



Τμήμα Ιατρικής
Σχολή Επιστημών Υγείας
Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων



Διατμηματικό Πρόγραμμα
Μεταπτυχιακών Σπουδών
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ
ΕΝΗΛΙΚΩΝ



Τμήμα Νοσηλευτικής
Σχολή Επιστημών Υγείας
Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Διπλωματική Εργασία

**«Ο Ρόλος του Οικογενειακού και Κοινωνικού Περιβάλλοντος
στην Ποιότητα Ζωής Ασθενών
με Καρδιακή Ανεπάρκεια»**

Υπό

Δημοσθένης Παπαϊωάννου

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία
υποβληθείσα για την εκπλήρωση των προϋποθέσεων απονομής
του

Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης
του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών
Νοσηλευτική Φροντίδα Ενηλίκων
του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

----- 2023 -----

© Δημοσθένης Παπαϊωάννου



Department of Medicine
Faculty of Health
University of Ioannina



Inter-department Program
Postgraduate Studies
ADULT NURSING CARE



Department of Nursing
Faculty of Health
University of Ioannina

***"The Role of the Family and Social Environment
in the Quality of Life of Patients
with Heart Failure"***

Dimosthenis Papaioannou

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

----- 2023 -----

© Dimosthenis Papaioannou

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Επιβλέπων

Νάκα Αικατερίνη: Καθηγήτρια Καρδιολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας Πανεπιστημίου Ιωαννίνων (Επιβλέπουσα).

Μέλη

Γκούβα Μαίρη : Καθηγήτρια Ψυχολογίας Ασθενών, Τμήμα Νοσηλευτικής, Σχολή Επιστημών Υγείας Πανεπιστημίου Ιωαννίνων.

Κουλούρας Βασίλειος: Καθηγητής Εντατικής Θεραπείας Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας Πανεπιστημίου Ιωαννίνων.

Βεβαιώνεται ότι η παρούσα διπλωματική εργασία είναι δική μου, γνήσια και πρωτότυπη, ως μέρος των υποχρεώσεων μου για την ολοκλήρωση του μεταπτυχιακού προγράμματος «Νοσηλευτική Φροντίδα Ενηλίκων», του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων. Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας εργασίας, εξ ολοκλήρου ή τμήματος αυτής, για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μην κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα .

Πνευματικά δικαιώματα, Copyright © Δημοσθένης Παπαϊωάννου, 2023

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved

Περίληψη

Εισαγωγή: Τα καρδιαγγειακά νοσήματα αποτελούν μία από τις μεγαλύτερες και σημαντικότερες αιτίες νοσηρότητας και θνησιμότητας παγκοσμίως. Κύρια κατάληξη όλων ουσιαστικά των καρδιαγγειακών νοσημάτων είναι η καρδιακή ανεπάρκεια (ΚΑ) και τα συνηθέστερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς με ΚΑ είναι οι συχνές επανανοσηλείες, και τα έντονα συμπτώματα που σε συνδυασμό με τη χρόνια θεραπεία έχουν σημαντικό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής τους. Η αιτιολογία της ΚΑ στην κοινότητα είναι σύνθετη και πολυπαραγοντική, γεγονός που καθιστά τη διαχείρισή της πολύπλοκη και δύσκολη. Σε αυτή την δύσκολη και χρονοβόρα διαδικασία, σπουδαίο ρόλο διαδραματίζουν το οικογενειακό, αλλά και το κοινωνικό περιβάλλον του ασθενούς, ώστε να μπορέσει να ανταπεξέλθει στην διαδικασία.

Σκοπός: η έρευνα αυτή είχε ως σκοπό αφενός τη διερεύνηση του ρόλου του οικογενειακού και κοινωνικού περιβάλλοντος στην πορεία της υγείας του ασθενούς με ΚΑ, καθώς και το ρόλο που διαδραματίζουν, οι δύο αυτοί παράγοντες, στην ποιότητα της ζωής του και τη βελτίωσή της, ώστε να επιτευχθεί το ευδόκιμο της γήρανσης.

Μέθοδος: Η έρευνα πραγματοποιήθηκε με τη χρήση της ποσοτικής μεθόδου της αναδρομικής συγχρονικής μελέτης παρατήρησης, η οποία μελετά συσχετίσεις μεταξύ μεταβλητών ή την ορθότητα των ερευνητικών υποθέσεων – στόχων που έχουν τεθεί. Ο πληθυσμός της μελέτης αποτελείται από 140 ασθενείς με ΚΑ που εισήχθησαν στο Γενικό Νοσοκομείο Αγρινίου από τον Ιανουάριο έως τον Ιούνιο του 2023. Τα δεδομένα της έρευνας συλλέχθηκαν με τη χρήση ερωτηματολογίου Κοινωνικοδημογραφικών Χαρακτηριστικών και τη χρήση του ερωτηματολογίου SF36 επισκόπησης της υγείας, που έχει ως σκοπό την μέτρηση 8 διαστάσεων της ποιότητας της ζωής των ασθενών με ΚΑ.

Αποτελέσματα: Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον ασθενών με ΚΑ είναι απόλυτα συνδεδεμένο, συσχετιζόμενο και συνυφασμένο με την ποιότητα της ζωής τους. Έδειξαν επίσης, ότι η ποιότητα ζωής των ασθενών είναι έντονα επηρεασμένη, αναδεικνύοντας συνεπώς τη σημασία του οικογενειακού και κοινωνικού περιβάλλοντος στην ΚΑ και τις θετικές επιδράσεις που μπορεί να έχουν στην πορεία της ζωής τους και στην ποιότητας της ζωής τους. Οι παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα

ζωής των ασθενών περιλαμβάνουν το φύλο, την ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο και τη σοβαρότητα της νόσου. Ο αντίκτυπος της ΚΑ στην ποιότητα ζωής των ασθενών περιλαμβάνει τη σωματική και συναισθηματική υγεία και τον σωματικό πόνο.

Συμπεράσματα: Η συσχέτιση του οικογενειακού περιβάλλοντος με την ποιότητα ζωής και την πορεία της υγείας των ασθενών με ΚΑ, καταδεικνύει τη σημασία που έχει η ολοκληρωμένη αξιολόγηση της κατάστασης της υγείας τους από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό. Αυτή η αξιολόγηση θα δώσει στους επαγγελματίες υγείας τη δυνατότητα σχεδίασης ενός αποτελεσματικότερου, βέλτιστου προγράμματος για την διαχείριση της ασθένειας και την επίτευξη της ευδόκιμης γήρανσης στους ασθενείς με ΚΑ.

***Λέξεις Κλειδιά:* Καρδιακή Ανεπάρκεια, Ποιότητα Ζωής, Οικογενειακό Περιβάλλον, Κοινωνικό Περιβάλλον**

Abstract

Introduction: Cardiovascular diseases is one of the most important cause of morbidity and mortality worldwide. A serious manifestation of CVD is heart failure (HF), and the most common problems faced by patients with HF are frequent rehospitalizations, chronic treatment, and exercise intolerance leading to disability, that have a significant impact on their quality of life. The etiology of HF in the community is highly complex and multifactorial, making its management difficult. In this difficult and time-consuming process, the patient's family and social environment play an important role, so that they are able to cope with the process.

Purpose: The purpose of this research was to investigate the role of the family and social environment in the health course of the patient with HF and to what extent this may be affected, as well as the role these two factors play in the patients' quality of life and its potential improvement, in order for the patients to achieve healthy aging.

Method: The research was carried out using the quantitative method of the retrospective cross-sectional observational study, which evaluates correlations between variables or the correctness of the research hypotheses - objectives that have been set The study population consists of 140 patients with HF admitted to the General Hospital of Agrinio from January to June 2023. Data were collected using the Sociodemographic Characteristics questionnaire and the use of the SF36 health survey questionnaire, which aims to measure eight dimensions of the quality of life of patients with HF.

Results: The results showed that the family and social environment of patients with HF plays a very important role in their quality of life. The patients' quality of life is impaired, highlighting the importance of the family and social environment in HF and the positive effects these may have on the course of their life. Factors affecting patients' quality of life include gender, age, educational level, and disease severity. The impact of HF on patients' quality of life includes both physical and emotional health as well as physical pain.

Conclusions: The effect of the family environment on the quality of life and the health course of patients with HF, indicates the great importance of a comprehensive assessment

of the patients’ health status by the medical and nursing staff. This will provide health professionals with the opportunity to design a more effective, optimal program for managing the disease and achieving healthy aging.

Keywords: Heart Failure, Quality of Life, Family Environment, Social Environment

Πίνακας περιεχομένων

Περίληψη	5
Abstract	7
Περιεχόμενα Πινάκων	12
Κεφάλαιο 1 ^ο	14
Εισαγωγή.....	14
Κεφάλαιο 2 ^ο : Στόχος και Σκοποί της Εργασίας	16
2.1 Ερευνητική ερώτηση.....	16
2.2 Αιτιολόγηση Έρευνας.....	19
2.2 Αναστοχασμός	21
Κεφάλαιο 3 ^ο : Βιβλιογραφική Ανασκόπηση	23
3.1 Το Υπόβαθρο του Θέματος.....	23
3.2. Συστηματική Βιβλιογραφική Ανασκόπηση.....	25
3.3 Κριτική Ανάλυση της Βιβλιογραφίας	26
3.4 Το Ερευνητικό Κενό	29
Κεφάλαιο 4 ^ο : Σχεδιασμός της Έρευνας.....	29
4.1. Επιστημολογία	29
4.2. Μεθοδολογία.....	31
4.3. Δειγματοληπτική τεχνική	33
4.4. Κριτήρια Αποδοχής και Αποκλεισμού του Δείγματος	34
4.5. Περιγραφή του Δείγματος	35
4.6. Περιγραφή του Χώρου.....	35
4.7. Μέθοδος Συλλογής των Δεδομένων	36
4.8. Ηθική της Έρευνας	38
4.9. Μέθοδος Ανάλυσης Δεδομένων.....	39
Κεφάλαιο 5 ^ο : Αποτελέσματα της Έρευνας.....	40
5.1 Παρουσίαση των Στατιστικών και Ανάλυση Δεδομένων	40
Κεφάλαιο 6 ^ο : Συζήτηση	56
6.1 Συζήτηση των Αποτελεσμάτων.....	56
6.2 Αξιολόγηση της Ερευνητικής Διαδικασίας	58
6.3 Προτάσεις και Εφαρμογή των Αποτελεσμάτων της Έρευνας	58

Κεφάλαιο 7 ^ο : Συμπεράσματα	59
Κεφάλαιο 8 ^ο : Βιβλιογραφικές Παραπομπές	60
Ελληνικές Παραπομπές	60
Ξενόγλωσσες Παραπομπές.....	60
Παραρτήματα	65
Παράρτημα 1 ^ο : Ερευνητικό Πρωτόκολλο	65
Παράρτημα 2 ^ο : Αίτημα Χορήγησης Άδειας	70
Παράρτημα 3 ^ο : Έγκριση Πρωτοκόλλου.....	71
Παράρτημα 4 ^ο : Δήλωση Συγκατάθεσης.....	72
Παράρτημα 5 ^ο : Ερωτηματολόγιο.....	73

Περιεχόμενα Πινάκων

Πίνακας 1: Γραφική Επεξήγηση της Μεθοδολογίας PICO :	18
Πίνακας 2: Κοινωνικοδημογραφικά Στοιχεία Δείγματος	43
Πίνακας 3: Οικονομική Υποστήριξη Ασθενών με Καρδιακή Ανεπάρκεια	44
Πίνακας 4: Οικογενειακή Κατάσταση Δείγματος (Αδέρφια)	46
Πίνακας 5: Απαντήσεις Λοιπών Κοινωνικοδημογραφικών Στοιχείων.....	48
Πίνακας 6: Μέση Τιμή και Τυπική Απόκλιση Δείγματος (Ηλικία, Ασθένεια, Φάρμακα)	48
Πίνακας 7: Μέση Τιμή και Τυπική Απόκλιση Ερωτηματολογίου SF-36.....	49
Πίνακας 8: Συσχέτιση Ποιότητα Ζωής με την Μεταβλητή Αδέρφια	50
Πίνακας 9: Συσχέτιση Ποιότητα Ζωής με την Μεταβλητή Παιδιά.....	51
Πίνακας 10: Συσχέτιση Ποιότητα Ζωής με τις Μεταβλητές Διακοπές, Περπάτημα & Κήπος.....	52
Πίνακας 11: Συσχέτιση Ποιότητα Ζωής με τη Μεταβλητή Φίλοι.....	54
Πίνακας 12: Συσχέτιση Ποιότητα Ζωής με τη Μεταβλητή Σοβαρότητα Ασθένειας	54
Πίνακας 13: Συσχέτιση Ποιότητα Ζωής και Κοινωνικοδημογραφικών Στοιχείων μελέτης	55

Περιεχόμενα Διαγραμμάτων

Διάγραμμα 1: Γραφική Απεικόνιση του Δείγματος ως προς το Φύλο.....	41
Διάγραμμα 2: : Γραφική Απεικόνιση του Δείγματος ως προς την Οικογενειακή Κατάσταση.....	41
Διάγραμμα 3: Γραφική Απεικόνιση του Δείγματος ως προς το Εκπαιδευτικό Επίπεδο.....	42
Διάγραμμα 4: : Γραφική Απεικόνιση του Δείγματος ως προς την Επαγγελματική Κατάσταση	42

Κεφάλαιο 1^ο

Εισαγωγή

Η καρδιακή ανεπάρκεια (ΚΑ) αποτελεί μείζον κοινωνικοοικονομικό πρόβλημα παγκοσμίως, λόγω της αυξανόμενης συχνότητας εμφάνισής της, της κακής πρόγνωσης και της οικονομικής επιβάρυνσης της θεραπείας. Επί του παρόντος, περίπου 15 εκατομμύρια άνθρωποι παγκοσμίως πάσχουν από ΚΑ. Ειδικότερα, το 2005 καταγράφηκαν 6,5 εκατομμύρια ασθενείς στην Ευρώπη, 2,4 εκατομμύρια στην Ιαπωνία, 5 στις ΗΠΑ και 0,4 στην Αυστραλία (Savarese et al., 2023). Στην Ελλάδα, ο επιπολασμός της ΚΑ εκτιμάται σε 0,3-2% του γενικού πληθυσμού και 8-16% σε άτομα ηλικίας 75 ετών και άνω. Υπάρχουν επίσης 5 νέες περιπτώσεις ΚΑ ανά 1.000 άτομα του γενικού πληθυσμού κάθε χρόνο (Touloumi et al., 2020). Η Ποιότητα Ζωής (ΠΖ) είναι μια πολυδιάστατη, μεταβλητή και υποκειμενική έννοια που είναι δύσκολο να οριστεί και να μετρηθεί. Η αξιολόγηση της ΠΖ των ασθενών με ΚΑ είναι σημαντική για τη διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν αρνητικά τη ζωή τους. Επιπλέον, οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο εφαρμόζοντας κατάλληλες παρεμβάσεις μέσω προγραμμάτων διαχείρισης της ΠΖ (Megari, 2013).

Στην παρούσα μελέτη πραγματοποιείται διερεύνηση του θέματος της ΚΑ σχετιζόμενο με την ΠΖ των ασθενών και την επίδραση του οικογενειακού περιβάλλοντός τους στην πορεία της υγείας τους. Η μελέτη αυτή αποτελεί την διπλωματική έρευνα του συγγραφέα στο πλαίσιο του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών «Νοσηλευτικής Φροντίδας Ενηλίκων», ενώ το δείγμα αποτέλεσαν νοσηλευόμενοι ασθενείς με ΚΑ στο Γενικό Νοσοκομείο του Αγρινίου, κατά το χρονικό διάστημα μεταξύ Ιανουάριο και Ιουνίου του 2023.

Στο δεύτερο Κεφάλαιο, αρχικά αναλύονται ο στόχος και οι σκοποί της μελέτης. Επιπρόσθετα, παρατίθενται οι ερευνητικές υποθέσεις άλλα και η ερευνητική ερώτηση. Επιπλέον, αναλύονται οι λόγοι για την επιλογή του θέματος αυτού και γίνεται συζήτηση για την προσωπική επαγγελματική κατάσταση του συγγραφέα συσχετιζόμενη με την επιλογή του θέματος αυτού. Στο τρίτο Κεφάλαιο παρουσιάζεται το ιστορικό του ερευνητικού θέματος, η βιβλιογραφική ανασκόπηση του, η κριτική ανάλυση της βιβλιογραφίας, καθώς και η

βιβλιογραφική ανασκόπηση των κενών που παρουσιάζονται στην βιβλιογραφία, ώστε να πραγματοποιηθεί η συγκεκριμένη έρευνα.

Στο τέταρτο Κεφάλαιο αναφέρεται ο σχεδιασμός της μελέτης. Αναλυτικότερα, γίνεται παρουσίαση της ανάλυσης της επιστημολογίας και ο λόγος που επιλέχθηκε η συγκεκριμένη επιστημολογία. Έπεται η ανάλυση της μεθοδολογίας που εφαρμόστηκε και της δειγματοληπτικής τεχνικής που ακολουθήθηκε, καθώς επίσης και οι εναλλακτικές τεχνικές που υπάρχουν, όπως και οι λόγοι που επιλέχθηκε και χρησιμοποιήθηκε η συγκεκριμένη τεχνική. Στη συνέχεια παρουσιάστηκε το ερευνητικό δείγμα, η μέθοδος συλλογής δεδομένων, οι κανόνες ηθικής και δεοντολογίας που τηρήθηκαν και ακολουθήθηκαν, όπως επίσης και η μέθοδος επεξεργασίας και ανάλυσης των δεδομένων.

Στο πέμπτο Κεφάλαιο πραγματοποιήθηκε η παράθεση των αποτελεσμάτων, η παρουσίαση αυτών με στατιστικό τρόπο με τη χρήση κειμένων και πινάκων, ο σχολιασμός τους, καθώς και η σύγκριση τους με αντίστοιχες μελέτες του εξωτερικού. Τέλος, η μελέτη ολοκληρώνεται με το έκτο Κεφάλαιο και την παρουσίαση των τελικών συμπερασμάτων της έρευνας.

Κεφάλαιο 2^ο : Στόχος και Σκοποί της Εργασίας

Στόχος της παρούσας ερευνητικής μελέτης ήταν η διερεύνηση του ρόλου του οικογενειακού και κοινωνικού περιβάλλοντος στους ασθενείς με ΚΑ και η διασύνδεσή τους, με την ποιότητα ζωής τους. Επίσης, μελέτη είχε σαν στόχο να διερευνήσει κατά πόσο το κοινωνικό και οικογενειακό περιβάλλον μπορεί να συμβάλει στην επίτευξη της ευδόκιμης γήρανσης. Επιμέρους σκοποί αποτέλεσαν: να διερευνήσουμε εάν το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον συνδέεται με συνθήκες που οδηγούν στην αύξηση της κοινωνικής ισχύος και του κύρους του ατόμου, παράγοντες που οδηγούν στην κοινωνική αποδοχή. Επίσης, να αξιολογήσουμε εάν ο ρόλος του οικογενειακού και κοινωνικού περιβάλλοντος των ασθενών με ΚΑ είναι υποστηρικτικός, και κατά πόσο μπορεί να συμβάλει σε υψηλότερα επίπεδα γενικής υγείας σε σχέση με ασθενείς που δεν έχουν υποστηρικτικό περιβάλλον.

2.1 Ερευνητική ερώτηση

Προκειμένου να διεξαχθεί ορθά μία ερευνητική διαδικασία, ένα βασικό πρώτο βήμα είναι η αποσαφήνιση του ερευνητικού ερωτήματος και των στόχων. Η αποσαφήνιση της επιστημολογικής θέσης του ερευνητή θέτει τους κανόνες για την απόκτηση γνώσης και καθορίζει τη συσχέτιση με το ερευνητικό ερώτημα. Ένα ορθά τεκμηριωμένο ερευνητικό ερώτημα καθορίζει τη μεθοδολογία που θα ακολουθηθεί, το πεδίο εφαρμογής των ερευνητικών στόχων, το δείγμα που θα μελετηθεί και τη σχέση του με τις ερευνητικές υποθέσεις που έχουν τεθεί (Mantzoukas, 2008). Τα ερευνητικά ερωτήματα διακρίνονται σε ποιοτικά και ποσοτικά, και καθορίζονται από το είδος της έρευνας που διεξάγεται. Στόχος της ποιοτικής έρευνας είναι η διερεύνηση και κατανόηση των κοινωνικών φαινομένων σε βάθος. Συνεπώς, τα ποιοτικά ερευνητικά ερωτήματα απαντούν στο "γιατί", "πώς", "ποιος", "πού", "πότε" και "τι". Οι περισσότερες ποιοτικές ερωτήσεις περιέχουν ενεργητικά ρήματα και χρησιμοποιούν λέξεις-κλειδιά για να διερευνήσουν την εμπειρία ζωής, τα κίνητρα, την αναπαράσταση, τις πεποιθήσεις και την συμπεριφορά στους συμμετέχοντες του δείγματος (Γαλάνης, 2013). Στον αντίποδα, οι ερωτήσεις σε μία ποσοτική έρευνα χωρίζονται σε:

1. *Περιγραφικές*: Ασχολούνται με την περιγραφή στις γενικές αναφορές του χώρου και του χρόνου
2. *Συγκριτικές*: Ασχολούνται με τη σύγκριση ανάμεσα σε ομάδες.
3. *Αιτιολογικές*: Αποσκοπούν στην κατανόηση σε σημαντικά φαινόμενα με βάση τις σχέσεις

μεταξύ διαφορετικών μεταβλητών.

4. *Πειραματικές*: Αποσκοπούν στην ανακάλυψη αιτιώδους σχέσης ανάμεσα στα υπό μελέτη φαινόμενα.

Στα ποσοτικά ερευνητικά ερωτήματα, καταλυτικό ρόλο διαδραματίζουν διαμεσολαβητικά μέσα που σκοπό έχουν να διευκολύνουν τη μέτρηση του υπό εξέταση φαινομένου και ονομάζονται μεταβλητές. Ως μεταβλητές ορίζονται οποιεσδήποτε τιμές που προκύπτουν όταν μια έννοια μπορεί να μετρηθεί. Διακρίνονται 1) σε εξαρτημένες μεταβλητές οι οποίες είναι τα αποτελέσματα, που συχνά επηρεάζονται από ανεξάρτητες μεταβλητές, και τα οποία επιδιώκει να εξηγήσει ένα ποσοτικό ερευνητικό ερώτημα, και 2) σε ανεξάρτητες μεταβλητές που δρουν ως αιτίες και αποσκοπούν να εξηγήσουν τις μεταβολές στην εξαρτημένη μεταβλητή (Ουζούνη & Νακάκης, 2011). Το αρχικό στάδιο της καθοδήγησης του ερευνητή προς την ανακάλυψη στοιχείων απαιτεί τη δημιουργία ενός κατάλληλα δομημένου ερευνητικού ερωτήματος, το οποίο αποτελεί μια εμπειρική προσέγγιση για τη δημιουργία κλινικών πρακτικών και τη νοσηλευτική επιστήμη. Το ερώτημα πρέπει να είναι σαφές, να αντικατοπτρίζει πλήρως την εστίαση στο θέμα, ενώ να προσδιορίζεται με ακρίβεια το υπό διερεύνηση αντικείμενο. Τα ερευνητικά ερωτήματα περιγράφουν το αντικείμενο της έρευνας, καθορίζουν το δείγμα του πληθυσμού που θα μελετηθεί, ενώ προσδιορίζουν τις μορφές στις παρεμβάσεις που είναι εφικτό να πραγματοποιηθούν. Κατά τη διεξαγωγή ερευνητικών ερωτημάτων, είναι χρήσιμο να αναπτύσσεται μια τυποποιημένη μορφή ερωτημάτων είτε με την επιλογή της διαδικασίας της απαντήσιμης ερώτησης P.I.C.O., είτε με την επιλογή της στρατηγικής διαδικασίας SPIDER (Γαλάνης, 2017a).

Μια τυποποιημένη μορφή βοηθά τους ερευνητές να προσδιορίσουν όσο το δυνατόν περισσότερα χαρακτηριστικά της υπό εξέταση κλινικής κατάστασης. Ο προσεκτικός ορισμός όλων των στοιχείων θα βοηθήσει στην καθοδήγηση της στρατηγικής αναζήτησης, ενώ θα καταστήσει την αναζήτηση πιο αποτελεσματική. Το κλινικό ερώτημα καθορίζει ποια στοιχεία απαντούν στην ερώτηση αυτή κάθε αυτή (Bramer et al., 2018). Οι κατάλληλα δομημένες ερωτήσεις είναι χρήσιμες για τον προσδιορισμό στα αποτελέσματα που προκύπτουν και αξιολογούνται όταν εφαρμόζονται τα στοιχεία. Μια τυποποιημένη μορφή για τη δημιουργία τέτοιων κλινικών ερωτήσεων είναι η διαδικασία της απαντήσιμης ερώτησης P.I.C.O. Οι απαντήσιμες ερωτήσεις P.I.C.O. καθοδηγούν την αναζήτηση σε ερευνητικά στοιχεία ώστε να υποστηριχθεί ή να βελτιωθεί η διαχείριση της πρακτικής αυτής, ενώ ο ρόλος που

διαδραματίζουν είναι καταλυτικός για να διαμορφωθεί και να καθοδηγηθεί ορθά η διαδικασία της αναζήτησης. Το ακρωνύμιο P.I.C.O. ορίζει τα απαραίτητα μέρη από τα οποία πρέπει να αποτελείται ένα ορθά τεκμηριωμένο ερευνητικό ερώτημα (Πίνακας 1) (Eriksen & Frandsen, 2018).

1. *Patient*: περιγράφει έναν πληθυσμό, ένα πρόβλημα ή μια ασθένεια.
2. *Intervention*: περιγράφει μια παρέμβαση.
3. *Comparison*: περιγράφει μια σύγκριση των παρεμβάσεων.
4. *Outcome*: αναφέρεται στο αποτέλεσμα μίας παρέμβασης.

P	I	C	O
Patient / Population	Intervention / Indicator	Compare / Control	Outcome
Who are the relevant patients? Think about age, sex, geographic location, or specific characteristics that would be important to your question.	What is the management strategy, diagnostic test, or exposure that you are interested in?	Is there a control or alternative management strategy you would like to compare to the intervention or indicator?	What are the patient-relevant consequences of the intervention?

Πίνακας 1: Γραφική Επεξήγηση της Μεθοδολογίας PICO :

Πηγή: <https://libraryguides.nau.edu/c.php?g=665927&p=4682772>

Σε πολλές περιπτώσεις, μπορεί να μην υπάρχει σύγκριση, χωρίς αυτό να οδηγεί σε αναξιόπιστα αποτελέσματα ή να εγείρει αντιρρήσεις σχετικά με την εγκυρότητα ή τη δυνατότητα εφαρμογής του κλινικού ερωτήματος.

Από την άλλη πλευρά, η SPIDER αποτελεί έναν σημαντικό στρατηγικό τρόπο αναζήτησης που σχεδιάστηκε με βάση τις ανησυχίες των συγγραφέων σχετικά με τις διάφορες δυσκολίες που αντιμετώπιζαν με την χρήση του PICO κατά την αναζήτηση ποιοτικών και μικτών μελετών (Methley et al., 2014). Άλλοι ερευνητές προσδιόρισαν και πρόσθεσαν επιπλέον, τις ακόλουθες κατηγορίες έρευνας: Σχεδιασμός (Design-D): ο σχεδιασμός επηρεάζει την εγκυρότητα των αναλύσεων και των ευρημάτων της έρευνας, Αξιολόγηση (Evaluation-E): η

αξιολόγηση περιλαμβάνει αποτελέσματα υποκειμενικά (όπως γνώμες και στάσεις), και τέλος τα Είδη της Έρευνας (Research-R): ποιοτικές, ποσοτικές, μικτές κτλ) (Cooke, Smith & Booth, 2012).

Στην παρούσα μελέτη, η στρατηγική PICO χρησιμοποιήθηκε για την αναζήτηση, καθώς μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τη δημιουργία διαφορετικών τύπων ερευνητικών ερωτημάτων, όπως η κλινική πρακτική και η διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού και των πόρων (Bramer et al., 2018). Τα καλά δομημένα ερευνητικά ερωτήματα επιτρέπουν τον ορθό προσδιορισμό των πληροφοριών που απαιτούνται για την απάντηση των κλινικών ερευνητικών ερωτημάτων (Aslam & Emmanuel, 2010), μεγιστοποιούν την ανάκτηση δεδομένων από την αναζήτηση στις βάσεις δεδομένων, εστιάζουν σε ερευνητικούς τομείς και αποφεύγουν περιττές αναζητήσεις. Η χρήση της στρατηγικής PICO για την αναζήτηση τεκμηρίων έχει αποδειχθεί ως η αποτελεσματικότερη μέθοδος και πραγματοποιείται εισάγοντας άμεσα τα τέσσερα στοιχεία, σε ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων (Bramer et al., 2018).

Η ερευνητική ερώτηση που διαμορφώθηκε στην παρούσα έρευνα, χαρακτηρίζεται ως αξιολογικής και ποσοτικής φύσεως μέσω της χρήσης της διαδικασίας P.I.C.O., ενώ διατυπώνεται ως εξής: «Διερεύνηση του ρόλου του οικογενειακού και κοινωνικού περιβάλλοντος στους ασθενείς με ΚΑ και η διασύνδεσή του με την ευδόκιμη γήρανση και την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων ατόμων με ΚΑ». Η εξαρτημένη μεταβλητή σε αυτή την ερευνητική ερώτηση είναι η ποιότητα ζωής και η ευδόκιμη γήρανση των ηλικιωμένων ασθενών με ΚΑ, ενώ η ανεξάρτητη μεταβλητή είναι το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον των ασθενών. Με βάση το ερευνητικό ερώτημα που θέτει η συγκεκριμένη έρευνα, η απάντηση στην ερευνητική ερώτηση διαμορφώνεται ακολούθως «Το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον (I) σε ασθενείς με ΚΑ (P) βελτιώνει την ποιότητα ζωής (O) και την ευδόκιμη γήρανση των συγκεκριμένων ασθενών». Στη συνέχεια έγινε συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση και χρησιμοποιήθηκαν οι λέξεις-κλειδιά που προέκυψαν ως αποτέλεσμα από τη δημιουργία της απαντήσιμης ερευνητικής ερώτησης P.I.C.O που περιγράφεται πιο πάνω (WHO, 2005).

2.2 Αιτιολόγηση Έρευνας

Οι ηλικιωμένοι είναι ιδιαίτερα ευάλωτοι ως κοινωνική ομάδα, κυρίως επειδή τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν, επηρεάζουν την ποιότητα ζωής τους και μεταβάλλουν σημαντικά την καθημερινότητά τους. Η ΚΑ είναι μια ασθένεια κατά την οποία η καρδιά, λόγω της δυσλειτουργίας της, αδυνατεί να προσαρμοστεί στις μεταβολικές ανάγκες των ιστών (WHO, 2022). Ταυτόχρονα, θεωρείται ότι τα ποικίλα σύνδρομα ΚΑ προκαλούνται από τις αυξημένες προσπάθειες της καρδιάς να προσαρμοστεί καλύτερα στις μεταβολικές ανάγκες των ιστών, με αποτέλεσμα τη σημαντική αύξηση της πίεσης πλήρωσης της πάσχουσας κοιλίας. Η ποιότητα ζωής ενός ατόμου σχετίζεται απόλυτα με την υγεία του, καθώς η υγεία είναι ένας από τους κύριους παράγοντες που τη διαμορφώνουν. Η βεβαρημένη κατάσταση της υγείας των ασθενών, η παρουσία βαριάς ασθένειας και οι διάφορες ιατρικές παρεμβάσεις έχουν σημαντικό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής (Schwinger, 2021).

Η επίδραση των ψυχολογικών διαταραχών στην ποιότητα ζωής σε ασθενείς με ΚΑ φαίνεται να είναι εξαιρετικά σημαντική. Οι σπουδαιότερες και συχνά συνοδές ψυχολογικές διαταραχές είναι η κατάθλιψη, το άγχος και η χαμηλή αυτοεκτίμηση των ασθενών. Διάφοροι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες έχει αποδειχθεί ότι έχουν σημαντικό αντίκτυπο στην παθοφυσιολογία και την εξασθένηση της φυσιολογικής καρδιακής λειτουργίας. Η έρευνα της ποιότητας ζωής σε ασθενείς με ΚΑ θεωρείται εξαιρετικά σημαντική για την άμεση ανίχνευση πιθανών ανωμαλιών που σχετίζονται με τις συνθήκες υγείας ή τις παρεμβάσεις και για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής. Ο ρόλος της οικογένειας στους ασθενείς με ΚΑ είναι υψίστης σημασίας, καθώς στηρίζει τον ασθενή τόσο σωματικά όσο και ψυχολογικά (Malik et al., 2022). Ωστόσο, η ΚΑ είναι ένα χρόνια πρόβλημα υγείας που επηρεάζει τους περισσότερους ηλικιωμένους και την ποιότητα ζωής τους. Όχι μόνο το άτομο, αλλά και το οικογενειακό περιβάλλον πρέπει να αντιμετωπίσει τα προβλήματα αυτά, με αποτέλεσμα να δημιουργούνται συγκρούσεις και προβλήματα που είναι δύσκολο να αντιμετωπιστούν (Requejo, Furumasu & Mulroy, 2015).

Εντούτοις και παρά τον υψηλό επιπολασμό της ΚΑ, υπάρχουν πολύ λίγες έρευνες σχετικά με τις επιπτώσεις της ΚΑ στην ποιότητα ζωής των ασθενών και τη συμβολή του οικιακού περιβάλλοντος σε αυτήν, γεγονός που μας οδηγεί στην ανάγκη διερεύνησης της επιδημιολογίας στην ποιότητα ζωής σε όλους τους ανθρώπινους τομείς. Είναι σημαντικό για όλους τους επαγγελματίες υγείας, ιδίως για τους νοσηλευτές, να μπορούν να κατανοούν, να αναγνωρίζουν, να διεξάγουν και να εφαρμόζουν την εκάστοτε έρευνα στον καθημερινό

εργασιακό τους περιβάλλον. Στην ποσοτική έρευνα, η συλλογή των δεδομένων πρέπει να είναι λεπτομερής και ο ερευνητής ιδιαίτερα προσεκτικός, όπως επίσης και κατά την ανάλυση των αποτελεσμάτων. Η έρευνα θα πρέπει να στοχεύει στον προσδιορισμό της σχέσης μεταξύ της πρακτικής, της συμπεριφοράς και των αποτελεσμάτων της αλλαγής της πρακτικής και του πόσο σημαντικό ρόλο παίζει αυτή στην αλλαγή των αποτελεσμάτων (Mantzoukas, 2008). Ο βασικός στόχος της έρευνας που παρουσιάζεται παρακάτω είναι να διερευνήσει την ποιότητα ζωής των ασθενών με ΚΑ και τον ρόλο της οικογένειας και του κοινωνικού περιβάλλοντος στην πορεία της υγείας τους, χρησιμοποιώντας αξιόπιστα εργαλεία μέτρησης για τον εντοπισμό των παραγόντων που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής. Ένας σοβαρός λόγος για τη διεξαγωγή της παρούσας μελέτης είναι ότι ο αριθμός των ερευνών που έχουν δημοσιευθεί στην Ελλάδα την τελευταία δεκαετία, πάνω στο συγκεκριμένο θέμα, είναι εξαιρετικά μικρός.

2.2 Αναστοχασμός

Ένα σημαντικό εργαλείο για να αποσαφηνίσουν οι ερευνητές τους μαθησιακούς τους στόχους, είναι ο αναστοχασμός. Με άλλα λόγια, μέσω του αναστοχασμού, η εμπειρία μετατρέπεται σε γνώση (Μαντζούκας, 2015). Επομένως, ο αναστοχασμός είναι τόσο ένα εργαλείο όσο και μια μέθοδος για τους επαγγελματίες να μαθαίνουν από την πράξη. Όπως αναφέρει χαρακτηριστικά ο καθηγητής Μαντζούκας: Ο αναστοχασμός είναι ένας συστηματικός τρόπος σκέψης που εξετάζει σύνθετες εμπειρίες και καταστάσεις. Η συστηματική σκέψη που προκύπτει από τον αναστοχασμό επιτρέπει στα άτομα να κατανοήσουν τις εμπειρίες τους, να τις συσχετίσουν με άλλες εμπειρίες και να τις πλαισιώσουν. Ο αναστοχασμός επιτρέπει επίσης στα άτομα να αναγνωρίζουν τις διαφορετικές επιρροές στις εμπειρίες τους και να λαμβάνουν αποφάσεις και να ενεργούν με λογικό και σαφή τρόπο" (Mantzoukas, 2008). Ο αναστοχασμός είναι ένα εργαλείο συνειδητοποίησης και ένας τρόπος να κατανοηθούν οι πράξεις. Αυτή η συνειδητοποίηση και η παραγωγή νοήματος επιτρέπει να αναπτυχθούν λογικά σαφή συμπεράσματα για τη συμπεριφορά, ενώ αν παρατηρηθεί ότι η συμπεριφορά στερείται λογικής, μπορεί να αλλάξει η συμπεριφορά για να εκλογικευτεί και να δικαιολογηθεί, ώστε να αποτραπούν οι διαδικασίες ρουτίνας.

Ο αναστοχασμός μπορεί να οδηγήσει σε μια καλύτερη, πιο ώριμη και ορθολογική τροποποίηση της συμπεριφοράς. Ωστόσο, αποτελεί αναπόσπαστο μέρος κάθε έρευνας, ώστε

να αποσαφηνίζεται η θέση του ερευνητή και να καταγράφεται και να τονίζεται ο τρόπος με τον οποίο αυτή επηρεάζει την έρευνα. Η υποκειμενικότητα του ερευνητή είναι αναπόφευκτη σε κάθε έρευνα και κάθε έρευνα πρέπει να περιλαμβάνει την ιδεολογία, την ηθική και την υποκειμενικότητα του ερευνητή. Ο αναστοχασμός είναι επωφελής διότι αναγκάζει τον ερευνητή να δηλώσει τις πεποιθήσεις, το υπόβαθρο και τη θέση του σχετικά με την έρευνα πριν από την έναρξη της έρευνας. Με αυτόν τον τρόπο ο αναγνώστης μπορεί να δει ξεκάθαρα τα άλματα σκέψης και τις μη τεκμηριωμένες ενέργειες που χρησιμεύουν μόνο για να επιβεβαιώσουν τη θέση του ερευνητή. Με αυτό τον τρόπο, αναγνωρίζοντας και συμπεριλαμβάνοντας την υποκειμενικότητα του ερευνητή μέσω του αναστοχασμού, η αξιοπιστία της έρευνας μπορεί να αξιολογηθεί με μεγαλύτερη σαφήνεια (Μαντζούκας, 2015).

Για τους περισσότερους ασθενείς που πάσχουν από χρόνια προοδευτική νόσο, η διατήρηση μιας καλής ποιότητας ζωής είναι εξίσου σημαντική με την επιβίωση. Η ποιότητα ζωής των ασθενών με ΚΑ είναι σημαντικά χαμηλότερη σε σύγκριση με άλλες χρόνιες παθήσεις και υγιή άτομα. Η ποιότητα ζωής αντανακλά τις πολύπλευρες επιπτώσεις των κλινικών συμπτωμάτων και της θεραπείας τους στην καθημερινή ζωή των ασθενών (Heo et al., 2009). Οι ασθενείς με ΚΑ βιώνουν μια σειρά σωματικών και ψυχολογικών συμπτωμάτων, όπως δύσπνοια, κόπωση, οιδήματα άκρων και κοιλιακής χώρας, διαταραχές του ύπνου, κατάθλιψη και πόνο στο στήθος. Τα συμπτώματα αυτά περιορίζουν τις καθημερινές σωματικές και κοινωνικές δραστηριότητες τους, ενώ χειροτερεύουν την ποιότητα ζωής τους. Η κακή ποιότητα ζωής συνδέεται με υψηλά ποσοστά νοσηλείας και θνησιμότητας (Zambroski et al., 2005).

Εφαλτήριοις δύναμη για την εκπόνηση αυτής της μελέτης ήταν η καθημερινή επαφή του ερευνητή με ασθενείς που νοσηλεύονται με ΚΑ, λόγω του τομέα εργασίας του. Η συγκεκριμένη ασθένεια παρατηρείται σε πολύ μεγάλο ποσοστό των ασθενών που επισκέπτονται καθημερινά τη νοσηλευτική μονάδα όπου εργάζεται ο ερευνητής. Ιδιαίτερη εντύπωση του προκάλεσε το γεγονός ότι αρκετοί από τους ασθενείς αυτούς προσέρχονται μόνοι τους, χωρίς κάποιο οικείο άτομο μαζί τους, ή αν υπάρχει κάποιο συγγενικό πρόσωπο, αυτό δεν διανυκτερεύει μαζί με τον ασθενή. Η κύρια παρατήρησή του ήταν ότι οι ασθενείς με ΚΑ βιώνουν μια σειρά σωματικών και ψυχολογικών συμπτωμάτων που κάνουν πιο δύσκολες τόσο τις σωματικές όσο και τις κοινωνικές δραστηριότητές τους στην καθημερινότητα τους και οδηγούν σε μείωση της ποιότητα ζωής τους. Συνεπώς ο ερευνητής θέλησε να μελετήσει

κατά πόσο το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον των νοσηλευόμενων ασθενών με ΚΑ επηρεάζει τις δυσμενείς συνθήκες που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς αυτοί στην καθημερινότητά τους, σε ποιο βαθμό και με τι αντίκτυπο. Επιπρόσθετα, ο ερευνητής θέλησε να μελετήσει πόσο σημαντικό είναι να εκτιμηθεί με ακρίβεια αν επηρεάζεται η ποιότητα ζωής τους συνολικά, ποια στοιχεία της ποιότητας ζωής επηρεάζονται περισσότερο και ποιος ο συνολικός αντίκτυπος στην καθημερινή τους ζωή.

Κεφάλαιο 3^ο : Βιβλιογραφική Ανασκόπηση

3.1 Το Υπόβαθρο του Θέματος

Η ΚΑ παρουσιάζει ένα εύρος κλινικών συμπτωμάτων, όπως έντονη δύσπνοια, εμφάνιση οιδημάτων, εύκολη κόπωση, δυσκολία κατά την άσκηση και πολλές φορές μείωση της όρεξης. Αυτά μπορεί να συνδέονται με αυξημένη φλεβική πίεση σε ηρεμία ή κατά την κόπωση, πνευμονική υπέρταση, περιφερικό οίδημα, μειωμένη καρδιακή παροχή και αυξημένη ενδοκαρδιακή πίεση. Η ΚΑ αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα υγείας και σχετίζεται με αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα των ασθενών. Η σημασία της ΚΑ για το γενικό πληθυσμό είναι ιδιαίτερα σημαντική, αφού επηρεάζει περίπου το 2-3% του συνολικού πληθυσμού (ανεξάρτητα ηλικίας) και το 10-20% του πληθυσμού ηλικίας 65 ετών και άνω (Arrigo et al., 2020). Είναι σημαντικό να παρατηρήσουμε επίσης ότι υπάρχει αύξηση των ασθενών που πάσχουν από ΚΑ σε αναπτυγμένες χώρες, εξαιτίας του γερασμένου πληθυσμού, αύξηση των ορίων ηλικίας, καθώς και της βελτίωσης της δευτερογενούς πρόληψης που παρατείνει την επιβίωση των ασθενών μετά από καρδιαγγειακά συμβάντα. Υπολογίζεται ότι 6,5 εκατομμύρια άνθρωποι στην Ευρώπη, 5,7 εκατομμύρια στις ΗΠΑ και 2,5 εκατομμύρια στην Ιαπωνία πάσχουν από ΚΑ. Στις ΗΠΑ, η ετήσια επίπτωση της ΚΑ σε άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω, πλησιάζει τους 10 ασθενείς ανά 10.000, με περίπου 3,6 εκατομμύρια ασθενείς να διαγιγνώσκονται με ΚΑ κάθε χρόνο (King & Goldstein, 2022). Στην Ελλάδα, η νόσος προσβάλλει περίπου 200.000 άτομα με 30.000 νέα περιστατικά κάθε χρόνο, ενώ στο 30% περίπου των ασθενών με ΚΑ, η νόσος όχι μόνο καταστέλλει τη συσταλτικότητα της καρδιάς, αλλά επηρεάζει και το ερεθισματοαγωγό σύστημα, προκαλώντας καθυστερημένη συστολή τμημάτων της αριστερής κοιλίας και δυσσυγχρονισμό (Savarese et al, 2023).

Η ποιότητα ζωής δεν έχει καθοριστεί ικανοποιητικά σε σχέση με την ΚΑ. Αν και η έννοια της ποιότητας ζωής μελετάται στην ιατρική εδώ και πολλά χρόνια, η σημασία της ποικίλλει κάθε φορά. Αυτό οφείλεται στις ιστορικές αλλαγές, στα διαφορετικά πολιτισμικά περιβάλλοντα σε διαφορετικές εποχές και στις γενικές συνθήκες. Σήμερα ωστόσο, οι κλινικοί ιατροί εξακολουθούν να τη θεωρούν ως μια φιλοσοφική θέση και όχι ως μια μετρήσιμη μεταβλητή που σχετίζεται με την υγεία (Coelho et al., 2005). Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής ορίζεται ως το άθροισμα των αντιδράσεων του ασθενούς στις επιπτώσεις και τα συμπτώματα της νόσου σε σωματικό, ψυχολογικό και κοινωνικό επίπεδο. Στο σωματικό επίπεδο, οι αντιδράσεις των ασθενών εκφράζουν τις δικές τους αντιλήψεις για την κατάσταση της υγείας τους, με βάση την εκτίμησή τους για τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν στην καθημερινή ζωή και κατά τη νοσηλεία τους. Στο ψυχολογικό επίπεδο, η αυτοεκτίμηση, η ευεξία και η ικανοποίηση από τη ζωή παίζουν πολύ σημαντικό ρόλο, ενώ η κοινωνική διάσταση σχετίζεται με την προσαρμογή στην κοινότητα, τον εργασιακό χώρο και την οικογένεια (Post, 2014). Η αξιολόγηση αυτή εξαρτάται από την ηλικία του ασθενούς, το μορφωτικό επίπεδο, την κοινωνικοοικονομική κατάσταση, την κατάσταση της υγείας του εκείνη τη στιγμή και το προσδόκιμο ζωής. Παρά την κρίσιμη σημασία της ποιότητας ζωής για τους ασθενείς, προκαλεί έκπληξη το γεγονός ότι ούτε η κλινική διαχείριση ούτε η έρευνα εστιάζουν επαρκώς στην ποιότητα ζωής. Αυτό οφείλεται πιθανώς στο γεγονός ότι ο όρος "ποιότητα ζωής" δεν είναι καθολικά κατανοητός στην κλινική πρακτική. Επιπλέον, η κλινική έρευνα συχνά δεν αξιολογεί τις βασικές παραμέτρους που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής. Στις περισσότερες περιπτώσεις, η ποιότητα ζωής εκτιμάται υποκειμενικά ή μη παραμετρικά από τους ασθενείς και τους κλινικούς γιατρούς. Ωστόσο, παρά τις περιστασιακές προσπάθειες για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής, αυτή δεν αποτελεί ένα εύκολα μετρήσιμο μέγεθος (Asadi-Lari, Tamburini & Gray, 2004).

Στην περίπτωση της ΚΑ, τα κλινικά συμπτώματα ποικίλλουν σε μεγάλο βαθμό από μέρα σε μέρα, αλλά η βελτίωση των συμπτωμάτων δεν σημαίνει απαραίτητα βελτίωση της ποιότητας ζωής. Η ίδια η ποιότητα ζωής ποικίλλει επίσης σε μεγάλο βαθμό στην ΚΑ. Διάφορες παράμετροι, όπως η φλεγμονή, η δυσλειτουργία των κοιλιών, του δεξιού και/ή του αριστερού κόλπου, οι αιμοδυναμικές διαταραχές, η μυοπάθεια και η νεφρική δυσλειτουργία, φαίνεται να επηρεάζουν την ποιότητα ζωής και να οδηγούν σε καχεξία του ασθενούς. Επιπλέον, έχει αποδειχθεί ότι καθώς μειώνεται η λειτουργική κατάσταση και η κινητικότητα των ασθενών,

μειώνεται και η ποιότητα ζωής τους. Το τέλος της ζωής των ασθενών με ΚΑ τελικού σταδίου χαρακτηρίζεται συχνά από έντονο γενικευμένο πόνο, δύσπνοια και πολύ κακή ποιότητα ζωής (Jaarsma et al., 2021). Αυτό υποδηλώνει ότι η κατάλληλη νοσηλευτική φροντίδα και η υποστήριξη από το οικογενειακό περιβάλλον είναι απαραίτητη για να βελτιωθεί όσο το δυνατόν περισσότερο η εμπειρία αυτών των ασθενών. Πολλοί ασθενείς αλλά και γιατροί δεν γνωρίζουν ότι οι ασθενείς με ΚΑ τελικού σταδίου μπορούν να λάβουν παρηγορητική φροντίδα. Έχει αποδειχθεί ότι η ανακουφιστική παρηγορητική φροντίδα βελτιώνει τα συμπτώματα, διευκολύνει τη συζήτηση σχετικά με τις επιλογές φροντίδας και θεραπείας στο τελικό στάδιο ενώ βελτιώνει και την ικανοποίηση των ασθενών από τη θεραπεία και τη συνολική ποιότητα ζωής, καθώς και τις θεραπευτικές παρεμβάσεις (Hoe et al., 2009).

Οι τρέχουσες θεραπευτικές παρεμβάσεις για την ΚΑ αποσκοπούν γενικά στη μείωση της θνησιμότητας. Ωστόσο, η παράταση του προσδόκιμου ζωής μπορεί να είναι ένας υπερβολικός στόχος στη διαχείριση της ΚΑ. Όταν οι ασθενείς πρέπει να επιλέξουν μεταξύ της παράτασης της ζωής και της διατήρησης μιας ικανοποιητικής ποιότητας ζωής, η επιλογή δεν είναι πάντα σαφής. Αν και η επιλογή μεταξύ επιβίωσης και ποιότητας ζωής μπορεί να φαίνεται δύσκολη και ταμπού, συχνά αποτελεί πηγή ανησυχίας τόσο για τους κλινικούς γιατρούς όσο και για τις οικογένειες (Pollesello et al., 2019). Επιπλέον, οι ασθενείς με ΚΑ τελικού σταδίου αντιμετωπίζονται συχνά με βαριά (ενδοφλέβια) φαρμακευτικά σχήματα που επηρεάζουν σημαντικά την ποιότητα ζωής τους. Στην πραγματικότητα, η πρόσφατη κλινική πρακτική συχνά στοχεύει στην παράταση παρά στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών. Ωστόσο, οι προσωπικές απόψεις των ασθενών σχετικά με αυτή την πρακτική είναι πολύ σημαντικές και λαμβάνονται όλο και περισσότερο υπόψη στην πρόσφατη κλινική έρευνα (Tomasoni et al., 2022).

3.2. Συστηματική Βιβλιογραφική Ανασκόπηση

Η βιβλιογραφική αναζήτηση πραγματοποιήθηκε στο διαδίκτυο σε έγκριτα ιατρικά και νοσηλευτικά περιοδικά (π.χ. Critical Care Medicine, Το Βήμα του Ασκληπιού, Intensive Care Medicine, Nursing in Critical Care). Επίσης, αναζήτηση έγινε και σε ιατρικές ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων (Pubmed, Medline, Cinahl, EMBASE, Iatrotek-on-line, Google Scholar) για ελληνική και διεθνή βιβλιογραφία. Επιπλέον, πραγματοποιήθηκε δευτερογενής

βιβλιογραφική αναζήτηση. Για την εύρεση σχετικών επιστημονικών μελετών χρησιμοποιήθηκαν οι λέξεις-κλειδιά "καρδιακή ανεπάρκεια", "ποιότητα ζωής", "οικιακό περιβάλλον" και "κοινωνικό περιβάλλον", "Heart Failure", "Quality of Life", "Family Environment", "Social Environment". Χρησιμοποιήθηκαν οι τελεστές Boolean "or" και "and".

Βρέθηκαν συνολικά 340 επιστημονικές αναφορές. Από αυτές, οι 53 έρευνες συνολικά χρησιμοποιήθηκαν στο παρόν άρθρο. Έγινε περιορισμός της αναζήτησης αποκλειστικά σε νοσηλευτικά περιοδικά και βρέθηκαν 22 άρθρα. Έπειτα από την ολοκλήρωση της βιβλιογραφικής ανασκόπησης, ο αριθμός των άρθρων θεωρήθηκε επαρκής. Ακολούθησε, ανάγνωση του τίτλου και της περίληψης των άρθρων, και επιλέχθηκαν τελικά εκείνα που θα μπορούσαν να απαντήσουν στο ερευνητικό ερώτημα. Για την επιλογή και την τελική αποδοχή των άρθρων χρησιμοποιήθηκαν τα κριτήρια της ανοικτής πρόσβασης, της ημερομηνίας δημοσίευσης, της εγκυρότητας του περιοδικού στο οποίο δημοσιεύτηκαν και του επιστημονικού υπόβαθρου των συγγραφέων, με αποτέλεσμα ο αριθμός των άρθρων που σχετίζονταν επαρκώς με το ερευνητικό ερώτημα να μειωθεί σε 12.

3.3 Κριτική Ανάλυση της Βιβλιογραφίας

Σε μια εποχή όπου η εκπαίδευση και ανάγκη άσκησης ιατρικής είναι βασισμένη σε αποδείξεις, όλοι οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να ενημερώνονται και να ανανεώνουν τις γνώσεις που ήδη κατέχουν. Με τον όρο της κριτικής ανάλυσης άρθρων, επιχειρείται η κατανόηση της διαδικασίας συστηματικής αξιολόγησης και ερμηνείας των ερευνητικών προσπαθειών ως προς την αξιοπιστία και τη δυνατότητα εφαρμογής τους στην πράξη. Απαραίτητη προϋπόθεση για να γίνει αυτό είναι η λεπτομερής ανάλυση του κάθε άρθρου για τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα που έχει να προσφέρει, με σκοπό την τελική σύνθεση των ερευνητικών αποτελεσμάτων. Προκειμένου ένα άρθρο να είναι αποδεκτό, πρέπει να είναι έγκυρο, αξιόπιστο ως προς τα αποτελέσματα του και κατά πόσο αυτά που μπορούν να χρησιμοποιηθούν στην κλινική πρακτική. Οι σύγχρονες μέθοδοι αναζήτησης και οι αποφάσεις για την επιλογή των άρθρων είναι συχνά αποτέλεσμα της ανάγνωσης του τίτλου και της περίληψης. Ο τίτλος δίνει την εντύπωση συνοπτικού και ακριβούς περιεχομένου, ενώ η περίληψη παρέχει μια περίληψη του άρθρου, τονίζοντας τη μεθοδολογία, τα ευρήματα και τα συμπεράσματα. Ένα καλά δομημένο επιστημονικό άρθρο πρέπει να χωρίζεται σε

υποενότητες, ώστε να μην υπάρχει σύγχυση κατά την κριτική ανάλυση, όπως: η Περίληψη, η Εισαγωγή, η Βιβλιογραφική Ανασκόπηση, η Μεθοδολογία, τα Αποτελέσματα, η Συζήτηση, τα Συμπεράσματα και η Βιβλιογραφία. Τα άρθρα που επιλέχθηκαν είναι σχετικά με το υπό μελέτη θέμα αφού αξιολογήθηκαν τα συμπεράσματα, η συζήτηση, και τα αποτελέσματα. Με βάση αυτή τη διαδικασία ανασκόπησης, επιλέχθηκαν τα ακόλουθα ερευνητικά άρθρα:

1. Heo, S., Lennie, T. A., Okoli, C., & Moser, D. K. (2009). Quality of life in patients with heart failure: ask the patients. *Heart & lung : the journal of critical care*, 38(2), 100–108. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2008.04.002>
2. Testa, M., Cappuccio, A., Latella, M. et al. (2020). The emotional and social burden of heart failure: integrating physicians', patients', and caregivers' perspectives through narrative medicine. *BMC Cardiovasc Disord* 20, 522 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12872-020-01809-2>
3. Valleggi, A., Passino, C., Emdin, M. et al. (2023). Differences in family caregiver experiences and expectations of end-of-life heart failure care across providers and settings: a systematic literature review. *BMC Health Serv Res* 23, 429 (2023). <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09241-w>
4. Strömberg A. (2013). The situation of caregivers in heart failure and their role in improving patient outcomes. *Current heart failure reports*, 10(3), 270–275. <https://doi.org/10.1007/s11897-013-0146-8>
5. Hodson, A. R., Peacock, S., & Holtslander, L. (2019). Family caregiving for persons with advanced heart failure: An integrative review. *Palliative & supportive care*, 17(6), 720–734. <https://doi.org/10.1017/S1478951519000245>
6. Luttik, M. L., Lesman-Leegte, I., & Jaarsma, T. (2009). Quality of life and depressive symptoms in heart failure patients and their partners: the impact of role and gender. *Journal of cardiac failure*, 15(7), 580–585. <https://doi.org/10.1016/j.cardfail.2009.02.004>
7. Bosworth, H. B., Steinhauer, K. E., Orr, M., Lindquist, J. H., Grambow, S. C., & Oddone, E. Z. (2004). Congestive heart failure patients' perceptions of quality of life: the integration of physical and psychosocial factors. *Aging & mental health*, 8(1), 83–91. <https://doi.org/10.1080/13607860310001613374>
8. Ågren, S., Strömberg, A., Jaarsma, T., & Luttik, M. L. (2015). Caregiving tasks and caregiver burden; effects of an psycho-educational intervention in partners of patients with post-operative heart failure. *Heart & lung : the journal of critical care*, 44(4), 270–275. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2015.04.003>

9. Plioudi, S., Lazakidou, A., & Tsironi, M. (2010). Information and communication technologies for better patient self-management and self-efficacy. *International journal of electronic healthcare*, 5(4), 327–339. <https://doi.org/10.1504/IJEH.2010.036205>
10. Pihl, E., Fridlund, B., & Mårtensson, J. (2010). Spouses' experiences of impact on daily life regarding physical limitations in the loved one with heart failure: a phenomenographic analysis. *Canadian journal of cardiovascular nursing = Journal canadien en soins infirmiers cardio-vasculaires*, 20(3), 9–17.
11. Ågren, S., Berg, S., Svedjeholm, R., & Strömberg, A. (2015). Psychoeducational support to post cardiac surgery heart failure patients and their partners--a randomized pilot study. *Intensive & critical care nursing*, 31(1), 10–18. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2014.04.005>
12. Pozet, A., Lejeune, C., Bonnet, M., Dabakuyo, S., Dion, M., Fagnoni, P., Gaimard, M., Imbert, G., Nerich, V., Foubert, A., Chotard, M., Bonin, M., Anota, A., & Bonnetain, F. (2016). Evaluation of efficacy and efficiency of a pragmatic intervention by a social worker to support informal caregivers of elderly patients (The ICE Study): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 17(1), 531. <https://doi.org/10.1186/s13063-016-1622-8>

Στα άρθρα που επιλέχθηκαν το περιεχόμενο τους αντικατοπτρίζεται στους τίτλους τους. Περιγράφουν ποιο θέμα διερευνήθηκε, ποιοι ήταν οι συμμετέχοντες, πού διεξήχθη η έρευνα και τι είδους έρευνα διεξήχθη. Εμπεριέχουν όλες τις λέξεις-κλειδιά και οι συγγραφείς πληρούν όλα τα κριτήρια για την διεξαγωγή της παρούσας έρευνας. Η περίληψη είναι συνοπτική και δίνει τον σκοπό, το πεδίο εφαρμογής και τα κύρια συμπεράσματα. Η εισαγωγή παρουσιάζει το σκεπτικό και την επιστημονική υπόθεση του άρθρου. Οι μέθοδοι και τεχνικές περιγράφουν τη φάση σχεδιασμού, το δείγμα που επιλέχθηκε και κατά πόσο αυτό είναι αποδεκτό, ο τρόπος που συλλέχθηκαν τα απαραίτητα δεδομένα, όπως επίσης και οι κανόνες ηθικής και δεοντολογίας. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά και με σαφήνεια και απαντούν στα ερωτήματα που διατυπώθηκαν στην παρούσα έρευνα. Στην ενότητα Συζήτηση παρουσιάζεται μια κριτική ανάλυση με βάση τους περιορισμούς και τις αδυναμίες της μελέτης, διατυπώνονται συστάσεις και καταδεικνύεται η εφαρμοσιμότητα των αποτελεσμάτων. Το συμπέρασμα συνοψίζει τα κλινικά σημαντικά ευρήματα της μελέτης και τα συγκρίνει με τα ευρήματα άλλων μελετών. Τέλος, η βιβλιογραφία περιλαμβάνει άρθρα των τελευταίων 20 ετών που συμβάλλουν στους σκοπούς και τους στόχους της μελέτης και τις κατάλληλες παραπομπές.

3.4 Το Ερευνητικό Κενό

Μια εκτενής ανασκόπηση της βιβλιογραφίας αποκάλυψε ότι, αν και έχει δημοσιευτεί μεγάλος αριθμός άρθρων σχετικά με την ποιότητα ζωής σε ασθενείς με ΚΑ, καμία μελέτη, ειδικά στην Ελλάδα, δεν έχει διερευνήσει την επίδραση του οικογενειακού και κοινωνικού περιβάλλοντος του ασθενούς στη βελτίωση της κατάστασης της υγείας του και στην πορεία της ποιότητας ζωής. Αν και υπάρχει σημαντικός αριθμός μελετών στο εξωτερικό και σε κάποιο βαθμό και στην Ελλάδα, που διερευνούν τη συνολική ποιότητα ζωής σε ασθενείς με ΚΑ και τους παράγοντες που την επηρεάζουν, πολύ λίγες μελέτες έχουν εστιάσει στην επίδραση του οικογενειακού και κοινωνικού περιβάλλοντος. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνήσει την επίδραση του οικογενειακού περιβάλλοντος στην ποιότητα ζωής των ασθενών με ΚΑ, να συγκρίνει τα αποτελέσματα με διεθνείς επιστημονικές μελέτες, να τεκμηριώσει τα οφέλη αυτής της προσέγγισης στην ΚΑ και να δείξει ότι η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την οικογένεια μπορεί να βελτιωθεί σημαντικά. Η μελέτη αυτή θα δώσει το έναυσμα για μια πιο ολοκληρωμένη και λεπτομερή έρευνα σε ευρύτερο επίπεδο σχετικά με τις επιπτώσεις και τη συμβολή του άμεσου περιβάλλοντος του ασθενούς τόσο στην ποιότητα ζωής όσο και στην ευδόκιμη γήρανση και τη διαχείριση της ΚΑ.

Κεφάλαιο 4^ο : Σχεδιασμός της Έρευνας

4.1.Επιστημολογία

Το επιστημονικό παράδειγμα αποτελεί βασικό πυλώνα για τον σχεδιασμό κάθε ερευνητικής προσπάθειας. Η αντίληψη του ερευνητή βασίζεται στην παραγωγή γνώσης και περιλαμβάνει την έννοια της επιστημολογίας (παραδοχές σχετικά με τη φύση της πραγματικότητας) (Alhazmi & Kaufmann, 2022). Ο όρος επιστημολογία αναφέρεται στη σχέση μεταξύ των ορίων εντός των οποίων διεξάγεται η έρευνα και του ερευνητή που θέτει τους κανόνες. Και είναι η σχέση με το ερευνητικό αντικείμενο που καθιστά δυνατή τη γνώση (Μαντζούκας, 2015). Η μεθοδολογία και η επιστημολογία, όπου στηρίζονται στην ανθρώπινη σκέψη, μπορούν να εκφραστούν μέσω της οντολογίας ως συνάρτησης σε οποιαδήποτε θεωρητική πρόταση, κατά τη διερεύνηση του πραγματικού κόσμου. Η ανθρώπινη νοημοσύνη θα πρέπει επομένως να αφιερώνει περισσότερο διάλογο και επικοινωνία σε θεμελιώδη ζητήματα, καθώς

μπορεί να αλλάξει τις οντολογικές και επιστημολογικές της παραδοχές όταν συναντά νέους τρόπους σκέψης και μεθοδολογίες που διευρύνουν τους τρόπους αναζήτησης της γνώσης. Οι ερευνητικές μεθοδολογίες προσφέρουν μια ποικιλία προσεγγίσεων, αφού οι διάφορες φιλοσοφικές προσεγγίσεις που έχουν παρουσιαστεί κατά καιρούς παρουσιάζουν διαφορές ως προς την αντίληψη της πραγματικότητας. (Μαντζούκας, 2003; Žukauskas, Vveinhardt & Andriukaitienė, 2018).

Ωστόσο, η αντικειμενικότητα και η υποκειμενικότητα ως προς την αποδοχή της πραγματικότητας, όπως επίσης και η φιλοσοφική και επιστημολογική θέση του εκάστοτε ερευνητή δημιούργησαν τέσσερις επιστημολογικές και οντολογικές θέσεις, αρχικά, η Θετικιστική, έπειτα η Μετα- ή Νεο Θετικιστική, Η Σχετιστική - Ερμηνευτική και τέλος, η Κριτική – Συμμετοχική (Μαντζούκας, 2007).

Θετικιστική Επιστημολογία: Αντικειμενική, ανεξάρτητη πραγματικότητα των φαινομένων και των προσώπων, για την αντικειμενική ερμηνεία τους χωρίς προκαταλήψεις. Ο ερευνητής και το υποκείμενό του είναι ανεξάρτητες οντότητες. Ο απώτερος στόχος αυτής της προσέγγισης είναι η διαπίστωση της αντικειμενικής αλήθειας με αμερόληπτο τρόπο. Τα πειράματα και οι διπλά τυφλές τυχαιοποιημένες δοκιμές εμπίπτουν βασικά σε αυτή την κατηγορία.

Μετα- ή Νεο- Θετικιστική Επιστημολογία: Αναγνώριση της βαρύτητας και της σημασίας στην ανθρώπινη παρατήρηση και εμπειρία. Αν και είναι γενικά αποδεκτή η ύπαρξη μίας ανεξάρτητης αντικειμενικής πραγματικότητας, ωστόσο η ανθρώπινη γνωστική ικανότητα είναι περιορισμένη και τα υπό μελέτη φαινόμενα είναι πολύπλευρα και δεν μπορούν να κατανοηθούν πλήρως. Ο ερευνητής και το υποκείμενο είναι ανεξάρτητες οντότητες. Αυτή η επιστημολογική διάσταση περιλαμβάνει τις ποσοτικές έρευνες και την έρευνα με βάση τα ερωτηματολόγια και την ανάλυση τους μέσω κλίμακας και πινάκων.

Σχετιστική - Ερμηνευτική Επιστημολογία: Το φαινόμενο ερμηνεύεται ως προσωπική έκφραση του νοήματος και της κατανόησης των γεγονότων. Δεν υπάρχει ενιαία πραγματικότητα. Οτιδήποτε μπορεί να γίνει εμπειρικά κατανοητό αναγνωρίζεται ως πραγματικό. Η σχέση μεταξύ του υποκειμένου, του ερευνητή και της έρευνας, είναι αμφίδρομη, ενώ αλληλοεπιδρούν μεταξύ τους με στόχο τη δημιουργία νέων γνώσεων και πραγματικοτήτων. Δεδομένου ότι τα γεγονότα συν δημιουργούνται, το αποτέλεσμα όλων αυτών είναι η δημιουργία στοιχείων για περαιτέρω ερμηνεία. Σε αυτή την προσέγγιση, αυτοί που συμμετέχουν έχουν μια αλληλεπίδραση μεταξύ τους, σε έναν χώρο με σκοπό την διεξαγωγή της έρευνας, ενώ τα μέσα που χρησιμοποιούνται είναι συνήθως, παρατηρήσεις, συνεντεύξεις και ποιοτική ανάλυση δεδομένων.

Κριτική Συμμετοχική Επιστημολογία: Αλληλεπίδραση σε κοινωνικούς, πολιτικούς, πολιτιστικούς και οικονομικούς παράγοντες, ενώ η πραγματικότητα και η γνώση γίνονται αντιληπτές υπό το πρίσμα αυτών των παραγόντων. Υπάρχει αλληλεπίδραση μεταξύ του ερευνητή και του υποκειμένου της έρευνας, και πάλι με στόχο τη διερεύνηση των παραγόντων και των μηχανισμών που δημιουργούν την πραγματικότητα, προκειμένου να καταλήξουμε σε ένα σχέδιο αλλαγής. Ο τρόπος με τον οποίο διεξάγεται η έρευνα είναι μέσω ενεργού διαλόγου και ερωτήσεων, δίνοντας στους συμμετέχοντες φωνή και δίνοντάς τους τη δυνατότητα να επιφέρουν την επιθυμητή αλλαγή (Μαντζούκας, 2007; Μαντζούκας, 2021; Al-Saadi & Hashil, 2014).

Στην συγκεκριμένη έρευνα ακολουθήθηκε η προσέγγιση της Μετα- ή Νεο-Θετικιστικής Επιστημολογίας. Με βάση την ανθρώπινη εμπειρία και παρατήρηση, οι ασθενείς είναι φυσικά αντικειμενικοί στην αντίληψη της πραγματικότητας, αλλά ταυτόχρονα δεν μπορούν να κατανοήσουν και να αναγνωρίσουν πλήρως αυτή την πραγματικότητα, επειδή η ανθρώπινη γνωστική ικανότητα είναι περιορισμένη και τα φαινόμενα είναι πολυεπίπεδα (Μαντζούκας, 2003).

4.2. Μεθοδολογία

Υπάρχουν δύο κύριες μεθοδολογικές φιλοσοφίες έρευνας: η Ποσοτική και η Ποιοτική. Στην πρώτη, οι ερευνητές συλλέγουν αντικειμενικά αριθμητικά δεδομένα για τα φαινόμενα και τα μετατρέπουν σε στατιστικές πληροφορίες. Εξάγουν συμπεράσματα για να μετρήσουν και να ποσοτικοποιήσουν το φαινόμενο της μελέτης συγκρίνοντας διαφορετικές μεταβλητές. Αντίθετα, στην ποιοτική έρευνα, ο ερευνητής χρησιμοποιεί εμπειρίες ανθρώπων που έχουν να κάνουν με καθημερινότητα τους, με σκοπό να απαντήσει σε ερωτήματα όπως "πώς" και "γιατί" (Μαντζούκας, 2015).

Και οι δύο τύποι έρευνας, παρότι η μεθοδολογική τους αρχή είναι όμοια, έχουν διαφορές ως προς το πλαίσιο τους, το θέμα της έρευνας, τη δομή των ερωτήσεων, το σχεδιασμό αλλά και τη μορφολογία των δεδομένων που έχουν συλλεχθεί. Η ποσοτική έρευνα έχει ως βάση την πρόγνωση, ενώ η ποιοτική την περιγραφή (Mantzoukas, 2008). Τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιούνται στην ποσοτική έρευνα είναι κλειστού τύπου, ενώ εκείνα που χρησιμοποιούνται στην ποιοτική έρευνα είναι ανοικτού τύπου. Ενώ η ποσοτική έρευνα

συλλέγει αριθμητικά δεδομένα, όπως εξηγήθηκε παραπάνω, η ποιοτική έρευνα συλλέγει δεδομένα κειμένου μετά από συνεντεύξεις (Γαλάνης, 2017).

Μια σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο τύπων έρευνας είναι ο σχεδιασμός που διακατέχει την κάθε μία. Η ποσοτική έρευνα ακολουθεί ένα αυστηρό σχεδιασμό της έρευνας με συγκεκριμένο πρωτόκολλο χωρίς την δυνατότητα απόκλισης από αυτό, σε σχέση με την ποιοτική όπου ο σχεδιασμός διαμορφώνεται και αναπλάθεται αναλόγως της περίπτωσης. (Γαλάνης, 2017).

Οι ερευνητικές μεθοδολογίες έχουν στενή σχέση με την επιστημονική γνώση ενώ η απουσία κάποιου βασικού θεωρητικού παραδείγματος, σε συνδυασμό με την πλημμυρίδα των ερευνητικών μεθοδολογιών, αποτελεί μείζον πρόβλημα εδώ και πολλά χρόνια, καθώς η επιστημονική κοινότητα δεν μπόρεσε να συμφωνήσει σε έναν τρόπο (μεθοδολογία) για να συνδέσει την έρευνα με την επέκταση της γνώσης. Αυτές οι δύο αντικρουόμενες απόψεις της πραγματικότητας οδήγησαν σε δύο φαινομενικά ασύμβατες πρακτικές, γνωστές ως "ποσοτική" και "ποιοτική" προσέγγιση. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι στον τομέα αυτό έχουν γίνει αποτελεσματικότερες προσπάθειες να απαντηθούν ερωτήματα εγκυρότητας, αξιοπιστίας και γενίκευσης. Η ανάπτυξη της "ποσοτικής" προσέγγισης στηρίζεται κυρίως σε μαθηματική και στατιστική γνώση (Μαντζούκας, 2007). Ως εκ τούτου, το κύριο μειονέκτημα της "ποιοτικής" προσέγγισης, το οποίο επηρεάζει την αξιοπιστία των αποτελεσμάτων, είναι ότι δεν μπορεί να απαντήσει σε ερωτήματα που σχετίζονται με την τυχαιοποίηση και τη γενίκευση, τα οποία μπορούν να αντιμετωπιστούν μόνο μέσω της στατιστικής σκέψης.

Στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκε ποσοτική διερεύνηση, δηλαδή μία συγχρονική μελέτη παρατήρησης, για τη συλλογή δεδομένων και οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν για τον σκοπό της μελέτης, υπέγραψαν έντυπο συγκατάθεσης και συμπλήρωσαν ερωτηματολόγιο. Ο κύριος στόχος του ερευνητή ήταν να συλλέξει τα δεδομένα με αντικειμενικό τρόπο και να τα μετατρέψει σε αριθμούς και ποσοστά για σύγκριση και εξαγωγή συμπερασμάτων. Η φιλοσοφική προσέγγιση που επιλέχθηκε συμπίπτει με τη θέση της επιστημολογικής και οντολογικής πραγματικότητας του ερευνητή, η οποία είναι Μετα- ή Νεο- Θετικιστική, καθώς αναγνωρίζει την ύπαρξη μιας "αντικειμενικής" πραγματικότητας που μπορεί να αναγνωριστεί μόνο σε κάποιο βαθμό λόγω της περιορισμένης ανθρώπινης γνωστικής ικανότητας (Γαλάνης, 2017). Το είδος της δειγματοληψίας που χρησιμοποιήθηκε είναι η δειγματοληψία ευκολίας, η οποία χρησιμοποιεί όλα τα διαθέσιμα υποκείμενα.

4.3. Δειγματοληπτική τεχνική

Αφού καθοριστεί η ποσοτική μεθοδολογία, στην συνέχεια γίνεται η επιλογή του δείγματος και έλεγχος της καταλληλότητάς του, καθώς και η τεχνική που θα ακολουθηθεί για την δειγματοληψία. Στην ποιοτική έρευνα, η δειγματοληψία θα πρέπει να είναι σύμφωνη με τις αρχές της επάρκειας και της εγκυρότητας και δεν απαιτείται το δείγμα να είναι αντιπροσωπευτικό και μικρό. Στην ποσοτική έρευνα, από την άλλη πλευρά, τα χαρακτηριστικά του ερευνητικού δείγματος καθορίζονται σαφώς από την αρχή της ερευνητικής διαδικασίας και είναι πλήρως αντιπροσωπευτικά (Mantzoukas, 2008). Οι κύριες μέθοδοι δειγματοληψίας που χρησιμοποιούνται συνήθως από ερευνητές στην καθημερινή πρακτική είναι οι εξής :

1. Δειγματοληψία Πιθανοτήτων:

- i. *Απλή Τυχαιοποιημένη Δειγματοληψία*: κάθε στοιχείο του υπό εξέταση πληθυσμού-στόχου έχει την ίδια πιθανότητα να ανήκει στο ερευνητικό δείγμα.
- ii. *Συστηματική Τυχαία Δειγματοληψία*: οι ασθενείς του δείγματος επιλέγονται από έναν κατάλογο, οπότε δεν έχουν όλοι την ίδια πιθανότητα να επιλεγούν.
- iii. *Στρωματοποιημένη Τυχαία Δειγματοληψία*: Εδώ η διαδικασία επιλογής διαιρεί το υπό μελέτη σύνολο σε υποομάδες (στρώματα) και επιλέγει δείγματα από το υποσύνολο που προκύπτει.
- iv. *Δειγματοληψία Κατά Συστάδες - Δειγματοληψία Πολλαπλών Σταδίων*: Το υπό εξέταση δείγμα διαιρείται σε υποσύνολα, τα οποία στη συνέχεια γίνεται ομαδοποίηση αυτών σε ομάδες με ετερογένεια, όπου επιλέγεται ένα τυχαίο δείγμα.
- v. *Τυχαιοποιημένη Ανάθεση ανά Ομάδες*: οι ασθενείς του δείγματος κατανέμονται τυχαία σε ομάδες.

2. Δειγματοληψία Μη Πιθανοτήτων:

- i. *Δειγματοληψία Ευκολίας ή Τυχαία Δειγματοληψία*: Το δείγμα μελέτης συνήθως αφορά δείγμα ασθενών που είναι εύκολα προσβάσιμοι και είναι διαθέσιμοι.
- ii. *Δειγματοληψία Χιονοστιβάδα*: Σε αυτή την προσέγγιση, το τελικό δείγμα δημιουργείται με την αξιοποίηση των κοινωνικών δικτύων της αρχικά επιλεγμένης ομάδας.

- iii. *Δειγματοληψία Κατά Τεκμήρια:* Το πρώτο στάδιο αυτής της τεχνικής περιλαμβάνει το σχηματισμό γενικών ομάδων και την επιλογή ίσου αριθμού συμμετεχόντων από κάθε ομάδα για τη λήψη του τελικού δείγματος.
- iv. *Κατευθυνόμενη Δειγματοληψία:* Σε αυτή την τεχνική, ένα ιδιαίτερο συγκεκριμένο χαρακτηριστικό της ομάδας προκαλεί την επιλογή του τελικού δείγματος (Γαλάνης, 2017).

Το δείγμα μελέτης που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα έρευνα ανήκει στις τεχνικές δειγματοληψίας χωρίς πιθανότητα, με χρήση της σκόπιμης δειγματοληψίας. Το δείγμα μελέτης επιλέχθηκε λόγω της εγκυρότητας και της ευκολίας του. Οι ασθενείς που νοσηλεύτηκαν με ΚΑ στο Γενικό Νοσοκομείο Αγρινίου κατά την περίοδο μεταξύ Ιανουαρίου 2023 και Ιουνίου 2023 αποτελούν το δείγμα της έρευνας για την παρούσα μελέτη. Η δειγματοληπτική τεχνική που χρησιμοποιήθηκε είναι η δειγματοληπτική τεχνική μη πιθανοτήτων και πιο συγκεκριμένα η δειγματοληψία ευκολίας, αφού δεν απαιτεί ιδιαίτερο χρόνο, είναι σχετικά εύκολη στη χρήση και δεν κοστίζει. Η δειγματοληψία ευκολίας είναι μια εξαιρετικά απλή, γρήγορη και χαμηλού κόστους μέθοδος δειγματοληψίας. Το μέγεθος του δείγματος ορίστηκε σε τουλάχιστον 100, ενώ το τελικό σύνολο των ασθενών που συμπλήρωσαν ολοκληρωμένα και ορθά το ερωτηματολόγιο ήταν 140 ασθενείς. Τα αποτελέσματα καταγράφηκαν, επεξεργάστηκαν και συγκρίθηκαν με σχετικές διεθνείς μελέτες για να διαπιστωθεί η χρησιμότητα αυτής της προσέγγισης στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών με ΚΑ σε σχέση με το οικογενειακό και κοινωνικό τους περιβάλλον.

4.4. Κριτήρια Αποδοχής και Αποκλεισμού του Δείγματος

Στα κριτήρια αποδοχής και αποκλεισμού του δείγματος, βασικός παράγοντας ήταν να συμπεριληφθούν άτομα με τα επιθυμητά χαρακτηριστικά και πληροφορίες για το υπό μελέτη θέμα, προκειμένου να δοθούν έγκυρες και αξιόπιστες απαντήσεις στο ερευνητικό ερώτημα. Τα κριτήρια που καθορίστηκαν για το υπό μελέτη δείγμα είναι αρχικά, για την επιλογή των ασθενών (δείγμα) που θα συμμετείχαν στη διεξαγωγή της παρούσας μελέτης, με σκοπό όλοι οι ασθενείς να πληρούν τις απαραίτητες απαιτήσεις για τη διεξαγωγή της ερευνητικής μελέτης έτσι ώστε να εξάγουμε όσο το δυνατόν πιο έγκυρα και αξιόπιστα αποτελέσματα. Προκειμένου να συμπεριληφθούν στην μελέτη, όλοι οι ασθενείς πρέπει να πάσχουν από τη

νόσο ή το σύνδρομο της ΚΑ. Η μελέτη διεξήχθη στο Γενικό Νοσοκομείο Αγρινίου, με άτομα ηλικίας 18 ετών και άνω που ήταν πρόθυμα να συμμετάσχουν στη μελέτη, ανεξαρτήτως φύλου. Το μέγεθος του δείγματος καθορίστηκε εξαρχής από τον ερευνητή, ώστε να διασφαλιστεί ότι ήταν αντιπροσωπευτικό και επαρκές για την εξαγωγή σαφών αποτελεσμάτων. Όσο μεγαλύτερο είναι το δείγμα που χρησιμοποιεί ένας ερευνητής τόσο πιο αξιόπιστα αποτελέσματα θα μπορέσει να εξάγει.

4.5. Περιγραφή του Δείγματος

Σε αυτή την ποσοτική μελέτη συμμετείχαν 140 ασθενείς με ΚΑ, 75 άνδρες και 65 γυναίκες, ηλικίας 18 ετών και άνω, που ζούσαν σε πόλη ή χωριό της ευρύτερης περιοχής του Αγρινίου και νοσηλεύτηκαν με κάποιο σύνδρομο ΚΑ στο Γενικό Νοσοκομείο Αγρινίου κατά την περίοδο μεταξύ Ιανουαρίου 2023 και Ιουνίου 2023. Το υπό μελέτη δείγμα που συμπεριλήφθηκε στην έρευνα πληρούσε όλα τα απαραίτητα κριτήρια για την εξαγωγή αξιόπιστων αποτελεσμάτων. Όλοι οι ασθενείς ενημερώθηκαν για την ανωνυμία των στοιχείων τους και δέχτηκαν να συμπληρώσουν τα απαραίτητα ερωτηματολόγια και να τα επιστρέψουν, ώστε να χρησιμοποιήσουμε τις απαιτούμενες πληροφορίες τους για την εξαγωγή των αποτελεσμάτων.

4.6. Περιγραφή του Χώρου

Η διανομή των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε σε συγκεκριμένα σημεία του νοσοκομείου, είτε στην καρδιολογική κλινική όπου εισήχθησαν οι ασθενείς είτε σε ένα τακτικό εξωτερικό ιατρείο, όπου οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο μόνοι τους σε ένα ήσυχο περιβάλλον. Η μέθοδος αυτή επιτρέπει τη συμπλήρωση μεγάλου αριθμού ερωτηματολογίων σε σύντομο χρονικό διάστημα και η δυνατότητα ανωνυμίας μειώνει την πιθανότητα ψευδών απαντήσεων. Από την άλλη πλευρά, τα μειονεκτήματα περιλαμβάνουν το γεγονός ότι πολλοί ασθενείς φεύγουν, τα ερωτηματολόγια συχνά δεν επιστρέφονται και όσα επιστρέφονται δεν είναι πλήρως συμπληρωμένα.

4.7. Μέθοδος Συλλογής των Δεδομένων

Οι έρευνες πραγματοποιούνται ώστε να διερευνηθούν συστηματικά τα προβλήματα που υπάρχουν και να αυξηθούν οι γνώσεις των ανθρώπων. Ωστόσο, ανεξαρτήτως του σκοπού της έρευνας ή των ερωτήσεων που τίθενται, οφείλεται να γίνει η συλλογή των δεδομένων ώστε να λάβουν απαντήσεις τα ερωτήματα. Η δειγματοληψία αποτελείται από τεχνικές μεθοδολογίας που μειώνουν τον όγκο στα δεδομένα που πρέπει να συλλεχθούν, λαμβάνοντας υπόψη δεδομένα από ένα μόνο μέρος της υπό μελέτη περίπτωσης. Οι απαντήσεις στις ερωτήσεις της έρευνας μπορεί να μην είναι πάντα ακριβείς. Τα σφάλματα που σχετίζονται με αυτές μπορεί να προκύψουν από την καταλληλότητα για το σκοπό, ενώ η χρήση διαφόρων διαδικασιών μπορεί να μειώσει κάποια από τα σφάλματα που θα προκύψουν (Kabir, 2016). Αφού οριστικοποιηθεί η επιλογή της κατάλληλης τεχνικής δειγματοληψίας, καθορίζεται η καταλληλότερη μέθοδος συλλογής δεδομένων. Ο όρος αυτός χρησιμοποιείται για να περιγράψει μια συστηματική, προκαθορισμένη μέθοδο συλλογής πληροφοριών σχετικών με μια μελέτη σε εξέλιξη. Η συνηθέστερη μέθοδος συλλογής δεδομένων στις ποσοτικές ερευνητικές προσεγγίσεις είναι τα ερωτηματολόγια, τα οποία στη συνέχεια αναλύονται μέσω στατιστικής επεξεργασίας των δεδομένων. Χρησιμοποιούνται συχνά ως μέρος μιας ερευνητικής στρατηγικής για τη συλλογή περιγραφικών και επεξηγηματικών δεδομένων σχετικά με απόψεις, θέσεις, συμπεριφορές, χαρακτηριστικά και στάσεις. Αν και υπάρχουν διάφοροι ορισμοί, χρησιμοποιείται ο όρος ερωτηματολόγιο ως γενικός όρος που περιλαμβάνει μεθόδους συλλογής για τα δεδομένα, στις οποίες οι ερωτώμενοι απαντούν σε ερωτήσεις του ίδιου συνόλου, έχοντας ερωτήσεις προκαθορισμένης σειράς (Sutton & Austin, 2015).

Προκειμένου να εξάγουμε έγκυρα και αξιόπιστα αποτελέσματα, ένα ερωτηματολόγιο πρέπει να έχει σωστά δομημένες ερωτήσεις, όπως είναι τα απαραίτητα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος, ώστε να μπορούν να εντοπιστούν τάσεις και χαρακτηριστικά συγκεκριμένων ομάδων μέσω συσχετίσεων μεταξύ μεταβλητών (Creswell, 2014). Οι ερωτήσεις που περιλαμβάνονται στο ερωτηματολόγιο μπορούν να κατηγοριοποιηθούν ως εξής: i) Κλειστές: σε αυτή την προσέγγιση, οι συμμετέχοντες πρέπει να απαντήσουν σε κάθε ερώτηση με προκαθορισμένες, κωδικοποιημένες επιλογές. ii) Ανοιχτές: σε αυτή την περίπτωση, οι συμμετέχοντες μπορούν να αναπτύξουν τις απαντήσεις τους χωρίς να επηρεάζονται από τις προκαθορισμένες επιλογές (Doody & Bailey, 2016).

Η αξιοπιστία και η εγκυρότητα του εργαλείου μέτρησης είναι ζωτικής σημασίας για να

εξασφαλιστεί ότι η μελέτη παρέχει ακριβή αποτελέσματα. Ο τύπος αξιοπιστίας και εγκυρότητας που διέπει το εργαλείο μέτρησης θα πρέπει επίσης να αναφέρεται κατά την αναφορά ή την παρουσίαση της ερευνητικής μελέτης. Τα αποτελέσματα τέτοιων μελετών παρέχουν σημαντικά στοιχεία που αναγνωρίζονται ως τεκμηριωμένα και μπορούν να χρησιμοποιηθούν κατάλληλα (Farrugia et al., 2010).

Το δείγμα της μελέτης αποτελούνταν από ασθενείς με ΚΑ. Οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν για τον σκοπό και τους στόχους της μελέτης και διαβεβαιώθηκαν για την ανωνυμία και την εμπιστευτικότητα των προσωπικών τους δεδομένων. Οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να συμπληρώσουν ένα ανώνυμο ερωτηματολόγιο. Το πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου περιλάμβανε κοινωνικό-δημογραφικά στοιχεία όπως ηλικία, επάγγελμα, οικονομική και οικογενειακή κατάσταση και επίπεδο εκπαίδευσης. Το δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου περιλάμβανε εργαλεία μέτρησης της ποιότητας ζωής.

1. Ερωτηματολόγιο Κοινωνικοδημογραφικών Στοιχείων

Το ερωτηματολόγιο περιλάμβανε ερωτήσεις σχετικά με κοινωνικό-δημογραφικά δεδομένα όπως η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, τα αδέρφια, τα παιδιά, το επίπεδο εκπαίδευσης, το επάγγελμα, ο τόπος διαμονής, το φύλο, το ιστορικό ΚΑ.

2. Ερωτηματολόγιο Επισκόπησης της Υγείας

Σύμφωνα με τον Ware (1992) το ερωτηματολόγιο SF36 στοχεύει στην μέτρηση οκτώ διαστάσεων της ποιότητας ζωής που πιο συγκεκριμένα είναι: η φυσική λειτουργικότητα [Physical Functioning (PF)], οι διαστάσεις του Φυσικού ρόλου [Role Physical (RP)], φυσικού πόνου [Bodily Pain (BP)], της γενικής υγείας [General Health (GH)], όπως επίσης και της ζωτικότητας [Vitality (VT)], της κοινωνικής λειτουργικότητας [Social Functioning (SF)], της ψυχικής υγείας [Mental Health (MH)] και του συναισθηματικού ρόλου [Role Emotional (RE)]. Το ερωτηματολόγιο υγείας SF-36 αναπτύχθηκε από τον Ware το 1992 για να επιτύχει τα ψυχομετρικά κριτήρια που απαιτούνται για τη σύγκριση των επιπέδων υγείας μεταξύ διαφορετικών πληθυσμών, μεταξύ υγιών και ασθενών κατηγοριών ανθρώπων ή μεταξύ διαφορετικών θεραπειών για διαφορετικές κατηγορίες ασθενών. Οι 36 ερωτήσεις για την υγεία αντιπροσωπεύουν γενικές καταστάσεις υγείας που δεν είναι ειδικές για ασθένειες ή θεραπείες και αποτελούνται από οκτώ κλίμακες των δύο έως δέκα ερωτήσεων η καθεμία: α) σωματική λειτουργικότητα, β) σωματική κατάσταση, γ) σωματικός πόνος, δ) γενική υγεία, ε)

ζωτικότητα, στ) κοινωνική λειτουργικότητα, ζ) συναισθηματική κατάσταση και η) ψυχική υγεία (Ware, 1992). Αυτές οι οκτώ υποκλίμακες αποτελούν τη συνοπτική κλίμακα δύο γενικών κλιμάκων, της κλίμακας σωματικής υγείας και της κλίμακας ψυχικής υγείας. Η έρευνα SF-36 Health Survey έχει σχεδιαστεί για άτομα ηλικίας 14 ετών και άνω και είναι κατάλληλη για αυτοχορήγηση μέσω προσωπικής συνέντευξης ή μέσω τηλεφώνου. Το SF-36 χρησιμοποιείται σε έρευνες ποιότητας ζωής του γενικού πληθυσμού στην Ευρώπη και τις ΗΠΑ. Η συμπλήρωσή του διαρκεί συνήθως 5-10 λεπτά και έχει πολύ υψηλή αξιοπιστία και εγκυρότητα (Gandek et al., 2004). Το SF-36 είναι κατάλληλο για αυτοχορήγηση, συνέντευξη ή τηλεφωνική συμπλήρωση και έχει την αξιοπιστία και εγκυρότητα που χρησιμοποιείται σε έρευνες ποιότητας ζωής στον γενικό πληθυσμό. Το SF-36 έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως σε έρευνες στον γενικό πληθυσμό και σε ομάδες ασθενών. Είναι ένα αξιόπιστο εργαλείο που μπορεί να προσεγγίσει τις βασικές διαστάσεις της ποιότητας ζωής και να αξιολογήσει τα αποτελέσματα διάφορων ιατρικών θεραπειών (Açma, Carrat & Hejblum, 2022).

4.8. Ηθική της Έρευνας

Όλες οι νοσηλευτικές ερευνητικές δραστηριότητες πρέπει να διεξάγονται με αυστηρή τήρηση του Κώδικα Νοσηλευτικής Δεοντολογίας. Αυτός ο κώδικας δεοντολογίας είναι ανθρωποκεντρικός και καθοδηγείται από τις ηθικές αρχές που περιγράφονται στη Σύμβαση του Ελσίνκι, με απώτερο στόχο την προστασία των ευαίσθητων προσωπικών πληροφοριών των συμμετεχόντων.

1. *Συναίνεση μετά από ενημέρωση*: Η συμμετοχή σε οποιαδήποτε ερευνητική δραστηριότητα πρέπει να είναι εθελοντική και απαιτεί την πλήρη συναίνεση του συμμετέχοντα. Βασικό στοιχείο είναι ότι οι συμμετέχοντες πρέπει να έχουν μία ολοκληρωμένη και πλήρη ενημέρωση. Τα ενημερωτικά δελτία που σχετίζονται με την παρούσα έρευνα και, τόσο τους ερευνητές όσο και τους συμμετέχοντες, είναι απαραίτητα για να αποκτήσουν οι ερευνητές καλή φήμη. Επίσης, πρέπει να είναι πλήρως ενημερωμένοι για τυχόν κινδύνους που μπορεί να υπάρξουν και για όλα τα στάδια των διαδικασιών. Οι ερευνητές θα πρέπει επίσης να απαντούν στις ερωτήσεις των συμμετεχόντων. Οι συμμετέχοντες μπορούν να αποσυρθούν από τη συμμετοχή τους σε οποιοδήποτε στάδιο της ερευνητικής διαδικασίας, αν θεωρήσουν ότι εκτίθενται κατά οποιοδήποτε τρόπο, υπογράφοντας στο τέλος ένα έντυπο συγκατάθεσης.

2. *Ανωνυμία*: Η ταυτότητα του υπο μελέτη δείγματος που θα συμμετέχει, κωδικοποιείται, αποτελώντας απαραίτητη προϋπόθεση για την προστασία των προσωπικών τους δεδομένων. Αφού πραγματοποιηθεί η κωδικοποίηση, τα δεδομένα ταυτότητας των συμμετεχόντων θα πρέπει να αποθηκεύονται χωριστά από όλα τα υπόλοιπα δεδομένα της έρευνας. Η ανωνυμία μπορεί να αρθεί μόνο κατόπιν γραπτού αιτήματος του συμμετέχοντα.

3. *Εμπιστευτικότητα*: Η προστασία των δικαιωμάτων και των συμφερόντων του υπο μελέτη δείγματος που λαμβάνει μέρος στην έρευνα, διαδραματίζει βασικό και πρωταρχικό ρόλο για τον ερευνητή. Με την τήρηση του απορρήτου των πληροφοριών, την προστασία της ιδιωτικής ζωής και τη δημιουργία ενός περιβάλλοντος εμπιστοσύνης, προστατεύεται η αυτονομία των συμμετεχόντων (Kaye, 2020).

Δεδομένου ότι υπάρχει έστω και μια μικρή πιθανότητα να μην μπορεί να διασφαλιστεί η ανωνυμία και η εμπιστευτικότητα στο πλαίσιο της έρευνας, είναι απαραίτητο οι συμμετέχοντες να ενημερώνονται αμέσως εγγράφως, ώστε να μπορούν να διευκρινίσουν αν επιθυμούν να συνεχίσουν. Ο τερματισμός της εμπιστευτικότητας ισχύει μόνο σε περίπτωση παραπτώματος. Σύμφωνα με τις βασικές αρχές δεοντολογίας που εγγυώνται την απόλυτη προστασία των συμμετεχόντων κατά τη διάρκεια της ερευνητικής διαδικασίας, πρέπει να συντάσσεται και να υπογράφεται από τον συμμετέχοντα έντυπο συγκατάθεσης μετά από επεξήγηση με τον ερευνητή (Fischer, 2006). Η έγκριση για τη διεξαγωγή της μελέτης ελήφθη στη συνέχεια από το Επιστημονικό Συμβούλιο του Γενικού Νοσοκομείου Αγρινίου. Επιπλέον, έγινε λεπτομερής ενημέρωση όλων όσων συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα, τόσο για τον σκοπό όσο και τον στόχο της έρευνας, ενώ διασφαλίστηκε η ανωνυμία, οι προσωπικές τους πληροφορίες και προσωπικές απαντήσεις, ενώ επιφυλάχθηκαν του δικαιώματος να αποσυρθούν οποιαδήποτε στιγμή.

4.9. Μέθοδος Ανάλυσης Δεδομένων

Η ανάλυση δεδομένων έχει να κάνει με την επεξεργασία των δεδομένων που συλλέχθηκαν προκειμένου να αποκτήσουν αξία στον κόσμο της έρευνας και να παράσχουν νέες πληροφορίες για την απάντηση στο υπό διερεύνηση ερευνητικό ερώτημα (Μαντζούκας, 2007).

Μετά τη συλλογή των ερωτηματολογίων, χρησιμοποιήθηκαν περιγραφικά στατιστικά μέτρα, όπως ο μέσος όρος και η τυπική απόκλιση για τις απαντήσεις των ασθενών, προκειμένου να αναλυθούν και να περιγράψουμε τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος. Στη συνέχεια έγιναν συγκρίσεις μεταξύ των τιμών του δείγματος ανδρών και γυναικών- οι συγκρίσεις των δύο κατανομών έγιναν με τη χρήση t-tests, Pearson's χ^2 test και το ANOVA test. Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του SPSS για τα περιγραφικά χαρακτηριστικά των μεταβλητών, τη σύγκριση ποσοτικών και κατηγορικών μεταβλητών και τη συσχέτιση τους. Οι διαφορές, όλων των δεικτών της παρούσας μελέτης παρουσίασαν στατιστική σημαντικότητα με όταν το $p < 0,05$.

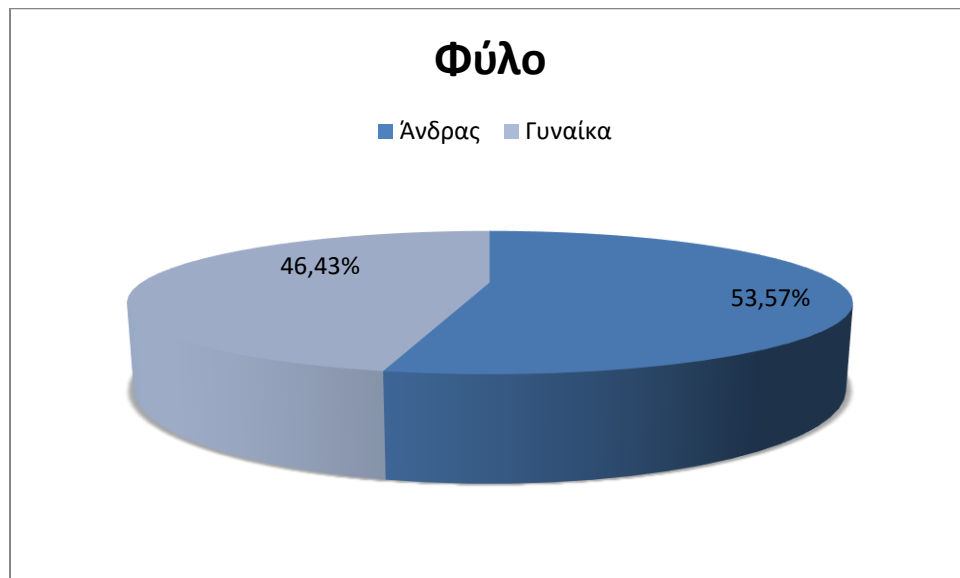
Το SPSS (Statistical Package for Social Sciences) είναι ένα στατιστικό πακέτο που χρησιμοποιείται από πολλούς ερευνητές λόγω του ότι είναι ιδιαίτερα αξιόπιστο και παρέχει πολλές δυνατότητες για την επεξεργασία και παρουσίαση των δεδομένων μιας επιστημονικής έρευνας. Οι ερευνητές με τη χρήση του SPSS μπορούν να διαχειριστούν μεγάλο όγκο δεδομένων και στατιστικών αναλύσεων μέσω του περιβάλλοντος του διαχειρίζεται το πακέτο αυτό.

Κεφάλαιο 5^ο : Αποτελέσματα της Έρευνας

5.1 Παρουσίαση των Στατιστικών και Ανάλυση Δεδομένων

Από το συνολικό δείγμα παρατηρείται ότι: 75 (53,57%) ήταν άνδρες και οι υπόλοιποι 65 (46,43%) ήταν γυναίκες (Διάγραμμα 1). Επιπλέον, 88 (63,0%) ήταν παντρεμένοι, 9 (6,42%) ήταν διαζευγμένοι (Διάγραμμα 2), 98 (70,0%) ζούσαν σε χωριό/κωμόπολη, 7 (5,0%) ζούσαν σε πόλη με πληθυσμό 150.000 και άνω, 47 (33,58%) ήταν απόφοιτοι πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης και 1 (0,71%) είχε ολοκληρώσει μεταπτυχιακές σπουδές (Διάγραμμα 3). Όσον αφορά το επάγγελμα, 114 ερωτηθέντες (81,43%) δήλωσαν ότι ήταν συνταξιούχοι, 17 (12,14%) ότι η ασχολία τους ήταν τα οικιακά και 6 (4,29%) ήταν δημόσιοι υπάλληλοι (Διάγραμμα 4). Οι περισσότεροι δεν κατέγραψαν το επάγγελμά τους, αν και ορισμένοι δήλωσαν ότι ήταν υπάλληλοι τραπεζής (20 ερωτηθέντες), κτηνοτρόφοι και αγρότες (16 και 21 ερωτηθέντες αντίστοιχα). Είναι ενδιαφέρον ότι κανένας δεν απάντησε ότι ήταν άνεργος ή

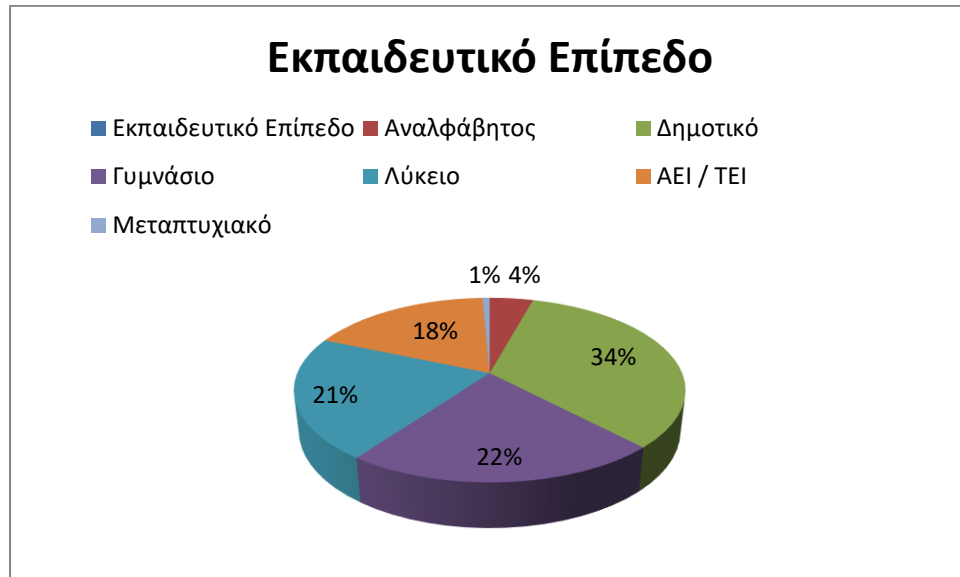
αυτοαπασχολούμενος (Πίνακας 2).



Διάγραμμα 1: Γραφική Απεικόνιση του Δείγματος σε σχέση με το Φύλο



Διάγραμμα 2: : Γραφική Απεικόνιση των ποσοστών επι τις % του Φύλου του Δείγματος σε σχέση με την Οικογενειακή Κατάσταση των ασθενών.



Διάγραμμα 3: Γραφική Απεικόνιση του Δείγματος σε σχέση με το Εκπαιδευτικό Επίπεδο



Διάγραμμα 4: : Γραφική Απεικόνιση του Δείγματος σε σχέση με την Επαγγελματική Κατάσταση

Κοινωνικά & Δημογραφικά Στοιχεία		
	N	%
Φύλο		
Ανδρας	75	53,57%
Γυναίκα	65	46,43%
Οικογενειακή Κατάσταση		
Άγαμος	13	9,20%
Έγγαμος	88	63,00%
Διαζευγμένος	9	6,42%
Χήρος	30	21,42%
Τόπος Διαμονής		
Χωριό / Κωμόπολη	98	70%
Πόλη <150.000 κατ.	35	25%
Πόλη >150.000 κατ.	7	5%
Εκπαιδευτικό Επίπεδο		
Αναλφάβητος	6	4,29%
Δημοτικό	47	33,58%
Γυμνάσιο	31	22,14%
Λύκειο	30	21,42%
ΑΕΙ / ΤΕΙ	25	17,86%
Μεταπτυχιακό	1	0,71%
Επαγγελματική Κατάσταση		
Οικιακά	17	12,14%
Ιδιωτικός Υπάλληλος	3	2,14%
Δημόσιος Υπάλληλος	6	4,29%
Συνταξιούχος	114	81,43%
Άνεργος	0	0%
Αυτοαπασχολούμενος	0	0%
Σύνολο (N)	140	100%

Πίνακας 2: Κοινωνικοδημογραφικά Στοιχεία Δείγματος

Σύμφωνα με τον Πίνακα 3 προκύπτει ότι το 69 (49,28%) του συνόλου των συμμετεχόντων

δήλωσαν ότι παρείχαν οικονομική βοήθεια στα παιδιά τους, ενώ 22 (15,72%) δήλωσαν ότι δεν έχουν παιδιά. Άλλοι 116 συμμετέχοντες (82,86%) δήλωσαν ότι δεν παρείχαν οικονομική βοήθεια στα παιδιά, τα αδέρφια ή τους γονείς τους, ενώ μόνο ένας συμμετέχων (0,71%) δήλωσε ότι παρείχε. Τέλος, 110 ερωτηθέντες (78,58%) δήλωσαν ότι τα παιδιά, τα αδέρφια ή οι γονείς τους δεν τους βοηθούσαν οικονομικά, ενώ οκτώ ερωτηθέντες (5,7%) δήλωσαν ότι τους βοηθούσαν. Όταν ερωτήθηκαν εάν έχουν εξοχικό, εάν νοικιάζουν σπίτι και εάν έχουν πατρικό στο χωριό, 105 (75,0%) δήλωσαν ότι δε νοικιάζουν σπίτι, 15 (10,71%) απάντησαν πως πληρώνουν ενοίκιο, 20 (14,29%) άτομα δεν απάντησαν καθόλου, 109 (78,0%) δήλωσαν πως δεν έχουν εξοχικό, ενώ 31 (22,0%) δήλωσαν πως έχουν. Τέλος, 95 (68,0%) δήλωσαν ότι έχουν πατρικό στο χωριό, ενώ 45 (32,0%) πως δεν έχουν.

Οικονομική Υποστήριξη		
	N	%
Βοηθάτε οικονομικά τα παιδιά σας;		
Ναι	69	49,28%
Όχι	49	35,00%
Δεν έχω	22	15,72%
Βοηθάτε οικονομικά τα αδέρφια σας ή τους γονείς σας;		
Ναι	1	0,71%
Όχι	116	82,86%
Μερικές φορές	23	16,43%
Σας βοηθούν οικονομικά οι γονείς, τα αδέρφια ή τα παιδιά σας;		
Ναι	8	5,71%
Όχι	110	78,58%
Μερικές φορές	22	15,71%
Σύνολο	140	100%

Πίνακας 3: Οικονομική Υποστήριξη Ασθενών με ΚΑ

Οι ερωτήσεις που φαίνονται στον Πίνακα 4 εμφανίζουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον διότι οι περισσότεροι ερωτηθέντες δεν επέλεξαν να τις απαντήσουν. Όλοι απάντησαν στο αν έχουν

αδέρφια, 88 άτομα μόνο απάντησαν στο πόσα, 69 αν έχουν αδερφές, 60 εάν έχουν αδερφούς, 44 ποια είναι η σειρά γέννησης τους και 65 εάν έχουν καλές σχέσεις με τα αδέρφια τους. Από τους 98 συμμετέχοντες (78,0%) που δήλωσαν ότι είχαν αδέρφια, 38 (38,78%) είχαν "ένα", και μόνο 3 (3,06%) είχαν "έξι" αδέρφια. Από τους 88 συμμετέχοντες που δήλωσαν ότι είχαν αδέρφια, και σχετικά με το αν είχαν ή όχι αδελφές, 13 (13,26%) δήλωσαν ότι δεν είχαν καμία και 56 (57,14%) δήλωσαν ότι είχαν, 20 είχαν μία αδελφή και 3 είχαν έξι αδελφές. Από τους 88 συμμετέχοντες που δήλωσαν ότι είχαν αδέρφια, και όσον αφορά την ύπαρξη αδελφών, 10 άτομα (10,20%) δήλωσαν ότι δεν είχαν αδελφούς και 50 άτομα (51,02%) δήλωσαν ότι είχαν αδελφό, 25 δήλωσαν ότι είχαν έναν αδελφό και 16 ότι είχαν δύο αδελφούς. Ακόμη, από τους 88 συμμετέχοντες που δήλωσαν ότι είχαν αδέρφια, 20 (20,41%) δήλωσαν ότι ήταν οι πρωτότοκοι και μόνο δύο (2,04%) δήλωσαν ότι ήταν οι τέταρτοι. Εντούτοις, 55 άτομα (56,12%) δήλωσαν ότι είχαν καλές σχέσεις με τα αδέρφια τους, ενώ δύο άτομα (2,04%) δήλωσαν ότι δεν είχαν καλές σχέσεις. Ταυτόχρονα, οι 102 (72,86%) δήλωσαν ότι έχουν καλή σχέση με τα παιδιά τους, ενώ οι 101 (72,14%) ότι έχουν καλές σχέσεις με τους γονείς τους, και 25 άτομα (17,86%) δήλωσαν ότι δεν έχουν καλή σχέση με τον πατέρα.

Αδέρφια		
	N	%
Έχετε Αδέρφια		
Ναι	98	70%
Όχι	42	30%
Σύνολο	140	100%
Πόσα;		
1	38	36%
2	18	23%
3	10	13%
4	13	16%
5	6	8%
6	3	4%
Σύνολο	88	100%
Έχετε Αδερφή;		
Ναι	56	81,16%
Όχι	13	18,8%
1	20	35%
2	13	28%
3	6	10%

4	8	13%
5	6	10%
6	3	4%
Σύνολο	69	100%
Έχετε Αδερφό;		
Ναι	50	83,4%
Όχι	10	16,6%
1	25	50%
2	16	32%
3	7	14%
4	2	4%
5	0	0%
6	0	0%
Σύνολο	60	100%
Σειρά Γεννήσεως Σας		
1	20	45,50%
2	17	38,60%
3	5	11,40%
4	2	4,50%
Σύνολο	44	100%
Έχετε Καλή Σχέση με τα Αδέρφια σας;		
Ναι	55	84,60%
Όχι	8	12,30%
Όχι με Όλα	2	3,10%
Σύνολο	65	100%

Πίνακας 4: Οικογενειακή Κατάσταση Δείγματος (Αδέρφια)

Όσον αφορά τις απαντήσεις στις υπόλοιπες ερωτήσεις των Κοινωνικοδημογραφικών Στοιχείων που παρουσιάζονται στον Πίνακα 5, αυτές έδειξαν ότι 71 (50,71%) των συμμετεχόντων ζούσαν με τους συντρόφους τους και μόνο 2 (1,43%) ζούσαν με τα παιδιά τους. Επιπλέον, 99 (70,71%) των συμμετεχόντων "δεν κάνουν διακοπές", 41 (29,29%) "κάνουν διακοπές", 88 (62,86%) "περπατούν", 52 (37,14%) "δεν περπατούν", 75 (53,57%) "δεν έχουν κήπο", 65 (46,43%) "έχουν κήπο", 132 (94,29%) "έχουν φίλους" και 8 (5,71%) δεν είχαν φίλους. Ωστόσο, 86 (61,43%) δήλωσαν ότι έχουν φίλους ακόμα και τώρα και 54 (38,57%) δήλωσαν ότι δεν έχουν. Τέλος, όταν ρωτήθηκαν αν θεωρούν ότι η ΚΑ που

αντιμετωπίζουν είναι σοβαρό πρόβλημα, οι 74 (52,86%) απάντησαν θετικά και οι 66 (47,14%) απάντησαν αρνητικά, ενώ 135 (96,43%) δήλωσαν ότι έχουν και άλλα επιπλέον, προβλήματα υγείας εκτός από την ΚΑ και οι υπόλοιποι 5 (3,57%) δήλωσαν ότι δεν έχουν.

Λοιπά Κοινωνικά & Δημογραφικά Στοιχεία		
	N	%
Με ποιον μένετε;		
Σύζυγο και Παιδιά	29	21%
Μόνος	35	25%
Σύντροφος	71	50,71%
Αδερφός	3	1,43%
Παιδιά	2	1%
Κάνετε Διακοπές;		
Ναι	41	29,29%
Όχι	99	70,71%
Περπατάτε;		
Ναι	88	62,86%
Όχι	52	37,14%
Έχετε Κήπο;		
Ναι	65	46,43%
Όχι	75	53,57%
Είχατε Φίλους;		
Ναι	132	94,29%
Όχι	8	5,71%
Έχετε Φίλους;		
Ναι	86	61,43%
Όχι	54	38,57%
Πιστεύετε ότι το καρδιολογικό πρόβλημα σας είναι κάτι δύσκολο;		
Ναι	74	52,86%
Όχι	66	47,14%

Εκτός από τα καρδιολογικά προβλήματα έχετε άλλα προβλήματα με την υγεία σας;		
Ναι	135	96,43%
Όχι	5	3,57%
Σύνολο	140	100%

Πίνακας 5: Απαντήσεις Λοιπών Κοινωνικοδημογραφικών Στοιχείων

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 6, η μέση ηλικία του δείγματος της μελέτης ήταν 77 ± 8 έτη, η μέση διάρκεια που αντιμετωπίζουν ΚΑ ήταν τα 6 ± 4 έτη, ενώ ο μέσος αριθμός φαρμάκων που λαμβάνουν οι ασθενείς ήταν τα 5 ± 2 φάρμακα ημερησίως.

Μέση Τιμή & Τυπική Απόκλιση: Ηλικίας, Έτη Ασθένειας, Φάρμακα		
	Mean	SD
Ηλικία	77	8
Πόσο καιρό έχετε καρδιολογικά προβλήματα;	8	4
Πόσα φάρμακα λαμβάνετε;	6	2

Πίνακας 6: Μέση Τιμή και Τυπική Απόκλιση Δείγματος (Ηλικία, Ασθένεια, Φάρμακα)

Η ηλικία όσων δήλωσαν συνταξιούχοι ήταν $69,23 \pm 8,62$ έτη και ήταν μεγαλύτεροι σε ηλικία από τους συμμετέχοντες που ανέφεραν ότι εργάζονταν ($p < 0,001$).

Σύμφωνα με τις πληροφορίες που συλλέχθηκαν σχετικά με την κατάσταση της υγείας των συμμετεχόντων, η ΚΑ διαγνώστηκε κατά μέσο όρο πριν από $5,54 \pm 6,23$ χρόνια. Το εύρος των ετών διάγνωσης ήταν από 1 έως και 30 έτη, με διάμεση τιμή τα 4 έτη. Όσο αναφορά την νοσηλεία λόγω προβλημάτων υγείας τους τελευταίους έξι μήνες, 60 άτομα (42,86%) ανέφεραν ότι είχαν νοσηλευτεί. Αυτές οι νοσηλείες κυμαίνονταν από 1 έως 8 φορές αλλά δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση με το φύλο ($p = 0,686$), το χρόνο από τη διάγνωση

($p=0,236$) και την ηλικία ($p=0,092$) των ασθενών.

Όπως αναφέρθηκε και πιο πάνω, στην παρούσα μελέτη η χρήση του SF36 στοχεύει στη μέτρηση οκτώ παραγόντων που σχετίζονται άμεσα με την ποιότητα ζωής, δηλαδή, την φυσική λειτουργικότητα (PF), τον φυσικό ρόλο (RP), τον φυσικό πόνο (BP), την γενική υγεία (GH), την ζωτικότητα (VT), την κοινωνική λειτουργικότητα (SF), τον συναισθηματικό ρόλο (RE) και την ψυχική υγεία (MH).

Σύμφωνα με τον Πίνακα 7, η εκτίμηση της "σωματική λειτουργικότητα (PF)" βρέθηκε να είναι $37,5 \pm 28,9$ (μέση τιμή \pm τυπική απόκλιση), του "σωματικού ρόλου (RP)" $38,0 \pm 43,3$, του "συναισθηματικού ρόλου (RE)" $38,0 \pm 43,4$, της "ζωτικότητας (VT)" είναι $46,7 \pm 9,3$. Η "ψυχική υγεία" (MH) του δείγματος ήταν $58 \pm 8,2$, ο "κοινωνικός ρόλος" (SR) $46,1 \pm 8,3$ και τέλος, ο "σωματικός πόνος" (SP) $66,9 \pm 29,9$. Συνολικά, η "γενική υγεία" (GH) ήταν $43,8 \pm 5,8$, η "γενική κλίμακα σωματικής υγείας (PCS)" $46,5 \pm 19$, ενώ η "γενική κλίμακα ψυχικής υγείας (MCS)" βρέθηκε να είναι $47,2 \pm 12,6$.

Μέση Τιμή & Τυπική Απόκλιση με βάση το SF36		
	ΜΤ	ΤΑ
Σωματική Λειτουργικότητα PF	37,5	28,9
Σωματικός Ρόλος RP	38	43,3
Συναισθηματικός ρόλος RE	38	43,4
Ζωτικότητα VT	46,7	9,3
Ψυχική Υγεία MH	58	8,2
Κοινωνικός Ρόλος SR	46,1	8,3
Σωματικός Πόνος BP	66,9	29,9
Γενική Υγεία GH	43,8	5,8
Συνπτ. Κλίμακα Φυσικής Υγείας PCS	46,5	19
Συνπτ. Κλίμακα Ψυχικής Υγείας MCS	47,2	12,6

Πίνακας 7: Μέση Τιμή και Τυπική Απόκλιση Ερωτηματολογίου SF-36

Σύμφωνα με τον Πίνακα 8, παρατηρείται θετική, στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της ‘ύπαρξης αδελφών, (p 0,001) με τη μεταβλητή "σωματική λειτουργικότητα (PF)" και το "σωματικό ρόλο (RP)" (p 0,001). Ειδικότερα, φαίνεται πως όσοι είχαν γυναίκες αδέρφια είχαν στατιστικά σημαντικά χαμηλότερη τιμή στη “Σωματική Λειτουργικότητα (PF)” (p 0,042) αλλά και με την “Ζωτικότητα (VT)” (p 0,011). Από την άλλη πλευρά, όσοι είχαν άντρες αδέρφια, είχαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερη τιμή στη μεταβλητή “Γενική υγεία (GH)” (p 0,041).

Συσχέτιση Ποιότητας Ζωής με την μεταβλητή Αδέρφια			
	Μέση τιμή	Τυπική Απόκλιση	P
Έχετε αδέρφια;			
PF			0,001
Ναι	42,7	29,1	
Όχι	19,1	19,5	
RP			0,001
Ναι	61,7	30,4	
Όχι	85,2	19,1	
Έχετε αδερφές;			
PF			0,042
Ναι	30,7	24	
Όχι	48,1	32,2	
VT			0,011
Ναι	50,4	10,3	
Όχι	42,8	7,9	
Έχετε αδερφούς;			
GH			0,041
Ναι	45,3	5,9	
Όχι	41,7	5,9	

Πίνακας 8: Συσχέτιση Ποιότητας Ζωής με την Μεταβλητή Αδέρφια

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του Πίνακα 9, παρατηρείται θετική σημαντική στατιστικά διαφορά μεταξύ της ύπαρξης παιδιών με τη μεταβλητή του “Σωματικού Ρόλου (RP)” (p 0,040). Ομοίως, παρατηρείται θετική σημαντική στατιστικά διαφορά μεταξύ της ύπαρξης παιδιών και της μεταβλητής “Συναισθηματικός Ρόλος (RE)” (p 0,025).

Συσχέτιση Ποιότητα Ζωής με την μεταβλητή Παιδιά			
	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	p
Έχετε παιδιά;			
RP			0,04
Ναι	41,9	44,6	
Όχι	16,1	28,5	
RE			0,027
Ναι	41,3	44,5	
Όχι	14,3	21,8	

Πίνακας 9: Συσχέτιση Ποιότητας Ζωής με την Μεταβλητή Παιδιά

Στον Πίνακα 10 παρουσιάζεται η θετικά στατιστικά σημαντική συσχέτιση της μεταβλητής “Διακοπές” με τη μεταβλητή της “Σωματικής Λειτουργικότητας (PF)” (p 0,028), καθώς και με τη μεταβλητή “Σωματικός Ρόλος (RP)” (p 0,002). Η μεταβλητή “Διακοπές” είχε αρνητική συσχέτιση με τη μεταβλητή της “Ψυχικής Υγείας (MH)” (p 0,047).

Ακόμη, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του περπατήματος και των μεταβλητών "Σωματική Λειτουργία (PF)" (p<0,05), "Σωματικός Ρόλος (RP)" (p 0,001), "Συναισθηματικός Ρόλος (RE)" (p 0,001), "Ψυχική Υγεία (MH)" (p 0,027), της “Σωματικής Δυσφορίας (SP)” (p 0,003), της “Γενικής Υγείας (GH)” (p 0,002), της “Συνολικής Κλίμακας Ψυχικής Υγείας (MCS)” και της “Συνολικής Κλίμακας Σωματικής Υγείας (PCS)” (p 0,001).

Επιπλέον, παρατηρήθηκε θετική, στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στην μεταβλητή “Κήπος” και την μεταβλητή της "Φυσικής Λειτουργίας (PF)" (p 0,044), τον "Φυσικό Ρόλο (RP)" (p 0,047) και τον "Συναισθηματικό Ρόλο (RE)" (p 0,036).

Συσχέτιση Ποιότητας Ζωής με τις μεταβλητές Διακοπές, Περπάτημα & Κήπος			
	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	p
Κάνετε διακοπές;			
PF			0,028
Ναι	49,8	22,1	
Όχι	34,2	29,7	
RP			0,002
Ναι	63,1	41,5	
Όχι	31,3	41,5	
MH			0,047
Ναι	54,9	6,5	
Όχι	58,8	8,4	
PCS			0,004

Ναι	56,9	16,3	
Όχι	43,8	18,8	
Περπατάτε;			
PF			0
Ναι	44,9	26,3	
Όχι	21,7	28,2	
RP			0,001
Ναι	47,8	45	
Όχι	17,2	30,7	
RE			0,001
Ναι	48	45,9	
Όχι	16,7	28,1	
BP			0,003
Ναι	73	26,1	
Όχι	53,9	32,3	
GH			0,002
Ναι	45	5,5	
Όχι	41,1	5,9	
PCS			0
Ναι	52,7	16,2	
Όχι	33,5	18	
MCS			0,01
Ναι	50	13,2	
Όχι	41,7	9,3	
Έχετε κήπο;			
PF			0,044
Ναι	44,9	25,3	
Όχι	35,5	32,3	
RP			0,047
Ναι	57,2	46,7	
Όχι	25,4	35,6	
RE			0,036
Ναι	58,5	46,1	
Όχι	20,5	34,3	

Πίνακας 10: Συσχέτιση Ποιότητας Ζωής με τις Μεταβλητές Διακοπές, Περπάτημα & Κήπος

Τα αποτελέσματα στον Πίνακα 11 δείχνουν ότι η παρουσία φίλων έχει πολύ θετική, στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τη "Σωματική Λειτουργικότητα (PF)" ($p < 0,05$), το "Σωματικό Ρόλο (RP)" ($p 0,007$), το "Συναισθηματικό Ρόλο (RE)" ($p 0,007$), τη "Συνοπτική

Κλίμακα Φυσικής Υγείας (PCS)” (p 0,008) αλλά και τη “Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (MCS)” (p 0,024). Υπάρχει επίσης, στατιστικά θετική σημαντική διαφορά μεταξύ της “ύπαρξης φίλων” και των μεταβλητών “Σωματική Λειτουργικότητα (PF)” (p < 0,05), οριακά με το “Σωματικό Ρόλο (RP)” (p 0,05), το “Συναισθηματικό Ρόλο (RE)” (p < 0,05), τη “Γενική Υγεία (GH)” (p 0,038), τη “Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (PCS)” (p < 0,05), και τη “Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (MCS)” (p < 0,05).

Συσχέτιση Ποιότητας Ζωής με τη μεταβλητή Φίλοι			
	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	P
Είχατε φίλους;			
PF			0,05
Ναι	44,5	27,3	
Όχι	3,4	8,2	
RP			0,007
Ναι	42	44,5	
Όχι	0,2	0,2	
RE			0,007
Ναι	42	44,2	
Όχι	0,3	0,3	
PCS			0,008
Ναι	47,3	11,9	
Όχι	32,3	10,2	
MCS			0,024
Ναι	46,8	13,6	
Όχι	36,4	3,3	
Έχετε φίλους;			
PF			0
Ναι	47	25,5	
Όχι	16,3	17,5	
RP			0,05
Ναι	54,5	46,2	
Όχι	17,2	30,7	
RE			0
Ναι	53,7	46,7	
Όχι	12,9	28,5	
GH			0,038
Ναι	48,8	6,4	
Όχι	44,4	5,9	
PCS			0
Ναι	55,4	14,8	
Όχι	33,5	5,5	

MCS			0
Ναι	53,1	13,6	
Όχι	38,7	7,3	

Πίνακας 11: Συσχέτιση Ποιότητας Ζωής με τη Μεταβλητή Φύλοι

Στον Πίνακα 12, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των συσχετίσεων των μεταβλητών της σοβαρότητας του προβλήματος που αντιμετωπίζουν με τις μεταβλητές της Ποιότητας Ζωής του ερωτηματολογίου SF36.

Υπάρχει έντονα θετική, στατιστικά σημαντική, συσχέτιση μεταξύ της σοβαρότητας του προβλήματος ΚΑ που αντιμετωπίζουν και των μεταβλητών PF, RE, VT, MH, PCS και MCS (για όλες τις μεταβλητές $p < 0,05$).

Συσχέτιση Ποιότητας Ζωής με τη μεταβλητή Σοβαρότητα ΚΑ			
	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	P
Πιστεύετε ότι το καρδιολογικό πρόβλημα που έχετε είναι κάτι δύσκολο;			
PF			0,05
Ναι	22,7	24,4	
Όχι	55,3	26,2	
RE			0,008
Ναι	32,2	44,5	
Όχι	50	44	
VT			0,008
Ναι	45	9,2	
Όχι	50,2	10,2	
MH			0,001
Ναι	55,3	6,2	
Όχι	60,5	8,3	
PCS			0,006
Ναι	39,7	16,3	
Όχι	57,3	12,3	
MCS			0,022
Ναι	43,4	11,5	
Όχι	51,1	12,5	

Πίνακας 12: Συσχέτιση Ποιότητας Ζωής με τη Μεταβλητή Σοβαρότητα Ασθένειας

Στον Πίνακα 13 παρουσιάζονται οι συσχετίσεις ορισμένων Κοινωνικών και Δημογραφικών

στοιχείων όπως είναι η ηλικία, τα φάρμακα και ο χρόνος που έχει παρουσιαστεί η ΚΑ, με την Ποιότητα Ζωής. Η ηλικία είχε στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση με την Ποιότητα Ζωής και συγκεκριμένα σε σχέση με την “Σωματική Λειτουργικότητα (PF)” (p 0,015), με τον “Σωματικό Ρόλο (RP)” (0,003), με τον “Συναισθηματικό Ρόλο (RE)” (p 0,004), με τον “Σωματικό πόνο (SP)” (p 0,008), με την “Γενική Υγεία (GH)” (p 0,023), με την “Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (PCS)” (p < 0,05) και με την “Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (MCS)” (p 0,008).

Επιπρόσθετα, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση του χρονικού διαστήματος από τη διάγνωση της ΚΑ και τα φάρμακα που λαμβάνει, με την Ποιότητα Ζωής, και συγκεκριμένα με την “Σωματική Λειτουργικότητα (PF)” (p 0,024), το “Συναισθηματικό Ρόλο (RE)” (p 0,015), το “Σωματικό πόνο (SP)” (p 0,004), τη “Γενική υγεία (GH)” (p 0,006) και τη “Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (PCS)” (p 0,007). Το δείγμα, επίσης, παρουσιάζει στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση με την μεταβλητή αδέρφια, όσο μεγαλύτερος ο αριθμός των αδερφών που έχει ο ασθενής, τόσο πιο αρνητική είναι η ψυχική και σωματική τους υγεία. Αντίθετα, υπάρχει σημαντική θετική συσχέτιση, με τη μεταβλητή παιδιά. Συνεπώς, όσο περισσότερα είναι τα παιδιά που έχει ο ασθενής, αυξάνονται τα παιδιά του δείγματος, τόσο καλύτερη είναι και η ψυχική τους υγεία (p 0,006).

Συσχέτιση Ποιότητας Ζωής με Κοινωνικοδημογραφικά Στοιχεία								
	PF	RP	RE	VT	SP	GH	PCS	MCS
Correlation								
Ηλικία	-0,254	-0,344	-0,289		-0,256	-0,202	-0,277	-0,323
p	0,015	0,003	0,004		0,008	0,023	0	0,008
Χρόνος ΚΑ	-0,236		-0,0277		-0,368	-0,222	-0,245	
p	0,024		0,015		0,004	0,006	0,007	
Φάρμακα	-0,368	-0,222	-0,356				-0,236	-0,318
p	0	0,002	0,001				0,001	0,001
Αδέρφια	-0,412	-0,236		-0,285		-0,322		
p	0,001	0,001		0,011		0,041		
Παιδιά		0,234	0,265					0,292
p		0,04	0,027					0,006
Σύνολο (N)	140							

Πίνακας 13: Συσχέτιση Ποιότητας Ζωής και Κοινωνικοδημογραφικών Στοιχείων μελέτης

Κεφάλαιο 6^ο : Συζήτηση

6.1 Συζήτηση των Αποτελεσμάτων

Η οικογένεια και το κοινωνικό περιβάλλον ενδιαφέρουν τους ερευνητές σε σχέση με την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων ασθενών με καρδιαγγειακή νόσο. Η οικογενειακή διαχείριση των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν τα άτομα με τη νόσο αυτή καθορίζει την πορεία της ψυχικής και σωματικής τους υγείας. Οι ηλικιωμένοι αποτελούν μια κοινωνική ομάδα που αντιμετωπίζει πολλαπλά προβλήματα υγείας και χρειάζονται υποστήριξη τόσο από το οικογενειακό περιβάλλον όσο και από την κοινωνία στην οποία ζουν. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνηθεί αν η ευδόκιμη γήρανση και η ποιότητα ζωής των ασθενών επηρεάζονται από το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον τους.

Ο πληθυσμός της μελέτης αποτελούνταν από 140 άτομα, από τους οποίους το 54% ήταν άνδρες, το 63% έγγαμοι και το 81% συνταξιούχοι.. Η πλειονότητα των συμμετεχόντων στη μελέτη ζούσαν σε χωριά ή πόλεις (70%) και είχαν πρωτοβάθμια εκπαίδευση (34%). Η μέση ηλικία τους ήταν τα 77 έτη και αντιμετώπιζαν καρδιακά προβλήματα κατά μέσο όρο για οχτώ χρόνια. Λάμβαναν κατά μέσο όρο έξι διαφορετικά φάρμακα για τη θεραπεία της ΚΑ αλλά και άλλων προβλημάτων υγείας.

Η πλειονότητα των συμμετεχόντων στο δείγμα δήλωσε ότι δεν λαμβάνει οικονομική υποστήριξη από τα αδέρφια, τους γονείς ή τα παιδιά τους (79%). Η πλειονότητα του δείγματος δεν μένει σε ενοίκιο (75%), δεν έχει εξοχική κατοικία (78%) αλλά έχει οικογενειακή κατοικία στο χωριό (68%). Οι περισσότεροι ηλικιωμένοι έχουν αδέρφια (70%) και έχουν καλές σχέσεις με αυτά (85%) και τα παιδιά τους (80%). Περίπου οι μισοί συμμετέχοντες ζουν με τους συντρόφους τους (51%). Όσον αφορά τον τρόπο ζωής τους, το 80% δηλώνει ότι δεν κάνει διακοπές (71%), όμως πηγαίνει βόλτες (63%) και έχει φίλους (61%). Όσον αφορά την ΚΑ, περίπου οι μισοί από τους ερωτηθέντες θεωρούν ότι η πάθησή τους είναι πολύ δύσκολη (53%). Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης υποδηλώνουν ότι οι γυναίκες ότι είναι πιο πιθανό να αναζητήσουν κοινωνική στήριξη για να αντιμετωπίσουν τις ψυχολογικές επιπτώσεις από την ΚΑ.

Επιπλέον, η παρουσία αδερφών και παιδιών στη ζωή των ασθενών με ΚΑ, επηρεάζει θετικά την ψυχική και σωματική υγεία τους και συμβάλλει θετικά στη διαχείριση της καθημερινής τους ζωής και στην αντιμετώπισή της, πιθανόν μέσω της επιλογής των κατάλληλων στρατηγικών, με ευνοϊκές συνέπειες στην ποιότητα ζωής τους. Τα ευρήματα αυτά υποστηρίζονται από μια μελέτη από τους Ziem et al., (2016), η οποία αποκάλυψε την αξία της ύπαρξης ενός υποστηρικτικού οικογενειακού περιβάλλοντος για την αντιμετώπιση των αρνητικών καταστάσεων που προκαλεί η ΚΑ, ενώ ταυτόχρονα αποκάλυψε ότι το φύλο των ασθενών ήταν καθοριστικός παράγοντας για τον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζουν οι ασθενείς τα προβλήματα που προκαλεί η νόσος στις οικογενειακές σχέσεις.

Αναφορικά με τους παράγοντες που καθορίζουν τη στάση των ασθενών απέναντι στα προβλήματα που προκαλεί η νόσος, είναι γνωστό ότι παράγοντες της ηλικίας, το μορφωτικό επίπεδο, το βιοτικό επίπεδο των ασθενών και ο τύπος διαμονής της σχετίζονται με την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων ασθενών με ΚΑ και την ευημερία του γηράσκοντος πληθυσμού στην αντιμετώπιση των επιπτώσεων της νόσου. Διαπιστώθηκε ότι όσο υψηλότερο είναι το μορφωτικό επίπεδο του ασθενούς, όσο μεγαλύτερη είναι η γειτονιά διαμονής, τόσο υψηλότερη είναι η ψυχική και σωματική υγεία των ασθενών του δείγματος και τόσο πιο αποτελεσματική είναι η κινητοποίηση των μελών της οικογένειας για την αποδοχή και την υποστήριξη του ασθενούς. Τα αποτελέσματα αυτά συνάδουν με τα ευρήματα των Hoes et al. (2020) και Chen et al. (2023) που δείχνουν ότι οι παράγοντες αυτοί συμβάλλουν στην καλύτερη συμμόρφωση των ασθενών με την αγωγή και θεραπεία τους και στην αλλαγή του τρόπου ζωής τους με βάση τα νέα δεδομένα της νόσου.

Παράλληλα, η ποιότητα ζωής που ορίζεται από τη σωματική και ψυχική υγεία των ηλικιωμένων ασθενών επηρεάζεται από τη σοβαρότητα της καρδιοπάθειας που έχει ο ασθενής, τη διάρκεια της νόσου και τα φάρμακα που λαμβάνει για την ανακούφιση των συμπτωμάτων της νόσου. Οι Sygit et al. (2020) και Olano et al. (2022) διαπίστωσαν ότι η σωματική και ψυχική ευεξία των ασθενών επηρεάζεται από τη σοβαρότητα των προβλημάτων υγείας που παρουσιάζονται καθώς και τη διάρκεια της νόσου (Sygit et al., 2020; Olano et al., 2022)). Τέλος αυτή η κατηγορία ασθενών φαίνεται να υποφέρει από υψηλά επίπεδα άγχους και στρες, τα οποία μπορεί να σχετίζονται με τη ΚΑ, καθώς και με μια συνολική χαμηλή αυτοεκτίμηση και κακή ποιότητα ζωής. Ως εκ τούτου, επισημαίνεται η

ανάγκη κοινωνικής και ψυχολογικής υποστήριξης αυτής της ευάλωτης ομάδας ασθενών, με παρεμβάσεις στο επίπεδο της οικογένειας, , τη συμβουλευτική και τα προγράμματα ψυχολογικής ενδυνάμωσης να παρέχονται σε ατομικό ή ομαδικό επίπεδο, ανάλογα με τις ανάγκες του κάθε ασθενούς (Nesbitt et al., 2014).

6.2 Αξιολόγηση της Ερευνητικής Διαδικασίας

Ο κύριος στόχος του προσδιορισμού των δυνατών και αδύνατων σημείων κάθε ερευνητικής διαδικασίας είναι να εντοπιστούν οι περιορισμοί της και να βρεθούν τρόποι αντιμετώπισής τους. Το δείγμα της μελέτης περιλάμβανε 140 ασθενείς που νοσηλεύτηκαν με ΚΑ στο Γ.Ν. Αग्रινίου από τον Ιανουάριο έως και τον Ιούνιο του 2023. Το ποσοστό ανταπόκρισης ήταν πολύ υψηλό, αλλά παρά το τελικό αποτέλεσμα της έγκυρης συλλογής δεδομένων και των αξιόπιστων μεθόδων ανάλυσης, το δείγμα της έρευνας ήταν σχετικά μικρό για να επιτρέψει τη γενίκευση των αποτελεσμάτων, χωρίς να εμποδίζει τις συγκρίσεις ή να μειώνει την αξιοπιστία των αποτελεσμάτων. Τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν ως εργαλεία συλλογής δεδομένων ήταν σταθμισμένα και έγκυρα (Κοινωνικοδημογραφικά Στοιχεία, SF-36). Για τη διεξαγωγή της μελέτης, μετά από έγκριση της επιστημονικής επιτροπής του νοσοκομείου όπου διεξήχθη η μελέτη, συμπεριλήφθηκαν στην έρευνα όλοι οι ασθενείς που νοσηλεύτηκαν κατά την εν λόγω περίοδο με κριτήρια αποκλεισμού την ηλικία και την ασθένεια. Πρέπει να σημειωθεί ότι, σε αντίθεση με τη διεθνή βιβλιογραφία, η έλλειψη μελετών για το θέμα της παρούσης έρευνας στην Ελλάδα αποτέλεσε σημαντικό αποτρεπτικό παράγοντα.

6.3 Προτάσεις και Εφαρμογή των Αποτελεσμάτων της Έρευνας

Η παρούσα έρευνα και τα αποτελέσματα που προέκυψαν από αυτή, υποδηλώνουν ότι οι σημαντικά καλύτερες συνθήκες και συνήθειες του τρόπου ζωής των ασθενών με ΚΑ έχουν σχέση με το μορφωτικό επίπεδο του κάθε ανθρώπου, όπως επίσης και με το στενό οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον τους. Ένας καθοριστικός παράγοντας που λαμβάνουμε υπόψη είναι το επίπεδο εκπαίδευσης του ατόμου καθώς και η δυνατότητα να λαμβάνει πληροφορίες και ενημέρωση. Η μελέτη κατέληξε σε σημαντικά συμπεράσματα,

αλλά αντιμετώπισε προβλήματα καθώς περιορίστηκε σε ένα μόνο σχετικά κέντρο αγροτικής περιοχής και σε σχετικά μικρό χρονικό διάστημα 6 μηνών. Συνεπώς, τα αποτελέσματα της μελέτης μας δεν μπορούν να γενικευτούν σε όλους τους ηλικιωμένους ασθενείς με ΚΑ στην Ελλάδα. Συνιστάται περαιτέρω έρευνα για τη διερεύνηση των παραγόντων που συμβάλλουν στην ψυχική υγεία των ασθενών που αντιμετωπίζουν χρόνιες ψυχικές και σωματικές ασθένειες, καθώς και της επίδρασης του τύπου της ασθένειας στην ποιότητα ζωής, στις στρατηγικές διαχείρισης των οικογενειών και των ίδιων των ασθενών.

Κεφάλαιο 7^ο : Συμπεράσματα

Τα ευρήματα από την ανάλυση των δεδομένων της συγκεκριμένης μελέτης συνδυάστηκαν με ευρήματα από τη διεθνή βιβλιογραφία σχετικά με το ρόλο και την σημαντική συμβολή του οικογενειακού και του κοινωνικού περιβάλλοντος στην ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων ασθενών με ΚΑ. Συμπερασματικά, παράγοντες όπως το φύλο, η ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο και η οικογενειακή κατάσταση των ασθενών με ΚΑ, αποτελούν στοιχεία που επηρεάζουν σημαντικά την ποιότητα ζωής τους. Η σοβαρότητα της νόσου, η διάρκεια της και η ποσότητα της φαρμακευτικής αγωγής που λαμβάνεται επηρεάζουν την ικανότητα της οικογένειας να διαχειριστεί τα προβλήματα που προκύπτουν από τις δυσμενείς επιπτώσεις που προκαλεί η νόσος στους ηλικιωμένους και επιδεινώνει την κατάσταση της υγείας τους. Η παρουσία ενός καλά οργανωμένου υποστηρικτικού περιβάλλοντος, με στρατηγικές παρέμβασης, μπορεί να έχει θετικό αντίκτυπο στη διαχείριση και την βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών με ΚΑ, ενώ μπορεί να συμβάλλει δραστικά και αποτελεσματικά στην θετική εξέλιξη της ευδόκιμης γήρανσης. Περισσότερες και μεγαλύτερες μελέτες είναι απαραίτητες προκειμένου να εξαχθούν ασφαλέστερα συμπεράσματα.

Κεφάλαιο 8^ο : Βιβλιογραφικές Παραπομπές

Ελληνικές Παραπομπές

- Γαλάνης, Π., 2013. Αναζητώντας τις επιστημονικές ενδείξεις στο διαδίκτυο. *Νοσηλευτική*, 52(1), σελ. 13-24.
- Γαλάνης, Π., 2017a. Μεθοδολογία σχεδιασμού των μελετών. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 34(4), σελ. 559-566.
- Γαλάνης, Π., 2017b. Βασικές αρχές της ποιοτικής έρευνας στις επιστήμες υγείας. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 34(6), σελ. 834-840.
- Μαντζούκας, Σ., 2003. Έρευνα και αντιληπτικά περιγράμματα: τα είδη και η χρησιμότητά τους για τους ερευνητές νοσηλευτές. *Νοσηλευτική*, 42 (4):405-413.
- Μαντζούκας, Σ., 2007. Ποιοτική έρευνα σε έξι εύκολα βήματα. η επιστημολογία, οι μέθοδοι και η παρουσίαση. *Νοσηλευτική* , 46(1): 88-98.
- Μαντζούκας, Σ., 2015. Σημειώσεις μαθήματος: slides Επιστημολογία, μεθοδολογία και μέθοδος. Ιωάννινα: Α.Τ.Ε.Ι. Ηπείρου.
- Μαντζούκας, Σ., 2021. Παραδόσεις στα πλαίσια του ΜΠΣ "Νοσηλευτική φροντίδα Ενηλίκων", Ιωάννινα: Α.Τ.Ε.Ι. Ηπείρου.
- Ουζούνη, Χ., & Νακάκης, Κ. (2011). Η αξιοπιστία και η εγκυρότητα των εργαλείων μέτρησης σε ποσοτικές μελέτες. *Νοσηλευτική*, 50(2), 231-239.

Ξενόγλωσσες Παραπομπές

- Aşma, A., Carrat, F., & Hejblum, G. (2022). Comparing SF-36 Scores Collected Through Web-Based Questionnaire Self-completions and Telephone Interviews: An Ancillary Study of the SENTIPAT Multicenter Randomized Controlled Trial. *Journal of medical Internet research*, 24(3), e29009. <https://doi.org/10.2196/29009>
- Ågren, S., Berg, S., Svedjeholm, R., & Strömberg, A. (2015). Psychoeducational support to post cardiac surgery heart failure patients and their partners--a randomized pilot study. *Intensive & critical care nursing*, 31(1), 10–18. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2014.04.005>
- Ågren, S., Strömberg, A., Jaarsma, T., & Luttik, M. L. (2015). Caregiving tasks and caregiver burden; effects of an psycho-educational intervention in partners of patients with post-operative heart failure. *Heart & lung : the journal of critical care*, 44(4), 270–275. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2015.04.003>

- Alhazmi, A. A., & Kaufmann, A. (2022). Phenomenological Qualitative Methods Applied to the Analysis of Cross-Cultural Experience in Novel Educational Social Contexts. *Frontiers in psychology*, 13, 785134. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.785134>
- Al-Saadi, Hashil. (2014). *Demystifying Ontology and Epistemology in Research Methods*.
- Arrigo, M., Jessup, M., Mullens, W., Reza, N., Shah, A. M., Sliwa, K., & Mebazaa, A. (2020). Acute heart failure. *Nature reviews. Disease primers*, 6(1), 16. <https://doi.org/10.1038/s41572-020-0151-7>
- Asadi-Lari, M., Tamburini, M., & Gray, D. (2004). Patients' needs, satisfaction, and health related quality of life: towards a comprehensive model. *Health and Quality of life outcomes*, 2, 32. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-2-32>
- Aslam, S., & Emmanuel, P. (2010). Formulating a researchable question: A critical step for facilitating good clinical research. *Indian journal of sexually transmitted diseases and AIDS*, 31(1), 47–50. <https://doi.org/10.4103/0253-7184.69003>
- Bosworth, H. B., Steinhauer, K. E., Orr, M., Lindquist, J. H., Grambow, S. C., & Oddone, E. Z. (2004). Congestive heart failure patients' perceptions of quality of life: the integration of physical and psychosocial factors. *Aging & mental health*, 8(1), 83–91. <https://doi.org/10.1080/13607860310001613374>
- Bramer, W. M., de Jonge, G. B., Rethlefsen, M. L., Mast, F., & Kleijnen, J. (2018). A systematic approach to searching: an efficient and complete method to develop literature searches. *Journal of the Medical Library Association : JMLA*, 106(4), 531–541. <https://doi.org/10.5195/jmla.2018.283>
- Chen, Y., Ding, J., Xi, Y., Huo, M., Mou, Y., Song, Y., Zhou, H., & Cui, X. (2023). Thirst in heart failure: A scoping review. *Nursing Open*, 00, 1– 11. <https://doi.org/10.1002/nop2.1818>
- Coelho, R., Ramos, S., Prata, J., Bettencourt, P., Ferreira, A., & Cerqueira-Gomes, M. (2005). Heart failure and health related quality of life. *Clinical practice and epidemiology in mental health : CP & EMH*, 1, 19. <https://doi.org/10.1186/1745-0179-1-19>
- Cooke, A., Smith, D., & Booth, A. (2012). Beyond PICO: the SPIDER tool for qualitative evidence synthesis. *Qualitative health research*, 22(10), 1435–1443. <https://doi.org/10.1177/1049732312452938>
- Creswell, J.W. (2014). *Educational Research: Planning, Conducting, and Evaluating Quantitative and Qualitative Research*, 5th ed. Upper Saddle River, NJ: Pearson Education.
- Doody, O., & Bailey, M. E. (2016). Setting a research question, aim, and objective. *Nurse Researcher*, 23 (4). <https://journals.rcni.com/doi/pdfplus/10.7748/nr.23.4.19.s5>
- Eriksen, M. B., & Frandsen, T. F. (2018). The impact of patient, intervention, comparison, outcome (PICO) as a search strategy tool on literature search quality: a systematic review. *Journal of the Medical Library Association : JMLA*, 106(4), 420–431. <https://doi.org/10.5195/jmla.2018.345>

- Gandek, B., Sinclair, S. J., Kosinski, M., & Ware, J. E., Jr (2004). Psychometric evaluation of the SF-36 health survey in Medicare managed care. *Health care financing review*, 25(4), 5–25.
- Groenewegen, A., Rutten, F.H., Mosterd, A. and Hoes, A.W. (2020), Epidemiology of heart failure. *Eur J Heart Fail*, 22: 1342-1356. <https://doi.org/10.1002/ejhf.1858>
- Farrugia, P., Petrisor, B. A., Farrokhyar, F., & Bhandari, M. (2010). Research questions, hypotheses, and objectives. *Canadian Journal of Surgery*, 53 (4), 278.
- Fischer B. A., 4th (2006). A summary of important documents in the field of research ethics. *Schizophrenia bulletin*, 32(1), 69–80. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbj005>
- Heo, S., Lennie, T. A., Okoli, C., & Moser, D. K. (2009). Quality of life in patients with heart failure: ask the patients. *Heart & lung : the journal of critical care*, 38(2), 100–108. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2008.04.002>
- Hodson, A. R., Peacock, S., & Holtslander, L. (2019). Family caregiving for persons with advanced heart failure: An integrative review. *Palliative & supportive care*, 17(6), 720–734. <https://doi.org/10.1017/S1478951519000245>
- Ilioudi, S., Lazakidou, A., & Tsironi, M. (2010). Information and communication technologies for better patient self-management and self-efficacy. *International journal of electronic healthcare*, 5(4), 327–339. <https://doi.org/10.1504/IJEH.2010.036205>
- Jaarsma, T., Hill, L., Bayes-Genis, A., La Rocca, H.-P.B., Castiello, T., Čelutkienė, J., Marques-Sule, E., Plymen, C.M., Piper, S.E., Riegel, B., Rutten, F.H., Ben Gal, T., Bauersachs, J., Coats, A.J.S., Chioncel, O., Lopatin, Y., Lund, L.H., Lainscak, M., Moura, B., Mullens, W., Piepoli, M.F., Rosano, G., Seferovic, P. and Strömberg, A. (2021). Self-care of heart failure patients: practical management recommendations from the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. *Eur J Heart Fail*, 23: 157-174. <https://doi.org/10.1002/ejhf.2008>
- Kabir, Syed Muhammad. (2016). METHODS OF DATA COLLECTION. https://www.researchgate.net/publication/325846997_METHODS_OF_DATA_COLLECTION
- Kaye D. K. (2020). Why 'understanding' of research may not be necessary for ethical emergency research. *Philosophy, ethics, and humanities in medicine : PEHM*, 15(1), 6. <https://doi.org/10.1186/s13010-020-00090-7>
- King KC, Goldstein S.(2022). Congestive Heart Failure and Pulmonary Edema. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554557/>
- Luttik, M. L., Lesman-Leegte, I., & Jaarsma, T. (2009). Quality of life and depressive symptoms in heart failure patients and their partners: the impact of role and gender. *Journal of cardiac failure*, 15(7), 580–585. <https://doi.org/10.1016/j.cardfail.2009.02.004>
- Mantzoukas, S., 2008. Facilitating research students in formulating qualitative research questions. *Nurse Education Today*, 28, p. 371-377.

- Malik A, Brito D, Vaqar S, et al.(2022). Congestive Heart Failure. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430873/>
- Megari K. (2013). Quality of Life in Chronic Disease Patients. *Health psychology research*, 1(3), e27. <https://doi.org/10.4081/hpr.2013.e27>
- Methley, A.M., Campbell, S., Chew-Graham, C. et al. (2014). PICO, PICOS and SPIDER: a comparison study of specificity and sensitivity in three search tools for qualitative systematic reviews. *BMC Health Serv Res* 14, 579 (2014). <https://doi.org/10.1186/s12913-014-0579-0>
- Nesbitt, T., Doctorvaladan, S., Southard, J. A., Singh, S., Fekete, A., Marie, K., Moser, D. K., Pelter, M. M., Robinson, S., Wilson, M. D., Cooper, L., & Dracup, K. (2014). Correlates of quality of life in rural patients with heart failure. *Circulation. Heartfailure*, 7(6),882–887. <https://doi.org/10.1161/CIRCHEARTFAILURE.113.000577>
- Olano-Lizarraga, M., Wallström, S., Martín-Martín, J., & Wolf, A. (2022). Causes, experiences and consequences of the impact of chronic heart failure on the person’s social dimension: A scoping review. *Health & Social Care in the Community*, 30, e842–e858. <https://doi.org/10.1111/hsc.13680>
- Pihl, E., Fridlund, B., & Mårtensson, J. (2010). Spouses' experiences of impact on daily life regarding physical limitations in the loved one with heart failure: a phenomenographic analysis. *Canadian journal of cardiovascular nursing = Journal canadien en soins infirmiers cardio-vasculaires*, 20(3), 9–17.
- Pollesello, P., Ben Gal, T., Bettex, D., Cerny, V., Comin-Colet, J., Eremenko, A. A., Farmakis, D., Fedele, F., Fonseca, C., Harjola, V. P., Herpain, A., Heringlake, M., Heunks, L., Husebye, T., Ivancan, V., Karason, K., Kaul, S., Kubica, J., Mebazaa, A., Mølgaard, H., Papp, Z. (2019). Short-Term Therapies for Treatment of Acute and Advanced Heart Failure-Why so Few Drugs Available in Clinical Use, Why Even Fewer in the Pipeline?. *Journal of clinical medicine*, 8(11), 1834. <https://doi.org/10.3390/jcm8111834>
- Post M. W. (2014). Definitions of quality of life: what has happened and how to move on. *Topics in spinal cord injury rehabilitation*, 20(3), 167–180. <https://doi.org/10.1310/sci2003-167>
- Pozet, A., Lejeune, C., Bonnet, M., Dabakuyo, S., Dion, M., Fagnoni, P., Gaimard, M., Imbert, G., Nerich, V., Foubert, A., Chotard, M., Bonin, M., Anota, A., & Bonnetain, F. (2016). Evaluation of efficacy and efficiency of a pragmatic intervention by a social worker to support informal caregivers of elderly patients (The ICE Study): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 17(1), 531. <https://doi.org/10.1186/s13063-016-1622-8>
- Requejo, P. S., Furumasu, J., & Mulroy, S. J. (2015). Evidence-Based Strategies for Preserving Mobility for Elderly and Aging Manual Wheelchair Users. *Topics in geriatric rehabilitation*, 31(1), 26–41. <https://doi.org/10.1097/TGR.0000000000000042>

- Savarese, G., Becher, P. M., Lund, L. H., Seferovic, P., Rosano, G. M. C., & Coats, A. J. S. (2023). Global burden of heart failure: a comprehensive and updated review of epidemiology. *Cardiovascular research*, 118(17), 3272–3287. <https://doi.org/10.1093/cvr/cvac013>
- Schwinger R. H. G. (2021). Pathophysiology of heart failure. *Cardiovascular diagnosis and therapy*, 11(1), 263–276. <https://doi.org/10.21037/cdt-20-302>
- Strömberg A. (2013). The situation of caregivers in heart failure and their role in improving patient outcomes. *Current heart failure reports*, 10(3), 270–275. <https://doi.org/10.1007/s11897-013-0146-8>
- Sutton, J., & Austin, Z. (2015). Qualitative Research: Data Collection, Analysis, and Management. *The Canadian journal of hospital pharmacy*, 68(3), 226–231. <https://doi.org/10.4212/cjhp.v68i3.1456>
- Testa, M., Cappuccio, A., Latella, M. et al. (2020). The emotional and social burden of heart failure: integrating physicians’, patients’, and caregivers’ perspectives through narrative medicine. *BMC Cardiovasc Disord* 20, 522 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12872-020-01809-2>
- Tomasoni, D., Vishram-Nielsen, J. K. K., Pagnesi, M., Adamo, M., Lombardi, C. M., Gustafsson, F., & Metra, M. (2022). Advanced heart failure: guideline-directed medical therapy, diuretics, inotropes, and palliative care. *ESC heart failure*, 9(3), 1507–1523. <https://doi.org/10.1002/ehf2.13859>
- Touloumi, G., Karakosta, A., Kalpourtzi, N. et al. (2020). High prevalence of cardiovascular risk factors in adults living in Greece: the EMENO National Health Examination Survey. *BMC Public Health* 20, 1665 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09757-4>
- Valleggi, A., Passino, C., Emdin, M. et al. (2023). Differences in family caregiver experiences and expectations of end-of-life heart failure care across providers and settings: a systematic literature review. *BMC Health Serv Res* 23, 429 (2023). <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09241-w>
- Ware, J.E. & Sherbourne, C.D. (1992). The Moss 36 Item Short Form Health Survey, *Medical Care*, 30(6), 473-483.
- WHO, (2005). Handbook for good clinical research practice (GCP) : guidance for implementation. World Health Organization; Library Cataloguing-in-Publication Data. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43392/924159392X_eng.pdf
- WHO, (2022). Ageing and Health. World Health Organization; Library Cataloguing-in-Publication Data. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Zambroski CH, Moser DK, Bhat G, Ziegler C. (2005). Impact of symptom prevalence and symptom burden on quality of life in patients with heart failure. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2005 Sep;4(3):198–206.
- Ziehm, J., Farin, E., Schäfer, J., Woitha, K., Becker, G., & Köberich, S. (2016). Palliative care for patients with heart failure: facilitators and barriers - a cross sectional survey of German health care

professionals. BMC health services research, 16(a), 361. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1609-x>

- Žukauskas, P., Vveinhardt, J., & Andriukaitienė, R. (2018). Philosophy and Paradigm of Scientific Research. InTech. doi: 10.5772/intechopen.70628

Παραρτήματα

Παράρτημα 1^ο : Ερευνητικό Πρωτόκολλο



ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΕΝΗΛΙΚΩΝ

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΦΟΙΤΗΤΗ :	ΔΗΜΟΣΘΕΝΗΣ ΠΑΠΑΪΩΑΝΝΟΥ
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΕΠΙΒΛΕΠΟΝΤΑ :	ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ ΝΑΚΑ
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΑ ΤΡΙΜΕΛΟΥΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ :	

1. Ενδεικτικός Τίτλος :

«Ο ρόλος του οικογενειακού και κοινωνικού περιβάλλοντος στην ποιότητα ζωής ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια»

1. Σύντομη Ανασκόπηση της Βιβλιογραφίας :

Η καρδιακή ανεπάρκεια παραδοσιακά φάνηκε να οφείλεται σε εξασθένηση της ικανότητας της καρδιάς να αντλεί επαρκείς ποσότητες αίματος στην κυκλοφορία κατά τη διάρκεια της συστολής - δηλαδή, συστολική δυσλειτουργία της αριστερής κοιλίας. Η ηχοκαρδιογραφία χρησιμοποιείται συχνότερα για την εκτίμηση της συστολικής λειτουργίας της αριστερής κοιλίας, ένα κλάσμα εξώθησης $\leq 40\%$ που υποδηλώνει μειωμένη συστολική λειτουργία της αριστερής κοιλίας. Η καρδιακή ανεπάρκεια μπορεί επίσης να συμβεί σε ασθενείς με φυσιολογική συστολική αριστερή κοιλία, στους οποίους απαιτούνται υψηλότερες πιέσεις πλήρωσης για να επιτευχθεί φυσιολογικός τελικός end διαστολικός όγκος της αριστερής κοιλίας, που ονομάζεται καρδιακή ανεπάρκεια με διατηρημένο κλάσμα εξώθησης αριστερής κοιλίας (PLVEF) ή «διαστολική» συγκοπή (McDonagh, et al., 1997).

Η νοσοκομειακή φύση της καρδιακής ανεπάρκειας με τις εγγενείς προκαταλήψεις της συμμετοχής του ασθενούς, η επιλογή για ηχοκαρδιογραφία και η κωδικοποίηση της

καρδιακής ανεπάρκειας είναι πιθανό να αντιπροσωπεύουν τη σχετικά κακή πρόγνωση σε ασθενείς με διατηρημένη αριστερή κοιλιακή λειτουργία. Παρόλο που η σημασία της καρδιακής ανεπάρκειας με το PLVEF είναι αδιαμφισβήτητη, δεν υπάρχει συναίνεση για τον ακριβή ορισμό αυτής της οντότητας και ορισμένοι ερευνητές υποστηρίζουν ακόμη ότι ο επιπολασμός της «διαστολικής καρδιακής ανεπάρκειας» είναι υπερβολικά υπερεκτιμημένος (MacIntyre et al., 2000; Rutten et al, 2003).

2. Σκοπός και Στόχοι :

Γενικός στόχος της παρούσας ερευνητικής μελέτης είναι η διερεύνηση του ρόλου του οικογενειακού και κοινωνικού περιβάλλοντος στους ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια και η διασύνδεσή του με την ευδόκιμη γήρανση και την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων ατόμων με καρδιακή ανεπάρκεια.

Συγκεκριμένα, οι ερευνητικές υποθέσεις που θα εξεταστούν, στα πλαίσια της εκπόνησης αυτής της μελέτης είναι:

- Το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον συνδέεται με συνθήκες που οδηγούν στην αύξηση της κοινωνικής ισχύος και του κύρους του ατόμου παράγοντες που οδηγούν στην κοινωνική αποδοχή. Ως προς το ρόλο του οικογενειακού και κοινωνικού περιβάλλοντος των ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια, η υπόθεσή μας είναι ότι τα άτομα με καρδιακή ανεπάρκεια που έχουν υποστηρικτικό οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον θα παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα γενικής υγείας και υψηλότερα επίπεδα σε σχέση με το δείγμα των ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια που δεν έχουν υποστηρικτικό περιβάλλον.

3. Μεθοδολογικός Σχεδιασμός :

Η παρούσα έρευνα θα πραγματοποιηθεί στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Νοσηλευτική Φροντίδα Ενηλίκων», από τον Ιανουάριο του 2023 έως τον Ιούνιο του 2023.

Το δείγμα της έρευνας θα είναι ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια. Οι συμμετέχοντες θα ενημερωθούν για τους στόχους και το σκοπό της μελέτης και θα τους δοθούν οι απαραίτητες διαβεβαιώσεις για την τήρηση της ανωνυμίας και της εμπιστευτικότητας των προσωπικών δεδομένων τους.

Οι συμμετέχοντες θα κληθούν να συμπληρώσουν ένα ανώνυμο ερωτηματολόγιο. Το

πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου αυτού θα συλλέγει κοινωνικά και δημογραφικά στοιχεία, δηλαδή ηλικία, επάγγελμα, οικονομική και οικογενειακή κατάσταση, εκπαιδευτικό επίπεδο κτλ. Το δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου θα περιέχει το εργαλείο μέτρησης της ποιότητας ζωής.

Ερωτηματολόγια και Ερευνητικά εργαλεία

1. Ερωτηματολόγιο Κοινωνικοδημογραφικών Στοιχείων

Το ερωτηματολόγιο θα αφορά τη συλλογή των κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων των ερωτωμένων, ήτοι πληροφορίες για την ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, αδέρφια, παιδιά, επίπεδο εκπαίδευσης, επαγγελματική κατάσταση, διαμονή, φύλο καθώς και ερωτήσεις που αφορούν την καρδιακή ανεπάρκεια και την ιστορικότητά της.

2. Ερωτηματολόγιο επισκόπησης της Υγείας

Το ερωτηματολόγιο επισκόπησης υγείας SF36, έχει σαν σκοπό τη μέτρηση οκτώ διαστάσεων της ποιότητας της ζωής που σχετίζεται με την υγεία. Οι οκτώ αυτές διαστάσεις είναι οι εξής: Η φυσική λειτουργικότητα (PF), ο σωματικός ρόλος (RP), ο σωματικός πόνος (BP), η γενική υγεία (GH), η ζωτικότητα (VT), η κοινωνική λειτουργικότητα (SF), ο συναισθηματικός ρόλος (RE) και η πνευματική- ψυχική υγεία (MH) (Ware 1992).

4. Αναμενόμενα αποτελέσματα :

Τα προσδοκώμενα αποτελέσματα από την παρούσα μελέτη είναι η ανάδειξη της σημαντικότητας του υποστηρικτικού και κοινωνικού περιβάλλοντος στην καρδιακή ανεπάρκεια και των θετικών επιδράσεων που μπορεί να έχει στην ποιότητα ζωής των ασθενών. Ακόμη, θεωρείται ενδιαφέρον μέσα από τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης μελέτης η ανάδειξη της διασύνδεσης της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων ασθενών με την ευδόκιμη γήρανση.

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης θα αναδείξουν ζητήματα που θα απασχολήσουν τους επαγγελματίες υγείας, έτσι ώστε να προβούν στην ωρίμανση των οικογενειών που μέλος τους έχει καρδιακή ανεπάρκεια για να προάγουν την ποιότητα ζωής των συγκεκριμένων ασθενών.

5. Χρονοδιάγραμμα :

Ιανουάριος 2023 – Φεβρουάριος 2023 : Ανασκόπηση Βιβλιογραφίας – Συγγραφή Θεωρητικού Μέρους της Εργασίας.

Φεβρουάριος - Μάρτιος 2023 : Συλλογή ερωτηματολογίων

Απρίλιος 2023 – Μάιος 2023 : Στατιστική Επεξεργασία και Συγγραφή του Ερευνητικού μέρους της Εργασίας.

Ιούνιος 2023 : Ολοκλήρωση της Ερευνητικής Μελέτης και Δημιουργία Παρουσίασης.

6. Κόστος :

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

7. Παραπομπές:

- Lindquist, R., Tracy, M. F., & Snyder, M. (Eds.). (2018). *Complementary & alternative therapies in nursing*. Springer Publishing Company.
- MacIntyre, L. K., Capewell, S., Stewart, S., Chalmers, J. W. T., Boyd, J., Finlayson, A., & McMurray, J. J. V. (2000). Evidence of improving prognosis in heart failure: trends in case fatality in 66 547 patients hospitalized between 1986 and 1995. *Circulation*, 102(10), 1126-1131.
- McDonagh, T. A., Morrison, C. E., Lawrence, A., Ford, I., Tunstall-Pedoe, H., McMurray, J. J., & Dargie, H. J. (1997). Symptomatic and asymptomatic left-ventricular systolic dysfunction in an urban population. *The Lancet*, 350(9081), 829-833.
- Mornhinweg, G. C., & Voignier, R. R. (1995). Holistic nursing interventions. *Orthopedic nursing*, 14(4), 20-24.
- Rutten, F. H., Grobbee, D. E., & Hoes, A. W. (2003). Differences between general practitioners and cardiologists in diagnosis and management of heart failure: a survey in every-day practice. *European Journal of Heart Failure*, 5(3), 337-344.
- Ware, J.E. & Sherbourne, C.D. (1992). The Moss 36 Item Short Form Health Survey, *Medical Care*, 30(6), 473-483.

Υπογραφή φοιτητή

Υπογραφή Επιβλέπουσας

Ημερομηνία: 12/1/2023

Παράρτημα 2^ο : Αίτημα Χορήγησης Άδειας

ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ



16.06.2023 11:13:56
ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ
ΨΗΦΙΑΚΑ
ΥΠΟΨΗΦΙΑΚΟ
ΔΙΠΛ
Μηνιαία
Κατοχή

Πάτρα, 15/06/2023

Α. Π.: 33772

Απάντηση στο έγγραφο: 33772

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ

6^η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ - ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ -
ΗΠΕΙΡΟΥ ΚΑΙ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

Πληροφορίες : Ωραιάνθη Παπαλέξη
Τηλέφωνο : 2613 -600618
e-mail : o.papalexi@dypede.gr

ΠΡΟΣ

κ. Παπαϊωάννου Δημοσθένη
Μεταπτυχιακό φοιτητή του
Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Θέμα: Σχετικά με αίτημα χορήγησης Άδειας για τη συλλογή ερευνητικών δεδομένων

Σχετ: 1) Η από 23/05/2023 αίτησή σας.

- 2) Η υπ' αριθμ. Γ4β/Γ.Π.οικ.66159 (ΦΕΚ 761/Υ.Ο.Δ.Δ./19.09.2019) Υπουργική Απόφαση περί διορισμού Διοικητή στην 6η ΥΠΕ, όπως παρατάθηκε με το άρθρο δέκατο έβδομο του Ν.4812/2021 (ΦΕΚ 110/30.06.2021/τ.Α'), με το άρθρο 81 του Ν.4915/2022 (ΦΕΚ 63/24.03.2022 τ.Α') και εν συνεχεία με την υπ' αριθμ. Γ4β/Γ.Π.οικ.44311/28.07.2022 (ΦΕΚ 670/30.07.22/τ.Υ.Ο.Ο.Δ) Υπουργική Απόφαση.

Σε απάντηση της παραπάνω σχετικής αίτησής σας και με την απαραίτητη προϋπόθεση να έχει προηγηθεί η θετική γνωμοδότηση του Επιστημονικού Συμβουλίου του Γ.Ν. Αιτ/νίας - Ν.Μ.Αγρινίου, εγκρίνουμε να συλλέξετε ερευνητικά δεδομένα στο αναφερόμενο νοσοκομείο, στο πλαίσιο της διπλωματικής σας εργασίας με τίτλο: «Ο ρόλος του οικογενειακού και κοινωνικού περιβάλλοντος στην ποιότητα ζωής ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια», με την υποχρέωση της τήρησης των αρχών προστασίας προσωπικών δεδομένων και των θεμελιωδών κανόνων ηθικής, επιστημονικής και ερευνητικής δεοντολογίας. Επίσης προτείνεται η εξ' αποστάσεως συλλογή των ερευνητικών δεδομένων και όπου αυτή δεν είναι εφικτή, να γίνεται δια ζώσης, εφόσον έχουν ληφθεί όλα τα προβλεπόμενα μέτρα προστασίας.

Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ

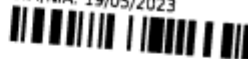
ΚΟΙΝΟΠΟΙΕΙΣ:
Γ.Ν.ΑΙΤ/ΝΙΑΣ - Ν.Μ.ΑΓΓΙΝΙΟΥ

ΓΙΑΝΝΗΣ ΚΑΡΒΕΛΗΣ

Παράρτημα 3^ο : Έγκριση Πρωτοκόλλου

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
6^η ΥΓΕΙΟΝ. ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ, ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ,
ΗΠΕΙΡΟΥ & ΔΥΤ. ΕΛΛΑΔΑΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΙΤΩΛ/ΝΙΑΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΑΓΡΙΝΙΟΥ
 ΤΜΗΜΑ: Διαχείρισης Ανθρώπινου Δυναμικού
 ΤΑΧ. Δ/ΝΣΗ: 3^ο χιλ. Ε.Ο. Αग्रινίου-Αντιρρίου
 Τ.Κ. 30100
 ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ: Κολοβού Μαρία
 ΤΗΛΕΦΩΝΟ: 2641361106

6η ΥΠΕ
 Ν.Μ. ΑΓΡΙΝΙΟΥ
 ΑΡ.ΠΡΩΤ.: 7672
 ΗΜ/ΝΙΑ: 19/05/2023

**ΠΡΟΣ :**

✓ κ. Παπαϊωάννου Δημοσθένη
 E-MAIL: dimosthenispap91@gmail.com

ΘΕΜΑ: « Σχετικά με έγκριση για διεξαγωγή έρευνας με την μορφή ερωτηματολογίου στην Νοσηλευτική Μονάδα Αग्रινίου του Γενικού Νοσοκομείου Αιτωλ/νίας του μεταπτυχιακού φοιτητή Παπαϊωάννου Δημοσθένη».

ΣΧΕΤ: Η με αριθμ.πρωτ. 6256/24-04-2023 αίτηση σας.

Κατόπιν του ανωτέρω σχετικού σας διαβιβάζουμε συνημμένα την με αριθμ. πρ. 9^η/11-05-2023 θέμα 2^ο γνωμοδότηση του Επιστημονικού Συμβουλίου της Νοσηλευτικής Μονάδας Αग्रινίου του Γενικού Νοσοκομείου Αιτωλ/νίας αναφορικά με έγκριση διεξαγωγής έρευνας μέσω ερωτηματολογίου, προκειμένου να καταθέσετε τον πλήρη φάκελο στην 6^η ΥΠΕ για την έκδοση της σχετικής έγκρισης υπογεγραμμένη από τον Διοικητή της 6^{ης} ΥΠΕ.

Η Συντάξασα

Κολοβού Μαρία

**Η Προϊσταμένη Τμήματος
 Δ.Α.Δ**

Λαυρέντζου Δέσποινα

Ο Διοικητικός Διευθυντής

Πατσιαλός Κωνσταντίνος

Συνημμένα: Ένα (1) φύλλο

Εσωτερική Διανομή:

- Τμήμα Δ.Α.Δ.(2)

**ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ
ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΑΙΤΩΛ/ΝΙΑΣ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ ΑΓΡΙΝΙΟΥ
ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΡΑΞΗΣ 9^η ΤΗΣ 11-05-2023**

Παρόντες:

1. Παπαπάνος Αθανάσιος – Πρόεδρος
2. Μπακόπουλος Κων/νος - Τακτικό μέλος
3. Καλουδιώτη Μαρία - Τακτικό μέλος
4. Τσιώπος Λάζαρος - Τακτικό μέλος
5. Τερνιώτης Χρήστος - Τακτικό μέλος
6. Λιόπετα Κασσιανή - Τακτικό μέλος
7. Μαχαλιώτης Ευάγγελος - Τακτικό μέλος
8. Καραδήμα Κων/να - Τακτικό μέλος

Απόντες:

1. Παπακαμμένος Ιωάννης-Παναγιώτης - Τακτικό μέλος, ο οποίος αν και νόμιμα προσκλήθηκε δεν προσήλθε λόγω κωλύματος, καθώς και το αναπληρωματικό του μέλος Παναγιωτόπουλος Φώτιος.

Γραμματέας: κ. Κολυβά Σταυρούλα, ΔΕ Διοικητικού-Λογιστικού

ΘΕΜΑ 2^ο: «Σχετικά με αίτημα διεξαγωγής έρευνας μέσω ερωτηματολογίου του μεταπτυχιακού φοιτητή Παπαϊωάννου Δημοσθένη».

Επί του ανωτέρω θέματος, το Επιστημονικό Συμβούλιο αφού έλαβε υπόψη το υπ' αριθμ. πρωτ.6366/26-04-2023(Ε.Σ.192/27-04-2023) έγγραφο του Τμήματος Διαχείρισης Ανθρωπίνου Δυναμικού με θέμα: «Διαβίβαση αίτησης για διεξαγωγή έρευνας μέσω ερωτηματολογίου του μεταπτυχιακού Φοιτητή Παπαϊωάννου Δημοσθένη», το οποίο έχει ως εξής:

- * **Σχετ:** 1) Την με αριθμ. πρωτ. 6256/24-04-2023 αίτηση του Παπαϊωάννου Δημοσθένη, μεταπτυχιακού φοιτητή του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων της Σχολής Επιστημών Υγείας του τμήματος Ιατρικής.
2) Την από 23-03-2023 Βεβαίωση Σπουδών του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων της Σχολής Επιστημών Υγείας του τμήματος Ιατρικής.
3) Το ερευνητικό πρωτόκολλο.
4) Το υπόδειγμα ερωτηματολογίου.
5) Υπεύθυνη Δήλωση του προσαναφερόμενος μεταπτυχιακού φοιτητή.

Σας διαβιβάζουμε συννημένο την ανωτέρω σχετική αίτηση του Παπαϊωάννου Δημοσθένη, μεταπτυχιακού φοιτητή του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων της Σχολής Επιστημών Υγείας του τμήματος Ιατρικής με την οποία αιτείται την έγκριση χορήγησης άδειας για διεξαγωγή έρευνας μέσω ερωτηματολογίου με τίτλο « Ο ρόλος του οικογενειακού και κοινωνικού περιβάλλοντος στην ποιότητα ζωής ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια» προκειμένου να ολοκληρώσει τη διπλωματική του εργασία για την ολοκλήρωση των μεταπτυχιακών σπουδών του στο τμήμα Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων.

Επίσης καταθέτει Υπεύθυνη Δήλωση στην οποία δηλώνει ότι :

- * - θα γίνει πιστή τήρηση και εφαρμογή του Ν. 4624/2019 περί προσωπικών δεδομένων.
- Υπεύθυνος επεξεργασίας και συλλογής δεδομένων θα είναι ο ίδιος
- Δεν θα παρακαλυφθεί η αμελή λειτουργία και δεν θα επηρεαστεί οικονομικά η Ν.Μ. Αγρινίου στην οποία θα πραγματοποιηθεί η έρευνα.
- Θα τηρηθούν οι αρχές που διέπουν την ιατρική, επιστημονική και ερευνητική Δεοντολογία.
- Με το πέρας της έρευνας θα γνωστοποιηθούν τα αποτελέσματα αυτής στην Ε' Υ.Π.Ε.
- Την εργασία, για την οποία καταθέτει αίτηση, θα την χρησιμοποιήσει για την διπλωματική του εργασία. "

**μετά από συζήτηση ομόφωνα
Γνωμοδοτεί**

Εγκρίνει τη διεξαγωγή έρευνας μέσω ερωτηματολογίου του μεταπτυχιακού φοιτητή Παπαϊωάννου Δημοσθένη.

**ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ
ΑΓΡΙΝΙΟ 15-05-2023**

**ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ Ε.Σ.
ΚΟΛΥΒΑ ΣΤΑΥΡΟΥΛΑ**

Παράρτημα 4^ο : Δήλωση Συγκατάθεσης

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΓΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΕ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

Καλείστε να συμμετάσχετε σε μία επιστημονική έρευνα που πραγματοποιείται στα πλαίσια Διπλωματικής Εργασίας για το Διατμηματικό Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών «Νοσηλευτική Φροντίδα Ενηλίκων» της Ιατρικής Σχολής & του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων. Σκοπός της εν λόγω επιστημονικής έρευνας είναι η διερεύνηση του ρόλου του οικογενειακού και κοινωνικού περιβάλλοντος στους ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια και η επίδραση τους στην ποιότητα ζωής των ασθενών.

ΕΜΠΙΣΤΕΥΤΙΚΟΤΗΤΑ

Ο ερευνητής και το Πανεπιστήμιο δεσμεύεται να τηρεί πλήρη εμπιστευτικότητα για όλες τις πληροφορίες που θα αποκτηθούν στο πλαίσιο της συγκεκριμένης έρευνας και οι οποίες μπορούν να οδηγήσουν στην ταυτοποίησή σας. Πιο συγκεκριμένα, δεδομένα που σας αφορούν θα δημοσιευτούν μόνο ως αποτελέσματα της έρευνας, εφόσον υπάρχει η ρητή συγκατάθεσή σας και θα είναι πλήρως ανωνυμοποιημένα. Επιπλέον, η επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα για τους σκοπούς της έρευνας υπόκειται σε κατάλληλες εγγυήσεις. Για τυχόν απορίες σε θέματα αναφορικά με την επιστημονική έρευνα, μπορείτε να επικοινωνήσετε με τον υπεύθυνο ερευνητή για απορίες σχετικά με τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που σας αφορούν. Έχω διαβάσει τις ανωτέρω αναφερόμενες πληροφορίες και συμφωνώ να συμμετέχω στη συγκεκριμένη επιστημονική έρευνα.

Σας Ευχαριστούμε εκ των προτέρων για την Συμμετοχή Σας.

[1]



ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΕΝΗΛΙΚΩΝ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Τα ερωτηματολόγια που θα συναντήσετε στις επόμενες σελίδες μελετούν διάφορους παράγοντες που μπορεί να επηρεάζουν τη σχέση μας με την υγεία μας. Παρακαλούμε, συμπληρώστε τα ερωτηματολόγια που ακολουθούν, σύμφωνα με τις οδηγίες που δίνονται. **Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων είναι ΑΝΩΝΥΜΗ και θα διαφυλαχθεί το ΑΠΟΡΡΗΤΟ των πληροφοριών που δίνονται.**

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΗΜ/ΝΙΑ: ____ / ____ / 2023	ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: ____ / ____ / ____	ΦΥΛΟ: ΑΝΔΡΑΣ <input type="checkbox"/>
		ΓΥΝΑΙΚΑ <input type="checkbox"/>
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ:	ΑΓΑΜΟΣ/Η <input type="checkbox"/>	ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ: ΧΩΡΙΟ/ ΚΩΜΟΠΟΛΗ <input type="checkbox"/>
ΕΓΓΑΜΟΣ/Η <input type="checkbox"/>	ΔΙΑΣΤΕΥΜΕΝΟΣ/Η <input type="checkbox"/>	ΠΟΛΗ <150.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ <input type="checkbox"/>
ΧΗΡΟΣ/Α <input type="checkbox"/>		ΠΟΛΗ >150.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ <input type="checkbox"/>
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ:	ΑΝΑΛΦΑΒΗΤΟΣ <input type="checkbox"/>	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: ΑΝΕΡΓΟΣ <input type="checkbox"/>
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ <input type="checkbox"/>	ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ <input type="checkbox"/>	ΟΙΚΙΑΚΑ <input type="checkbox"/>
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΛΥΚΕΙΟΥ <input type="checkbox"/>	ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΑΕΙ/ΤΕΙ <input type="checkbox"/>	ΑΥΤΟΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΟΣ <input type="checkbox"/>
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΑ <input type="checkbox"/>		ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ <input type="checkbox"/>
		ΔΗΜΟΣΙΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ <input type="checkbox"/>
		ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΣ <input type="checkbox"/>

ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ/ ΗΤΑΝ Η ΕΡΓΑΣΙΑ ΣΑΣ: _____

ΣΑΣ ΒΟΗΘΟΥΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΣΑΣ Ή ΤΑ ΑΔΕΛΦΙΑ ΣΑΣ Ή ΟΙ ΓΟΝΕΙΣ ΣΑΣ ΝΑΙ ΟΧΙ ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ

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

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

ΕΧΕΤΕ ΚΑΛΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΜΕ ΤΑ ΑΔΕΛΦΙΑ ΣΑΣ; ΝΑΙ ΟΧΙ ΟΧΙ ΜΕ ΟΛΑ

ΕΧΕΤΕ ΠΑΙΔΙΑ; ΝΑΙ ΟΧΙ **ΠΟΣΑ;** ____

ΕΧΕΤΕ ΚΑΛΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΜΕ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΣΑΣ; ΝΑΙ ΟΧΙ ΟΧΙ ΜΕ ΟΛΑ

ΕΙΧΑΤΕ ΚΑΛΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΜΕ ΤΟΥΣ ΓΟΝΕΙΣ ΣΑΣ; ΝΑΙ ΟΧΙ ΜΕ ΤΟΝ ΠΑΤΕΡΑ ΟΧΙ ΜΕ ΤΗ ΜΗΤΕΡΑ

ΜΕ ΠΟΙΟΝ ΜΕΝΕΤΕ; ΜΕ ΤΟΝ(ΗΝ) ΣΥΖΥΓΟ ΚΑΙ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΜΑΣ ΜΟΝΟΣ (Η) ΜΕ ΤΟΝ(Η) ΣΥΝΤΡΟΦΟ ΜΕ ΚΑΠΟΙΟΝ ΦΙΛΟ(Η)

____ ΜΕ ΤΗΝ ΑΔΕΛΦΗ ____ ΜΕ ΤΟΝ ΑΔΕΛΦΟ ____ ΜΕ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΜΟΥ

ΚΑΝΕΤΕ ΔΙΑΚΟΠΕΣ; ΝΑΙ ΟΧΙ ΠΕΡΠΑΤΑΤΕ; ΝΑΙ ΟΧΙ ΕΧΕΤΕ ΚΗΠΟ; ΝΑΙ ΟΧΙ

ΕΙΧΑΤΕ ΦΙΛΟΥΣ; ΝΑΙ ΟΧΙ ΣΗΜΕΡΑ ΕΧΕΤΕ ΦΙΛΟΥΣ; ΝΑΙ ΟΧΙ

ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΤΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΣΑΣ ΕΙΝΑΙ ΚΑΤΙ ΔΥΣΚΟΛΟ; ΝΑΙ ΟΧΙ

ΠΟΣΟ ΚΑΙΡΟ ΕΧΕΤΕ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ; _____ ΠΟΣΑ ΦΑΡΜΑΚΑ ΠΑΙΡΝΕΤΕ; _____

ΕΚΤΟΣ ΑΠΟ ΤΑ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΕΧΕΤΕ ΑΛΛΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΣΑΣ; ΝΑΙ ΟΧΙ

ΑΝ ΝΑΙ, ΠΟΙΑ;

SF-36

ΟΔΗΓΙΕΣ: Το ερωτηματολόγιο αυτό ζητά τις δικές σας απόψεις για την υγεία σας. Οι πληροφορίες σας θα μας βοηθήσουν να εξακριβώσουμε πώς αισθάνεστε από πλευράς υγείας και πόσο καλά μπορείτε να ασχοληθείτε με τις συνηθισμένες δραστηριότητές σας. Απαντήστε στις ερωτήσεις, βαθμολογώντας κάθε απάντηση με τον τρόπο που σας δείχνουμε. Αν δεν είστε απόλυτα βέβαιος/βέβαιη για την απάντησή σας, παρακαλούμε να δώσετε την απάντηση που νομίζετε ότι ταιριάζει καλύτερα στην περίπτωση σας.

1. Γενικά, θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι: **ΔΙΑΒΑΣΤΕ** (βάλτε έναν κύκλο)

Εξαιρετική.....1

Πολύ καλή2

Καλή3

Μέτρια4

Κακή 5

2. Συγκριτικά με πριν, από ένα χρόνο, πώς θα κρίνατε την υγεία σας γενικά σήμερα; **ΔΙΑΒΑΣΤΕ** (βάλτε έναν κύκλο)

Πολύ καλύτερη απ' ότι ένα χρόνο πριν1

Κάπως καλύτερη απ' ότι ένα χρόνο πριν2

Περίπου η ίδια με ένα χρόνο πριν3

Κάπως χειρότερη απ' ότι ένα χρόνο πριν4

Πολύ χειρότερη απ' ότι ένα χρόνο πριν5

3. Στη συνέχεια αναφέρονται κάποιες δραστηριότητες που μπορεί να έχετε στη διάρκεια μιας συνηθισμένης μέρας. Σήμερα η κατάσταση της υγείας σας, σας περιορίζει αυτές τις δραστηριότητες; Εάν ναι, πόσο; (κυκλώστε έναν αριθμό σε κάθε σειρά)

	Ναι, περιορίζονται Πολύ	Ναι, περιορίζονται Λίγο	Όχι, δεν περιορίζονται Καθόλου
A. Έντονες δραστηριότητες, όπως τρέξιμο, σήκωμα βαρών αντικειμένων, έντονη αθλητική άσκηση	1	2	3
B. Μέτριες δραστηριότητες, όπως η μετακίνηση ενός τραπέζιού, η χρήση της ηλεκτρικής σκούπας	1	2	3
Γ. Το σήκωμα και η μεταφορά των ψώνιων	1	2	3
Δ. Το ανέβασμα με τα πόδια μερικών ορόφων	1	2	3
Ε. Το ανέβασμα με τα πόδια ενός ορόφου	1	2	3
ΣΤ. Το σκύψιμο ή το γονάπημα	1	2	3
Ζ. Το περπάτημα απόστασης μεγαλύτερης από ενάμιση χιλιόμετρο	1	2	3
Η. Το περπάτημα μιας απόστασης μερικών οικοδομικών τετραγώνων	1	2	3
Θ. Το περπάτημα μιας απόστασης ενός οικοδομικού τετραγώνου	1	2	3
Ι. Το να κάνετε μπάνιο ή να ντυθείτε	1	2	3

4. Στη διάρκεια των 4 τελευταίων εβδομάδων, η κατάσταση της σωματικής σας υγείας ήταν τέτοια, ώστε να δημιουργήσει στη δουλειά σας ή στις καθημερινές σας δραστηριότητες κάποιο από τα παρακάτω προβλήματα; (κυκλώστε έναν αριθμό σε κάθε σειρά)

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
A. Μειώσατε το χρόνο που αφιερώσατε στη δουλειά σας ή σε άλλες δραστηριότητες	1	2
B. Καταφέρατε να κάνετε λιγότερα από όσα θα θέλατε	1	2
Γ. Περιορίσατε το είδος της δουλειάς ή των καθημερινών δραστηριοτήτων σας	1	2
Δ. Είχατε δυσκολία στην εκτέλεση της δουλειάς σας ή των άλλων δραστηριοτήτων σας	1	2

5. Στη διάρκεια των **4 τελευταίων εβδομάδων**, τα συναισθηματικά σας προβλήματα (όπως η μελαγχολία ή άγχος) ήταν τέτοια, ώστε να δημιουργήσει στη δουλειά σας ή στις καθημερινές σας δραστηριότητες κάποιο από τα παρακάτω προβλήματα:

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
A. Μειώσατε το χρόνο που αφιερώσατε στη δουλειά σας ή σε άλλες δραστηριότητες	1	2
B. Καταφέρατε να κάνετε λιγότερα από όσα θα θέλατε	1	2
Γ. Δεν κάνατε τη δουλειά σας ή τις άλλες σας δραστηριότητες τόσο προσεκτικά όσο συνήθως	1	2

6. Στη διάρκεια των **4 τελευταίων εβδομάδων**, σε ποιο βαθμό η σωματικής σας υγεία ή τα συναισθηματικά σας προβλήματα στάθηκαν εμπόδιο στις συνηθισμένες κοινωνικές σας δραστηριότητες με την οικογένεια, τους φίλους, τους γείτονές σας κλπ.; **ΔΙΑΒΑΣΤΕ** (βάλτε έναν κύκλο)

Καθόλου.....	1
Ελάχιστα	2
Μέτρια	3
Αρκετά	4
Πάρα πολύ	5

7. Πόσο σωματικό πόνο νιώσατε κατά τη διάρκεια των **4 τελευταίων εβδομάδων**; **ΔΙΑΒΑΣΤΕ**(βάλτε έναν κύκλο)

Καθόλου	1
Πολύ ήπιο	2
Ήπιο	3
Μέτριο	4
Έντονα	5
Πολύ έντονα	6

8. Κατά τη διάρκεια των **4 τελευταίων εβδομάδων**, κατά πόσο ο πόνος εμπόδισε τις συνηθισμένες σας δουλειές (εξωτερικές δουλειές και δουλειές του σπιτιού); **ΔΙΑΒΑΣΤΕ**

Καθόλου	1
Λίγο.....	2
Μέτρια	3
Αρκετά	4
Πάρα πολύ	5

9. Οι ερωτήσεις που ακολουθούν έχουν σχέση με το πώς νιώθατε και πως ήταν τα πράγματα για σας **κατά την διάρκεια των 4 τελευταίων εβδομάδων**. Για κάθε ερώτηση παρακαλούμε να δώσετε μια απάντηση που είναι πιο κοντά σε αυτό που νιώθατε. Πόσο καιρό τις τελευταίες εβδομάδες... **ΔΙΑΒΑΣΤΕ**

	Πάντα	Τις πιο πολλές φορές	Αρκετά συχνά	Μερικές φορές	Όχι συχνά	Ποτέ
A. Είχατε ζωντάνια;	1	2	3	4	5	6
B. Είσασαν ένα πολύ νευρικό άτομο;	1	2	3	4	5	6

Γ. Είχατε τόσο «πς μαύρες σας» που τίποτε δεν μπορούσε να σας φτιάξει το κέφι;	1	2	3	4	5	6
Δ. Νοιώθατε ήρεμος/ή και γαλήνιος;	1	2	3	4	5	6
Ε. Είχατε μεγάλη ενεργητικότητα;	1	2	3	4	5	6
ΣΤ. Νοιώθατε αποκαρδωμένος/η και μελαγχολικός/ή;	1	2	3	4	5	6
Ζ. Νοιώσατε εξαντλημένος/η;	1	2	3	4	5	6
Η. Είσατε ένας ευτυχισμένος άνθρωπος;	1	2	3	4	5	6
Θ. Νοιώσατε κουρασμένος/η;	1	2	3	4	5	6

10. Κατά τη διάρκεια των **4 τελευταίων εβδομάδων** για πόσο καιρό η **σωματικής σας υγεία ή τα συναισθηματικά προβλήματα** εμπόδισαν τις κοινωνικές σας δραστηριότητες (όπως επισκέψεις σε συγγενείς και φίλους) **ΔΙΑΒΑΣΤΕ (βάλτε έναν κύκλο)**

- Πάντα.....1
- Τις πιο πολλές φορές.....2
- Μερικές φορές3
- Όχι συχνά.....4
- Ποτέ 5

11. Πόσο **σωστό ή λάθος** είναι για εσάς προσωπικά καθένα από τα παρακάτω...**ΔΙΑΒΑΣΤΕ**(κυκλώστε ένα αριθμό σε κάθε σειρά)

	Απόλυτα σωστό	Μάλλον σωστό	ΔΓ	Μάλλον λάθος	Απόλυτα λάθος
Α. Φαίνεται ότι αρρωσταίνετε λίγο ευκολότερα από τους άλλους	1	2	3	4	5
Β. Είστε τόσο υγιής όσο κάθε άλλο άτομο που γνωρίζετε	1	2	3	4	5
Γ. Περιμένετε ότι η υγεία σας θα χειροτερέψει	1	2	3	4	5
Δ. Η υγεία σας είναι εξαιρετική	1	2	3	4	5