. C., et al 2013).					
Meta-Analysis of Anxiety as a Risk Factor for Cardiovascular disease. (Emdin C. A., et al, 2016).	NAI	NAI	OXI	NAI	2016

Στην συνέχεια με την ίδια μέθοδο ηλεκτρονικής αναζήτησης GOOGLE SCHOLAR προέκυψαν τα εξής άρθρο:

Πίνακας 2

ΑΡΘΡΟ	Cardiovascular Disease	Anxiety, stress and coronary unit	Plus morbidities	Έτος δημοσίευσης
Effect of patient-focused clinical pathway on anxiety depression and satisfaction of patients with coronary anxiety disease; A	OXI	NAI	NAI	2015

quasi experimental study (Fahr, et al 2015).				
Collaborative care for anxiety and stress disorders in patients with recent cardiac events; the Management of sadness and anxiety in cardiology randomized clinical trial (Huffman, J., C., et al 2014).	NAI	NAI	NAI	2014
Prevalence of symptoms of anxiety disorders and depression in cardiac rehabilitation patients in an academic hospital; a case study (Brugninx, G., et al, 2021)	OXI	NAI	NAI	2021
Effects of	NAI	NAI	OXI	2012

depression and anxiety improvement on adherence to medication and health behaviors in recently hospitalized cardiac patients (Bauer, L., K., et al, 2012),				
Does anxiety predict the use of urgent care by people with long term conditions? A systematic review with meta-analysis (Blakeley, et al, 2014)	NAI	NAI	NAI	2014
Screening of anxiety in cardiology; A study on 617 cardiovascular patients (Tesio, V., et al, 2017)	NAI	NAI	OXI	2017
Effectiveness of cognitive	NAI	NAI	NAI	2018

behavioral therapy for depression and anxiety in patients with cardiovascular disease; A system review and meta-analysis (Reavell, J., et al 2018)				
Effects of multimedia nursing on disease-related depression and anxiety in patients staying in a coronary intensive care unit (Demircelik, M., B., et al 2016).	NAI	NAI	OXI	2016
Does anxiety predict the use of urgent care by people with long term conditions? A systematic	OXI	NAI	OXI	2014

review with meta-analysis (Blakeley, C, et al 2014)				
---	--	--	--	--

Η τελική επιλογή των άρθρων από τις δυο ηλεκτρονικές μηχανές και PUB-MED και GOOGLE SCHOLAR

Πίνακας 3

ΑΡΘΡΑ	ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ	ΕΤΟΣ ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΗΣ	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΗΓΕΣ
Effectiveness of cognitive behavioral therapy for depression and anxiety in patients with cardiovascular disease; A system review and meta-analysis (Reavell, J., et al 2018)	ΝΑΙ	ΝΑΙ	ΝΑΙ	45
Does anxiety predict the use of urgent care by people with long term conditions? A systematic	ΝΑΙ	ΝΑΙ	ΝΑΙ	123

review with meta-analysis (Blakeley, et al, 2014)				
Collaborative care for anxiety and stress disorders in patients with recent cardiac events; the Management of sadness and anxiety in cardiology randomized clinical trial (Huffman, J., C., et al 2014).	NAI	NAI	NAI	86
An anxious heart; anxiety and in onset of cardiovascular diseases (Thurstan, R. C., et al 2013).	NAI	NAI	NAI	42
State of the Art Review; Stress-	NAI	NAI	NAI	35

Anxiety and Cardiovascular Disease (Cohen Bc, et al 2015).				
Effects of multimedia nursing on disease - related depression and anxiety in patients staying in a coronary intensive care unit (Demircelik, M., B., et al 2016).	NAI	NAI	NAI	52
Anxiety as a Risk Factor in Cardiovascular disease (Accgulander, C., 2018).	NAI	NAI	NAI	28
Anxiety and Cardiovascular Disease Risk a Review (Tylly Pj, et al 2016).	NAI	NAI	NAI	42
An anxious	NAI	NAI	NAI	61

heart; anxiety and in onset of cardiovascula r diseases (Thurstan, R. C., et al 2013).				
---	--	--	--	--

2.3 ΚΡΙΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Η κριτική ανάλυση των άρθρων αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της διαδικασίας με στόχο να εντοπίσει τις δυτικές απειλές όσον αφορά την εγκυρότητα των ευρημάτων , της έρευνας. Τα άρθρα που έχουν επιλεγεί ακολουθούν συγκεκριμένη δομή , δίνουν πληροφορίες για το υμένα που μελετάμε και επιλέγει από έγκυρες ηλεκτρονικές πλατφόρμες αναζήτησης. Για τη μελέτη ενός επιστημονικού άρθρου απαιτείται η γνώση βασικών στοιχείων που περιλαμβάνουν:

- Το είδος της μελέτης που αναλύουμε (επιστημονική, κλινική βασική έρευνα).
- Τον τρόπο σχεδιασμού της έρευνας
- Τη δομή που πρέπει να έχει
- Το περιεχόμενο κάθε τμήματος του άρθρου
- Τη στατιστική αξιολόγηση και
- Την παρουσίαση των δεδομένων της έρευνας (Greenhalgh, 2009).

Η κριτική ανάλυση ενός επιστημονικού άρθρου περιλαμβάνει την αναζήτηση λαθών, ελλειμμάτων ή περιορισμών στη λογική και στις διαδικασίες της έρευνας που μπορεί να οδηγήσουν σε λάθος αποτελέσματα χωρίς καμία επιστημονική αξία (Baptist de pre et al, 2009).

Επιπλέον κριτήρια αξιολόγησης για την ποιότητα ενός άρθρου αποτελούν η επιστημονική ποιότητα δηλαδή εάν ο συγγραφέας γνωρίζει την υπάρχουσα βιβλιογραφία, την περιεκτικότητα καθώς και την πρωτοτυπία (δηλ. τι έχει να προσθέσει ως νέα γνώση στην βιβλιογραφία και τι επίδραση μπορεί να έχει αυτή στην επιστημονική κοινότητα) (Steak & Kade, 2008).

Ο τρόπος της σύγχρονης αναζήτησης και ο καθορισμός της επιλογής των άρθρων συνήθως επιτυγχάνεται με τα ακόλουθα βήματα:

- Ανάγνωση του τίτλου και της περίληψης που διατίθεται.
- Ο τίτλος προσδίδει μια συνοπτική και ακριβή εντύπωση του περιεχομένου.
- Η περίληψη να είναι η σύνοψη του άρθρου με έμφαση στη μεθοδολογία, τα ευρήματα και τα συμπεράσματα.
- Η εισαγωγή ενός άρθρου χρησιμεύει για να παρουσιάσει τη λογική του άρθρου και τον λόγο για τον οποίο σκέφτηκε να κάνει κάποιος την έρευνα.

- Η μέθοδος πρέπει να είναι σαφής, λιτή και περιεκτική με χρονολογική σειρά και να περιγράφει τι έκανε και πως το έκανε ο ερευνητής.
- Τα αποτελέσματα πρέπει να παρουσιάζονται με σαφήνεια, με αντικειμενικότητα και χωρίς ερμηνεία-σχολιασμό. Να είναι σωστά δομημένα, κατανοητά και να απαντούν στα αρχικά ερωτήματα που τέθηκαν.
- Η συζήτηση αποτελεί τη σύνθεση των αποτελεσμάτων και τη σύνθεση με την βιβλιογραφία.
- Τα συμπεράσματα αποτελούν τη συμπύκνωση των ευρημάτων με κλινική σημασία.
- Στο τέλος του άρθρου τοποθετούνται οι βιβλιογραφικές αναφορές οι οποίες θα πρέπει να είναι επαρκείς (Blatter et al, 2001).

2.4 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΚΕΝΟ

Για τον εντοπισμό του ερευνητικού κενού έγινε λεπτομερής βιβλιογραφική ανασκόπηση, τόσο στην Ελληνική όσο και στην Διεθνή βιβλιογραφία. Η κριτική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας πρέπει να εντοπίζει κενά έτσι ώστε να καταστεί ως πολύτιμο εργαλείο για την αξιόπιστη και έγκυρη γνώση. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με τους ακόλουθους τρόπους:

Πολλές φορές τα στοιχεία που συλλέγονται από μια έρευνα μπορεί να είναι αντιφατικά, επιπλέον πολλές φορές δεν προσδιορίζεται μια περιοχή όπου δεν υπάρχει καλή έρευνα, οπότε πρέπει να εντοπίζεται αυτό που παραμελείτε. (Sandberg & Lesson, 2011).

Έπειτα από την κριτική αποτίμηση της βιβλιογραφικής ανασκόπησης που έχει προηγηθεί είναι σαφές ότι οι ασθενείς με καρδιαγγειακές παθήσεις παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα άγχους-στρες κατά την διάρκεια νοσηλείας τους στην καρδιολογική μονάδα. Πολλές φορές καταλυτικός παράγοντας στην εμφάνιση άγχους δημιουργεί ο χώρος της μονάδας. Η ηλικία, το φύλο, τα συνοδά νοσήματα, το ιστορικό ψυχικών διαταραχών, έχουν επίσης μελετηθεί και έχει γίνει συσχέτιση αυτών των χαρακτηριστικών χωρίς βέβαια να διευκρινίζονται πλήρως οι διάφορες τους. Τα στοιχεία είναι ελλιπή, ειδικότερα στους Ελληνικούς πληθυσμούς ασθενών. Επίσης δεν υπάρχουν σαφή και επαρκή δεδομένα όσο αφορά αυτά τα στοιχεία.

Στην παρούσα μελέτη θα προσπαθήσουμε να εξερευνήσουμε αυτούς τους χώρους σύμφωνα πάντα με την βοήθεια της βιβλιογραφικής ανασκόπησης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Ο σχεδιασμός της έρευνας αποτελεί ένα σημαντικό σημείο κάθε διερεύνησης . Δεν υπάρχει μόνο μια συνταγή για τον σχεδιασμό μιας έρευνας και το ερευνητικό σχέδιο καθοδηγείται κυρίως από τις θεωρητικές και επιστημολογικές παραδοχές καθώς και τους βασικούς σκοπούς της έρευνας . Πιο συγκεκριμένα για το ερευνητικό σχεδιασμό χρειάζεται να ληφθούν υπόψη :

- Το ερευνητικό πεδίο - αντικείμενο της έρευνας
- Ο σκοπός – στόχοι της διερεύνησης
- Το θεωρητικό και επιστημολογικό υπόβαθρο
- Τα ερευνητικά ερωτήματα
- Οι μέθοδοι παραγωγής ερευνητού υλικού
- Η στρατηγική της δειγματοληψίας
- Η ανάλυση του ερευνητικού υλικού
- Η στοχαστικότητα του ερευνητή και
- Οι αρχές - ζητήματα δεοντολογίας του ερευνητικού σχεδιασμού .

Συνήθως υπάρχουν περισσότερα από ένα επιχειρήματα για τη διεξαγωγή μιας έρευνας. Συνηθισμένοι λόγοι κάλυψης των κενών γνώσης, στην κατανόηση – περιγραφή ενός φαινομένου ή μιας κατάστασης η εμπειρίας, είναι η αμφισβήτηση ή ο μη εντοπισμός της θεωρητικής γνώσης ή ύπαρξη μιας αλλαγής (Cohen et al, 2008).

Ο ερευνητής πρέπει να βασίζεται σε κριτήρια όπως η σαφήνεια, η αποφυγή της κάλυψης, η επείγουσα ανάγκη ανεύρεσης δεδομένων, η πολιτική αποδοχή της μελέτης η σκοπιμότητα της μελέτης , η εφαρμογή των αποτελεσμάτων και οι ηθικές σκέψεις για την προστασία των συμμετεχόντων. (Μερκούρης & Δαρβίρη, 2009).

3.1 ΕΠΙΣΤΗΜΟΛΟΓΙΑ

Η επιστημολογία δεν αποτελεί ξεχωριστή επιστήμη αλλά έναν ειδικό κλάδο της φιλοσοφίας ο οποίος μελετάει την ουσία, τις μορφές, τις πηγές και τις δυνατότητες, την αξία και τα όρια της αληθινής γνώσης, του εξωτερικού κόσμου και του Εγώ. Μιλάμε για μια γνώση η οποία έχει ως σκοπό την ερεύνα των τρόπων με τους οποίους γνωρίζουμε κάτι ως αληθές. Η επιστημολογία μπορεί να χρησιμοποιεί παραδείγματα από συγκεκριμένες καταστάσεις για να υποστηρίζει και να δείχνει μια άποψη της, μια θέση της όπως για παράδειγμα υπό ποιες προϋποθέσεις είναι δικαιολογημένη μια παραδοχή ενός ζητήματος. (Goldman, 2004).

Οι επιστημολογικές θέσεις σύμφωνα με την φιλοσοφική προσέγγιση είναι τέσσερις:

- 1) Θετικιστική
- 2) Μετά ή Νέο-θετικιστική
- 3) Κριτική -Συμμετοχική
- 4) Σχετικιστική – Ερμηνευτική (Μαντζούκας, 2007: Cypress, 2015, Berryman, 2019).

Θετικιστική

Στηρίζεται στο ότι η πραγματικότητα είναι απτή, αντικειμενική και οι σκέψεις του ανθρώπου αποτελούν μέρος αυτής της πραγματικότητας. Ο ερευνητής πρέπει να έχει τον έλεγχο ώστε να μην οδηγηθεί σε υποκείμενα συμπεράσματα. Εδώ κατατάσσονται οι εργαστηριακές και οι δίπλες – τυφλές τυχαιοποιημένες μελέτες.

Μετά – ή Νεοθετικιστική

Σύμφωνα με αυτήν την φιλοσοφική προσέγγιση υπάρχει μια πραγματικότητα η οποία όμως δεν μπορεί να κατανοηθεί πλήρως από το άτομο εξαιτίας των περιορισμένων νοητικών δυνατοτήτων του ανθρώπου αλλά και της πολύ επίπεδης φύσης των φαινομένων. Ο ερευνητής και το αντικείμενο αποτελούν ανεξάρτητες οντότητες και ο ερευνητής προσπαθεί να ελέγχει όσο το δυνατόν περισσότερες παραμέτρους της έρευνας. Εδώ ανήκουν ποσοτικές έρευνες, ερωτηματολόγια και κλίμακες.

Κριτική – Συμμετοχική

Οι Οικονομικοί, πολιτικοί, κοινωνικοί και πολιτισμικοί παθόντες δημιουργούν την πραγματικότητα και τη γνώση, σύμφωνα με το δικό τους συμφέρον. Ο ερευνητής και το αντικείμενο της έρευνας αλληλοεπιδρούν ώστε να καταλήξουν σε ένα σχέδιο αλλαγής της πραγματικότητας. Γίνεται με διάλογο και ερωτήσεις ώστε να δώσει φωνή στους συμμετέχοντες και μέσω αυτών να έρθει η αλλαγή.

Σχετιστική – Ερμηνευτική

Η πραγματικότητα είναι υποκειμενική και ο κάθε ένας της δίνει μορφή σύμφωνα με τον τρόπο που τη βιώνει. Η έρευνα πραγματοποιείται στο φυσικό χώρο δράσης των συμμετεχόντων και στηρίζεται στη συνέντευξη, την παρατήρηση και την ποιοτική ανάλυση των δεδομένων. (Μαντζούκας, 2007: Cypress, 2015: Berryman 2018).

Η παρούσα εργασία στηρίζεται στην μετά νέο-θετιστική, επιστημολογική και οντολογική θέση. Ο ερευνητής και οι συμμετέχοντες είναι ανεξάρτητες οντότητες και μέσω της ποσοτικής ανάλυσης θα προσπαθήσουμε να εξετάσουμε όσο το δυνατόν περισσότερες παραμέτρους της έρευνας.

3.2 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Η μεθοδολογία της έρευνας αναφέρεται στις παραμέτρους της ερευνητικής προσπάθειας του ερευνητή, οι οποίες αφορούν τις γενετικές μεθοδολογικές προσεγγίσεις, τις τεχνικές, τις μεθόδους, τα μέσα, τα υλικά και τις διαδικασίες που θα επιλέξει για την διεξαγωγή της έρευνας του (Δημητρόπουλος, 2004).

Η μεθοδολογία διακρίνεται στην ποιοτική, ποσοτική έρευνα και στην μικτή έρευνα. Συνήθη στάδια μιας ποσοτικής έρευνας είναι :

- Βιβλιογραφική ανασκόπηση
- Δημιουργία - διατύπωση μιας υπόθεσης ή θεωρίας που πρόκειται να ελέγξει, καθώς και τα ερευνητικά ερωτήματα που πρέπει να απαντηθούν.
- Σχεδιασμός της έρευνας για τον έλεγχο της υπόθεσης - θεωρίας π.χ ένα πείραμα, μια έρευνα ερωτηματολογίου.
- Η διεξαγωγή της έρευνας
- Η ανάλυση των αποτελεσμάτων
- Η αναφορά κατά πόσον η υπόθεση ή θεωρία υποστηρίζεται ή δεν υποστηρίζεται ή και μπορεί να απαντήσει στα ερωτήματα της έρευνας και η εξέταση της δυνατότητας γενίκευσης των ευρημάτων και
- Η εξέταση εναλλακτικών εξηγήσεων για τα ευρήματα (Manion & Morrison, 2011).

Η ποσοτική έρευνα υιοθετεί μια αφαιρετική προσέγγιση και χρησιμοποιείται συχνότερα για τη διερεύνηση μιας θεωρίας μέσω της συλλογής και ανάλυσης αριθμητικών δεδομένων (Gelling, 2015).

Τα στάδια μια ποιοτικής έρευνας είναι τα ακόλουθα:

- Προσδιορισμός ομάδας ή φαινομένου.
- Βιβλιογραφική ανασκόπηση.
- Σχεδιασμός του ερευνητικού ερωτήματος της έρευνας και ο ρόλος του ερευνητή στην έρευνα.
- Ο εντοπισμός των πηγών πληροφόρησης (π.χ. ατόμων ή ομάδων που θα συμμετέχουν στην έρευνα).
- Ανάπτυξη συνεργασίας με τους συμμετέχοντες.

- Διεξαγωγή της έρευνας και της συλλογής δεδομένων ταυτόχρονα.
- Διεξαγωγή της ανάλυσης των δεδομένων.
- Έκθεση αποτελεσμάτων και της εμπειρικής θεμελιωμένης θεωρίας η των απαντήσεων που προκύπτουν από την έρευνα.
- Δημιουργία μιας υπόθεσης για περαιτέρω ερευνητική δοκιμή (Manion & Morrison, 2011).

Τα στάδια της μεικτής έρευνας:

- Προσδιορισμός του προβλήματος ή ζητήματος προς διερεύνηση.
- Διατύπωση των ερευνητικών ερωτημάτων.
- Προσδιορισμός των διαφόρων ειδών δεδομένων και των μεθόδων συλλογής τους θα δώσει απαντήσεις στα ερωτήματα της έρευνας.
- Σχεδιασμός της μεθόδου.
- Διεξαγωγή της έρευνας.
- Ανάλυση αποτελεσμάτων.
- Εξέταση εναλλακτικών εξηγήσεων για τα ευρήματα.
- Απάντηση των ερευνητικών ερωτημάτων και
- Έκθεση των αποτελεσμάτων (Manion & Morrison, 2011).

Στην παρούσα έρευνα θα χρησιμοποιηθεί η ποσοτική μεθοδολογία η οποία είναι μια έρευνα ερωτηματολογίου και αφορά ένα φαινόμενο που έχει μελετηθεί και ερευνηθεί στο παρελθόν. Απασχολεί ασθενείς που έχουν νοσηλευθεί στην καρδιολογική μονάδα του ΠΓΝ Ιωαννίνων κατά το διάστημα του Μαρτίου 2021 έως και Ιουλίου 2021. Θα γίνει μια συλλογή αριθμητικών δεδομένων από ένα δείγμα πληθυσμού με μια ανάλυση της συλλογής των αποτελεσμάτων.

3.3 ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΠΤΙΚΗ ΤΕΧΝΙΚΗ

Η δειγματοληψία αφορά τη λήψη ενός τμήματος από κάποιο ευρύτερο σύνολο. Η Δειγματοληψία θεωρείται επιτυχής όταν η επιλογή του δείγματος παράγει αποτελέσματα, δείκτες, μετρήσεις που είναι γενικεύσιμα και όσον το δυνατόν ακριβέστερα, δηλαδή βρίσκονται πιο κοντά στις αντίστοιχες παραμέτρους του ευρύτερου πληθυσμού. Ο όρος δειγματοληψία υποδηλώνει την στατιστική διερεύνηση του μέρους (δείγμα) ενός συνόλου (πληθυσμός) με σκοπό την διεξαγωγή συμπερασμάτων για το σύνολο αυτό. Η Στατιστική ορίζεται το στοιχείο ενός συνόλου το οποίο ερευνάται ως προς μια ή περισσότερες ιδιότητες και ο πληθυσμός είναι το σύνολο των στατιστικών μονάδων οι οποίες ερευνώνται ως προς μια ή περισσότερες ιδιότητες. Το δειγματολογικό πλαίσιο είναι μια λίστα από στοιχεία που καλύπτουν τον ερευνώμενο πληθυσμό. Το δείγμα είναι το μια συλλογή δειγματοληπτικών μονάδων από το πλαίσιο. Ενώ το δειγματοληπτικό σφάλμα είναι η διαφορά μεταξύ της εκτίμησης μιας παραμέτρου που προκύπτει από την τυχαία επιλογή των δειγματοληπτικών μονάδων από την καθολική έρευνα του πληθυσμού. Τα μη δειγματολογικά σφάλματα δεν οφείλονται στη δειγματοληψία αλλά είναι σφάλματα τα οποία μπορεί να γίνουν σε κάθε είδους έρευνα, καθολική ή δειγματοληπτική. Συνήθη σφάλματα που εντοπίζουμε σε μια έρευνα είναι:

- Ακαταλληλότητα του ερωτηματολογίου.
- Σφάλματα ανταπόκρισης.
- Σφάλματα ερευνητή.
- Σφάλματα επεξεργασίας (Δαμιανός & Χαράλαμπος, 2007).

Η δειγματοληψία διακρίνεται στην δειγματοληψία με πιθανότητα και στην δειγματοληψία χωρίς πιθανότητα.

Δειγματοληψία με πιθανότητα

Η δειγματοληψία με πιθανότητα γίνεται σύμφωνα με τους νόμους των πιθανοτήτων, είναι ελεγχόμενη ως προς τις παραμέτρους της και δίνει τη δυνατότητα να γενικευτούν τα συμπεράσματα που εξάγονται από ένα δείγμα, έτσι δίνει επιπλέον τη δυνατότητα να υπολογίσουμε το σφάλμα εκτίμησης.

Δειγματοληψία χωρίς πιθανότητα

Η δειγματοληψία χωρίς πιθανότητα γίνεται σε περιπτώσεις που δεν είναι εφικτή η δειγματοληψία με πιθανότητα ή όταν δεν ενδιαφέρεται να γίνει γρήγορα μια εφαρμογή της έρευνας. Τα αποτελέσματα μιας έρευνας που έχει γίνει μια δειγματοληψία χωρίς πιθανότητα δεν είναι γενικεύσιμα και ούτε μπορούμε να υπολογίσουμε το σφάλμα εκτίμησης (Palinkas et al, 2015).

Στις τεχνικές δειγματοληψίας ανήκουν:

- Απλή τυχαία δειγματοληψία.
- Στρωματοποιημένη.
- Συστηματική.
- Δειγματοληψία κατά συστάδες.
- Δειγματοληψία ποσοστών.
- Δειγματοληψία χιονόμπαλας.
- Δειγματοληψία σκοπιμότητας.

Η Απλή δειγματοληψία ονομάζεται απλή εάν σε ένα δείγμα μεγέθους ή σε συνδυασμό στοιχειωδών μονάδων από τον πληθυσμό έχουν την ίδια πιθανότητα επιλογής.

Στην Στρωματοποιημένη ο πληθυσμός χωρίζεται σε στρώματα και επιλέγονται τυχαία δείγματα από κάθε στρώμα. Το δειγματοληπτικό πλαίσιο μπορεί να διαφέρει από στρώμα σε στρώμα ή μπορεί να είναι ομοιόμορφο σε όλα τα στρώματα.

Η Συστηματική περιλαμβάνει δείγματα ελλειπτικού πλαισίου αλλά τα δείγματα επιλέγονται από αυτό με συστηματικό τρόπο.

Η Δειγματοληψία κατά Συστάσεις χωρίζει τον πληθυσμό σε διάφορες ομάδες και στη συνέχεια γίνεται επιλογή ενός τυχαίου δείγματος από συστάσεις. Στην περίπτωση αυτή το δείγμα είναι τυχαίο.

Η Δειγματοληψία Ποσοστών είναι παρόμοια με τη δειγματοληψία κατά συστάσεις. Όμως η επιλογή του δείγματος από κάθε στρώμα δεν γίνεται τυχαία αλλά σύμφωνα με τα κριτήρια των ερευνητών. Το κόστος της μεθόδου είναι χαμηλό και το χρονικό διάστημα ολοκλήρωσης είναι μικρό.

Την Δειγματοληψία Χιονόμπαλας την χρησιμοποιούμε για πληθυσμούς που είναι δύσκολα προσβάσιμοι και δεν υπάρχει δειγματοληπτικό πλαίσιο.

Στη Δειγματοληψία Σκοπιμότητας επιλέγονται ορισμένες περιπτώσεις που πληρούν τις κατάλληλες προϋποθέσεις (Χαρίσης & Κώστας, 1999).

Στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκε η δειγματοληψία ποσοστών. Το δείγμα επιλέχθηκε με την υποκείμενη γνώση του ερευνητή για τα χαρακτηριστικά του δείγματος, η επιλογή του δείγματος έγινε σκόπιμα και όχι τυχαία. Τα άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα είναι άτομα με διαφορετικά χαρακτηριστικά, ενώ οι πληροφορίες που θα ληφθούν από την δειγματοληψία είναι στο ελάχιστο κόστος.

3.4 ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΑΠΟΔΟΧΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΥ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Ένα δείγμα ατόμων επιλέγεται από μια ευρύτερη ομάδα του συνολικού πληθυσμού και αποτελεί ένα υποσύνολο του πληθυσμού-στόχου με βάση τα αποτελέσματα που θα προκύψουν από ένα δείγμα, οι ερευνητές μπορούν να αντλήσουν τα αποτελέσματα τους σχετικά με τον πληθυσμό-στόχο, ακολουθώντας μια διαδικασία που ονομάζεται στατιστική συμπερασματολογία. Το δείγμα επιδιώκουμε να είναι όσο τον δυνατόν πιο αντιπροσωπευτικό, δηλαδή να διαθέτει έστω κατά προσέγγιση τα χαρακτηριστικά του πληθυσμού που ανήκει. Από την ποιότητα του δείγματος εξαρτάται και η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων (Martinez et al, 2016).

Ο κύριος στόχος των ερευνητών αποτελεί η επιδίωξη συγκέντρωσης του μεγαλύτερου δυνατού δείγματος με τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά του πληθυσμού-στόχου. (Denzin et al, 2000).

Είναι αναγκαία η επιλογή μιας κατάλληλης ρύθμισης ακολουθώντας κριτήρια αποκλεισμού των ατόμων του πληθυσμού στο δείγμα της μελέτης. Αφού οι συμμετέχοντες πληρούν τα κριτήρια τότε μόνο μπορούν να συμπεριληφθούν στο δείγμα. Επίσης οι ερευνητές ακλούθησαν ενδεδειγμένους τρόπους από την βιβλιογραφία για την συλλογή του δείγματος (Μερκούρης, 2008).

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στην καρδιολογική μονάδα του ΠΓΝ Ιωαννίνων και αφορά ασθενείς με καρδιαγγειακές παθήσεις ηλικίας άνω των 18 ετών ,άνδρες και γυναίκες που αποδέχονται τη συμμετοχή τους στην έρευνα. Υποχρέωση του ερευνητή είναι να ενημερώνει τον συμμετέχοντα για την έρευνα. Η συγκατάθεση των συμμετεχόντων ενυπόγραφα είναι απαραίτητη ποσοτική έρευνα απαιτεί μεγάλο αριθμό δειγμάτων για να ακολουθήσει μια στατιστική ανάλυση, το μέγεθος του δείγματος καθορίζεται από τη χρησιμοποιούμενη ερευνητική μέθοδο και οι συμμετέχοντες πρέπει να πληρούν τα κριτήρια έτσι ώστε να είναι σε θέση να δώσουν ολοκληρωμένες και σαφείς απαντήσεις.

3.5 ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Στην παρούσα ποσοτική έρευνα συμμετείχαν 120 ασθενείς με καρδιαγγειακά νοσήματα ,οι οποίοι νοσηλεύονταν στην μονάδα εμφραγμάτων του ΠΓΝ Ιωαννίνων ηλικίας από 31 έως 93 ετών σε διάστημα από τον Μάρτιο του 2021 έως τον Ιούλιο του 2021.

3.6 ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΧΩΡΟΥ

Η συλλογή των ερωτηματολογίων έγινε στο χώρο της καρδιολογικής μονάδας του ΠΓΝ Ιωαννίνων. Η μονάδα αποτελείται από 10 κλίνες. Κάθε κλίνη διαθέτει δικό της σύστημα παρακολούθησης ασθενών (monitor, αναπνευστήρες) και το κάθε κρεβάτι χωρίζεται με κουρτίνες έτσι ώστε να διασφαλίζεται η προστασία των ασθενών.

Τα ερωτηματολόγια συμπληρώνονται από τους ασθενείς αφού προηγουμένως δίνονται διευκρινίσεις για το αντικείμενο διερεύνησης καθώς και τον λόγο για τον οποίο πραγματοποιήθηκε η συγκεκριμένη έρευνα. Οι ασθενείς που πληρούσαν τα κριτήρια και ήθελαν να συμμετέχουν στην μελέτη ήταν πρόθυμοι να συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια.

3.7 ΜΕΘΟΔΟΣ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Η συλλογή και ανάλυση των δεδομένων από κάθε δυνατή περίπτωση η ομάδα μελών ονομάζεται «απογραφή» αλλά δεν είναι δυνατόν να εφαρμοστεί στην πλειοψηφία των ερευνητικών μελετών για οικονομικούς λόγους. Ενώ οι διάφορες μέθοδοι συλλογής δεδομένων και οι τεχνικές δειγματοληψίας αποτελούν μέθοδοι και μεθοδολογίες οι οποίες επιτρέπουν τη μείωση της ποσότητας των δεδομένων που χρειάζονται να συλλεχθούν θεωρώντας ως δεδομένα μόνο ορισμένα στοιχεία ενός υποσυνόλου των περιπτώσεων που εξετάζονται (Παππάς, 2002).

Στη νοσηλευτική έρευνα υπάρχουν διάφοροι τρόποι ώστε οι ερευνητές να συλλέξουν τις πληροφορίες που χρειάζονται για να ολοκληρωθεί μια έρευνα.

Οι κυριότεροι είναι:

- Η παρατήρηση.
- Η συνέντευξη.
- Η χρήση ερωτηματολογίου.
- Οπτικοακουστικών μέσων.
- Η χρήση ειδικού εξοπλισμού.

Η παρατήρηση μπορεί να είναι δομημένη ή όχι και να αξιολογούνται κλινικά χαρακτηριστικά, συμπεριφορές και συναισθήματα με την χρήση οπτικοακουστικών μέσων.

Η συνέντευξη διακρίνεται σε προσωπική, τηλεφωνική και ταχυδρομική. Η προσωπική πραγματοποιείται σε κεντρικά σημεία, στο χώρο της εργασίας, στο δρόμο ή και σε σπίτια συμμετεχόντων. Υπάρχει προσωπική επαφή και δημιουργείται μια σχέση εμπιστοσύνης. Η τηλεφωνική συνέντευξη μας δίνει την δυνατότητα να συλλέγουμε το δείγμα από διαφορετικές γεωγραφικές περιοχές. Ενώ η ταχυδρομική έρευνα έχει χαμηλό κόστος και επίσης μπορούμε να συλλέξουμε πληροφορίες και πάλι από διαφορετικές γεωγραφικές περιοχές. Με την εξέλιξη της τεχνολογίας τείνει να αντικατασταθεί με έρευνες μέσω διαδικτύου (Σάχλας & Μπερσίμης, 2017).

Το Ερωτηματολόγιο αποτελεί το πιο συνηθισμένο μέσο συλλογής στις ποσοτικές έρευνες. Αρκετές πληροφορίες που απαιτούνται στις κλινικές μελέτες συλλέγονται με τη μορφή αυτοαναφορών σε τυποποιημένα ερωτηματολόγια τα οποία

συμπληρώνονται τηλεφωνικά, προσωπικά ή μέσω διαδικτύου η και ταχυδρομικά. (Saczynski et al, 2013)

Τα ερωτηματολόγια πρέπει να διαθέτουν σαφήνεια, συνοχή, και κατάλληλη δομή. Οι ερωτήσεις πρέπει να είναι σχετικές με τους στόχους της έρευνας, να είναι απλές, κατανοητές, να μην προκαλούν προκαθορισμένες απαντήσεις, να μην χρειάζονται ειδικές γνώσεις για να απαντηθούν και να περιλαμβάνουν τα απαραίτητα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος. Οι ερωτήσεις διακρίνονται σε:

- Ανοιχτές, όπου επιτρέπουν στους συμμετέχοντες να διατυπώσουν τη δική τους άποψη. Το μειονέκτημα στις ερωτήσεις αυτές είναι ότι απαιτούν χρόνο και μπορούν να μείνουν κενές.
- Κλειστές. Οι ερωτήσεις αυτές συνοδεύονται από προκαθορισμένες απαντήσεις. Το μειονέκτημα τους είναι ότι οι ερωτώμενοι επιλέγουν απαντήσεις πλησιέστερες στις δίκες τους απαντήσεις (Λαγουμιτζής και συν, 2015).

Η κατάλληλη τεχνική που θα εφαρμοστεί για την συλλογή των δεδομένων της παρούσας έρευνας είναι το ερωτηματολόγιο με ερωτήσεις κλειστού τύπου. Μπορεί να εφαρμοστεί σε μεγάλο αριθμό ατόμων ,δεν απαιτεί μεγάλο χρονικό διάστημα και ο ερευνητής δεν μπορεί να επηρεάσει τις απαντήσεις. Το ερωτηματολόγιο χρησιμοποιείται στις ποσοτικές έρευνες (Λαγουμιτζής και συν, 2015).

Τα εργαλεία που επιλέχθηκαν στην συγκεκριμένη έρευνα ήταν τα ερωτηματολόγιο της κλίμακας αυτοαξιολόγησης του Άγχους (Self Rating Anxiety Scale Zung). (Σαμακούρη και συν, 2012). Αυτά τα εργαλεία έχουν σχεδιαστεί για να διευκολύνουν και να αναγνωρίσουν τα επίπεδα άγχους σε διάφορες ομάδες ατόμων και έχουν εκατοντάδες ερευνητικές μελέτες στο ιστορικό τους.(Lindsay et al, 1986).

3.8 ΗΘΙΚΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η έρευνα σαν διαδικασία παραγωγής νέας γνώσης αποτελεί ισχυρό όπλο στα χέρια των επιστημόνων η χρήση του οποίου μπορεί να βοηθήσει στη συνετή επίλυση σημαντικών προβλημάτων της ανθρωπότητας. Η ηθική είναι ο κλάδος της φιλοσοφίας που ασχολείται με την ανθρώπινη συμπεριφορά όσον αφορά την ορθότητα η ακαταλληλότητα των πράξεων, στην αγαθότητα η μη κίνητρων και σκοπών. Η ηθική πρέπει να χαρακτηρίζει τόσο τον ερευνητή όσο και την έρευνα που αυτός εκπνέει (Χατζόπουλος, 2011).

Ένα σύνθημα πρόβλημα ηθικής το οποίο αντιμετωπίζει σήμερα ο τομέας της έρευνας είναι η παρουσίαση αναληθών ερευνών. Τη σημαντικότητα αυτού του προβλήματος μπορεί να αντιληφθεί κάποιος εάν αναλογιστεί τη ζημιά που μπορεί να προκαλέσει ένας ιατρός ερευνητής που παρουσιάζει πλαστά αποτελέσματα για τη θεραπευτική δυνατότητα κάποιων θεραπευτικών μεθόδων και τεχνικών. Αντιλαμβάνεται κάνεις το μεγάλο πρόβλημα για την ερευνητική διαδικασία είναι η εντιμότητα του ερευνητή. Η πρόοδος της επιστήμης βασίζεται στην έρευνα. Για το χτίσιμο της γνώσης είναι απαραίτητα τα αποτελέσματα προηγούμενων ερευνών, στα οποία θα προστεθούν τα νεότερα. Τα αποτελέσματα κάθε έρευνας θεωρούνται αληθινά, χωρίς να χρειάζονται επαλήθευση. Απαραίτητα συνεπώς προϋπόθεση είναι η αμοιβαία εμπιστοσύνη. Αποτελέσματα, ευρήματα και συμπεράσματα ερευνών που ανακοινώνονται και δημοσιεύονται πρέπει να θεωρούνται αληθινά με βάση τη μεθοδολογία που εφάρμοσαν οι ερευνητές (Hoey, 2007).

Η μελέτη διέπεται από νομοθετικό και δεοντολογικό πλαίσιο του Γενικού Κανονισμού για την Προστασία Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα. Για τη διεξαγωγή μιας υπεύθυνης έρευνας θα πρέπει να υπάρχει ενήμερη συγκατάθεση. Οι ερευνητές θα πρέπει να ενημερώνουν τους συμμετέχοντες για όλες τις πτυχές των μελετών η συλλογή των δεδομένων πρέπει να γίνεται ανώνυμα η εάν αυτό δεν είναι εφικτό να εφαρμόζεται κωδικοποίηση των στοιχείων η σωματική και η ψυχική υγεία ορισμένων ευάλωτων συμμετεχόντων δεν θα πρέπει να αποτελεί κριτήριο αποκλεισμού από μια έρευνα, ειδικά στο χώρο της υγείας που συχνά περιλαμβάνει άτομα από ευάλωτες ομάδες. Επίσης είναι απαραίτητο ο ερευνητής να είναι άτομο με αρχές και να δημιουργεί αίσθημα εμπιστοσύνης στους συμμετέχοντες. Τέλος οι συμμετέχοντες επιλέγουν ελεύθερα και χωρίς εξαναγκασμό να συμμετέχουν στην

έρευνα, διατηρώντας το δικαίωμα να αποσυρθούν οποιαδήποτε στιγμή επιθυμούν (Doody & Noonan, 2016).

Προκειμένου να διασφαλιστεί η ηθική της έρευνας, συντάχθηκε ενημερωτικό έγγραφο το οποίο περιείχε όλες τις απαραίτητες πληροφορίες προς τους συμμετέχοντες, στο οποίο δήλωσαν ενυπόγραφα τη συγκατάθεση τους σύμφωνα πάντα με την επιθυμία τους να λάβουν μέρος. Το έγγραφο αυτό μαζί με το ερωτηματολόγιο και το πρωτόκολλο της έρευνας κατατέθηκαν στο Επιστημονικό Συμβούλιο του ΠΓΝΙ το οποίο έδωσε την έγκριση του για την έναρξη της ερευνητικής διαδικασίας.

3.9 ΜΕΘΟΔΟΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Τα τελευταία χρόνια, η ευρεία χρήση των ηλεκτρονικών υπολογιστών και των στατιστικών προγραμμάτων όπως επίσης του SPSS, STATA, SAS, έχει διευκολύνει σημαντικά την ανάλυση δεδομένων ακόμη και για εκείνους που δεν είναι ιδιαίτερα εξοικειωμένοι με τις εννοιές της στατιστικής. Σε αρκετές περιπτώσεις τα ποσοτικά δεδομένα διακρίνονται σε συνεχή και διακριτά, όπου η διαφορά έγκειται στο γεγονός ότι τα διακριτά δεδομένα περιορίζονται στο να λαμβάνουν μόνο ακέραιες τιμές, ενώ τα συνεχή δεδομένα μπορούν να λάβουν οποιαδήποτε τιμή, ακόμη και δεκαδική. Τα περισσότερα δεδομένα αποτελούν συνεχή δεδομένα, γεγονός που διευκολύνει σημαντικά την στατιστική ανάλυση. Συνεχή δεδομένα μεταβλητών αποτελούν το βάρος, η ηλικία, το ύψος, η αρτηριακή πίεση, η θερμοκρασία κ.α. (Boslaugh & Matters, 2008).

Είναι σημαντική η συλλογή, η κωδικοποίηση το ξεκαθάρισμα και επεξεργασία των δεδομένων πριν εμφανιστούν και ερμηνευτούν τα αποτελέσματα. Για την ανάλυση των απαντήσεων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό μέσο SPSS 22 (Statistical package for social science 22). Το SPSS είναι ένα λογισμικό στατιστικής ανάλυσης που εφαρμόζεται από το 1968 και με την πάροδο του χρόνου έχει φτάσει στην έκδοση SPSS 22 (Gouda, 2015).

Πρόκειται για το πιο διαδομένο στατιστικό μοντέλο παρουσιάζοντας μεγάλη αξιοπιστία και πολλές δυνατότητες στην παρουσίαση των δεδομένων (Τρυπόπουλος και συν, 2000).

Τα περιγραφικά στατιστικά του πληθυσμού παρουσιάζονται ως πλήθος (ποσοστό) για διακριτές μεταβλητές και ως μέση τιμή±σταθερή απόκλιση ή διάμεση τιμή (25%-75% διακύμανση) για συνεχείς μεταβλητές. Η ανάλυση συσχέτισης μεταξύ των τιμών της κλίμακας LIKERT με τις διάφορες υπό μελέτη παραμέτρους πραγματοποιήθηκε με τη χρήση των συντελεστών συσχέτισης Pearson & Spearman. Η σύγκριση των τιμών της κλίμακας LIKERT μεταξύ αντρών και γυναικών πραγματοποιήθηκε με τη χρήση της στατιστικής δοκιμασίας unpaired t-test. Η σύγκριση των τιμών της κλίμακας LIKERT μεταξύ των διαφόρων τάξεων των μεταβλητών της οικογενειακής κατάστασης, εργασίας, αιτίας εισαγωγής στη ΜΕΠΚ και επιπέδου εκπαίδευσης, πραγματοποιήθηκε με τη χρήση της στατιστικής δοκιμασίας OneWay ANOVA. Σε όλες τις περιπτώσεις η στατιστική σημαντικότητα ελέγχθηκε με βάση το κριτήριο

$p < 0.05$ και στις δυο άκρες της κατανομής (two-sided). Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του στατιστικού πακέτου IBM SPSS Statistics 21.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Οι ερευνητές οφείλουν να παρουσιάζουν τα αποτελέσματα των ερευνών στο ευρύτερο κοινό. Τα αποτελέσματα κάθε ερευνητικής μελέτης πρέπει να γνωστοποιούνται στην επιστημονική κοινότητα και ο κάθε ερευνητής έχει ηθική υποχρέωση να διαδώσει τα ερευνητικά του ευρήματα (Edward, 2015).

Η ανάλυση των ποσοτικών ερευνών γίνεται με την βοήθεια της στατιστικής η οποία οργανώνει, συνοψίζει και παρουσιάζει ποσοτικά δεδομένα δίνοντας συμπεράσματα για ένα σύνολο ατόμων με βάση τα χαρακτηριστικά μιας μικρής ομάδας (Foster et al, 2006).

Οι ερευνητές ταξινομούν με ακρίβεια τα αποτελέσματα της έρευνας τους σε πίνακες, ενώ στα κείμενα παρουσιάζονται τα στοιχεία που είναι μεγαλύτερα ή μικρότερα ή σε διαφορές των τιμών. Τα δεδομένα που δεν παρέχουν κάποια πληροφορία δεν ταξινομούνται (Μερκούρης, 2008).

Σκοπός της έρευνας είναι η καταγραφή του άγχους των καρδιολογικών ασθενών στη μονάδα εμφραγμάτων του ΠΓΝΙ σε συσχέτιση με τα βασικά χαρακτηριστικά τους. Η διερεύνηση και η καταγραφή του άγχους θα γίνει σύμφωνα με τη κλίμακα Likert. Τα ερωτηματολόγια που θα συμπληρωθούν είναι της αυτοαξιολόγησης του άγχους (self-rating anxiety scale Zung).

4.1 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΩΝ ΘΕΜΑΤΙΚΩΝ ΕΝΟΤΗΤΩΝ Ή ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ.

Στη μελέτη συμμετείχαν τελικά 120 ασθενείς οι οποίοι πληρούσαν τα κριτήρια εισόδου και αποκλεισμού και νοσηλεύτηκαν στη ΜΕΠΚ του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων κατά το χρονικό διάστημα. Στον **Πίνακα 1** παρουσιάζονται τα δημογραφικά δεδομένα των ασθενών. Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν 67 έτη και η πλειονότητα αυτών ήταν άρρενες (74%). Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ήταν υπέρβαροι ή παχύσαρκοι (μέση τιμή BMI 27.9 kg/m²).

Οι περισσότεροι ασθενείς ήταν έγγαμοι (60%), απόφοιτοι πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης (61%) και συνταξιούχοι όσον αφορά το εργασιακό καθεστώς (53%).

Ηλικία, έτη	67±12
Άρρεν φύλο, ν (%)	89 (74)
Δείκτης μάζας σώματος, kg/m ²	27.9±5.4
Επίπεδο εκπαίδευσης	
Πρωτοβάθμια	73 (61)
Δευτεροβάθμια	24 (20)
Τριτοβάθμια	23 (19)
Εργασιακό καθεστώς	
Άνεργος	13 (11)
Συνταξιούχος	64 (53)
Εργαζόμενος/η	43 (36)
Οικογενειακή κατάσταση	
Άγαμος/η	13 (11)
Διαζευγμένος/η	5 (4)
Χήρος/α	30 (25)
Έγγαμος/η	72 (60)

Πίνακας 1

Στον **Πίνακα 2** παρουσιάζονται τα δεδομένα από το ατομικό ιστορικό των ασθενών που συμμετείχαν στη μελέτη. Επρόκειτο για ομάδα ασθενών υψηλού κινδύνου για καρδιαγγειακά συμβάντα με αυξημένο επιπολασμό γνωστών παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου: αρτηριακή υπέρταση 68%, σακχαρώδης διαβήτης 51%, Κάπνισμα 40%. Σημαντική μερίδα των ασθενών είχαν ήδη γνωστό ιστορικό

καρδιαγγειακών νοσημάτων: στεφανιαία νόσος 41%, αγγειακό εγκεφαλικό 8%, καρδιακή ανεπάρκεια 21%, κολπική μαρμαρυγή 22% ενώ το 25% αυτών έφερε μόνιμη εμφυτεύσιμη συσκευή ρυθμού (δηλαδή, βηματοδότη, απινιδιστή ή αμφικοιλιακό βηματοδότη/απινιδιστή). Μόνο λίγοι ασθενείς από τους συμμετέχοντες είχαν κάποιο επιβεβαιωμένο γνωστό ιστορικό ψυχιατρικού νοσήματος (11%) ενώ μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών λάμβαναν αγωγή με βενζοδιαζεπίνες (19%) ή αντικαταθλιπτικά (30%).

Πίνακας 2. Ατομικό ιστορικό ασθενών	
Παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου	
Αρτηριακή Υπέρταση	81 (68)
Σακχαρώδης διαβήτης	61 (51)
Κάπνισμα	48 (40)
Καρδιαγγειακά νοσήματα	
Στεφανιαία νόσος	49 (41)
Αγγειακό εγκεφαλικό	10 (8)
Καρδιακή ανεπάρκεια	25 (21)
Κολπική μαρμαρυγή μόνιμη	6 (5)
Κολπική μαρμαρυγή παροξυσμική	20 (17)
Ψυχιατρικό νόσημα	
Βενζοδιαζεπίνες	23 (19)
SSRIs	36 (30)
Συσκευές ρυθμού	
Βηματοδότες	12 (10)
Απινιδιστές	15 (13)
Αμφικοιλιακοί	2 (2)

Πίνακας 2

Στον **Πίνακα 3** παρουσιάζονται τα δεδομένα από τα ζωτικά στοιχεία των ασθενών και τον βασικό εργαστηριακό τους έλεγχο κατά την παραμονή τους στη ΜΕΠΚ. Η αρτηριακή πίεση των ασθενών ήταν σε φυσιολογικά επίπεδα (μέση τιμή συστολικής και διαστολικής πίεσης 137/77 mmHg) όπως επίσης οι σφύξεις (79 bpm) και ο αρτηριακός κορεσμός οξυγόνου (95%). Από τον υπόλοιπο εργαστηριακό έλεγχος αξιοσημείωτα είναι: η αυξημένη τιμή γλυκόζης (132 mg/dl), η αυξημένη τιμή υψηλής

ευαισθησίας τροπονίνη I (662 ng/l) και το μειωμένο κλάσμα εξώθησης της αριστερής κοιλίας 45%.

Πίνακας 3. Δεδομένα ζωτικών σημείων και εργαστηριακού ελέγχου ασθενών	
Συστολική αρτηριακή πίεση, mmHg	137±19
Διαστολική αρτηριακή πίεση, mmHg	77±13
Σφύξεις, bpm	79 (72, 89)
Κορεσμός O ₂ , %	95±2
Γλυκόζη, mg/dl	132 (106, 160)
Αιμοσφαιρίνη, g/dl	13.3±2.2
Λευκά αιμοσφαίρια, /μl	9130 (7485, 12430)
Κρεατινίνη, mg/dl	1.05 (0.91, 1.26)
Νάτριο, mmol/l	137±3
Κάλιο, mmol/l	4.24±0.42
AST, IU/L	38 (23, 69)
ALT, IU/L	26 (17, 47)
Τροπονίνη υψηλής ευαισθησίας,	662.4 (38.3, 6018.6)
Ουρικό οξύ, mg/dl	4.45 (3.25, 6.68)
C-αντιδρώσα πρωτεΐνη, mg/L	11 (3, 44)
Κλάσμα εξώθησης αριστερής κοιλίας, %	45 (35, 50)
<i>Τα αποτελέσματα των ασθενών παρουσιάζονται ως μέση τιμή±σταθερή απόκλιση ή διάμεση τιμή (25-75% διακύμανσης τιμών)</i>	

Πίνακας 3

Στον **Πίνακα 4** παρουσιάζονται τα δεδομένα από τις αιτίες εισαγωγής των ασθενών στη ΜΕΠΚ. Η πλειονότητα των ασθενών του δείγματος βρίσκονταν για παρακολούθηση στη ΜΕΠΚ λόγω οξέος στεφανιαίου συνδρόμου (54%) και λιγότερο για απορρυθμισμένη καρδιακή ανεπάρκεια (6%), αρρυθμίες (18%) ή άλλες αιτίες.

Πίνακας 4. Αιτίες εισαγωγής ασθενών της μελέτης στη ΜΕΠΚ	
Αιτία εισαγωγής	
Οξέα στεφανιαία	65 (54)
Καρδιακή Ανεπάρκεια	7 (6)
Αρρυθμίες	22 (18)
Άλλα	26 (22)

Τύπος οξέος στεφανιαίου	
STEMI	44 (68)
NSTEMI	19 (29)
Ασταθής στηθάγχη	2 (3)

Πίνακας 4

Η ένταση του άγχους των υπό μελέτη ασθενών με βάση την κλίμακα LIKERT παρουσιάζεται στον **Πίνακα 5**. Η μέση τιμή της κλίμακας LIKERT ήταν 47 βαθμοί: παρουσία τουλάχιστον ήπιας έντασης άγχους καταγράφηκε στο 83% των ασθενών ενώ σοβαρής έντασης άγχους καταγράφηκε στο 10% των ασθενών.

Πίνακας 5. Καταγραφή έντασης άγχους με βάση την κλίμακα LIKERT.	
LIKERT κλίμακα	47±7
LIKERT κλίμακα	
Φυσιολογική	26 (17)
Ήπια ένταση	44 (37)
Μέτρια ένταση	43 (36)
Σοβαρή ένταση	13 (10)

Πίνακας 5

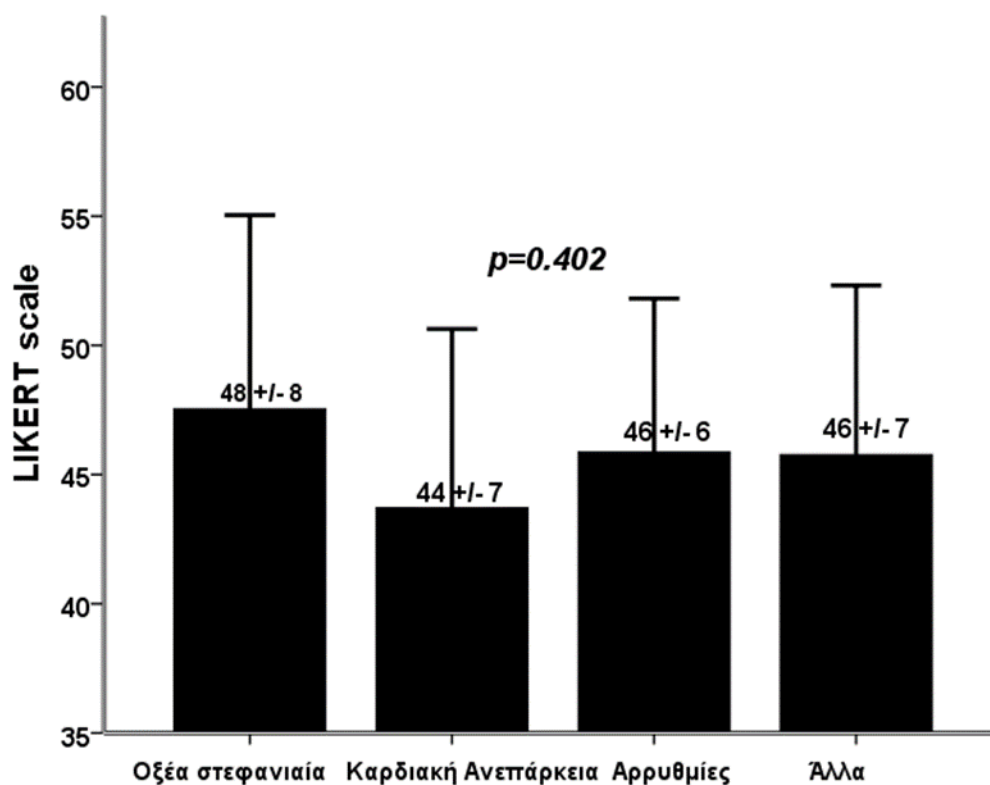
Στον **Πίνακα 6** παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της ανάλυσης συσχέτισης (association analysis) μεταξύ των επιπέδων άγχους με βάση την κλίμακα LIKERT και τις διαφορές υπό μελέτη παραμέτρους (δημογραφικές, ατομικό ιστορικό). Καμιά από τις παραμέτρους του ατομικού ιστορικού δεν σχετίστηκε με τη βαρύτητα του άγχους, ούτε η ηλικία ή το βάρος των ασθενών. Αντίστοιχα, καμιά παράμετρος από τα ζωτικά δεδομένα και τα εργαστηριακά δεν εμφάνισε στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την κλίμακα LIKERT.

Πίνακας 6. Συσχετίσεις μεταβλητών με την κλίμακα LIKERT		
	<i>r</i>	<i>P value</i>
Ηλικία	-0.064	0.487
Δείκτης μάζας σώματος	-0.025	0.783
Ιστορικό		
Στεφανιαία νόσος	-0.065	0.479
Αγγειακό εγκεφαλικό	0.128	0.162
Καρδιακή Ανεπάρκεια	-0.067	0.465

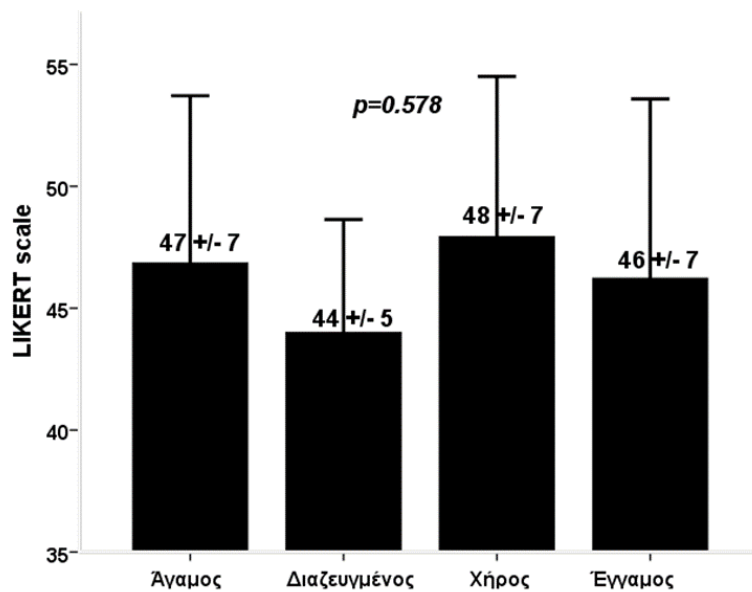
Αρτηριακή Υπέρταση	-0.041	0.656
Σακχαρώδης Διαβήτης	-0.091	0.321
Κάπνισμα	-0.124	0.177
Μόνιμη Κολπική Μαρμαρυγή	0.075	0.415
Παροξυσμική Κολπική Μαρμαρυγή	-0.076	0.408
Ψυχιατρικό Νόσημα	0.113	0.219

Πίνακας 6

Το είδος των καρδιαγγειακών νοσημάτων για τα οποία οι ασθενείς εισήχθησαν στη ΜΕΠΚ δεν φάνηκε να σχετίζεται με την βαρύτητα του άγχους ($p=0.402$) (*Εικόνα 1*). Αντίστοιχα και η οικογενειακή κατάσταση των ασθενών δεν σχετίζονταν με την κλίμακα LIKERT ($p=0.578$) (*Εικόνα 2*).

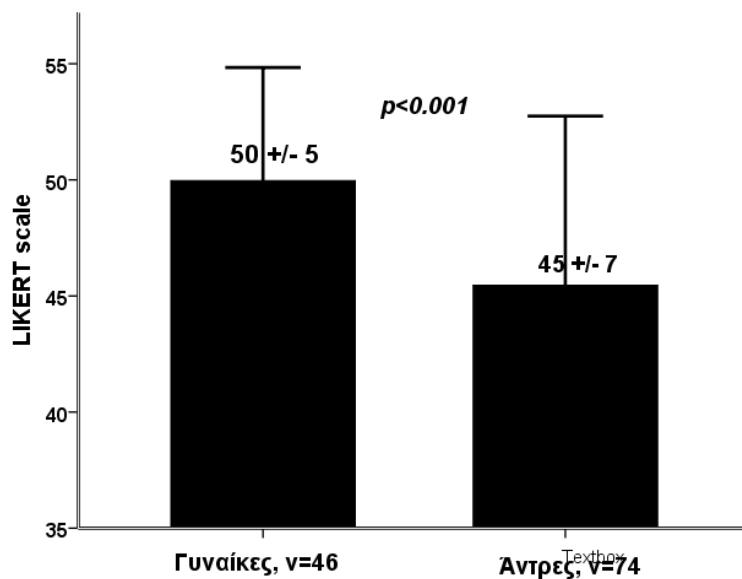


Εικόνα 1. Βαρύτητα άγχους (κλίμακα LIKERT) με βάση την αιτία εισαγωγής στη ΜΕΠΚ.



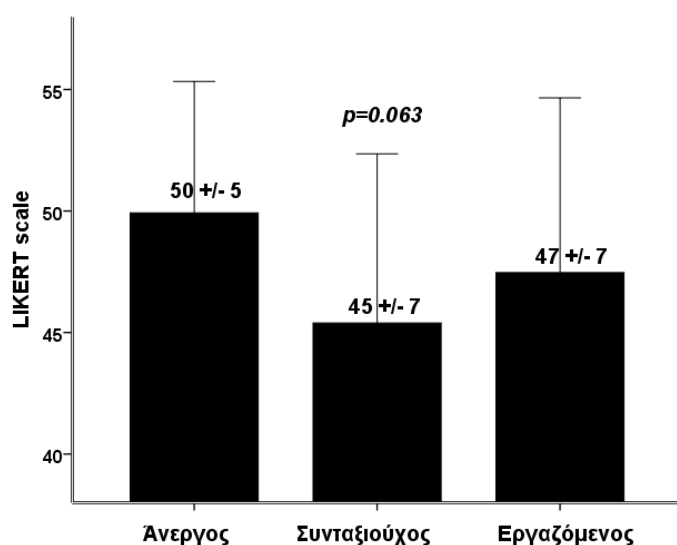
Εικόνα 2. Βαρύτητα άγχους (κλίμακα LIKERT) με βάση την οικογενειακή κατάσταση των ασθενών.

Το φύλο παρουσίαζε στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την βαρύτητα του άγχους κατά την παραμονή των ασθενών στη ΜΕΠΚ. Οι γυναίκες εμφάνιζαν υψηλότερα επίπεδα κλίμακας LIKERT σε σχέση με τους άντρες (50 ± 5 vs 45 ± 7 , $p < 0.001$) (Εικόνα 3), ενώ επίσης το θήλυ φύλο σχετιζόταν με υψηλότερο κίνδυνο παρουσίας μέτριας-σοβαρής έντασης άγχους στους ασθενείς της ΜΕΠΚ (OR 2.67, $p = 0.023$).

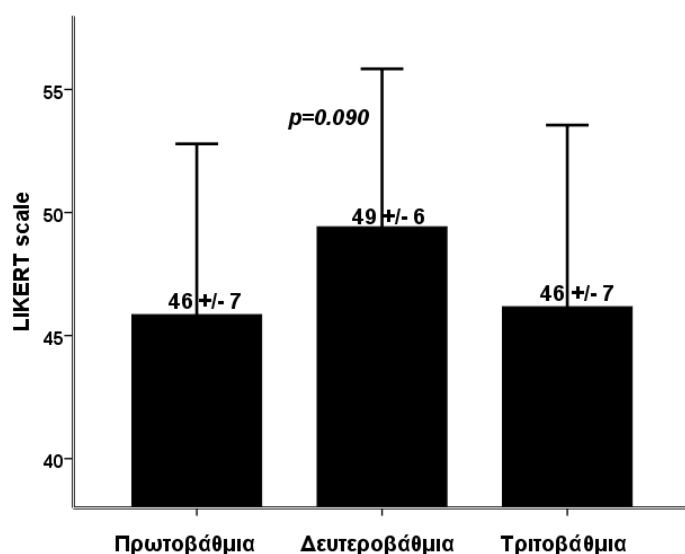


Εικόνα 3. Βαρύτητα άγχους (κλίμακα LIKERT) με βάση το φύλο των ασθενών.

Τέλος, η εργασιακή κατάσταση των ασθενών όπως και το επίπεδο εκπαίδευσης των ασθενών παρουσίαζε μια τάση για στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τη βαρύτητα του άγχους των ασθενών στη ΜΕΠΚ ($p=0.063$ & $p=0.090$ αντίστοιχα) (Εικόνες 4 & 5). Φαίνεται ότι οι άνεργοι βιώνουν πιο έντονο άγχος όπως και οι ασθενείς-απόφοιτοι της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (στατιστικά μη σημαντικά). Ωστόσο, από την ανάλυση διαπιστώνεται ότι οι ασθενείς-απόφοιτοι δευτεροβάθμιας ή τριτοβάθμιας εκπαίδευσης έχουν σημαντικά υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης μετρίου-σοβαρού άγχους κατά την παραμονή στη ΜΕΠΚ (OR 2.75, $p=0.009$).



Εικόνα 4. Βαρύτητα άγχους (κλίμακα LIKERT) με βάση την εργασιακή κατάσταση των ασθενών.



Εικόνα 5. Βαρύτητα άγχους (κλίμακα LIKERT) με βάση το επίπεδο εκπαίδευσης των ασθενών.

4.2 ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Συμπερασματικά

- 46% έχουν τουλάχιστον μέτριο άγχος όταν μπαίνουν στη ΜΕΠΚ
- Οι γυναίκες βιώνουν πιο έντονο το άγχος κατά τη διαμονή στη ΜΕΠΚ
- Στατιστικά μη σημαντικά οι άνεργοι φαίνεται να εμφανίζουν πιο έντονο άγχος κατά την παραμονή στη ΜΕΠΚ
- Οι ασθενείς με υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης βιώνουν πιο έντονο άγχος κατά την παραμονή στη ΜΕΠΚ
- Τα υπόλοιπα χαρακτηριστικά από το ιστορικό, την κλινική εικόνα των ασθενών δεν φαίνεται να επιδρούν στην εμφάνιση του άγχους στους ασθενείς στη ΜΕΠΚ
→ και μόνο η νοσηλεία ανεξάρτητα από τα παραπάνω αυξάνει το άγχος των ασθενών

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Οι καρδιαγγειακές παθήσεις είναι η κύρια αιτία νοσηρότητας και θνητότητας παγκοσμίως. Ακόμη και μέχρι σήμερα έχει την ίδια σημασία για την υγειονομική περίθαλψη όπως οι επιδημίες των προηγούμενων αιώνων για την ιατρική σε παλαιότερες εποχές. Το 50% των πλουσίων χωρών πεθαίνει από καρδιαγγειακές παθήσεις. Ο αριθμός αυτών των παθήσεων αυξάνεται επίσης και στις αναπτυσσόμενες χώρες μαζί με την οικονομική ανάπτυξη. Μέχρι το 2115 ένας στους τρεις θανάτους θα οφείλεται σε καρδιαγγειακές παθήσεις. Τα στοιχεία αυτά υπογραμμίζουν τη σημασία της πρόγνωσης και της ορθής και έγκυρης αντιμετώπισης τους σε ελληνικό και διεθνές επίπεδο (Frangula et al, 2018).

Τα τελευταία πέντε με δέκα χρόνια η συγκέντρωση πολλαπλών συνόλου δεδομένων σε μεγάλες μελέτες έχει επιταχύνει την πρόοδο στην έρευνα σχετικά με το στρες ως παράγοντα κίνδυνου και προγνωστικό για καρδιαγγειακές παθήσεις. Το άγχος της ενηλικίωσης έχει σημαντικό ρόλο ως έναυσμα ασθένειας σε άτομα που έχουν υψηλό φορτίο αθηρωματικής πλάκας και ως καθοριστικό παράγοντας έκβασης και επίσης σε άτομα με προϋπάρχουσα καρδιαγγειακή νόσο. Σε ορισμένες κατευθυντήριες γραμμές το άγχος έχει ήδη αναγνωριστεί ως στόχος πρόληψης για άτομα με υψηλό συνολικό κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου ή με καθιερωμένη καρδιαγγειακή νόσο. (Kivimaki & Steptoe, 2018).

Τόσο οι συμπεριφορικοί όσο και οι βιολογικοί μηχανισμοί έχουν διερευνηθεί ως πιθανές οδοί που συνδέουν το άγχος με τον κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακής νόσου. Όσον αφορά τους συμπεριφορικούς παράγοντες όπως είναι το άγχος, δείχνει να έχει συσχετιστεί με την κακή τήρηση πολλαπλών κινδύνων που μειώνουν τις συμπεριφορές υγείας συμπεριλαμβανόμενης της σωματικής δραστηριότητας, του καπνίσματος, της κακής διατροφής και αρκετές μελέτες υποδεικνύουν ότι αυτοί οι παράγοντες μεσολαβούν τουλάχιστον εν μέρει στην σχέση μεταξύ άγχους και κακής πρόγνωσης. Ενώ στους βιολογικούς μηχανισμούς υπάρχει μια αυξανόμενη πληθώρα στοιχείων που συνδέουν το άγχος με την δυσλειτουργία του αυτόνομου νευρικού συστήματος, καθώς και διαταραγμένο απόθεμα στεφανιαίας ροής που αυξάνει τον κίνδυνο ισχαιμίας του μυοκαρδίου (Cohen et al, 2015).

Το αγνώριστο άγχος είναι μια δύσκολη κλινική παρουσίαση στην καρδιολογία. Το άγχος οδηγεί σε επαναλαμβανόμενες επισκέψεις στο τμήμα επειγόντων περιστατικών και στην ανάγκη για πολυάριθμες διαγνωστικές αξιολογήσεις. Οι διαταραχές άγχους αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακής νόσου, παρόλο που η αιτιώδης σχέση δεν έχει αποδειχθεί. Το άγχος προμηνύει δυσμενείς προγνώσεις σε άτομα με καθιερωμένη καρδιακή νόσο ενώ το επίπεδο κλινικής προτεραιότητας που λαμβάνει το άγχος θα πρέπει να επεκταθεί σε περεταίρω προσπάθειες κλινικής παρέμβασης και έρευνας (Tully et al, 2016).

5.1 ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Στην συγκεκριμένη έρευνα χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα LIKERT. Στην μελέτη συμμετείχαν οι ασθενείς της καρδιολογικής μονάδας του ΠΓΝΙ. Οι ασθενείς που συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια ήταν 120 στο σύνολο τους εκ των οποίων 89 ήταν άνδρες και 31 ήταν γυναίκες ηλικίας από 31 έως 93 ετών και σε διάστημα από τον Μάρτιο του 2021 έως τον Ιούλιο του 2021. Τα ευρήματα υποδεικνύουν ένα μέτριο άγχος στους ασθενείς με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο καθώς οι άνεργοι φαίνεται να εμφανίζουν πιο έντονο άγχος κατά την παραμονή τους στη ΜΕΠΚ. Επίσης οι γυναίκες βιώνουν πιο έντονο άγχος σε σχέση με τους άνδρες κατά την διάρκεια νοσηλείας τους. Οι συν-νοσηρότητες, το ιστορικό, η κλινική εικόνα και τα υπόλοιπα χαρακτηριστικά δεν φαίνεται να επιδρούν στην εμφάνιση του άγχους παρά μόνο η νοσηλεία αυτών των ασθενών αποτελεί έναν παράγοντα που αυξάνει το άγχος. Το 46% των ασθενών έχουν τουλάχιστον μέτριο άγχος κατά την εισαγωγή τους στη μονάδα εμφραγμάτων. Αν και έχουν αναφερθεί ποσοστά άγχους κατά την νοσηλεία των ασθενών στις καρδιολογικές μονάδες καμία μελέτη στην Ελλάδα δεν αξιολογεί τις πληροφορίες που συνδυάζουν τα καρδιολογικά συμβάντα με τον τρόπο ζωής, τις συνήθειες, το ιστορικό, το ψυχολογικό στρες και το άγχος. (Κουρλαμπά και συν, 2006).

5.2 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ

Η διεξαγωγή της έρευνας σε Νοσοκομείο τριτοβάθμιας περίθαλψης προσδίδει ένα κύρος στην ερευνητική διαδικασία. Η παρούσα ερευνητική διαδικασία αφορά δείγμα ασθενούς με καρδιαγγειακές παθήσεις που νοσηλεύονται στην μονάδα εμφράγματος του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων. Εκτός από την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου χρειάστηκε να αναγνωριστεί και να εξετασθεί το άγχος των καρδιολογικών ασθενών σε συσχέτιση με τα βασικά χαρακτηριστικά και τις συννοσηρότητες τους. Επίσης η καταγραφή και αξιολόγηση των εργαστηριακών τους εξετάσεων κρίθηκε απαραίτητη. Η μελέτη παρέχει σχετικά ασφαλή συμπεράσματα και ο αριθμός του δείγματος ήταν ικανοποιητικός. Το αποτέλεσμα αντιπροσωπεύει ένα μικρό δείγμα μιας κοινότητας του πληθυσμού. Το συμπέρασμα σίγουρα δεν μπορεί να γενικευτεί στον ευρύτερο πληθυσμό. Στην έρευνα δεν συμμετείχαν όλοι οι ασθενείς που νοσηλευτήκαν αυτό το χρονικό διάστημα και αυτό συνέβη διότι υπήρχαν ασθενείς που βρίσκονταν σε βαριά κατάσταση ή δεν ήθελαν να συμμετέχουν στην έρευνα. Έτσι υπήρχε μια πιθανότητα μεροληψίας επιλογής των ασθενών. Επίσης η έρευνα πραγματοποιήθηκε μόνο σε ένα Δημόσιο Νοσοκομείο και αυτό από μόνο του αποτελεί έναν επιπρόσθετο περιορισμό. Η συμμετοχή και άλλων Νοσοκομείων σε άλλες περιοχές της Ελλάδος μεγιστοποιούν πιθανότατα το αποτέλεσμα που θα μας έδινε η έρευνα.

5.3 ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Στην παρούσα έρευνα μελετήθηκαν τα επίπεδα άγχους των ασθενών της καρδιολογικής μονάδας του ΠΓΝΙ ανάλογα με τα βασικά τους χαρακτηριστικά όπως η ηλικία, το φύλο, το μορφωτικό επίπεδο, το ύψος, το βάρος καθώς και οι συννοσηρότητες τους κατά τη διάρκεια νοσηλείας τους. Η συγκεκριμένη μελέτη μας βοηθά να εξετάσουμε το άγχος και ορισμένες παραμέτρους των ασθενών οι οποίοι επηρεάζουν την σωματική και ψυχολογική κατάστασή τους. Τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας πρέπει να γνωστοποιηθούν στην ευρύτερη επιστημονική κοινότητα και να τονιστεί η ανάγκη για επέκταση ανάλογης έρευνας σε περισσότερα νοσοκομεία της Ελλάδας. Με τον τρόπο αυτό αυτά τα αποτελέσματα θα μπορούσαν να γενικευτούν και στον υπόλοιπο πληθυσμό.

Η συγκεκριμένη έρευνα μας δείχνει ότι οι ασθενείς στη πλειονότητά τους βιώνουν ήπιο άγχος κατά τη νοσηλεία τους στη μονάδα. Το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό της καρδιολογικής μονάδας θα πρέπει να προβλέπει και να εκτιμά τις ανάγκες των ασθενών έγκαιρα, να προσπαθεί να δημιουργεί ένα ιδανικό περιβάλλον ώστε να βελτιώνεται η ποιότητα υγείας τους για την καλύτερη έκβαση της πορείας της νόσου.

6. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η ιδέα ότι οι ψυχολογικές καταστάσεις μπορούν να επηρεάσουν τη σωματική υγεία δεν είναι καθόλου νέα ιδέα και ίσως πουθενά δεν έχει μελετηθεί καλύτερα η σύνδεση μυαλού-σώματος από στην καρδιαγγειακή νόσο (CVD). Πρόσφατα μεγάλες προοπτικές επιδημιολογικές μελέτες και μικρότερες βασικές επιστημονικές μελέτες έχουν εδραιώσει μία σύνδεση μεταξύ της καρδιαγγειακής νόσου και πολλών ψυχολογικών καταστάσεων όπως είναι το στρες, το άγχος, η κατάθλιψη και η διαταραχή μετατραυματικού στρες (PTSD). Επιπλέον έχουν διεξαχθεί πολυάριθμες κλινικές δοκιμές για την πρόληψη ή την μείωση του αντίκτυπου αυτών των καταστάσεων στην καρδιαγγειακή υγεία. Το άγχος κατά τη διάρκεια νοσηλείας των ασθενών με καρδιολογικά νοσήματα προμηνύει δυσμενή πρόγνωση, ειδικά σε άτομα με εγκατεστημένη καρδιακή νόσο που είναι ανεξάρτητη από την κατάθλιψη. Πολλές φορές η κοινωνικοοικονομικές πτυχές των ασθενών, τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς τους, οι συμπεριφορά υγείας και ακόμη τα βιολογικά μονοπάτια μπορούν να συμβάλουν στην εξέλιξη της καρδιαγγειακής νόσου. Τα καρδιακά συμβάντα συμβαίνουν ξαφνικά και το επεισόδιο μπορεί να είναι τραυματικό για άτομα που δεν είναι προετοιμασμένα για ένα τέτοιο συμβάν και για μία νοσηλεία στην καρδιολογική μονάδα. Σημαντικό ρόλο στην καρδιακή αποκατάσταση και να κατανοήσουμε την επίδραση των ψυχολογικών παραγόντων κινδύνου είναι να χτίσουμε στρατηγικές για τη διαχείριση του άγχους τους κατά τη διάρκεια νοσηλείας τους και στρατηγικές για τη διαχείριση του καθημερινού στρες. Για την καλύτερη αντιμετώπιση και διαχείριση του άγχους των καρδιολογικών ασθενών απαιτείται από το προσωπικό της μονάδας έγκυρη και έγκαιρη αναγνώριση του και ψυχολογική υποστήριξη αυτών των ασθενών για την καλύτερα έκβαση της πορείας της νόσου.

ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ-ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Aillgulander, *Anxiety as a risk factor in cardiovascular disease*, *Curv. Opin psychiatry*, volume 29, issue 1, pages 13-17
2. Baker J., *nursing research, quality improvement and evidence-based practice: the key to perioperative nursing practice*, *AORN*, issue 105, pages 3-5
3. Balog P., *negative emotions associated with cardiovascular diseases*, *Ort Hetie*, vp;ume 159, issue 48, pages 2005-2010
4. Bauer L., et al, *effects of depression and anxiety improvements on adherence to medication and health behaviors in recently hospitalized cardiac patients*, *AMJ cardiac*, volume 92, issue 1, pages 273-287
5. Berryman P., et al, *data collection in quantitative research, evidence-based nursing*, 2019, issue 21, pages 63-64
6. Beth E., Donald, et al, *state of the review: depression, stress, anxiety and Cardiorascular disease*, November 2015, issue 28, pages 1295-1362
7. Beth F., Donald E., et al, *state of the art review: depression, stress, anxiety and Cardiorascular disease*, *AM J. Hypertense*, November 2015, volume 28, pages 1295-1302
8. Blakely, et al, *does anxiety predict the use urgent care by people with long term conditions, a system review with meta-analysis*, *Psychosam*, September 2014, volume 77, issue 3, pages 232-239
9. Blattner M., Hewer, *critical reading of epidemiological papers a guide*, *j. public health*, 2001, volume 11, pages 97-101
10. Boslaugh, et al, *statistics in a nutshell*, Reilly Media inc, 2008
11. Bryman, *μέθοδοι κοινωνικής έρευνας*, Gutenberg
12. Bryynix G., et al, *prevalence of symptoms of anxiety disorders and depression in cardiac rehabilitation patients in an academic hospital: a case study*, *Psyciatr G*, March 2021, volume 92, issue 1, pages 273-287
13. Caraco I., Bertolli, et al, *anxiety, depression, resilience, and self-esteem in individuals with cardiovascular diseases*, *Rev Lat enfleurance.*, November 2016, volume 28, pages 1590-1618
14. Charret, Bonin, *stress, anxiety, and depression in heart disease patients: a major challenge for cardiac rehabilitation*, *Ann. Phys. Rehabil. Med.*, 2017 January, volume 60, issue 1, pages 6-12

15. Cheryl Bushnell, <<*stroke epidemiology and risk factor management*>>, Wolters Klumer, 2017 February, volume 23, issue 1, pages 15-39
16. Cohen B., Edmond P., << *state of the review: depression, stress, anxiety and Cardiorascular disease*>>, volume 28, issue 11, pages 1295-1302
17. Cohen L., Marian L., et al, *Μεθοδολογία εκπαιδευτικής έρευνας*, Μεταίχμιο, Αθήνα 2008
18. Coleman A., *epistemology in fundamentals of philosophy*, Routledge, 2004, pages 23-47
19. Coran R., et al, *research methods in education*, xon uk: Routiedge, 2011
20. Cypress B., *quantitative research, what, why, who, and how dimensions of critical care nursing*, issue 34, pages 356-361
21. Darkes S., et al, *Anxiety and cardiovascular disease*, Med trends pharmacopsychology, 2013 September, volume 29, pages 85-97
22. Denim, *the discipline, and practice of qualitative research, I handbook of qualitative research*, 2008, volume 2, pages 1-128
23. Diana M, Greenfield, John A., et al, *editors in the EBMT: Hematopoietic stem cell transplantation and cellular therapies*, 7th edition, 2019, chapter 55
24. Doody, et al, *guidance and application in practice*, British journal of Nursing, 2016, issue 25, pages 803-807
25. Eloi, Marianna, et al, *The Lancet*<< *rheumatic heart diseases*>>, The Lancet, March 2012, volume 379, issue 9819, pages 953-964
26. Emdin CA, Wong C., et al, *meta-analysis of anxiety as a risk factor for cardiovascular disease*, am J. cardial, August 2016, volume 118, issue 4, pages 511-519
27. Fanhr, et al, *effect of patient-focused clinical pathway of anxiety, depression and satisfaction of patients with coronary artery disease, a quasi-experimental study*, Iran Red erescent Med, 2015 September, volume 17, issue 9, pages 299-333
28. Gelling, *stages in the research process*, nursing standard, 2015, volume 29, pages 44β49
29. Gouda, et al, *common in reporting the use of SPSS software*, medical principles and practice, volume 24, pages 200-300
30. Greenhalgh T.: *how to read a paper: getting your bearings deciding what the paper about*, BMJ, 2009, volume 315, pages 243-246

31. Guan, <<*cardiac arrhythmias: diagnosis, symptoms, and treatments*>>, Cell Biochem Biophys, 2015 November, volume 73, issue 2, pages 291-296
32. G-Vin Camp, *cardiovascular disease prevention*, international journal of clinical and laboratory medicine, August 2014, volume 69, issue 6, pages 407-441
33. Hastings, Fisher, et al, *searching for proof: creating and using and actionable Pico question*, Nursing management, issue 45, pages 9-12
34. Hedges, et al, *how to do a systematic review: a best practice guide for conducting and reporting narrative reviews, meta-analyses and meta-syntheses*, Annual review of psychology, issue 70, pages 747-770
35. Hoey, R., *the EU clinical trials directive: 3 years on*, The Lancet, 2007, volume 369, pages 1777-1781
36. Huffman, Mastromauro, et al, *collaborative core fore depression and anxiety disorders in patients with recent cardiac events: the management of sadness and anxiety disorders in patients with recent cardiac events: the management of sadness and anxiety in cardiology*, randomized clinical trial, June 2014, volume 176, issue 6, pages 927-935
37. Institute of Medicine of the national academies (2010). <<Epidemiology of Cardiovascular Diseases futureproofing cardiovascular health in the developing world: a critical challenge to achieve global health, DC: national academies Press
38. Jag B., Matthew, et al, <<*cardiomyopathy: an overview*>>, Fam. Physician, November 2017, volume 15, issue 10, pages 640-646
39. Jean, *critical appraisal of scientific articles*, D tchl Arztebl, 2009, volume 106, pages 100-105
40. Jean-Christopher, Charet, et al, *stress, anxiety, and depression in heart disease patients a major challenge for cardiac rehabilitation*, volume 60, issue 1, pages 6-12
41. Jean-Christopher, Chauvet-Gelinier, et al, *Annales or physical and rehabilitation medicine stress, anxiety, and depression in heart disease patients: A major challenge for cardiac rehabilitation*, volume 60, issue 1, January 2017, pages 6-12

42. Jonathan, Firnhaber, et al, *lower extremity peripheral artery disease: diagnosis and treatment*>>, AM Fam. Physician, March 2019, volume 99, issue 6, pages 362,269
43. Khan, Johnson, et al, << *Heart failure*>>, P. Med., September 2015, volume 68, pages 403-405
44. Koshy, Limb, et al, *reflective practice in health care and how to effectively*, international journal of surgery, issue 2, pages 20-23
45. Lara, et al, *a description of a web-based educational tool for understanding the PICO framework in evidence-based practice with a citation taking system*, Computers Information Nursing, issue 27, pages 44-49
46. Lei Lu, Min Liu, et al, <<*Myocardial infarction: symptoms and treatments*>>, cell biochemistry and biophysics, volume 75, issue 3, pages 865-867
47. Lifei Wu., <<*the pathogenesis of thoracic optic aneurysm from hereditary perspective*>>, Elsevier, 20219, volume 30, pages 677-677
48. Maddy S., et al, *depression and anxiety in cardiovascular disease*, kardiol Pal., 2016, volume 74, issue 7, pages 603-609
49. Maganti, Vera H., << *Valvular heart disease: diagnosis and management*>>, Mayocean Proc., May 2010, volume 85, issue 5, pages 483-500
50. Massimo F., et al, << *secondary prevention in the clinical management of patients with Cardiorascular diseases. Core components standards and outcome measures for delivery: a policy statement*, European journal of preventive cardiology, June 2014, issue 6, volume 21, pages 664-681
51. Mendes, Shanthi. Pusat, Pekka (2011), *global atlas on Cardiorascular disease prevention and control. General world health organization in collaboration with world heart federation and the world stroke organization*, page 48.
52. Palinkas, et al, *purposeful sampling for quantitative data collection and analysis in mixed method implementation research*, administration and policy in method health, issue 45, pages 533-544
53. Phillip J., Nathan J., et al, << *Anxiety and Cardiorascular disease risk: a review*>>, Curr. Cardio Rep., December 2016, volume 18, issue 12, pages 120-121
54. Pierre Borussin, Sophie P., et al, << *semantics, epidemiology, and semiology of stroke*>>, Elsevier, volume 3, issue 828, pages 24-27

55. Polikandrioti, Kantelekos, et al, *association between characteristics of hospitalized heart failure patients with their needs*, global journal of health science, October 2, volume 9, issue 6, pages 95-108
56. Robert A. Kolter, et al, Sage Journal, << *Angina and its management*>>, 2016 December, volume 22, issue 3, pages 199-209
57. Saczhski, et al, *commonly utilized data collection approaches in clinical research*, AMJ Med., 2013, volume 126, pages 1-10
58. Sandberg J., et al, *ways of conducting research questions: gag-spotting or problematization: organization*, issue 18, pages 23-44
59. Sarah, Bisley, Ramona, et al, *critical care medicine “Acute physiological stress and subsequent anxiety of icu patients”*, Feb 2018, issue 46, pages 229-235
60. Sayers SL, Riegel B., Pawlowski S., et al, *social support and self-care of patients with heart failure*, Med 2008: issue 35, pages 70-79
61. Segar S., Peter P, et al, <<*Myocarditis*>>, The Lancet, 2012 February, volume 379, issue 9817, pages 738-747
62. Shaw, R, L. Patton, H.M. Holland, C. A. Cooker., 2015. *Be smart: examining the experience of implementing the NHS health check in primary care*, issue 16, pages 1-8
63. Siddaway, Wood A., *How to do a systematic review: a best practice guide for conducting and reporting narrative reviews, meta-analysis and meta-systems*, Annual review of psychology. Issue 70, pages 747-770
64. Steptoe A., Bryden H., *emotional triggering of cardiac events*, Neurosis Biobehavior, Rev 2009, issue 33, pages 63-70
65. Sterk P., Rabe, *the joy of writing a paper*, breathe, 2008, volume 4, pages 225-232
66. Thurstan, et al, *an anxious heart: anxiety onset of cardiovascular diseases*, prog cardiovasc. Disc., May 2013, volume 55, issue 6, pages 524-537
67. Treglia, et al, *Meta analysis and systematic reviews on PET and PET/CT in oncology: the state of the art*, issue 1, pages 73-75
68. Tylly P., Harrison N., et al, *anxiety and cardiovascular disease risk: a review*, Curr. Cardiol rep., December 2016, volume 18, issue 12, pages 120-121
69. Volz A., Schmid JP, Whalen M., Kohls S., Sahar H., et al, *Predictors of readmission and health related quality of life in patients with chronic heart*

- failure: a comparison of different psychosocial aspects*, J. Behav Med., 2011, issue 34, pages 13-22
70. WR Lindsay, et al, *adaptation of the Zung self-rating anxiety scale*, JIDR, December 1988, volume 32, issue 6, pages 485-496
 71. Yoshihiro, <<*hypertension is a risk factor for several types of heart disease: review of prospective studies*>>, Adv. Exp. Med., 2016, volume 956, pages 419-426
 72. Αλεβίζος Β., *άγχος ιατρικές και κοινωνικές Διαστάσεις*, Εκδ. Βήτα, Αθήνα 2008, σελ. 112
 73. Δαμιανός, Χαράλαμπος, *μεθοδολογία δειγματοληψίας, τεχνικές και ορολογικές*, 2007, Θεσσαλονίκη, σελίδες 237-238
 74. Δαρβίρη Χ., *Μεθοδολογία έρευνας στο χώρο της υγείας*, Αθήνα 2009, εκδόσεις Πασχαλίδη
 75. Δημητρόπουλος Ε., *εισαγωγή στη μεθοδολογία της επιστημονικής έρευνας, προς ένα συστηματικό δυναμικό μοντέλο μεθοδολογίας*, Αθήνα έλλην
 76. Ζάχος, *δομή και σημασία της επιστημονικής εργασίας στους τομείς δραστηριότητας των εκπαιδευτικών*.
 77. Κορρές, Κ., 2013, ποσοτικές προσεγγίσεις.
 78. Λαγουμιτζής, και συν, *μέθοδοι συλλογής δεδομένων, μεθοδολογία της έρευνας στις επιστήμες υγείας*, Αθήνα: σύνδεσμος ελληνικών ακαδημαϊκών βιβλιοθηκών
 79. Μαντζούκας Σ., *ποιοτική έρευνα σε έξι εύκολα βήματα, η επιστημολογία, οι μέθοδοι και η παρουσίαση*, Νοσηλευτική , 2007, τεύχος 46, σελίδες 86-89
 80. Μερκούρης, *μεθοδολογία νοσηλευτικής έρευνας*, Αθήνα 2008, εκδόσεις ΙΩΝ.
 81. Παππάς, *μεθοδολογία της επιστημονικής έρευνας στις ανθρωπιστικές επιστήμες* , εκδόσεις Καρδίτσας, 2002
 82. Σαμαρή, και συν, *στάθμιση της ελληνικής εκδοχής της κλίμακας αυτοαξιολόγησης άγχους SAS τα Zung*, ψυχιατρική , 2012, τεύχος 23, σελίδες 212-220
 83. Σάγλας, *εφαρμοσμένη στατιστική με έμφαση στις επιστήμες υγείας*, Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Τζιόλα.
 84. Τομαράς, Π, 2014, *εισαγωγή στο Μαρκεσίνη και την έρευνα αγοράς*, Αθήνα
 85. Χαρίσης, Κώστας, και συν, *θεωρία της δειγματοληψίας και εφαρμογές*, Αθήνα interbooks, , 1990, σελίδες 13

86. Χατζόπουλος, Β., *προστασία των θεμελιωδών δικαιωμάτων ύστερα από τη θέση σε ισχύ της συνθήκης της Λισαβόνας, χάρτης θεμελιωδών δικαιωμάτων της ευρωπαϊκής έρευνας, Δικαιώματα των Ανθρώπων, 2011, τεύχος 50, σελίδες 365-396*

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Διατμηματικό Πρόγραμμα

Μεταπτυχιακών σπουδών

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΕΝΗΛΙΚΩΝ

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑΣ: ΔΕΣΠΟΙΝΑ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΕΠΙΒΛΕΠΟΝΤΑ: ΚΑΤΕΡΙΝΑ ΝΑΚΑ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΑ ΤΡΙΜΕΛΟΥΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ:

1. ΚΑΤΕΡΙΝΑ ΝΑΚΑ
2. ΜΑΙΡΗ ΓΚΟΥΒΑ
3. ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΚΑΤΣΑΝΟΣ

1.Ενδεικτικός τίτλος:

<<Άγχος και στρες των καρδιολογικών ασθενών κατά τη διάρκεια νοσηλείας τους στην μονάδα εμφραγμάτων, καταγραφή και συσχέτιση με τα βασικά χαρακτηριστικά συν-νοσηρότητές τους.>>

2.Σύντομη ανασκόπηση της βιβλιογραφίας:

Τα καρδιαγγειακά νοσήματα παραμένουν η κύρια αιτία θανάτου παγκοσμίως, με περίπου 17.5 εκατομμύρια θανάτους ετησίως.(Dhaval Kolte, et al, 2016)

Τα καρδιαγγειακά νοσήματα επιβαρύνουν όλο και περισσότερο τις κοινωνίες με τεράστια προβλήματα οικονομικής και υγειονομικής περιθάλψης. Επομένως η σημασία της βελτίωσης των προληπτικών και θεραπευτικών μέτρων ενάντια στις καρδιακές παθήσεις αυξάνονται συνεχώς. (Susanne Velter, Mahlkrecht, 2016)

Για να επιτευχθούν τέτοιες βελτιώσεις θα πρέπει να κατανοηθούν οι υποκείμενοι μηχανισμοί τέτοιων ασθενειών, όπως στον τομέα της επιγεννητικής και στην ενίσχυση της πρωτογενούς πρόληψης. (Darryl, P Leong, et al,2017)

Οι περισσότεροι ασθενείς μετά από ένα καρδιαγγειακό νόσημα βιώνουν έντονα συναισθήματα, το άγχος-στρες η ανασφάλεια για το αύριο καθώς και αρκετές φορές, άρνηση της θεραπείας τους, αποτελούν κάποια από αυτά.(Steptoe, A. Wilkman, A., et al, 2011)

Στη συγκεκριμένη εργασία θα γίνει μελέτη του άγχους των ασθενών με καρδιολογικά συμβάντα κατά τη διάρκεια νοσηλείας τους και θα προσδιορίσουμε ποιες ομάδες κινδυνεύουν να εκδηλώσουν υψηλό άγχος.(Aburuz Me., Masa, R., 2017)

Η ηλικία και τα συνοδά νοσήματα συμβάλλουν στη δημιουργία άγχους ασθενών στις μονάδες εμφραγμάτων. Μελέτες έχουν δείξει ότι οι ασθενείς άνω των 75 ετών που εμφανίζουν καρδιολογικό νόσημα και έχουν συν-νοσηρότητές θα εκδηλώσουν ποιο σοβαρή στεφανιαία νοσολογία. (Timan Bawer, Helge Mollmann, et al, 2011)

Επίσης κάποιες άλλες μελέτες έχουν δείξει τις διαφορές των φύλων. Υπάρχει μια υπεροχή των γυναικών ως προς την εμφάνιση καταθλιπτικών νοσημάτων κατά τη διάρκεια νοσηλείας τους στη μονάδα εμφραγμάτων.(Steptoe, A. Wilkman, et al, 2015)

Σίγουρα το άγχος αποτελεί την πρώιμη απάντηση σε ασθενείς μετά από ένα καρδιολογικό συμβάν το οποίο όταν επιμένει γίνεται σοβαρό και έχει αρνητικές συνέπειες ως προς την έκβαση της νόσου και αυξημένου κινδύνου επιπλοκών στο νοσοκομείο.(Mohand, Gid Aburuz, Ramit Masa, Deh, 2017)

Αυτό που θέλουμε να προσδιορίσουμε είναι ποιες ομάδες ασθενών διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο κατά την νοσηλεία τους στη μονάδα εμφραγμάτων άγχος-στρες μετά από ένα καρδιολογικό συμβάν. Είναι συνήθως μία διαταραχή προσαρμογής και δεν μπορεί να βελτιωθεί αυθόρμητα με πλήρη καρδιακή αντιμετώπιση. Χρειάζεται η διαταραχή αυτή έγκαιρη πρόληψη, ανίχνευση και διαχείριση των συμπτωμάτων για μία καλύτερη ποιότητα ζωής.(David, L. Hare, Samia, R., et al, 2014)

Σκοπός της μελέτης είναι να εντοπίσουμε το άγχος-στρες στους ασθενείς που νοσηλεύονται μετά από ένα καρδιολογικό συμβάν στη μονάδα εμφραγμάτων σε συσχέτιση των βασικών χαρακτηριστικών και των συν-νοσηροτήτων τους.

3.Σκοποί και στόχοι

Στόχος της ερευνητικής μελέτης είναι η καταγραφή και αξιολόγηση του άγχους-στρες των καρδιολογικών ασθενών της ΜΕΠΚ κατά τη διάρκεια νοσηλείας τους σε συσχέτιση με τυχών συν-νοσηρότητες και άλλα χαρακτηριστικά τους.

Η ψυχική υγεία των ασθενών αυτών θα πρέπει να διασφαλίζεται στον μέγιστο βαθμό στις μονάδες εντατικής θεραπείας από εμάς τους νοσηλευτές. Είναι σημαντικό οι ασθενείς να νιώθουν ασφάλεια στο χώρο των μονάδων. Η έκβαση και η θεραπεία της ασθένειάς τους γίνεται πιο γρήγορα όταν εμείς οι νοσηλευτές συμβάλλουμε στην πρόληψη-μείωση του άγχους αυτών των ασθενών.

4.Μεθοδολογικός σχεδιασμός

Το Τμήμα μεθοδολογικού συνδυασμού μιας έρευνας ανταποκρίνεται σε 2 βασικά χαρακτηριστικά:

- Πως συλλέχθηκαν ή δημιουργήθηκαν οι πληροφορίες
- Πως αναλυθήκαν αυτές οι πληροφορίες

Σε μία μελέτη αυτό το μέρος θα πρέπει να γράφεται με άμεσο και ακριβή τρόπο. Η συγκεκριμένη έρευνα ανήκει στην κατηγορία της ποσοτικής και θα ανταποκρίνεται σε αντικειμενικές μετρήσεις με στατιστική και με μαθηματική των πληροφοριών. Ο μεθοδολογικός συνδυασμός δημιουργείται για να βρει τις απαντήσεις που προκύπτουν στην έρευνα

Επίσης με τον μεθοδολογικό συνδυασμό θα καθορίσουμε πως θα συλλέξουμε τις πληροφορίες. Σε αυτήν την έρευνα θα χρησιμοποιηθούν ερωτηματολόγια που θα δοθούν σε καρδιολογικούς ασθενείς νοσηλευόμενους στην ΜΕΠΚ του ΠΓΝΙ από τον Ιανουάριο του 2021 έως τον Αύγουστο του 202.

Η συλλογή δεδομένων θα γίνει με τη χρήση ερωτηματολογίων της κλίμακας Hamilton.

Για την διεξαγωγή της έρευνα θα ζητηθεί άδεια από την επιστημονική επιτροπή του ΠΓΝΙ και η ανάλυση δεδομένων θα γίνει με το στατιστικό πακέτο SPSSv.22.

5.Αναμενόμενα αποτελέσματα

Η διερεύνηση της ψυχικής υγείας των καρδιολογικών ασθενών κατά τη νοσηλεία τους στην ΜΕΠΚ και πως επηρεάζεται από τις συν-νοσηρότητες και τα χαρακτηριστικά αυτών των ασθενών.

6.Χρονοδιάγραμμα

Ιανουάριος του 2021- Φεβρουάριος του 2021, βιβλιογραφική ανασκόπηση και του θεωρητικού μέρους της εργασίας.

Μάρτιος του 2021-Ιούνιος του 2021, συλλογή ερωτηματολογίων

Ιούνιος 2021 έως Ιούλιος 2021, συγγραφή του ερευνητικού μέρους της εργασίας

Αύγουστος του 2021- Σεπτέμβριος του 2021, ολοκλήρωση της ερευνητικής μελέτης και δημιουργία παρουσίασης.

7.Κόστος

Διευκρινίζεται ότι κανένας εκ των ερευνητών δεν θα αμειφθεί και ότι δεν υπάρχει καμία σύγκρουση συμφερόντων.

8.Βιβλιογραφία

Aburuz Me Masa Deh, R., 2017, Gender differences in anxiety and complication early after acute myocardial infaction, *Journal of Cardiorascular nursing*, issue 32, p. 538-543

Darryl, P., Leong, Phillip G., Martin, et al, September 2017, Reducing the global burden of Cardiorascular disease: prevention and treatment of cardiovascular disease, *Circulation research*, volume 123, p. 695-710

David L. Hare, Samia R. Toyrkhsati, Peter Johansson, et al, June 2014, depression and cardiovascular disease: a clinical review, *European Heart journal*, volume 35, issue 21, p. 365-372

Dharal Kolte, Wilbert S. Aronow, Maciej Banach, September 2016, Prevention of cardiovascular disease, *Expert Opinion*, volume 25, issue 11, p. 1255-1264

Kyhngel, De Jong M. Riegel, et al, 2004, A cross-sectional examination of changes in anxiety early after acute myocardial infarction, *The journal of cardtopulmonary and acute care*, issue 33, p. 75-82

Mohammad Eid Aburuz, Ram Masa, Deh, December 2017 gender differences in anxiety and complications early After Acute Myocardial infarction, *Cariorasc Nurs.*, volume 32, issue 6, p. 538-532

Steptoe, A. Wilkman, A. Molloy, et al, 2013, Inflammation and symptoms of depressions and anxiety in patients with acute coronary disease, *Brain behavior and immunity*, volume 33, p.183-188


Susanne Voelter, Mahlknecht, 15 January 2015, epigenetic associations in relations to cardiovascular preventations and therapeutics, *Clinical epigenetics*, article number 4

Timm Bauer, Helge Mollwann, Franz Weidinger, et al, September 2011, Predictors of hospital mortality in the already undergoing for acute coronary syndromes and stable angina, *International journal of cardiology*, volume 151, issue 2, p. 161-169

Υπογραφή φοιτήτριας

Υπογραφή Επιβλέπουσας



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ 6^{ΗΣ} ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ-ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ- ΗΠΕΙΡΟΥ
& ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
 ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Αυτοτελές Τμήμα Ελέγχου Ποιότητας,
Έρευνας και Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης
Πληροφορίες: Καλογήρου Ε.
Τηλέφωνο : 26510 99861
Fax : 26510 40516
Ταχ. Διεύθυνση : Λ. Σταύρου Νιάρχου
Τ.Θ. 1093 – Τ.Κ. 45 500 Ιωάννινα
E-Mail :gp @uhi.gr

15/5/2021

Ιωάννινα -06-2021

Αριθ. Πρωτ. 13791

ΠΡΟΣ :- κ. Κωνσταντινίδου Δέσποινα
Νοσηλεύτρια ΜΕΠΚ ΠΓΝΙ

Κοιν/ση:

ΘΕΜΑ: «Διαβίβαση αποφάσεων ΔΣ»

Σας διαβιβάζουμε την απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου του Νοσοκομείου μας, από τη συνεδρίαση 7/20-05-2021 :

θ. 28 Έγκριση διεξαγωγής μελέτης μέσω διανομής ερωτηματολογίων στο πλαίσιο εκπόνησης Μεταπτυχιακής Εργασίας της κ. Κωνσταντινίδου Δέσποινας.

Ο ΑΝ. ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ

ΝΤΙΝΑΛΕΞΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ


ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ ΤΟΥ ΑΡΙΘ. 7/20-5-2021 (Θ 28) ΠΡΑΚΤΙΚΟΥ ΤΟΥ Δ.Σ. ΤΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ΘΕΜΑ 28: «Έγκριση διεξαγωγής μελέτης μέσω διανομής ερωτηματολογίων στο πλαίσιο εκπόνησης Μεταπτυχιακής εργασίας της κ.Κωνσταντινίδου Δέσποινας »

Τίθεται υπόψη του Δ.Σ. η αριθμ. πρωτ. 10606/11-5-2021 εισήγηση του Αναπλ. Διοικητή κ. Κωνσταντίνου Ντιναλέξη που έχει ως εξής:

- ΣΧΕΤ: α) Αριθμ. Πρωτ. Ε.Σ.283/20-04-2021 έγγραφο του Ε.Σ.
β) Άρθρο 38 του Ν.2519/97 (ΦΕΚ 165/21-8-97 τ. Α') «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του ΕΣΥ, οργάνωση των Υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις».
γ) Παρ. 2 του άρθρου 41 του Ν. 3528/2007 (ΦΕΚ 26/9-2-2007 τ. Α') «Κύρωση του Κώδικα Κατάστασης Δημοσίων Πολιτικών Διοικητικών Υπαλλήλων και Υπαλλήλων Ν.Π.Δ.Δ.»
δ) αριθμ. Δ3(α)/οικ.36809/03-06-2019 (ΦΕΚ 2015/03-06-2019τ.Β')
ε) Άρθρο 17 μέρους ΙΑ του Ν. 4683, ΦΕΚ 83, τ. Α, 10-04-2020

Σας θέτουμε υπόψη το ανωτέρω α) σχετ και σας κάνουμε γνωστό ότι το Ε.Σ. με την αριθμ. **8/14-04-2021 (Θ. 21)** απόφασή του και αφού έλαβε υπόψη τη σύμφωνη γνώμη της **Επιστημονικής** Επιτροπής Έρευνας, **εγκρίνει** τη συλλογή ερευνητικών δεδομένων μέσω ερωτηματολογίων στο πλαίσιο εκπόνησης Μεταπτυχιακής εργασίας της κ.Κωνσταντινίδου Δέσποινας Νοσηλεύτριας ΤΕ, φοιτήτριας στο πρόγραμμα σπουδών: «Νοσηλευτική φροντίδα ενηλίκων» του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων.

Η μελέτη έχει τίτλο: «Άγχος και στρες των καρδιολογικών ασθενών κατά τη διάρκεια νοσηλείας τους στη μονάδα εμφραγμάτων, καταγραφή και συσχέτιση με τα βασικά χαρακτηριστικά συν-νοσηρότητές τους» και θα πραγματοποιηθεί με τη διανομή ερωτηματολογίων σε καρδιολογικούς ασθενείς νοσηλευόμενους στη ΜΕΠΚ, με τη σύμφωνη γνώμη του Δ/ντή του Τμήματος.

Η μελέτη θα πραγματοποιηθεί στο πλαίσιο εκπόνησης μεταπτυχιακής εργασίας της κ.Κωνσταντινίδου Δέσποινας υπό την επίβλεψη της κ.Νάκα Αικατερίνης Αναπληρώτριας Καθηγήτριας Καρδιολογίας και μέλη την κ.Γκούβα Μαιρη Επίκουρο Καθηγήτρια Ψυχολογίας και τον κ.Κατσάνο Κωνσταντίνο Αναπληρωτή Καθηγητή Γαστρεντερολογίας.

Η μελέτη έχει στόχο την καταγραφή των επιπέδων άγχους των καρδιολογικών ασθενών κατά τη νοσηλεία τους στη ΜΕΚΠ. Η συλλογή δεδομένων θα γίνει με τη χρήση ερωτηματολογίων κλίμακας άγχους Zung.

Η έναρξη της μελέτης θα γίνει μετά από τις σχετικές εγκρίσεις και η διάρκειά της αναμένεται να είναι περίπου έξι (6) μήνες.

Εξετάστηκαν και εγκρίνονται:

1. Το Πρωτόκολλο της εργασίας
2. Το Ερωτηματολόγιο της εργασίας
3. Το Έγγραφο Συγκατάθεσης για συμμετοχή σε μελέτη

Ο ερευνητής και οι συνεργάτες του έχουν την εξειδίκευση, την εμπειρία και την δυνατότητα διεξαγωγής της μελέτης.

Όνοματεπώνυμο και ιδιότητα	Χρόνος απασχόλησης στη μελέτη ως ποσοστό του χρόνου για το κύριο έργο (%)
1. Νάκα Αικατερίνη Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Καρδιολογίας	0,1%
2. Γκούβα Μαίρη Επίκουρος Καθηγήτρια Ψυχολογίας	-
3. Κατσάνος Κωνσταντίνος Αναπληρωτής Καθηγητής Γαστρεντερολογίας	0,1%
4. Κωνσταντινίδου Δέσποινα Νοσηλεύτρια ΤΕ (ΜΕΠΚ)	Εκτός ωραρίου εργασίας

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

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

Το ως άνω πρωτόκολλο είναι πλήρες και καλύπτει τους κανόνες ηθικής και δεοντολογίας. Το Επιστημονικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου μας αποφασίζει για την διενέργεια κλινικών μελετών λαμβάνοντας υπόψη τις ισχύουσες αρχές διακήρυξης του Ελσίνκι και της Ορθής Κλινικής πρακτικής (GCP) και η σύνθεσή του καλύπτει τις απαιτήσεις της Ορθής κλινικής πρακτικής.

Το Ερευνητικό πρωτόκολλο θα πρέπει να πραγματοποιηθεί σύμφωνα με τα όσα ορίζονται στην αριθμ. Δ3(α) οικ. 36809/03-06-2019 (ΦΕΚ 2015/Τβ/03-06-2019) Υπουργική απόφαση.

Εισηγούμαστε:

Την έγκριση διεξαγωγής μελέτης μέσω διανομής ερωτηματολογίων στο πλαίσιο εκπόνησης Μεταπτυχιακής εργασίας της κ.Κωνσταντινίδου Δέσποινας

Το Δ.Σ. μετά από διαλογική συζήτηση αποφασίζει ομόφωνα

1. Δέχεται την παραπάνω εισήγηση ως έχει.
2. Σημειώνεται ότι η μελέτη πρέπει να πραγματοποιηθεί σύμφωνα με τον Κανονισμό (ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου, της 27ης Απριλίου 2016, για την προστασία των φυσικών προσώπων έναντι της επεξεργασίας των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και για την ελεύθερη κυκλοφορία των δεδομένων αυτών, όπως τέθηκε σε ισχύ από την 25^η Μαΐου 2018.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ
Ν. ΚΑΤΣΑΚΙΩΡΗΣ

ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΣ
Κ. ΝΤΙΝΑΛΕΞΗΣ

ΤΑ ΜΕΛΗ
Δ. ΠΕΣΧΟΣ
Θ. ΠΑΠΑΚΩΣΤΑΣ
Ν. ΤΖΑΜΠΟΥΡΑΣ
Γ. ΦΛΟΥΔΑΣ

Η ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ
Σ. ΠΑΠΑΦΩΤΗ

Ακριβές απόσπασμα
Η Γραμματέας Δ.Σ.

ΠΑΠΑΦΩΤΗ ΣΤΕΛΛΑ

ΕΓΓΡΑΦΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΓΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΕ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

ΙΔΡΥΜΑ: Π.Γ.Ν.ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ (Μονάδα Εντατικής Παρακολούθησης Καρδιοπαθών)

ΤΙΤΛΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ:

«Άγχος και στρες των καρδιολογικών ασθενών κατά τη διάρκεια νοσηλείας τους στην μονάδα εμφραγμάτων, καταγραφή και συσχέτιση με τα βασικά χαρακτηριστικά συν-νοσηρότητές τους».

Το παρόν ερωτηματολόγιο καταρτίστηκε στα πλαίσια της Μεταπτυχιακής Διπλωματικής Εργασίας στο Διατμηματικό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών «Νοσηλευτική Φροντίδα Ενηλίκων» του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων.

Σας γνωστοποιούμε ότι η συμμετοχή σας στην έρευνα είναι εθελοντική, θα τηρηθεί αυστηρά ο κανόνας της ανωνυμίας και σε καμία περίπτωση δεν θα γνωστοποιηθούν τα προσωπικά σας δεδομένα. Πριν αποφασίσετε αν θα λάβετε μέρος στη μελέτη, παρακαλώ να συζητήσετε μαζί μου οποιαδήποτε απορία σας. Για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου θα χρειαστεί να αφιερώσετε περίπου 15 λεπτά από το χρόνο σας.

Η παρούσα μελέτη έχει ως σκοπό την καταγραφή των επιπέδων άγχους και στρες α κατά τη νοσηλεία στη ΜΕΠΚ, στους καρδιολογικούς ασθενείς και τη συσχέτισή της με τα βασικά χαρακτηριστικά, συν-νοσηρότητες

Η συλλογή δεδομένων θα γίνει με τη χρήση των ερωτηματολογίων Zung Anxiety και PHQ-9 Depression μέσω συνέντευξης.

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 Κωνσταντινίδου Δέσποινα σε ότι αφορά τη σκοπιμότητα της παρούσας μελέτης και δίνω τη συγκατάθεσή μου για να συμμετέχω σε αυτή.

Ημερομηνία..... Υπογραφή.....

Σας ευχαριστώ εκ των προτέρων για τη συμμετοχή σας.

Για οποιαδήποτε διευκρίνιση μπορείτε να επικοινωνήσετε μαζί μου.

Κωνσταντινίδου Δέσποινα, Νοσηλεύτρια ΜΕΠΚ Π.Γ.Ν.Ιωαννίνων, τηλ. Επικοινωνίας
6978694601

ΚΛΙΜΑΚΑ ΑΓΧΟΥΣ ZUNG

-ς: Παρακάτω περιγράφονται ενοχλήματα και αισθήματα που μπορεί να νιώθουμε. Γε έναν σταυρό στο τετραγωνάκι δεξιά που δείχνει πόσο συχνά το κάθε ενόχλημα σας ασχόλησε. Παρακαλώ μη παραλείψετε καμία ενόχληση.

A/A	ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	ΣΠΑΝΙΑ Ή ΚΑΘΟΛΟΥ	ΠΟΥ ΚΑΙ ΠΟΥ	ΣΥΧΝΑ	ΣΧΕΔΟΝ ΠΑΝΤΑ
1	Αισθάνομαι περισσότερο νευρικός και αγχώδης από άλλοτε				
2	Αισθάνομαι φοβισμένος χωρίς κανένα λόγο				
3	Αναστατώνομαι εύκολα ή αισθάνομαι πανικόβλητος				
4	Νιώθω κατάπτωση σαν να μην ξέρω τι μου γίνεται				
5	Αισθάνομαι ότι το κάθε τι είναι εντάξει και ότι δεν θα μου συμβεί κάτι κακό				
6	Τα χέρια μου και τα πόδια μου κλονίζονται και τρέμουν				
7	Βασανίζομαι από πονοκεφάλους και πόνους στον αυχένα				
8	Νιώθω αδυναμία και κουράζομαι εύκολα				
9	Αισθάνομαι γαλήνιος και μπορώ να κάθομαι ήρεμα				
10	Αισθάνομαι τη καρδιά μου να χτυπά δυνατά				
11	Βασανίζομαι από ζαλάδες				
12	Έχω λιποθυμικές κρίσεις ή αισθάνομαι κάπως σε λιποθυμία				
13	Αναπνέω χωρίς δυσκολία				
14	Αισθάνομαι μουδιάσματα και τσιμπήματα στα άκρα				
15	Υποφέρω από πόνους στο στομάχι ή δυσπεψία				
16	Έχω συχνοουρία				
17	Τα χέρια μου συνήθως είναι στεγνά και ζεστά				
18	Το πρόσωπό μου ζεσταίνεται και κοκκινίζει				
19	Κοιμάμαι εύκολα και ο ύπνος μου με ξεκουράζει				
20	Έχω νυχτερινούς εφιάλτες				
ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ					