



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Διατμηματικό Πρόγραμμα
Μεταπτυχιακών Σπουδών

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΕΝΗΛΙΚΩΝ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ:

**«ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΤΗΣ ΕΥΠΑΘΕΙΑΣ
ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ
ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ»**

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑΣ:

ΕΙΡΗΝΗ ΚΑΡΑΓΕΩΡΓΟΥ

A.M.:200140

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ: ΚΑΛΛΙΡΟΗ ΚΑΛΑΝΤΖΗ

ΜΕΛΗ: ΣΤΕΦΑΝΟΣ ΜΑΝΤΖΟΥΚΑΣ

ΜΙΧΑΗΛ ΚΟΥΡΑΚΟΣ

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2026

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	3
ABSTRACT	5
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ^ο : ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	7
1.1. Εισαγωγή	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ^ο : ΣΤΟΧΟΣ ΚΑΙ ΣΚΟΠΟΣ	10
2.1. Στόχος και σκοπός της εργασίας	10
2.2. Ερευνητική ερώτηση	11
2.3. Αιτιολόγηση / σκεπτικό της έρευνας.....	13
2.4. Αναστοχασμός	14
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ^ο : ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ	16
3.1. Καρδιακή ανεπάρκεια	16
3.1.1. Ορισμός, παθοφυσιολογία και κλινικά χαρακτηριστικά καρδιακής ανεπάρκειας.....	16
3.1.2. Επιδημιολογία καρδιακής ανεπάρκειας.....	18
3.2. Ευπάθεια.....	21
3.2.1. Ορισμός της ευπάθειας.....	21
3.2.2. Επιδημιολογία ευπάθειας	21
3.2.3. Οι πολυδιάστατες διαστάσεις της ευπάθειας στην καρδιακή ανεπάρκεια: σωματική, ψυχολογική, κοινωνική και γνωστική προσέγγιση	24
3.2.4. Εργαλεία αξιολόγησης της ευπάθειας.....	26
3.3. Ποιότητα ζωής στους ηλικιωμένους ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια ..	27
3.3.1. Έννοια της ποιότητας ζωής στην καρδιακή ανεπάρκεια	27
3.3.2. Αξιολόγηση της ποιότητας ζωής μέσω ερωτηματολογίων	28
3.3.3. Συσχέτιση ευπάθειας και ποιότητας ζωής σε ηλικιωμένους ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια	28
3.3.4. Στατιστική διερεύνηση της ευπάθειας σε σχέση με την ποιότητα ζωής ηλικιωμένων ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια	30
3.3.5. Παρεμβάσεις και στρατηγικές αντιμετώπισης της ευπάθειας στους ηλικιωμένους με καρδιακή ανεπάρκεια	32
3.3.6. Συστηματική Βιβλιογραφική Ανασκόπηση	34
3.3.7. Ερευνητικό κενό.....	36
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ^ο : ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	39
4.1. Επιστημολογία	39

4.2. Μεθοδολογία	40
4.3. Δειγματοληπτική τεχνική.....	42
4.4. Κριτήρια και αποκλεισμού του δείγματος.....	45
4.5. Περιγραφή του δείγματος	46
4.6. Περιγραφή του χώρου	48
4.7. Μέθοδος συλλογής των δεδομένων	50
4.8. Ηθική της έρευνας	53
4.9. Μέθοδος ανάλυσης δεδομένων	55
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	59
5.1. Παρουσίαση των στατιστικών και ανάλυση των δεδομένων.....	59
5.1.1. Δημογραφικά στοιχεία.....	59
5.1.2. Ερωτηματολόγιο για την υγεία / EQ-5D-3L.....	66
5.1.3. Ερωτηματολόγιο Ζώντας με την καρδιακή ανεπάρκεια	75
5.1.4. Ερωτηματολόγιο Κλίμακας ευπάθειας του Edmonton	100
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο: ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	114
6.1. Συζήτηση αποτελεσμάτων	114
6.1.1. Ερωτηματολόγιο για την υγεία / EQ-5D-3L.....	114
6.1.2. Ερωτηματολόγιο Ζώντας με την καρδιακή ανεπάρκεια	117
6.1.3. Ερωτηματολόγιο Κλίμακας ευπάθειας του Edmonton	121
6.2. Αξιολόγηση της ερευνητικής διαδικασίας.....	123
6.3. Προτάσεις και εφαρμογή των αποτελεσμάτων της έρευνας	127
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	131
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	145
Χορήγηση άδειας για τη συλλογή ερευνητικών δεδομένων.....	145
Έγκριση Επιτροπής Ηθικής Και Δεοντολογίας Πανεπιστήμιο Ιωάννινων	146
Ερωτηματολόγιο για την Υγεία.....	148
Ερωτηματολόγιο: Ζώντας με τη καρδιακή ανεπάρκεια	150
Ερωτηματολόγιο για την ευπάθεια (Edmonton Frail Scale).....	151

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα έρευνα εξετάζει τον τρόπο με τον οποίο η ευπάθεια επηρεάζει την ποιότητα ζωής ηλικιωμένων ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια, ένα θέμα ιδιαίτερα κρίσιμο στο πλαίσιο της δημογραφικής γήρανσης και της αυξανόμενης πίεσης στα συστήματα υγείας. Η καρδιακή ανεπάρκεια αποτελεί ένα πολύπλοκο κλινικό σύνδρομο με υψηλά ποσοστά νοσηρότητας και θνησιμότητας, ενώ η ευπάθεια επιβαρύνει περαιτέρω τη λειτουργικότητα και την καθημερινή ζωή των ηλικιωμένων. Στόχος της μελέτης ήταν να αποτυπώσει τα επίπεδα ευπάθειας, να αξιολογήσει την ποιότητα ζωής και να διερευνήσει τη σχέση μεταξύ των δύο παραγόντων.

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων σε σύνολο 100 ασθενών. Βασίστηκε σε ποσοτική μεθοδολογία και αξιοποίησε τρία έγκυρα εργαλεία: το EQ-5D-3L για τη γενική ποιότητα ζωής, το Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ) για την ειδική αξιολόγηση της ποιότητας ζωής στην καρδιακή ανεπάρκεια και την Edmonton Frail Scale για τη μέτρηση της ευπάθειας. Το δείγμα αποτελούνταν από ηλικιωμένους ασθενείς με επιβεβαιωμένη διάγνωση καρδιακής ανεπάρκειας, οι οποίοι πληρούσαν συγκεκριμένα κριτήρια συμμετοχής.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ένα σημαντικό ποσοστό των συμμετεχόντων εμφάνιζε μέτρια έως υψηλή ευπάθεια, ενώ η ποιότητα ζωής ήταν μειωμένη τόσο στη γενική όσο και στην ειδική αξιολόγηση. Διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στα επίπεδα ευπάθειας και την ποιότητα ζωής, εύρημα που συνάδει με τη διεθνή βιβλιογραφία. Επιπλέον, ορισμένες πτυχές της ευπάθειας φάνηκαν να ασκούν ισχυρότερη επίδραση στην ποιότητα ζωής.

Τα συμπεράσματα της μελέτης αναδεικνύουν την ανάγκη για έγκαιρη αναγνώριση της ευπάθειας και εφαρμογή στοχευμένων παρεμβάσεων, με στόχο τη βελτίωση της λειτουργικότητας, της αυτονομίας και της συνολικής ευημερίας των ηλικιωμένων με καρδιακή ανεπάρκεια. Παράλληλα, υπογραμμίζεται η σημασία περαιτέρω ερευνητικής διερεύνησης στον ελληνικό πληθυσμό, ώστε

να ενισχυθεί η κατανόηση και η κλινική διαχείριση του συγκεκριμένου ζητήματος.

Λέξεις κλειδιά: καρδιακή ανεπάρκεια, ευπάθεια, ευπαθείς ηλικιωμένοι, ποιότητα ζωής, ηλικιωμένοι ασθενείς, κλίμακα ευπάθειας Edmonton, ερωτηματολόγιο Minnesota για τη Ζωή με καρδιακή Ανεπάρκεια, ερωτηματολόγιο EQ -5DL -3L.

ABSTRACT

This study examines how frailty affects the quality of life of elderly patients with heart failure, an issue of particular importance in the context of an aging population and increasing pressure on healthcare systems. Heart failure is a complex clinical syndrome with high rates of morbidity and mortality, while frailty further impairs the functional capacity and daily lives of older adults. The aim of the study was to assess levels of frailty, evaluate quality of life, and investigate the relationship between the two factors.

The study was based on a quantitative methodology and utilized three validated instruments: the EQ-5D-3L for general quality of life, the Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ) for the specific assessment of quality of life in heart failure, and the Edmonton Frail Scale for measuring frailty. The sample consisted of elderly patients with a confirmed diagnosis of heart failure who met specific inclusion criteria.

The results showed that a significant proportion of participants exhibited moderate to high vulnerability, while quality of life was reduced in both the general and specific assessments. A statistically significant negative correlation was found between vulnerability levels and quality of life, a finding consistent with the international literature. Furthermore, certain aspects of vulnerability appeared to have a stronger impact on quality of life.

The study's conclusions highlight the need for early identification of frailty and the implementation of targeted interventions, with the aim of improving the functional capacity, autonomy, and overall well-being of older adults with heart failure. At the same time, the importance of further research in the Greek population is emphasized, in order to enhance understanding and clinical management of this specific issue.

Keywords: heart failure, frailty, frail elderly, quality of life, older patients, elderly patients, Edmonton frail scale, EQ -5DL- 3L, Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire -MLHFQ.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να εκφράσω την ειλικρινή μου εκτίμηση προς την επιβλέπουσα της παρούσας διπλωματικής εργασίας, κυρία Καλαντζή Καλλιρόη, για τη συνεχή καθοδήγηση, την υποστήριξη και τις καίριες υποδείξεις της σε όλα τα στάδια της εργασίας. Η συμβολή της υπήρξε καθοριστική για την ομαλή και επιτυχημένη ολοκλήρωση της ερευνητικής μου προσπάθειας.

Παράλληλα, αισθάνομαι την ανάγκη να ευχαριστήσω θερμά το διδακτικό και διοικητικό προσωπικό του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών του Τμήματος Νοσηλευτικής, για τις γνώσεις, την πολύτιμη εμπειρία και τη βοήθεια που μου προσέφεραν σε όλη τη διάρκεια των σπουδών μου. Η συμβολή τους αποτέλεσε σταθερό σημείο αναφοράς στην ακαδημαϊκή μου πορεία.

Τέλος, θα ήθελα να εκφράσω από καρδιάς τις ευγνώμονες ευχαριστίες μου προς την οικογένειά μου, για τη συνεχή στήριξη, την κατανόηση και την αστείρευτη ενθάρρυνση που μου παρείχαν. Η παρουσία τους και η αμέριστη συμπαράστασή τους υπήρξαν θεμελιώδεις για την ολοκλήρωση της παρούσας εργασίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^Ο: ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1. Εισαγωγή

Η παρούσα μεταπτυχιακή εργασία εξετάζει σε βάθος τον τρόπο με τον οποίο η ευπάθεια επηρεάζει την ποιότητα ζωής ηλικιωμένων ατόμων με καρδιακή ανεπάρκεια, ένα θέμα που αποκτά ιδιαίτερη βαρύτητα στο πλαίσιο της συνεχώς γηράσκουσας ελληνικής και ευρωπαϊκής κοινωνίας. Η καρδιακή ανεπάρκεια, ως πολύπλοκο κλινικό σύνδρομο, συνιστά (όπως επισημαίνεται και στο κείμενο) ένα «σημαντικό επιβαρυντικό ζήτημα δημόσιας υγείας», καθώς συνοδεύεται από υψηλά ποσοστά νοσηρότητας και θνησιμότητας στους ηλικιωμένους. Παράλληλα, η ευπάθεια, μια πολυδιάστατη κατάσταση που αντανακλά τη μειωμένη φυσιολογική εφεδρεία και την αυξημένη ευαλωτότητα, αποτελεί καθοριστικό παράγοντα που επηρεάζει την εξέλιξη της νόσου, τη λειτουργικότητα και την καθημερινή ζωή των ασθενών. Η συνύπαρξη των δύο αυτών καταστάσεων διαμορφώνει ένα απαιτητικό κλινικό προφίλ, το οποίο καθιστά αναγκαία τη συστηματική διερεύνηση, καθώς επηρεάζει ουσιαστικά την ποιότητα ζωής, την αυτονομία και τη συνολική πρόγνωση των ηλικιωμένων ασθενών.

Στο Κεφάλαιο 1 παρουσιάζεται το ευρύτερο θεωρητικό και ερευνητικό πλαίσιο της μελέτης, υπογραμμίζοντας τη σημασία του υπό εξέταση ζητήματος και την ανάγκη διερεύνησής του στον ελληνικό πληθυσμό. Η εισαγωγή διαμορφώνει το υπόβαθρο για την κατανόηση της πολυπλοκότητας τόσο της καρδιακής ανεπάρκειας όσο και της ευπάθειας, αναδεικνύοντας τη στενή και αλληλεπιδραστική τους σχέση, καθώς και τις επιπτώσεις που αυτή έχει στην υγεία, τη λειτουργικότητα και την καθημερινή ζωή των ηλικιωμένων ασθενών.

Το Κεφάλαιο 2 παρουσιάζει αναλυτικά τον σκοπό της μελέτης, τους επιμέρους στόχους και τα ερευνητικά ερωτήματα που τη διέπουν. Όπως επισημαίνεται, «Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση της επίδρασης της ευπάθειας στην ποιότητα ζωής ηλικιωμένων ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια». Στο κεφάλαιο περιλαμβάνεται επίσης η διατύπωση της ερευνητικής ερώτησης με βάση το μοντέλο PICO, το οποίο αξιοποιείται για τη δομημένη ανάπτυξη κλινικών ερωτημάτων και τη μεθοδολογική τους αποσαφήνιση. Επιπλέον,

παρουσιάζεται η αιτιολόγηση της έρευνας, όπου τεκμηριώνεται η αναγκαιότητα διερεύνησης της σχέσης μεταξύ ευπάθειας και ποιότητας ζωής, καθώς και ένας αναστοχασμός που συνδέει την επιλογή του θέματος με τις κλινικές εμπειρίες και την επαγγελματική εξέλιξη της ερευνήτριας.

Το Κεφάλαιο 3 αποτελεί τη βιβλιογραφική ανασκόπηση και δομείται γύρω από τρεις κεντρικούς θεματικούς άξονες: την καρδιακή ανεπάρκεια, την ευπάθεια και την ποιότητα ζωής. Στην πρώτη ενότητα παρουσιάζονται ο ορισμός, οι παθοφυσιολογικοί μηχανισμοί, τα κλινικά χαρακτηριστικά και η επιδημιολογία της καρδιακής ανεπάρκειας. Στο κείμενο επισημαίνεται ότι «η επίπτωση της παρουσιάζει σαφή συσχέτιση με την ηλικία, φτάνοντας περίπου το 20% στα άτομα άνω των 75 ετών», γεγονός που αναδεικνύει τη σημασία διερεύνησης της νόσου σε γηριατρικούς πληθυσμούς. Ακολουθεί η ανάλυση της έννοιας της ευπάθειας, των επιμέρους διαστάσεων της (σωματικής, ψυχολογικής, κοινωνικής και γνωστικής) καθώς και των εργαλείων που χρησιμοποιούνται για την αξιολόγησή της, ενώ παρουσιάζονται τα ερευνητικά δεδομένα που τεκμηριώνουν τη σχέση της με την καρδιακή ανεπάρκεια. Τέλος, εξετάζεται η ποιότητα ζωής στους ηλικιωμένους με ΚΑ, τα διαθέσιμα εργαλεία μέτρησης και τα ευρήματα προηγούμενων μελετών που επιβεβαιώνουν τη σύνδεση μεταξύ ευπάθειας και ποιότητας ζωής, αναδεικνύοντας παράλληλα το ερευνητικό κενό που επιχειρεί να καλύψει η παρούσα εργασία.

Το Κεφάλαιο 4 παρουσιάζει αναλυτικά τον συνολικό σχεδιασμό της έρευνας. Περιγράφονται η επιστημολογική και η μεθοδολογική προσέγγιση, η διαδικασία δειγματοληψίας, τα κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού, καθώς και τα χαρακτηριστικά του δείγματος και του χώρου όπου πραγματοποιήθηκε η μελέτη. Επιπλέον, αναλύονται τα στάδια συλλογής των δεδομένων μέσω ερωτηματολογίων, οι ηθικές παράμετροι που διέπουν την ερευνητική διαδικασία και η μέθοδος στατιστικής επεξεργασίας των αποτελεσμάτων. Το κεφάλαιο αυτό συγκροτεί το μεθοδολογικό υπόβαθρο της εργασίας, διασφαλίζοντας τη σαφήνεια, τη διαφάνεια και τη δυνατότητα αναπαραγωγής της έρευνας.

Το Κεφάλαιο 5 παρουσιάζει τα ευρήματα της έρευνας, περιλαμβάνοντας την ανάλυση των δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών του δείγματος,

καθώς και τα αποτελέσματα από τα τρία ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν: EQ-5D-3L, MLHFQ και Edmonton Frail Scale. Η παρουσίαση των δεδομένων γίνεται με συστηματικό τρόπο και συνοδεύεται από πίνακες και γραφήματα που ενισχύουν την κατανόηση των αποτελεσμάτων. Τα ευρήματα αποτυπώνουν τα επίπεδα ευπάθειας, την ποιότητα ζωής και τις μεταξύ τους συσχετίσεις, προσφέροντας μια ολοκληρωμένη εικόνα του πληθυσμού που μελετήθηκε.

Το Κεφάλαιο 6 επικεντρώνεται στη συζήτηση των αποτελεσμάτων, όπου τα ευρήματα της μελέτης ερμηνεύονται σε συνάρτηση με τη διεθνή βιβλιογραφία. Στο κείμενο επισημαίνεται ότι η ευπάθεια συνδέεται με αυξημένη θνησιμότητα και συχνότερες νοσηλείες, καθώς και με μειωμένη λειτουργικότητα και κοινωνική απομόνωση, στοιχεία που επιβεβαιώνονται και από τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας. Επιπλέον, το κεφάλαιο περιλαμβάνει την αξιολόγηση της συνολικής ερευνητικής διαδικασίας, την παρουσίαση των περιορισμών της μελέτης και προτάσεις για κλινική αξιοποίηση των ευρημάτων, καθώς και κατευθύνσεις για μελλοντική ερευνητική δραστηριότητα.

Τέλος, το Κεφάλαιο 7 συγκεντρώνει και παρουσιάζει τα βασικά συμπεράσματα της μελέτης, υπογραμμίζοντας τη σημασία της έγκαιρης αναγνώρισης και αποτελεσματικής αντιμετώπισης της ευπάθειας στους ηλικιωμένους με καρδιακή ανεπάρκεια. Η έμφαση δίνεται στη συμβολή αυτών των παρεμβάσεων στη βελτίωση της ποιότητας ζωής και της συνολικής πρόγνωσης των ασθενών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^Ο: ΣΤΟΧΟΣ ΚΑΙ ΣΚΟΠΟΣ

2.1. Στόχος και σκοπός της εργασίας

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση της επίδρασης της ευπάθειας στην ποιότητα ζωής ηλικιωμένων ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια, μέσω της χρήσης ερωτηματολογίου ως εργαλείου συλλογής δεδομένων.

Οι στόχοι είναι:

1. Να προσδιοριστούν τα επίπεδα ευπάθειας στους ηλικιωμένους ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια
2. Να αξιολογηθεί η ποιότητα ζωής των ασθενών μέσω έγκυρων εργαλείων μέτρησης
3. Να αναλυθεί η συσχέτιση μεταξύ της ευπάθειας και της ποιότητας ζωής

Ερευνητικά ερωτήματα:

- Υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της ευπάθειας και της ποιότητας ζωής στους ηλικιωμένους ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια;
- Σε ποιο βαθμό τα υψηλότερα επίπεδα ευπάθειας προβλέπουν χαμηλότερη ποιότητα ζωής στους ηλικιωμένους ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια;
- Ποιες διαστάσεις της ευπάθειας (σωματική, ψυχολογική, κοινωνική) έχουν τη μεγαλύτερη επίδραση στην ποιότητα ζωής;

2.2. Ερευνητική ερώτηση

Η ερευνητική / κλινική ερώτηση της παρούσας διπλωματικής βασίζεται στο σχεδιασμό PICO και είναι: «Σε ηλικιωμένους με καρδιακή ανεπάρκεια (P), πως η παρουσία ή το αυξημένο επίπεδο ευπάθειας (I) σε σύγκριση με χαμηλή ή μηδενική ευπάθεια (C) επηρεάζει την ποιότητα ζωής τους (O)».

Το μοντέλο PICO αποτελεί ένα από τα πιο δομημένα εργαλεία στην κλινική έρευνα για τη διαμόρφωση σαφών και δομημένων κλινικών ερωτημάτων, διευκολύνοντας παράλληλα την αναζήτηση τεκμηριωμένης βιβλιογραφίας, ιδιαίτερα στο πλαίσιο συστηματικών ανασκοπήσεων. Στο χώρο της έρευνας αποκατάστασης χρησιμοποιείται συχνά, κυρίως σε τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές. Ωστόσο, τα διαθέσιμα δεδομένα δείχνουν ότι μόνο ένα μικρό ποσοστό ερευνητικών ερωτημάτων ανταποκρίνεται πλήρως στα κριτήρια που έχει θέσει ο οργανισμός Cochrane, γεγονός που αναδεικνύει την ανάγκη για βελτίωση στον τρόπο εφαρμογής του μοντέλου (Stark & Woods, 2022).

Το μοντέλο PICO αποτελεί ένα από τα πιο ευρέως χρησιμοποιούμενα εργαλεία για τη διατύπωση ερευνητικών ερωτημάτων, ιδιαίτερα στον χώρο των κλινικών μελετών, καθώς επιτρέπει τον σαφή προσδιορισμό του πληθυσμού (Population), της παρέμβασης (Intervention), της σύγκρισης (Comparison) και των εκβάσεων (Outcome). Παρότι έχει δεχθεί κριτική ως προς την καταλληλότητα του για μη κλινικά πεδία, αρκετοί ερευνητές υποστηρίζουν ότι μπορεί να προσαρμοστεί αποτελεσματικά σε διαφορετικούς επιστημονικούς τομείς (όπως η εκπαίδευση, οι κοινωνικές επιστήμες και η ανάλυση πολιτικών), ενισχύοντας τη σαφήνεια και τη συνάφεια των ερευνητικών ερωτημάτων (Cooke, Smith & Booth, 2012).

Επεκτάσεις του βασικού μοντέλου, όπως τα μοντέλα PICOS και PICOT, ενσωματώνουν πρόσθετες παραμέτρους, τη διάσταση των στατιστικών στοιχείων και τον χρονικό παράγοντα αντίστοιχα, με στόχο να ενισχύσουν την αναπαραγωγιμότητα, την αξιοπιστία και τη μεθοδολογική πληρότητα των ερευνητικών μελετών (Stark, 2022).

Η σαφής και επιστημονικά τεκμηριωμένη διατύπωση μιας ερευνητικής ερώτησης αποτελεί θεμελιώδες στοιχείο κάθε ερευνητικής διαδικασίας. Μια προσεκτικά δομημένη ερώτηση προσφέρει ξεκάθαρη κατεύθυνση στην έρευνα, διευκολύνει την κατανόηση του υπό διερεύνηση φαινομένου και υποστηρίζει τον εντοπισμό κρίσιμων παραμέτρων και κατάλληλων μεθοδολογικών προσεγγίσεων. Παράλληλα, συμβάλλει στην παραγωγή τεκμηριωμένων συμπερασμάτων, τα οποία μπορούν να οδηγήσουν σε νέα γνώση ή στη βελτίωση υφιστάμενων επιστημονικά πρακτικών (Hosseini et al., 2024).

Η διατύπωση ενός ερευνητικού ερωτήματος προκύπτει από τον εντοπισμό ενός προβλήματος ή ενός κενού γνώσης στον χώρο της δημόσιας υγείας και στοχεύει στην παραγωγή αξιόπιστων και τεκμηριωμένων συμπερασμάτων που αφορούν έναν ασθενή, ένα πληθυσμό ή μια κοινότητα (Owens-Walton, 2025).

Ένα καλά οριοθετημένο ερευνητικό ερώτημα εκφράζει έναν επιστημονικό προβληματισμό ή μια υπόθεση που απαιτεί διερεύνηση, με στόχο την παραγωγή νέας γνώσης και την ενίσχυση της επιστημονικής κατανόησης. Η σαφήνεια και η ακρίβεια στη διατύπωση του αποτελούν κρίσιμους παράγοντες για την ποιότητα και την αποτελεσματικότητα της ερευνητικής διαδικασίας, καθώς διασφαλίζουν τη σύνδεση της μελέτης με την κλινική πράξη ή με τις πραγματικές ανάγκες της επιστημονικής κοινότητας (Aslam & Emmanuel, 2010).

2.3. Αιτιολόγηση / σκεπτικό της έρευνας

Η καρδιακή ανεπάρκεια αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα ζητήματα δημόσιας υγείας, με ολοένα αυξανόμενη επίπτωση και επιπολασμό στις αναπτυγμένες χώρες, κυρίως λόγω της γήρανσης του πληθυσμού. Οι ηλικιωμένοι ασθενείς που πάσχουν από ΚΑ παρουσιάζουν συχνά πολλαπλές συννοσηρότητες, μειωμένη λειτουργική ικανότητα και αυξημένη ευπάθεια, στοιχεία που επιδρούν αρνητικά στην ποιότητα ζωής τους και επιβαρύνουν σημαντικά το σύστημα υγείας.

Η ευπάθεια (frailty) αναγνωρίζεται ως μια πολυδιάστατη κατάσταση που αντανakλά τη μειωμένη φυσιολογική εφεδρεία και την αυξημένη ευαλωτότητα σε εξωτερικούς στρεσογόνους παράγοντες. Παρά τη σημασία της, η επίδραση της στην ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων με καρδιακή ανεπάρκεια δεν έχει διερευνηθεί επαρκώς, ιδιαίτερα στον ελληνικό πληθυσμό.

Η διερεύνηση της συγκεκριμένης σχέσης είναι καίριας σημασίας, καθώς μπορεί να συμβάλλει σε βαθύτερη κατανόηση των αναγκών των ασθενών, στη βελτίωση της κλινικής φροντίδας και στην ανάπτυξη εξατομικευμένων παρεμβάσεων που ενισχύουν τη λειτουργικότητα και την ευημερία τους. Επιπλέον, τα αποτελέσματα μπορούν να αποτελέσουν πολύτιμο εργαλείο για τους επαγγελματίες υγείας στη διαμόρφωση στρατηγικών πρόληψης και αντιμετώπισης της ευπάθειας, με τελικό στόχο τη βελτίωση της ποιότητας ζωής και της πρόγνωσης των ατόμων με καρδιακή ανεπάρκεια.

2.4. Αναστοχασμός

Η διαδικασία του αναστοχασμού αποτελεί βασικό μηχανισμό της προσωπικής και επαγγελματικής εξέλιξης για το νοσηλευτή, καθώς του επιτρέπει να ερμηνεύει σε βάθος τις εμπειρίες και τα συναισθήματα που αναδύονται μέσα από τη κλινική πρακτική. Η επιλογή του ερευνητικού θέματος σχετικά με την επίδραση της ευπάθειας στην ποιότητα ζωής ηλικιωμένων ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια συνδέεται με τις εμπειρίες που απέκτησα κατά τη διάρκεια των σπουδών μου, όταν ήρθα σε επαφή με ηλικιωμένους που αντιμετώπιζαν σωματική κόπωση, λειτουργική εξασθένηση και το ψυχολογικό βάρος της εξάρτησης από τη φροντίδα άλλων.

Στο μέλλον, θα επιδιώξω να υιοθετώ μια πιο ολιστική προσέγγιση στη φροντίδα των ασθενών, λαμβάνοντας υπόψη όχι μόνο τα βιοϊατρικά δεδομένα, αλλά και τις σωματικές καθώς και τις ψυχοκοινωνικές ανάγκες που επηρεάζουν άμεσα την ποιότητα ζωής τους. Θα στοχεύω στην έγκαιρη αναγνώριση των ενδείξεων ευπάθειας και στην προληπτική παρέμβαση, ώστε να συμβάλλω στη διατήρηση της αυτονομίας και της αξιοπρέπειας των ηλικιωμένων.

Μέσα από μια συνεχή διαδικασία αναστοχασμού επιδιώκω να ενισχύσω την κριτική μου σκέψη, την ενσυναίσθηση και την αυτογνωσία μου, αναγνωρίζοντας τόσο τις δυνατότητες μου όσο και τα όρια μου ως επαγγελματία υγείας. Πιστεύω ότι αυτή η προσέγγιση θα συμβάλει στη βελτίωση της σχέσης μου με τους ασθενείς και στην παροχή φροντίδας που ανταποκρίνεται ουσιαστικά στις ανάγκες τους. Παράλληλα, θα στοχεύω στην εφαρμογή στοχευμένων και ολιστικών παρεμβάσεων για τη μείωση της ευπάθειας, όπως η ενίσχυση της λειτουργικής ικανότητας, η υποστήριξη της αυτονομίας, η προαγωγή της σωματικής δραστηριότητας και η ενδυνάμωση της ψυχοκοινωνικής ευεξίας, συμβάλλοντας έτσι στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων ασθενών.

Συνοψίζοντας, η ενασχόληση μου με το συγκεκριμένο ερευνητικό αντικείμενο αναδεικνύει ότι η ευπάθεια δεν αποτελεί απλώς μια κλινική παράμετρο, αλλά μια σύνθετη ανθρώπινη κατάσταση που απαιτεί ολιστική προσέγγιση, επιστημονική τεκμηρίωση και ουσιαστική κατανόηση. Στο επαγγελματικό μου μέλλον, φιλοδοξώ να συμβάλλω ενεργά στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων ασθενών, μέσα από συνεχή επιμόρφωση, κριτικό αναστοχασμό και σταθερή δέσμευση στην παροχή ποιοτικής, ανθρωποκεντρικής φροντίδας, η οποία λαμβάνει υπόψη τόσο τις κλινικές όσο και τις ψυχοκοινωνικές τους ανάγκες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο: ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

3.1. Καρδιακή ανεπάρκεια

3.1.1. Ορισμός, παθοφυσιολογία και κλινικά χαρακτηριστικά καρδιακής ανεπάρκειας

Η καρδιακή ανεπάρκεια (ΚΑ) αποτελεί ένα σύνθετο κλινικό σύνδρομο που εκδηλώνεται με ποικιλία συμπτωμάτων και αντικειμενικών σημείων, τα οποία απορρέουν από δομική ή λειτουργική δυσλειτουργία του μυοκαρδίου. Η επιβεβαίωση της διάγνωσης βασίζεται σε αυξημένα επίπεδα νατριουρητικών πεπτιδίων, καθώς και σε απεικονιστικά ή κλινικά ευρήματα που υποδηλώνουν πνευμονική ή συστηματική συμφόρηση (Montalto et al., 2025).

Πολλοί βιολογικοί μηχανισμοί συμβάλλουν στην εμφάνιση καρδιαγγειακών νοσημάτων που σχετίζονται με την ηλικία, συμπεριλαμβανομένης της καρδιακής ανεπάρκειας. Μεταξύ αυτών περιλαμβάνονται το οξειδωτικό στρες που προκύπτει από μιτοχονδριακή δυσλειτουργία, η χρόνια φλεγμονή (ιδιαίτερα σε άτομα με παχυσαρκία), η διαταραχή της ανοσολογικής λειτουργίας και ο μειωμένος ρυθμός ανανέωσης των μυοκαρδιοκυττάρων λόγω της περιορισμένης ικανότητας αναγέννησης του καρδιακού ιστού (Montalto et al., 2025).

Η ΚΑ, λόγω της αυξανόμενης επίπτωσης και του υψηλού επιπολασμού της, σε συνδυασμό με τα ιδιαίτερα αυξημένα ποσοστά νοσηρότητας και θνησιμότητας που καταγράφονται ακόμη και σε σύντομο χρονικό διάστημα, αποτελεί ένα σημαντικό επιβαρυντικό ζήτημα δημόσιας υγείας. Η επίπτωση της παρουσιάζει σαφή συσχέτιση με την ηλικία, φτάνοντας περίπου το 20% στα άτομα άνω των 75 ετών. Επιπλέον, δεδομένου ότι έως το 2050 εκτιμάται πως το 17% του παγκόσμιου πληθυσμού θα υπερβαίνει τα 85 έτη, καθίσταται εμφανές ότι η ΚΑ θα αποτελέσει ολοένα και μεγαλύτερο βάρος για τα διεθνή συστήματα υγείας (Montalto et al., 2025).

Αποτελεί ολοένα συχνότερη αιτία νοσηλείας, καθώς συνδέεται με ποικίλες συννοσηρότητες που επιδεινώνουν περαιτέρω την πορεία της νόσου. Επιπλέον, οι ηλικιωμένοι ασθενείς με ΚΑ συχνά αντιμετωπίζουν καταστάσεις όπως ευθραυστότητα, υποσιτισμό και καχεξία, οι οποίες επηρεάζουν σημαντικά τη

συνολική διαχείριση της πάθησης και απαιτούν έγκαιρο εντοπισμό και κατάλληλη αντιμετώπιση (Montalto et al., 2025).

Το κύριο σύμπτωμα της ΚΑ είναι η δύσπνοια, μια κλινική εκδήλωση που αντανακλά αυξημένη πνευμονική πίεση και υποδηλώνει σημαντική καρδιαγγειακή δυσλειτουργία. Ωστόσο, τα σημεία και τα συμπτώματα συχνά παρουσιάζουν περιορισμένη διαγνωστική ευαισθησία, ιδιαίτερα στους ηλικιωμένους. Σε αυτή την ομάδα ασθενών, άτυπες εκδηλώσεις όπως η σύγχυση, υπνηλία, ανορεξία και μειωμένη σωματική δραστηριότητα μπορεί να εμφανίζονται πολύ συχνότερα από το αναμενόμενο (Montalto et al., 2025).

Η διάγνωση της ΚΑ βασίζεται σε έναν συνδυασμό κλινικής αξιολόγησης, μέτρησης ειδικών βιοδεικτών, απεικονιστικών εξετάσεων και εργαστηριακών ελέγχων. Οι διαγνωστικές αυτές διαδικασίες συμβάλλουν τόσο στην επιβεβαίωση της παρουσίας της ΚΑ όσο και στην εκτίμηση της βαρύτητας της, ενώ παράλληλα επιτρέπουν τον εντοπισμό παραγόντων που μπορεί να επηρεάσουν την επιλογή και την αποτελεσματικότητα της θεραπευτικής προσέγγισης (Arrigo et al., 2016).

Η διάγνωση και η αντιμετώπιση της ΚΑ στους ηλικιωμένους μπορεί να είναι ιδιαίτερα σύνθετη και απαιτητική. Παρότι τα διαθέσιμα δεδομένα σχετικά με τη θεραπεία τόσο της οξείας όσο και της χρόνιας μορφής της νόσου σε αυτή την ηλικιακή ομάδα είναι περιορισμένα, η καθιερωμένη φαρμακολογική αγωγή θεωρείται γενικά καλά ανεκτή και ασφαλής. Σε κάθε περίπτωση, απαιτείται μια εξατομικευμένη και προσαρμοσμένη θεραπευτική προσέγγιση, η οποία λαμβάνει υπόψη τη βαρύτητα των συννοσηροτήτων, τη συνολική κλινική κατάσταση και την πρόγνωση, ιδιαίτερα σε εύθραυστους και πολυνοσηρικούς ασθενείς, λόγω του αυξημένου κινδύνου φαρμακευτικών αλληλεπιδράσεων, ανεπιθύμητων ενεργειών και διακοπής της θεραπείας (Montalto et al., 2025).

Η ΚΑ επιβαρύνεται περαιτέρω από την πολυνοσηρότητα και από δυσμενείς κοινωνικούς καθοριστικούς παράγοντες της υγείας. Περίπου οι μισοί ενήλικες που ζουν με ΚΑ παρουσιάζουν ευθραυστότητα, μια κλινική κατάσταση «επιταχυνόμενης γήρανσης» που χαρακτηρίζεται από αυξημένη ευπάθεια σε οξείς στρεσογόνους παράγοντες. Η ευθραυστότητα εμφανίζεται συχνότερα σε

ηλικιωμένους ασθενείς με ΚΑ και μειωμένο κλάσμα εξώθησης, με ποσοστά που φτάνουν έως και το 90%. Παρότι συνδέεται στενά με την προχωρημένη ηλικία, μπορεί να παρατηρηθεί και σε νεότερους ενήλικες με καρδιακή ανεπάρκεια (McDonagh et al., 2025).

Η ευθραυστότητα και η ΚΑ αποτελούν συνδυημένες καταστάσεις, οι οποίες συνδέονται μέσω κοινών παθοφυσιολογικών μηχανισμών και παρόμοιας συμπτωματολογίας, αλλά και μέσω της πολύπλοκης αλληλεπίδρασης κοινωνικών, περιβαλλοντικών και οικονομικών παραγόντων. Και οι δύο καταστάσεις συμβάλλουν στη μείωση της ποιότητας ζωής και σε δυσμενέστερα αποτελέσματα υγείας. Στους ενήλικες με ΚΑ, η παρουσία ευθραυστότητας σχετίζεται με αυξημένη θνησιμότητα (HR 1,54 95% CI 1,34-1,75) και υψηλότερα ποσοστά νοσηλείας (HR 1,56 95% CI 1,36-1,78), καθώς και με μεγαλύτερη διάρκεια νοσηλείας, γνωστική έκπτωση, κοινωνική απομόνωση και ανεπαρκή έλεγχο των συμπτωμάτων (McDonagh et al., 2025).

3.1.2. Επιδημιολογία καρδιακής ανεπάρκειας

Η ΚΑ αποτελεί ένα συνεχώς επιδεινούμενο ζήτημα δημόσιας υγείας διεθνώς, επηρεάζοντας περίπου το 1%-2% του ενήλικου πληθυσμού στην Ευρώπη και τη Βόρεια Αμερική, ενώ η επίπτωση της υπερβαίνει το 10% στους ηλικιωμένους άνω των 70 ετών. Η εμφάνιση της συνδέεται κυρίως με αυξημένο καρδιαγγειακό κίνδυνο και την παρουσία συννοσηροτήτων (Kurmani & Squire, 2017). Η ΚΑ εμφανίζεται κυρίως σε άτομα προχωρημένης ηλικίας, με τον μέσο όρο ηλικίας των ασθενών να υπερβαίνει τα 70 έτη και συχνά εξελίσσεται χωρίς εμφανή κλινικά συμπτώματα (Farmakis et al., 2015).

Σε παγκόσμιο επίπεδο, η ΚΑ ευθύνεται για περισσότερες από 20 εκατομμύρια νοσηλείες ετησίως, γεγονός που επιβαρύνει σημαντικά τα συστήματα υγείας και αναδεικνύει τη σοβαρότητα της σχετιζόμενης υγειονομικής κρίσης (Kurmani & Squire, 2017).

Οι ασθενείς με ΚΑ συχνά παρουσιάζουν πολλαπλές συννοσηρότητες, πολύπλοκα φαρμακευτικά σχήματα και περιορισμένες ικανότητες αυτοδιαχείρισης. Παρά τις σημαντικές εξελίξεις στη θεραπευτική αντιμετώπιση της ΚΑ, τα ποσοστά εμφάνισης της νόσου, η θνησιμότητα και οι πρώιμες

επανεισαγωγές στο νοσοκομείο παραμένουν σε υψηλά επίπεδα (Wu et al., 2025).

Η πρόγνωση παραμένει ιδιαίτερα δυσμενής, καθώς η ενδονοσομειακή θνησιμότητα κυμαίνεται μεταξύ 4% και 7%, ενώ η θνησιμότητα μέσα στις πρώτες 30-90 ημέρες μετά την έξοδο από το νοσοκομείο φτάνει το 10% - 15% (Farmakis et al., 2015). Η ποιότητα ζωής είναι επίσης σημαντικά μειωμένη στους ασθενείς με ΚΑ σε σύγκριση με άτομα χωρίς συγκεκριμένη πάθηση (Pandey et al., 2019).

Επιπλέον, το ποσοστό πενταετούς επιβίωσης για τα άτομα που διαγιγνώσκονται με ΚΑ ανέρχεται μόλις στο 20%. Είναι ευρέως τεκμηριωμένο ότι οι επανεισαγωγές στο νοσοκομείο επιβαρύνουν σημαντικά τόσο τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης όσο και τους ίδιους τους ασθενείς, ενώ η συχνή επανανοσηλεία λόγω ΚΑ αποτελεί χαρακτηριστικό επιδημιολογικό γνώρισμα της νόσου (Wu et al., 2025).

Η ευθραυστότητα αποτελεί μια πολυδιάστατη κατάσταση που περιλαμβάνει σωματικές, γνωστικές, κοινωνικές και ψυχικές πτυχές και θεωρείται παράγοντας που αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης ΚΑ, επηρεάζοντας περίπου το 40% - 80% των ασθενών. Είναι συχνότερη σε άτομα με ΚΑ και διατηρημένο κλάσμα εξώθησης, όπου μπορεί να αφορά έως και το 90% των ασθενών (Talha et al., 2023). Η ευθραυστότητα παρατηρείται επίσης στο 30% - 60% των ασθενών με ΚΑ και μειωμένο κλάσμα εξώθησης, ενώ εμφανίζεται περίπου κατά 26% συχνότερα στις γυναίκες σε σύγκριση με τους άνδρες.

Η σχέση μεταξύ ευθραυστότητας και ΚΑ είναι αμφίδρομη, καθώς κάθε κατάσταση συμβάλλει στην επιδείνωση της άλλης (Talha et al., 2023). Η ευθραυστότητα αποτελεί σοβαρό παράγοντα κινδύνου για την έκβαση των ασθενών με συμφορητική ΚΑ, με ποσοστά που κυμαίνονται από 60% έως 90% των ασθενών να ταξινομούνται ως εύθραυστοι (Pandey et al., 2019). Η πραγματικότητα αυτή καθιστά κρίσιμη την έγκαιρη αναγνώριση της ευθραυστότητας και των σχετικών παραγόντων κινδύνου, ώστε να διασφαλίζεται η άμεση εφαρμογή παρεμβάσεων που μπορούν να προλάβουν ή να επιβραδύνουν την εξέλιξη της (Wu et al., 2025).

Μεταξύ των νοσηλευόμενων ασθενών με ΚΑ, το φορτίο της ευθραυστότητας είναι ακόμη μεγαλύτερο, φτάνοντας το 56% - 76% (Pandey et al., 2019). Επιπλέον, το 57% των ηλικιωμένων που εισάγονται με ΚΑ ταξινομούνται ως “frail” ή “very frail”, γεγονός που επιβεβαιώνει τη σημαντική επιδημιολογική επιβάρυνση της ευπάθειας σε αυτόν τον πληθυσμό (Pandey et al., 2021).

Στις χρόνιες μορφές ΚΑ, τα ποσοστά ευπάθειας συνήθως κυμαίνονται μεταξύ 30% και 50%, γεγονός που υποδηλώνει ότι οι οξείες απορρυθμίσεις επιδεινώνουν την κλινική εικόνα και ενισχύουν την εκδήλωση της ευθραυστότητας. Επιπλέον, τα ποσοστά αυτά διαφοροποιούνται ανάλογα με τον τύπο της ΚΑ, το επίπεδο λειτουργικής ικανότητας και το πλαίσιο παροχής φροντίδας, καθιστώντας την ευπάθεια κρίσιμη παράμετρο για την πρόγνωση και τον θεραπευτικό σχεδιασμό στους ηλικιωμένους ασθενείς (Pandey et al., 2021).

Η ευθραυστότητα στην ΚΑ συνδέεται με δυσμενή πρόγνωση, καθώς συνοδεύεται από 1,5 έως 2 φορές αυξημένο κίνδυνο θανάτου από κάθε αιτία και νοσηλείας σε σύγκριση με τους μη εύθραυστους ασθενείς. Η κοινωνική ευθραυστότητα, η οποία χαρακτηρίζεται από μειωμένη συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες, εμφανίζεται στα δύο τρίτα των ηλικιωμένων με ΚΑ. Τα άτομα με κοινωνική ευθραυστότητα παρουσιάζουν επίσης εντονότερη συμπτωματολογία κατά την εισαγωγή και υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας και νοσηλείας λόγω ΚΑ. Παράλληλα, η ψυχολογική ευθραυστότητα σχετίζεται με την εμφάνιση ΚΑ, ενώ συχνές ψυχιατρικές διαταραχές, όπως το άγχος και η κατάθλιψη, συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο νοσηλείας και θανάτου από τη νόσο (Talha et al., 2023).

3.2. Ευπάθεια

3.2.1. Ορισμός της ευπάθειας

Η ευθραυστότητα αποτελεί γηριατρικό σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από αυξημένη ευπάθεια σε στρεσογόνους παράγοντες, ως αποτέλεσμα σωρευτικών λειτουργικών μειώσεων σε πολλαπλά φυσιολογικά συστήματα. Αντανακλά τη βιολογική και όχι τη χρονολογική ηλικία και εκδηλώνεται ιδιαίτερα σε καταστάσεις στρες, συμβάλλοντας έτσι στην ετερογένεια των κλινικών εκβάσεων στους ηλικιωμένους ασθενείς. Δεδομένης της πορείας της ΚΑ, οι ηλικιωμένοι ασθενείς εκτίθενται επανειλημμένα σε στρεσογόνες και ευάλωτες καταστάσεις, γεγονός που καθιστά την ευθραυστότητα ιδιαίτερα σημαντική παράμετρο στη διαχείριση της ΚΑ (Vidán et al., 2016).

Η ευθραυστότητα είναι ιδιαίτερα συχνή ακόμη και σε ηλικιωμένους ασθενείς με ΚΑ που δεν είναι λειτουργικά εξαρτώμενοι και αποτελεί ανεξάρτητο προγνωστικό δείκτη για πρόωρη αναπηρία, αυξημένη μακροχρόνια θνησιμότητα και επανεισαγωγές στο νοσοκομείο. Επιπλέον, μεμονωμένα στοιχεία ευθραυστότητας μπορούν να συμβάλλουν στην εκτίμηση του κινδύνου (Vidán et al., 2016).

Τα άτομα με ευθραυστότητα μπορεί να παρουσιάσουν δυσανάλογη αντίδραση σε στρεσογόνους παράγοντες, ακόμη και όταν αυτοί είναι ήπιοι για ένα υγιές άτομο, όπως μια μικρή λοίμωξη ή η έναρξη νέας φαρμακευτικής αγωγής, οδηγώντας σε αυξημένο κίνδυνο νοσηλείας ή θανάτου. Η ευθραυστότητα έχει προσελκύσει ολοένα μεγαλύτερο ενδιαφέρον τα τελευταία χρόνια, λόγω της συσχέτισης της με αυξημένη θνησιμότητα, αναπηρία, πτώσεις και ανάγκη για μακροχρόνια φροντίδα (McNally et al., 2024).

3.2.2. Επιδημιολογία ευπάθειας

Η ευθραυστότητα αποτελεί ένα πολυπαραγοντικό σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από αυξημένη ευπάθεια σε στρεσογόνους παράγοντες και

μειωμένα φυσιολογικά αποθέματα. Αναγνωρίζεται ολοένα και περισσότερο ως κρίσιμο στοιχείο στην ΚΑ, ιδιαίτερα στους ηλικιωμένους, όπου η συχνότητα της έχει λάβει διαστάσεις επιδημιολογικού φαινομένου. Η σύνδεση των δύο καταστάσεων δεν περιορίζεται στη συνύπαρξη τους κατά τη γήρανση, αλλά αντανακλά κοινές βιολογικές διεργασίες, όπως η χρόνια φλεγμονή, η μιτοχονδριακή δυσλειτουργία και η μείωση της μυϊκής και καρδιακής εφεδρείας (Matsue et al., 2020 : Wu et al., 2025).

Πρόσφατα επιδημιολογικά δεδομένα δείχνουν ότι περίπου το 45% - 55% των ατόμων με ΚΑ παρουσιάζουν κάποιο βαθμό ευθραυστότητας, ενώ ένα επιπλέον 30% - 35% κατατάσσονται στο στάδιο της προ-ευπάθειας (pre-frailty) (Wu et al., 2025). Ο επιπολασμός αυξάνεται σημαντικά με την ηλικία, στους ασθενείς άνω των 75 ετών υπερβαίνει το 60%, ενώ σε άτομα κάτω των 65 ετών σπάνια ξεπερνά το 20% (Pandey et al., 2019).

Η πολυκεντρική μελέτη FRAGILE-HF, η οποία περιέλαβε περισσότερους από 1.200 ηλικιωμένους ασθενείς με ΚΑ, έδειξε ότι η συνολική συχνότητα ευπάθειας ανέρχεται στο 57%, με 42% των ασθενών να εμφανίζουν σωματική, 26% γνωστική και 19% κοινωνική ευπάθεια. Επιπλέον, τα άτομα που παρουσίαζαν τουλάχιστον δύο μορφές ευπάθειας είχαν 2,4 φορές αυξημένο κίνδυνο θνησιμότητας μέσα σε δύο χρόνια (Matsue et al., 2020).

Η επίπτωση της ευπάθειας στους ασθενείς με χρόνια ΚΑ κυμαίνεται από 35% έως 63%, ανάλογα με τα εργαλεία μέτρησης Fried, Edmonton, Tilburg. Η ίδια ανάλυση έδειξε ότι η HFpEF (διατηρημένο κλάσμα εξώθησης) συνδέεται με σημαντικά υψηλότερη ευπάθεια (μέσος όρος 58%) σε σχέση με την HFrEF (μειωμένο κλάσμα) (42%), πιθανόν λόγω μεγαλύτερης ηλικίας και συννοσηρότητας στους HFpEF πληθυσμούς (Wu et al., 2025).

Τα διαθέσιμα δεδομένα δείχνουν σημαντικές διαφοροποιήσεις ανάλογα με το φύλο: η ευπάθεια εμφανίζεται συχνότερα στις γυναίκες (54%) σε σύγκριση με τους άνδρες (42%), σύμφωνα με μετα-ανάλυση των Davis και συνεργατών που περιέλαβε 28 μελέτες και περισσότερους από 12.000 ασθενείς. Οι γυναίκες με HFpEF, ιδιαίτερα μετά την εμμηνόπαυση, παρουσιάζουν αυξημένη επιρρέπεια,

πιθανότατα λόγω μειωμένης ορμονικής προστασίας, χαμηλότερης μυϊκής μάζας και αυξημένου οξειδωτικού στρες (Davis et al., 2021).

Από γεωγραφική σκοπιά, η ευπάθεια εμφανίζει παρόμοια κατανομή διεθνώς, με ποσοστά 45% - 55% στην Ευρώπη, 50% - 60% στην Ασία και 40% - 50% στη Βόρεια Αμερική. Οι μικρές διαφοροποιήσεις μεταξύ των περιοχών αποδίδονται κυρίως στα διαφορετικά εργαλεία αξιολόγησης και στη δημογραφική σύνθεση των μελετώμενων πληθυσμών (Groenewegen et al., 2020).

Πέρα από τη συνολική της συχνότητα, η ευπάθεια έχει συσχετιστεί με αυξημένη νοσηρότητα και δυσμενή πρόγνωση. Σύμφωνα με μετα-ανάλυση των Yang και συνεργατών, οι ασθενείς με ΚΑ που χαρακτηρίζονται ως ευπαθείς παρουσιάζουν 1,8 φορές υψηλότερο κίνδυνο θανάτου και περίπου 2,3 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα επανεισαγωγής μέσα σε διάστημα 12 μηνών, σε σύγκριση με όσους δεν είναι ευπαθείς (Yang et al., 2018).

Στους νοσηλευόμενους ασθενείς, η σωματική ευπάθεια εμφανίζεται σε ιδιαίτερα υψηλά ποσοστά, αγγίζοντας το 70%, ενώ στους εξωτερικούς ασθενείς περιορίζεται περίπου στο 40%. Εξίσου σημαντικές είναι η γνωστική και η κοινωνική ευπάθεια, οι οποίες συνδέονται με μειωμένη ικανότητα αυτοφροντίδας, χαμηλότερη συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή και αυξημένη εξάρτηση από φροντιστές. Ωστόσο, η επιδημιολογία της κοινωνικής ευπάθειας παραμένει λιγότερο σαφής, κυρίως λόγω της απουσίας τυποποιημένων εργαλείων αξιολόγησης (Matsue et al., 2020).

Τέλος, είναι σημαντικό να υπογραμμιστεί ότι η ευπάθεια δεν αποτελεί απλώς συνέπεια της γήρανσης, αλλά λειτουργεί και ως προβλεπτικός δείκτης για την πορεία της ΚΑ. Έρευνες δείχνουν ότι η παρουσία ευπάθειας διπλασιάζει τον κίνδυνο θνητότητας, ενώ συνδέεται με χαμηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής (QoL) και αυξημένη συχνότητα νοσηλειών (Pandey et al., 2019 : Wu et al., 2025).

Συνοψίζοντας, η ευπάθεια στους ασθενείς με ΚΑ αποτελεί ένα ιδιαίτερα συχνό φαινόμενο, το οποίο αφορά σχεδόν τους μισούς ηλικιωμένους ασθενείς, ανεξάρτητα από τη χώρα ή τον τύπο της ΚΑ. Τα επιδημιολογικά δεδομένα καταδεικνύουν ότι η ευπάθεια λειτουργεί ως ανεξάρτητος δείκτης θνητότητας

και λειτουργικής επιδείνωσης, γεγονός που αναδεικνύει την ανάγκη συστηματικής ενσωμάτωσης της αξιολόγησης της στην κλινική πρακτική.

3.2.3. Οι πολυδιάστατες διαστάσεις της ευπάθειας στην καρδιακή ανεπάρκεια: σωματική, ψυχολογική, κοινωνική και γνωστική προσέγγιση

Σύγχρονες προσεγγίσεις αντιμετωπίζουν την ευπάθεια όχι ως ενιαία οντότητα, αλλά ως πολυδιάστατο φαινόμενο που περιλαμβάνει τέσσερις βασικές συνιστώσες: τη σωματική, την ψυχολογική, την κοινωνική και τη γνωστική. Κάθε διάσταση επηρεάζει με διαφορετικό τρόπο την πορεία της νόσου, ενώ όλες συνδέονται μέσω κοινών βιολογικών και ψυχολογικών μηχανισμών (Żółkowska et al., 2024 : Huang et al., 2025).

Σωματική διάσταση της ευπάθειας

Η σωματική διάσταση της ευπάθειας αποτυπώνει τη μειωμένη φυσική αντοχή και τη λειτουργική επιβάρυνση που χαρακτηρίζουν πολλούς ασθενείς με ΚΑ. Εκδηλώνεται μέσω μειωμένης μυϊκής ισχύος, διαταραχών ισορροπίας και αισθήματος κόπωσης, και έχει αναγνωριστεί ως ένας από τους πιο ισχυρούς προγνωστικούς δείκτες επιδείνωσης της καρδιακής λειτουργίας (Uchmanowicz & Pasieczna, 2022). Σε άτομα άνω των 60 ετών με ΚΑ, υψηλά επίπεδα σωματικής ευπάθειας συνδέονται με μειωμένη ανοχή στην άσκηση, αυξημένη πιθανότητα επανεισαγωγών και χαμηλότερη ποιότητα ζωής (Warraich et al., 2018). Επιπλέον, η μελέτη των Wleklík και συνεργατών αναδεικνύει τη στενή σχέση ανάμεσα σε φλεγμονώδεις δείκτες, υποθρεψία και σωματική αδυναμία, επιβεβαιώνοντας τη βιολογική βάση αυτής της διάστασης (Wleklík et al., 2025).

Ψυχολογική διάσταση της ευπάθειας

Η ψυχολογική διάσταση της ευπάθειας αφορά τις συναισθηματικές και ψυχικές μεταβολές που τη συνοδεύουν, όπως το άγχος, η καταθλιπτική συμπτωματολογία και η μειωμένη ψυχική ανθεκτικότητα. Η ψυχολογική ευπάθεια έχει συσχετιστεί με αυξημένα επίπεδα καταθλιπτικών συμπτωμάτων και χαμηλότερη αυτοαποτελεσματικότητα, επηρεάζοντας αρνητικά τόσο τη σωματική λειτουργικότητα όσο και τη συμμόρφωση στη θεραπευτική αγωγή (Żółkowska et al., 2024). Επιπλέον, η ψυχολογική ανθεκτικότητα και η

αντιλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη φαίνεται να μεσολαβούν στη σχέση μεταξύ ψυχολογικής και κοινωνικής ευπάθειας, διαμορφώνοντας ουσιαστικά την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων με ΚΑ (Huang et al., 2025). Τα συναισθηματικά συμπτώματα έχουν επίσης συσχετιστεί με αυξημένα επίπεδα φλεγμονωδών δεικτών, γεγονός που αναδεικνύει τη βιολογική τους σύνδεση της ψυχολογικής διάστασης της ευπάθειας με υποκείμενους παθοφυσιολογικούς μηχανισμούς (Wleklik et al., 2025).

Κοινωνική διάσταση της ευπάθειας

Η κοινωνική ευπάθεια αναφέρεται στη μείωση της κοινωνικής αλληλεπίδρασης, στο αίσθημα μοναξιάς και στην ανεπαρκή υποστήριξη, παράγοντες που επιβαρύνουν ουσιαστικά τα άτομα με χρόνια ΚΑ. Έχει αποδειχθεί ότι προβλέπει χαμηλότερη ποιότητα ζωής και αυξημένη ψυχολογική επιβάρυνση σε ηλικιωμένους νοσηλευόμενους ασθενείς, ενώ η κοινωνική απομόνωση συνδέεται με σημαντικά υψηλότερο κίνδυνο κατάθλιψης και νοσηρότητας (Huang et al., 2025). Παράλληλα, η κοινωνική απομόνωση έχει συσχετιστεί με μειωμένη σωματική λειτουργικότητα, αυξημένα επίπεδα άγχους και υψηλότερη θνητότητα σε ηλικιωμένους με ΚΑ (Ma et al., 2018).

Γνωστική διάσταση της ευπάθειας

Η γνωστική ευπάθεια αναφέρεται στη συνύπαρξη ήπιων γνωστικών διαταραχών με σωματική αδυναμία, ένα φαινόμενο που παρατηρείται συχνά σε ηλικιωμένους με ΚΑ. Στη μελέτη των Xu και συνεργατών (2024), η γνωστική ευπάθεια καταγράφηκε στο 41,8% των ασθενών με HF, με παράγοντες κινδύνου όπως η χαμηλή εκπαιδευτική στάθμη, η ανεπαρκής θρέψη και η πολυφαρμακία. Παράλληλα, η γνωστική εξουθένωση στους ασθενείς με ΚΑ δυσχεραίνει τη συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή και μειώνει τη λειτουργική ανεξαρτησία, συμβάλλοντας στη σταδιακή επιδείνωση της κλινικής τους πορείας (Faulkner et al., 2021).

3.2.4. Εργαλεία αξιολόγησης της ευπάθειας

Η αξιολόγηση της ευπάθειας στους ηλικιωμένους ασθενείς και ιδιαίτερα σε όσους πάσχουν από ΚΑ, αποτελεί καθοριστικό στοιχείο για την πρόγνωση, τον σχεδιασμό της θεραπευτικής προσέγγισης και τη διαχείριση των συννοσηροτήτων. Τα τελευταία χρόνια έχουν αναπτυχθεί ποικίλα εργαλεία εκτίμησης της ευπάθειας, τα οποία διαφοροποιούνται ως προς τη θεωρητική τους βάση, το χρόνο εφαρμογής και τα επιμέρους πεδία που αξιολογούν.

Μεταξύ των πιο διαδεδομένων εργαλείων αξιολόγησης συγκαταλέγεται το Fried Frailty Phenotype (FFP), το οποίο επικεντρώνεται αποκλειστικά στη σωματική ευπάθεια μέσω πέντε κριτηρίων: ακούσια απώλεια βάρους, αίσθημα εξάντλησης, μειωμένη δύναμη λαβής, βραδύς ρυθμός βάδισης και χαμηλή φυσική δραστηριότητα. Το Clinical Frailty Scale (CFS) παρέχει μια κλινική, οπτική ταξινόμηση του βαθμού ευπάθειας, ενώ το Frailty Index (FI) βασίζεται στον υπολογισμό της συσσώρευσης ελλειμμάτων σε σωματικό, ψυχολογικό και κοινωνικό επίπεδο (Sze et al., 2019 : McDonagh et al., 2018).

Μεταξύ των διαθέσιμων εργαλείων, το Edmonton Frail Scale (EFS) έχει αναδειχθεί ως ένα από τα πιο ολοκληρωμένα και αξιόπιστα, κατάλληλο για την αξιολόγηση ασθενών με καρδιαγγειακά νοσήματα. Το EFS εξετάζει εννέα επιμέρους τομείς: γνωστική λειτουργία, γενική κατάσταση υγείας, λειτουργική ανεξαρτησία, κοινωνική υποστήριξη, φαρμακευτική αγωγή, διατροφική κατάσταση, διάθεση, ισορροπία / βάδιση και επίπεδα κόπωσης. Η πολυδιάστατη αυτή προσέγγιση το καθιστά ιδιαίτερα χρήσιμο σε πληθυσμούς με πολλαπλές συννοσηρότητες, όπως οι ασθενείς με ΚΑ (Studzińska et al., 2022).

Η κλινική αξία του EFS έχει τεκμηριωθεί σε πλήθος μελετών, καθώς παρουσιάζει ισχυρή συσχέτιση με την πρόγνωση και τη λειτουργική επιδείνωση ασθενών με ΚΑ. Επιπλέον, το εργαλείο μπορεί να ανιχνεύσει υποκλινικές μορφές ευπάθειας που συχνά δεν εντοπίζονται μέσω μονοδιάστατων μεθόδων αξιολόγησης (Iovanovici et al., 2023).

Το EFS έχει αναγνωριστεί ως το καταλληλότερο εργαλείο πολυδιάστατης αξιολόγησης της ευπάθειας σε καρδιολογικούς ασθενείς, χάρη στη συντομία, την αξιοπιστία και την υψηλή προγνωστική του ακρίβεια. Η χρήση του θεωρείται ιδιαίτερα ωφέλιμη τόσο σε νοσηλευόμενους όσο και σε εξωνοσοκομειακούς ασθενείς με χρόνια ΚΑ, καθώς η ολιστική εκτίμηση της ευπάθειας διευκολύνει τον σχεδιασμό στοχευμένων θεραπευτικών παρεμβάσεων (McDonagh et al., 2018).

3.3. Ποιότητα ζωής στους ηλικιωμένους ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια

3.3.1. Έννοια της ποιότητας ζωής στην καρδιακή ανεπάρκεια

Η ποιότητα ζωής των ατόμων με ΚΑ αφορά τον τρόπο με τον οποίο η νόσος επηρεάζει την καθημερινότητά τους, τόσο σε σωματικό όσο και σε ψυχολογικό επίπεδο. Περιλαμβάνει την ικανότητα τους να ανταποκρίνονται στις καθημερινές δραστηριότητες, να διατηρούν κοινωνικές σχέσεις και να βιώνουν συναισθηματική σταθερότητα, παρά τους περιορισμούς που επιβάλλει η πάθηση. Συνεπώς, η ποιότητα ζωής αντικατοπτρίζει την προσωπική αντίληψη κάθε ασθενούς για τη συνολική του ευημερία και τη δυνατότητα του να ζει με ικανοποίηση παρά τη χρόνια κατάσταση (Heo et al., 2009).

Η ΚΑ επηρεάζει ουσιαστικά την ποιότητα ζωής των ασθενών, επιδρώντας τόσο στη σωματική όσο και στην ψυχοκοινωνική τους λειτουργικότητα. Οι ασθενείς συχνά παρουσιάζουν μειωμένη αντοχή, έντονη κόπωση, δυσκολία στην εκτέλεση καθημερινών δραστηριοτήτων και περιορισμένη κινητικότητα, γεγονός που οδηγεί σε απώλεια αυτονομίας και ανεξαρτησίας. Σε ψυχολογικό επίπεδο, εμφανίζονται συναισθήματα άγχους, απογοήτευσης και κατάθλιψης, τα οποία εντείνονται από τη χρόνια φύση της νόσου και τον φόβο της υποτροπής. Παράλληλα, η συχνή ανάγκη για ιατρική παρακολούθηση και νοσηλεία επιφέρει οικονομική και κοινωνική επιβάρυνση, επηρεάζοντας αρνητικά τις σχέσεις με το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον. Συνολικά, οι επιπτώσεις της ΚΑ διαμορφώνουν ένα πλαίσιο μειωμένης ευημερίας, το οποίο απαιτεί ολιστική προσέγγιση για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής (Ghuloom & Sanad, 2022).

3.3.2. Αξιολόγηση της ποιότητας ζωής μέσω ερωτηματολογίων

Η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής (Quality of Life – QoL) σε ασθενείς με ΚΑ πραγματοποιείται συνήθως μέσω ειδικά σχεδιασμένων και σταθμισμένων ερωτηματολογίων, τα οποία αποτυπώνουν τις σωματικές, ψυχολογικές και κοινωνικές επιπτώσεις της νόσου.

Το Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ) αποτελεί ένα από τα πιο ευρέως χρησιμοποιούμενα και αξιόπιστα εργαλεία για την αποτίμηση της επίδρασης της ΚΑ στην καθημερινή ζωή των ασθενών, παρουσιάζοντας υψηλή εσωτερική συνοχή (Cronbach's $\alpha > 0.90$). Χρησιμοποιείται εκτεταμένα σε διεθνείς μελέτες και έχει αποδειχθεί ιδιαίτερα ευαίσθητο στην ανίχνευση μεταβολών της κλινικής κατάστασης (Louredo et al., 2015).

Αντίστοιχα, το Kansas City Questionnaire (KCCQ) αποτελεί ένα εξειδικευμένο εργαλείο για ασθενείς με ΚΑ, το οποίο αξιολογεί πέντε βασικές διαστάσεις της ποιότητας ζωής: τους σωματικούς περιορισμούς, τη συμπτωματολογία, την κοινωνική συμμετοχή, την αυτοαντίληψη και τη συνολική ικανοποίηση από τη ζωή (Okello et al., 2018).

Το HeartQoL αποτελεί ένα νεότερο, διεθνώς επικυρωμένο εργαλείο που εφαρμόζεται σε ασθενείς με ισχαιμική καρδιοπάθεια και ΚΑ. Εστιάζει στις ψυχολογικές και σωματικές επιπτώσεις της νόσου και επιτρέπει τη σύγκριση της ποιότητας ζωής μεταξύ διαφορετικών καρδιολογικών παθήσεων (Oldridge et al., 2014).

Αντίστοιχα, οι Gallagher και συνεργάτες (2019) υποστήριξαν τη χρήση του EQ-5D-3L σε συνδυασμό με εξειδικευμένα εργαλεία, όπως το MLHFQ ή το KCCQ, καθώς προσφέρει ευκολία στη συμπλήρωση, ταχεία αποτίμηση και δυνατότητα σύγκρισης μεταξύ διαφορετικών πληθυσμών και παθολογικών καταστάσεων.

3.3.3. Συσχέτιση ευπάθειας και ποιότητας ζωής σε ηλικιωμένους ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια

Η σχέση μεταξύ ευπάθειας και ποιότητας ζωής σε ηλικιωμένους με χρόνια νοσήματα έχει αποτελέσει αντικείμενο εκτεταμένης μελέτης την τελευταία

δεκαετία. Η δημογραφική γήρανση και η αυξανόμενη συχνότητα των χρόνιων παθήσεων καθιστούν την ευπάθεια έναν κρίσιμο δείκτη της συνολικής ευημερίας των ηλικιωμένων.

Η ευπάθεια ορίζεται ως μια πολυδιάστατη κατάσταση αυξημένης ευαλωτότητας, η οποία προκύπτει από τη μείωση των φυσιολογικών αποθεμάτων και της ικανότητας του οργανισμού να ανταποκρίνεται αποτελεσματικά σε στρεσογόνους παράγοντες. Σύμφωνα με τους Parathanasiou και συνεργάτες (2021), η ευπάθεια στους ηλικιωμένους συνδέεται άμεσα με τη μείωση της σωματικής, ψυχολογικής και κοινωνικής λειτουργικότητας, οδηγώντας σε χαμηλά επίπεδα ποιότητας ζωής. Οι ερευνητές υπογραμμίζουν ότι η κοινωνική ευπάθεια (όπως η απομόνωση ή η έλλειψη κοινωνικών σχέσεων) ενισχύει την ψυχολογική πίεση και μειώνει την αίσθηση αυτονομίας και ικανοποίησης από τη ζωή.

Αντίστοιχα, οι Liu και συνεργάτες (2021), σε μελέτη τους σε ηλικιωμένους ασθενείς με υπέρταση, διαπίστωσαν ότι όσο αυξάνεται ο βαθμός ευπάθειας, τόσο μειώνονται τα επίπεδα ποιοτικής ζωής, ιδιαίτερα στους τομείς της φυσικής λειτουργικότητας και της ψυχικής ευεξίας. Η ευπάθεια συνοδεύεται συχνά από κόπωση, περιορισμένη κινητικότητα και δυσκολία στην εκτέλεση καθημερινών δραστηριοτήτων, στοιχεία που οδηγούν σε απώλεια ανεξαρτησίας και αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καταθλιπτικών συμπτωμάτων.

Η σχέση αυτή ενισχύεται περαιτέρω από τη συνύπαρξη πολλαπλών χρόνιων παθήσεων (πολυνοσηρότητα), όπως επισημαίνουν οι Renne & Gobbens (2018). Η μελέτη τους σε ηλικιωμένους που διαβιούν στην κοινότητα έδειξε ότι η πολυνοσηρότητα, σε συνδυασμό με τη ευπάθεια, ασκεί αθροιστικά αρνητική επίδραση στην ποιότητα ζωής, επηρεάζοντας ιδιαίτερα την ανεξαρτησία και την κοινωνική συμμετοχή. Οι συγγραφείς υπογραμμίζουν ότι η αντιμετώπιση της ευπάθειας μπορεί να αποφέρει πολλαπλά οφέλη, καθώς συμβάλλει όχι μόνο στη βελτίωση της λειτουργικότητας αλλά και στη συνολική ευημερία των ηλικιωμένων ασθενών.

Επιπλέον, οι Han, Lin & Chen (2022) έδειξαν ότι η ικανότητα των ηλικιωμένων να αυτοδιαχειρίζονται τα χρόνια νοσήματα τους συνδέεται με υψηλότερη ποιότητα ζωής και μείωση του βαθμού ευπάθειας. Μια θετική ψυχολογική

στάση, η επαρκής κοινωνική υποστήριξη και η ενεργός συμμετοχή στη φροντίδα της υγείας λειτουργούν προστατευτικά, περιορίζοντας την επιδείνωση της ευπάθειας και τη συνακόλουθη μείωση της ποιότητας ζωής.

Σε ευρύτερο επίπεδο, η μετα-ανάλυση των Kojima και συνεργατών (2016) ανέδειξε την ευπάθεια ως έναν από τους σημαντικότερους προγνωστικούς δείκτες χαμηλής ποιότητας ζωής στους ηλικιωμένους. Οι ερευνητές τονίζουν ότι η αυξημένη ευπάθεια συνδέεται με αναπηρία, εξάρτηση από άλλους και επιβαρυνμένη ψυχική υγεία, γεγονός που καθιστά την αντιμετώπιση της βασικής προτεραιότητας στη γηριατρική φροντίδα.

Τέλος, η πρόσφατη μελέτη των Liu και συνεργατών (2024) ανέδειξε ότι η πολυφαρμακία, ο υποσιτισμός και η ευπάθεια αλληλεπιδρούν μεταξύ τους, οδηγώντας σε χαμηλότερη ποιότητα ζωής σε ηλικιωμένους με χρόνια νοσήματα. Μάλιστα, η ευπάθεια φαίνεται να διαμεσολαβεί τη σχέση ανάμεσα στην πολυφαρμακία και τη μειωμένη ευεξία, υποδηλώνοντας ότι η ολιστική προσέγγιση στη φροντίδα μπορεί να αποτρέψει περαιτέρω επιδείνωση της κατάστασης των ασθενών.

Συνοψίζοντας, η υπάρχουσα βιβλιογραφία δείχνει ότι η ευπάθεια αποτελεί καθοριστικό παράγοντα που επιδρά αρνητικά στην ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων με χρόνια νοσήματα, επηρεάζοντας τη σωματική λειτουργικότητα, την ψυχολογική ευεξία και την κοινωνική συμμετοχή. Η ενίσχυση της αυτονομίας, η παροχή κοινωνικής υποστήριξης και η προαγωγή υγιών συνηθειών αναδεικνύονται ως βασικοί άξονες για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής αυτής της ομάδας.

3.3.4. Στατιστική διερεύνηση της ευπάθειας σε σχέση με την ποιότητα ζωής ηλικιωμένων ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια

Η πρόσφατη μελέτη των Huang και συνεργατών (2025) εξέτασε τη σχέση ανάμεσα στη σωματική και κοινωνική ευπάθεια και την ποιότητα ζωής ηλικιωμένων νοσηλευόμενων με ΚΑ. Τα ευρήματα έδειξαν στατιστικά σημαντική συσχέτιση ($p < 0.001$), με υψηλότερα επίπεδα ευπάθειας να συνδέονται με χαμηλότερους δείκτες ποιότητας ζωής. Μάλιστα, οι ασθενείς με

κοινωνική ευπάθεια παρουσίασαν έως και 35% χαμηλότερες βαθμολογίες σε ψυχολογικούς δείκτες QoL σε σύγκριση με όσους δεν ήταν ευπαθείς.

Παρόμοια αποτελέσματα αναφέρονται και στη μελέτη FRAIL, η οποία συμπεριέλαβε 326 ασθενείς με ΚΑ και χρόνια νεφρική νόσο. Η έρευνα έδειξε ότι οι ευπαθείς ασθενείς παρουσίαζαν κατά μέσο όρο 22 μονάδες χαμηλότερη συνολική βαθμολογία ποιότητας ζωής (EQ-5D-5L, $p < 0.001$), ενώ η ευπάθεια συσχετίστηκε με υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης και λειτουργικής εξάρτησης (McNally et al., 2024).

Οι Harissa και συνεργάτες (2022), σε δείγμα 214 ασθενών με καρδιαγγειακά νοσήματα, διαπίστωσαν ότι η ευπάθεια συσχετίζεται αρνητικά με την ποιότητα ζωής ($r = -0.48$, $p < 0.01$). Επιπλέον, οι ευπαθείς ασθενείς λάμβαναν περισσότερα φάρμακα, παρουσιάζοντας πολυφαρμακία και εμφάνιζαν χαμηλότερα επίπεδα λειτουργικής ανεξαρτησίας.

Σύμφωνα με τους Uchmanowicz και συνεργάτες (2019), σε δείγμα 300 ηλικιωμένων ασθενών με ΚΑ, η ευπάθεια παρουσίασε ισχυρή αρνητική συσχέτιση με τη συνολική ποιότητα ζωής ($r = -0.62$, $p < 0.001$), καθώς και με επιμέρους δείκτες όπως η κινητικότητα, η ψυχική ευεξία και η κοινωνική λειτουργικότητα. Οι ασθενείς που ταξινομήθηκαν ως «σοβαρά ευπαθείς» εμφάνισαν έως και 50% χαμηλότερες βαθμολογίες ποιότητας ζωής σε σύγκριση με όσους δεν παρουσίαζαν ευπάθεια.

Μια από τις πλέον θεμελιώδεις μελέτες των Uchmanowicz & Gobbens (2015), επιβεβαίωσε τη συσχέτιση της ευπάθειας, του άγχους και της κατάθλιψης με την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία (HRQoL) σε ηλικιωμένους με ΚΑ. Η στατιστική ανάλυση (ANOVA και συσχέτιση Pearson) έδειξε ότι η ευπάθεια εξηγεί το 39% της διακύμανσης στην ποιότητα ζωής ($p < 0.001$), ενώ η παρουσία καταθλιπτικών συμπτωμάτων ενίσχυε σημαντικά αυτή την επίδραση.

Τέλος, η μελέτη των Gastelurrutia και συνεργατών (2018), σε δείγμα 611 ασθενών με ΚΑ και μέση ηλικία 74 ετών, έδειξε ότι η ευπάθεια, σε συνδυασμό με τις συννοσηρότητες, ασκεί ανεξάρτητη αρνητική επίδραση στην ποιότητα ζωής ($\beta = -0.45$, $p < 0.001$), όπως αυτή αποτυπώνεται στο Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ). Οι ευπαθείς ασθενείς εμφάνισαν

διπλάσιο κίνδυνο νοσηλείας και 25% αυξημένη πιθανότητα επιδείνωσης της καρδιακής λειτουργίας.

3.3.5. Παρεμβάσεις και στρατηγικές αντιμετώπισης της ευπάθειας στους ηλικιωμένους με καρδιακή ανεπάρκεια

Η αντιμετώπιση της ευπάθειας σε ηλικιωμένους με ΚΑ αποτελεί κεντρικό πεδίο ενδιαφέροντος τόσο στη σύγχρονη καρδιολογική όσο και στη γηριατρική φροντίδα. Τα πρόσφατα ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι η ευπάθεια δεν αποτελεί μια αμετάβλητη κατάσταση, αλλά μπορεί να βελτιωθεί μέσω πολυδιάστατων παρεμβάσεων που συνδυάζουν άσκηση, διατροφική υποστήριξη, ψυχολογική ενδυνάμωση και ολοκληρωμένη φαρμακευτική παρακολούθηση.

Η συστηματική ανασκόπηση των Nijskens και συνεργατών (2025) εξέτασε την αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια παρεμβάσεων για την αντιμετώπιση της ΚΑ σε ηλικιωμένους με διαφορετικά επίπεδα ευπάθειας, καταλήγοντας ότι η εξατομικευμένη θεραπευτική προσέγγιση αποτελεί κρίσιμο παράγοντα για τη βελτίωση της πρόγνωσης και της ποιότητας ζωής. Οι συγγραφείς ανέλυσαν 42 μελέτες που περιλάμβαναν φαρμακολογικές και ολοκληρωμένες παρεμβάσεις και διαπίστωσαν ότι αυτές είναι εξίσου αποτελεσματικές και ασφαλείς τόσο σε ευπαθείς όσο και σε μη ευπαθείς ασθενείς, όταν προσαρμόζονται στις ατομικές ανάγκες. Ειδικότερα, οι φαρμακολογικές θεραπείες (όπως οι αγωνιστές SGLT2, το sacubitril / valsartan και οι ανταγωνιστές αλδοστερόνης) βελτίωσαν σημαντικά τη λειτουργική ικανότητα και την ποιότητα ζωής χωρίς αύξηση ανεπιθύμητων ενεργειών, ενώ τα προγράμματα φυσικής αποκατάστασης και πολυτομεακής φροντίδας (πχ. REHAB-HF) μείωσαν τη νοσηρότητα κατά περίπου 30% και ενίσχυσαν την ανεξαρτησία μετά τη νοσηλεία. Επιπλέον, οι παρεμβάσεις ολοκληρωμένης φροντίδας που ενσωμάτωναν διατροφική καθοδήγηση, ψυχολογική υποστήριξη και συνεχή παρακολούθηση μέσω τηλεϊατρικής συνέβαλαν στη βελτίωση της συμμόρφωσης και στη μείωση των επανεισαγωγών. Συνολικά, η ανασκόπηση αναδεικνύει ότι η ολιστική και διεπιστημονική διαχείριση της ευπάθειας, η οποία συνδυάζει φαρμακευτικές, φυσικές και ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις, αποτελεί ουσιώδη στρατηγική για τη βελτίωση των κλινικών και λειτουργικών εκβάσεων των ηλικιωμένων με ΚΑ.

Η ανασκόπηση των Uchmanowicz και συνεργατών (2025) ανέδειξε τη σημασία των πολυεπαγγελματικών παρεμβάσεων στη μείωση της ευπάθειας σε ηλικιωμένους με ΚΑ. Οι συγγραφείς έδειξαν ότι τα προγράμματα φυσικής αποκατάστασης, τα οποία περιλαμβάνουν ασκήσεις αντοχής, ισορροπίας και μυϊκής ενδυνάμωσης, βελτίωσαν σημαντικά τη λειτουργική ικανότητα των ασθενών (6-minute walk test), καθώς και η ψυχολογική ενδυνάμωση και η εκπαίδευση στην αυτοδιαχείριση της νόσου, συνέβαλαν στη βελτίωση της ποιότητας ζωής (KCCQ, MLHFQ) και στη μείωση των συμπτωμάτων ευπάθειας. Συνολικά, η μελέτη καταδεικνύει ότι μια συνδυασμένη και εξατομικευμένη προσέγγιση αποτελεί καθοριστικό παράγοντα για την ενίσχυση της φυσικής και ψυχολογικής ευεξίας των ηλικιωμένων με ΚΑ.

Η μελέτη των Pandey και συνεργατών (2023), που βασίστηκε σε δευτερογενή ανάλυση τυχαιοποιημένης κλινικής δοκιμής με πρόγραμμα πολυτομεακής φυσικής αποκατάστασης σε ηλικιωμένους νοσηλευόμενους με οξεία ΚΑ, έδειξε ότι οι συμμετέχοντες παρουσίασαν μείωση της ευπάθειας κατά 23% και βελτίωση της ικανότητας βάδισης κατά 48 μέτρα σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου.

Η ανασκόπηση των Ijaz και συνεργατών (2022), που δημοσιεύθηκε στο Journal of the American College of Cardiology, έδειξε ότι οι πολυδιάστατες παρεμβάσεις οι οποίες συνδυάζουν άσκηση, αποκατάσταση, διατροφική υποστήριξη και ψυχοκοινωνική ενδυνάμωση μειώνουν τις νοσηλείες κατά 20-40% και βελτιώνουν τα επίπεδα σωματικής αντοχής και γνωστικής λειτουργίας σε ηλικιωμένους καρδιοπαθείς.

Αντίστοιχα, το πρακτικό πλαίσιο διαχείρισης της ευπάθειας που προτείνουν οι Boureau και συνεργάτες (2022) υπογραμμίζει την ανάγκη για στενή διεπιστημονική συνεργασία (με τη συμμετοχή καρδιολόγου, φυσικοθεραπευτή, διατροφολόγου και ψυχολόγου) ώστε να καθοδηγούνται αποτελεσματικά οι εξατομικευμένες παρεμβάσεις.

Η μετα-ανάλυση των Rezaei-Shahsavarloo και συνεργατών (2020) έδειξε ότι οι παρεμβάσεις αποκατάστασης και ενδυνάμωσης σε νοσηλευόμενους ηλικιωμένους με ευπάθεια ήταν πολυδιάστατες και βασίστηκαν στη συνεργασία διεπιστημονικών ομάδων. Στην ανάλυση συμπεριλήφθηκαν επτά

τυχαιοποιημένες μελέτες με συνολικά 1009 συμμετέχοντες, οι οποίες περιλάμβαναν προγράμματα φυσικής αποκατάστασης με ασκήσεις αντοχής, ισορροπίας και μυϊκής ενδυνάμωσης, τα οποία βελτίωσαν σημαντικά τη λειτουργικότητα και μείωσαν τα επίπεδα σωματικής ευπάθειας. Παράλληλα, η διατροφική υποστήριξη με επαρκή πρόσληψη πρωτεϊνών και θερμίδων συνέλαβε στην αντιμετώπιση της καχεξίας, ενώ η Συνολική Γηριατρική Αξιολόγηση (CGA) (η οποία συνδύαζε ψυχολογική και κοινωνική υποστήριξη, φαρμακολογική επανεκτίμηση και εκπαίδευση στην αυτοδιαχείριση) ενίσχυσε την ανεξαρτησία και τη συνολική ποιότητα ζωής των ασθενών.

3.3.6. Συστηματική Βιβλιογραφική Ανασκόπηση

Η παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση πραγματοποιήθηκε με στόχο τη συστηματική διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της ευπάθειας και της ποιότητας ζωής ηλικιωμένων ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια, ακολουθώντας τις βασικές αρχές επιστημονικής τεκμηρίωσης. Η διαδικασία αναζήτησης της βιβλιογραφίας σχεδιάστηκε με τρόπο που να εξασφαλίζει όσο το δυνατόν μεγαλύτερη πληρότητα, αξιοπιστία και συνάφεια των διαθέσιμων ερευνητικών δεδομένων σχετικά με το υπό διερεύνηση θέμα.

Η στρατηγική αναζήτησης εφαρμόστηκε σε κύριες ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων που χρησιμοποιούνται ευρέως στον χώρο της ιατρικής, της νοσηλευτικής και των επιστημών υγείας, προκειμένου να επιτευχθεί ολοκληρωμένη κάλυψη της διεθνούς βιβλιογραφίας. Συγκεκριμένα, χρησιμοποιήθηκαν οι βάσεις δεδομένων:

MEDLINE/PubMed

CINAHL

Scopus

ScienceDirect

Google scholar

Η επιλογή των συγκεκριμένων βάσεων δεδομένων βασίστηκε στη συχνή χρήση τους σε ερευνητικές μελέτες που αφορούν την καρδιακή ανεπάρκεια, την ευπάθεια και την ποιότητα ζωής ηλικιωμένων ασθενών, καθώς και στην αξιοπιστία και επιστημονική εγκυρότητα των δημοσιεύσεων που περιλαμβάνουν (Cooke et al., 2012 : Hosseini et al., 2024).

Οι όροι αναζήτησης αναπτύχθηκαν μέσω συνδυασμού θεματικών επικεφαλίδων και ελεύθερων λέξεων-κλειδιών (MeSH terms), προσαρμοσμένων ανάλογα με τις απαιτήσεις της κάθε βάσης δεδομένων. Οι βασικοί όροι που χρησιμοποιήθηκαν περιλάμβαναν τις έννοιες: “heart failure”, “frailty”, “frail elderly”, “quality of life”, “older adults”, “elderly patients”, “Edmonton Frail Scale”, “EQ-5D-3L” και “Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire” (Aslam & Emmanuel, 2010 Q Hosseini et al., 2024).

Για την ενίσχυση της αναζήτησης χρησιμοποιήθηκαν επίσης όροι που σχετίζονται με την αξιολόγηση της ευπάθειας και της ποιότητας ζωής, όπως “assessment”, “questionnaire”, “scale”, “measurement” και “health-related quality of life”.

Οι Boolean τελεστές που εφαρμόστηκαν ήταν:

- AND για τη σύνδεση διαφορετικών εννοιών (π.χ., “heart failure” AND “frailty” AND “quality of life”),
- OR για την ένωση συνώνυμων ή παρόμοιων όρων (π.χ., “frailty” OR “frail elderly”),
- καθώς και το σύμβολο “” για την αναζήτηση παραγώγων λέξεων όπου αυτό ήταν δυνατό (π.χ., *frail*).

Η αναζήτηση της βιβλιογραφίας επικεντρώθηκε κυρίως σε επιστημονικά άρθρα δημοσιευμένα κατά την περίοδο 2015–2025, με στόχο τη χρήση πρόσφατων και επικαιροποιημένων ερευνητικών δεδομένων σχετικά με την ευπάθεια και την καρδιακή ανεπάρκεια στους ηλικιωμένους. Παράλληλα, συμπεριλήφθηκαν και ορισμένες παλαιότερες αλλά θεμελιώδεις μελέτες που αφορούν τον ορισμό και τη θεωρητική προσέγγιση της ευπάθειας και της ποιότητας ζωής.

Η επιλογή των μελετών πραγματοποιήθηκε με βάση τη συνάφεια τους με το αντικείμενο της παρούσας εργασίας. Συμπεριλήφθηκαν ερευνητικές μελέτες

και ανασκοπήσεις που διερευνούσαν:

- α) την ευπάθεια σε ηλικιωμένους ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια,
- β) τη σχέση μεταξύ ευπάθειας και ποιότητας ζωής,
- γ) τα εργαλεία αξιολόγησης της ευπάθειας και της ποιότητας ζωής,
- δ) τις επιπτώσεις της ευπάθειας στη λειτουργικότητα, στις νοσηλείες και στην πρόγνωση των ασθενών.

Αποκλείστηκαν μελέτες που:

- α) αφορούσαν αποκλειστικά άλλες καρδιολογικές παθήσεις χωρίς αναφορά στην καρδιακή ανεπάρκεια,
- β) δεν περιλάμβαναν ηλικιωμένο πληθυσμό
- γ) ήταν δημοσιευμένες σε γλώσσα διαφορετική από την αγγλική ή την ελληνική.

Η διαδικασία επιλογής της βιβλιογραφίας πραγματοποιήθηκε στις επιλεγμένες ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων, από την οποία ανακτήθηκαν συνολικά 428 επιστημονικά άρθρα. Μετά την αφαίρεση των διπλότυπων εγγραφών και την αξιολόγηση των μελετών βάσει των προκαθορισμένων κριτηρίων επιλεξιμότητας, συμπεριλήφθηκαν τελικά 92 επιστημονικά άρθρα. Οι μελέτες αυτές αποτέλεσαν το θεωρητικό και ερευνητικό υπόβαθρο της παρούσας εργασίας, παρέχοντας τα απαραίτητα δεδομένα για τη διερεύνηση και τεκμηρίωση του υπό μελέτη φαινομένου.

3.3.7. Ερευνητικό κενό

Η πρόσφατη βιβλιογραφία αναδεικνύει ουσιαστικά κενά στη διερεύνηση της ευπάθειας και της ποιότητας ζωής σε ηλικιωμένους με ΚΑ. Παρότι η ευπάθεια αναγνωρίζεται ολοένα και περισσότερο ως κρίσιμος προγνωστικός δείκτης, οι διαθέσιμες μελέτες εμφανίζουν σημαντική μεθοδολογική ανομοιογένεια και διαφοροποιήσεις στον τρόπο μέτρησης της, γεγονός που δυσχεραίνει τη συγκρισιμότητα των ευρημάτων (Ijaz et al., 2022). Επιπλέον, οι συγγραφείς τονίζουν την απουσία μακροχρόνιων ερευνών που να εξετάζουν την επίδραση παρεμβάσεων στην πορεία της ευπάθειας και της ποιότητας ζωής, καθώς και τον

περιορισμένο όγκο δεδομένων σχετικά με την αποτελεσματικότητα συνδυαστικών θεραπευτικών προσεγγίσεων σε ασθενείς με πολλαπλές συννοσηρότητες.

Η μελέτη FRAIL των McNally και συνεργατών (2024) ανέδειξε ένα ακόμη καίριο ερευνητικό κενό: παρότι η ευπάθεια συνδέεται στενά με χαμηλότερη ποιότητα ζωής, οι υποκείμενοι μηχανισμοί που γεφυρώνουν τα δύο φαινόμενα δεν έχουν ακόμη αποσαφηνιστεί. Οι συγγραφείς τονίζουν την ανάγκη ανάπτυξης πολυδιάστατων εργαλείων αξιολόγησης που να ενσωματώνουν σωματικές, γνωστικές και ψυχολογικές διαστάσεις. Παράλληλα, ερευνητές όπως αυτή των Liu και συνεργατών (2024) αναδεικνύουν ένα σημαντικό κενό στην επικοινωνία μεταξύ ασθενών και επαγγελματιών υγείας, καθώς πολλοί ηλικιωμένοι αντιλαμβάνονται την ευπάθεια ως «αναπόφευκτο αποτέλεσμα της γήρανσης», γεγονός που συμβάλλει στην υποδιάγνωση και την ανεπαρκή αντιμετώπιση της.

Επιπλέον, η συστηματική ανασκόπηση των Nijskens και συνεργατών (2025) ανέδειξε ότι οι περισσότερες κλινικές δοκιμές για την ΚΑ τείνουν να αποκλείουν τους ευπαθείς ηλικιωμένους, δημιουργώντας έτσι ένα σημαντικό κενό γνώσης και πρακτικής σχετικά με την αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια των παρεμβάσεων σε αυτόν τον ιδιαίτερα ευάλωτο πληθυσμό. Αντίστοιχα, η ανασκόπηση των Talha και συνεργατών (2023) υπογραμμίζει πως, παρά το γεγονός ότι η ευπάθεια έχει αναγνωριστεί ως ισχυρός προγνωστικός παράγοντας, εξακολουθούν να απουσιάζουν παρεμβατικές μελέτες που να εξετάζουν τρόπους αναστροφής ή επιβράδυνσης της εξέλιξης της.

Τέλος, οι Mei και συνεργάτες (2025) επισημαίνουν την απουσία ενοποιημένων εργαλείων αξιολόγησης της ευπάθειας και της ποιότητας ζωής, γεγονός που περιορίζει τόσο τη δυνατότητα γενίκευσης των ερευνητικών αποτελεσμάτων όσο και την ανάπτυξη στοχευμένων παρεμβάσεων. Συνολικά, η βιβλιογραφία δείχνει ότι τα βασικά ερευνητικά κενά αφορούν τον περιορισμό βαθμό ενσωμάτωσης των ευπαθών ηλικιωμένων σε κλινικές μελέτες, την έλλειψη προτυποποιημένων μεθόδων μέτρησης και την ανάγκη για μακροχρόνιες,

πολυπαραγοντικές έρευνες που θα συνδέουν τη βιολογική ευπάθεια με τη λειτουργική και ψυχοκοινωνική ποιότητα ζωής.

Η παρούσα μελέτη επιδιώκει να καλύψει το υφιστάμενο ερευνητικό κενό σχετικά με τη σχέση ανάμεσα στην ευπάθεια και την ποιότητα ζωής σε ηλικιωμένους ασθενείς με ΚΑ, υιοθετώντας μια ολιστική και πολυπαραγοντική προσέγγιση. Παρότι η διεθνής βιβλιογραφία αναγνωρίζει την ευπάθεια ως σημαντικό προγνωστικό δείκτη, παραμένει περιορισμένη η εμπειρική διερεύνηση του τρόπου με τον οποίο αυτή επηρεάζει επιμέρους διαστάσεις της ποιότητας ζωής (σωματικές, ψυχολογικές και κοινωνικές). Η παρούσα εργασία, αξιοποιώντας συστηματικά συλλεγμένα δεδομένων από ηλικιωμένους με χρόνια νοσήματα και εφαρμόζοντας τεκμηριωμένα εργαλεία αξιολόγησης (όπως EQ-5D-3L, MLHFQ και EFS), στοχεύει να εξετάσει σε βάθος αυτή τη συσχέτιση, παρέχοντας νέα στοιχεία που μπορούν να υποστηρίξουν την ανάπτυξη εξατομικευμένων παρεμβάσεων και τη βελτίωση της κλινικής φροντίδας. Με αυτόν τον τρόπο, συμβάλλει ουσιαστικά στη γεφύρωση του επιστημονικού κενού που καταγράφεται στη βιβλιογραφία και ενισχύει την κατανόηση της ευπάθειας όχι μόνο ως βιολογικού, αλλά και ως ψυχοκοινωνικού φαινομένου που επηρεάζει την καθημερινότητα και τη συνολική ευημερία των ασθενών με ΚΑ.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο: ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

4.1. Επιστημολογία

Η παρούσα διπλωματική εργασία υιοθετεί τη θετικιστική επιστημολογία ως θεωρητικό πλαίσιο, καθώς το ερευνητικό της αντικείμενο (η διερεύνηση της επίδρασης της ευπάθειας στην ποιότητα ζωής ηλικιωμένων ασθενών με ΚΑ) απαιτεί αντικειμενική μέτρηση, σαφή ορισμό μεταβλητών και εμπειρική τεκμηρίωση. Στο πλαίσιο του θετικισμού, η γνώμη παράγεται μέσω της παρατήρησης, της μέτρησης και της ανάλυσης επαληθεύσιμων δεδομένων, ενώ η πραγματικότητα θεωρείται ενιαία, σταθερή και ανεξάρτητη από τον ερευνητή (Sasa, 2020).

Κεντρικό στοιχείο της θετικιστικής προσέγγισης αποτελεί η αποστασιοποίηση του ερευνητή από το υπό μελέτη φαινόμενο, ώστε τα ευρήματα να αποτυπώνουν με αντικειμενικό τρόπο την πραγματικότητα και όχι προσωπικές ερμηνείες ή προσδοκίες (Wendt, 2000).

Σύμφωνα με τον θετικιστικό προσανατολισμό, η γνώση θεωρείται έγκυρη όταν στηρίζεται σε αξιόπιστες, σταθμισμένες μετρήσεις και σε μεθοδολογικά αυστηρές διαδικασίες συλλογής δεδομένων (Lincoln & Guba, 2017).

Η έννοια της ευπάθειας έχει εξελιχθεί σημαντικά στη σύγχρονη βιβλιογραφία και συνδέεται στενά με τη λειτουργική έκπτωση και την αυξημένη ευαλωτότητα των ηλικιωμένων. Το φαινοτυπικό μοντέλο ευπάθειας των Fried και συνεργατών (2001) αποτελεί θεμελιώδες σημείο αναφοράς για την κλινική αξιολόγηση, καθώς αποτυπώνει τη λειτουργική αποδυνάμωση μέσω συγκεκριμένων, μετρήσιμων δεικτών. Παράλληλα, το μοντέλο συσσώρευσης ελλειμμάτων των Rockwood & Mitnitski (2007) προσφέρει μια ποσοτική προσέγγιση που ευθυγραμμίζεται με τη θετικιστική παράδοση, μετατρέποντας την ευπάθεια σε αριθμητικό δείκτη με δυνατότητα στατιστικής ανάλυσης. Σύγχρονες ανασκοπήσεις, όπως αυτή των Dent και συνεργατών (2016), επιβεβαιώνουν τη σημασία της ποσοτικής μέτρησης της ευπάθειας για την πρόγνωση και τη λήψη κλινικών αποφάσεων.

Αντίστοιχα, η ποιότητα ζωής σε ασθενείς με ΚΑ αποτελεί μια μεταβλητή που μπορεί να αποτυπωθεί ποσοτικά μέσω σταθμισμένων εργαλείων αξιολόγησης. Οι Jaarsma και συνεργάτες (2017) επισημαίνουν ότι η ποσοτική μέτρηση της ποιότητας ζωής συμβάλλει ουσιαστικά στην κατανόηση των παραγόντων που επηρεάζουν την πρόγνωση των ασθενών, ενώ νεότερα δεδομένα (Butler et al., 2020) καταδεικνύουν ότι η ευπάθεια λειτουργεί ως ισχυρός προγνωστικός δείκτης σε πληθυσμούς με ΚΑ.

Μεθοδολογικά, η παρούσα έρευνα ευθυγραμμίζεται με τις θετικιστικές αρχές μέσω της χρήσης οργανωμένων και δομημένων διαδικασιών συλλογής δεδομένων, της εφαρμογής στατιστικών τεχνικών ανάλυσης και της έμφασης στη δυνατότητα γενίκευσης των ευρημάτων (Park, Konge & Artino, 2020).

Παρότι η θετικιστική επιστημολογία έχει δεχθεί κριτική για την έμφαση που δίνει αποκλειστικά στην αντικειμενική διάσταση της εμπειρίας (Romand, 2019), εξακολουθεί να αποτελεί βασικό θεωρητικό υπόβαθρο για ερευνητικά ερωτήματα που απαιτούν ακριβή μέτρηση και στατιστική τεκμηρίωση. Η εφαρμογή της στο παρόν θέμα ενισχύει την εγκυρότητα της μελέτης και επιτρέπει την εξαγωγή αξιόπιστων συμπερασμάτων σχετικά με τη σχέση ανάμεσα στην ευπάθεια και την ποιότητα ζωής. Η αξιοποίηση σύγχρονων στατιστικών μεθόδων και η χρήση εκτενών, σταθμισμένων κλιμάκων συμβάλλουν στην παραγωγή ευρημάτων με υψηλή επιστημονική και κλινική αξία (Godwin et al., 2021).

4.2. Μεθοδολογία

Η παρούσα έρευνα υιοθετεί έναν συγχρονικό σχεδιασμό, με στόχο τη συλλογή εμπειρικών δεδομένων από ηλικιωμένους ασθενείς με ΚΑ σε ένα συγκεκριμένο και σαφώς καθορισμένο χρονικό σημείο. Η επιλογή της συγχρονικής μεθόδου επιτρέπει την αποτύπωση της τρέχουσας κατάστασης των συμμετεχόντων ως προς τον βαθμό ευπάθειας και την ποιότητα ζωής, χωρίς να εξετάζεται η εξέλιξη των παραμέτρων αυτών διαχρονικά. Με αυτόν τον τρόπο καθίσταται δυνατή η ανάλυση των συσχετίσεων μεταξύ των υπό μελέτη μεταβλητών στη δεδομένη

χρονική στιγμή, κάτι ιδιαίτερα χρήσιμο σε κλινικούς πληθυσμούς με υψηλή ετερογένεια.

Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιούνται τυποποιημένα και επιστημονικά τεκμηριωμένα εργαλεία μέτρησης, κυρίως ερωτηματολόγια με αποδεδειγμένη αξιοπιστία και εγκυρότητα για την εκτίμηση τόσο της ευπάθειας όσο και της ποιότητας ζωής στους ηλικιωμένους ασθενείς. Η εφαρμογή αυτών των οργάνων διασφαλίζει τη σταθερότητα των μετρήσεων, διευκολύνει τη συγκριτική ανάλυση και ενισχύει την εγκυρότητα των τελικών συμπερασμάτων.

Η χρήση ερωτηματολογίων στις σύγχρονες έρευνες προσφέρει έναν άμεσο και συμμετοχικό τρόπο συλλογής δεδομένων, καθώς η διαδικασία πραγματοποιείται ταυτόχρονα για όλους τους συμμετέχοντες. Η μέθοδος αυτή διευκολύνει την αποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ ερευνητή και συμμετεχόντων, είτε δια ζώσης συναντήσεων είτε μέσω ψηφιακών μέσων, όπως πλατφόρμες τηλεδιάσκεψης και διαδικτυακά συστήματα συνομιλίας. Η δυνατότητα αλληλεπίδρασης σε πραγματικό χρόνο επιτρέπει την άμεση επίλυση αποριών και την παροχή καθοδήγησης, οδηγώντας σε πιο πλήρες και ακριβείς απαντήσεις και τελικά, σε δεδομένα υψηλής ποιότητας (Farrow et al., 2022).

Ένα βασικό χαρακτηριστικό των σύγχρονων διαδικασιών συλλογής ερωτηματολογίων είναι η δυνατότητα τους να προσαρμόζονται σε ποικίλα περιβάλλοντα, τόσο φυσικά όσο και ψηφιακά. Οι ερευνητές μπορούν να υλοποιήσουν τη διαδικασία σε αίθουσες, σε οργανωμένες ομάδες συμμετεχόντων ή μέσω διαδικτυακών πλατφορμών όπως το Zoom και το Microsoft Teams, επιτρέποντας την ταυτόχρονη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων. Το σύγχρονο αυτό πλαίσιο ενισχύει την ποιότητα της αλληλεπίδρασης, καθώς ο ερευνητής έχει τη δυνατότητα να παρακολουθεί τις αντιδράσεις την ποιότητα της αλληλεπίδρασης, καθώς ο ερευνητής έχει τη δυνατότητα να παρακολουθεί τις αντιδράσεις των συμμετεχόντων, να παρέχει διευκρινίσεις όταν απαιτείται και να προσαρμόζει τη διαδικασία σε πραγματικό χρόνο. Αυτή η άμεση μορφή συμμετοχής διαφοροποιείται ουσιαστικά από τις ασύγχρονες διαδικτυακές μεθόδους, όπου η απουσία αλληλεπίδρασης μπορεί να μειώσει το επίπεδο εμπλοκής και να επηρεάσει τη συνέπεια των απαντήσεων (Evans & Mathur, 2018).

Τα πλεονεκτήματα της σύγχρονης συλλογής δεδομένων είναι πολλαπλά και συμβάλλουν ουσιαστικά στη βελτίωση της ερευνητικής διαδικασίας. Η άμεση παρουσία του ερευνητή, είτε δια ζώσης είτε μέσω ψηφιακών μέσων, επιτρέπει στους συμμετέχοντες να ζητούν διευκρινίσεις σε πραγματικό, μειώνοντας τα σφάλματα κατανόησης και αυξάνοντας την ακρίβεια των απαντήσεων. Παράλληλα, η διαδραστική φύση της διαδικασίας ενισχύει την εμπλοκή των συμμετεχόντων, γεγονός που συχνά οδηγεί σε πιο ολοκληρωμένα ερωτηματολόγια και σε πλουσιότερα δεδομένα. Επιπλέον, η άμεση εποπτεία δίνει τη δυνατότητα στον ερευνητή να διασφαλίζει ομοιόμορφες συνθήκες για όλους τους συμμετέχοντες, ενισχύοντας έτσι τη συνοχή και την εγκυρότητα των συλλεγόμενων δεδομένων (Wang & Cheng, 2020).

Οι σύγχρονες έρευνες που χρησιμοποιούν ερωτηματολόγια σε καθοδηγούμενα περιβάλλοντα, όπως ζωντανές ομαδικές συναντήσεις, εκπαιδευτικά πλαίσια ή διαδικτυακά διαδραστικά σεμινάρια, προσφέρουν σημαντικά οφέλη για την ποιότητα των συλλεγόμενων δεδομένων. Σε τέτοιες ρυθμίσεις, ο ερευνητής μπορεί να υποστηρίξει ενεργά τους συμμετέχοντες, να ενισχύει την κατανόηση του υλικού και να παρεμβαίνει άμεσα όταν προκύπτουν δυσκολίες ή νέες σκέψεις. Η άμεση αυτή καθοδήγηση συμβάλλει στη συλλογή πιο λεπτομερών και πλούσιων πληροφοριών, ενώ διασφαλίζει ότι η διαδικασία παραμένει ευθυγραμμισμένη με τους στόχους της μελέτης. Αν και απαιτεί μεγαλύτερο οργανωτικό συντονισμό σε σχέση με τις σύγχρονες μεθόδους, η συγκεκριμένη προσέγγιση έχει αποδειχθεί αποτελεσματική στη βελτίωση της συμμετοχής και της ποιότητας των ερευνητικών αποτελεσμάτων (Regmi et al., 2016).

4.3. Δειγματοληπτική τεχνική

Η παρούσα έρευνα θα πραγματοποιηθεί με δειγματοληψία ευκολίας, επιλέγοντας συμμετέχοντες από την Β' Καρδιολογική Κλινική του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων, οι οποίοι πληρούν τα προκαθορισμένα κριτήρια ένταξης. Η συγκεκριμένη μέθοδος επιλέγεται επειδή προσφέρει άμεση και πρακτική πρόσβαση στο απαιτούμενο δείγμα, επιτρέποντας τη συλλογή δεδομένων από άτομα που βρίσκονται ήδη στο

περιβάλλον της μελέτης και σχετίζονται άμεσα με το υπό διερεύνηση ζήτημα, χωρίς να απαιτείται τυχαία επιλογή ή αναζήτηση αντιπροσωπευτικού πληθυσμού.

Η δειγματοληψία ευκολίας ανήκει στις μη πιθανοτικές μεθόδους δειγματοληψίας και χαρακτηρίζεται από την επιλογή συμμετεχόντων που είναι άμεσα διαθέσιμοι στον ερευνητή. Αντί να επιδιώκει την αντιπροσωπευτικότητα του πληθυσμού, η συγκεκριμένη προσέγγιση δίνει έμφαση στην πραγματικότητα και τη διευκόλυνση της πρόσληψης, καθώς τα άτομα εντάσσονται στο δείγμα λόγω της εύκολης πρόσβασης, της προθυμίας συμμετοχής ή της παρουσίας τους στο περιβάλλον της μελέτης. Η απλότητα και ο ευκαιριακός χαρακτήρας της, την καθιστούν ιδιαίτερα διαδεδομένη σε έρευνες όπου η άμεση πρόσβαση στο δείγμα είναι κρίσιμη, παρότι δεν εξασφαλίζει τυχαία ή συστηματική επιλογή συμμετεχόντων (Taherdoost, 2016).

Η δειγματοληψία ευκολίας χρησιμοποιείται συχνά σε μελέτες προκαταρκτικού ή πιλοτικού χαρακτήρα, όπου ο στόχος είναι η συλλογή αρχικών πληροφοριών και όχι η εξαγωγή συμπερασμάτων που να αντιπροσωπεύουν έναν ευρύτερο πληθυσμό. Η τεχνική αυτή είναι ιδιαίτερα πρακτική σε περιπτώσεις όπου υπάρχουν περιορισμοί χρόνου, πόρων ή πρόσβασης σε μεγάλο αριθμό πιθανών συμμετεχόντων. Συνήθως εφαρμόζεται σε περιβάλλοντα όπως εμπορικά κέντρα, αίθουσες διδασκαλίας ή διαδικτυακούς χώρους, όπου η πρόσληψη συμμετεχόντων μπορεί να γίνει γρήγορα και χωρίς την ανάγκη σύνθετου σχεδιασμού ή εκτεταμένης προετοιμασίας (Etikan, Musa & Alkassim, 2016).

Η δειγματοληψία ευκολίας προσφέρει σημαντικά πλεονεκτήματα όταν ο στόχος είναι η ταχεία και οικονομικά αποδοτική συλλογή δεδομένων, ιδιαίτερα σε περιβάλλοντα με περιορισμούς χρόνου, πόρων ή πρόσβασης. Με αυτή την προσέγγιση, η πρόσληψη συμμετεχόντων γίνεται απλή, καθώς επιλέγονται άτομα που είναι άμεσα διαθέσιμα και εύκολα προσβάσιμα στον ερευνητή, χωρίς να απαιτείται πολύπλοκη διαδικασία επιλογής. Έτσι, μειώνεται αισθητά η διοικητική και χρονική επιβάρυνση, καθιστώντας εφικτή την υλοποίηση της έρευνας ακόμη και με περιορισμένα μέσα. Επιπλέον, σε μελέτες που αφορούν ειδικούς ή δύσκολα προσβάσιμους πληθυσμούς, η δειγματοληψία ευκολίας μπορεί να αποτελεί την πιο ρεαλιστική επιλογή, καθώς επιτρέπει την πρόσβαση

σε άτομα που διαφορετικά θα ήταν δύσκολο να συμμετάσχουν (Jäger et al., 2017).

Παρά τη χρηστικότητα της, η δειγματοληψία ευκολίας συνοδεύεται από σημαντικούς μεθοδολογικούς περιορισμούς που πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά την ερμηνεία των αποτελεσμάτων. Καθώς οι συμμετέχοντες επιλέγονται βάσει άμεσης προσβασιμότητας και όχι μέσω τυχαίων ή συστηματικών διαδικασιών, το δείγμα ενδέχεται να μην είναι αντιπροσωπευτικό του ευρύτερου πληθυσμού. Ως αποτέλεσμα, τα ευρήματα είναι πιθανό να αντανakλούν κυρίως τα χαρακτηριστικά των ατόμων που ήταν διαθέσιμα και πρόθυμα να συμμετάσχουν κατά τη χρονική περίοδο συλλογής των δεδομένων. Επιπλέον, η χρήση τέτοιων δειγμάτων περιορίζει την εξωτερική εγκυρότητα της έρευνας και μειώνει τη δυνατότητα γενίκευσης των αποτελεσμάτων σε άλλους πληθυσμούς ή πλαίσια. Για τον λόγο αυτό, τα ευρήματα που προκύπτουν από δείγματα ευκολίας θα πρέπει να ερμηνεύονται με προσοχή και εντός των ορίων του συγκεκριμένου δείγματος (Andrade, 2021).

Συνολικά, η δειγματοληψία ευκολίας εκτιμάται κυρίως για την πρακτικότητα της και την άμεση πρόσβαση που προσφέρει σε συμμετέχοντες, παρά την ικανότητα της να παράγει δεδομένα υψηλής επιστημονικής ακριβείας. Αν και αποτελεί χρήσιμο εργαλείο για τη συλλογή αρχικών ενδείξεων ή την εξερεύνηση νέων ερευνητικών κατευθύνσεων, τα αποτελέσματα που προκύπτουν απαιτούν προσεκτική ερμηνεία, καθώς η μέθοδος ενέχει περιορισμούς που σχετίζονται με μειωμένη αντιπροσωπευτικότητα και πιθανές μεροληψίες. Σε έρευνες όπου απαιτούνται αξιόπιστα και γενικεύσιμα συμπεράσματα, η χρήση της δειγματοληψίας ευκολίας είναι προτιμότερο να περιορίζεται στα προκαταρκτικά στάδια και να συμπληρώνεται στη συνέχεια με αυστηρότερες, πιθανοτικές τεχνικές δειγματοληψίας (Emerson, 2021).

4.4. Κριτήρια και αποκλεισμού του δείγματος

Στη μελέτη θα συμμετάσχουν ηλικιωμένοι ασθενείς ηλικίας 70 ετών και άνω, με επιβεβαιωμένη διάγνωση χρόνιας ΚΑ, οι οποίοι μπορούν να επικοινωνούν αποτελεσματικά και να κατανοούν την Ελληνική γλώσσα, ώστε να είναι σε θέση να συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια αξιολόγησης της ευπάθειας και τη ποιότητας ζωής. Από τη διαδικασία επιλογής θα αποκλειστούν άτομα με γνωστή διάγνωση άνοιας ή άλλων σοβαρών γνωστικών διαταραχών, καθώς και ασθενείς που βρίσκονται σε προχωρημένα στάδια άλλων απειλών για τη ζωή νοσημάτων, ώστε να διασφαλιστεί η ακρίβεια των απαντήσεων και η ασφάλεια των συμμετεχόντων. Η εφαρμογή κριτηρίων ένταξης, κατάλληλου για την αξιόπιστη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ ευπάθειας και ποιότητας ζωής σε ασθενείς με ΚΑ.

Σε κάθε ερευνητική μελέτη, τα κριτήρια ένταξης αποτελούν βασικό στοιχείο του σχεδιασμού, καθώς καθορίζουν τα χαρακτηριστικά που πρέπει να διαθέτουν οι συμμετέχοντες για να συμπεριληφθούν στο δείγμα. Διατυπώνονται με τρόπο που διασφαλίζει ότι ο υπό μελέτη πληθυσμός είναι κατάλληλος για τη διερεύνηση του εξεταζόμενου φαινομένου ότι με τα δεδομένα που θα συλλεχθούν θα είναι αξιόπιστα και επιστημονικά ή κλινικά χρήσιμα. Συνήθως περιλαμβάνουν παράγοντες όπως η ηλικία, η γλωσσική επάρκεια, η κλινική ή λειτουργική κατάσταση και άλλες μεταβλητές που συνδέονται με τους στόχους της έρευνας. Η σαφής οριοθέτηση των κριτηρίων ένταξης συμβάλει στη μείωση της μεροληψίας επιλογής και στην ενίσχυση της εσωτερικής εγκυρότητας, ενώ διευκολύνει την αναπαραγωγή της διαδικασίας σε μελλοντικές μελέτες (Patini & Ferreira, 2018).

Τα κριτήρια αποκλεισμού καθορίζουν τις συνθήκες ή τα χαρακτηριστικά που οδηγούν στην απομάκρυνση ορισμένων ατόμων από μια μελέτη, ακόμη και όταν πληρούν άλλα στοιχεία συμμετοχής. Η εφαρμογή τους είναι ουσιαστική τόσο για τη διασφάλιση των ηθικών αρχών της ερευνητικής διαδικασίας όσο και για την προστασία της ποιότητας των δεδομένων. Για παράδειγμα, άτομα που δεν μπορούν να παράσχουν έγκυρη συναίνεση, όσοι παρουσιάζουν σοβαρές

γνωστικές δυσλειτουργίες ή ανήκουν σε ιδιαίτερα ευάλωτες ομάδες μπορεί να αποκλειστούν, ώστε να αποφευχθούν πιθανοί κίνδυνοι και να μην επηρεαστούν οι μετρήσεις από εξωτερικούς παράγοντες. Επιπλέον, συμμετέχοντες που έχουν λάβει μέρος σε συναφείς έρευνες ενδέχεται να εξαιρεθούν για την αποφυγή επηρεασμού των απαντήσεων τους ή επικάλυψης αποτελεσμάτων. Συνολικά η ύπαρξη σαφώς καθορισμένων κριτηρίων αποκλεισμού συμβάλλει στον περιορισμό πιθανής μεροληψίας, στην ενίσχυση της δεοντολογικής προστασίας και στη διατήρηση της συνοχής και εγκυρότητας των ερευνητικών συμπερασμάτων (Ronconi, Shiner & Watts, 2014).

Συνοψίζοντας, ο προσεκτικός καθορισμός των κριτηρίων ένταξης και αποκλεισμού αποτελεί κρίσιμο στάδιο στο σχεδιασμό κάθε ερευνητικής μελέτης, καθώς διασφαλίζει τη συγκρότηση ενός συνεκτικού και επιστημονικά κατάλληλου δείγματος. Η ακριβής περιγραφή των προϋποθέσεων συμμετοχής και η ορθή χρήση ταξινομήσεων συμβάλλουν στην επιλογή των κατάλληλων συμμετεχόντων (Blasini et al., 2023). Παράλληλα, υπερβολικά περιοριστικά ή ανεπαρκώς τεκμηριωμένα κριτήρια αποκλεισμού μπορεί να μειώσουν την ποικιλία του δείγματος και να περιορίσουν τη δυνατότητα γενίκευσης των αποτελεσμάτων. Επομένως, η τεκμηριωμένη και ισορροπημένη διαμόρφωση των κριτηρίων αυτών είναι απαραίτητη για τη διαφάνεια της μεθοδολογίας και την αξιοπιστία των επιστημονικών συμπερασμάτων (Heirali et al., 2025).

4.5. Περιγραφή του δείγματος

Η παρούσα διπλωματική εργασία βασίζεται σε δείγμα 100 ατόμων που νοσηλεύονται ή έχουν νοσηλευθεί στο παρελθόν στη Β' Καρδιολογική Κλινική του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων. Η επιλογή αυτού του στοχευμένου πληθυσμού αποσκοπεί στη συλλογή πρωτογενών δεδομένων από ασθενείς με άμεση και τεκμηριωμένη εμπειρία καρδιολογικής φροντίδας. Η συγκεκριμένη μεθοδολογική επιλογή εξασφαλίζει υψηλή συνάφεια των πληροφοριών με το υπό διερεύνηση αντικείμενο και ενισχύει ουσιαστικά την επιστημονική εγκυρότητα και αξιοπιστία των αποτελεσμάτων της έρευνας.

Η ακριβής περιγραφή των χαρακτηριστικών του δείγματος αποτελεί καθοριστικό στοιχείο στη μεθοδολογία των συγχρονισμένων ερευνητικών σχεδίων, καθώς συμβάλλει στην ορθή ερμηνεία των δεδομένων και στην αποφυγή παρερμηνειών. Η άμεση αλληλεπίδραση των συμμετεχόντων με τον ερευνητή (είτε μέσω ψηφιακών μέσων, τηλεφωνικής επικοινωνίας, είτε δια ζώσης συνεντεύξεων) απαιτεί σαφή αποτύπωση των δημογραφικών και λειτουργικών ιδιοτήτων του δείγματος, καθώς και των διαδικασιών επιλογής του. Παράλληλα, ο ακριβής καθορισμός του μεγέθους του δείγματος παρέχει πληροφορίες σχετικά με το εύρος της μελέτης και επιτρέπει την αξιολόγηση της δυνατότητας γενίκευσης των αποτελεσμάτων. Η αναλυτική περιγραφή της στρατηγικής δειγματοληψίας που εφαρμόζεται, είτε πρόκειται για δειγματοληψία ευκολίας είτε για προθετική επιλογή συμμετεχόντων, είναι απαραίτητη, καθώς οι επιλογές αυτές επηρεάζουν την αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος και το ενδεχόμενο μεροληψίας στα ερευνητικά ευρήματα (Etikan & Bala).

Οι δημογραφικές παράμετροι των συμμετεχόντων, όπως η ηλικία, το φύλο, το μορφωτικό επίπεδο και η επαγγελματική κατάσταση, αποτελούν ουσιώδη στοιχεία για την ολοκληρωμένη περιγραφή του δείγματος και την αξιολόγηση της ποικιλομορφίας του. Οι πληροφορίες αυτές συμβάλλουν στην κατανόηση παραγόντων που ενδέχεται να επηρεάσουν την ερμηνεία των αποτελεσμάτων και παρέχουν κρίσιμα δεδομένα σχετικά με την καταλληλότητα και την αντιπροσωπευτικότητα του πληθυσμού της μελέτης. Παράλληλα, ο σαφής προσδιορισμός του ερευνητικού περιβάλλοντος (είτε πρόκειται για διαδικτυακές συνεδρίες, κλινικούς χώρους, εκπαιδευτικά ιδρύματα ή ρυθμίσεις) είναι απαραίτητος, καθώς το πλαίσιο συλλογής δεδομένων μπορεί να επηρεάσει τη συμμετοχή, την ποιότητα της αλληλεπίδρασης και κατ'επέκταση, την εγκυρότητα των ευρημάτων. Η ακριβής αποτύπωση τόσο των δημογραφικών χαρακτηριστικών όσο και του ερευνητικού πλαισίου αποτελεί βασικό στοιχείο για την ενίσχυση της μεθοδολογικής διαφάνειας και της αξιοπιστίας της έρευνας (Palinkas et al., 2015).

Ο λεπτομερής καθορισμός των κριτηρίων ένταξης και αποκλεισμού αποτελεί βασικό στοιχείο της ερευνητικής μεθοδολογίας, καθώς διασφαλίζει ότι οι συμμετέχοντες ανταποκρίνονται στους στόχους και τις απαιτήσεις της μελέτης,

λαμβάνοντας ταυτόχρονα υπόψη τις αναγκαίες ηθικές και επιστημονικές παραμέτρους. Σε έρευνες που περιλαμβάνουν περισσότερες από μια κατηγορίες συμμετεχόντων (όπως ασθενείς και επαγγελματίες υγείας ή εκπαιδευόμενους και διδάσκοντες) η σαφής και διακριτική περιγραφή κάθε υποομάδας είναι καθοριστική, ώστε να αναδεικνύονται πιθανές διαφοροποιήσεις που μπορεί να επηρεάσουν την ανάλυση και την ερμηνεία των αποτελεσμάτων. Επιπλέον, η καταγραφή του ποσοστού ανταπόκρισης, δηλαδή της αναλογίας όσων τελικά συμμετείχαν σε σχέση με όσους προσκλήθηκαν, παρέχει σημαντικές πληροφορίες για την αποτελεσματικότητα της διαδικασίας πρόσληψης και για τον βαθμό αντιπροσωπευτικότητας του δείγματος. Η ολοκληρωμένη παρουσίαση αυτών των στοιχείων ενισχύει τη μεθοδολογική διαφάνεια και την αξιοπιστία της συνολικής ερευνητικής διαδικασίας (Hennink & Kaiser, 2022).

4.6. Περιγραφή του χώρου

Η παρούσα διπλωματική μελέτη υλοποιήθηκε στη Β' Καρδιολογική Κλινική του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων, η οποία βρίσκεται στον πρώτο όροφο του Γ' κτιρίου. Η κλινική διαθέτει σύγχρονες τεχνολογικές υποδομές και λειτουργεί στο πλαίσιο μια οργανωμένης δομής που υποστηρίζει την παροχή υψηλού επιπέδου καρδιολογικής φροντίδας, με τη συμβολή έμπειρου και άρτια εκπαιδευμένου ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού. Οι υπηρεσίες που παρέχονται καλύπτουν όλο το φάσμα της καρδιαγγειακής περίθαλψης (από την προληπτική αξιολόγηση έως τη θεραπευτική αντιμετώπιση και αποκατάσταση) γεγονός που καθιστά την κλινική ένα κατάλληλο, αξιόπιστο και επιστημονικά τεκμηριωμένο περιβάλλον για τη διεξαγωγή της παρούσας ερευνητικής διαδικασίας.

Η λεπτομερής περιγραφή του χώρου όπου υλοποιείται μια ερευνητική διαδικασία αποτελεί ουσιώδες στοιχείο της μεθοδολογικής τεκμηρίωσης, καθώς συμβάλλει στην κατανόηση των συνθηκών υπό τις οποίες παράγονται και ερμηνεύονται τα δεδομένα. Το είδος του περιβάλλοντος, φυσικό ή ψηφιακό, επηρεάζει άμεσα τη συμμετοχή, τη συμπεριφορά των εμπλεκομένων και την ποιότητα των πληροφοριών που συλλέγονται. Σε περιπτώσεις φυσικών χώρων,

είναι σημαντικό να διευκρινίζονται στοιχεία όπως η τοποθεσία, η αίθουσα ή η δομή όπου διεξάγεται η μελέτη, καθώς αυτά τα χωροκοινωνικά χαρακτηριστικά μπορούν να επηρεάσουν τη σύνθεση του δείγματος και τον τρόπο ανταπόκρισης των συμμετεχόντων. Αντίστοιχα, όταν η έρευνα πραγματοποιείται διαδικτυακά, η σαφής αναφορά της ψηφιακής πλατφόρμας και των τεχνολογικών εργαλείων που χρησιμοποιούνται είναι καθοριστική, καθώς παράγοντες όπως η ευχρηστία, η τεχνική αξιοπιστία και η ασφάλεια των δεδομένων επηρεάζουν τόσο την προσβασιμότητα όσο και την ποιότητα της αλληλεπίδρασης. Η συστηματική αποτύπωση αυτών των πτυχών ενισχύει την επιστημονική εγκυρότητα της έρευνας και επιτρέπει την αξιολόγηση των παραγόμενων ευρημάτων (Archibald et al., 2019).

Οι συνθήκες χρόνου και περιβάλλοντος κατά τη διεξαγωγή μιας έρευνας μπορούν να επηρεάσουν ουσιαστικά την ποιότητα των δεδομένων που συλλέγονται. Η χρονική στιγμή συμμετοχής, καθώς και ο τρόπος οργάνωσης της διαδικασίας, ενδέχεται να επηρεάσουν το επίπεδο προσοχής, συγκέντρωσης και γνωστικής ετοιμότητας των συμμετεχόντων, με πιθανές συνέπειες στην ακρίβεια των απαντήσεών τους. Παράλληλα, ιδιαίτερα στις περιπτώσεις διαδικτυακής ή εξ αποστάσεως συλλογής δεδομένων, οι συνθήκες του περιβάλλοντος αποτελούν έναν επιπλέον παράγοντα που μπορεί να επηρεάσει τη συμμετοχή και την απόδοση των ατόμων. Στοιχεία όπως οι θόρυβοι του περιβάλλοντος, η παρουσία άλλων ατόμων στον χώρο, η έλλειψη ιδιωτικότητας ή τεχνικά ζητήματα που σχετίζονται με τη διαδικτυακή σύνδεση είναι δυνατόν να αποσπάσουν την προσοχή των συμμετεχόντων και να επηρεάσουν τη διαδικασία συμπλήρωσης των ερευνητικών εργαλείων. Επιπλέον, η περιορισμένη δυνατότητα ελέγχου των συνθηκών διεξαγωγής σε μη επιτηρούμενα περιβάλλοντα έχει αναγνωριστεί ως παράγοντας που μπορεί να επηρεάσει την αξιοπιστία και την ποιότητα των συλλεγόμενων δεδομένων. Για τον λόγο αυτό, η συνεκτίμηση των συνθηκών υπό τις οποίες πραγματοποιείται η έρευνα είναι απαραίτητη για την ορθή ερμηνεία των αποτελεσμάτων και την αξιολόγηση της εγκυρότητας των ερευνητικών συμπερασμάτων (Madero et al., 2021).

Οι συνθήκες πρόσβασης αποτελούν καθοριστικό παράγοντα που επηρεάζει τόσο τη δυνατότητα συμμετοχής όσο και τη συνολική αντιπροσωπευτικότητα

του δείγματος. Παράγοντες όπως η ευκολία πρόσβασης στο χώρο διεξαγωγής της έρευνας, οι τεχνολογικές απαιτήσεις για συμμετοχή σε ψηφιακά περιβάλλοντα και η ανάγκη εξασφάλισης θεσμικών ή διοικητικών εγκρίσεων μπορούν να καθορίσουν ποιοι τελικά θα συμμετάσχουν και υπό ποιες προϋποθέσεις. Επιπλέον, η αλληλεπίδραση χωρικών, χρονικών και ευκαιριακών συνθηκών συμβάλλει στη διαμόρφωση της διαδικασίας πρόσληψης συμμετεχόντων και επηρεάζει τον βαθμό αξιοπιστίας, εγκυρότητας και δυνατότητας γενίκευσης των αποτελεσμάτων. Η συστηματική διερεύνηση αυτών των παραμέτρων αποτελεί κρίσιμο βήμα για τη διασφάλιση της μεθοδολογικής αρτιότητας κάθε ερευνητικής εργασίας (Bonevski et al., 2014).

4.7. Μέθοδος συλλογής των δεδομένων

Στο πλαίσιο της παρούσας εργασίας, το ερωτηματολόγιο αξιοποιείται ως κύριο μέσο συλλογής δεδομένων, επιτρέποντας τη συστηματική και αμερόληπτη διερεύνηση των αντιλήψεων των συμμετεχόντων. Η χρήση του καθιστά δυνατή τη συγκέντρωση ποσοτικά μετρήσιμων πληροφοριών, γεγονός που ενισχύει την αξιοπιστία των συμπερασμάτων και επιτρέπει την εφαρμογή στατιστικών μεθόδων για την ουσιαστική ανάλυση και ερμηνεία των δεδομένων.

Το ερωτηματολόγιο αποτελεί ένα δομημένο εργαλείο μέτρησης, σχεδιασμένο για τη συστηματική συλλογή δεδομένων από τους συμμετέχοντες, με στόχο την αποτύπωση των αντιλήψεων, των συμπεριφορών ή των γνώσεων τους με οργανωμένο τρόπο. Η τυποποιημένη μορφή του συμβάλλει στη διασφάλιση της ομοιογένειας των απαντήσεων, διευκολύνοντας τη σύγκριση μεταξύ διαφορετικών ατόμων ή ομάδων. Παράλληλα, η δομή και η κανονικοποιημένη διατύπωση των ερωτήσεων επιτρέπουν την εφαρμογή στατιστικών τεχνικών, ενισχύοντας την ακρίβεια και την αξιοπιστία των αναλυτικών διαδικασιών. Συνεπώς, το ερωτηματολόγιο αποτελεί μια καίρια μεθοδολογική επιλογή για την ποσοτική διερεύνηση κοινωνικών και συμπεριφορικών φαινομένων (Boateng et al., 2018).

Τα ερωτηματολόγια μπορούν να συμπληρώνονται είτε αυτόνομα από τους συμμετέχοντες είτε με την καθοδήγηση ερευνητή και η επιλογή της κατάλληλης

προσέγγισης επηρεάζει ουσιαστικά τόσο τη διαδικασία συλλογής όσο και την ποιότητα των δεδομένων. Τα αυτοσυμπληρούμενα ερωτηματολόγια, σε έντυπη ή ηλεκτρονική μορφή, προσφέρουν σημαντικά πλεονεκτήματα, όπως ευκολία χρήσης, χαμηλότερο κόστος και δυνατότητα εφαρμογής σε μεγάλα δείγματα. Ωστόσο, η απουσία άμεσης υποστήριξης μπορεί να οδηγήσει σε μειωμένα ποσοστά ανταπόκρισης ή σε δυσκολίες κατανόησης των ερωτήσεων. Αντίθετα, τα ερωτηματολόγια που συμπληρώνονται υπό την επίβλεψη ερευνητή (είτε με φυσική παρουσία είτε μέσω διαδικτυακής επικοινωνίας) επιτρέπουν την άμεση επίλυση αποριών και συχνά οδηγούν σε πιο ολοκληρωμένες και ακριβείς απαντήσεις. Παρ' όλα αυτά, η μέθοδος αυτή απαιτεί περισσότερους πόρους και ενδέχεται να επηρεαστεί από τη μεροληπτική επίδραση του ερευνητή κατά την αλληλεπίδραση με τους συμμετέχοντες (Aerny-Perreten et al., 2015).

Η ποιότητα ενός ερωτηματολογίου εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από το πόσο σαφείς, ουδέτερες και εύληπτες είναι οι διατυπώσεις των ερωτήσεων, ώστε να αποτυπώνονται με ακρίβεια οι στόχοι της έρευνας και να περιορίζονται οι πιθανότητες παρερμηνείας ή προκατάληψης από τους συμμετέχοντες. Η επιλογή ερωτημάτων που συνδέονται άμεσα με το υπό διερεύνηση φαινόμενο αποτελεί βασική προϋπόθεση για την ενίσχυση της εγκυρότητας και της αξιοπιστίας του εργαλείου μέτρησης. Παράλληλα, ο συνδυασμός κλειστού τύπου ερωτήσεων (όπως οι κλίμακες Likert και οι δομημένες επιλογές απάντησης) με ανοιχτές ερωτήσεις προσφέρει ένα πιο ολοκληρωμένο σύνολο δεδομένων. Οι πρώτες διευκολύνουν την ποσοτική ανάλυση και τη σύγκριση των απαντήσεων, ενώ οι δεύτερες προσδίδουν βάθος και ποιοτική ερμηνευτική αξία, συμβάλλοντας σε μια πιο ολοκληρωμένη κατανόηση των απόψεων και εμπειριών των συμμετεχόντων (Ponto, 2015).

Η ανάπτυξη ενός ερωτηματολογίου απαιτεί τον σαφή προσδιορισμό των ερευνητικών στόχων και την οριοθέτηση του πληθυσμού στον οποίο απευθύνεται η μελέτη. Συχνά προηγείται μια πιλοτική εφαρμογή, με σκοπό την αξιολόγηση της σαφήνειας, της λειτουργικότητας και της αξιοπιστίας του εργαλείου, καθώς και τον εντοπισμό πιθανών αδυναμιών στη διατύπωση ή στη δομή του. Μετά την αναθεώρηση και οριστικοποίηση του, ακολουθεί η εφαρμογή της επιλεγμένης μεθόδου διανομής και συλλογής δεδομένων, συνοδευόμενη από συστηματική και τυποποιημένη καταγραφή των

απαντήσεων. Η διαδικασία αυτή συμβάλλει στη διασφάλιση της ακεραιότητας των δεδομένων και στη δημιουργία ενός συνεκτικού και αξιόπιστου συνόλου πληροφοριών, το οποίο μπορεί να υποβληθεί σε έγκυρη στατιστική ή ποιοτική ανάλυση (Taherdoost, 2021).

Παρά την ευρεία χρήση τους, τα ερωτηματολόγια εμφανίζουν ορισμένους εγγενείς περιορισμούς που συνδέονται με τη συμπεριφορά και τις αντιληπτικές τάσεις των συμμετεχόντων. Η εγκυρότητα των δεδομένων μπορεί να επηρεαστεί από φαινόμενα όπως η μη ανταπόκριση, οι ελλιπείς ή επιλεκτικές απαντήσεις, καθώς και η τάση των συμμετεχόντων να υιοθετούν κοινωνικά επιθυμητές θέσεις, γεγονός που αυξάνει τον κίνδυνο μεροληψίας. Τέτοιες αποκλίσεις ενδέχεται να μειώσουν την ακρίβεια και την αξιοπιστία των αποτελεσμάτων, καθιστώντας αναγκαίο έναν προσεκτικό και μεθοδικό σχεδιασμό του ερωτηματολογίου, καθώς και μια αυστηρά οργανωμένη διαδικασία συλλογής και διαχείρισης των δεδομένων. Η συστηματική αντιμετώπιση αυτών των ζητημάτων ενισχύει τη δυνατότητα παραγωγής έγκυρων και αξιόπιστων συμπερασμάτων (Althubaiti, 2016).

Συνολικά, τα ερωτηματολόγια αποτελούν μία ευρέως χρησιμοποιούμενη και ευέλικτη μέθοδο συλλογής δεδομένων, καθώς μπορούν να εφαρμοστούν σε διαφορετικά ερευνητικά πεδία και πληθυσμούς. Η αποτελεσματικότητά τους εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τον ορθό σχεδιασμό του εργαλείου, την κατάλληλη δειγματοληψία και τη σαφή διατύπωση των ερωτήσεων, στοιχεία που συμβάλλουν στην αξιοπιστία και την εγκυρότητα των ευρημάτων. Όταν τηρούνται οι βασικές μεθοδολογικές αρχές, τα ερωτηματολόγια επιτρέπουν τη συστηματική συλλογή δεδομένων και την εξαγωγή χρήσιμων και γενικεύσιμων συμπερασμάτων, αποτελώντας βασικό εργαλείο της εμπειρικής έρευνας (Pagano et al., 2020).

4.8. Ηθική της έρευνας

Η παρούσα διπλωματική μελέτη ακολουθεί πλήρως τις ηθικές αι δεοντολογικές αρχές που διέπουν την επιστημονική έρευνα. Πριν από τη συμμετοχή τους, όλοι οι συμμετέχοντες ενημερώνονται γραπτώς και παρέχουν την ενημερωμένη συγκατάθεση τους, ενώ παράλληλα διασφαλίζονται η ανωνυμία και η εμπιστευτικότητα των προσωπικών τους δεδομένων. Επιπλέον, η διεξαγωγή της έρευνας έχει εγκριθεί από την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων.

Η ηθική διάσταση της επιστημονικής έρευνας αποτελεί θεμελιώδες στοιχείο της ερευνητικής διαδικασίας, καθώς διασφαλίζει την προστασία των συμμετεχόντων και τη διατήρηση της ακαδημαϊκής ακεραιότητας. Το πεδίο της ερευνητικής δεοντολογίας έχει εξελιχθεί σημαντικά, ανταποκρινόμενο τόσο σε ιστορικές προκλήσεις όσο και στις απαιτήσεις που απορρέουν από τις σύγχρονες ερευνητικές πρακτικές και τις τεχνολογικές εξελίξεις. Η συνεχής αυτή προσαρμογή είναι απαραίτητη για την αποτελεσματική αντιμετώπιση νέων ηθικών διλημμάτων και για τη διατήρηση υψηλών προτύπων υπευθυνότητας κατά τη διεξαγωγή της έρευνας (Gelinis et al., 2017).

Η ηθική διάσταση της ερευνητικής διαδικασίας στοχεύει πρωτίστως στην προστασία των συμμετεχόντων, δίνοντας έμφαση στην παροχή ουσιαστικής ενημερωμένης συγκατάθεσης, στη διασφάλιση της εμπιστευτικότητας των προσωπικών δεδομένων και στη μείωση κάθε πιθανού κινδύνου. Οι θεμελιώδεις αρχές που διέπουν την ερευνητική δεοντολογία (όπως ο σεβασμός της αυτονομίας, η ευεργεσία και η δικαιοσύνη) καθοδηγούν τόσο τον σχεδιασμό όσο και την υλοποίηση της μελέτης. Ο θεσμικός ηθικός έλεγχος από τις αρμόδιες επιτροπές διασφαλίζει ότι οι ερευνητικές πρακτικές τηρούν υψηλά πρότυπα ασφάλειας και ακεραιότητας, αξιολογώντας το ισοζύγιο οφέλους – κινδύνου, τις διαδικασίες συναίνεσης και την προστασία της ιδιωτικότητας. Μέσω αυτής της εποπτείας, οι επιτροπές ηθικής εγγυώνται ότι η επιστημονική έρευνα διεξάγεται με υπευθυνότητα και σύμφωνα με τις διεθνείς δεοντολογικές αρχές (Kadam, 2017).

Η ηθική διεξαγωγή της κλινικής έρευνας προϋποθέτει την τήρηση συγκεκριμένων αρχών που στοχεύουν στην προστασία και το σεβασμό των συμμετεχόντων. Κεντρικό στοιχείο αποτελεί η ενημερωμένη συγκατάθεση, η οποία πρέπει να παρέχεται με τρόπο σαφή και ουσιαστικό, ενταγμένη σε ένα ευρύτερο πλαίσιο ηθικής υπευθυνότητας που διασφαλίζει την αυτονομία και την προστασία των ευάλωτων ομάδων. Παράλληλα, η διαφύλαξη της εμπιστευτικότητας και της ιδιωτικότητας των προσωπικών δεδομένων αποτελεί κρίσιμη παράμετρο για την αποτροπή πιθανής βλάβης και τη διατήρηση της εμπιστοσύνης των συμμετεχόντων. Οι επιτροπές ηθικής διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο, καθώς αξιολογούν τα ερευνητικά πρωτόκολλα και τις διαδικασίες συναίνεσης, διασφαλίζοντας ότι οι ηθικές προδιαγραφές τηρούνται σε όλα τα στάδια της μελέτης και ότι προάγεται η ασφάλεια και η ευημερία των συμμετεχόντων (Manti & Licari, 2018).

Καθώς το σύγχρονο ερευνητικό περιβάλλον εξελίσσεται με ταχύ ρυθμό, καθίσταται απαραίτητη η συνεχής αναθεώρηση και προσαρμογή των δεοντολογικών κατευθυντήριων γραμμών, ώστε να ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις που προκύπτουν από νέες τεχνολογικές και επιστημονικές εξελίξεις. Παρότι η ηθική εποπτεία αποσκοπεί στη διασφάλιση της ακεραιότητας και της υπευθυνότητας της έρευνας, συχνά εκλαμβάνεται ως περιοριστική ή γραφειοκρατική διαδικασία, ιδιαίτερα σε πλαίσια όπου αναδύονται νέοι τύποι δεδομένων και καινοτόμες μεθοδολογικές προσεγγίσεις. Ζητήματα όπως η διαχείριση και προστασία ψηφιακών δεδομένων, οι έρευνες δυνητικά διπλής χρήσης και οι μεταβαλλόμενες πρακτικές διάχυσης και δημοσίευσης της επιστημονικής γνώσης δημιουργούν ένα σύνθετο φάσμα νέων ηθικών προκλήσεων, το οποίο απαιτεί από τις επιτροπές ηθικής συνεχή προσαρμοστικότητα και αναστοχασμό (Vayena & Blasimme, 2020).

Η ηθική της έρευνας αποτελεί μια πολυδιάστατη διαδικασία που λαμβάνει υπόψη νομικές, κοινωνικές και δεοντολογικές παραμέτρους, συμπεριλαμβανομένων θεμάτων όπως η υπεύθυνη συγγραφική πρακτική, η αποτροπή συγκρούσεων συμφερόντων και η διασφάλιση της κοινωνικής υπευθυνότητας της επιστημονικής δραστηριότητας. Η προώθηση της ερευνητικής ακεραιότητας δεν αποτελεί αποκλειστική ευθύνη του μεμονωμένου ερευνητή, αλλά συνιστά συλλογικό καθήκον των ακαδημαϊκών και ερευνητικών

ιδρυμάτων. Μέσα από τη υιοθέτηση σαφών κανονισμών, την παροχή κατάλληλης εκπαίδευσης και την ενθάρρυνση διαφανούς και υπεύθυνης πρακτικής, οι φορείς αυτοί συμβάλλουν ουσιαστικά στην ενίσχυση της ποιότητας και της αξιοπιστίας της επιστημονικής παραγωγής (Rensik & Shamoo, 2019).

Η ερευνητική δεοντολογία θεμελιώνεται στις αρχές του σεβασμού της αυτονομίας, της προαγωγής του οφέλους και της δίκαιης μεταχείρισης, οι οποίες αποσκοπούν στη διαφύλαξη των δικαιωμάτων και της ευημερίας των συμμετεχόντων, καθώς και στη διατήρηση της επιστημονικής ακεραιότητας. Η εφαρμογή τους δεν περιορίζεται στη συμμόρφωση με τυπικούς κανονισμούς, αλλά απαιτεί συνεχή κριτική σκέψη, ευελιξία και υπεύθυνη στάση από τους ερευνητές, ώστε να ανταποκρίνονται αποτελεσματικά στις προκλήσεις ενός διαρκούς εξελισσόμενου ερευνητικού περιβάλλοντος (Macnamara, 2024).

4.9. Μέθοδος ανάλυσης δεδομένων

Η επεξεργασία των δεδομένων της παρούσας μελέτης θα πραγματοποιηθεί με το στατιστικό λογισμικό Jamovi, έκδοση 2.3.28, το οποίο προσφέρει εκτεταμένες δυνατότητες για την εφαρμογή περιγραφικών και επαγωγικών στατιστικών αναλύσεων, καθώς και για την οπτικοποίηση των αποτελεσμάτων. Η επιλογή του συγκεκριμένου λογισμικού τεκμηριώνεται από την ευχρηστία του, την ακρίβεια των στατιστικών υπολογισμών και τη δυνατότητα αναπαραγωγής των αναλύσεων, χαρακτηριστικά που ενισχύουν την αυστηρότητα, τη διαφάνεια και την αξιοπιστία της ερευνητικής διαδικασίας.

Η ανάλυση δεδομένων αποτελεί μια συστηματική διαδικασία που περιλαμβάνει τη διερεύνηση, τον οργανωμένο μετασχηματισμό και την ερμηνευτική αξιοποίηση των πληροφοριών, με στόχο την παραγωγή χρήσιμης γνώσης, την υποστήριξη τεκμηριωμένων αποφάσεων ή την αξιολόγηση ερευνητικών υποθέσεων. Η επιλογή της κατάλληλης αναλυτικής προσέγγισης καθορίζεται από το είδος και τη δομή των δεδομένων, το σκοπό της μελέτης και το θεωρητικό πλαίσιο που τη διέπει, οδηγώντας στην εφαρμογή διαφορετικών

τεχνικών και μοντέλων ώστε να διασφαλιστούν η μέγιστη δυνατή ακρίβεια και η εγκυρότητα των αποτελεσμάτων (Mikalef et al., 2019).

Το Jamovi (έκδοση 2.3.28) αποτελεί ένα σύγχρονο, ανοιχτού κώδικα στατιστικό λογισμικό, σχεδιασμένο ώστε να είναι εύχρηστο τόσο για αρχάριους όσο και για έμπειρους ερευνητές. Βασισμένο στο υπολογιστικό περιβάλλον της γλώσσας R, προσφέρει ένα ιδιαίτερα φιλικό και γραφικό περιβάλλον εργασίας που επιτρέπει την εκτέλεση πλήθους στατιστικών αναλύσεων χωρίς την ανάγκη προγραμματιστικών δεξιοτήτων. Το λογισμικό περιλαμβάνει εργαλεία για βασικές περιγραφικές αναλύσεις, όπως δείκτες κεντρικής τάσης, μέτρα διασποράς και πίνακες συχνοτήτων. Παράλληλα, διαθέτει εκτεταμένες δυνατότητες επαγωγικής στατιστικής, συμπεριλαμβανομένων δοκιμών t, διαφορετικών μορφών ANOVA (μονόδρομης, παραγοντικής και επαναλαμβανόμενων μετρήσεων) καθώς και μη παραμετρικών μεθόδων, όπως οι έλεγχοι Mann-Whitney U και Kruskal-Wallis, καλύπτοντας έτσι ένα ευρύ φάσμα αναλυτικών απαιτήσεων (De Souza, Sequeira & Borges, 2024).

Οι προσεγγίσεις ανάλυσης δεδομένων περιλαμβάνουν ένα ευρύ φάσμα τεχνικών, οι οποίες επιλέγονται ανάλογα με τη φύση των δεδομένων και τους στόχους της έρευνας. Η περιγραφική ανάλυση αποσκοπεί στη συνοπτική παρουσίαση των βασικών χαρακτηριστικών του δείγματος μέσω δεικτών όπως οι μέσες τιμές, οι διακυμάνσεις και τα μέτρα διασποράς. Στη συνέχεια, η επαγωγική στατιστική αξιοποιεί δοκιμές υποθέσεων (όπως t-tests και αναλύσεις διακύμανσης) προκειμένου να εξαχθούν συμπεράσματα που μπορούν να γενικευθούν στον πληθυσμό. Όταν οι προϋποθέσεις των παραμετρικών μεθόδων δεν ικανοποιούνται, εφαρμόζονται μη παραμετρικές τεχνικές που προσφέρουν μεγαλύτερη ευελιξία ως προς τη μορφή και την κατανομή των δεδομένων. Παράλληλα, η ποιοτική ανάλυση επικεντρώνεται στην επεξεργασία μη αριθμητικών δεδομένων μέσω διαδικασιών συστηματικής κωδικοποίησης, εντοπισμού θεματικών μοτίβων και ερμηνευτικής αναστοχαστικότητας, συχνά με τη χρήση εξειδικευμένου λογισμικού που ενισχύει την αξιοπιστία και την αναπαραγωγιμότητα των αποτελεσμάτων (Mohajan, 2018).

Οι σύγχρονες αναλυτικές τεχνικές έχουν αναπτυχθεί ώστε να μπορούν να διαχειρίζονται δεδομένα υψηλής πολυπλοκότητας, αξιοποιώντας ευέλικτα και

προσαρμοστικά μεθοδολογικά πλαίσια. Οι μη παραμετρικές, δεδομενοκεντρικές προσεγγίσεις επιτρέπουν την εξαγωγή κρίσιμων χαρακτηριστικών χωρίς την ανάγκη αυστηρών παραδοχών σχετικά με τη μορφή της κατανομής, προσφέροντας μεγαλύτερη ακρίβεια και λειτουργικότητα. Παράλληλα, οι μέθοδοι μηχανικής μάθησης (είτε αυτόνομα είτε σε συνδυασμό με κλασικά στατιστικά εργαλεία) αξιοποιούν εξελιγμένους αλγόριθμους για την αναγνώριση μοτίβων, την ταξινόμηση παρατηρήσεων και την πρόβλεψη συμπεριφορών. Επιπλέον, η ανάλυση χρονοσειρών βασίζεται σε εξειδικευμένα υποδείγματα που επιτρέπουν τη συστηματική διερεύνηση των χρονικών εξαρτήσεων, ενισχύοντας την εγκυρότητα και τη σταθερότητα των συμπερασμάτων (Bzdok, Altman & Krywinski, 2018).

Η ροή εργασίας στο Jamovi έχει σχεδιαστεί ώστε να καθοδηγεί το χρήστη μέσα από ένα απλό και οργανωμένο περιβάλλον. Το λογισμικό επιτρέπει την άμεση εισαγωγή δεδομένων από ευρέως χρησιμοποιούμενους τύπους αρχείων, όπως CSV, Excel και SPSS, προσφέροντας στη συνέχεια δυνατότητες αρχικής διερεύνησης, καθορισμού και εφαρμογής στατιστικών ελέγχων μέσω ενός συστήματος επιλογών βασισμένου σε μενού. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται σε κατανοητούς πίνακες και γραφήματα, τα οποία μπορούν εύκολα να εξαχθούν και να αξιοποιηθούν σε επιστημονικές αναφορές ή δημοσιεύσεις. Συνδυάζοντας την ευχρηστία του γραφικού περιβάλλοντος με την υπολογιστική ισχύ της R, το Jamovi 2.3.28 λειτουργεί ως ένα ισχυρό και εύελικο εργαλείο για την εκτέλεση τόσο βασικών όσο και προχωρημένων στατιστικών αναλύσεων (Sequeira & Borges, 2024).

Η σύγχρονη ανάλυση δεδομένων περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα μεθόδων, που εκτείνεται από τις κλασικές στατιστικές τεχνικές έως προηγμένες δεδομενοκεντρικές προσεγγίσεις οι οποίες αντλούν γνώση απευθείας από τα διαθέσιμα δεδομένα. Η επιλογή της κατάλληλης αναλυτικής στρατηγικής καθορίζεται από το ερευνητικό ερώτημα, τα χαρακτηριστικά του υπό εξέταση συνόλου δεδομένων και τον σκοπό της ερμηνείας. Οι μέθοδοι μηχανικής μάθησης, χάρη στην ευελιξία και την προσαρμοστικότητα τους, αποδεικνύονται ιδιαίτερα αποτελεσματικές στην επεξεργασία σύνθετων και μεγάλης κλίμακας δεδομένων που προέρχονται από πραγματικά περιβάλλοντα, επιτρέποντας τον

εντοπισμό προτύπων και δομικών σχέσεων που συχνά δεν είναι ορατές μέσω παραδοσιακών στατιστικών εργαλείων (L' Heureux et al., 2017).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

5.1. Παρουσίαση των στατιστικών και ανάλυση των δεδομένων

5.1.1. Δημογραφικά στοιχεία

Πίνακας 1: Πίνακας κατανομής για το φύλο

	Συχνότητα	Ποσοστό επί %
Ανδρας	48	48.0 %
Γυναίκα	52	52.0 %

Ο πίνακας 1 παρουσιάζει την κατανομή του δείγματος ως προς το φύλο, αναδεικνύοντας μια σχετικά ισορροπημένη συμμετοχή ανδρών και γυναικών. Συγκεκριμένα, το 48,0% των συμμετεχόντων είναι άνδρες, ενώ το 52,0% είναι γυναίκες. Η μικρή αυτή διαφοροποίηση υποδηλώνει ότι το δείγμα είναι αντιπροσωπευτικό ως προς το φύλο, γεγονός που ενισχύει την αξιοπιστία των συγκρίσεων και των συμπερασμάτων που θα προκύψουν από την ανάλυση.

Πίνακας 2: Πίνακας κατανομής για την οικογενειακή κατάσταση

	Συχνότητα	Ποσοστό επί %
Άγαμος/η	4	4.0 %
Παντρεμένος/η	50	50.0 %
Χήρος/α	46	46.0 %

Ο Πίνακας 2 αποτυπώνει την κατανομή των συμμετεχόντων ως προς την οικογενειακή τους κατάσταση και αναδεικνύει μια σαφή υπεροχή των παντρεμένων ατόμων, τα οποία αποτελούν το 50,0% του δείγματος. Ακολουθούν οι χήροι/ες με 46,0%, ποσοστό ιδιαίτερα υψηλό που πιθανόν αντανακλά τη δημογραφική σύνθεση του πληθυσμού στον οποίο απευθύνεται η μελέτη. Αντίθετα, οι άγαμοι/ες αντιπροσωπεύουν μόλις το 4,0% του δείγματος. Η συγκεκριμένη κατανομή υποδηλώνει ότι η πλειονότητα των συμμετεχόντων έχει ή είχε οικογενειακές υποχρεώσεις, στοιχείο που μπορεί να σχετίζεται με

κοινωνικούς, ηλικιακούς ή υγειονομικούς παράγοντες και να επηρεάζει την ερμηνεία των ευρημάτων.

Πίνακας 3: Πίνακας κατανομής για το επίπεδο εκπαίδευσης

	Συχνότητα	Ποσοστό επί %
ΑΕΙ	7	7.0 %
Γυμνάσιο	17	17.0 %
Δημοτικό	51	51.0 %
Λύκειο	25	25.0 %

Ο Πίνακας 3 παρουσιάζει την κατανομή των συμμετεχόντων ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, αναδεικνύοντας μια σαφή υπεροχή ατόμων με απολυτήριο Δημοτικού, οι οποίοι αποτελούν το 51,0% του δείγματος. Ακολουθούν οι απόφοιτοι Λυκείου με 25,0% και οι απόφοιτοι Γυμνασίου με 17,0%, ενώ οι συμμετέχοντες με Πανεπιστημιακή εκπαίδευση αντιπροσωπεύουν μόλις το 7,0%. Η συγκεκριμένη κατανομή υποδηλώνει ότι το δείγμα χαρακτηρίζεται από σχετικά χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, στοιχείο που μπορεί να επηρεάσει κρίσιμες παραμέτρους της μελέτης, όπως την κατανόηση πληροφοριών, τη λήψη αποφάσεων ή την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας. Η ερμηνεία των ευρημάτων θα πρέπει επομένως να λάβει υπόψη αυτή τη δημογραφική ιδιαιτερότητα.

Πίνακας 4: Πίνακας κατανομής για την επαγγελματική κατάσταση

	Συχνότητα	Ποσοστό επί %
Άνεργος	3	3.0 %
Εργαζόμενος/η μερικής απασχόλησης	3	3.0 %
Εργαζόμενος/η πλήρης απασχόλησης	3	3.0 %
Συνταξιούχος/α	91	91.0 %

Ο Πίνακας 4 παρουσιάζει την κατανομή των συμμετεχόντων ως προς την επαγγελματική τους κατάσταση και αναδεικνύει μια ιδιαίτερα έντονη υπεροχή των συνταξιούχων, οι οποίοι αποτελούν το 91,0% του συνολικού δείγματος. Τα υπόλοιπα επαγγελματικά καθεστώτα (άνεργοι, εργαζόμενοι μερικής απασχόλησης και εργαζόμενοι πλήρους απασχόλησης) εμφανίζονται σε εξίσου χαμηλά ποσοστά, μόλις 3,0% για κάθε κατηγορία. Η συγκεκριμένη κατανομή

υποδηλώνει ότι το δείγμα αποτελείται σχεδόν αποκλειστικά από άτομα εκτός ενεργού εργασιακού βίου, γεγονός που πιθανόν συνδέεται με την ηλικιακή σύνθεση του πληθυσμού της μελέτης. Το στοιχείο αυτό είναι σημαντικό για την ερμηνεία των αποτελεσμάτων, καθώς η επαγγελματική κατάσταση μπορεί να επηρεάζει παράγοντες όπως το εισόδημα, η πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας και η συνολική ποιότητα ζωής.

Πίνακας 5: Πίνακας κατανομής για τη γεωγραφική περιοχή κατοικίας

	Συχνότητα	Ποσοστό επί %
Αγροτική περιοχή	15	15.0 %
Αστική περιοχή	48	48.0 %
Ημιαστική περιοχή	37	37.0 %

Ο Πίνακας 5 παρουσιάζει την κατανομή των συμμετεχόντων ως προς τη γεωγραφική περιοχή κατοικίας και αναδεικνύει μια σαφή υπεροχή των ατόμων που διαμένουν σε αστικές περιοχές, οι οποίοι αποτελούν το 48,0% του δείγματος. Ακολουθούν οι κάτοικοι ημιαστικών περιοχών με 37,0%, ενώ οι συμμετέχοντες από αγροτικές περιοχές αντιπροσωπεύουν το 15,0%. Η συγκεκριμένη κατανομή υποδηλώνει ότι σχεδόν οι μισοί συμμετέχοντες ζουν σε αστικά περιβάλλοντα, γεγονός που μπορεί να σχετίζεται με παράγοντες όπως η πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, οι κοινωνικοοικονομικές συνθήκες και οι δυνατότητες υποστήριξης. Η παρουσία σημαντικού ποσοστού ατόμων από ημιαστικές και αγροτικές περιοχές προσδίδει επιπλέον ποικιλομορφία στο δείγμα, επιτρέποντας μια πιο ολοκληρωμένη κατανόηση πιθανών γεωγραφικών διαφοροποιήσεων στα υπό εξέταση χαρακτηριστικά.

Πίνακας 6: Πίνακας κατανομής του μηνιαίου εισοδήματος

	Συχνότητα	Ποσοστό επί %
1.000-2.000€	33	33.0 %
3.000€ και άνω	1	1.0 %
500-1.000€	54	54.0 %
Κάτω από 500€	12	12.0 %

Ο Πίνακας 6 παρουσιάζει την κατανομή των συμμετεχόντων ως προς το μηνιαίο εισόδημα και αναδεικνύει μια σαφή συγκέντρωση στις χαμηλότερες εισοδηματικές κατηγορίες. Συγκεκριμένα, η πλειονότητα των συμμετεχόντων (54,0%) δηλώνει εισόδημα μεταξύ 500-1.000€, ενώ ένα επιπλέον 12,0% βρίσκεται κάτω από τα 500€, γεγονός που υποδηλώνει ότι συνολικά τα δύο τρίτα του δείγματος διαθέτουν ιδιαίτερα περιορισμένους οικονομικούς πόρους. Το 33,0% ανήκει στην κατηγορία 1.000-2.000€, ενώ μόλις το 1,0% αναφέρει εισόδημα άνω των 3.000€. Η κατανομή αυτή καταδεικνύει ότι το δείγμα χαρακτηρίζεται από χαμηλό έως μέτριο οικονομικό επίπεδο, στοιχείο που μπορεί να επηρεάζει κρίσιμες πτυχές της μελέτης, όπως την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, την ποιότητα ζωής και την κοινωνική ευαλωτότητα.

Πίνακας 7: Πίνακας κατανομής αιτιών, σύμφωνα με τον/την ιατρό σας, που οδήγησε στην καρδιακή ανεπάρκεια

	Συχνότητα	Ποσοστό επί %
Άλλη αιτία	1	1.0 %
Άλλη αιτία	1	1.0 %
Δε γνωρίζω / Δεν είμαι σίγουρος/η	1	1.0 %
Αρρυθμιογενής / ταχυκαρδιογενής αιτιολογία (πχ κολπική μαρμαρυγή με υψηλή συχνότητα)	8	8.0 %
Αρρυθμιογενής / ταχυκαρδιογενής αιτιολογία (πχ κολπική μαρμαρυγή με υψηλή συχνότητα)	1	1.0 %
Φλεγμονώδης / λοιμώδης (πχ μυοκαρδίτιδα)		
Αρτηριακή υπέρταση (μακροχρόνια)	2	2.0 %
Αρτηριακή υπέρταση (μακροχρόνια)		
Αρρυθμιογενής / ταχυκαρδιογενής αιτιολογία (πχ κολπική μαρμαρυγή με υψηλή συχνότητα)	1	1.0 %
Αρτηριακή υπέρταση (μακροχρόνια)		
Αρρυθμιογενής / ταχυκαρδιογενής αιτιολογία (πχ κολπική μαρμαρυγή με υψηλή συχνότητα)	1	1.0 %
Άλλη αιτία		
Αρτηριακή υπέρταση (μακροχρόνια)		
Δευτεροπαθής σε συστηματική νόσο (πχ θυρεοειδοπάθεια, νεφρική ανεπάρκεια, αμυλοείδωση)	1	1.0 %
Βαλβιδοπάθεια (πχ στένωση αορτής, ανεπάρκεια μιτροειδούς)	16	16.0 %
Βαλβιδοπάθεια (πχ στένωση αορτής, ανεπάρκεια μιτροειδούς)	1	1.0 %
Άλλη αιτία		

	Συχνότητα	Ποσοστό επί %
Δεν γνωρίζω / Δεν είμαι σίγουρος/η	19	19.0 %
Δευτεροπαθής σε συστηματική νόσο (πχ θυρεοειδοπάθεια, νεφρική ανεπάρκεια, αμυλοείδωση)	3	3.0 %
Μη ισχαιμική μυοκαρδιοπάθεια (πχ διατατική, υπερτροφική)	4	4.0 %
Πνευμονική υπέρταση / δεξιά καρδιακή ανεπάρκεια (πχ χρόνια πνευμονοπάθεια)	8	8.0 %
Στεφανιαία νόσος / Έμφραγμα	15	15.0 %
Στεφανιαία νόσος / Έμφραγμα Αρτηριακή υπέρταση (μακροχρόνια) Τοξική / αλκοολική αιτιολογία	1	1.0 %
Στεφανιαία νόσος / Έμφραγμα Βαλβιδοπάθεια (πχ στένωση αορτής, ανεπάρκεια μιτροειδούς)	1	1.0 %
Στεφανιαία νόσος / Έμφραγμα Βαλβιδοπάθεια (πχ στένωση αορτής, ανεπάρκεια μιτροειδούς) Άλλη αιτία	1	1.0 %
Στεφανιαία νόσος / Έμφραγμα Βαλβιδοπάθεια (πχ στένωση αορτής, ανεπάρκεια μιτροειδούς)	1	1.0 %
Αρρυθμιογενής / ταχυκαρδιογενής αιτιολογία (πχ κολπική μαρμαρυγή με υψηλή συχνότητα)		
Συγγενής καρδιοπάθεια	1	1.0 %
Τοξική / αλκοολική αιτιολογία	1	1.0 %
Τοξική / αλκοολική αιτιολογία Άλλη αιτία	1	1.0 %
Φλεγμονώδης / λοιμώδης (πχ μυοκαρδίτιδα)	8	8.0 %
Χημειοθεραπεία / ακτινοθεραπεία	3	3.0 %

Ο Πίνακας 7 αποτυπώνει την κατανομή των αιτιών που, σύμφωνα με την ιατρική εκτίμηση, οδήγησαν τους συμμετέχοντες στην εμφάνιση καρδιακής ανεπάρκειας. Η εικόνα που προκύπτει είναι πολυπαραγοντική, με σημαντική διασπορά μεταξύ διαφορετικών παθολογικών μηχανισμών, γεγονός που αντανακλά τη σύνθετη αιτιολογία της νόσου. Ένα από τα πιο συχνά αναφερόμενα αίτια είναι η βαλβιδοπάθεια, η οποία εμφανίζεται στο 16,0% των συμμετεχόντων. Πρόκειται για μια κατηγορία που περιλαμβάνει παθήσεις όπως η στένωση αορτής και η ανεπάρκεια μιτροειδούς, οι οποίες μπορούν να οδηγήσουν σε χρόνια επιβάρυνση της καρδιάς και σταδιακή έκπτωση της λειτουργίας της. Ακολουθεί η στεφανιαία νόσος και το έμφραγμα, που

αντιστοιχούν στο 15,0% των περιπτώσεων. Η ισχαιμική καρδιοπάθεια αποτελεί διεθνώς μία από τις κυριότερες αιτίες καρδιακής ανεπάρκειας, καθώς η μειωμένη αιμάτωση του μυοκαρδίου οδηγεί σε μόνιμη βλάβη και μείωση της συσταλτικότητας. Σημαντικό ποσοστό (8,0%) καταλαμβάνουν οι αρρυθμιογενείς ή ταχυκαρδιογενείς αιτιολογίες, όπως η κολπική μαρμαρυγή με υψηλή συχνότητα, οι οποίες μπορούν να προκαλέσουν ταχυμυοκαρδιοπάθεια και προοδευτική επιδείνωση της καρδιακής λειτουργίας. Το ίδιο ποσοστό (8,0%) αφορά και τις φλεγμονώδεις/λοιμώδεις αιτίες, όπως η μυοκαρδίτιδα, που συχνά εμφανίζονται αιφνίδια και μπορεί να οδηγήσουν σε σοβαρή δυσλειτουργία της καρδιάς. Επιπλέον, η πνευμονική υπέρταση και η δεξιά καρδιακή ανεπάρκεια αντιστοιχούν επίσης στο 8,0% των περιπτώσεων, υποδηλώνοντας τη στενή αλληλεπίδραση μεταξύ καρδιακής και αναπνευστικής λειτουργίας, ιδιαίτερα σε ασθενείς με χρόνια πνευμονοπάθεια. Η μη ισχαιμική μυοκαρδιοπάθεια (π.χ. διατακτική, υπερτροφική) εμφανίζεται στο 4,0% του δείγματος, ενώ η δευτεροπαθής καρδιακή ανεπάρκεια λόγω συστηματικών νόσων (π.χ. θυρεοειδοπάθειες, νεφρική ανεπάρκεια, αμυλοείδωση) καταγράφεται στο 3,0%. Το ίδιο ποσοστό (3,0%) αφορά και τις περιπτώσεις που σχετίζονται με χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία, αναδεικνύοντας τον ρόλο της καρδιοτοξικότητας σε ογκολογικούς ασθενείς. Η αρτηριακή υπέρταση, αν και αποτελεί διεθνώς έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες κινδύνου, εμφανίζεται στο συγκεκριμένο δείγμα με σχετικά χαμηλό ποσοστό (2,0%), πιθανόν λόγω της ηλικιακής και κλινικής σύνθεσης των συμμετεχόντων. Τέλος, ένα σημαντικό ποσοστό, 19,0%, δηλώνει ότι δεν γνωρίζει ή δεν είναι σίγουρο για την αιτία της καρδιακής ανεπάρκειας. Αυτό το εύρημα υπογραμμίζει την ανάγκη για καλύτερη ενημέρωση, επικοινωνία και εκπαίδευση των ασθενών σχετικά με τη νόσο τους, καθώς η κατανόηση της αιτίας αποτελεί βασικό στοιχείο για την προσήλωση στη θεραπεία και τη διαχείριση της κατάστασης. Συνολικά, ο πίνακας αναδεικνύει την ετερογένεια των αιτιολογικών παραγόντων της καρδιακής ανεπάρκειας και επιβεβαιώνει ότι πρόκειται για μια πολυπαραγοντική νόσο, όπου η ακριβής διάγνωση της αιτίας αποτελεί κρίσιμο βήμα για την αποτελεσματική θεραπευτική προσέγγιση.

Πίνακας 8: Πίνακας κατανομής κατηγοριοποίησης της λειτουργικής ταξινόμησης NYHA, σύμφωνα με τα συμπτώματα που εμφανίζετε στην καθημερινότητα

	Συχνότητα	Ποσοστό επί %
Δεν γνωρίζω / δε μου έχει εξηγηθεί	11	11.0 %
Κλάση I (NYHA I): Δεν έχετε περιορισμό στη σωματική δραστηριότητα. Η καθημερινή άσκηση δεν προκαλεί δύσπνοια, κόπωση ή ταχυκαρδία.	2	2.0 %
Κλάση IV (NYHA IV): Συμπτώματα ακόμη και σε ηρεμία. Αδυναμία εκτέλεσης οποιασδήποτε σωματικής δραστηριότητας, χωρίς ενόχληση.	26	26.0 %
Κλάση II (NYHA II): Ήπιος περιορισμός. Η ξακούραση δεν προκαλεί ενοχλήσεις, αλλά η έντονη ή παρατεταμένη άσκηση οδηγεί σε δύσπνοια / κόπωση.	29	29.0 %
Κλάση III (NYHA III): Σημαντικός περιορισμός. Ακόμη και ήπια δραστηριότητα (πχ. περπάτημα μικρής απόστασης) προκαλεί συμπτώματα, αλλά σε ηρεμία αισθάνεστε καλά.	32	32.0 %

Ο Πίνακας 8 αποτυπώνει την κατανομή των συμμετεχόντων στις κατηγορίες της λειτουργικής ταξινόμησης NYHA, βάσει των συμπτωμάτων που εμφανίζουν στην καθημερινότητά τους. Η ταξινόμηση NYHA αποτελεί διεθνώς αναγνωρισμένο εργαλείο για την εκτίμηση της βαρύτητας της ΚΑ και της λειτουργικής ικανότητας των ασθενών, επομένως η ανάλυση των αποτελεσμάτων προσφέρει σημαντικές πληροφορίες για το προφίλ του δείγματος. Το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων, 32,0%, κατατάσσεται στην Κλάση III (NYHA III), γεγονός που υποδηλώνει σημαντικό λειτουργικό περιορισμό. Οι ασθενείς αυτοί εμφανίζουν συμπτώματα ακόμη και με ήπια δραστηριότητα, όπως το περπάτημα μικρής απόστασης, ενώ μόνο σε κατάσταση ηρεμίας αισθάνονται άνετα. Το εύρημα αυτό δείχνει ότι ένα μεγάλο μέρος του δείγματος βιώνει καθημερινές δυσκολίες που επηρεάζουν ουσιαστικά την ποιότητα ζωής. Ακολουθεί η Κλάση II (NYHA II) με 29,0%, η οποία αντιπροσωπεύει ασθενείς με ήπιο περιορισμό. Παρότι η καθημερινή δραστηριότητα δεν προκαλεί συμπτώματα, η έντονη ή παρατεταμένη άσκηση οδηγεί σε δύσπνοια ή κόπωση. Η ομάδα αυτή βρίσκεται σε ενδιάμεσο στάδιο, όπου η λειτουργικότητα είναι σχετικά διατηρημένη, αλλά η καρδιακή

ανεπάρκεια έχει ήδη αρχίσει να επηρεάζει την αντοχή. Σημαντικό είναι και το ποσοστό των ασθενών που ανήκουν στην Κλάση IV (NYHA IV), το οποίο φτάνει το 26,0%. Πρόκειται για την πιο σοβαρή κατηγορία, όπου τα συμπτώματα εμφανίζονται ακόμη και σε κατάσταση ηρεμίας, ενώ οποιαδήποτε σωματική δραστηριότητα προκαλεί έντονη ενόχληση. Η παρουσία τόσο υψηλού ποσοστού ασθενών σε αυτή την κατηγορία υποδηλώνει ότι το δείγμα περιλαμβάνει άτομα με προχωρημένη καρδιακή ανεπάρκεια και αυξημένες ανάγκες φροντίδας. Αντίθετα, η Κλάση I (NYHA I) εμφανίζεται σε πολύ μικρό ποσοστό, μόλις 2,0%, γεγονός που δείχνει ότι ελάχιστοι συμμετέχοντες δεν παρουσιάζουν περιορισμό στη σωματική δραστηριότητα. Αυτό είναι αναμενόμενο σε δείγματα ηλικιωμένων ή κλινικά επιβαρυνμένων ασθενών. Τέλος, ένα αξιοσημείωτο 11,0% δηλώνει ότι δεν γνωρίζει ή δεν του έχει εξηγηθεί η λειτουργική του κατηγορία. Το εύρημα αυτό αναδεικνύει ένα σημαντικό κενό στην ενημέρωση και εκπαίδευση των ασθενών. Η κατανόηση της λειτουργικής ταξινόμησης αποτελεί βασικό στοιχείο για την αυτοδιαχείριση της νόσου, την αναγνώριση επιδείνωσης και τη συμμόρφωση στη θεραπεία. Συνολικά, ο πίνακας δείχνει ότι η πλειονότητα των συμμετεχόντων βρίσκεται σε μέτρια έως σοβαρή λειτουργική επιβάρυνση (NYHA II–IV), γεγονός που υπογραμμίζει τη βαρύτητα της καρδιακής ανεπάρκειας στο συγκεκριμένο πληθυσμό και την ανάγκη για στοχευμένες παρεμβάσεις, υποστήριξη και συστηματική παρακολούθηση.

5.1.2. Ερωτηματολόγιο για την υγεία / EQ-5D-3L

Πίνακας 9: Πίνακας συνάφειας φύλου σε σχέση με την κινητικότητα

	Ανδρας	Γυναίκα	Σύνολο
Έχω μερικά προβλήματα στο περπάτημα	26 43.3 %	34 56.7 %	60 100.0 %
Δεν έχω κανένα πρόβλημα στο περπάτημα	12 54.5 %	10 45.5 %	22 100.0 %
Είμαι καθηλωμένος/η στο κρεβάτι	10 55.6 %	8 44.4 %	18 100.0 %
Σύνολο	48	52	100

Ανδρας	Γυναίκα	Σύνολο
48.0 %	52.0 %	100.0 %

Ο Πίνακας 9 εξετάζει τη σχέση μεταξύ φύλου και κινητικότητας, αποτυπώνοντας τον τρόπο με τον οποίο άνδρες και γυναίκες κατανέμονται στις τρεις κατηγορίες λειτουργικής ικανότητας: «Δεν έχω κανένα πρόβλημα στο περπάτημα», «Έχω μερικά προβλήματα στο περπάτημα» και «Είμαι καθηλωμένος/η στο κρεβάτι». Τα ευρήματα προσφέρουν μια σαφή εικόνα για το πώς διαφοροποιείται η κινητικότητα μεταξύ των δύο φύλων στο συγκεκριμένο δείγμα. Η μεγαλύτερη ομάδα συμμετεχόντων είναι όσοι έχουν μερικά προβλήματα στο περπάτημα, με συνολικά 60 άτομα. Από αυτούς, το 56,7% είναι γυναίκες και το 43,3% άνδρες, γεγονός που υποδηλώνει ότι οι γυναίκες εμφανίζουν συχνότερα ή αναφέρουν πιο έντονα κινητικές δυσκολίες. Το εύρημα αυτό είναι συμβατό με τη διεθνή βιβλιογραφία, η οποία συχνά καταγράφει υψηλότερα ποσοστά λειτουργικών περιορισμών στις γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας, λόγω παραγόντων όπως η οστεοπόρωση, η μειωμένη μυϊκή μάζα και η αυξημένη επιβάρυνση από χρόνιες παθήσεις. Στην κατηγορία «Δεν έχω κανένα πρόβλημα στο περπάτημα», συμμετέχουν 22 άτομα. Εδώ παρατηρείται μια αντίστροφη τάση, καθώς το 54,5% είναι άνδρες και το 45,5% γυναίκες. Το εύρημα αυτό δείχνει ότι οι άνδρες του δείγματος διατηρούν σε μεγαλύτερο ποσοστό καλή κινητικότητα, γεγονός που μπορεί να σχετίζεται με διαφορετικά επίπεδα φυσικής δραστηριότητας, μυϊκής δύναμης ή συνολικής υγείας. Στην πιο επιβαρυνμένη κατηγορία, «Είμαι καθηλωμένος/η στο κρεβάτι», συμμετέχουν 18 άτομα. Και εδώ οι άνδρες εμφανίζονται ελαφρώς συχνότερα (55,6%) σε σχέση με τις γυναίκες (44,4%). Το εύρημα αυτό είναι ιδιαίτερα ενδιαφέρον, καθώς δείχνει ότι ενώ οι γυναίκες εμφανίζουν συχνότερα μέτριες κινητικές δυσκολίες, οι άνδρες φαίνεται να υπερεκπροσωπούνται στην πιο σοβαρή μορφή κινητικού περιορισμού. Αυτό μπορεί να αντανακλά διαφορές στη βαρύτητα των υποκείμενων νοσημάτων, στη φυσική κατάσταση ή στη χρονιότητα της ΚΑ. Συνολικά, τα δεδομένα του πίνακα δείχνουν ότι η κινητικότητα διαφοροποιείται ουσιαστικά μεταξύ των φύλων, με τις γυναίκες να εμφανίζουν συχνότερα μέτριες κινητικές δυσκολίες, ενώ οι άνδρες τείνουν να κατανέμονται στα δύο άκρα του φάσματος, είτε διατηρούν πλήρη κινητικότητα, είτε παρουσιάζουν σοβαρή ακινησία. Το «διπολικό» αυτό προφίλ

στους άνδρες, σε συνδυασμό με τη μεγαλύτερη συχνότητα μέτριων περιορισμών στις γυναίκες, υποδηλώνει ότι οι ανάγκες φροντίδας, η καθημερινή λειτουργικότητα και ο βαθμός αυτονομίας επηρεάζονται διαφορετικά ανά φύλο, γεγονός που πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στον σχεδιασμό παρεμβάσεων και στην κλινική αξιολόγηση.

Πίνακας 10: Πίνακας συνάφειας φύλου σε σχέση με την αυτοεξυπηρέτηση

	Ανδρας	Γυναίκα	Σύνολο
Έχω μερικά προβλήματα στο να πλένομαι και να ντύνομαι	15	17	32
	46.9 %	53.1 %	100.0 %
Δεν έχω κανένα πρόβλημα με την αυτοεξυπηρέτηση μου	19	25	44
	43.2 %	56.8 %	100.0 %
Είμαι ανίκανος/η να πλυθώ ή να ντυθώ	14	10	24
	58.3 %	41.7 %	100.0 %
Σύνολο	48	52	100
	48.0 %	52.0 %	100.0 %

Ο Πίνακας 10 εξετάζει τη σχέση μεταξύ φύλου και ικανότητας αυτοεξυπηρέτησης, αποτυπώνοντας τον βαθμό στον οποίο άνδρες και γυναίκες μπορούν να φροντίσουν βασικές καθημερινές ανάγκες, όπως το πλύσιμο και το ντύσιμο. Τα ευρήματα αναδεικνύουν ενδιαφέρουσες διαφοροποιήσεις ανάμεσα στα δύο φύλα, οι οποίες έχουν άμεση επίδραση στην αυτονομία και στις ανάγκες υποστήριξης των ασθενών. Στην κατηγορία «Έχω μερικά προβλήματα στο να πλένομαι και να ντύνομαι», συμμετέχουν 32 άτομα, με τις γυναίκες να αποτελούν το 53,1% και τους άνδρες το 46,9%. Το εύρημα αυτό δείχνει ότι οι γυναίκες εμφανίζουν ελαφρώς συχνότερα μέτριες δυσκολίες στην αυτοεξυπηρέτηση, πιθανόν λόγω μεγαλύτερης επιβάρυνσης από μυοσκελετικά προβλήματα ή χρόνια νοσήματα που επηρεάζουν τη λειτουργικότητα. Στην κατηγορία «Δεν έχω κανένα πρόβλημα με την αυτοεξυπηρέτηση μου», όπου ανήκουν 44 άτομα, οι γυναίκες υπερέχουν με 56,8%, έναντι 43,2% των ανδρών. Αυτό δείχνει ότι, παρά τις μέτριες δυσκολίες που αναφέρουν κάποιες γυναίκες, ένα σημαντικό ποσοστό τους διατηρεί πλήρη αυτονομία στις βασικές δραστηριότητες καθημερινής ζωής. Το εύρημα αυτό μπορεί να αντανακλά

καλύτερη προσαρμογή, μεγαλύτερη εξοικείωση με δραστηριότητες αυτοφροντίδας ή διαφορετικές αντιλήψεις σχετικά με την αναφορά δυσκολιών. Αντίθετα, στην πιο επιβαρυνμένη κατηγορία «Είμαι ανίκανος/η να πλυθώ ή να ντυθώ», οι άνδρες εμφανίζονται συχνότερα (58,3%) σε σχέση με τις γυναίκες (41,7%). Το εύρημα αυτό υποδηλώνει ότι οι άνδρες του δείγματος είναι πιθανότερο να φτάσουν σε επίπεδο σοβαρής λειτουργικής έκπτωσης, γεγονός που μπορεί να σχετίζεται με βαρύτερη κλινική εικόνα, μειωμένη συμμόρφωση στη θεραπεία ή καθυστερημένη αναζήτηση φροντίδας. Συνολικά, ο πίνακας δείχνει ότι η αυτοεξυπηρέτηση διαφοροποιείται μεταξύ των φύλων: οι γυναίκες εμφανίζουν συχνότερα μέτριες δυσκολίες, αλλά διατηρούν σε μεγαλύτερο ποσοστό πλήρη αυτονομία, ενώ οι άνδρες τείνουν να κατανέμονται στα δύο άκρα, είτε χωρίς κανένα πρόβλημα, είτε με σοβαρή ανικανότητα αυτοεξυπηρέτησης. Αυτές οι διαφοροποιήσεις έχουν σημαντικές επιπτώσεις στον σχεδιασμό της φροντίδας, καθώς επηρεάζουν τις ανάγκες υποστήριξης, την καθημερινή λειτουργικότητα και το επίπεδο εξάρτησης των ασθενών.

Πίνακας 11: Πίνακας συνάφειας φύλου σε σχέση με τις συνηθισμένες δραστηριότητες (πχ. δουλειά, μελέτη, νοικοκυριό, οικογενειακές δραστηριότητες ή δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου)

	Ανδρας	Γυναίκα	Σύνολο
Έχω μερικά προβλήματα στο να εκτελώ τις συνηθισμένες δραστηριότητες μου	19 38.8 %	30 61.2 %	49 100.0 %
Δεν έχω κανένα πρόβλημα στο να εκτελώ τις συνηθισμένες δραστηριότητες μου	8 50.0 %	8 50.0 %	16 100.0 %
Είμαι ανίκανος/η να εκτελώ τις συνηθισμένες δραστηριότητες μου	21 60.0 %	14 40.0 %	35 100.0 %
Σύνολο	48 48.0 %	52 52.0 %	100 100.0 %

Ο Πίνακας 11 εξετάζει τη σχέση μεταξύ φύλου και ικανότητας εκτέλεσης συνηθισμένων δραστηριοτήτων, όπως εργασία, μελέτη, νοικοκυριό, οικογενειακές υποχρεώσεις και δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου. Τα

ευρήματα αναδεικνύουν σημαντικές διαφοροποιήσεις ανάμεσα σε άνδρες και γυναίκες, οι οποίες επηρεάζουν την καθημερινή λειτουργικότητα και το επίπεδο αυτονομίας. Η μεγαλύτερη ομάδα συμμετεχόντων είναι όσοι έχουν μερικά προβλήματα στην εκτέλεση των συνηθισμένων δραστηριοτήτων, με συνολικά 49 άτομα. Από αυτούς, το 61,2% είναι γυναίκες, γεγονός που δείχνει ότι οι γυναίκες αναφέρουν συχνότερα μέτριους περιορισμούς στην καθημερινή λειτουργικότητα. Το εύρημα αυτό μπορεί να συνδέεται με αυξημένες οικογενειακές και οικιακές υποχρεώσεις, μεγαλύτερη επιβάρυνση από χρόνιες παθήσεις ή διαφορετική αντίληψη των δυσκολιών. Στην κατηγορία «Δεν έχω κανένα πρόβλημα», όπου ανήκουν 16 άτομα, η κατανομή είναι απολύτως ισόρροπη (50% άνδρες – 50% γυναίκες). Αυτό δείχνει ότι και τα δύο φύλα μπορούν να διατηρήσουν πλήρη λειτουργικότητα, αν και το ποσοστό αυτό είναι σχετικά μικρό σε σχέση με το σύνολο του δείγματος, γεγονός που υποδηλώνει ότι η καρδιακή ανεπάρκεια επηρεάζει σημαντικά την καθημερινότητα των περισσότερων συμμετεχόντων. Στην πιο επιβαρυνόμενη κατηγορία, «Είμαι ανίκανος/η να εκτελώ τις συνηθισμένες δραστηριότητες», συμμετέχουν 35 άτομα. Εδώ οι άνδρες υπερέχουν με 60,0%, έναντι 40,0% των γυναικών. Το εύρημα αυτό υποδηλώνει ότι οι άνδρες του δείγματος είναι πιθανότερο να φτάσουν σε επίπεδο σοβαρής λειτουργικής έκπτωσης, γεγονός που μπορεί να αντανακλά βαρύτερη κλινική εικόνα, μειωμένη αντοχή ή καθυστερημένη αναζήτηση ιατρικής φροντίδας. Συνολικά, ο πίνακας δείχνει ότι οι γυναίκες εμφανίζουν συχνότερα μέτριες δυσκολίες στις συνηθισμένες δραστηριότητες, ενώ οι άνδρες τείνουν να κατανέμονται στα δύο άκρα του φάσματος, είτε χωρίς κανένα πρόβλημα, είτε με σοβαρή ανικανότητα εκτέλεσης καθημερινών δραστηριοτήτων. Αυτή η διαφοροποίηση έχει άμεσες επιπτώσεις στην αυτονομία, στις ανάγκες υποστήριξης και στη συνολική ποιότητα ζωής των ασθενών, αναδεικνύοντας τη σημασία της εξατομικευμένης προσέγγισης στη φροντίδα.

Πίνακας 12: Πίνακας συνάφειας φύλου σε σχέση με τον πόνο / δυσφορία

	Ανδρας	Γυναίκα	Σύνολο
Έχω μέτριο πόνο ή δυσφορία	22 37.3 %	37 62.7 %	59 100.0 %
Έχω υπερβολικό πόνο ή δυσφορία	13 65.0 %	7 35.0 %	20 100.0 %
Δεν έχω καθόλου πόνο ή δυσφορία	13 61.9 %	8 38.1 %	21 100.0 %
Σύνολο	48 48.0 %	52 52.0 %	100 100.0 %

Ο Πίνακας 12 εξετάζει τη σχέση μεταξύ φύλου και της έντασης του πόνου ή της δυσφορίας που βιώνουν οι συμμετέχοντες, αναδεικνύοντας σημαντικές διαφοροποιήσεις ανάμεσα σε άνδρες και γυναίκες. Τα ευρήματα προσφέρουν μια σαφή εικόνα για το πώς το φύλο σχετίζεται με την υποκειμενική εμπειρία του πόνου, η οποία αποτελεί κρίσιμο δείκτη ποιότητας ζωής σε ασθενείς με χρόνια νοσήματα όπως η καρδιακή ανεπάρκεια. Η μεγαλύτερη ομάδα συμμετεχόντων είναι όσοι αναφέρουν μέτριο πόνο ή δυσφορία, με συνολικά 59 άτομα. Από αυτούς, το 62,7% είναι γυναίκες, γεγονός που δείχνει ότι οι γυναίκες βιώνουν συχνότερα μέτρια επίπεδα πόνου. Στην κατηγορία «Έχω υπερβολικό πόνο ή δυσφορία», συμμετέχουν 20 άτομα, με τους άνδρες να υπερέχουν σημαντικά (65,0% έναντι 35,0% των γυναικών). Το εύρημα αυτό είναι ιδιαίτερα ενδιαφέρον, καθώς υποδηλώνει ότι, ενώ οι γυναίκες αναφέρουν συχνότερα μέτριο πόνο, οι άνδρες φαίνεται να εμφανίζουν συχνότερα πολύ υψηλά επίπεδα πόνου. Αυτό μπορεί να αντανakλά βαρύτερη κλινική επιβάρυνση, καθυστερημένη αναζήτηση φροντίδας ή διαφορετικό τρόπο αντίληψης και έκφρασης του πόνου. Στην κατηγορία «Δεν έχω καθόλου πόνο ή δυσφορία», όπου ανήκουν 21 άτομα, οι άνδρες υπερέχουν με 61,9%, έναντι 38,1% των γυναικών. Το εύρημα αυτό δείχνει ότι οι άνδρες είναι πιθανότερο να μην αναφέρουν καθόλου πόνο, γεγονός που μπορεί να σχετίζεται με διαφορετικά πρότυπα αναφοράς συμπτωμάτων ή με πραγματικές διαφορές στη βαρύτητα της νόσου. Συνολικά, ο πίνακας αναδεικνύει ένα διπολικό προφίλ στους άνδρες, οι οποίοι εμφανίζονται συχνότερα είτε χωρίς καθόλου πόνο είτε με υπερβολικό

πόνου, ενώ οι γυναίκες συγκεντρώνονται κυρίως στη μεσαία κατηγορία μέτριου πόνου. Αυτή η διαφοροποίηση έχει σημαντικές κλινικές και λειτουργικές συνέπειες, καθώς ο πόνος επηρεάζει την καθημερινή δραστηριότητα, την ψυχολογία, την ποιότητα ζωής και τη συμμόρφωση στη θεραπεία.

Πίνακας 13: Πίνακας συνάφειας φύλου σε σχέση με το άγχος / θλίψη

	Άνδρας	Γυναίκα	Σύνολο
Έχω μέτριο άγχος ή θλίψη	28	21	49
	57.1 %	42.9 %	100.0 %
Έχω υπερβολικό άγχος ή θλίψη	17	25	42
	40.5 %	59.5 %	100.0 %
Δεν έχω άγχος ή θλίψη	3	6	9
	33.3 %	66.7 %	100.0 %
Σύνολο	48	52	100
	48.0 %	52.0 %	100.0 %

Ο Πίνακας 13 εξετάζει τη σχέση μεταξύ φύλου και της ψυχολογικής επιβάρυνσης που βιώνουν οι συμμετέχοντες, αποτυπώνοντας τρία επίπεδα συναισθηματικής κατάστασης: μέτριο άγχος/θλίψη, υπερβολικό άγχος/θλίψη και απουσία άγχους/θλίψης. Τα ευρήματα αναδεικνύουν σημαντικές διαφοροποιήσεις ανάμεσα σε άνδρες και γυναίκες, οι οποίες έχουν άμεση επίδραση στην ψυχική υγεία και την ποιότητα ζωής των ασθενών. Η μεγαλύτερη ομάδα συμμετεχόντων είναι όσοι αναφέρουν μέτριο άγχος ή θλίψη, με συνολικά 49 άτομα. Από αυτούς, το 57,1% είναι άνδρες και το 42,9% γυναίκες, γεγονός που δείχνει ότι οι άνδρες βιώνουν συχνότερα μέτρια επίπεδα ψυχολογικής επιβάρυνσης. Το εύρημα αυτό είναι αξιοσημείωτο, καθώς διαφοροποιείται από τα συνηθισμένα πρότυπα στη βιβλιογραφία, όπου οι γυναίκες συχνά αναφέρουν υψηλότερα επίπεδα άγχους. Εδώ φαίνεται ότι οι άνδρες του δείγματος ενδέχεται να βιώνουν μεγαλύτερη ψυχολογική πίεση σε καθημερινό επίπεδο. Στην κατηγορία «Έχω υπερβολικό άγχος ή θλίψη», όπου ανήκουν 42 άτομα, οι γυναίκες υπερέχουν με 59,5%, έναντι 40,5% των ανδρών. Αυτό υποδηλώνει ότι οι γυναίκες είναι πιο πιθανό να βιώσουν έντονη συναισθηματική επιβάρυνση, η οποία μπορεί να σχετίζεται με αυξημένη ευαισθησία στο στρες, μεγαλύτερη επιβάρυνση από ρόλους φροντίδας ή διαφορετικούς τρόπους έκφρασης των

συναισθημάτων. Στην κατηγορία «Δεν έχω άγχος ή θλίψη», όπου συμμετέχουν 9 άτομα, οι γυναίκες υπερέχουν με 66,7%, έναντι 33,3% των ανδρών. Το εύρημα αυτό δείχνει ότι, παρά τα υψηλά ποσοστά υπερβολικού άγχους στις γυναίκες, ένα μικρό αλλά σημαντικό ποσοστό τους δηλώνει πλήρη απουσία συναισθηματικής δυσφορίας, γεγονός που μπορεί να αντανακλά καλύτερους μηχανισμούς προσαρμογής ή υποστήριξης. Συνολικά, ο πίνακας αναδεικνύει ένα διαφοροποιημένο ψυχολογικό προφίλ μεταξύ των φύλων, καθώς οι άνδρες τείνουν να εμφανίζουν συχνότερα μέτριο άγχος, υποδηλώνοντας μια σταθερή αλλά όχι ακραία ψυχολογική επιβάρυνση, ενώ οι γυναίκες παρουσιάζουν συχνότερα υπερβολικό άγχος ή θλίψη, στοιχείο που αντανακλά μεγαλύτερη συναισθηματική ευαλωτότητα και πιθανώς αυξημένη επιβάρυνση από ψυχοκοινωνικούς παράγοντες. Παράλληλα, οι γυναίκες υπερέχουν και στην κατηγορία χωρίς καθόλου άγχος, γεγονός που δείχνει μεγαλύτερη ετερογένεια στη συναισθηματική τους κατάσταση και υποδηλώνει ότι το γυναικείο φύλο παρουσιάζει τόσο υψηλότερες κορυφώσεις άγχους όσο και μεγαλύτερη ικανότητα διατήρησης συναισθηματικής σταθερότητας. Αυτές οι διαφοροποιήσεις έχουν άμεση σημασία για την κατανόηση των ψυχολογικών αναγκών των ασθενών και τον σχεδιασμό στοχευμένων παρεμβάσεων υποστήριξης.

Πίνακας 14: Πίνακας συνάφειας φύλου σε σχέση με τη κατάσταση της υγείας σας σήμερα (0 η χειρότερη κατάσταση της υγείας που μπορείτε να φανταστείτε και 100 η καλύτερη κατάσταση της υγείας που μπορείτε να φανταστείτε)

	Άνδρας	Γυναίκα	Σύνολο
10	2 100.0 %	0 0.0 %	2 100.0 %
20	3 50.0 %	3 50.0 %	6 100.0 %
30	5 50.0 %	5 50.0 %	10 100.0 %
40	15 71.4 %	6 28.6 %	21 100.0 %

	Ανδρας	Γυναίκα	Σύνολο
50	10 35.7 %	18 64.3 %	28 100.0 %
60	7 30.4 %	16 69.6 %	23 100.0 %
70	3 100.0 %	0 0.0 %	3 100.0 %
80	2 50.0 %	2 50.0 %	4 100.0 %
90	1 50.0 %	1 50.0 %	2 100.0 %
100	0 0.0 %	1 100.0 %	1 100.0 %
Σύνολο	48 48.0 %	52 52.0 %	100 100.0 %

Ο Πίνακας 14 αποτυπώνει την αυτοαξιολόγηση της τρέχουσας κατάστασης υγείας των συμμετεχόντων σε μια κλίμακα από 0 (χειρότερη δυνατή κατάσταση) έως 100 (καλύτερη δυνατή κατάσταση), εξετάζοντας παράλληλα τη σχέση της με το φύλο. Τα ευρήματα δείχνουν μια ενδιαφέρουσα και αρκετά διαφοροποιημένη κατανομή, η οποία αναδεικνύει διαφορετικά μοτίβα αντίληψης της υγείας μεταξύ ανδρών και γυναικών. Στα χαμηλότερα επίπεδα υγείας (10-40), παρατηρείται σαφής υπεροχή των ανδρών, ιδιαίτερα στη βαθμολογία 40, όπου οι άνδρες αποτελούν το 71,4%. Αυτό υποδηλώνει ότι οι άνδρες του δείγματος τείνουν να αξιολογούν συχνότερα την υγεία τους ως κακή ή μέτρια, πιθανόν λόγω βαρύτερης κλινικής εικόνας ή διαφορετικής αντίληψης των συμπτωμάτων. Αντίθετα, στις μεσαίες βαθμολογίες (50-60), οι γυναίκες υπερέχουν σημαντικά, με ποσοστά 64,3% στη βαθμολογία 50 και 69,6% στη βαθμολογία 60. Το εύρημα αυτό δείχνει ότι οι γυναίκες τείνουν να τοποθετούν την υγεία τους σε ένα «ενδιάμεσο» επίπεδο, ούτε πολύ χαμηλό ούτε πολύ υψηλό, γεγονός που μπορεί να αντανακλά πιο ισορροπημένη ή πιο ρεαλιστική αυτοαξιολόγηση. Στις υψηλές βαθμολογίες της κλίμακας (70-100), η εικόνα γίνεται πιο μικτή αλλά και πιο ακραία, καθώς παρατηρούνται δύο αντίθετες τάσεις: στη βαθμολογία 70 οι συμμετέχοντες είναι αποκλειστικά άνδρες, ενώ

στη βαθμολογία 100 η μοναδική συμμετέχουσα είναι γυναίκα. Αυτό δείχνει ότι και τα δύο φύλα μπορούν να τοποθετηθούν στα άκρα της κλίμακας, αλλά με διαφορετικές τάσεις· οι άνδρες εμφανίζονται σε υψηλές βαθμολογίες μόνο σε συγκεκριμένα σημεία, ενώ οι γυναίκες κατανέμονται σε όλο το εύρος, από χαμηλές έως πολύ υψηλές τιμές. Συνολικά, ο πίνακας αναδεικνύει ότι οι άνδρες τείνουν να συγκεντρώνονται στα χαμηλά και σε ορισμένα υψηλά άκρα της κλίμακας, παρουσιάζοντας ένα πιο «διπολικό» μοτίβο αυτοαξιολόγησης, ενώ οι γυναίκες υπερέχουν στις μεσαίες βαθμολογίες, δείχνοντας μια πιο σταθερή και ενδιάμεση αντίληψη της υγείας τους. Η συνολική κατανομή υποδηλώνει ότι το φύλο επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο οι ασθενείς αντιλαμβάνονται και αξιολογούν την κατάσταση της υγείας τους, κάτι που έχει άμεση σημασία για την κατανόηση της ποιότητας ζωής και της ψυχολογικής τους κατάστασης.

5.1.3. Ερωτηματολόγιο Ζώντας με την καρδιακή ανεπάρκεια

Πίνακας 15: Πίνακας συνάφειας φύλου σε σχέση με το αν σας εμπόδισε η ΚΑ από το να ζείτε όπως θα θέλατε κατά τον περασμένο μήνα: Προκαλώντας πρήξιμο στους αστραγάλους, τα πόδια σας

	Ανδρας	Γυναίκα	Σύνολο
Όχι	7 43.8 %	9 56.3 %	16 100.0 %
Λίγο	9 50.0 %	9 50.0 %	18 100.0 %
Μέτρια / Αρκετά	12 50.0 %	12 50.0 %	24 100.0 %
Πάρα πολύ	11 84.6 %	2 15.4 %	13 100.0 %
Πολύ	6 42.9 %	8 57.1 %	14 100.0 %
Πολύ λίγο	3 20.0 %	12 80.0 %	15 100.0 %
Σύνολο	48 48.0 %	52 52.0 %	100 100.0 %

Ο Πίνακας 15 δείχνει ότι η επίδραση του οιδήματος στους αστραγάλους και τα πόδια διαφοροποιείται σημαντικά μεταξύ των φύλων, με σαφείς αποκλίσεις στα ποσοστά. Στις ήπιες κατηγορίες επιβάρυνσης, όπως «Όχι» (43,8% άνδρες – 56,3% γυναίκες), «Λίγο» (50,0% – 50,0%) και «Μέτρια/Αρκετά» (50,0% – 50,0%), η κατανομή είναι σχετικά ισορροπημένη, δείχνοντας ότι και τα δύο φύλα βιώνουν σε παρόμοιο βαθμό ήπιες έως μέτριες επιπτώσεις από το πρήξιμο. Ωστόσο, στις ακραίες κατηγορίες η εικόνα αλλάζει: στην κατηγορία «Πάρα πολύ», οι άνδρες υπερέχουν συντριπτικά με 84,6%, έναντι μόλις 15,4% των γυναικών, γεγονός που υποδηλώνει ότι οι άνδρες είναι πολύ πιθανότερο να βιώσουν σοβαρή επιδείνωση της καθημερινότητάς τους λόγω έντονου οιδήματος. Αντίθετα, στην κατηγορία «Πολύ λίγο», οι γυναίκες κυριαρχούν με 80,0%, έναντι 20,0% των ανδρών, δείχνοντας ότι για πολλές γυναίκες το σύμπτωμα επηρεάζει ελάχιστα την καθημερινή τους ζωή. Συνολικά, τα ευρήματα υποδηλώνουν ότι, ενώ οι ενδιαμέσες βαθμίδες επιβάρυνσης είναι κοινές και για τα δύο φύλα, οι άνδρες εμφανίζουν πιο συχνά πολύ σοβαρή επιβάρυνση, ενώ οι γυναίκες τείνουν να αναφέρουν πολύ ήπια ενόχληση, αναδεικνύοντας διαφορετικά μοτίβα εμπειρίας και αντίληψης του οιδήματος.

Πίνακας 16: Πίνακας συνάφειας φύλου σε σχέση με το αν σας εμπόδισε η ΚΑ από το να ζείτε όπως θα θέλατε κατά τον περασμένο μήνα: Κάνοντας σας να καθόσαστε ή να ξαπλώνετε για να ξεκουράζεστε κατά τη διάρκεια της ημέρας

	Ανδρας	Γυναίκα	Σύνολο
Όχι	3 42.9 %	4 57.1 %	7 100.0 %
Λίγο	5 71.4 %	2 28.6 %	7 100.0 %
Μέτρια / Αρκετά	12 36.4 %	21 63.6 %	33 100.0 %
Πάρα πολύ	17 60.7 %	11 39.3 %	28 100.0 %
Πολύ	11 47.8 %	12 52.2 %	23 100.0 %
Πολύ λίγο	0	2	2

	Ανδρας	Γυναίκα	Σύνολο
	0.0 %	100.0 %	100.0 %
Σύνολο	48	52	100
	48.0 %	52.0 %	100.0 %

Ο Πίνακας 16 δείχνει ότι η ανάγκη για ξεκούραση μέσα στην ημέρα λόγω ΚΑ διαφοροποιείται αισθητά μεταξύ των φύλων, με σημαντικές αποκλίσεις στα ποσοστά. Στις ήπιες κατηγορίες επιβάρυνσης, όπως «Όχι» (42,9% άνδρες – 57,1% γυναίκες) και «Λίγο» (71,4% άνδρες – 28,6% γυναίκες), παρατηρείται ότι οι άνδρες εμφανίζονται συχνότερα να επηρεάζονται ελάχιστα ή λίγο από το σύμπτωμα. Στην κατηγορία «Μέτρια/Αρκετά», όπου συγκεντρώνεται ο μεγαλύτερος αριθμός συμμετεχόντων (33 άτομα), οι γυναίκες υπερέχουν με 63,6%, έναντι 36,4% των ανδρών, δείχνοντας ότι οι γυναίκες βιώνουν συχνότερα μέτρια επιβάρυνση που τις αναγκάζει να ξεκουράζονται κατά τη διάρκεια της ημέρας. Στην κατηγορία «Πάρα πολύ», οι άνδρες υπερέχουν με 60,7%, υποδηλώνοντας ότι είναι πιθανότερο να βιώσουν πολύ σοβαρή ανάγκη για ανάπαυση, ενώ στην κατηγορία «Πολύ» η κατανομή είναι σχεδόν ισορροπημένη (47,8% άνδρες – 52,2% γυναίκες). Τέλος, στην κατηγορία «Πολύ λίγο», οι γυναίκες αποτελούν το 100%, δείχνοντας ότι μόνο γυναίκες ανέφεραν ελάχιστη επίδραση. Συνολικά, τα ευρήματα υποδηλώνουν ότι οι γυναίκες συγκεντρώνονται κυρίως στις μεσαίες βαθμίδες επιβάρυνσης, ενώ οι άνδρες εμφανίζουν μεγαλύτερη παρουσία τόσο στις πολύ χαμηλές όσο και στις πολύ υψηλές κατηγορίες, σχηματίζοντας ένα πιο «διπολικό» μοτίβο εμπειρίας της ανάγκης για ξεκούραση.

Πίνακας 17: Πίνακας συνάφειας φύλου σε σχέση με το αν σας εμπόδιζε η ΚΑ από το να ζείτε όπως θα θέλατε κατά τον περασμένο μήνα: Δυσκολεύοντας το περπάτημα σας ή το ανέβασμα σκάλας

	Ανδρας	Γυναίκα	Σύνολο
Όχι	2	0	2
	100.0 %	0.0 %	100.0 %
Λίγο	5	3	8
	62.5 %	37.5 %	100.0 %

	Ανδρας	Γυναίκα	Σύνολο
Μέτρια / Αρκετά	7 26.9 %	19 73.1 %	26 100.0 %
Πάρα πολύ	21 55.3 %	17 44.7 %	38 100.0 %
Πολύ	11 50.0 %	11 50.0 %	22 100.0 %
Πολύ λίγο	2 50.0 %	2 50.0 %	4 100.0 %
Σύνολο	48 48.0 %	52 52.0 %	100 100.0 %

Ο Πίνακας 17 δείχνει ότι η ΚΑ επηρεάζει την ικανότητα περπατήματος ή ανόδου σκάλας με διαφορετικό τρόπο μεταξύ των φύλων, με σαφείς διαφοροποιήσεις στα ποσοστά. Στις χαμηλές βαθμίδες επιβάρυνσης, όπως «Όχι», οι άνδρες αποτελούν το 100%, ενώ οι γυναίκες δεν εμφανίζονται καθόλου, υποδηλώνοντας ότι μόνο άνδρες δεν επηρεάστηκαν καθόλου από το σύμπτωμα. Στην κατηγορία «Λίγο», οι άνδρες υπερέχουν με 62,5% έναντι 37,5% των γυναικών, ενώ στην κατηγορία «Πολύ λίγο» η κατανομή είναι ισότιμη (50,0%-50,0%). Η εικόνα αλλάζει σημαντικά στις μεσαίες βαθμίδες: στην κατηγορία «Μέτρια/Αρκετά», οι γυναίκες κυριαρχούν με 73,1%, έναντι μόλις 26,9% των ανδρών, δείχνοντας ότι οι γυναίκες βιώνουν συχνότερα μέτρια δυσκολία στο περπάτημα ή στο ανέβασμα σκάλας. Στις υψηλές βαθμίδες επιβάρυνσης, όπως «Πάρα πολύ», οι άνδρες υπερέχουν με 55,3%, ενώ στην κατηγορία «Πολύ» η κατανομή είναι απολύτως ισορροπημένη (50,0%-50,0%). Συνολικά, τα ευρήματα δείχνουν ότι οι γυναίκες συγκεντρώνονται κυρίως στη μεσαία βαθμίδα δυσκολίας, ενώ οι άνδρες εμφανίζουν μεγαλύτερη παρουσία τόσο στις πολύ χαμηλές όσο και στις πολύ υψηλές κατηγορίες, υποδηλώνοντας ένα πιο «διπολικό» μοτίβο επιβάρυνσης στην κινητικότητα.

Πίνακας 18: Πίνακας συνάφειας φύλου σε σχέση με το αν σας εμπόδιζε η ΚΑ από το να ζείτε όπως θα θέλατε κατά τον περασμένο μήνα: Δυσκολεύοντας τις δουλειές σας στο σπίτι ή την αυλή

	Άνδρας	Γυναίκα	Σύνολο
Όχι	4 66.7 %	2 33.3 %	6 100.0 %
Λίγο	2 50.0 %	2 50.0 %	4 100.0 %
Μέτρια / Αρκετά	5 27.8 %	13 72.2 %	18 100.0 %
Πάρα πολύ	21 56.8 %	16 43.2 %	37 100.0 %
Πολύ	16 48.5 %	17 51.5 %	33 100.0 %
Πολύ λίγο	0 0.0 %	2 100.0 %	2 100.0 %
Σύνολο	48 48.0 %	52 52.0 %	100 100.0 %

Ο Πίνακας 18 δείχνει ότι η ΚΑ επηρεάζει την ικανότητα εκτέλεσης οικιακών ή εξωτερικών εργασιών με διαφορετική ένταση μεταξύ των φύλων, με χαρακτηριστικές διαφοροποιήσεις στα ποσοστά. Στις χαμηλές βαθμίδες επιβάρυνσης, όπως «Όχι», οι άνδρες υπερέχουν με 66,7% έναντι 33,3% των γυναικών, ενώ στην κατηγορία «Λίγο» η κατανομή είναι ισότιμη (50,0%-50,0%). Στην κατηγορία «Μέτρια/Αρκετά», όπου καταγράφεται σημαντικός αριθμός συμμετεχόντων, οι γυναίκες κυριαρχούν με 72,2%, έναντι 27,8% των ανδρών, δείχνοντας ότι οι γυναίκες βιώνουν συχνότερα μέτρια δυσκολία στις οικιακές εργασίες λόγω της ΚΑ. Στις υψηλές βαθμίδες επιβάρυνσης, όπως «Πάρα πολύ», οι άνδρες υπερέχουν με 56,8%, ενώ στην κατηγορία «Πολύ» η κατανομή είναι σχεδόν ισορροπημένη (48,5% άνδρες – 51,5% γυναίκες). Τέλος, στην κατηγορία «Πολύ λίγο», οι γυναίκες αποτελούν το 100%, υποδηλώνοντας ότι μόνο γυναίκες ανέφεραν ελάχιστη επίδραση. Συνολικά, τα ευρήματα δείχνουν ότι οι γυναίκες συγκεντρώνονται κυρίως στις μεσαίες βαθμίδες δυσκολίας, ενώ οι άνδρες εμφανίζουν μεγαλύτερη παρουσία τόσο στις πολύ

χαμηλές όσο και στις πολύ υψηλές κατηγορίες, αναδεικνύοντας ένα πιο «διπολικό» μοτίβο επιβάρυνσης στις οικιακές και εξωτερικές δραστηριότητες.

Πίνακας 19: Πίνακας συνάφειας φύλου σε σχέση με το αν σας εμπόδισε η ΚΑ από το να ζείτε όπως θα θέλατε κατά τον περασμένο μήνα: Δυσκολεύοντας το να βγαίνετε έξω μακριά από το σπίτι

	Άνδρας	Γυναίκα	Σύνολο
Όχι	2 33.3 %	4 66.7 %	6 100.0 %
Λίγο	5 55.6 %	4 44.4 %	9 100.0 %
Μέτρια / Αρκετά	8 29.6 %	19 70.4 %	27 100.0 %
Πάρα πολύ	18 56.3 %	14 43.8 %	32 100.0 %
Πολύ	12 54.5 %	10 45.5 %	22 100.0 %
Πολύ λίγο	3 75.0 %	1 25.0 %	4 100.0 %
Σύνολο	48 48.0 %	52 52.0 %	100 100.0 %

Ο Πίνακας 19 δείχνει ότι η ΚΑ επηρεάζει την ικανότητα των ασθενών να βγαίνουν έξω μακριά από το σπίτι με διαφορετική ένταση μεταξύ των φύλων, με χαρακτηριστικές διαφοροποιήσεις στα ποσοστά. Στην κατηγορία «Όχι», οι γυναίκες υπερέχουν με 66,7%, έναντι 33,3% των ανδρών, δείχνοντας ότι περισσότερες γυναίκες δεν αντιμετώπισαν καμία δυσκολία. Στην κατηγορία «Λίγο», οι άνδρες εμφανίζονται συχνότερα (55,6%), ενώ στις «Μέτρια/Αρκετά» δυσκολίες οι γυναίκες κυριαρχούν με 70,4%, έναντι 29,6% των ανδρών, υποδηλώνοντας ότι οι γυναίκες βιώνουν συχνότερα μέτρια επιβάρυνση στην ικανότητα μετακίνησης εκτός σπιτιού. Στις υψηλές βαθμίδες επιβάρυνσης, όπως «Πάρα πολύ», οι άνδρες υπερέχουν με 56,3%, ενώ στην κατηγορία «Πολύ» η κατανομή είναι σχεδόν ισορροπημένη (54,5% άνδρες – 45,5% γυναίκες). Τέλος, στην κατηγορία «Πολύ λίγο», οι άνδρες αποτελούν το 75,0%, δείχνοντας ότι

είναι πιθανότερο να αναφέρουν ελάχιστη επίδραση. Συνολικά, τα ευρήματα δείχνουν ότι οι γυναίκες συγκεντρώνονται κυρίως στις μεσαίες βαθμίδες δυσκολίας, ενώ οι άνδρες εμφανίζουν μεγαλύτερη παρουσία τόσο στις πολύ χαμηλές όσο και στις πολύ υψηλές κατηγορίες, αναδεικνύοντας ένα πιο «διπολικό» μοτίβο επιβάρυνσης στην ικανότητα εξόδου από το σπίτι.

Πίνακας 20: Πίνακας συνάφειας φύλου σε σχέση με το αν σας εμπόδισε η ΚΑ από το να ζείτε όπως θα θέλατε κατά τον περασμένο μήνα: Δυσκολεύοντας σας από το να κοιμάστε καλά τη νύχτα

	Ανδρας	Γυναίκα	Σύνολο
Όχι	6 54.5 %	5 45.5 %	11 100.0 %
Λίγο	11 40.7 %	16 59.3 %	27 100.0 %
Μέτρια / Αρκετά	9 36.0 %	16 64.0 %	25 100.0 %
Πάρα πολύ	10 71.4 %	4 28.6 %	14 100.0 %
Πολύ	10 52.6 %	9 47.4 %	19 100.0 %
Πολύ λίγο	2 50.0 %	2 50.0 %	4 100.0 %
Σύνολο	48 48.0 %	52 52.0 %	100 100.0 %

Ο Πίνακας 20 δείχνει ότι η ΚΑ επηρεάζει την ποιότητα του νυχτερινού ύπνου με διαφοροποιήσεις μεταξύ των φύλων, όπως αποτυπώνεται στα ποσοστά. Στην κατηγορία «Όχι», οι άνδρες υπερέχουν με 54,5% έναντι 45,5% των γυναικών, δείχνοντας ότι περισσότεροι άνδρες δεν αντιμετώπισαν δυσκολία στον ύπνο. Στις κατηγορίες «Λίγο» και «Μέτρια/Αρκετά», οι γυναίκες υπερέχουν με 59,3% και 64,0% αντίστοιχα, υποδηλώνοντας ότι βιώνουν συχνότερα ήπια έως μέτρια επιβάρυνση στον ύπνο λόγω της ΚΑ. Στην κατηγορία «Πάρα πολύ», οι άνδρες εμφανίζονται συχνότερα με 71,4%, γεγονός που δείχνει ότι είναι πιθανότερο να βιώσουν πολύ σοβαρή διαταραχή ύπνου. Στην κατηγορία «Πολύ», η κατανομή

είναι σχεδόν ισορροπημένη (52,6% άνδρες – 47,4% γυναίκες), ενώ στην κατηγορία «Πολύ λίγο» η ισότητα είναι απόλυτη (50,0%-50,0%). Συνολικά, τα ευρήματα δείχνουν ότι οι γυναίκες συγκεντρώνονται κυρίως στις ενδιάμεσες βαθμίδες επιβάρυνσης, ενώ οι άνδρες εμφανίζουν μεγαλύτερη παρουσία τόσο στις πολύ χαμηλές όσο και στις πολύ υψηλές κατηγορίες, αναδεικνύοντας ένα πιο «διπολικό» μοτίβο επίδρασης της καρδιακής ανεπάρκειας στον ύπνο.

Πίνακας 21: Πίνακας συνάφειας φύλου σε σχέση με το αν σας εμπόδιζε η ΚΑ από το να ζείτε όπως θα θέλατε κατά τον περασμένο μήνα: Δυσκολεύοντας τις σχέσεις σας ή το να κάνετε πράγματα με τους φίλους σας ή την οικογένεια

	Άνδρας	Γυναίκα	Σύνολο
Όχι	4 50.0 %	4 50.0 %	8 100.0 %
Λίγο	5 41.7 %	7 58.3 %	12 100.0 %
Μέτρια / Αρκετά	11 44.0 %	14 56.0 %	25 100.0 %
Πάρα πολύ	15 68.2 %	7 31.8 %	22 100.0 %
Πολύ	10 37.0 %	17 63.0 %	27 100.0 %
Πολύ λίγο	3 50.0 %	3 50.0 %	6 100.0 %
Σύνολο	48 48.0 %	52 52.0 %	100 100.0 %

Ο Πίνακας 21 δείχνει ότι η ΚΑ επηρεάζει τις κοινωνικές σχέσεις και τη συμμετοχή σε δραστηριότητες με φίλους ή οικογένεια με διαφοροποιήσεις μεταξύ των φύλων, όπως αποτυπώνεται στα ποσοστά. Στις χαμηλές βαθμίδες επιβάρυνσης, όπως «Όχι», η κατανομή είναι απολύτως ισότιμη (50,0% άνδρες – 50,0% γυναίκες), ενώ στην κατηγορία «Λίγο» οι γυναίκες υπερέχουν με

58,3%, υποδηλώνοντας ότι βιώνουν συχνότερα ήπια επίδραση στις κοινωνικές τους δραστηριότητες. Στην κατηγορία «Μέτρια/Αρκετά», οι γυναίκες συνεχίζουν να υπερέχουν με 56,0%, έναντι 44,0% των ανδρών, δείχνοντας ότι οι γυναίκες επηρεάζονται συχνότερα σε ενδιάμεσο βαθμό. Στις υψηλές βαθμίδες επιβάρυνσης, η εικόνα διαφοροποιείται: στην κατηγορία «Πάρα πολύ», οι άνδρες κυριαρχούν με 68,2%, γεγονός που δείχνει ότι είναι πιθανότερο να βιώσουν σοβαρή δυσκολία στις κοινωνικές σχέσεις και δραστηριότητες. Αντίθετα, στην κατηγορία «Πολύ», οι γυναίκες υπερέχουν με 63,0%, υποδηλώνοντας ότι βιώνουν συχνότερα υψηλή αλλά όχι ακραία επιβάρυνση. Τέλος, στην κατηγορία «Πολύ λίγο», η κατανομή είναι ξανά ισότιμη (50,0%-50,0%). Συνολικά, τα ευρήματα δείχνουν ότι οι γυναίκες συγκεντρώνονται κυρίως στις ενδιάμεσες βαθμίδες επιβάρυνσης, ενώ οι άνδρες εμφανίζουν μεγαλύτερη παρουσία στις ακραίες κατηγορίες, αναδεικνύοντας ένα πιο «διπολικό» μοτίβο επίδρασης της καρδιακής ανεπάρκειας στις κοινωνικές σχέσεις και δραστηριότητες.

Πίνακας 22: Πίνακας συνάφειας φύλου σε σχέση με το αν σας εμπόδιζε η ΚΑ από το να ζείτε όπως θα θέλατε κατά τον περασμένο μήνα: Δυσκολεύοντας την εργασία σας που σας αποφέρει εισόδημα

	Ανδρας	Γυναίκα	Σύνολο
Όχι	7 50.0 %	7 50.0 %	14 100.0 %
Λίγο	2 100.0 %	0 0.0 %	2 100.0 %
Μέτρια / Αρκετά	5 62.5 %	3 37.5 %	8 100.0 %
Πάρα πολύ	27 47.4 %	30 52.6 %	57 100.0 %
Πολύ	6 33.3 %	12 66.7 %	18 100.0 %
Πολύ λίγο	1 100.0 %	0 0.0 %	1 100.0 %
Σύνολο	48	52	100

Ανδρας	Γυναίκα	Σύνολο
48.0 %	52.0 %	100.0 %

Ο Πίνακας 22 δείχνει ότι η ΚΑ επηρεάζει την ικανότητα εργασίας με διαφορετική ένταση μεταξύ των φύλων, με χαρακτηριστικές διαφοροποιήσεις στα ποσοστά. Στην κατηγορία «Όχι», η κατανομή είναι απολύτως ισότιμη (50,0% άνδρες – 50,0% γυναίκες), δείχνοντας ότι για ένα μέρος των συμμετεχόντων η εργασία δεν επηρεάστηκε καθόλου. Στην κατηγορία «Λίγο», οι άνδρες αποτελούν το 100,0%, ενώ οι γυναίκες δεν εμφανίζονται, υποδηλώνοντας ότι μόνο άνδρες ανέφεραν ελάχιστη επίδραση. Στην κατηγορία «Μέτρια/Αρκετά», οι άνδρες υπερέχουν με 62,5%, έναντι 37,5% των γυναικών, δείχνοντας ότι οι άνδρες βιώνουν συχνότερα μέτρια δυσκολία στην εργασία τους. Στις υψηλές βαθμίδες επιβάρυνσης, η εικόνα διαφοροποιείται: στην κατηγορία «Πάρα πολύ», οι γυναίκες υπερέχουν ελαφρά με 52,6%, ενώ στην κατηγορία «Πολύ» η υπεροχή τους είναι ακόμη μεγαλύτερη (66,7% έναντι 33,3% των ανδρών), υποδηλώνοντας ότι οι γυναίκες βιώνουν συχνότερα σημαντική έως σοβαρή δυσκολία στην εργασία που τους αποφέρει εισόδημα. Τέλος, στην κατηγορία «Πολύ λίγο», οι άνδρες αποτελούν το 100,0%, δείχνοντας ότι μόνο άνδρες ανέφεραν ελάχιστη επίδραση. Συνολικά, τα ευρήματα δείχνουν ότι οι άνδρες εμφανίζονται συχνότερα στις χαμηλές και μέτριες βαθμίδες επιβάρυνσης, ενώ οι γυναίκες συγκεντρώνονται κυρίως στις υψηλές βαθμίδες, αναδεικνύοντας μεγαλύτερη επίδραση της καρδιακής ανεπάρκειας στην εργασιακή τους λειτουργικότητα.

Πίνακας 23: Πίνακας συνάφειας φύλου σε σχέση με το αν σας εμπόδισε η ΚΑ από το να ζείτε όπως θα θέλατε κατά τον περασμένο μήνα: Δυσκολεύοντας την ψυχαγωγία σας, τα σπορ ή τα χόμπι σας

	Ανδρας	Γυναίκα	Σύνολο
Όχι	4	5	9
	44.4 %	55.6 %	100.0 %
Λίγο	3	2	5
	60.0 %	40.0 %	100.0 %
Μέτρια / Αρκετά	8	10	18

	Ανδρας	Γυναίκα	Σύνολο
	44.4 %	55.6 %	100.0 %
Πάρα πολύ	20	15	35
	57.1 %	42.9 %	100.0 %
Πολύ	10	20	30
	33.3 %	66.7 %	100.0 %
Πολύ λίγο	3	0	3
	100.0 %	0.0 %	100.0 %
Σύνολο	48	52	100
	48.0 %	52.0 %	100.0 %

Ο Πίνακας 23 δείχνει ότι η ΚΑ επηρεάζει την ψυχαγωγία, τα σπορ και τα χόμπι με διαφοροποιήσεις μεταξύ των φύλων, όπως αποτυπώνεται στα ποσοστά. Στις χαμηλές βαθμίδες επιβάρυνσης, όπως «Όχι», οι γυναίκες υπερέχουν με 55,6%, ενώ οι άνδρες αποτελούν το 44,4%, δείχνοντας ότι περισσότερες γυναίκες δεν αντιμετώπισαν δυσκολία στις δραστηριότητες αυτές. Στην κατηγορία «Λίγο», οι άνδρες υπερέχουν με 60,0%, ενώ στις «Μέτρια/Αρκετά» δυσκολίες η υπεροχή των γυναικών επανεμφανίζεται με 55,6%, έναντι 44,4% των ανδρών. Στις υψηλές βαθμίδες επιβάρυνσης, η εικόνα διαφοροποιείται: στην κατηγορία «Πάρα πολύ», οι άνδρες υπερέχουν με 57,1%, υποδηλώνοντας ότι είναι πιθανότερο να βιώσουν πολύ σοβαρή δυσκολία στην ψυχαγωγία και τα χόμπι τους. Αντίθετα, στην κατηγορία «Πολύ», οι γυναίκες κυριαρχούν με 66,7%, έναντι 33,3% των ανδρών, δείχνοντας ότι βιώνουν συχνότερα υψηλή αλλά όχι ακραία επιβάρυνση. Τέλος, στην κατηγορία «Πολύ λίγο», οι άνδρες αποτελούν το 100,0%, υποδηλώνοντας ότι μόνο άνδρες ανέφεραν ελάχιστη επίδραση. Συνολικά, τα ευρήματα δείχνουν ότι οι γυναίκες συγκεντρώνονται κυρίως στις ενδιάμεσες βαθμίδες επιβάρυνσης, ενώ οι άνδρες εμφανίζουν μεγαλύτερη παρουσία τόσο στις πολύ χαμηλές όσο και στις πολύ υψηλές κατηγορίες, αναδεικνύοντας ένα πιο «διπολικό» μοτίβο επίδρασης της ΚΑ στις ψυχαγωγικές και δημιουργικές δραστηριότητες.

Πίνακας 24: Πίνακας συνάφειας φύλου σε σχέση με το αν σας εμπόδισε η ΚΑ από το να ζείτε όπως θα θέλατε κατά τον περασμένο μήνα: Δυσκολεύοντας τις σεξουαλικές σας δραστηριότητες

	Ανδρας	Γυναίκα	Σύνολο
Όχι	4 50.0 %	4 50.0 %	8 100.0 %
Λίγο	1 100.0 %	0 0.0 %	1 100.0 %
Μέτρια / Αρκετά	5 50.0 %	5 50.0 %	10 100.0 %
Πάρα πολύ	30 44.8 %	37 55.2 %	67 100.0 %
Πολύ	7 53.8 %	6 46.2 %	13 100.0 %
Πολύ λίγο	1 100.0 %	0 0.0 %	1 100.0 %
Σύνολο	48 48.0 %	52 52.0 %	100 100.0 %

Ο Πίνακας 24 δείχνει ότι η ΚΑ επηρεάζει τις σεξουαλικές δραστηριότητες με σχετικά παρόμοιο τρόπο μεταξύ των φύλων στις περισσότερες κατηγορίες, αλλά με ορισμένες χαρακτηριστικές διαφοροποιήσεις στα ποσοστά. Στις κατηγορίες «Όχι» και «Μέτρια/Αρκετά», η κατανομή είναι απολύτως ισότιμη (50,0% άνδρες – 50,0% γυναίκες), δείχνοντας ότι και τα δύο φύλα βιώνουν σε παρόμοιο βαθμό είτε καθόλου είτε μέτρια επίδραση της ΚΑ στη σεξουαλική τους ζωή. Στις κατηγορίες «Λίγο» και «Πολύ λίγο», οι άνδρες αποτελούν το 100,0%, υποδηλώνοντας ότι μόνο άνδρες ανέφεραν ελάχιστη επίδραση. Αντίθετα, στην κατηγορία «Πάρα πολύ», όπου συγκεντρώνεται η πλειονότητα των συμμετεχόντων, οι γυναίκες υπερέχουν με 55,2%, έναντι 44,8% των ανδρών, δείχνοντας ότι οι γυναίκες βιώνουν συχνότερα πολύ σοβαρή επιβάρυνση στις σεξουαλικές τους δραστηριότητες. Στην κατηγορία «Πολύ», η κατανομή είναι σχεδόν ισορροπημένη (53,8% άνδρες – 46,2% γυναίκες). Συνολικά, τα ευρήματα δείχνουν ότι, ενώ οι άνδρες εμφανίζονται συχνότερα στις πολύ χαμηλές βαθμίδες επιβάρυνσης, οι γυναίκες συγκεντρώνονται κυρίως στις

υψηλές βαθμίδες, υποδηλώνοντας μεγαλύτερη επίδραση της καρδιακής ανεπάρκειας στη σεξουαλική λειτουργικότητα των γυναικών.

Πίνακας 25: Πίνακας συνάφειας φύλου σε σχέση με το αν σας εμπόδιζε η ΚΑ από το να ζείτε όπως θα θέλατε κατά τον περασμένο μήνα: Κάνοντας σας να τρώτε λιγότερο από τα φαγητά που σας αρέσουν

	Ανδρας	Γυναίκα	Σύνολο
Όχι	5 45.5 %	6 54.5 %	11 100.0 %
Λίγο	10 29.4 %	24 70.6 %	34 100.0 %
Μέτρια / Αρκετά	13 43.3 %	17 56.7 %	30 100.0 %
Πάρα πολύ	4 66.7 %	2 33.3 %	6 100.0 %
Πολύ	10 90.9 %	1 9.1 %	11 100.0 %
Πολύ λίγο	6 75.0 %	2 25.0 %	8 100.0 %
Σύνολο	48 48.0 %	52 52.0 %	100 100.0 %

Ο Πίνακας 25 δείχνει ότι η ΚΑ επηρεάζει την ικανότητα των ασθενών να απολαμβάνουν τα αγαπημένα τους φαγητά με διαφοροποιήσεις μεταξύ των φύλων, όπως αποτυπώνεται στα ποσοστά. Στην κατηγορία «Όχι», οι γυναίκες υπερέχουν ελαφρά με 54,5%, έναντι 45,5% των ανδρών, δείχνοντας ότι περισσότερες γυναίκες δεν χρειάστηκε να περιορίσουν την κατανάλωση των αγαπημένων τους τροφών. Στην κατηγορία «Λίγο», οι γυναίκες κυριαρχούν με 70,6%, υποδηλώνοντας ότι βιώνουν συχνότερα ήπια επίδραση. Στην κατηγορία «Μέτρια/Αρκετά», η υπεροχή των γυναικών συνεχίζεται με 56,7%, έναντι 43,3% των ανδρών. Αντίθετα, στις υψηλές βαθμίδες επιβάρυνσης η εικόνα αλλάζει: στην κατηγορία «Πάρα πολύ», οι άνδρες υπερέχουν με 66,7%, ενώ στην κατηγορία «Πολύ» η υπεροχή τους είναι ακόμη μεγαλύτερη (90,9% έναντι 9,1% των γυναικών), δείχνοντας ότι οι άνδρες είναι πιθανότερο να βιώσουν

σοβαρό περιορισμό στην κατανάλωση των αγαπημένων τους φαγητών. Τέλος, στην κατηγορία «Πολύ λίγο», οι άνδρες αποτελούν το 75,0%, υποδηλώνοντας ότι είναι συχνότερο να αναφέρουν ελάχιστη επίδραση. Συνολικά, τα ευρήματα δείχνουν ότι οι γυναίκες συγκεντρώνονται κυρίως στις ήπιες και μεσαίες βαθμίδες επιβάρυνσης, ενώ οι άνδρες εμφανίζουν μεγαλύτερη παρουσία στις ακραίες κατηγορίες, αναδεικνύοντας ένα πιο έντονο και «διπολικό» μοτίβο επίδρασης της ΚΑ στις διατροφικές τους συνήθειες.

Πίνακας 26: Πίνακας συνάφειας φύλου σε σχέση με το αν σας εμπόδισε η ΚΑ από το να ζείτε όπως θα θέλατε κατά τον περασμένο μήνα: Κάνοντας σας να λαχανιάζετε

	Ανδρας	Γυναίκα	Σύνολο
Όχι	1 25.0 %	3 75.0 %	4 100.0 %
Λίγο	3 75.0 %	1 25.0 %	4 100.0 %
Μέτρια / Αρκετά	9 36.0 %	16 64.0 %	25 100.0 %
Πάρα πολύ	16 64.0 %	9 36.0 %	25 100.0 %
Πολύ	17 44.7 %	21 55.3 %	38 100.0 %
Πολύ λίγο	2 50.0 %	2 50.0 %	4 100.0 %
Σύνολο	48 48.0 %	52 52.0 %	100 100.0 %

Ο Πίνακας 26 δείχνει ότι η ΚΑ επηρεάζει την εμφάνιση λαχανιάσματος με διαφοροποιήσεις μεταξύ των φύλων, όπως αποτυπώνεται στα ποσοστά. Στην κατηγορία «Όχι», οι γυναίκες υπερέχουν με 75,0%, έναντι 25,0% των ανδρών, δείχνοντας ότι περισσότερες γυναίκες δεν παρουσίασαν καθόλου λαχάνιασμα. Στην κατηγορία «Λίγο», η εικόνα αντιστρέφεται, με τους άνδρες να αποτελούν το 75,0%, υποδηλώνοντας ότι είναι πιθανότερο να βιώσουν ήπια δυσκολία στην αναπνοή. Στις «Μέτρια/Αρκετά» δυσκολίες, οι γυναίκες κυριαρχούν με 64,0%,

έναντι 36,0% των ανδρών, δείχνοντας ότι βιώνουν συχνότερα μέτρια επιβάρυνση. Στην κατηγορία «Πάρα πολύ», οι άνδρες υπερέχουν με 64,0%, υποδηλώνοντας ότι είναι πιθανότερο να βιώσουν πολύ σοβαρό λαχάνιασμα. Στην κατηγορία «Πολύ», η κατανομή είναι σχετικά ισορροπημένη (44,7% άνδρες – 55,3% γυναίκες), ενώ στην κατηγορία «Πολύ λίγο» η ισότητα είναι απόλυτη (50,0%-50,0%). Συνολικά, τα ευρήματα δείχνουν ότι οι γυναίκες συγκεντρώνονται κυρίως στις ενδιάμεσες βαθμίδες επιβάρυνσης, ενώ οι άνδρες εμφανίζουν μεγαλύτερη παρουσία τόσο στις πολύ χαμηλές όσο και στις πολύ υψηλές κατηγορίες, αναδεικνύοντας ένα πιο «διπολικό» μοτίβο επίδρασης της ΚΑ στην αναπνευστική δυσκολία.

Πίνακας 27: Πίνακας συνάφειας φύλου σε σχέση με το αν σας εμπόδισε η ΚΑ από το να ζείτε όπως θα θέλατε κατά τον περασμένο μήνα: Κάνοντας σας να νιώθετε κουρασμένος, αδύναμος ή με χαμηλή ενεργητικότητα

	Ανδρας	Γυναίκα	Σύνολο
Λίγο	2 40.0 %	3 60.0 %	5 100.0 %
Μέτρια / Αρκετά	7 35.0 %	13 65.0 %	20 100.0 %
Πάρα πολύ	16 57.1 %	12 42.9 %	28 100.0 %
Πολύ	20 48.8 %	21 51.2 %	41 100.0 %
Πολύ λίγο	3 50.0 %	3 50.0 %	6 100.0 %
Σύνολο	48 48.0 %	52 52.0 %	100 100.0 %

Ο Πίνακας 27 αναλύει τις απαντήσεις σχετικά με το αν η ΚΑ εμπόδισε τους συμμετέχοντες να ζουν όπως θα ήθελαν, προκαλώντας αίσθημα κόπωσης, αδυναμίας ή χαμηλής ενεργητικότητας, αποκαλύπτει ένα διαφοροποιημένο αλλά όχι μονοδιάστατο έμφυλο μοτίβο. Στις χαμηλότερες βαθμίδες επιβάρυνσης («Λίγο» και «Πολύ λίγο»), άνδρες και γυναίκες εμφανίζονται με σχετικά ισορροπημένη κατανομή: για παράδειγμα, στην κατηγορία «Λίγο» οι γυναίκες

υπερτερούν ελαφρώς (60,0% έναντι 40,0%), ενώ στην κατηγορία «Πολύ λίγο» τα ποσοστά είναι απολύτως ισομερή (50,0%–50,0%). Στις ενδιάμεσες βαθμίδες («Μέτρια/Αρκετά»), οι γυναίκες εμφανίζουν υψηλότερη παρουσία (65,0% έναντι 35,0%), υποδηλώνοντας ότι βιώνουν συχνότερα μια μέτρια αλλά σταθερή επιβάρυνση της ενεργητικότητας. Αντίθετα, στην κατηγορία «Πάρα πολύ» παρατηρείται αντιστροφή του μοτίβου, με τους άνδρες να υπερέχουν (57,1% έναντι 42,9%), γεγονός που συνάδει με το επαναλαμβανόμενο εύρημα των προηγούμενων πινάκων: οι άνδρες τείνουν να συγκεντρώνονται συχνότερα στα άκρα της κλίμακας, εκδηλώνοντας πιο έντονα επίπεδα συμπτωματικής επιβάρυνσης. Στην πολυπληθέστερη κατηγορία «Πολύ», η κατανομή είναι σχεδόν ισομερής (48,8% άνδρες – 51,2% γυναίκες), υποδηλώνοντας ότι η έντονη κόπωση αποτελεί κοινό και διαδεδομένο σύμπτωμα και για τα δύο φύλα. Συνολικά, το μοτίβο δείχνει ότι οι γυναίκες εμφανίζουν συχνότερα μέτρια έως αρκετή κόπωση, ενώ οι άνδρες τείνουν να εκδηλώνουν είτε χαμηλή είτε πολύ υψηλή επιβάρυνση, επιβεβαιώνοντας μια πιο «διπολική» κατανομή της συμπτωματικής εμπειρίας. Το εύρημα αυτό ενισχύει την ανάγκη για έμφυλα ευαίσθητες παρεμβάσεις, που λαμβάνουν υπόψη τόσο τη διαφορετική ένταση όσο και τη διαφορετική μορφή με την οποία βιώνεται η κόπωση στην ΚΑ.

Πίνακας 28: Πίνακας συνάφειας φύλου σε σχέση με το αν σας εμπόδιζε η ΚΑ από το να ζείτε όπως θα θέλατε κατά τον περασμένο μήνα: Κάνοντας σας να παραμένετε σε νοσοκομείο

	Ανδρας	Γυναίκα	Σύνολο
Όχι	2 28.6 %	5 71.4 %	7 100.0 %
Λίγο	5 50.0 %	5 50.0 %	10 100.0 %
Μέτρια / Αρκετά	4 26.7 %	11 73.3 %	15 100.0 %
Πάρα πολύ	22 64.7 %	12 35.3 %	34 100.0 %
Πολύ	9 36.0 %	16 64.0 %	25 100.0 %
Πολύ λίγο	6	3	9

	Ανδρας	Γυναίκα	Σύνολο
	66.7 %	33.3 %	100.0 %
Σύνολο	48	52	100
	48.0 %	52.0 %	100.0 %

Ο πίνακας 28 παρουσιάζει τη διερεύνηση του βαθμού στον οποίο η ΚΑ οδήγησε τους συμμετέχοντες σε παραμονή στο νοσοκομείο τον τελευταίο μήνα αναδεικνύει ένα σύνθετο έμφυλο μοτίβο, με σημαντικές διαφοροποιήσεις ανά κατηγορία επιβάρυνσης. Στις χαμηλές βαθμίδες («Όχι», «Πολύ λίγο»), οι άνδρες εμφανίζουν υψηλότερη παρουσία: στην κατηγορία «Πολύ λίγο» αποτελούν το 66,7% έναντι 33,3% των γυναικών, ενώ στην κατηγορία «Όχι» οι γυναίκες υπερέχουν (71,4% έναντι 28,6%), υποδηλώνοντας ότι οι άνδρες τείνουν να συγκεντρώνονται περισσότερο στις οριακές καταστάσεις ελάχιστης επιβάρυνσης. Στις ενδιάμεσες βαθμίδες («Λίγο» και «Μέτρια/Αρκετά»), οι γυναίκες εμφανίζουν σαφή υπεροχή. Ειδικά στην κατηγορία «Μέτρια/Αρκετά», οι γυναίκες αποτελούν το 73,3% έναντι 26,7% των ανδρών, γεγονός που υποδηλώνει ότι βιώνουν συχνότερα μια σταθερή, μη ακραία αλλά ουσιαστική επιβάρυνση που σχετίζεται με νοσηλεία. Στις υψηλές βαθμίδες επιβάρυνσης («Πολύ» και «Πάρα πολύ»), το μοτίβο διαφοροποιείται. Στην κατηγορία «Πολύ», οι γυναίκες υπερέχουν (64,0% έναντι 36,0%), ενώ στην κατηγορία «Πάρα πολύ» παρατηρείται έντονη υπεροχή των ανδρών (64,7% έναντι 35,3%). Το εύρημα αυτό συνάδει με το επαναλαμβανόμενο μοτίβο των προηγούμενων πινάκων: οι άνδρες τείνουν να συγκεντρώνονται συχνότερα στα άκρα της κλίμακας, εκδηλώνοντας είτε πολύ χαμηλή είτε πολύ υψηλή επιβάρυνση, ενώ οι γυναίκες καταγράφουν συχνότερα ενδιάμεσες ή υψηλές αλλά όχι ακραίες βαθμίδες. Συνολικά, ο πίνακας αποτυπώνει μια έμφυλη διαφοροποίηση στη νοσηλεία λόγω ΚΑ: οι γυναίκες εμφανίζουν μεγαλύτερη παρουσία στις μέτριες και υψηλές βαθμίδες επιβάρυνσης, ενώ οι άνδρες παρουσιάζουν μια πιο «διπολική» κατανομή, με αυξημένη συγκέντρωση τόσο στις ελάχιστες όσο και στις ακραίες μορφές επιβάρυνσης. Το μοτίβο αυτό υπογραμμίζει την ανάγκη για διαφοροποιημένες, έμφυλα ευαίσθητες παρεμβάσεις που λαμβάνουν υπόψη τις διαφορετικές μορφές με τις οποίες βιώνεται η νοσηλεία στο πλαίσιο της ΚΑ.

Πίνακας 29: Πίνακας συνάφειας φύλου σε σχέση με το αν σας εμπόδισε η ΚΑ από το να ζείτε όπως θα θέλατε κατά τον περασμένο μήνα: Κοστίζοντας σας χρήματα για ιατρική φροντίδα

	Ανδρας	Γυναίκα	Σύνολο
Όχι	1 25.0 %	3 75.0 %	4 100.0 %
Λίγο	6 75.0 %	2 25.0 %	8 100.0 %
Μέτρια / Αρκετά	10 40.0 %	15 60.0 %	25 100.0 %
Πάρα πολύ	7 58.3 %	5 41.7 %	12 100.0 %
Πολύ	22 48.9 %	23 51.1 %	45 100.0 %
Πολύ λίγο	2 33.3 %	4 66.7 %	6 100.0 %
Σύνολο	48 48.0 %	52 52.0 %	100 100.0 %

Ο Πίνακας 29 αποτυπώνει τη σχέση φύλου με τον βαθμό στον οποίο η ΚΑ κόστισε χρήματα για ιατρική φροντίδα τον τελευταίο μήνα, αναδεικνύοντας ένα διαφοροποιημένο αλλά συνεκτικό έμφυλο μοτίβο. Στις χαμηλές βαθμίδες επιβάρυνσης («Όχι» και «Πολύ λίγο»), οι γυναίκες υπερέχουν: στην κατηγορία «Όχι» αποτελούν το 75,0% έναντι 25,0% των ανδρών, ενώ στην κατηγορία «Πολύ λίγο» καταγράφουν 66,7% έναντι 33,3%. Αντίθετα, στην κατηγορία «Λίγο» παρατηρείται έντονη υπεροχή των ανδρών (75,0% έναντι 25,0%), υποδηλώνοντας ότι οι άνδρες εμφανίζουν συχνότερα μια ήπια αλλά υπαρκτή οικονομική επιβάρυνση. Στις ενδιάμεσες βαθμίδες («Μέτρια/Αρκετά»), οι γυναίκες υπερισχύουν (60,0% έναντι 40,0%), γεγονός που υποδηλώνει ότι βιώνουν συχνότερα μια σταθερή, μη ακραία οικονομική πίεση. Στις υψηλές βαθμίδες, το μοτίβο διαφοροποιείται: στην κατηγορία «Πάρα πολύ» υπερέχουν οι άνδρες (58,3% έναντι 41,7%), ενώ στην πολυπληθέστερη κατηγορία «Πολύ» η κατανομή είναι σχεδόν ισομερής (51,1% γυναίκες – 48,9% άνδρες). Συνολικά, τα δεδομένα δείχνουν ότι οι γυναίκες συγκεντρώνονται συχνότερα στις μέτριες

και υψηλές βαθμίδες οικονομικής επιβάρυνσης, ενώ οι άνδρες παρουσιάζουν μια πιο ετερογενή κατανομή, με αυξημένη παρουσία τόσο σε ήπιες όσο και σε ακραίες μορφές οικονομικού κόστους.

Πίνακας 30: Πίνακας συνάφειας φύλου σε σχέση με το αν σας εμπόδισε η ΚΑ από το να ζείτε όπως θα θέλατε κατά τον περασμένο μήνα: Προκαλώντας σας παρενέργειες από τα φάρμακα

	Ανδρας	Γυναίκα	Σύνολο
Όχι	7 43.8 %	9 56.3 %	16 100.0 %
Λίγο	14 40.0 %	21 60.0 %	35 100.0 %
Μέτρια / Αρκετά	12 52.2 %	11 47.8 %	23 100.0 %
Πάρα πολύ	2 50.0 %	2 50.0 %	4 100.0 %
Πολύ	10 76.9 %	3 23.1 %	13 100.0 %
Πολύ λίγο	3 33.3 %	6 66.7 %	9 100.0 %
Σύνολο	48 48.0 %	52 52.0 %	100 100.0 %

Ο Πίνακας 30 παρουσιάζει τη σχέση φύλου με τον βαθμό στον οποίο η ΚΑ προκάλεσε παρενέργειες από τα φάρμακα τον τελευταίο μήνα, αναδεικνύοντας ένα διαφοροποιημένο αλλά όχι ακραία πολωμένο έμφυλο μοτίβο. Στις χαμηλές βαθμίδες επιβάρυνσης («Όχι», «Πολύ λίγο»), οι γυναίκες υπερέχουν: στην κατηγορία «Όχι» αποτελούν το 56,3% έναντι 43,8% των ανδρών, ενώ στην κατηγορία «Πολύ λίγο» καταγράφουν 66,7% έναντι 33,3%. Στην κατηγορία «Λίγο» η υπεροχή των γυναικών παραμένει (60,0% έναντι 40,0%), υποδηλώνοντας ότι οι γυναίκες αναφέρουν συχνότερα ήπιες παρενέργειες. Στις ενδιάμεσες βαθμίδες («Μέτρια/Αρκετά»), το μοτίβο αντιστρέφεται ελαφρώς, με τους άνδρες να υπερέχουν (52,2% έναντι 47,8%), ενώ στην κατηγορία «Πάρα πολύ» η κατανομή είναι απολύτως ισομερής (50,0%–50,0%). Η πιο έντονη

διαφοροποίηση εμφανίζεται στην κατηγορία «Πολύ», όπου οι άνδρες καταγράφουν σαφή υπεροχή (76,9% έναντι 23,1%), υποδηλώνοντας ότι βιώνουν συχνότερα υψηλής έντασης παρενέργειες. Συνολικά, τα δεδομένα δείχνουν ότι οι γυναίκες συγκεντρώνονται περισσότερο στις χαμηλές και ήπιες βαθμίδες παρενεργειών, ενώ οι άνδρες εμφανίζουν μεγαλύτερη παρουσία στις υψηλές και πιο επιβαρυντικές κατηγορίες, αποτυπώνοντας μια πιο έντονη διακύμανση στη φαρμακευτική ανοχή μεταξύ των φύλων.

Πίνακας 31: Πίνακας συνάφειας φύλου σε σχέση με το αν σας εμπόδισε η ΚΑ από το να ζείτε όπως θα θέλατε κατά τον περασμένο μήνα: Κάνοντας σας να νιώθετε ότι είσατε βάρος στην οικογένεια σας ή τους φίλους σας

	Ανδρας	Γυναίκα	Σύνολο
Όχι	5 45.5 %	6 54.5 %	11 100.0 %
Λίγο	7 41.2 %	10 58.8 %	17 100.0 %
Μέτρια / Αρκετά	10 37.0 %	17 63.0 %	27 100.0 %
Πάρα πολύ	8 72.7 %	3 27.3 %	11 100.0 %
Πολύ	17 56.7 %	13 43.3 %	30 100.0 %
Πολύ λίγο	1 25.0 %	3 75.0 %	4 100.0 %
Σύνολο	48 48.0 %	52 52.0 %	100 100.0 %

Ο Πίνακας 31 παρουσιάζει τη σχέση φύλου με το κατά πόσο η ΚΑ έκανε τους συμμετέχοντες να αισθάνονται ότι αποτελούν βάρος για την οικογένεια ή τους φίλους τους τον τελευταίο μήνα, αναδεικνύοντας ένα σαφές αλλά πολυεπίπεδο έμφυλο μοτίβο. Στις χαμηλές βαθμίδες επιβάρυνσης («Όχι», «Πολύ λίγο»), οι γυναίκες υπερέχουν: στην κατηγορία «Όχι» αποτελούν το 54,5% έναντι 45,5% των ανδρών, ενώ στην κατηγορία «Πολύ λίγο» καταγράφουν 75,0% έναντι 25,0%. Στις ήπιες έως μέτριες βαθμίδες («Λίγο» και «Μέτρια/Αρκετά»), η

υπεροχή των γυναικών παραμένει σταθερή, με 58,8% και 63,0% αντίστοιχα, υποδηλώνοντας ότι οι γυναίκες βιώνουν συχνότερα μια σταδιακή, συναισθηματικά φορτισμένη αίσθηση επιβάρυνσης. Αντίθετα, στις υψηλές βαθμίδες επιβάρυνσης («Πολύ» και «Πάρα πολύ»), το μοτίβο αντιστρέφεται: οι άνδρες υπερέχουν σημαντικά, φτάνοντας το 56,7% στην κατηγορία «Πολύ» και το 72,7% στην κατηγορία «Πάρα πολύ». Το εύρημα αυτό συνάδει με το επαναλαμβανόμενο μοτίβο των προηγούμενων πινάκων, όπου οι άνδρες τείνουν να συγκεντρώνονται συχνότερα στα άκρα της κλίμακας, εκδηλώνοντας πιο έντονα συναισθήματα επιβάρυνσης. Συνολικά, ο πίνακας δείχνει ότι οι γυναίκες βιώνουν συχνότερα ήπιες έως μέτριες ανησυχίες σχετικά με το αν αποτελούν βάρος, ενώ οι άνδρες εμφανίζουν μεγαλύτερη πιθανότητα να αισθανθούν έντονα ή ακραία ότι επιβαρύνουν το οικογενειακό ή κοινωνικό τους περιβάλλον.

Πίνακας 32: Πίνακας συνάφειας φύλου σε σχέση με το αν σας εμπόδισε η ΚΑ από το να ζείτε όπως θα θέλατε κατά τον περασμένο μήνα: Κάνοντας σας να νιώθετε ότι χάσατε τον έλεγχο του εαυτού σας στη ζωή σας

	Ανδρας	Γυναίκα	Σύνολο
Όχι	4 50.0 %	4 50.0 %	8 100.0 %
Λίγο	11 35.5 %	20 64.5 %	31 100.0 %
Μέτρια / Αρκετά	12 46.2 %	14 53.8 %	26 100.0 %
Πάρα πολύ	7 77.8 %	2 22.2 %	9 100.0 %
Πολύ	12 60.0 %	8 40.0 %	20 100.0 %
Πολύ λίγο	2 33.3 %	4 66.7 %	6 100.0 %
Σύνολο	48 48.0 %	52 52.0 %	100 100.0 %

Ο Πίνακας 32 παρουσιάζει τη σχέση φύλου με το κατά πόσο η ΚΑ έκανε τους συμμετέχοντες να αισθανθούν ότι έχασαν τον έλεγχο του εαυτού τους ή της

ζωής τους τον τελευταίο μήνα, αναδεικνύοντας ένα σαφές αλλά πολυεπίπεδο έμφυλο μοτίβο. Στις χαμηλές βαθμίδες επιβάρυνσης («Όχι», «Πολύ λίγο»), οι γυναίκες υπερέχουν ελαφρώς ή σημαντικά: στην κατηγορία «Όχι» η κατανομή είναι ισομερής (50,0%-50,0%), ενώ στην κατηγορία «Πολύ λίγο» οι γυναίκες αποτελούν το 66,7% έναντι 33,3% των ανδρών. Στην κατηγορία «Λίγο» η υπεροχή των γυναικών ενισχύεται (64,5% έναντι 35,5%), υποδηλώνοντας ότι οι γυναίκες βιώνουν συχνότερα μια ήπια αλλά υπαρκτή αίσθηση απώλειας ελέγχου. Στις ενδιάμεσες βαθμίδες («Μέτρια/Αρκετά»), η κατανομή παραμένει σχετικά ισορροπημένη, με μικρή υπεροχή των γυναικών (53,8% έναντι 46,2%). Αντίθετα, στις υψηλές βαθμίδες επιβάρυνσης («Πολύ» και «Πάρα πολύ»), το μοτίβο αντιστρέφεται: οι άνδρες υπερέχουν σημαντικά, φτάνοντας το 60,0% στην κατηγορία «Πολύ» και το 77,8% στην κατηγορία «Πάρα πολύ». Το εύρημα αυτό συνάδει με τα μοτίβα προηγούμενων πινάκων, όπου οι άνδρες τείνουν να συγκεντρώνονται συχνότερα στις ακραίες βαθμίδες, εκδηλώνοντας πιο έντονα συναισθήματα απώλειας ελέγχου. Συνολικά, ο πίνακας δείχνει ότι οι γυναίκες βιώνουν συχνότερα ήπιες έως μέτριες ανησυχίες, ενώ οι άνδρες εμφανίζουν μεγαλύτερη πιθανότητα να αισθανθούν έντονα ή ακραία ότι χάνουν τον έλεγχο της ζωής τους λόγω της ΚΑ.

Πίνακας 33: Πίνακας συνάφειας φύλου σε σχέση με το αν σας εμπόδιζε η ΚΑ από το να ζείτε όπως θα θέλατε κατά τον περασμένο μήνα: Κάνοντας σας να ανησυχείτε

	Ανδρας	Γυναίκα	Σύνολο
Όχι	1 100.0 %	0 0.0 %	1 100.0 %
Λίγο	3 60.0 %	2 40.0 %	5 100.0 %
Μέτρια / Αρκετά	8 34.8 %	15 65.2 %	23 100.0 %
Πάρα πολύ	19 67.9 %	9 32.1 %	28 100.0 %
Πολύ	15 41.7 %	21 58.3 %	36 100.0 %
Πολύ λίγο	2	5	7

	Ανδρας	Γυναίκα	Σύνολο
	28.6 %	71.4 %	100.0 %
Σύνολο	48	52	100
	48.0 %	52.0 %	100.0 %

Ο Πίνακας 33 παρουσιάζει τη σχέση φύλου με το κατά πόσο η ΚΑ έκανε τους συμμετέχοντες να ανησυχούν τον τελευταίο μήνα, αναδεικνύοντας ένα έντονα διαφοροποιημένο αλλά όχι μονοδιάστατο έμφυλο μοτίβο. Στις χαμηλές βαθμίδες επιβάρυνσης («Όχι», «Πολύ λίγο»), οι γυναίκες υπερέχουν: στην κατηγορία «Πολύ λίγο» αποτελούν το 71,4% έναντι 28,6% των ανδρών, ενώ η μοναδική περίπτωση «Όχι» αφορά αποκλειστικά άνδρα συμμετέχοντα (100,0%). Στις ήπιες έως μέτριες βαθμίδες («Λίγο» και «Μέτρια/Αρκετά»), οι γυναίκες συνεχίζουν να υπερισχύουν, φτάνοντας το 40,0% έναντι 60,0% και 65,2% έναντι 34,8% αντίστοιχα, γεγονός που υποδηλώνει ότι βιώνουν συχνότερα μια σταδιακή, συναισθηματικά φορτισμένη ανησυχία. Αντίθετα, στις υψηλές βαθμίδες επιβάρυνσης («Πολύ» και «Πάρα πολύ»), το μοτίβο αντιστρέφεται: οι άνδρες υπερέχουν σημαντικά, με 41,7% έναντι 58,3% στην κατηγορία «Πολύ» και 67,9% έναντι 32,1% στην κατηγορία «Πάρα πολύ». Το εύρημα αυτό συνάδει με τα μοτίβα προηγούμενων πινάκων, όπου οι άνδρες τείνουν να συγκεντρώνονται συχνότερα στις ακραίες βαθμίδες, εκδηλώνοντας πιο έντονη συναισθηματική επιβάρυνση. Συνολικά, ο πίνακας δείχνει ότι οι γυναίκες βιώνουν συχνότερα ήπιες έως μέτριες ανησυχίες, ενώ οι άνδρες εμφανίζουν μεγαλύτερη πιθανότητα να αισθανθούν έντονα ή ακραία ανησυχία λόγω της ΚΑ.

Πίνακας 34: Πίνακας συνάφειας φύλου σε σχέση με το αν σας εμπόδιζε η ΚΑ από το να ζείτε όπως θα θέλατε κατά τον περασμένο μήνα: Δυσκολεύοντας το να συγκεντρώνεστε ή να θυμάστε πράγματα

	Άνδρας	Γυναίκα	Σύνολο
Όχι	3 33.3 %	6 66.7 %	9 100.0 %
Λίγο	9 36.0 %	16 64.0 %	25 100.0 %
Μέτρια / Αρκετά	20 58.8 %	14 41.2 %	34 100.0 %
Πάρα πολύ	6 85.7 %	1 14.3 %	7 100.0 %
Πολύ	6 54.5 %	5 45.5 %	11 100.0 %
Πολύ λίγο	4 28.6 %	10 71.4 %	14 100.0 %
Σύνολο	48 48.0 %	52 52.0 %	100 100.0 %

Ο Πίνακας 34 παρουσιάζει τη σχέση φύλου με το κατά πόσο η ΚΑ δυσκόλεψε τους συμμετέχοντες στη συγκέντρωση ή στη μνήμη τον τελευταίο μήνα, αναδεικνύοντας ένα σαφές αλλά πολυεπίπεδο έμφυλο μοτίβο. Στις χαμηλές βαθμίδες επιβάρυνσης («Όχι», «Πολύ λίγο»), οι γυναίκες υπερέχουν: στην κατηγορία «Όχι» αποτελούν το 66,7% έναντι 33,3% των ανδρών, ενώ στην κατηγορία «Πολύ λίγο» καταγράφουν 71,4% έναντι 28,6%. Στην κατηγορία «Λίγο» η υπεροχή των γυναικών παραμένει (64,0% έναντι 36,0%), υποδηλώνοντας ότι οι γυναίκες αναφέρουν συχνότερα ήπιες δυσκολίες συγκέντρωσης ή μνήμης. Αντίθετα, στις ενδιάμεσες και υψηλότερες βαθμίδες («Μέτρια/Αρκετά», «Πολύ» και «Πάρα πολύ»), το μοτίβο αντιστρέφεται: οι άνδρες υπερέχουν σταθερά, φτάνοντας το 58,8% στην κατηγορία «Μέτρια/Αρκετά», το 54,5% στην κατηγορία «Πολύ» και το εντυπωσιακό 85,7% στην κατηγορία «Πάρα πολύ». Το εύρημα αυτό συνάδει με τα μοτίβα προηγούμενων πινάκων, όπου οι άνδρες τείνουν να συγκεντρώνονται συχνότερα στις ακραίες βαθμίδες επιβάρυνσης, εκδηλώνοντας πιο έντονες γνωστικές

δυσκολίες. Συνολικά, ο πίνακας δείχνει ότι οι γυναίκες βιώνουν συχνότερα ήπιες έως μέτριες δυσκολίες συγκέντρωσης ή μνήμης, ενώ οι άνδρες εμφανίζουν μεγαλύτερη πιθανότητα να αναφέρουν σοβαρή ή ακραία γνωστική επιβάρυνση λόγω της ΚΑ.

Πίνακας 35: Πίνακας συνάφειας φύλου σε σχέση με το αν σας εμπόδιζε η ΚΑ από το να ζείτε όπως θα θέλατε κατά τον περασμένο μήνα: Κάνοντας σας να νιώθετε κατάθλιψη

	Άνδρας	Γυναίκα	Σύνολο
Όχι	4 40.0 %	6 60.0 %	10 100.0 %
Λίγο	1 50.0 %	1 50.0 %	2 100.0 %
Μέτρια / Αρκετά	11 50.0 %	11 50.0 %	22 100.0 %
Πάρα πολύ	14 53.8 %	12 46.2 %	26 100.0 %
Πολύ	15 44.1 %	19 55.9 %	34 100.0 %
Πολύ λίγο	3 50.0 %	3 50.0 %	6 100.0 %
Σύνολο	48 48.0 %	52 52.0 %	100 100.0 %

Ο Πίνακας 35 παρουσιάζει τη σχέση φύλου με το κατά πόσο η ΚΑ έκανε τους συμμετέχοντες να νιώσουν κατάθλιψη τον τελευταίο μήνα, αναδεικνύοντας ένα από τα πιο ισορροπημένα αλλά και ενδιαφέροντα μοτίβα της ενότητας. Στις χαμηλές βαθμίδες επιβάρυνσης («Όχι», «Πολύ λίγο»), οι γυναίκες υπερέχουν ελαφρώς στην κατηγορία «Όχι» (60,0% έναντι 40,0%), ενώ στην κατηγορία «Πολύ λίγο» η κατανομή είναι απολύτως ισομερής (50,0%–50,0%). Στις ενδιάμεσες βαθμίδες («Λίγο» και «Μέτρια/Αρκετά»), η ισορροπία μεταξύ των φύλων είναι πλήρης, με 50,0% άνδρες και 50,0% γυναίκες σε κάθε κατηγορία, υποδηλώνοντας ότι η μέτρια συναισθηματική επιβάρυνση βιώνεται με παρόμοια συχνότητα και από τα δύο φύλα. Στις υψηλότερες βαθμίδες («Πολύ» και «Πάρα

πολύ»), το μοτίβο διαφοροποιείται ελαφρά: στην κατηγορία «Πολύ» υπερέχουν οι γυναίκες (55,9% έναντι 44,1%), ενώ στην κατηγορία «Πάρα πολύ» υπερέχουν οι άνδρες (53,8% έναντι 46,2%). Συνολικά, ο πίνακας δείχνει ότι η κατάθλιψη ως συναισθηματική συνέπεια της ΚΑ κατανέμεται σχετικά ισόρροπα μεταξύ των φύλων, με μικρές διαφοροποιήσεις που υποδηλώνουν ότι οι γυναίκες τείνουν να αναφέρουν συχνότερα υψηλή αλλά όχι ακραία επιβάρυνση, ενώ οι άνδρες εμφανίζουν ελαφρώς μεγαλύτερη παρουσία στις πιο έντονες μορφές συναισθηματικής δυσφορίας.

5.1.4. Ερωτηματολόγιο Κλίμακας ευπάθειας του Edmonton

Πίνακας 36: Πίνακας συνάφειας φύλου σε σχέση με τις γνωστικές λειτουργίες: Δοκιμασία σχεδίασης ρολογιού

	Άνδρας	Γυναίκα	Σύνολο
Αποτυχημένη προσπάθεια	2 50.0 %	2 50.0 %	4 100.0 %
Επιτυχής προσπάθεια	36 46.8 %	41 53.2 %	77 100.0 %
Καλή προσπάθεια – Ελάχιστα λάθη	10 52.6 %	9 47.4 %	19 100.0 %
Σύνολο	48 48.0 %	52 52.0 %	100 100.0 %

Ο Πίνακας 36 αναδεικνύει ότι η επίδοση στη δοκιμασία σχεδίασης ρολογιού κατανέμεται σχετικά ομοιόμορφα μεταξύ ανδρών και γυναικών, χωρίς έντονες αποκλίσεις που να υποδηλώνουν σαφή υπεροχή κάποιου φύλου. Στην κατηγορία της αποτυχημένης προσπάθειας, οι άνδρες και οι γυναίκες εμφανίζονται σε ίσα ποσοστά (50.0%-50.0%), γεγονός που δείχνει ότι οι σοβαρές δυσκολίες στη γνωστική αυτή δοκιμασία δεν διαφοροποιούνται ανά φύλο. Στις επιτυχείς προσπάθειες, οι γυναίκες υπερτερούν ελαφρώς (53.2% έναντι 46.8%), υποδηλώνοντας μια μικρή τάση καλύτερης συνολικής απόδοσης, αν και η διαφορά παραμένει περιορισμένη. Αντίθετα, στην κατηγορία καλής προσπάθειας με ελάχιστα λάθη, οι άνδρες εμφανίζουν υψηλότερο ποσοστό (52.6% έναντι 47.4%), δείχνοντας ότι όταν υπάρχουν μικρές αποκλίσεις από την

άρτια εκτέλεση, αυτές εμφανίζονται λίγο συχνότερα στους άνδρες. Συνολικά, η κατανομή (48.0% άνδρες – 52.0% γυναίκες) επιβεβαιώνει ότι οι επιδόσεις στη δοκιμασία σχεδίασης ρολογιού είναι ισορροπημένες, με μόνο ήπιες διαφοροποιήσεις που δεν υποδηλώνουν ουσιαστική γνωστική υπεροχή κάποιου φύλου.

Πίνακας 37: Πίνακας συνάφειας φύλου σε σχέση με τη γενική κατάσταση υγείας: Τον προηγούμενο χρόνο, πόσες φορές κάνατε εισαγωγή στο νοσοκομείο

	Ανδρας	Γυναίκα	Σύνολο
0	13 41.9 %	18 58.1 %	31 100.0 %
1-2	17 43.6 %	22 56.4 %	39 100.0 %
>2	18 60.0 %	12 40.0 %	30 100.0 %
Σύνολο	48 48.0 %	52 52.0 %	100 100.0 %

Ο Πίνακας 37 δείχνει ότι η συχνότητα εισαγωγών στο νοσοκομείο τον τελευταίο χρόνο παρουσιάζει ήπιες διαφοροποιήσεις μεταξύ των φύλων, χωρίς όμως έντονες αποκλίσεις. Στην κατηγορία καμία εισαγωγή, οι γυναίκες εμφανίζονται συχνότερα (58.1%) σε σχέση με τους άνδρες (41.9%), υποδηλώνοντας ότι μεγαλύτερο ποσοστό γυναικών δεν χρειάστηκε νοσηλεία. Παρόμοια εικόνα παρατηρείται και στην κατηγορία 1-2 εισαγωγές, όπου οι γυναίκες εξακολουθούν να υπερέχουν (56.4% έναντι 43.6%). Ωστόσο, στην κατηγορία >2 εισαγωγές, η τάση αντιστρέφεται: οι άνδρες εμφανίζουν σαφώς υψηλότερο ποσοστό (60.0% έναντι 40.0%), γεγονός που υποδηλώνει ότι οι συχνότερες νοσηλείες αφορούν περισσότερο τους άνδρες. Συνολικά, η κατανομή του δείγματος (48.0% άνδρες – 52.0% γυναίκες) επιβεβαιώνει ότι, ενώ οι γυναίκες τείνουν να έχουν λιγότερες ή μέτριες εισαγωγές, οι άνδρες εμφανίζονται συχνότερα στις πιο βαριές κατηγορίες νοσηλείας, στοιχείο που μπορεί να αντανακλά μεγαλύτερη επιβάρυνση της υγείας τους.

Πίνακας 38: Πίνακας συνάφειας φύλου σε σχέση με γενική κατάσταση υγείας: Σε γενικές γραμμές πως θα περιγράφατε την υγεία σας

	Ανδρας	Γυναίκα	Σύνολο
Άριστη – Πολύ καλή – Καλή	1 16.7 %	5 83.3 %	6 100.0 %
Ικανοποιητική	24 45.3 %	29 54.7 %	53 100.0 %
Κακή	23 56.1 %	18 43.9 %	41 100.0 %
Σύνολο	48 48.0 %	52 52.0 %	100 100.0 %

Ο Πίνακας 38 δείχνει ότι η αυτοαξιολόγηση της γενικής κατάστασης υγείας διαφοροποιείται μεταξύ των φύλων, με τις γυναίκες να τείνουν να τοποθετούνται συχνότερα στις πιο θετικές κατηγορίες. Συγκεκριμένα, στην κατηγορία Άριστη – Πολύ καλή – Καλή, οι γυναίκες υπερέχουν σημαντικά (83.3%) έναντι των ανδρών (16.7%), υποδηλώνοντας ότι ένα μικρό αλλά σαφώς γυναικοκρατούμενο ποσοστό αντιλαμβάνεται την υγεία του ως ιδιαίτερα καλή. Στην Ικανοποιητική υγεία, η κατανομή παραμένει σχετικά ισορροπημένη, με τις γυναίκες να διατηρούν μια ήπια υπεροχή (54.7% έναντι 45.3%). Αντίθετα, στην κατηγορία Κακή υγεία, οι άνδρες εμφανίζονται συχνότερα (56.1% έναντι 43.9%), γεγονός που υποδηλώνει ότι οι αρνητικές αντιλήψεις για την υγεία είναι πιο συχνές στους άνδρες. Συνολικά, η κατανομή του δείγματος (48.0% άνδρες – 52.0% γυναίκες) επιβεβαιώνει ότι οι γυναίκες τείνουν να αξιολογούν την υγεία τους πιο θετικά, ενώ οι άνδρες συγκεντρώνονται συχνότερα στις λιγότερο ευνοϊκές κατηγορίες.

Πίνακας 39: Πίνακας συνάφειας φύλου σε σχέση με τη λειτουργική αυτονομία: Για πόσες από τις παρακάτω δραστηριότητες χρειάζεστε βοήθεια

	Ανδρας	Γυναίκα	Σύνολο
Δουλειές σπιτιού	2	2	4
	50.0 %	50.0 %	100.0 %
Δουλειές σπιτιού Λήψη φαρμάκων Μετακινήσεις Πλύσιμο ρούχων	1	0	1
	100.0 %	0.0 %	100.0 %
Δουλειές σπιτιού Μετακινήσεις Πλύσιμο ρούχων	1	0	1
	100.0 %	0.0 %	100.0 %
Λήψη φαρμάκων	2	0	2
	100.0 %	0.0 %	100.0 %
Μετακινήσεις	1	5	6
	16.7 %	83.3 %	100.0 %
Μετακινήσεις Πλύσιμο ρούχων	0	1	1
	0.0 %	100.0 %	100.0 %
Πλύσιμο ρούχων	1	0	1
	100.0 %	0.0 %	100.0 %
Προετοιμασία γεύματος	2	2	4
	50.0 %	50.0 %	100.0 %
Προετοιμασία γεύματος Ψώνια Δουλειές σπιτιού Λήψη φαρμάκων Μετακινήσεις Πλύσιμο ρούχων Διαχείριση χρημάτων	7	2	9
	77.8 %	22.2 %	100.0 %
Προετοιμασία γεύματος Ψώνια Δουλειές σπιτιού Λήψη φαρμάκων Πλύσιμο ρούχων	1	0	1
	100.0 %	0.0 %	100.0 %

	Ανδρας	Γυναίκα	Σύνολο
Προετοιμασία γεύματος			
Ψώνια	1	1	2
Δουλειές σπιτιού			
Μετακινήσεις	50.0 %	50.0 %	100.0 %
Προετοιμασία γεύματος			
Ψώνια			
Δουλειές σπιτιού	6	1	7
Μετακινήσεις			
Πλύσιμο ρούχων	85.7 %	14.3 %	100.0 %
Προετοιμασία γεύματος			
Ψώνια			
Δουλειές σπιτιού	9	8	17
Μετακινήσεις			
Πλύσιμο ρούχων			
Διαχείριση χρημάτων	52.9 %	47.1 %	100.0 %
Προετοιμασία γεύματος			
Ψώνια	0	1	1
Δουλειές σπιτιού			
Πλύσιμο ρούχων	0.0 %	100.0 %	100.0 %
Προετοιμασία γεύματος			
Ψώνια	0	1	1
Δουλειές σπιτιού			
Πλύσιμο ρούχων	0.0 %	100.0 %	100.0 %
Προετοιμασία γεύματος			
Ψώνια			
Χρήση τηλεφώνου			
Δουλειές σπιτιού	5	5	10
Λήψη φαρμάκων			
Μετακινήσεις			
Πλύσιμο ρούχων			
Διαχείριση χρημάτων	50.0 %	50.0 %	100.0 %
Προετοιμασία γεύματος			
Ψώνια			
Χρήση τηλεφώνου	0	1	1
Δουλειές σπιτιού			
Μετακινήσεις			
Διαχείριση χρημάτων	0.0 %	100.0 %	100.0 %

	Ανδρας	Γυναίκα	Σύνολο
Χρήση τηλεφώνου Δουλειές σπιτιού Μετακινήσεις Πλύσιμο ρούχων Διαχείριση χρημάτων	1 100.0 %	0 0.0 %	1 100.0 %
Ψώνια	0 0.0 %	1 100.0 %	1 100.0 %
Ψώνια Δουλειές σπιτιού	1 25.0 %	3 75.0 %	4 100.0 %
Ψώνια Δουλειές σπιτιού Λήψη φαρμάκων Μετακινήσεις Πλύσιμο ρούχων	0 0.0 %	1 100.0 %	1 100.0 %
Ψώνια Δουλειές σπιτιού Μετακινήσεις	0 0.0 %	2 100.0 %	2 100.0 %
Ψώνια Δουλειές σπιτιού Μετακινήσεις Διαχείριση χρημάτων	0 0.0 %	2 100.0 %	2 100.0 %
Ψώνια Δουλειές σπιτιού Μετακινήσεις Πλύσιμο ρούχων	1 16.7 %	5 83.3 %	6 100.0 %
Ψώνια Δουλειές σπιτιού Μετακινήσεις Πλύσιμο ρούχων Διαχείριση χρημάτων	1 33.3 %	2 66.7 %	3 100.0 %
Ψώνια Μετακινήσεις	2 28.6 %	5 71.4 %	7 100.0 %
Ψώνια Πλύσιμο ρούχων	1	0	1

	Άνδρας	Γυναίκα	Σύνολο
	100.0 %	0.0 %	100.0 %
Ψώνια	0	1	1
Χρήση τηλεφώνου	0.0 %	100.0 %	100.0 %
Ψώνια			
Χρήση τηλεφώνου			
Δουλειές σπιτιού	1	0	1
Μετακινήσεις			
Πλύσιμο ρούχων	100.0 %	0.0 %	100.0 %
Ψώνια			
Χρήση τηλεφώνου	1	0	1
Μετακινήσεις			
Διαχείριση χρημάτων	100.0 %	0.0 %	100.0 %
Σύνολο	48	52	100
	48.0 %	52.0 %	100.0 %

Ο Πίνακας 39 αποτυπώνει μια ιδιαίτερα σύνθετη εικόνα ως προς τις ανάγκες βοήθειας σε δραστηριότητες καθημερινής ζωής, με τις κατανομές να διαφοροποιούνται ανάλογα με τον αριθμό και το είδος των δραστηριοτήτων. Σε απλές, μεμονωμένες δραστηριότητες, όπως οι δουλειές σπιτιού ή η προετοιμασία γεύματος, η κατανομή είναι ισορροπημένη (50.0% άνδρες – 50.0% γυναίκες), υποδηλώνοντας ότι η βασική λειτουργική αυτονομία δεν διαφοροποιείται σημαντικά μεταξύ των φύλων. Ωστόσο, σε δραστηριότητες που απαιτούν μεγαλύτερη οργάνωση ή συνδυασμό δεξιοτήτων, όπως διαχείριση χρημάτων ή πολλαπλές ταυτόχρονες δραστηριότητες, οι άνδρες εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά ανάγκης για βοήθεια: 77.8% στην κατηγορία με έξι δραστηριότητες και 85.7% στην κατηγορία με πέντε δραστηριότητες. Αντίθετα, οι γυναίκες υπερέχουν σε ορισμένες κατηγορίες που περιλαμβάνουν κυρίως μετακινήσεις, ψώνια και πλύσιμο ρούχων, φτάνοντας έως και 83.3% σε συγκεκριμένες ομάδες δραστηριοτήτων. Στις πιο σύνθετες κατηγορίες που περιλαμβάνουν μεγάλο αριθμό δραστηριοτήτων (έως και οκτώ), η κατανομή τείνει να εξισορροπείται (50.0%-50.0%), υποδηλώνοντας ότι όταν η λειτουργική επιβάρυνση είναι υψηλή, η ανάγκη για βοήθεια αφορά εξίσου και τα δύο φύλα. Συνολικά, η εικόνα δείχνει ότι οι άνδρες συγκεντρώνονται

συχνότερα στις κατηγορίες με αυξημένο αριθμό δραστηριοτήτων που απαιτούν υποστήριξη, ενώ οι γυναίκες εμφανίζουν μεγαλύτερη ανάγκη βοήθειας σε επιμέρους δραστηριότητες που σχετίζονται με μετακίνηση και οικιακές εργασίες.

Πίνακας 40: Πίνακας συνάφειας φύλου σε σχέση με τη κοινωνική υποστήριξη: Όταν χρειάζεστε βοήθεια, υπάρχει κάποιο άτομο που μπορείτε να βασιστείτε και είναι ικανό και πρόθυμο να ικανοποιήσει τις ανάγκες σας

	Ανδρας	Γυναίκα	Σύνολο
Μερικές φορές	12 41.4 %	17 58.6 %	29 100.0 %
Πάντα	35 52.2 %	32 47.8 %	67 100.0 %
Ποτέ	1 25.0 %	3 75.0 %	4 100.0 %
Σύνολο	48 48.0 %	52 52.0 %	100 100.0 %

Ο Πίνακας 40 δείχνει ότι η αντιλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη διαφοροποιείται μεταξύ των φύλων, με τις γυναίκες να εμφανίζουν συχνότερα είτε σταθερή είτε πλήρη απουσία διαθέσιμου υποστηρικτικού προσώπου. Στην κατηγορία Μερικές φορές, οι γυναίκες υπερέχουν (58.6% έναντι 41.4%), υποδηλώνοντας ότι ένα μεγαλύτερο ποσοστό γυναικών βιώνει διαλείπουσα ή μη σταθερή υποστήριξη. Στην κατηγορία Πάντα, οι άνδρες εμφανίζουν υψηλότερο ποσοστό (52.2% έναντι 47.8%), γεγονός που δείχνει ότι οι άνδρες δηλώνουν συχνότερα πως έχουν σταθερά διαθέσιμο άτομο να τους βοηθήσει όταν το χρειάζονται. Αντίθετα, στην κατηγορία Ποτέ, οι γυναίκες υπερέχουν σημαντικά (75.0% έναντι 25.0%), στοιχείο που υποδηλώνει ότι η πλήρης έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης αφορά περισσότερο τις γυναίκες. Συνολικά, η κατανομή του δείγματος (48.0% άνδρες – 52.0% γυναίκες) δείχνει ότι, ενώ οι άνδρες δηλώνουν συχνότερα σταθερή υποστήριξη, οι γυναίκες εμφανίζονται πιο εκτεθειμένες τόσο σε ασταθή όσο και σε ανύπαρκτη κοινωνική βοήθεια.

**Πίνακας 41: Πίνακας συνάφειας φύλου σε σχέση με τη χρήση φαρμάκων:
Λαμβάνεται 5 ή περισσότερα συνταγογραφούμενα φάρμακα σε τακτική
βάση**

	Ανδρας	Γυναίκα	Σύνολο
Όχι	6 54.5 %	5 45.5 %	11 100.0 %
Ναι	42 47.2 %	47 52.8 %	89 100.0 %
Σύνολο	48 48.0 %	52 52.0 %	100 100.0 %

Ο Πίνακας 41 δείχνει ότι η λήψη πέντε ή περισσότερων συνταγογραφούμενων φαρμάκων σε τακτική βάση, ένδειξη πολυφαρμακίας, κατανέμεται σχετικά ισορροπημένα μεταξύ των φύλων, με μικρές διαφοροποιήσεις. Στην κατηγορία Όχι, δηλαδή στα άτομα που δεν λαμβάνουν ≥ 5 φάρμακα, οι άνδρες εμφανίζονται ελαφρώς συχνότερα (54.5%) από τις γυναίκες (45.5%). Αντίθετα, στην κατηγορία Ναι, όπου καταγράφεται πολυφαρμακία, οι γυναίκες υπερέχουν οριακά (52.8% έναντι 47.2%). Η συνολική κατανομή του δείγματος (48.0% άνδρες – 52.0% γυναίκες) επιβεβαιώνει ότι η πολυφαρμακία αποτελεί κοινό χαρακτηριστικό και για τα δύο φύλα, με μια μικρή τάση υψηλότερης συχνότητας στις γυναίκες, χωρίς όμως έντονες διαφοροποιήσεις.

**Πίνακας 42: Πίνακας συνάφειας φύλου σε σχέση με τη χρήση φαρμάκων:
Έχει συμβεί μερικές φορές να ξεχάσετε να πάρετε τα συνταγογραφούμενα**

	Ανδρας	Γυναίκα	Σύνολο
Όχι	21 53.8 %	18 46.2 %	39 100.0 %
Ναι	27 44.3 %	34 55.7 %	61 100.0 %
Σύνολο	48 48.0 %	52 52.0 %	100 100.0 %

Ο Πίνακας 42 δείχνει ότι η συχνότητα με την οποία οι συμμετέχοντες ξεχνούν Ανα λάβουν τα συνταγογραφούμενα φάρμακά τους διαφοροποιείται μεταξύ των φύλων, με τις γυναίκες να εμφανίζουν ελαφρώς υψηλότερη τάση προς μη συστηματική λήψη. Στην κατηγορία Όχι, δηλαδή στα άτομα που δεν ξεχνούν να πάρουν τα φάρμακά τους, οι άνδρες υπερέχουν (53.8% έναντι 46.2%), υποδηλώνοντας μεγαλύτερη συνέπεια στη φαρμακευτική αγωγή. Αντίθετα, στην κατηγορία Ναι, όπου καταγράφεται περιστασιακή λήθη, οι γυναίκες εμφανίζονται συχνότερα (55.7% έναντι 44.3%). Η συνολική κατανομή του δείγματος (48.0% άνδρες – 52.0% γυναίκες) επιβεβαιώνει ότι, παρότι η λήθη αφορά και τα δύο φύλα, οι γυναίκες παρουσιάζουν μια ήπια αλλά σαφή τάση προς συχνότερη παράλειψη της φαρμακευτικής δόσης.

Πίνακας 43: Πίνακας συνάφειας φύλου σε σχέση με τη θρέψη: Έχετε χάσει πρόσφατα βάρος σε βαθμό που τα ρούχα σας, να σας είναι πιο φαρδιά

	Άνδρας	Γυναίκα	Σύνολο
Όχι	19 48.7 %	20 51.3 %	39 100.0 %
Ναι	29 47.5 %	32 52.5 %	61 100.0 %
Σύνολο	48 48.0 %	52 52.0 %	100 100.0 %

Ο Πίνακας 43 δείχνει ότι η πρόσφατη απώλεια βάρους, σε βαθμό που τα ρούχα να γίνονται πιο φαρδιά, κατανέμεται σχεδόν ισομερώς μεταξύ των φύλων, χωρίς ουσιαστικές διαφοροποιήσεις. Στην κατηγορία Όχι, δηλαδή στα άτομα που δεν έχουν παρατηρήσει τέτοια απώλεια βάρους, οι γυναίκες εμφανίζονται οριακά συχνότερα (51.3%) σε σχέση με τους άνδρες (48.7%). Αντίστοιχα, στην κατηγορία Ναι, όπου καταγράφεται πρόσφατη απώλεια βάρους, η κατανομή παραμένει σχεδόν ταυτόσημη, με τις γυναίκες να υπερέχουν ελάχιστα (52.5% έναντι 47.5%). Η συνολική κατανομή του δείγματος (48.0% άνδρες – 52.0% γυναίκες) επιβεβαιώνει ότι η απώλεια βάρους αποτελεί κοινή εμπειρία και για τα δύο φύλα, χωρίς ενδείξεις ότι επηρεάζει δυσανάλογα κάποιο από αυτά.

Πίνακας 44: Πίνακας συνάφειας φύλου σε σχέση με τη διάθεση: Αισθάνεστε συχνά λύπη ή κατάθλιψη

	Ανδρας	Γυναίκα	Σύνολο
Όχι	6 40.0 %	9 60.0 %	15 100.0 %
Ναι	42 49.4 %	43 50.6 %	85 100.0 %
Σύνολο	48 48.0 %	52 52.0 %	100 100.0 %

Ο Πίνακας 44 δείχνει ότι η συχνότητα με την οποία οι συμμετέχοντες αισθάνονται συχνά λύπη ή κατάθλιψη κατανέμεται σχετικά ισορροπημένα μεταξύ των φύλων, με μικρές διαφοροποιήσεις. Στην κατηγορία Όχι, δηλαδή στα άτομα που δεν βιώνουν συχνά τέτοια συναισθήματα, οι γυναίκες εμφανίζονται συχνότερα (60.0%) σε σχέση με τους άνδρες (40.0%), υποδηλώνοντας ότι ένα μεγαλύτερο ποσοστό γυναικών δηλώνει απουσία συχνής θλίψης. Αντίθετα, στην κατηγορία Ναι, όπου καταγράφεται συχνή εμπειρία λύπης ή καταθλιπτικής διάθεσης, η κατανομή είναι σχεδόν ισομερής, με τις γυναίκες να υπερέχουν ελάχιστα (50.6% έναντι 49.4%). Η συνολική κατανομή του δείγματος (48.0% άνδρες – 52.0% γυναίκες) επιβεβαιώνει ότι η συχνή θλίψη αποτελεί κοινό βίωμα και για τα δύο φύλα, χωρίς έντονες διαφοροποιήσεις, αν και οι γυναίκες εμφανίζουν μια μικρή τάση προς συχνότερη αναφορά τόσο απουσίας όσο και παρουσίας των συγκεκριμένων συναισθημάτων.

Πίνακας 45: Πίνακας συνάφειας φύλου σε σχέση με την ακράτεια: Έχετε προβλήματα με απώλεια ελέγχου των ούρων χωρίς να το θέλετε

	Ανδρας	Γυναίκα	Σύνολο
Όχι	26 41.3 %	37 58.7 %	63 100.0 %
Ναι	22 59.5 %	15 40.5 %	37 100.0 %
Σύνολο	48	52	100

Ανδρας	Γυναίκα	Σύνολο
48.0 %	52.0 %	100.0 %

Ο Πίνακας 45 δείχνει ότι η παρουσία προβλημάτων ακράτειας διαφοροποιείται μεταξύ των φύλων, με τους άνδρες να εμφανίζουν συχνότερα απώλεια ελέγχου των ούρων. Στην κατηγορία Όχι, δηλαδή στα άτομα που δεν αντιμετωπίζουν ακράτεια, οι γυναίκες υπερέχουν (58.7% έναντι 41.3%), γεγονός που υποδηλώνει ότι η απουσία συμπτωμάτων είναι πιο συχνή στις γυναίκες. Αντίθετα, στην κατηγορία Ναι, όπου καταγράφεται παρουσία ακράτειας, οι άνδρες εμφανίζονται σε υψηλότερο ποσοστό (59.5% έναντι 40.5%), στοιχείο που δείχνει ότι τα προβλήματα ελέγχου των ούρων αφορούν περισσότερο τους άνδρες. Η συνολική κατανομή του δείγματος (48.0% άνδρες – 52.0% γυναίκες) επιβεβαιώνει ότι, ενώ η πλειονότητα των γυναικών δεν αναφέρει ακράτεια, οι άνδρες εμφανίζουν μεγαλύτερη επιβάρυνση στο συγκεκριμένο σύμπτωμα.

Πίνακας 46: Πίνακας συνάφειας φύλου σε σχέση με τη λειτουργική κατάσταση: Δοκιμασία χρονομέτρησης έγερσης και βάδισης στα 3 μέτρα, συνολικός χρόνος καταγραφής

	Ανδρας	Γυναίκα	Σύνολο
0-10 δευτερόλεπτα	3 37.5 %	5 62.5 %	8 100.0 %
11-20 δευτερόλεπτα	11 55.0 %	9 45.0 %	20 100.0 %
>20 δευτερόλεπτα	34 47.2 %	38 52.8 %	72 100.0 %
Σύνολο	48 48.0 %	52 52.0 %	100 100.0 %

Ο Πίνακας 46 δείχνει ότι η λειτουργική κατάσταση, όπως αποτυπώνεται μέσω της δοκιμασίας έγερσης και βάδισης στα 3 μέτρα, παρουσιάζει μικρές διαφοροποιήσεις μεταξύ των φύλων, χωρίς όμως έντονες αποκλίσεις. Στην κατηγορία 0-10 δευτερόλεπτα, που αντιστοιχεί στην καλύτερη επίδοση, οι γυναίκες υπερέχουν (62.5% έναντι 37.5%), υποδηλώνοντας ότι ένα μεγαλύτερο ποσοστό γυναικών ολοκληρώνει τη δοκιμασία ταχύτερα. Στην ενδιάμεση

κατηγορία 11-20 δευτερόλεπτα, οι άνδρες εμφανίζονται συχνότερα (55.0% έναντι 45.0%), δείχνοντας μια μικρή υπεροχή στις μέτριες επιδόσεις. Στην κατηγορία >20 δευτερόλεπτα, όπου καταγράφονται οι πιο αργοί χρόνοι και πιθανώς μεγαλύτερη λειτουργική επιβάρυνση, η κατανομή είναι σχεδόν ισομερής, με τις γυναίκες να υπερέχουν ελαφρώς (52.8% έναντι 47.2%). Η συνολική κατανομή του δείγματος (48.0% άνδρες – 52.0% γυναίκες) επιβεβαιώνει ότι οι διαφορές μεταξύ των φύλων είναι ήπιες, με τις γυναίκες να εμφανίζονται συχνότερα στις καλύτερες επιδόσεις, αλλά και με παρόμοια παρουσία στις χαμηλότερες κατηγορίες χρόνου.

Πίνακας 47: Πίνακας συνάφειας φύλου σε σχέση με τη συνολική βαθμολόγηση της κλίμακας ευπάθειας του Edmonton

	Ανδρας	Γυναίκα	Σύνολο
1-3 Εύρωστος/η	1 33.3 %	2 66.7 %	3 100.0 %
4-5 Ευάλωτος/η	5 35.7 %	9 64.3 %	14 100.0 %
6-7 Ήπια	15 55.6 %	12 44.4 %	27 100.0 %
8-9 Μέτρια	17 47.2 %	19 52.8 %	36 100.0 %
>10 Σοβαρή ευπάθεια	10 50.0 %	10 50.0 %	20 100.0 %
Σύνολο	48 48.0 %	52 52.0 %	100 100.0 %

Ο Πίνακας 47 δείχνει ότι η συνολική βαθμολόγηση της κλίμακας ευπάθειας Edmonton παρουσιάζει διαφοροποιήσεις μεταξύ των φύλων, με τις γυναίκες να υπερέχουν αριθμητικά στις περισσότερες κατηγορίες, αλλά χωρίς έντονες αποκλίσεις. Στην κατηγορία 1-3 (Εύρωστος/η), οι γυναίκες εμφανίζονται συχνότερα (66.7% έναντι 33.3%), υποδηλώνοντας ότι η πολύ καλή λειτουργική κατάσταση αφορά περισσότερο τις γυναίκες. Στην κατηγορία 4-5 (Ευάλωτος/η), η τάση παραμένει παρόμοια, με τις γυναίκες να υπερέχουν (64.3% έναντι 35.7%). Αντίθετα, στην κατηγορία 6-7 (Ήπια ευπάθεια), οι άνδρες εμφανίζονται

συχνότερα (55.6% έναντι 44.4%), δείχνοντας μια μικρή μετατόπιση προς μεγαλύτερη ευπάθεια. Στην κατηγορία 8-9 (Μέτρια ευπάθεια), η κατανομή είναι σχεδόν ισομερής, με τις γυναίκες να υπερέχουν ελαφρώς (52.8% έναντι 47.2%). Τέλος, στην κατηγορία >10 (Σοβαρή ευπάθεια), τα δύο φύλα εμφανίζονται σε πλήρη ισορροπία (50.0%-50.0%). Η συνολική κατανομή του δείγματος (48.0% άνδρες – 52.0% γυναίκες) δείχνει ότι, ενώ οι γυναίκες συγκεντρώνονται συχνότερα στις χαμηλότερες βαθμίδες ευπάθειας, οι άνδρες εμφανίζουν μεγαλύτερη παρουσία στις ενδιάμεσες κατηγορίες, με τη σοβαρή ευπάθεια να αφορά εξίσου και τα δύο φύλα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^Ο: ΣΥΖΗΤΗΣΗ

6.1. Συζήτηση αποτελεσμάτων

6.1.1. Ερωτηματολόγιο για την υγεία / EQ-5D-3L

Η επεξεργασία των δεδομένων αναδεικνύει ένα ιδιαίτερα συγκεκριμένο δημογραφικά και κοινωνικοοικονομικό προφίλ των συμμετεχόντων. Παρότι το δείγμα εμφανίζει ισορροπία ως προς το φύλο (48% άνδρες, 52% γυναίκες), χαρακτηρίζεται από έντονη γήρανση, καθώς το 91% είναι συνταξιούχοι. Επιπλέον, το 66% δηλώνει μηνιαίο εισόδημα κάτω των 1.000€, ενώ το 51% έχει ολοκληρώσει μόνο την πρωτοβάθμια εκπαίδευση. Τα στοιχεία αυτά υποδηλώνουν υψηλή κοινωνικοοικονομική ευαλωτότητα, η οποία εμφανίζεται εντονότερη σε σύγκριση με τα ευρήματα της μελέτης των Lin και συνεργατών (2020). Αν και η συγκεκριμένη μελέτη αναγνωρίζει επίσης τον ρόλο του χαμηλού εισοδήματος και της περιορισμένης εκπαίδευσης στην υγεία, τα επίπεδα συγκέντρωσης των παραγόντων αυτών στο παρόν δείγμα είναι σαφώς υψηλότερα. Η διαφοροποίηση αυτή υποδηλώνει ότι οι συμμετέχοντες της παρούσας έρευνας ενδέχεται να αντιμετωπίζουν ακόμη μεγαλύτερα εμπόδια στην πρόσβαση και αξιοποίηση υπηρεσιών υγείας.

Η διερεύνηση των αιτιολογικών παραγόντων της καρδιακής ανεπάρκειας στο δείγμα αναδεικνύει ότι η βαλβιδοπάθεια αποτελεί την πιο συχνή αιτία (16%), ενώ ακολουθεί η στεφανιαία νόσος ή το έμφραγμα με ποσοστό 15%. Επιπλέον, το 8% των περιστατικών αποδίδεται σε αρρυθμιογενείς μηχανισμούς και άλλο ένα 8% σε φλεγμονώδεις διεργασίες. Ιδιαίτερη σημασία έχει το γεγονός ότι το 19% των συμμετεχόντων δηλώνει πως δεν γνωρίζει την αιτία της πάθησής του. Τα ευρήματα αυτά παρουσιάζουν μερική σύγκλιση με τη μελέτη των Vitale και συνεργατών (2025), όπου η ισχαιμική αιτιολογία εμφανίζεται ως κυρίαρχη, ωστόσο το ποσοστό άγνοιας των ασθενών δεν καταγράφεται σε τόσο υψηλά επίπεδα. Η διαφοροποίηση αυτή υπογραμμίζει ένα σημαντικό κενό ενημέρωσης στο παρόν δείγμα, το οποίο ενδέχεται να επηρεάζει δυσμενώς την κατανόηση και τη συνολική διαχείριση της νόσου από τους ασθενείς.

Η αποτύπωση της λειτουργικής κατάστασης των ασθενών σύμφωνα με την ταξινόμηση NYHA δείχνει ότι το 32% εντάσσεται στην κατηγορία ΙΙΙ και το 26% στην κατηγορία ΙV, γεγονός που σημαίνει ότι συνολικά το 58% παρουσιάζει σοβαρό λειτουργικό περιορισμό. Επιπλέον, το 29% κατατάσσεται στη μέτρια κατηγορία ΙΙ, ενώ μόλις το 2% ανήκει στην κατηγορία Ι. Αξιοσημείωτο είναι επίσης ότι το 11% των συμμετεχόντων δηλώνει άγνοια της λειτουργικής του κατάστασης. Η κατανομή αυτή επιβεβαιώνει τη βαρύτητα της καρδιακής ανεπάρκειας στο συγκεκριμένο δείγμα και συνάδει με τα ευρήματα της μελέτης των Akarsu και συνεργατών (2025), όπου επίσης παρατηρείται υψηλή συγκέντρωση ασθενών σε προχωρημένα στάδια. Ωστόσο, το ποσοστό 58% σε σοβαρές κατηγορίες είναι ιδιαίτερα αυξημένο, στοιχείο που πιθανότατα συνδέεται με τα δημογραφικά και κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων, τα οποία ενδέχεται να επιβαρύνουν περαιτέρω την κλινική τους εικόνα και τη λειτουργική τους ικανότητα.

Η αποτίμηση της ποιότητας ζωής μέσω του EQ-5D-3L καταδεικνύει σημαντική λειτουργική επιβάρυνση στους συμμετέχοντες. Συγκεκριμένα, το 60% αναφέρει δυσκολίες στην κινητικότητα, ενώ το 18% δηλώνει ότι είναι καθηλωμένο στο κρεβάτι, γεγονός που υποδηλώνει σοβαρή απώλεια αυτονομίας. Στον τομέα της αυτοεξυπηρέτησης, το 32% αντιμετωπίζει μέτριες δυσκολίες και το 24% παρουσιάζει σοβαρή ανικανότητα. Παρόμοια εικόνα προκύπτει και στις συνήθειες δραστηριότητες, όπου το 49% αναφέρει μέτρια προβλήματα και το 35% πλήρη αδυναμία εκτέλεσής τους. Τα ευρήματα αυτά συνάδουν με τη μελέτη των Verdu-Rotellar και συνεργατών (2024), η οποία επίσης αναδεικνύει υψηλό βαθμό λειτουργικών περιορισμών σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια. Ωστόσο, στο παρόν δείγμα τα ποσοστά σοβαρής ανικανότητας, που φθάνουν έως και το 35%, είναι ιδιαίτερα αυξημένα, ενισχύοντας την εικόνα προχωρημένης νόσου και υποδηλώνοντας σημαντική επιβάρυνση στην καθημερινή ζωή των ασθενών.

Η ανάλυση των δεδομένων αναδεικνύει σαφείς και ποσοτικά τεκμηριωμένες διαφοροποιήσεις μεταξύ ανδρών και γυναικών. Στον τομέα της κινητικότητας, το 56,7% όσων εμφανίζουν μέτριες δυσκολίες είναι γυναίκες, ενώ το 55,6% των ατόμων που είναι καθηλωμένα στο κρεβάτι είναι άνδρες. Αντίστοιχα, στην

αυτοεξυπηρέτηση, οι γυναίκες αποτελούν το 53,1% όσων έχουν μέτρια προβλήματα, αλλά οι άνδρες αντιπροσωπεύουν το 58,3% των πλήρως εξαρτημένων. Παρόμοιο μοτίβο παρατηρείται και στις καθημερινές δραστηριότητες: το 61,2% των ατόμων με μέτρια επιβάρυνση είναι γυναίκες, ενώ το 60% όσων παρουσιάζουν πλήρη ανικανότητα είναι άνδρες. Η κατανομή αυτή δείχνει ότι οι γυναίκες συγκεντρώνονται κυρίως σε ενδιάμεσες βαθμίδες δυσλειτουργίας, ενώ οι άνδρες εμφανίζουν μεγαλύτερη παρουσία στα δύο άκρα του φάσματος. Το εύρημα διαφοροποιείται από τη μελέτη Lin και συνεργατών (2020), όπου οι γυναίκες παρουσιάζουν συνολικά χαμηλότερη ποιότητα ζωής, χωρίς όμως να καταγράφεται αυτή η «διπολική» κατανομή.

Η ανάλυση των δεδομένων για τον πόνο δείχνει ότι το 59% των συμμετεχόντων αναφέρει μέτριο επίπεδο, με τις γυναίκες να αποτελούν το 62,7% αυτής της κατηγορίας. Αντίθετα, στο 20% που βιώνει υπερβολικό πόνο, οι άνδρες υπερисχύουν σημαντικά, φτάνοντας το 65%. Παράλληλα, στο 21% που δεν αναφέρει καθόλου πόνο, το 61,9% είναι άνδρες, στοιχείο που ενισχύει την παρουσία ενός «διπολικού» μοτίβου στο ανδρικό φύλο. Αντίστοιχες διαφοροποιήσεις παρατηρούνται και στο άγχος/θλίψη: το 49% δηλώνει μέτριο επίπεδο ψυχολογικής επιβάρυνσης, με τους άνδρες να αποτελούν το 57,1%, ενώ το 42% αναφέρει υπερβολικό άγχος ή θλίψη, όπου οι γυναίκες κυριαρχούν με 59,5%. Τα ευρήματα αυτά παρουσιάζουν μερική σύγκλιση με τη μελέτη των Vitale και συνεργατών (2025), η οποία αναδεικνύει υψηλότερη ψυχολογική επιβάρυνση στις γυναίκες. Ωστόσο, στο παρόν δείγμα αναδεικνύεται και η σημαντική συμμετοχή των ανδρών στα μέτρια επίπεδα, προσθέτοντας μια πιο σύνθετη εικόνα των έμφυλων διαφορών.

Η αυτοαξιολόγηση της υγείας αποκαλύπτει ότι οι περισσότερες απαντήσεις συγκεντρώνονται στις ενδιάμεσες τιμές της κλίμακας, με το 28% των συμμετεχόντων να επιλέγει τη βαθμολογία 50 και το 23% τη βαθμολογία 60. Στις δύο αυτές κατηγορίες, οι γυναίκες υπερέχουν σημαντικά, αποτελώντας το 64,3% και το 69,6% αντίστοιχα. Αντίθετα, στις χαμηλότερες τιμές (10-40), οι άνδρες εμφανίζουν υψηλότερη συχνότητα, με χαρακτηριστικό παράδειγμα τη βαθμολογία 40, όπου αντιπροσωπεύουν το 71,4%. Η κατανομή αυτή υποδηλώνει ότι οι γυναίκες τείνουν να τοποθετούν την κατάσταση της υγείας

τους σε μεσαία επίπεδα, ενώ οι άνδρες παρουσιάζουν μεγαλύτερη τάση προς τις ακραίες τιμές, είτε χαμηλές είτε υψηλές. Το μοτίβο αυτό συμφωνεί με τα ευρήματα της μελέτης των Verdu-Rotellar και συνεργατών (2024), η οποία επίσης αναδεικνύει έμφυλες διαφοροποιήσεις στην αντίληψη της υγείας, επιβεβαιώνοντας ότι το φύλο επηρεάζει ουσιαστικά τον τρόπο με τον οποίο οι ασθενείς αξιολογούν τη συνολική τους κατάσταση.

Η συνολική ποσοτική αποτίμηση δείχνει ότι το παρόν δείγμα χαρακτηρίζεται από ιδιαίτερα υψηλά επίπεδα λειτουργικής επιβάρυνσης, με το 58% των ασθενών να κατατάσσεται στις κατηγορίες NYHA III–IV. Παράλληλα, αναδεικνύεται αυξημένη κοινωνικοοικονομική ευαλωτότητα, καθώς το 66% δηλώνει χαμηλό μηνιαίο εισόδημα, ενώ καταγράφονται και σημαντικά κενά ενημέρωσης, με έως και 19% των συμμετεχόντων να αγνοεί την αιτιολογία της νόσου. Τα ευρήματα αυτά υπερβαίνουν τα αντίστοιχα ποσοστά που αναφέρονται στη διεθνή βιβλιογραφία. Επιπλέον, προκύπτουν έντονες έμφυλες διαφοροποιήσεις, με σαφή μοτίβα που επηρεάζουν τη λειτουργικότητα, την ψυχολογική κατάσταση και τον τρόπο με τον οποίο οι ασθενείς αντιλαμβάνονται τη συνολική τους υγεία.

6.1.2. Ερωτηματολόγιο Ζώντας με την καρδιακή ανεπάρκεια

Η σύγκριση των αποτελεσμάτων του ερωτηματολογίου με τις μελέτες των Jiménez-Méndez και συνεργατών (2020), των Uchmanowicz, Wleklik & Gobbens (2015) και McDonagh, Ferguson & Prichard (2023) αναδεικνύει τόσο σημαντικές συγκλίσεις όσο και ουσιαστικές αποκλίσεις. Οι ομοιότητες αφορούν κυρίως τη γενική εικόνα της καρδιακής ανεπάρκειας, ενώ οι διαφοροποιήσεις εντοπίζονται στη βαρύτητα της νόσου, στα επίπεδα λειτουργικότητας και στην έκταση της ψυχοκοινωνικής επιβάρυνσης, υποδηλώνοντας ότι το παρόν δείγμα παρουσιάζει πιο επιβαρυνόμενο προφίλ.

Η κατανομή της λειτουργικής κατάστασης στο παρόν αρχείο δείχνει ότι το 32% των ασθενών εντάσσεται στην κατηγορία NYHA III και το 26% στην κατηγορία NYHA IV, με αποτέλεσμα το 58% να βρίσκεται σε σοβαρό στάδιο καρδιακής ανεπάρκειας. Επιπλέον, το 29% κατατάσσεται στην κατηγορία NYHA II, ενώ μόλις το 2% ανήκει στην NYHA I, παράλληλα, το 11% δηλώνει άγνοια της

λειτουργικής του ταξινόμησης. Σε σύγκριση με τη μελέτη των McDonagh, Ferguson & Prichard (2023) όπου η πλειονότητα των ασθενών συγκεντρώνεται στις κατηγορίες NYHA II-III και μόνο ένα μικρότερο ποσοστό στην NYHA IV (περίπου 10-20%), το παρόν δείγμα εμφανίζει σαφώς μεγαλύτερη συγκέντρωση σε προχωρημένα στάδια. Η εικόνα αυτή υποδηλώνει έναν πιο επιβαρυσμένο πληθυσμό, πιθανώς λόγω μεγαλύτερης ηλικίας ή καθυστερημένης διάγνωσης και παρακολούθησης. Η παρουσία 26% στην κατηγορία NYHA IV είναι ιδιαίτερα σημαντική, καθώς διεθνώς συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο θνησιμότητας και ανάγκη για εντατικότερη θεραπευτική υποστήριξη.

Τα δεδομένα των αποτελεσμάτων καταδεικνύουν σημαντικούς περιορισμούς στη λειτουργικότητα και στην καθημερινή ζωή των ασθενών. Στον τομέα της κινητικότητας, το 60% αναφέρει δυσκολίες στο περπάτημα, ενώ το 18% δηλώνει πλήρη ακινησία, γεγονός που αντανakλά σοβαρή απώλεια αυτονομίας. Τα ποσοστά αυτά υπερβαίνουν εκείνα που αναφέρονται στη μελέτη των McDonagh, Ferguson & Prichard (2023), όπου η σοβαρή κινητική ανικανότητα συνήθως δεν ξεπερνά το 10-15% και τα μέτρια προβλήματα κυμαίνονται γύρω στο 40-50%. Η απόκλιση αυτή υποδηλώνει ότι το παρόν δείγμα εμφανίζει εντονότερη λειτουργική επιβάρυνση, η οποία επηρεάζει ουσιαστικά την ποιότητα ζωής και την ικανότητα εκτέλεσης βασικών δραστηριοτήτων. Επιπλέον, το ποσοστό 18% πλήρους ακινησίας αποτελεί ιδιαίτερα ανησυχητικό εύρημα, καθώς συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο επιπλοκών, μεγαλύτερη εξάρτηση από φροντιστές και ανάγκη για εντατικότερη υποστήριξη στην καθημερινή φροντίδα.

Η σύγκριση των αποτελεσμάτων με τη μελέτη των Uchmanowicz, Wleklik & Gobbens (2015), η οποία εξετάζει ηλικιωμένους ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια, αναδεικνύει σημαντικά κοινά στοιχεία αλλά και ουσιώδεις διαφοροποιήσεις. Στη συγκεκριμένη μελέτη, περίπου 40–60% των συμμετεχόντων παρουσιάζουν δυσκολίες στις δραστηριότητες καθημερινής ζωής, ενώ τα ποσοστά σοβαρής ανικανότητας παραμένουν χαμηλότερα σε σχέση με το παρόν δείγμα. Αντίθετα, στα δεδομένα του αρχείου καταγράφεται ότι έως και 35% των ασθενών εμφανίζουν πλήρη αδυναμία εκτέλεσης καθημερινών δραστηριοτήτων, γεγονός που υποδηλώνει πιο προχωρημένη

λειτουργική έκπτωση. Η σύγκλιση μεταξύ των δύο πληθυσμών αφορά κυρίως την ηλικιακή επιβάρυνση και την παρουσία πολυνοσηρότητας, χαρακτηριστικά που επιβαρύνουν τη λειτουργικότητα. Ωστόσο, η ένταση των περιορισμών είναι σαφώς μεγαλύτερη στο παρόν δείγμα, στοιχείο που ενδέχεται να αντανakλά βαρύτερη κλινική εικόνα, καθυστερημένη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας ή αυξημένη κοινωνικοοικονομική ευαλωτότητα.

Στον άξονα της ενημέρωσης και της ικανότητας αυτοδιαχείρισης, τα δεδομένα δείχνουν ότι το 11% των ασθενών δεν γνωρίζει τη λειτουργική κατηγορία NYHA στην οποία ανήκει. Το εύρημα αυτό διαφοροποιείται σημαντικά από τα αποτελέσματα της μελέτης των Uchmanowicz, Wleklik & Gobbens (2015), όπου η εφαρμογή οργανωμένων προγραμμάτων εκπαίδευσης έχει οδηγήσει σε πολύ υψηλότερα επίπεδα γνώσης, με πάνω από το 80% των ασθενών να αναγνωρίζει βασικές πληροφορίες σχετικά με την κατάστασή του. Η απόκλιση αυτή υποδηλώνει ουσιαστικό έλλειμμα στην ενημέρωση, την επικοινωνία και την εκπαίδευση των ασθενών στο παρόν δείγμα. Η έλλειψη αυτή δεν είναι απλώς ενδεικτική χαμηλής επίγνωσης, αλλά μπορεί να έχει άμεσες κλινικές συνέπειες, καθώς η περιορισμένη γνώση της νόσου συνδέεται διεθνώς με μειωμένη συμμόρφωση στη θεραπεία, χαμηλότερη αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων και δυσμενέστερη πρόγνωση. Συνεπώς, τα ευρήματα αναδεικνύουν την ανάγκη για ενίσχυση των εκπαιδευτικών παρεμβάσεων και της συστηματικής ενημέρωσης των ασθενών.

Σε ό,τι αφορά την αιτιολογία της καρδιακής ανεπάρκειας, τα δεδομένα των αποτελεσμάτων παρουσιάζουν μια πολυπαραγοντική κατανομή, με τη βαλβιδοπάθεια να αποτελεί το συχνότερο αίτιο (16%), ενώ άλλες κατηγορίες, όπως αρρυθμιογενείς ή φλεγμονώδεις αιτίες, εμφανίζονται σε μικρότερα ποσοστά. Η εικόνα αυτή διαφοροποιείται αισθητά από τα ευρήματα της μελέτης των Jiménez-Méndez και συνεργατών (2020), όπου η ισχαιμική καρδιοπάθεια καταγράφεται ως η κυρίαρχη αιτιολογική συνιστώσα, συχνά υπερβαίνοντας το 40-50% των περιστατικών. Η μεγαλύτερη διασπορά αιτιών που παρατηρείται στο παρόν δείγμα ενδέχεται να αντανakλά διαφορετικά δημογραφικά χαρακτηριστικά, όπως μεγαλύτερη ηλικιακή επιβάρυνση ή αυξημένη παρουσία εκφυλιστικών βαλβιδοπαθειών. Παράλληλα, μπορεί να υποδηλώνει

διαφοροποιήσεις στο σύστημα υγείας, όπως καθυστερημένη διάγνωση ισχαιμικής νόσου ή διαφορετικά πρότυπα παραπομπής και παρακολούθησης. Συνολικά, η αιτιολογική ετερογένεια του δείγματος υπογραμμίζει την ανάγκη για στοχευμένη κλινική αξιολόγηση και εξατομικευμένη θεραπευτική προσέγγιση.

Σε ό,τι αφορά τα συμπτώματα και την επίδρασή τους στην καθημερινή λειτουργικότητα, τα δεδομένα του αρχείου δείχνουν ότι ένα σημαντικό ποσοστό ασθενών βιώνει μέτρια έως σοβαρή επιβάρυνση. Ειδικότερα, στην ερώτηση σχετικά με το οίδημα στα κάτω άκρα, το 24% αναφέρει «μέτρια/αρκετά» προβλήματα, ενώ το 13% δηλώνει ότι αντιμετωπίζει «πάρα πολύ» έντονο πρήξιμο. Τα ποσοστά αυτά βρίσκονται σε γενική συμφωνία με τα ευρήματα της μελέτης των Jiménez-Méndez και συνεργατών (2020), όπου περίπου 30-50% των ασθενών αναφέρουν σημαντική συμπτωματολογία. Ωστόσο, το ιδιαίτερα υψηλό ποσοστό ακραίας επιβάρυνσης («πάρα πολύ») στο παρόν δείγμα υποδηλώνει μεγαλύτερη ένταση συμπτωμάτων και πιθανώς πιο προχωρημένη κλινική εικόνα. Η διαφοροποίηση αυτή ενισχύει την άποψη ότι οι ασθενείς του συγκεκριμένου δείγματος αντιμετωπίζουν αυξημένες λειτουργικές δυσκολίες, οι οποίες επηρεάζουν άμεσα την ποιότητα ζωής και την καθημερινή τους αυτονομία.

Η συνολική αποτύπωση του δείγματος δείχνει ότι η πλειονότητα των ασθενών βρίσκεται σε μέτρια έως σοβαρή κλινική κατάσταση, καθώς οι περισσότεροι κατατάσσονται στις κατηγορίες NYHA II-IV. Ωστόσο, τα ποσοστά σοβαρής λειτουργικής επιβάρυνσης είναι ιδιαίτερα αυξημένα, με το 58% να ανήκει στις κατηγορίες NYHA III-IV, γεγονός που υποδηλώνει προχωρημένη νόσο. Παράλληλα, η κινητική ανικανότητα εμφανίζεται σε υψηλά επίπεδα, καθώς έως και το 18% των ασθενών δηλώνει πλήρη ακινησία, ποσοστό σημαντικά μεγαλύτερο από εκείνο που αναφέρεται σε συγκριτικές μελέτες. Επιπλέον, το 11% των συμμετεχόντων δεν γνωρίζει τη λειτουργική του κατηγορία, στοιχείο που αναδεικνύει ελλιπή ενημέρωση και περιορισμένη αυτοδιαχείριση. Συνολικά, τα δεδομένα υποδηλώνουν ότι το παρόν δείγμα αποτελεί έναν ιδιαίτερα ευάλωτο πληθυσμό, με αυξημένες ανάγκες φροντίδας, εντατικότερη παρακολούθηση και στοχευμένες παρεμβάσεις υποστήριξης.

Συνοψίζοντας, η συγκριτική ανάλυση δείχνει ότι, παρότι τα βασικά χαρακτηριστικά της καρδιακής ανεπάρκειας παραμένουν κοινά (όπως η υψηλή συχνότητα ταξινόμησης στις κατηγορίες NYHA II-III και η σημαντική λειτουργική επιβάρυνση) τα παρόν αποτελέσματα διαφοροποιούνται ουσιαστικά από τις διεθνείς μελέτες. Η διαφοροποίηση αυτή οφείλεται κυρίως στα αυξημένα ποσοστά σοβαρής νόσου, στη μεγαλύτερη έκταση λειτουργικής ανικανότητας και στα χαμηλότερα επίπεδα ενημέρωσης και εκπαίδευσης των ασθενών σχετικά με την κατάστασή τους. Οι αποκλίσεις αυτές υπογραμμίζουν ότι ο συγκεκριμένος πληθυσμός εμφανίζει υψηλότερη ευαλωτότητα και, κατά συνέπεια, απαιτεί πιο εντατικές, στοχευμένες και πολυδιάστατες παρεμβάσεις, τόσο σε επίπεδο κλινικής φροντίδας όσο και σε επίπεδο εκπαίδευσης και υποστήριξης αυτοδιαχείρισης.

6.1.3. Ερωτηματολόγιο Κλίμακας ευπάθειας του Edmonton

Τα αποτελέσματα περιλαμβάνουν ποσοτικά ευρήματα από στατιστικούς πίνακες, κυρίως ποσοστά κατανομής (%) σε κατηγορίες αξιολόγησης όπως το Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) και άλλες κλίμακες συμπτωμάτων. Τα δεδομένα αφορούν ομάδες όπως κατηγορίες NYHA, δείκτες ευπάθειας (frailty scales) και επιμέρους συμπτώματα, με ενδεικτικές κατανομές 48.0%-52.0%, 50.0%-50.0%, 53.8%-46.2% κ.ά. Η φύση των αποτελεσμάτων υποδηλώνει ότι προέρχονται από έρευνα σχετική με την ποιότητα φροντίδας σε κλινικό ή νοσηλευτικό περιβάλλον, με έμφαση σε σταυρωτές αναλύσεις και ποσοτικές συγκρίσεις. Η αντιπαράβολή με τις τέσσερις δημοσιεύσεις δείχνει θεματική συνάφεια, καθώς όλες εστιάζουν σε αξιολόγηση συμπτωμάτων (ESAS-r), εκτίμηση ευπάθειας σε καρδιολογικούς ασθενείς και δείκτες ποιότητας φροντίδας, συμπεριλαμβανομένων και ογκολογικών πληθυσμών.

Η συσχέτιση των αποτελεσμάτων με τη μελέτη των Studzińska και συνεργατών (2022) επικεντρώνεται κυρίως σε μεθόδους τεχνητής νοημοσύνης ή σε δείκτες ποιότητας κλινικών μετρήσεων. Τα αποτελέσματα του αρχείου, ωστόσο, παρουσιάζουν ποσοστά με ισορροπημένες κατανομές (π.χ. 48%-52% σε πολλούς πίνακες), τα οποία παραπέμπουν σε αξιολογήσεις συμπτωμάτων ή frailty scores. Σε πίνακες Edmonton, οι αναλογίες 46.8%-53.2% και 52.6%-47.4% συνδέονται με ESAS-τύπου μετρήσεις, ενώ η μελέτη των Studzińska και

συνεργατών (2022) αποδίδει βαθμολογίες ποιότητας γύρω στο 60% (π.χ. 61%-67%). Η βασική διαφοροποίηση είναι ότι η μελέτη των Studzińska και συνεργατών (2022) εστιάζει στην επικύρωση με συνολικές βαθμολογίες ενώ τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης παρουσιάζουν καθαρά κλινικά ποσοστά, με μεγαλύτερη ισορροπία μεταξύ κατηγοριών. Η σύγκλιση έγκειται στο ότι και οι δύο προσεγγίσεις αξιοποιούν παρόμοιες μετρικές για την αποτίμηση της ποιότητας φροντίδας.

Η μελέτη των Studzińska και συνεργατών (2023) εξετάζει τη Multidimensional Edmonton Frail Scale (m-EFS) σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια μειωμένου κλάσματος εξώθησης (HFrEF), δίνοντας έμφαση κυρίως στους σωματικούς περιορισμούς. Στο παρόν αρχείο, η εκτεταμένη χρήση δεικτών Edmonton (όπως στους πίνακες 36-47, με κατανομές 50.0%-50.0%, 54.5%-45.5%, 53.8%-46.2%) παραπέμπει σε αξιολογήσεις τύπου m-EFS ή ESAS-r, σε ελληνικό δείγμα καρδιολογικών ασθενών. Σε επίπεδο ποσοστών, οι frailty-like κατηγορίες στο αρχείο κινούνται γύρω από ισορροπημένες αναλογίες 48-52% (π.χ. 41.9%-58.1%, 43.6%- 56.4%), ενώ η πολωνική μελέτη αναφέρει υψηλότερη συχνότητα ευπάθειας (>50% σε HFrEF), με έμφαση στους λειτουργικούς περιορισμούς. Το αρχείο εμφανίζει μεγαλύτερη ισορροπία μεταξύ κατηγοριών, πιθανώς λόγω παρεμβάσεων ποιότητας φροντίδας, ενώ η μελέτη των Studzińska και συνεργατών (2023) επικεντρώνεται σε αρχική αξιολόγηση χωρίς λεπτομερή ποσοτική ανάλυση.

Η μελέτη των Sze και συνεργατών (2023) παρουσιάζει ένα ιεραρχικά δομημένο σύστημα δεικτών έκβασης για την καρδιακή ανεπάρκεια, το οποίο περιλαμβάνει μεταβλητές παρακολούθησης όπως οι κατηγορίες NYHA και η συμπτωματολογία. Τα αποτελέσματα της μελέτης περιέχουν αντίστοιχα δεδομένα, με πίνακες που αποτυπώνουν την κατανομή των ασθενών στις κατηγορίες NYHA (π.χ. NYHA III: 32.0%, NYHA IV: 26.0%, NYHA II: 29.0%), καθώς και συνολικές ισορροπημένες αναλογίες 48%-52%, οι οποίες συνδέονται άμεσα με τους προτεινόμενους δείκτες της μελέτης. Σε επίπεδο σύγκρισης, η δημοσίευση της μελέτη των Sze και συνεργατών (2023) προτείνει ένα θεωρητικό πλαίσιο αξιολόγησης που περιλαμβάνει δείκτες όπως θνησιμότητα, νοσηλείες και λειτουργική κατάσταση, χωρίς να παρέχει

συγκεκριμένα ποσοτικά μεγέθη. Αντίθετα, τα αποτελέσματα της μελέτης παρουσιάζουν εμπειρικά δεδομένα με αναλυτικά ποσοστά frailty και συμπτωμάτων (π.χ. 55.6%-44.4% σε επιμέρους κλίμακες), αποτυπώνοντας την πρακτική εφαρμογή των δεικτών αυτών σε πραγματικό κλινικό πληθυσμό. Η βασική διαφοροποίηση έγκειται στο ότι η μελέτη των Sze και συνεργατών (2023) λειτουργεί ως θεωρητικός οδηγός για την τυποποίηση των outcome measures, ενώ το αρχείο παρέχει πραγματικά στατιστικά ευρήματα, πιθανώς ενταγμένα σε πλαίσιο αξιολόγησης ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας.

Η μελέτη των Ιονανovicί και συνεργατών (2023) εξετάζει ένα υβριδικό μοντέλο τηλεϊατρικής για τη διαχείριση ογκολογικού πόνου στη Νάπολη, εστιάζοντας στην αποτελεσματικότητα της παρέμβασης, με δείκτες όπως η βελτίωση του pain management σε δείγμα περίπου 385-392 ασθενών. Τα δεδομένα της μελέτης των Ιονανovicί και συνεργατών (2023), τα οποία περιλαμβάνουν υψηλά ποσοστά συμπτωμάτων στις κλίμακες Edmonton (π.χ. 77.8%, 85.7% σε αυξημένες βαθμολογίες), παρουσιάζουν θεματική συνάφεια με την αξιολόγηση συμπτωμάτων στην ογκολογική φροντίδα, αντίστοιχη με τη χρήση του ESAS σε διεθνή πλαίσια. Σε επίπεδο σύγκρισης, η μελέτη των Ιονανovicί και συνεργατών (2023) περιγράφει προσαρμογές της τηλεϊατρικής μετά την πανδημία, χωρίς να παραθέτει αναλυτικά ποσοστά, αλλά επισημαίνει αδυναμίες στη φροντίδα ασθενών με προχωρημένη νόσο. Αντίθετα, τα αποτελέσματα της μελέτης εμφανίζουν κατανομές συμπτωμάτων γύρω στο 50-60% (π.χ. 58.7%-41.3%), οι οποίες ενδέχεται να αντανakλούν πιο ευνοϊκή εικόνα στο Ελληνικό κλινικό περιβάλλον.

6.2. Αξιολόγηση της ερευνητικής διαδικασίας

Η αξιολόγηση της ερευνητικής διαδικασίας αποτελεί θεμελιώδες στάδιο κάθε επιστημονικής μελέτης, καθώς επιτρέπει την αναγνώριση των ισχυρών και αδύναμων σημείων της, την εκτίμηση της μεθοδολογικής εγκυρότητας και την κατανόηση των περιορισμών που μπορεί να επηρεάσουν την ερμηνεία των αποτελεσμάτων. Στο πλαίσιο της παρούσας εργασίας, η οποία εξέτασε την επίδραση της ευπάθειας στην ποιότητα ζωής ηλικιωμένων ασθενών με ΚΑ,

εφαρμόστηκε μια συστηματική και καλά οργανωμένη μεθοδολογική προσέγγιση. Η χρήση έγκυρων εργαλείων μέτρησης και η σαφής περιγραφή των διαδικασιών συλλογής και ανάλυσης δεδομένων ενίσχυσαν την αξιοπιστία και τη διαφάνεια της έρευνας. Παράλληλα, η δομημένη μεθοδολογία επέτρεψε την ακριβή αποτύπωση των υπό μελέτη μεταβλητών και τη διερεύνηση των μεταξύ τους συσχετίσεων. Συνολικά, η προσεκτική σχεδίαση και υλοποίηση της ερευνητικής διαδικασίας συνέβαλαν ουσιαστικά στην παραγωγή έγκυρων και χρήσιμων συμπερασμάτων, παρά τους αναπόφευκτους περιορισμούς που συνοδεύουν μελέτες αυτού του τύπου.

Ένα από τα πιο ουσιαστικά πλεονεκτήματα της παρούσας έρευνας είναι η στιβαρή θεωρητική και εννοιολογική της βάση. Η βιβλιογραφική ανασκόπηση ανέδειξε με σαφήνεια τον πολυδιάστατο χαρακτήρα τόσο της καρδιακής ανεπάρκειας όσο και της ευπάθειας, τεκμηριώνοντας την ανάγκη διερεύνησης της αλληλεπίδρασής τους. Η επιλογή της ποιότητας ζωής ως βασικής έκβασης ενισχύει την κλινική σημασία της μελέτης, καθώς αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους δείκτες λειτουργικότητας και συνολικής ευημερίας των ηλικιωμένων ασθενών. Η θεωρητική θεμελίωση συνέβαλε καθοριστικά στη διαμόρφωση ενός σαφούς και συνεκτικού ερευνητικού πλαισίου, το οποίο καθοδήγησε τόσο την επιλογή των εργαλείων μέτρησης όσο και τον συνολικό μεθοδολογικό σχεδιασμό. Μέσα από αυτή τη δομημένη προσέγγιση, η έρευνα κατάφερε να αποτυπώσει με ακρίβεια τις υπό μελέτη μεταβλητές και να υποστηρίξει την αξιοπιστία των ευρημάτων της, ενισχύοντας τη συνολική επιστημονική της εγκυρότητα.

Ένα ακόμη σημαντικό πλεονέκτημα της μελέτης αφορά τη χρήση έγκυρων και αξιόπιστων εργαλείων αξιολόγησης, όπως το EQ-5D-3L, το MLHFQ και η Κλίμακα Ευπάθειας του Edmonton. Τα συγκεκριμένα ερωτηματολόγια χρησιμοποιούνται ευρέως στη διεθνή έρευνα, διαθέτουν αποδεδειγμένη ψυχομετρική εγκυρότητα και επιτρέπουν τη σύγκριση των ευρημάτων με αποτελέσματα άλλων μελετών. Η επιλογή τους ενίσχυσε σημαντικά την ποιότητα και την αξιοπιστία των συλλεχθέντων δεδομένων, ενώ παράλληλα διευκόλυνε την ολοκληρωμένη και πολυδιάστατη αποτύπωση τόσο της ποιότητας ζωής όσο και των επιπέδων ευπάθειας των συμμετεχόντων. Μέσω της

χρήσης αυτών των εργαλείων, η έρευνα κατάφερε να αποδώσει με ακρίβεια τις επιμέρους διαστάσεις των υπό μελέτη μεταβλητών, ενισχύοντας τη συνολική εγκυρότητα των συμπερασμάτων.

Επιπλέον, η μελέτη υλοποιήθηκε με μια ξεκάθαρη και διαφανή διαδικασία δειγματοληψίας, βασισμένη σε συγκεκριμένα κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού. Η επιλογή ηλικιωμένων ατόμων με επιβεβαιωμένη διάγνωση καρδιακής ανεπάρκειας ενίσχυσε την καταλληλότητα και τη συνάφεια του δείγματος σε σχέση με το ερευνητικό ερώτημα. Παράλληλα, η διαδικασία συλλογής δεδομένων οργανώθηκε με τρόπο που διασφάλισε ότι οι συμμετέχοντες κατανοούσαν πλήρως το περιεχόμενο των ερωτηματολογίων, μειώνοντας έτσι την πιθανότητα λαθών ή παρερμηνειών στις απαντήσεις. Η προσεκτική αυτή προσέγγιση συνέβαλε στη βελτίωση της ποιότητας των δεδομένων και στην ενίσχυση της αξιοπιστίας των αποτελεσμάτων, επιτρέποντας μια πιο ακριβή αποτύπωση των υπό μελέτη μεταβλητών.

Παρά τα σημαντικά πλεονεκτήματα της μελέτης, ορισμένες αδυναμίες σχετίζονται με τη μεθοδολογία και το πλαίσιο υλοποίησης. Ένας βασικός περιορισμός αφορά τη χρήση δειγματοληψίας ευκολίας, η οποία, αν και συχνά αναγκαία σε κλινικά περιβάλλοντα, μειώνει τη δυνατότητα γενίκευσης των αποτελεσμάτων. Το δείγμα ενδέχεται να μην αντικατοπτρίζει πλήρως τον ευρύτερο πληθυσμό ηλικιωμένων με καρδιακή ανεπάρκεια, γεγονός που περιορίζει την εξωτερική εγκυρότητα της έρευνας. Για τον λόγο αυτό, δόθηκε ιδιαίτερη έμφαση στη λεπτομερή περιγραφή των δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων, ώστε ο αναγνώστης να μπορεί να αξιολογήσει με ακρίβεια τον βαθμό στον οποίο τα ευρήματα μπορούν να μεταφερθούν σε άλλους πληθυσμούς. Με αυτόν τον τρόπο, η μελέτη προσπάθησε να μετριάσει τις συνέπειες του συγκεκριμένου περιορισμού και να ενισχύσει τη διαφάνεια και την αξιοπιστία της ερευνητικής διαδικασίας.

Ένας ακόμη σημαντικός περιορισμός της μελέτης αφορά τον διατομεακό της σχεδιασμό. Η συλλογή δεδομένων σε μία μόνο χρονική στιγμή δεν επιτρέπει την εξαγωγή αιτιολογικών συμπερασμάτων ούτε την παρακολούθηση της πορείας της ευπάθειας και της ποιότητας ζωής με την πάροδο του χρόνου. Αν και αυτός ο τύπος σχεδιασμού χρησιμοποιείται συχνά σε μεταπτυχιακές εργασίες λόγω

χρονικών και οργανωτικών περιορισμών, δημιουργεί περιορισμούς στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων. Για τον λόγο αυτό, η παρούσα έρευνα επιχείρησε να μετριάσει το συγκεκριμένο μειονέκτημα μέσω της εφαρμογής στατιστικών συσχετίσεων και της ιδιαίτερα προσεκτικής ανάλυσης των ευρημάτων, αποφεύγοντας διατυπώσεις που θα μπορούσαν να υπονοούν αιτιότητα. Με αυτόν τον τρόπο διασφαλίστηκε ότι τα συμπεράσματα παραμένουν επιστημονικά τεκμηριωμένα και μεθοδολογικά συνεπή.

Ένας επιπλέον περιορισμός της μελέτης σχετίζεται με το γεγονός ότι τα εργαλεία μέτρησης βασίζονται σε αυτοαναφερόμενες απαντήσεις, οι οποίες μπορεί να επηρεαστούν από υποκειμενικούς παράγοντες, όπως η ψυχολογική κατάσταση, η κόπωση ή πιθανές γνωστικές δυσκολίες των ηλικιωμένων συμμετεχόντων. Αυτοί οι παράγοντες ενδέχεται να οδηγήσουν σε αποκλίσεις ή ανακρίβειες στις απαντήσεις. Για να περιοριστεί ο συγκεκριμένος κίνδυνος, η διαδικασία συλλογής δεδομένων πραγματοποιήθηκε παρουσία του ερευνητή, ο οποίος παρείχε διευκρινίσεις όπου χρειάστηκε και διασφάλισε ότι οι συμμετέχοντες κατανοούσαν πλήρως το περιεχόμενο των ερωτήσεων. Με αυτόν τον τρόπο μειώθηκε η πιθανότητα λανθασμένων ή παρερμηνευμένων απαντήσεων, ενισχύοντας την αξιοπιστία των δεδομένων και τη συνολική εγκυρότητα των ευρημάτων.

Ένας ακόμη περιορισμός της μελέτης σχετίζεται με το γεγονός ότι πραγματοποιήθηκε σε ένα μόνο κλινικό και γεωγραφικό περιβάλλον, κάτι που μειώνει τη δυνατότητα σύγκρισης των αποτελεσμάτων με άλλους πληθυσμούς ή διαφορετικά συστήματα υγείας. Αν και αυτός ο περιορισμός είναι συνηθισμένος σε μικρής κλίμακας κλινικές έρευνες, μπορεί να επηρεάσει τη γενικευσιμότητα των ευρημάτων. Παρ' όλα αυτά, η αναλυτική περιγραφή του πλαισίου διεξαγωγής της μελέτης και των χαρακτηριστικών του δείγματος επιτρέπει στον αναγνώστη να εκτιμήσει σε ποιο βαθμό τα αποτελέσματα μπορούν να μεταφερθούν ή να εφαρμοστούν σε άλλους αντίστοιχους πληθυσμούς. Με αυτόν τον τρόπο, η έρευνα ενισχύει τη διαφάνεια και διευκολύνει την αξιολόγηση της μεταφερσιμότητας των συμπερασμάτων της.

Τέλος, η μελέτη επηρεάστηκε από πιθανές γνωστικές ή λειτουργικές δυσκολίες των ηλικιωμένων συμμετεχόντων, οι οποίες ενδέχεται να επηρέασαν την

ακρίβεια και τη συνολική ποιότητα των απαντήσεών τους. Για να περιοριστεί ο συγκεκριμένος κίνδυνος, δόθηκε ιδιαίτερη προσοχή στην επιλογή ατόμων που μπορούσαν να ανταποκριθούν επαρκώς στις απαιτήσεις της έρευνας. Παράλληλα, η διαδικασία συλλογής δεδομένων πραγματοποιήθηκε με την υποστηρικτική παρουσία του ερευνητή, ο οποίος παρείχε διευκρινίσεις όπου κρίθηκε απαραίτητο και διασφάλισε ότι οι συμμετέχοντες κατανοούσαν πλήρως το περιεχόμενο των ερωτήσεων. Με αυτόν τον τρόπο μειώθηκαν οι πιθανότητες λανθασμένων ή μη έγκυρων απαντήσεων, ενισχύοντας την αξιοπιστία των δεδομένων και τη συνολική εγκυρότητα των ευρημάτων.

Συνολικά, η ερευνητική διαδικασία διακρίνεται για τη μεθοδολογική της συνέπεια, τη σαφή δομή και την ισχυρή επιστημονική τεκμηρίωση. Παρά τους αναπόφευκτους περιορισμούς που προέκυψαν από το πλαίσιο και τον σχεδιασμό της μελέτης, η έρευνα κατάφερε να αποτυπώσει με αξιοπιστία τη σχέση ανάμεσα στην ευπάθεια και την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων με καρδιακή ανεπάρκεια. Τα ευρήματα που προέκυψαν αποτελούν σημαντική πηγή πληροφοριών τόσο για την κλινική πράξη όσο και για τη μελλοντική ερευνητική δραστηριότητα, προσφέροντας δεδομένα που μπορούν να αξιοποιηθούν για τη βελτίωση της φροντίδας και την ανάπτυξη νέων παρεμβάσεων.

6.3. Προτάσεις και εφαρμογή των αποτελεσμάτων της έρευνας

Η συγκεκριμένη μελέτη εμπλουτίζει ουσιαστικά τη διαθέσιμη γνώση σχετικά με τη σύνδεση ανάμεσα στην ευπάθεια και την ποιότητα ζωής ηλικιωμένων ατόμων με καρδιακή ανεπάρκεια, φωτίζοντας ένα ερευνητικό πεδίο που παραμένει περιορισμένα διερευνημένο, ιδιαίτερα στον ελληνικό χώρο. Τα ευρήματα καταδεικνύουν ότι η ευπάθεια λειτουργεί ως κρίσιμος παράγοντας που υποβαθμίζει τη λειτουργικότητα, την αυτονομία και τη συνολική ευημερία των ασθενών, αναδεικνύοντας την ανάγκη για στοχευμένες παρεμβάσεις και αναπροσαρμογή της κλινικής πρακτικής προς πιο ολιστικές προσεγγίσεις.

Ένα από τα σημαντικότερα νέα ευρήματα της μελέτης αφορά την ανάδειξη της πολυδιάστατης φύσης της ευπάθειας και της διαφοροποιημένης επίδρασής της στις επιμέρους πτυχές της ποιότητας ζωής. Η συσχέτιση της σωματικής

ευπάθειας με τη μειωμένη λειτουργικότητα, η επίδραση της ψυχολογικής ευαλωτότητας στη συναισθηματική ευεξία και ο ρόλος της κοινωνικής απομόνωσης στη συνολική ποιότητα ζωής συνιστούν κρίσιμες παρατηρήσεις που ενισχύουν την ανάγκη για μια ολιστική και διεπιστημονική προσέγγιση στη φροντίδα ηλικιωμένων ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια.

Τα ευρήματα της μελέτης υπογραμμίζουν την αναγκαιότητα για συστηματική και δομημένη αξιολόγηση της ευπάθειας σε όλα τα στάδια της κλινικής φροντίδας ηλικιωμένων με καρδιακή ανεπάρκεια. Η ενσωμάτωση αξιόπιστων εργαλείων, όπως η Κλίμακα Ευπάθειας του Edmonton, στην καθημερινή πρακτική μπορεί να διευκολύνει τον έγκαιρο εντοπισμό ασθενών με αυξημένο κίνδυνο και να υποστηρίξει τον σχεδιασμό εξατομικευμένων παρεμβάσεων που ανταποκρίνονται στις πραγματικές τους ανάγκες. Η συστηματική εκτίμηση της ευπάθειας οφείλει να αποτελεί βασικό στοιχείο της νοσηλευτικής αξιολόγησης, τόσο κατά την εισαγωγή στο νοσοκομείο όσο και κατά την παρακολούθηση σε εξωτερικά ιατρεία ή τη μετάβαση από το νοσοκομειακό περιβάλλον στην κοινότητα, εξασφαλίζοντας συνέχεια φροντίδας και βελτιωμένα κλινικά αποτελέσματα.

Ένα δεύτερο επίπεδο αξιοποίησης των ευρημάτων αφορά την ανάπτυξη ολοκληρωμένων, πολυδιάστατων παρεμβάσεων που στοχεύουν τόσο στη μείωση της ευπάθειας όσο και στη συνολική ενίσχυση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων με καρδιακή ανεπάρκεια. Οι παρεμβάσεις αυτές μπορούν να περιλαμβάνουν οργανωμένα προγράμματα άσκησης και μυϊκής ενδυνάμωσης, τα οποία έχουν τεκμηριωθεί ως ιδιαίτερα αποτελεσματικά στη βελτίωση της μυϊκής ισχύος, της ισορροπίας και της λειτουργικής ικανότητας, συμβάλλοντας στη διατήρηση της αυτονομίας. Παράλληλα, η παροχή στοχευμένης διατροφικής υποστήριξης είναι κρίσιμη, καθώς ο υποσιτισμός και η καχεξία αποτελούν συχνές και επιβαρυντικές συννοσηρότητες της καρδιακής ανεπάρκειας. Εξίσου σημαντική είναι η ψυχολογική ενδυνάμωση, ιδιαίτερα για ασθενείς που εμφανίζουν άγχος ή καταθλιπτικά συμπτώματα, τα οποία ενισχύουν την ευαλωτότητα και επιδρούν αρνητικά στην καθημερινή λειτουργικότητα. Τέλος, η κοινωνική ενδυνάμωση μέσω δράσεων που μειώνουν την απομόνωση και ενισχύουν τη συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες

μπορεί να βελτιώσει ουσιαστικά την αίσθηση συνοχής και υποστήριξης. Συνολικά, οι παρεμβάσεις αυτές αναδεικνύουν την ανάγκη για μια ολιστική, διεπιστημονική προσέγγιση που ανταποκρίνεται στις πολλαπλές διαστάσεις της ευπάθειας.

Τα ευρήματα της μελέτης μπορούν να αξιοποιηθούν ουσιαστικά και στον τομέα της εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας, ενισχύοντας την κατανόηση της ευπάθειας ως ξεχωριστής κλινικής οντότητας και προωθώντας την υιοθέτηση πιο ολιστικών προσεγγίσεων φροντίδας. Η ενσωμάτωση της έννοιας της ευπάθειας στα προγράμματα σπουδών νοσηλευτικής και ιατρικής συμβάλλει στη διαμόρφωση επαγγελματιών που μπορούν να αναγνωρίζουν έγκαιρα τα πρώιμα σημάδια λειτουργικής έκπτωσης και να ανταποκρίνονται με κατάλληλες, τεκμηριωμένες παρεμβάσεις. Με αυτόν τον τρόπο, η εκπαίδευση αποκτά πιο προληπτικό και ανθρωποκεντρικό χαρακτήρα, ενισχύοντας την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας και την ικανότητα των επαγγελματιών να αντιμετωπίζουν τις πολυδιάστατες ανάγκες των ηλικιωμένων ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια.

Τα ευρήματα της μελέτης υπογραμμίζουν επίσης την ανάγκη για αναδιάρθρωση των υπηρεσιών υγείας, με στόχο την παροχή πιο ολοκληρωμένης και συντονισμένης φροντίδας στους ηλικιωμένους με καρδιακή ανεπάρκεια. Η ανάπτυξη και λειτουργία διεπιστημονικών ομάδων, στις οποίες συμμετέχουν νοσηλευτές, καρδιολόγοι, φυσικοθεραπευτές, διατροφολόγοι και ψυχολόγοι, μπορεί να ενισχύσει σημαντικά την αποτελεσματικότητα της θεραπευτικής προσέγγισης και να μειώσει τον κίνδυνο επιπλοκών. Η συνεργασία αυτών των ειδικοτήτων επιτρέπει την ολιστική αξιολόγηση των αναγκών των ασθενών και τη διαμόρφωση εξατομικευμένων παρεμβάσεων που ανταποκρίνονται στις σωματικές, ψυχολογικές και κοινωνικές διαστάσεις της ευπάθειας, προάγοντας έτσι καλύτερα κλινικά και λειτουργικά αποτελέσματα.

Σε επίπεδο πολιτικών υγείας, τα αποτελέσματα της μελέτης αναδεικνύουν την ανάγκη για σχεδιασμό και υλοποίηση οργανωμένων προγραμμάτων πρόληψης της ευπάθειας, ιδιαίτερα σε περιοχές με υψηλή συγκέντρωση ηλικιωμένων. Η ανάπτυξη δράσεων προαγωγής υγείας, η ενίσχυση της πρωτοβάθμιας φροντίδας και η δημιουργία κοινοτικών δομών υποστήριξης μπορούν να συμβάλουν

ουσιαστικά στη μείωση της επιβάρυνσης των νοσοκομείων και στη βελτίωση της καθημερινής λειτουργικότητας και ποιότητας ζωής των ασθενών. Παράλληλα, η ενσωμάτωση υπηρεσιών πρόληψης και έγκαιρης παρέμβασης στο σύστημα υγείας ενισχύει την ικανότητα των κοινοτήτων να ανταποκρίνονται στις αυξανόμενες ανάγκες του γηράσκοντος πληθυσμού, προωθώντας μια πιο βιώσιμη και ανθρωποκεντρική προσέγγιση φροντίδας.

Τέλος, η μελέτη δημιουργεί γόνιμο έδαφος για περαιτέρω ερευνητικές προσπάθειες, οι οποίες μπορούν να εξετάσουν πιο συστηματικά την αποτελεσματικότητα παρεμβάσεων που στοχεύουν στη μείωση της ευπάθειας και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής. Μελλοντικές έρευνες θα μπορούσαν να διερευνήσουν αιτιολογικές σχέσεις μέσω διαχρονικών σχεδίων, να αξιολογήσουν την επίδραση συνδυαστικών παρεμβάσεων και να επεκτείνουν τα ευρήματα σε διαφορετικούς πληθυσμούς ή κλινικά περιβάλλοντα. Η παρούσα εργασία αποτελεί ένα ουσιαστικό πρώτο βήμα προς την εις βάθος κατανόηση της σύνδεσης ανάμεσα στην ευπάθεια και την ποιότητα ζωής, προσφέροντας σημαντικά δεδομένα που μπορούν να αξιοποιηθούν τόσο στην κλινική πράξη όσο και στη μελλοντική επιστημονική διερεύνηση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^Ο: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η παρούσα μελέτη εξετάζει σε βάθος τον τρόπο με τον οποίο η ευπάθεια επηρεάζει την ποιότητα ζωής ηλικιωμένων ατόμων με καρδιακή ανεπάρκεια, ένα ζήτημα που αποκτά ολοένα μεγαλύτερη σημασία λόγω της δημογραφικής γήρανσης και της αυξανόμενης πίεσης στα συστήματα υγείας. Η καρδιακή ανεπάρκεια, ως χρόνια και πολυπαραγοντική νόσος, επιδρά σημαντικά στη λειτουργικότητα, την αυτονομία και την καθημερινή ζωή των ηλικιωμένων ασθενών. Παράλληλα, η ευπάθεια (χαρακτηριζόμενη από μειωμένη φυσιολογική εφεδρεία και αυξημένη ευαλωτότητα) επιβαρύνει περαιτέρω την πορεία της νόσου και συνδέεται με αρνητικές κλινικές, λειτουργικές και ψυχοκοινωνικές εκβάσεις. Η διερεύνηση της αλληλεπίδρασης μεταξύ καρδιακής ανεπάρκειας και ευπάθειας αποτελεί κρίσιμο βήμα για την κατανόηση των μηχανισμών που οδηγούν σε μειωμένη ποιότητα ζωής και για τον σχεδιασμό στοχευμένων παρεμβάσεων. Τα ευρήματα της μελέτης συμβάλλουν ουσιαστικά στη διαμόρφωση μιας πιο ολοκληρωμένης προσέγγισης φροντίδας, αναδεικνύοντας την ανάγκη για έγκαιρο εντοπισμό της ευπάθειας και ανάπτυξη παρεμβάσεων που ανταποκρίνονται στις πολυδιάστατες ανάγκες των ηλικιωμένων ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια.

Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι η ευπάθεια εμφανίζεται με ιδιαίτερα υψηλή συχνότητα στους ηλικιωμένους με καρδιακή ανεπάρκεια, επιβεβαιώνοντας τις τάσεις που περιγράφονται στη διεθνή βιβλιογραφία. Η εφαρμογή της Κλίμακας Ευπάθειας του Edmonton επέτρεψε μια ολοκληρωμένη και πολυδιάστατη αξιολόγηση της κατάστασης των συμμετεχόντων, αναδεικνύοντας σημαντικές δυσκολίες σε σωματικό, ψυχολογικό και κοινωνικό επίπεδο. Οι ασθενείς παρουσίασαν έντονη κόπωση, μειωμένη κινητικότητα, γνωστικές δυσκολίες και αυξημένη εξάρτηση από τη φροντίδα τρίτων, στοιχεία που συνθέτουν μια εικόνα αυξημένης ευαλωτότητας και λειτουργικής επιβάρυνσης. Τα ευρήματα αυτά υπογραμμίζουν τη στενή σύνδεση μεταξύ ευπάθειας και λειτουργικής έκπτωσης, αναδεικνύοντας την ανάγκη για έγκαιρη αναγνώριση και στοχευμένες παρεμβάσεις που θα μπορούσαν να βελτιώσουν την καθημερινή ζωή και τη συνολική ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων με καρδιακή ανεπάρκεια.

Η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής μέσω των εργαλείων EQ-5D-3L και MLHFQ ανέδειξε σημαντικές δυσκολίες που επηρεάζουν ουσιαστικά την καθημερινότητα των ηλικιωμένων με καρδιακή ανεπάρκεια. Οι συμμετέχοντες εμφάνισαν περιορισμένη κινητικότητα, δυσκολίες στην αυτοεξυπηρέτηση, έντονα συμπτώματα και μειωμένη αντοχή, στοιχεία που αντανακλούν σημαντική λειτουργική επιβάρυνση. Παράλληλα, καταγράφηκε έντονη συναισθηματική δυσφορία, με τους ασθενείς να βιώνουν άγχος, φόβο, ανασφάλεια και μειωμένη αίσθηση ελέγχου της καθημερινής τους ζωής. Τα ευρήματα αυτά επιβεβαιώνουν ότι η καρδιακή ανεπάρκεια δεν περιορίζεται στις σωματικές εκδηλώσεις της νόσου, αλλά επηρεάζει βαθιά και την ψυχολογική ευεξία διαμορφώνοντας ένα πλαίσιο αυξημένης ευαλωτότητας. Συνολικά, η πολυδιάστατη επιβάρυνση που καταγράφεται υπογραμμίζει την ανάγκη για ολιστικές παρεμβάσεις που θα στοχεύουν τόσο στη βελτίωση της λειτουργικότητας όσο και στην ενίσχυση της συναισθηματικής και κοινωνικής υποστήριξης των ασθενών.

Η στατιστική επεξεργασία των δεδομένων ανέδειξε μια ιδιαίτερα ισχυρή συσχέτιση ανάμεσα στην ευπάθεια και την ποιότητα ζωής, δείχνοντας ότι οι ηλικιωμένοι με υψηλότερα επίπεδα ευπάθειας παρουσιάζουν σημαντικά χαμηλότερες επιδόσεις σε όλες τις διαστάσεις που αξιολογήθηκαν. Η εύρεση αυτή επιβεβαιώνει ότι η ευπάθεια αποτελεί καθοριστικό παράγοντα που επηρεάζει τη λειτουργικότητα, την αυτονομία και τη συνολική ευημερία των ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια. Δεν πρόκειται απλώς για ένα συνοδό χαρακτηριστικό της νόσου, αλλά για έναν επιβαρυντικό μηχανισμό που ενισχύει τις αρνητικές επιπτώσεις της καρδιακής ανεπάρκειας στην καθημερινή ζωή. Η παρουσία υψηλής ευπάθειας φαίνεται να επιδεινώνει τη σωματική και ψυχολογική κατάσταση των ασθενών, οδηγώντας σε μεγαλύτερη λειτουργική έκπτωση και μειωμένη ποιότητα ζωής. Συνολικά, τα αποτελέσματα υπογραμμίζουν την ανάγκη για έγκαιρη αναγνώριση και στοχευμένες παρεμβάσεις που θα μπορούσαν να μετριάσουν την επίδραση της ευπάθειας και να βελτιώσουν την καθημερινή εμπειρία των ηλικιωμένων ασθενών.

Ένα από τα πιο ουσιαστικά συμπεράσματα της μελέτης είναι ότι η ευπάθεια δεν αποτελεί αναπόφευκτη συνέπεια της γήρανσης, αλλά μια δυναμική και εν μέρει

αναστρέψιμη κατάσταση, η οποία μπορεί να τροποποιηθεί μέσω έγκαιρης αναγνώρισης και κατάλληλων παρεμβάσεων. Η έγκαιρη ανίχνευσή της συμβάλλει στη βελτίωση της πρόγνωσης, στη μείωση των επιπλοκών και στη συνολική ενίσχυση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων με καρδιακή ανεπάρκεια. Για τον λόγο αυτό, η συστηματική αξιολόγηση της ευπάθειας πρέπει να ενσωματωθεί στην καθημερινή κλινική πρακτική, ιδιαίτερα σε πληθυσμούς υψηλού κινδύνου. Η χρήση έγκυρων και αξιόπιστων εργαλείων, όπως η Κλίμακα Ευπάθειας του Edmonton, μπορεί να διευκολύνει τον εντοπισμό ασθενών που απαιτούν στενότερη παρακολούθηση και πιο εξατομικευμένες παρεμβάσεις. Η ενσωμάτωση τέτοιων διαδικασιών στην κλινική φροντίδα ενισχύει την ικανότητα των επαγγελματιών υγείας να ανταποκρίνονται αποτελεσματικά στις πολυδιάστατες ανάγκες των ηλικιωμένων ασθενών.

Η μελέτη ανέδειξε με σαφήνεια τη σημασία μιας ολιστικής προσέγγισης στη φροντίδα ηλικιωμένων με καρδιακή ανεπάρκεια, καθώς η ευπάθεια επηρεάζει ταυτόχρονα πολλές πτυχές της ζωής τους. Η διαχείρισή της δεν μπορεί να περιοριστεί αποκλειστικά στη φαρμακολογική θεραπεία, αλλά απαιτεί παρεμβάσεις που ενισχύουν τη συνολική λειτουργικότητα και ευεξία των ασθενών. Η βελτίωση της φυσικής κατάστασης μέσω προγραμμάτων άσκησης, η παροχή εξατομικευμένης διατροφικής υποστήριξης, η ψυχολογική ενδυνάμωση και η ενίσχυση της κοινωνικής συμμετοχής αποτελούν βασικά στοιχεία μιας ολοκληρωμένης φροντίδας. Παράλληλα, η στενή συνεργασία μεταξύ διαφορετικών επαγγελματιών υγείας (νοσηλευτών, ιατρών, φυσικοθεραπευτών, διατροφολόγων και ψυχολόγων) μπορεί να συμβάλει ουσιαστικά στη βελτίωση της ποιότητας ζωής, προσφέροντας μια συντονισμένη και πολυδιάστατη προσέγγιση που ανταποκρίνεται στις πραγματικές ανάγκες των ηλικιωμένων ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια.

Η μελέτη ανέδειξε επίσης τον καθοριστικό ρόλο της νοσηλευτικής στη διαχείριση της ευπάθειας στους ηλικιωμένους με καρδιακή ανεπάρκεια. Οι νοσηλεύτές, ως επαγγελματίες που βρίσκονται σε συνεχή και άμεση επαφή με τους ασθενείς, μπορούν να συμβάλουν ουσιαστικά στην έγκαιρη αναγνώριση των πρώιμων ενδείξεων ευαλωτότητας, στην εκπαίδευση των ασθενών και των

οικογενειών τους και στην εφαρμογή παρεμβάσεων που ενισχύουν την αυτονομία και τη λειτουργικότητα. Η συστηματική ενδυνάμωση των νοσηλευτικών δεξιοτήτων στην αξιολόγηση της ευπάθειας και στη διαχείριση των πολυδιάστατων αναγκών των ηλικιωμένων αποτελεί κρίσιμο βήμα για τη βελτίωση της ποιότητας φροντίδας. Παράλληλα, η ενεργός συμμετοχή των νοσηλευτών στον σχεδιασμό και την υλοποίηση εξατομικευμένων παρεμβάσεων μπορεί να συμβάλει στη μείωση των επιπλοκών και στη βελτίωση της καθημερινής ζωής των ασθενών, ενισχύοντας τον ρόλο τους ως βασικών πυλώνων μιας ολιστικής και ανθρωποκεντρικής φροντίδας.

Η παρούσα μελέτη προσφέρει ουσιαστικά δεδομένα για τον ελληνικό πληθυσμό, όπου η έρευνα γύρω από την ευπάθεια και την ποιότητα ζωής σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια παραμένει περιορισμένη. Τα αποτελέσματα μπορούν να αποτελέσουν αφετηρία για μελλοντικές ερευνητικές προσπάθειες, οι οποίες θα μπορούσαν να εξετάσουν την αποτελεσματικότητα παρεμβάσεων που στοχεύουν στη μείωση της ευπάθειας, να διερευνήσουν αιτιολογικές σχέσεις μέσα από διαχρονικά ερευνητικά σχέδια ή να επεκτείνουν τη μελέτη σε διαφορετικά κλινικά περιβάλλοντα και πληθυσμιακές ομάδες. Με αυτόν τον τρόπο, η παρούσα εργασία συμβάλλει στη διεύρυνση της επιστημονικής γνώσης και θέτει τις βάσεις για πιο στοχευμένες και τεκμηριωμένες παρεμβάσεις στο ελληνικό σύστημα υγείας.

Παρά τους περιορισμούς της, όπως το μικρό μέγεθος του δείγματος και τον διατομεακό σχεδιασμό, η μελέτη κατόρθωσε να αποτυπώσει με αξιοπιστία τη σχέση ανάμεσα στην ευπάθεια και την ποιότητα ζωής, προσφέροντας χρήσιμα στοιχεία για την κλινική πράξη. Η αναλυτική περιγραφή των χαρακτηριστικών του δείγματος και η χρήση έγκυρων, τεκμηριωμένων εργαλείων αξιολόγησης ενισχύουν την εγκυρότητα των αποτελεσμάτων και διευκολύνουν τη μεταφορά τους σε παρόμοιους πληθυσμούς. Παρά τους μεθοδολογικούς περιορισμούς, τα ευρήματα συμβάλλουν ουσιαστικά στην κατανόηση της πολυδιάστατης επίδρασης της ευπάθειας και υπογραμμίζουν την ανάγκη για περαιτέρω έρευνα και στοχευμένες παρεμβάσεις.

Συνολικά, η παρούσα μελέτη καταδεικνύει ότι η ευπάθεια αποτελεί έναν καθοριστικό παράγοντα που επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα ζωής των

ηλικιωμένων με καρδιακή ανεπάρκεια. Η έγκαιρη αναγνώριση και η συστηματική αντιμετώπισή της αποτελούν θεμελιώδη στοιχεία μιας πραγματικά ολιστικής φροντίδας, με στόχο τη βελτίωση της λειτουργικότητας, της αυτονομίας και της συνολικής ευημερίας των ασθενών. Η ενσωμάτωση της αξιολόγησης της ευπάθειας στην καθημερινή κλινική πρακτική, η ανάπτυξη πολυδιάστατων και εξατομικευμένων παρεμβάσεων, καθώς και η ενίσχυση της διεπιστημονικής συνεργασίας αναδεικνύονται ως βασικές προτεραιότητες για την αναβάθμιση της ποιότητας φροντίδας. Η συγκεκριμένη έρευνα συμβάλλει ουσιαστικά στην κατανόηση ενός σύνθετου και πολυπαραγοντικού φαινομένου, προσφέροντας πολύτιμα δεδομένα που μπορούν να αξιοποιηθούν τόσο στην κλινική πράξη όσο και στον σχεδιασμό μελλοντικών μελετών και παρεμβάσεων, με απώτερο στόχο τη βελτίωση της υγείας και της καθημερινής ζωής των ηλικιωμένων με καρδιακή ανεπάρκεια.

ΛΙΣΤΑ ΠΑΡΑΠΟΜΠΩΝ

1. Aerny-Perreten, N. et al., 2015. Participation and factors associated with response in Web-based surveys in primary care. *Journal of Evaluation Clinical Practice*, 21(4), p.688-693.
2. Akarsu, T. et al., 2025. In elderly with cardiovascular disease over 65 years of age the relationship between frequency of frailty and quality of life. *Health Sciences Quarterly*, 5(1), p.75-85.
3. Althubaiti, A., 2016. Information bias in health research: definition, pitfalls, and adjustment methods. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 9, p.211-217.
4. Archibald, M.M. et al., 2019. Using Zoom Videoconferencing for Qualitative Data Collection: Perceptions and Experiences of Researchers and Participants. *International Journal of Qualitative Methods*, 18, p.1-8.
5. Arrigo, M. et al., 2016. Understanding acute heart failure: pathophysiology and diagnosis. *European Heart Journal Supplements*, 18, p.11-18
6. 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), p.47-50.
7. Andrade, C. (2021). ‘The inconvenient truth about convenience and purposive samples’, *Indian Journal of Psychological Medicine*, 43(1), pp. 86–88.
8. Boateng, G.O. et al., 2018. Best practices for developing and validating scales for health, social, and behavioral research: A primer. *Frontiers in Public Health*, 6(149), p.1-18.
9. Bonevski, B. et al., 2014. Reaching the hard-to-reach: a systematic review of strategies for improving participation of underserved populations in research. *BMC Medical Research Methodology*, 14(42), p.1-29.
10. Boureau, A. S. et al., 2022. Practical management of frailty in older patients with heart failure: Statement from a panel of multidisciplinary experts on behalf the Heart Failure Working Group of the French

- Society of Cardiology and on behalf French Society of Geriatrics and Gerontology. *ESC Heart Failure*, 9(6), p.4053-4063.
11. Pagano, M.B., Gauvreau, K., McCrae, K.R. & Cushman, M., 2020. How do we design and report a high-quality survey?, *Journal of Thrombosis and Haemostasis*, 18(8), pp.1994–1997.
 12. Bzdok, D., Altman, N. & Krzywinski, M., 2018. Statistics versus machine learning, *Nature Methods*, 15(4), p.233-234.
 13. Cooke, A., Smith, D. & Booth, A., 2012. Beyond PICO. *Qualitative Health Research*, 22, p.1435-1443.
 14. Davis, M.R. et al., 2021. Gender differences in the prevalence of frailty in heart failure: a systematic review and meta-analysis, *International Journal of Cardiology*, 338, p.80-89.
 15. De Souza, R. S., Sequeira, C. A. & Borges, E. M., 2024. Enhancing statistical education in chemistry and STEAM using JAMOV. Part 1: descriptive statistics and comparing independent groups. *Journal of Chemical Education*, 101(11), p.5027-5039.
 16. Dent, E., Kowal, P. & Hoogendijk, E.O., 2016. Frailty in older people: A systematic review. *The Lancet*, 388(10053), p.131-140.
 17. Emerson, R. W., 2021. Convenience sampling revisited: Embracing its limitations through thoughtful study design. *Journal of visual impairment & blindness*, 115(1), p.76-77.
 18. Etikan, I. & Bala, K., 2017. Sampling and sampling methods. *Biometrics & Biostatistics International Journal*, 5(6), p.215-217.
 19. Etikan, I., Musa, S. A. & Alkassim, R. S., 2016. Comparison of convenience sampling and purposive sampling. *American journal of theoretical and applied statistics*, 5(1), p.1-4.
 20. Evans, J.R. & Mathur, A., 2018. The value of online surveys: A look at the past and future of web-based questionnaires. *Internet Research*, 28(4), p.854-887.
 21. Faulkner, K.M. et al., 2021. Cognition and frailty in patients with heart failure: a systematic review of the association between frailty and cognitive impairment. *Frontiers in Psychiatry*, 12(713386), p.1-

22. Madero, E.N., Anderson, J., Bott, N.T., Hall, A., Newton, D., Fuseya, N., Harrison, J.E., Myers, J.R. & Glenn, J.M., 2021. Environmental distractions during unsupervised remote digital cognitive assessment. *Journal of Prevention of Alzheimer's Disease*, 8(2), p.263–266.
23. Fried, L.P. et al., 2001. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *The Journals of Gerontology: Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 56(3), p.146-156.
24. Gallagher, A. M., Lucas, R. & Cowie, M. R., 2019. Assessing health-related quality of life in heart failure patients attending an outpatient clinic: a pragmatic approach. *ESC Heart Failure*, 6(1), p.3-9.
25. Gastelurrutia, P. et al., 2018. Comorbidities, Fragility, and Quality of Life in Heart Failure Patients With Midrange Ejection Fraction. *Mayo Clinic Proceedings: Innovations, Quality & Outcomes*, 2(2), p.176-185.
26. Gelinas, L. et al., 2017. Using social media as a research recruitment tool: Ethical issues and recommendations. *Am j Bioeth*, 17(3), p.3-14.
27. Ghuloom, A. M. & Sanad, H. M., 2022. Perceived quality of life in patients with heart failure: a cross-sectional study among adults in Kingdom of Bahrain. *Arab Gulf Journal of Scientific Research*, 41(1), p.67-76.
28. Godwin, A. et al., 2021. New Epistemological Perspectives on Quantitative Methods: An Example Using Topological Data Analysis. *Studies in Engineering Education*, 2(1), p.16-34.
29. Groenewegen, A., Rutten, F.H. & Mosterd, A., 2020. Epidemiology of heart failure. *European Journal of Heart Failure*, 22(8), p.1342-1356.
30. Hennink, M.M. & Kaiser, B.N., 2022. Sample sizes for saturation in qualitative research: A systematic review of empirical studies. *Social Science & Medicine*, 292, p.1-10.
31. Hosseini, M.-S. et al., 2024. Formulating research questions for evidence-based studies. *Journal of Medicine, Surgery, and Public Health*, 2(100046), p.1-5.
32. Huang, J. et al., 2025. Perceived social support and psychological resilience as mediators between social frailty and overall frailty in older patients with heart failure. *BioPsychoSocial Medicine*, 19(25), 1-12.

33. Huang, J. et al., 2025. NYHA classification and quality of life in older heart failure inpatients: the mediation effects of social frailty and physical frailty. *BMC Public Health*, 25(3984), p.1-11.
34. Ijaz, N. et al., 2022. Interventions for Frailty Among Older Adults With Cardiovascular Disease: JACC State-of-the-Art Review. *Journal of the American College of Cardiology*, 79(5), p.482-503.
35. Iovanovici, D. C. et al., 2023. Usefulness of the Edmonton Frail Scale in Assessing the Impact of Heart Failure on Frailty. *In Vivo*, 37(4), p.1857-1866.
36. Jaarsma, T. et al., 2017. Quality of life in patients with heart failure: a narrative review. *European Journal of Heart Failure*, 19(9), p.1105-1115.
37. Jiménez-Méndez, C. et al., 2022. Frailty and prognosis of older patients with chronic heart failure. *Revista Española de Cardiología*, 75(12), p.1011-1019.
38. Kadam, R.A., 2017. Informed consent process: A step further towards making it meaningful!. *Perspectives in Clinical Research*, 8(3), p.107-112.
39. Kurmani, S. & Squire, I. B., 2017. Acute Heart Failure: Definition, Classification and Epidemiology. *Current Heart Failure Reports*, 14(5), p.385-392.
40. Lin, C. F. et al., 2020. Health-Related Quality of Life Measured by EQ-5D in Relation to Hospital Stay and Readmission in Elderly Patients Hospitalized for Acute Illness. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(15), p.1-10.
41. Liu, S. et al., 2024. Understanding frailty: a qualitative study of older heart failure patients' frail experience and perceptions of healthcare professionals with frailty. *BMC Geriatrics*, 24(1012), p.1-11.
42. Louredo, A. B. et al., 2015. Instruments to assess quality of life in patients with heart failure. *Fisioterapia Em Movimento*, 28(4), p.851-858.
43. Ma, L., Sun, F. & Tang, Z., 2018. Social frailty is associated with physical functioning, cognition, and depression, and predicts mortality. *Geriatric Nursing*, 39(4), p.471-477.

44. Macnamara, J., 2024. Human Research Ethics Review Challenges in the Social Sciences: A Case for Review. *Journal of Academic Ethics*, 23, p.141-157.
45. Manti, S. & Licari, A., 2018. How to obtain informed consent for research. *Italian Journal of Pediatrics*, 44(1), p.1-5.
46. Matsue, Y. et al., 2020. Prevalence and prognostic impact of the coexistence of multiple frailty domains in elderly patients with heart failure: the FRAGILE-HF cohort study. *European Journal of Heart Failure*, 22(11), p.2112-2119.
47. McDonagh, J., Ferguson, C. & Prichard, R., 2023. Comparison of six frailty instruments in adults with heart failure: a prospective cohort pilot study. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 22(4), p.345-355.
48. McDonagh, J. et al., 2025. An Expert Opinion on the Management of Frailty in Heart Failure from the Australian Cardiovascular Alliance National Taskforce. *Heart Lung and Circulation*, 34(7), p.693-703.
49. McDonagh, J., Martin, L. & Ferguson, C., 2018. Frailty assessment instruments in heart failure: a systematic review. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 17(1), p.23-35.
50. McNally, T. et al., 2024. Investigating the relationship between FRailty And Quality of LIfe in patients with heart faiLure and CKD (FRAIL study). *ESC Heart Failure*, 11(3), p.1411-1421.
51. Mei, D. et al., 2025. Association between multidimensional frailty and quality of life in older adults with coronary heart disease: a cross-sectional study. *Frontiers in Psychology*, 16(1563493), p.1-9.
52. Mikalef, P. et al., 2019. Big data analytics capabilities: A systematic literature review and research agenda. *Journal of Business Research*, 98, p.261-274.
53. Mohajan, H.K., 2018. Qualitative research methodology in social sciences and related subjects. *Journal of Economic Development, Environment and People*, 7(1), p.23-48.
54. Montalto, M. et al., 2025. Heart Failure in Older Patients: An Update. *Journal of Clinical Medicine*, 14(1982), p.1-34.

55. Nijskens, C. M. et al., 2025. Efficacy and Safety of Heart Failure Treatment According to Frailty Status: A Systematic Review. *Journal of the American Heart Association*, 14, p.1-13.
56. Okello, S. et al., 2018. Validation of heart failure quality of life tool and usage to predict all-cause mortality in acute heart failure in Uganda: the Mbarara heart failure registry (MAHFER). *BMC Cardiovascular Disorders*, 18(232), p.1-10.
57. Oldridge, N. et al., 2014. The HeartQoL: part II. Validation of a new core health-related quality of life questionnaire for patients with ischemic heart disease. *European Journal of Preventive Cardiology*, 21(1), p.98-106.
58. Owens-Walton, J., 2025. Forming good research questions. *Translational Urology: Handbook for Designing and Conducting Clinical and Translational Research*, p.411-414.
59. Palinkas, L.A. et al., 2015. Purposeful sampling for qualitative data collection and analysis in mixed method implementation research. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 42(5), p.533-544.
60. Pandey, A., Gilbert, O. & Kitzman, D.W., 2021. Physical frailty in older patients with acute heart failure: From risk marker to modifiable treatment target. *Journal of the American Geriatrics Society*, 69(9), p.2451-2454.
61. Pandey, A. et al., 2023. Frailty and Effects of a Multidomain Physical Rehabilitation Intervention Among Older Patients Hospitalized for Acute Heart Failure: A Secondary Analysis of a Randomized Clinical Trial. *JAMA Cardiology*, 8(2), p.167-176.
62. Pandey, A., Kitzman, D. & Reeves, G., 2019. Frailty Is Intertwined With Heart Failure: Mechanisms, Prevalence, Prognosis, Assessment, and Management. *JACC: Heart Failure*, 7(12), p.1001-1011.
63. Park, Y. S., Konge, L. & Artino, A., 2020. The Positivism Paradigm of Research. *Invited Commentary: Philosophy of Science*, 95(5), p.690-694.
64. Patino, C.M. & Ferreira, J.C., 2018. Inclusion and exclusion criteria in research studies. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 44(2), p. 84-84.

65. Ponto, J., 2015. Understanding and evaluating survey research. *Journal of the Advanced Practitioner in Oncology*, 6(2), p.168-171.
66. Regmi, P.R. et al., 2016. Guide to the design and application of online questionnaire surveys. *International Journal of Social Research Methodology*, 19(6), p.719-726.
67. Resnik, D. B., 2019. Institutional Conflicts of Interest in Academic Research. *Science and Engineering Ethics*, 25(6), p.1661-1669.
68. Rezaei-Shahsavarloo, Z. et al., 2020. The impact of interventions on management of frailty in hospitalized frail older adults: a systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatrics*, 20(526), p.1-17.
69. Rockwood, K. & Mitnitski, A., 2007. Frailty in relation to the accumulation of deficits. *The Journals of Gerontology: Series A*, 62(7), p.722-727.
70. Ronconi, J. M., Shiner, B. & Watts, B. V., 2014. Inclusion and exclusion criteria in randomized controlled trials of psychotherapy for PTSD. *Journal of Psychiatric Practice*, 20(1), p.25-37.
71. Sequeira, C. A. & Borges, E. M., 2024. Enhancing statistical education in chemistry and STEAM using JAMOV. Part 2. Comparing dependent groups and principal component analysis (PCA). *Journal of Chemical Education*, 101(11), p.5040-5049.
72. Stark, M., & Woods, B., 2022. Developing an Idea into a Research Question. *Clinical Spine Surgery*, 36, p.34 -36.
73. Stark, M., 2022. Developing an Idea into a Research Question. *Clinical Spine Surgery*, 36(1), p.34-36.
74. Studzińska, K. et al., 2023. Usefulness of the Multidimensional Edmonton Frail Scale to Assess Physical Limitations in Frailty Syndrome Among Patients with Reduced Ejection Fraction Related to Heart Failure. *Med Rehabil*, 27(4), p.32-39.
75. Studzińska, K. et al., 2022. Employing the Multivariate Edmonton Scale in the Assessment of Frailty Syndrome in Heart Failure. *Journal of Clinical Medicine*, 11(4022), p.1-14.
76. Sze, S. et al., 2019. Identification of frailty in chronic heart failure. *JACC: Heart Failure*, 7(12), p.1079-1089.

77. Sze, S. et al., 2023. Which frailty tool best predicts morbidity and mortality in ambulatory patients with heart failure? A prospective study. *European Heart Journal - Quality of Care and Clinical Outcomes*, 9(7), p.731-739.
78. Taherdoost, H., 2021. Data collection methods and tools for research; a step by-step guide to choose data collection technique for academic and business research projects. *International Journal of Academic Research in Management*, 10(1), p.10-38.
79. Talha, K. M. et al., 2023. Frailty and heart failure: State-of-the-art review. *Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle*, 14(5), p.1959-1972.
80. Uchmanowicz, I. et al., 2022. Physical, psychological and social frailty are predictive of heart failure: A cross-sectional study. *Journal of Clinical Medicine*, 11(565), p.1-10.
81. Uchmanowicz, I. & Gobbens, R. J., 2015. The relationship between frailty, anxiety and depression, and health-related quality of life in elderly patients with heart failure. *Clinical Interventions in Aging*, 10, p.1595-1600.
82. Uchmanowicz, I. et al., 2025. Multiprofessional Interventions for Frailty in Patients with Heart Failure: A Comprehensive Review. *Current Heart Failure Reports*, 22(37), p.1-8.
83. Uchmanowicz, I. et al., 2019. The relationship between frailty syndrome and quality of life in older patients following acute coronary syndrome. *Clinical Interventions in Aging*, 14, p.805-816.
84. Uchmanowicz, I., Wleklik, M. & Gobbens, R. J. J., 2015. Frailty syndrome and self-care ability in elderly patients with heart failure. *Clinical Interventions in Aging*, 10, p.871-877.
85. Verdu-Rotellar, J.-M. et al., 2024. Impact of malnutrition on the quality of life in older patients with advanced heart failure: a cohort study. *Revista Clínica Española*, 224(2), p.105-113.
86. Vidán, M. T. et al., 2016. Prevalence and prognostic impact of frailty and its components in non-dependent elderly patients with heart failure. *European Journal of Heart Failure*, 18(7), p.869-875.

87. Vitale, C. et al., 2025. Assessment of frailty in patients with heart failure: A new Heart Failure Frailty Score developed by Delphi consensus. *ESC Heart Failure*, 12, p.1818-1831.
88. Wang, X. & Cheng, Z., 2020. Cross-sectional studies: strengths, weaknesses, and recommendations. *Chest*, 158(1), p.65-71.
89. Warraich, H.J., Kitzman, D.W. & Whellan, D.J., 2018. Physical function, frailty, cognition, depression, and quality of life in hospitalized adults ≥ 60 years with acute decompensated heart failure. *Circulation Heart Failure*, 11(11), p.1-22.
90. Wleklik, M. et al., 2025. Frailty determinants in heart failure: inflammatory markers, cognitive impairment and psychosocial interaction. *European Journal of Heart Failure*, 27(1), p.2010-2022.
91. Yang, X. et al., 2018. Impact of frailty on mortality and hospitalization in chronic heart failure: a systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Heart Association*, 7(23), p.1-19.
92. Żółkowska, B. et al., 2024. Clinical and psychological factors associated with frailty in patients with heart failure. *Journal of Clinical Medicine*, 13(7345), p.1-13.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Χορήγηση άδειας για τη συλλογή ερευνητικών δεδομένων

ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ

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

Πληροφορίες : Δ. Σαμπανιώτη
Τηλέφωνο : 2613 -600618
e-mail : protokollo@dypede.gr

06/02/2026 11:12:02
ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ
ΑΝΤΙΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ
ΥΠΕΡΥΠΟΥΡΓΕΙΟ

, 06/02/2026
.: 6202
: 6202

ΠΡΟΣ

κ. ΚΑΡΑΓΕΩΡΓΟΥ ΕΙΡΗΝΗ
Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια
Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

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

Σχετ: 1) Η υπ' αριθμ. πρωτ. 6202/28-01-2026 αίτησή σας.

2) Η υπ' αριθμ. πρωτ. Γ4β/Γ.Π. οικ. 42234/07.08.2024 (ΦΕΚ 855/τ. Υ.Ο.Δ.Δ./09.08.2024),
Απόφαση του Υπουργού και Υφυπουργού Υγείας περί διορισμού Διοικητή της 6ης Υ.ΠΕ.
Πελοποννήσου - Ιονίων Νήσων - Ηπείρου και Δυτικής Ελλάδας.

Σε απάντηση της παραπάνω (1) σχετικής αίτησής σας και λαμβάνοντας υπόψη την υπ' αριθμ. 2/26-01-2026 (θ.5^ο) θετική γνωμοδότηση του Επιστημονικού Συμβουλίου του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων, εγκρίνουμε να συλλέξετε ερευνητικά δεδομένα στο αναφερόμενο νοσοκομείο, στο πλαίσιο της διπλωματικής σας εργασίας με τίτλο: «Διερεύνηση της επίδρασης της ευπάθειας στην ποιότητα ζωής ηλικιωμένων 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.

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ:
Π.Γ.Ν.Ι.

Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ

ΗΛΙΑΣ ΘΕΟΔΩΡΟΠΟΥΛΟΣ

Έγκριση Επιτροπής Ηθικής Και Δεοντολογίας Πανεπιστήμιο Ιωάννινων



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΗΘΙΚΗΣ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Ιωάννινα,
Αριθμ. Πρωτ.: 11655/13-03-2026

Προς
κ. Καλαντζή Καλλιρόη
Αναπληρώτρια Καθηγήτρια
Τμήμα Νοσηλευτικής
Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Αξιότιμη κυρία Καλαντζή,
Κατόπιν εξέτασης της αίτησής σας από την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας της Έρευνας του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων στην Συνεδρίαση της 11^{ης} Μαρτίου 2026, καθώς και των συμπληρωματικών στοιχείων που σας ζητήθηκαν, σας χορηγείται δεοντολογική έγκριση για την παρακάτω πρόταση:

Τίτλος: «Διερεύνηση της επίδρασης της ευπάθειας στην ποιότητα ζωής ηλικιωμένων ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια»

Σας ευχόμαστε καλή επιτυχία στη διεξαγωγή της έρευνας.

Με εκτίμηση,

Η Πρόεδρος
της Επιτροπής Ηθικής και Δεοντολογίας της Έρευνας

VASILIKI BOUMPA

17.03.2026 09:14 UTC

Μπούμπα Βασιλική

Καθηγήτρια Τμήματος Ιατρικής ΠΙ

Ερωτηματολόγιο Δημογραφικών στοιχείων

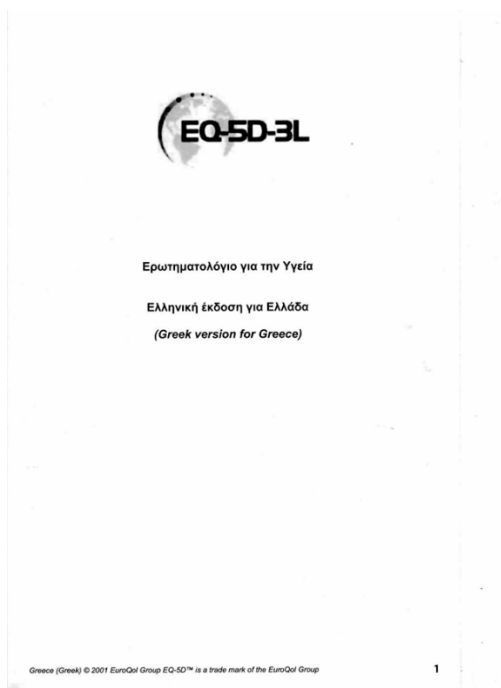
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ

- 1) Ποιο είναι το φύλο σας?
 - ☐ Άνδρας
 - ☐ Γυναίκα
- 2) Ποια είναι η ηλικία σας?
 - ☐ 55 – 64 ετών
 - ☐ 70 ετών και άνω
- 3) Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση?
 - ☐ Άγαμος/η
 - ☐ Παντρεμένος/η
 - ☐ Σε συμβίωση
 - ☐ Διαζευγμένος/η
 - ☐ Χήρος/α
- 4) Ποιο είναι το επίπεδο εκπαίδευσης σας?
 - ☐ Δημοτικό
 - ☐ Γυμνάσιο
 - ☐ Λύκειο
 - ☐ ΤΕΙ
 - ☐ ΑΕΙ
 - ☐ Μεταπτυχιακό
 - ☐ Διδακτορικό
- 5) Ποια η επαγγελματική σας κατάσταση?
 - ☐ Ανεργος/η
 - ☐ Εργαζόμενος/η μερικής απασχόλησης
 - ☐ Εργαζόμενος/η πλήρους απασχόλησης
 - ☐ Συνταξιούχος/α
- 6) Σε ποια γεωγραφική περιοχή κατοικείται?
 - ☐ Αγροτική περιοχή
 - ☐ Ημιαστική περιοχή
 - ☐ Αστική περιοχή
- 7) Ποιο είναι το μηνιαίο εισόδημα σας?
 - ☐ Κάτω από 500 ευρώ
 - ☐ 500 – 1000 ευρώ
 - ☐ 1000 – 2000 ευρώ
 - ☐ 2000 – 3000 ευρώ
 - ☐ 3000 ευρώ και άνω
- 8) Ποια είναι η κύρια αιτία που, σύμφωνα με τον/την ιατρό σας, οδήγησε στην καρδιακή ανεπάρκεια?
 - ☐ Στεφανιαία νόσος/Έμφραγμα
 - ☐ Αρτηριακή υπέρταση (μακροχρόνια)
 - ☐ Βαλβιδοπάθεια (π.χ. στένωση αορτής, ανεπάρκεια μιτροειδούς)
 - ☐ Μη ισχαιμική μυοκαρδιοπάθεια (π.χ. διατακτική, υπερτροφική)
 - ☐ Αρρυθμιογενής/ταχυκαρδιογενής αιτιολογία (π.χ. κοιλιακή μαρμαρυγή με υψηλή συχνότητα)
 - ☐ Τοξική/αλκοολική αιτιολογία
 - ☐ Χημειοθεραπεία/ακτινοθεραπεία
 - ☐ Φλεγμονώδης/λοιμώδης (π.χ. μυοκαρδίτιδα)
 - ☐ Δευτεροπαθής σε συστηματική νόσο (π.χ. θυρεοειδοπάθεια, νεφρική ανεπάρκεια, αμυλοείδωση)
 - ☐ Πνευμονική υπέρταση/δεξιά καρδιακή ανεπάρκεια (π.χ. χρόνια πνευμονοπάθεια)
 - ☐ Συγγενής καρδιοπάθεια
 - ☐ Άλλη αιτία
 - ☐ Δεν γνωρίζω/Δεν είμαι σίγουρος/η

9) Σε ποια από τις παρακάτω κατηγορίες της λειτουργικής ταξινόμησης NYHA εκτιμάτε ότι ανήκετε, σύμφωνα με τα συμπτώματα που εμφανίζετε στην καθημερινότητά σας?

- ☐ **Κλάση I (NYHA I):** Δεν έχετε περιορισμό στη σωματική δραστηριότητα. Η καθημερινή άσκηση δεν προκαλεί δύσπνοια, κόπωση ή ταχυκαρδία.
- ☐ **Κλάση II (NYHA II):** Ηπιος περιορισμός. Η ξεκούραση δεν προκαλεί ενόχλησεις, αλλά η έντονη ή παρατεταμένη άσκηση οδηγεί σε δύσπνοια/κόπωση.
- ☐ **Κλάση III (NYHA III):** Σημαντικός περιορισμός. Ακόμη και ήπια δραστηριότητα (π.χ. περπάτημα μικρής απόστασης) προκαλεί συμπτώματα, αλλά σε ηρεμία αισθάνεστε καλά.
- ☐ **Κλάση IV (NYHA IV):** Συμπτώματα ακόμη και σε ηρεμία. Αδυναμία εκτέλεσης οποιασδήποτε σωματικής δραστηριότητας χωρίς ενόχληση.
- ☐ Δεν γνωρίζω / Δεν μου έχει εξηγηθεί

Ερωτηματολόγιο για την Υγεία



Βάζοντας ένα ✓ σε ένα κουτάκι κάθε ομάδας παρακάτω, παρακαλούμε σημειώστε ποιές δηλώσεις περιγράφουν καλύτερα την κατάσταση της υγείας σας σήμερα.

Κινητικότητα

- Δεν έχω κανένα πρόβλημα στο περπάτημα ☐
- Έχω μερικά προβλήματα στο περπάτημα ☐
- Είμαι καθηλωμένος/η στο κρεβάτι ☐

Αυτοεξυπηρέτηση

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

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

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

Πόνος / Δυσφορία

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

Άγχος / Θλίψη

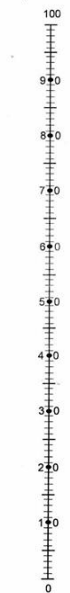
- Δεν έχω άγχος ή θλίψη ☐
- Έχω μέτριο άγχος ή θλίψη ☐
- Έχω υπερβολικό άγχος ή θλίψη ☐

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

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

Η κατάσταση της
δικής σας υγείας
σήμερα

Η καλύτερη
κατάσταση υγείας
που μπορείτε να
φανταστείτε



Η χειρότερη
κατάσταση υγείας
που μπορείτε να
φανταστείτε

Ερωτηματολόγιο: Ζώντας με τη καρδιακή ανεπάρκεια

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ: ΖΩΝΤΑΣ ΜΕ ΤΗΝ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Αυτά οι ερωτήσεις αφορούν τον τρόπο με τον οποίο η καρδιακή σας ανεπάρκεια (πρόβλημα της καρδιάς) σας εμπόδισε από το να ζείτε όπως θέλατε κατά τον παρασμένο μήνα. Οι ερωτήσεις της παρακάτω λίστας περιγράφουν διαφορετικούς τρόπους με τους οποίους μακριά άνθρωποι επηρεάζονται. Αν είναι σίγουρος ότι μια ερώτηση δεν σας αφορά ή δεν σχετίζεται με την καρδιακή σας ανεπάρκεια βάλτε σε κύκλο το 0 (Όχι) και περνάτε στην επόμενη ερώτηση. Αν μια ερώτηση σας αφορά, τότε βάλτε σε κύκλο τον αριθμό που αξιολογεί το πόσο πολύ σας εμπόδισε από το να ζείτε όπως θέλατε.

Σας εμπόδισε η καρδιακή σας ανεπάρκεια από το να ζείτε όπως θέλατε κατά τον παρασμένο μήνα:

	Όχι	Πολύ λίγο				Πάρα πολύ
1. Προκαλείντας πρόβλημα στους υπαργαθιστές σας, τα πόδια, κ.λ.π.;	0	1	2	3	4	5
2. Κάνοντάς σας να καθύστετε ή να χαλάνετε για να ξεκουράζεστε κατά τη διάρκεια της ημέρας;	0	1	2	3	4	5
3. Δυσκολεύοντας το περπάτημά σας ή το ανέβασμα σκάλας;	0	1	2	3	4	5
4. Δυσκολεύοντας τις δουλειές σας στο σπίτι ή στην αυλή;	0	1	2	3	4	5
5. Δυσκολεύοντας το να βγαίνετε έξω μακριά από το σπίτι;	0	1	2	3	4	5
6. Δυσκολεύοντάς σας από το να κοιμάστε καλά τη νύχτα;	0	1	2	3	4	5
7. Δυσκολεύοντας τις σχέσεις σας ή το να κάνετε πράγματα με τους φίλους σας ή την οικογένεια;	0	1	2	3	4	5
8. Δυσκολεύοντας την εργασία σας που σας αποφέρει εισόδημα;	0	1	2	3	4	5
9. Δυσκολεύοντας την ψυχραιμία σας, τα σπασί ή τα χόμπι σας;	0	1	2	3	4	5
10. Δυσκολεύοντας τις σεξουαλικές σας δραστηριότητες;	0	1	2	3	4	5
11. Κάνοντάς σας να τρώτε λιγότερο από τα φαγητά που σας αρέσουν;	0	1	2	3	4	5
12. Κάνοντάς σας να λαχνηιάζετε;	0	1	2	3	4	5
13. Κάνοντάς σας να νιώθετε κορφαρμένος, αδύναμος ή με χαμηλή ενεργητικότητα;	0	1	2	3	4	5
14. Κάνοντάς σας να παραμένετε σε νοσοκομείο;	0	1	2	3	4	5
15. Κοστίζοντάς σας χρήματα για ιατρική φροντίδα;	0	1	2	3	4	5
16. Προκαλείντας σας παρενέργειες από τα φάρμακα;	0	1	2	3	4	5
17. Κάνοντάς σας να νιώθετε ότι είσατε βίρας στην οικογένειά σας ή τους φίλους;	0	1	2	3	4	5
18. Κάνοντάς σας να νιώθετε ότι χάσατε τον έλεγχο του εαυτού σας στη ζωή σας;	0	1	2	3	4	5
19. Κάνοντάς σας να ανησυχείτε;	0	1	2	3	4	5
20. Δυσκολεύοντας το να συγκεντρώνετε ή να θυμάστε πράγματα;	0	1	2	3	4	5
21. Κάνοντάς σας να νιώθετε κατάθλιψη;	0	1	2	3	4	5

Copyright University of Minnesota 1986.

MLHF - Greece/Greek - 28 February 2001 - Map Research Institute.
011002 / MLHF_A12.0_gre-GK.doc

Ερωτηματολόγιο για την ευπάθεια (Edmonton Frail Scale)

Κλίμακα ευπάθειας του Edmonton

Παρακλίνια έκδοση

1/2

Ημερομηνία	B	x 1 =
Εξεταστής	C	x 2 =
Πρόσθετη πληρ.	Συνολικό σκορ	
Βαθμολόγηση της ΚΕΕ	ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10+	ΕΥΠΑΘΕΙΑ

ΤΑΥΤΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Ερωτήσεις A B C

Σε κάθε πεδίο κάνει μία μόνο επιλογή στην στήλη A, B, ή C. Οι βαθμοί υπολογίζονται βάσει της στήλης. Παρακαλώ δείτε το εργαλείο ΚΕΕ για πιο λεπτομερείς οδηγίες.

1. Γνωστικές λειτουργίες

Δοκιμασία Σχεδίασης Ρολογιού

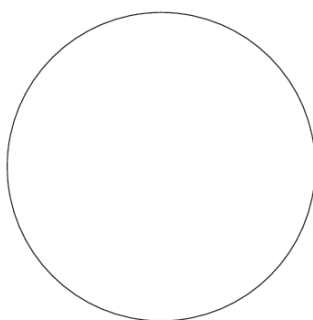
"Παρακαλώ φανταστείτε ότι αυτός ο κύκλος είναι ένα ρολόι. Θα ήθελα να τοποθετήσετε τους δείκτες ώστε να δείχνει ώρα έντεκα και δέκα"

ΕΠΙΤΥΧΗΣ ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΑ

ΑΠΟΤΥΧΗΜΕΝΗ ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΑ ΜΕ ΕΛΛΕΙΣΤΑ ΛΑΒΗ

ΑΠΟΤΥΧΗΜΕΝΗ ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΑ

Διπλώστε κατά μήκος της διακεκομμένης γραμμής πριν ζητήσετε από τον ασθενή να ξεκινήσει, προκειμένου να κρύψετε τα στοιχεία που αποσκοπούν την προσταγή



The Edmonton Frail Scale

Bedside Version

2/2

Questions	A	B	C
Αν η δοκιμασία σχεδίασης ρολογιού (πεδίο 1) βαθμολογείται στη στήλη B ή C, τα επόμενα πεδία που φέρουν αστερίσκο* μπορούν να βαθμολογηθούν βάσει των καλύτερων διαθέσιμων πληροφοριών.	A = 0	B = 1	C = 2
2. Γενική Κατάσταση Υγείας			
* a) Τον προηγούμενο χρόνο, πόσες φορές κάνατε εισαγωγή στο νοσοκομείο;	0	1-2	>2
b) Σε γενικές γραμμές, πώς θα περιγράφατε την υγεία σας; (διαλέξτε μία επιλογή)	ΑΡΙΣΤΗ ΠΟΛΥ ΚΑΛΗ ΚΑΛΗ	ΜΕΣΟΧΡΟΝΙΑΚΗ	ΚΑΚΗ
3. Λειτουργική αυτονομία			
* Για πόσες από τις παρακάτω δραστηριότητες χρειάζεστε βοήθεια; ☐ Προετοιμασία γεύματος ☐ Λήψη φαρμάκων ☐ Ψώνια ☐ Χρήση τηλεφώνου ☐ Δουλειές σπιτιού ☐ Μετακινήσεις ☐ Πλύσιμο ρούχων ☐ Διαχείριση χρημάτων	0-1	2-4	5-8
4. Κοινωνική υποστήριξη			
Όταν χρειάζεστε βοήθεια, υπάρχει κάποιος άτομο που μπορείτε να βασιστείτε και είναι ικανό και πρόθυμο να ικανοποιήσει τις ανάγκες σας;	ΠΑΝΤΑ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΠΟΤΕ
5. Χρήση φαρμάκων			
* a) Λαμβάνετε 5 ή περισσότερα συνταγογραφούμενα φάρμακα σε τακτική βάση;	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
* b) Έχει συμβεί μερικές φορές να ξεχάσετε να πάρετε τα συνταγογραφούμενα	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
6. Θρέψη			
* Έχετε χάσει πρόσφατα βάρος σε βαθμό που τα ρούχα σας, να σας είναι πιο φαρδιά;	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
7. Διάθεση			
Αισθάνεστε συχνά λύπη ή κατάθλιψη;	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
8. Ακράτεια			
* Έχετε πρόβλημα με απώλεια ελέγχου των ούρων χωρίς να το θέλετε;	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
9. Λειτουργική κατάσταση			
Δοκιμασία χρονομετρημένης έγερσης και βάδισης - 3 μέτρα "Θα ήθελα να καθίσετε σε αυτή την καρέκλα ακουμπώντας την πλάτη και τα χέρια στην καρέκλα. Όταν σας πω ΞΕΚΙΝΗΣΤΕ, παρακαλώ σηκωθείτε και περπατήστε με σίγουρο και άνετο βήμα μέχρι το σημείο που θα σας δείξω, επιστρέψτε στην καρέκλα και καθίστε ξανά." Συνολικός χρόνος καταγραφής - Δευτερόλεπτα Βαθμολογείται αυτό το πεδίο της δοκιμασίας ως >20 δευτερόλεπτα εάν: a) Το άτομο διστάζει ή αδυνατεί να ολοκληρώσει τη δοκιμασία b) Η ασφαλής εκτέλεση της δοκιμασίας απαιτεί ζώνη ασφαλείας, βοήθημα βάδισης ή βοήθεια από άλλο άτομο.	0-10 Δευτερόλεπτα	11-20 Δευτερόλεπτα	>20 Δευτερόλεπτα

The Edmonton Frail Scale—Official Bedside Version © 2019 University of Alberta. All rights reserved. These materials may not be copied, published, translated, distributed, or reproduced in any way in whole or in part without a license from the University of Alberta. Based on the original version © 2000 presented at the Canadian Geriatric Society Annual Scientific Meeting, later published in abbreviated format in Rollman DB, et al. Validity and reliability of the Edmonton Frail Scale. Age and Ageing 2006; 35(5): 526-529 doi: 10.1093/ageing/afk041.