



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ**  
ΓΕΝΙΚΟ ΤΜΗΜΑ  
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
"ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ"



## **ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**"Άγχος και ποιότητα ζωής νοσηλευόμενων ασθενών με καρδιαγγειακά νοσήματα"**

**Τσιουβελεκίδου Ειρήνη**

Νοσηλεύτρια

### **ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ**

**ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:** Παπαθανασίου Ιωάννα  
**ΜΕΛΗ ΤΡΙΜΕΛΟΥΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ:** Παπαθανασίου Ιωάννα  
Φραδέλος Ευάγγελος  
Παπαγιάννης Δημήτριος

**Λάρισα, 2020**



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ**  
ΓΕΝΙΚΟ ΤΜΗΜΑ  
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
"ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ"



**MASTER THESIS**

**Anxiety and quality of life of hospitalized patients with cardiovascular disease**

**Tsiouvelekidou Irene**

Nurse

**Larissa, 2020**

# ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου σε όσους βοήθησαν τόσο στα πλαίσια της ολοκλήρωσης της παρούσας διπλωματικής εργασίας, όσο και κατά τη διάρκεια των μεταπτυχιακών σπουδών μου. Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω, εκ βαθέων, πρώτα από όλους την επιβλέπουσα καθηγήτριά μου, κυρία Παπαθανασίου Ιωάννα, για την εμπιστοσύνη της αναθέτοντας και επιβλέποντας την διπλωματική μου εργασία, καθώς και για την άψογη συνεργασία και καθοδήγηση καθ' όλη τη διάρκεια της εκπόνησής της.

Θα ήθελα επίσης να εκφράσω τις ειλικρινείς μου ευχαριστίες στον καθηγητή της Καρδιοχειρουργικής κλινικής του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας, κύριο Τσιλιμίγκα Νικόλαο, για την πολύτιμη βοήθεια που μου πρόσφερε ώστε να μου επιτρέψει να μοιράσω τα ερωτηματολόγια στους ασθενείς της καρδιοχειρουργικής κλινικής. Επιπλέον, να ευχαριστήσω τα μέλη της εξεταστικής επιτροπής, καθώς και όλους τους διδάσκοντες του μεταπτυχιακού προγράμματος για τις γνώσεις που μου παρείχαν.

Τέλος, ένα μεγάλο ευχαριστώ ανήκει στον σύζυγό μου Χρήστο, στα παιδιά μου Βαγγέλη και Γιάννη για την ψυχολογική τους στήριξη και την κατανόηση τους.

# ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Κάθε ασθενής που υποφέρει από ένα χρόνια νόσημα εμφανίζει μεταπτώσεις στην ψυχολογία του, την οποία την επηρεάζουν πολλοί παράγοντες, θετικοί και αρνητικοί. Η παρουσία ενός καρδιαγγειακού νοσήματος επιφέρει εκτός από σημαντικές αλλαγές και πολλές απώλειες στην καθημερινή ζωή του ασθενή, επηρεάζοντας την ποιότητα ζωής του.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Διερεύνηση της ποιότητας ζωής και του προεγχειρητικού άγχους των νοσηλευόμενων ασθενών με καρδιαγγειακά νοσήματα.

**ΜΕΘΟΔΟΣ-ΥΛΙΚΟ:** Πρόκειται για μία συγχρονική μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε νοσηλευόμενους ασθενείς της Καρδιοχειρουργικής Κλινικής του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας. Ακολουθήθηκε δειγματοληψία τύπου «ευκολίας». Το δείγμα περιλάμβανε 72 ασθενείς με καρδιαγγειακά νοσήματα, στους οποίους χορηγήθηκαν ανώνυμα ερωτηματολόγια και τηρήθηκαν όλοι οι κανόνες ηθικής και δεοντολογίας. Τα ερωτηματολόγια περιλαμβάνουν τις κλίμακες Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) και World Health Organization QOL-BREF (WHOQOL-BREF). Χρησιμοποιήθηκε περιγραφική και επαγωγική ανάλυση με την χρήση του λογισμικού SPSS, σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5%.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων ήταν  $64.9 \pm 9$  έτη. Σε ό,τι αφορά την υποκλίμακα WHOQOL-BREF (Ποιότητα ζωής συνολικά και γενική υγεία) οι στατιστικοί δείκτες του δείγματος κατέγραψαν ένα μέτριο επίπεδο (48.8%). Οι τιμές της υποκλίμακας WHOQOL-BREF (Φυσική υγεία) δηλώνουν, επίσης, ένα μέτριο επίπεδο φυσικής υγείας (48.7 %). Οι τιμές της υποκλίμακας WHOQOL-BREF (Ψυχολογική υγεία) δηλώνουν ένα μέτριο, οριακά θετικό, επίπεδο ψυχολογικής υγείας (56.2 %). Οι τιμές της υποκλίμακας WHOQOL-BREF (Κοινωνικές σχέσεις) δηλώνουν ένα μέτριο, οριακά θετικό, επίπεδο κοινωνικών σχέσεων (56.5 %). Τέλος, οι στατιστικοί δείκτες της υποκλίμακας WHOQOL-BREF (Περιβάλλον) δηλώνουν, επίσης, ένα οριακά θετικό επίπεδο στο αίσθημα ασφάλειας από εξωτερικούς κινδύνους (59.6 %). Βρέθηκε ότι το φύλο ( $p = .006$ ) και η άσκηση ( $p = .007$ ) επιδρούν στην ποιότητα της ζωής.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Τα αποτελέσματα, σχετικά με την ποιότητα ζωής, τη φυσική και ψυχολογική υγεία, τις κοινωνικές σχέσεις, και το αίσθημα ασφάλειας από εξωτερικούς κινδύνους, έδειξαν ένα μέτριο επίπεδο με τάση, έστω και οριακή, προς θετική

κατεύθυνση. Το φύλο φαίνεται να επηρεάζει την ποιότητα ζωής, με τους άντρες να έχουν υψηλότερο επίπεδο ποιότητας ζωής, ψυχολογικής υγείας, και κοινωνικών σχέσεων. Η ποιότητα ζωής, ως ο σημαντικότερος δείκτης της ανθρώπινης ζωής, πρέπει να μελετάται ενδελεχώς και διαχρονικά, ώστε να εξάγονται έγκυρα συμπεράσματα που θα οδηγούν σε παρεμβάσεις, ατομικού ή κοινωνικού χαρακτήρα, με σκοπό τη βελτίωση της.

**Λέξεις-κλειδιά:** Καρδιαγγειακά νοσήματα, Ποιότητα ζωής, Άγχος

# ABSTRACT

**INTRODUCTION:** Every patient suffering from a chronic disease shows changes in his psychology, which is influenced by many factors, positive and negative. The presence of a cardiovascular disease brings in addition to significant changes and many losses in the daily life of the patient, affecting his quality of life.

**PURPOSE:** Investigation of quality of life and preoperative stress of hospitalized patients with cardiovascular disease.

**METHOD-MATERIAL:** This is a contemporary study performed on hospitalized patients of the Cardiac Surgery Clinic of the University General Hospital of Larissa. A "convenience" type sampling was followed. The sample included 72 patients with cardiovascular disease, who were given anonymous questionnaires and all the rules of ethics were followed. The questionnaires include the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) and the World Health Organization QOL-BREF (WHOQOL-BREF). Descriptive and inductive analysis was used using SPSS software, at a statistical significance level of 5%.

**RESULTS:** The mean age of the participants was  $64.9 \pm 9$  years. Regarding the WHOQOL-BREF subscale (Total Quality of Life and General Health), the statistical indicators of the sample recorded a moderate level (48.8%). Prices for the WHOQOL-BREF (Physical Health) subscale also indicate a moderate level of physical health (48.7%). Prices for the WHOQOL-BREF (Psychological Health) subscale indicate a moderate, marginally positive, psychological health level (56.2%). The WHOQOL-BREF (Social Relations) subscale values indicate a moderate, marginally positive, level of social relationships (56.5%). Finally, the statistical indicators of the WHOQOL-BREF (Environment) subscale also indicate a marginally positive level in the feeling of security from external risks (59.6%). It was found that gender ( $p = .006$ ) and exercise ( $p = .007$ ) affect quality of life.

**CONCLUSIONS:** The results, on quality of life, physical and psychological health, social relationships, and the feeling of security from external dangers, showed a moderate level of tendency, albeit marginal, in a positive direction. Gender seems to affect quality of life, with men having higher quality of life, psychological health, and social relationships.. Quality of life, as the most important indicator of human life, must be

studied thoroughly and over time, in order to draw valid conclusions that will lead to interventions, individual or social, in order to improve it.

**Keywords:** Cardiovascular diseases, Quality of life, Anxiety

# ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

<b>ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ</b>	<b>iii</b>
<b>ΠΕΡΙΛΗΨΗ</b>	<b>iv</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>vi</b>
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ</b>	<b>viii</b>
<b>1. ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ</b>	<b>1</b>
<b>1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ</b>	<b>1</b>
<b>1.2 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ – ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ</b>	<b>1</b>
1.2.1 ΕΓΚΕΦΑΛΟΑΓΓΕΙΑΚΗ ΝΟΣΟΣ	1
1.2.2 ΙΣΧΑΙΜΙΚΗ ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΑ	2
1.2.3 ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΗ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΝΟΣΟΣ	2
1.2.4 ΡΕΥΜΑΤΙΚΗ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΝΟΣΟΣ	3
1.2.5 ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗΣ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΝΟΣΟΣ	3
1.2.6 ΑΛΛΑ ΚΑΡΔΙΑΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ	3
1.2.7 ΦΛΕΒΙΚΗ ΘΡΟΜΒΟΕΜΒΟΛΙΚΗ ΝΟΣΟΣ	4
<b>1.3 ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ</b>	<b>4</b>
1.3.1 ΜΗ ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΙΜΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	5
1.3.2 ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΙΜΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	5
<b>1.4 ΠΡΟΛΗΨΗ</b>	<b>8</b>
<b>1.5 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ</b>	<b>10</b>
<b>2. ΑΓΧΟΣ</b>	<b>13</b>
<b>2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ</b>	<b>13</b>
<b>2.2 ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ</b>	<b>14</b>
<b>2.3 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ</b>	<b>14</b>
<b>2.4 ΑΓΧΟΣ ΚΑΙ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ</b>	<b>16</b>
<b>2.5 ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟ ΑΓΧΟΣ</b>	<b>19</b>
<b>2.6 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟΥ ΑΓΧΟΥΣ</b>	<b>21</b>
<b>2.7 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟΥ ΑΓΧΟΥΣ</b>	<b>24</b>



2.8	ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟΥ ΑΓΧΟΥΣ _____	24
2.9	ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ _____	26
<b>3.</b>	<b>ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ _____</b>	<b>28</b>
3.1	ΟΡΙΣΜΟΣ _____	28
3.2	ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ _____	29
3.3	ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ _____	30
3.4	ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ _____	33
<b>4.</b>	<b>ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ _____</b>	<b>37</b>
4.1	ΣΚΟΠΟΣ _____	37
4.2	ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΣΤΟΧΟΣ _____	37
4.3	ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΠΡΟΣΒΑΣΗΣ _____	37
4.4	ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΝΤΑΞΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΥ _____	37
4.4.1	ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΝΤΑΞΗΣ _____	37
4.4.2	ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΥ _____	38
4.5	ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ _____	38
4.6	ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ _____	39
4.7	ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΠΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΣ _____	40
<b>5.</b>	<b>ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ _____</b>	<b>41</b>
5.1	ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ _____	41
5.2	ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ _____	45
<b>6.</b>	<b>ΣΥΖΗΤΗΣΗ _____</b>	<b>62</b>
<b>7.</b>	<b>ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ _____</b>	<b>65</b>
	<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ _____</b>	<b>66</b>
	<b>ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ _____</b>	<b>73</b>
	<b>ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΚΡΙΣΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ _____</b>	<b>81</b>
	<b>ΕΝΤΥΠΟ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ-ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΑΣΘΕΝΗ _____</b>	<b>82</b>



# 1. ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

## 1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ

Με τον όρο καρδιαγγειακό νόσημα χαρακτηρίζεται κάθε είδους βλάβη της καρδιάς ή των αιμοφόρων αγγείων που σχετίζονται ανατομικά και λειτουργικά με αυτήν. Η πιο κοινή αιτία των καρδιαγγειακών νοσημάτων είναι η αθηροσκλήρυνση η οποία οφείλεται στην εναπόθεση λίπους στα τοιχώματα των αγγείων της καρδιάς. (Donovan, Cherney, & Holland, 2018)

## 1.2 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ – ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ

Τα καρδιαγγειακά νοσήματα διακρίνονται σε επτά κατηγορίες και έχουν άμεση συσχέτιση με την αθηροσκλήρυνση. Επιγραμματικά η ταξινόμηση είναι η εξής:

- Εγκεφαλοαγγειακή νόσος
- Ισχαιμική καρδιοπάθεια
- Υπερτασική καρδιακή νόσος
- Ρευματική καρδιακή νόσος
- Φλεγμονώδης καρδιακή νόσος
- Διάφορα καρδιαγγειακά νοσήματα
- Φλεβική θρομβοεμβολική νόσος (WHO, 2020)

### 1.2.1 ΕΓΚΕΦΑΛΟΑΓΓΕΙΑΚΗ ΝΟΣΟΣ

Στην συγκεκριμένη κατηγορία, βλάβη των αιμοφόρων αγγείων έχει ως αποτέλεσμα την ελαττωμένη παροχή αίματος σε σημεία του εγκεφάλου. Η δεδομένη αυτή ανατομική βλάβη που συνεπάγεται και λειτουργική ανωμαλία, εκδηλώνεται με την μορφή του εγκεφαλικού επεισοδίου, των παροδικών ισχαιμικών προσβολών και της εγκεφαλικής αγγειακής νόσου. Στην υποκατηγορία του εγκεφαλικού επεισοδίου, η βλάβη που συντελείται στα αιμοφόρα αγγεία επιφέρει μείωση της παρεχόμενης ποσότητας οξυγόνου σε διάφορες περιοχές του εγκεφάλου και είναι πολύ πιθανό να καταλήξει είτε σε αναπηρία μόνιμη είτε στην απώλεια της ζωής. Στην περίπτωση των παροδικών

ισχαιμικών κρίσεων, η ροή του αίματος προς τον εγκέφαλο παρεμποδίζεται αλλά αυτό διαρκεί για σύντομο χρονικό διάστημα. Αν και η διαταραχή είναι βραχείας διάρκειας, προκαλεί αιφνίδια μια αλλαγή στην λειτουργία του εγκεφάλου. Η κλινική συμπτωματολογία των παροδικών ισχαιμικών κρίσεων περιλαμβάνει μονόπλευρη αδυναμία του σώματος, απώλεια της ισορροπίας, σύγχυση, διπλωπία, και κάποιες μορφές δυσκολία στην ομιλία. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων, τα συμπτώματα έχουν μικρή χρονική διάρκεια και ελάχιστη πιθανότητα μόνιμου χαρακτήρα των βλαβών. (WHO, 2020)

### **1.2.2 ΙΣΧΑΙΜΙΚΗ ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΑ**

Η στένωση των στεφανιαίων αρτηριών προκαλεί ελάττωση της παροχής αίματος προς την καρδιά και εκδηλώνεται με τη μορφή της στηθάγχης και της καρδιακής προσβολής. Στην στηθάγχη, λόγω της υποκείμενης ισχαιμίας, εμφανίζεται στο στήθος ένας έντονος πόνος που συνήθως αντανακλάται στον ώμο, στο βραχίονα και στη γνάθο. Συνοδό σύμπτωμα του πόνου αποτελεί η εφίδρωση. Η εκδήλωση των συμπτωμάτων γίνεται κατά τη διάρκεια της άσκησης ενώ όταν ο ασθενής αναπαύεται, τα κλινικά σημεία της νόσου υποχωρούν. Στην περίπτωση, που τα συμπτώματα δεν εμφανίζουν ύφεση και παραμένουν έντονα, τότε υπάρχει αυξημένη πιθανότητα πρόκλησης εμφράγματος του μυοκαρδίου. Σε αυτήν την περίπτωση, η γενεσιουργός αιτία του προβλήματος είναι η διακοπή της τροφοδότησης του μυοκαρδίου με αίμα και απαιτείται άμεση ιατρική φροντίδα και παρέμβαση για την αποφυγή του θανάτου του ασθενή. (WHO, 2020)

### **1.2.3 ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΗ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΝΟΣΟΣ**

Η παρουσία υψηλής τιμής της αρτηριακής πίεσης προκαλεί επιβάρυνση στην λειτουργία τόσο της καρδιάς όσο και των αιμοφόρων αγγείων. Η υπερτασική νόσος εκδηλώνεται με την περιφερική αρτηριακή νόσο όπως και με το ανεύρυσμα. Στην πρώτη κλινική οντότητα, ο ασθενής βιώνει έντονο πόνο κατά τη διάρκεια του περπατήματος εξαιτίας της απόφραξης ή της στένωσης των αγγείων στα κάτω άκρα. Στην δεύτερη περίπτωση, στο ανεύρυσμα, παρατηρείται μια αλλαγή στα τοιχώματα αρτηριών του σώματος. Ειδικότερα, διόγκωση και ενίοτε αδυναμία του τοιχώματος των αιμοφόρων αγγείων αποτελεί την αιτία του προβλήματος. Οι κύριες αρτηρίες στις οποίες εντοπίζεται

συχνότερα η διαταραχή είναι η κοιλιακή αορτή και αγγεία που βρίσκονται στη βάση του εγκεφάλου. (WHO, 2020)

#### **1.2.4 ΡΕΥΜΑΤΙΚΗ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΝΟΣΟΣ**

Ο εν λόγω τύπος καρδιακής νόσου οφείλει την ύπαρξη του στις βλάβες που προκαλούνται στις βαλβίδες του μυοκαρδίου από βακτήρια. Συγκεκριμένα, ο στρεπτόκοκκος προκαλεί ρευματικό πυρετό. (WHO, 2020)

#### **1.2.5 ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗΣ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΝΟΣΟΣ**

Η παρουσία της φλεγμονής στην περιοχή της καρδιάς αφορά στον καρδιακό μυ, τη μεμβράνη της καρδιάς και την εσωτερική επιφάνεια της. Κατά αντιστοιχία, οι φλεγμονές που προκαλούνται στις προαναφερθείσες ανατομικές δομές καλούνται ως εξής: μυοκαρδίτιδα, περικαρδίτιδα και ενδοκαρδίτιδα. Οι νόσοι που εμφανίζονται και έχουν ως βάση τους συγκεκριμένους τύπους φλεγμονών στην περιοχή της καρδιάς είναι η καρδιομυοπάθεια, η βαλβιδική καρδιακή νόσος και η περικαρδιακή νόσος. Στην περίπτωση της καρδιομυοπάθειας, όπως προαναφέρθηκε, η φλεγμονή αποτελεί αιτιολογικό παράγοντα, ωστόσο οι μελέτες υποδεικνύουν και γενετικά στοιχεία ως αίτια της νόσου. Στην βαλβιδική καρδιακή νόσο, οι βαλβίδες της καρδιάς, υπό την επίδραση διαφόρων παραγόντων, είναι δυνατό να δυσλειτουργήσουν λόγω πρόκλησης βλάβης και να επηρεάσουν την ορθή κατεύθυνση της αιματικής ροής. Οι βλάβες αυτές περιγράφονται ως πρόπτωση, στένωση και ανεπάρκεια και οφείλονται σε γενετικά αίτια, σε φάρμακα, σε θεραπευτικά πρωτόκολλα για την αντιμετώπιση του καρκίνου όπως και στον ρευματικό πυρετό. Τέλος, η περικαρδιακή ασθένεια, είναι μια νοσολογική οντότητα που αναπτύσσεται λόγω της συσσώρευσης υγρού στην περικαρδιακή κοιλότητα, στην εμφάνιση φλεγμονής και στην πρόκληση δυσκαμψίας. Οι αντίστοιχες νόσοι που συνοδεύουν τις συγκεκριμένες διαταραχές είναι η περικαρδιακή συλλογή, η περικαρδίτιδα και η στεφανιαία περικαρδίτιδα. (WHO, 2020)

#### **1.2.6 ΑΛΛΑ ΚΑΡΔΙΑΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ**

Στην κατηγορία αυτή συμπεριλαμβάνονται η συγγενής καρδιακή νόσος, η καρδιακή ανεπάρκεια και οι καρδιακές αρρυθμίες. Ο όρος της συγγενούς καρδιοπάθειας χαρακτηρίζεται από μια ευρύτητα καθώς αναφέρεται σε μια ποικιλία ανατομικών και

λειτουργικών ανωμαλιών όπως οι σπές της καρδιάς, οι μη φυσιολογικές βαλβίδες και οι ανώμαλοι θάλαμοι. Η συγκεκριμένη νόσος οφείλεται κατά κύριο λόγο σε γενετικούς παράγοντες που είτε κληρονομήθηκαν είτε επέδρασαν στο έμβρυο στην διάρκεια της εγκυμοσύνης. Στην περίπτωση της καρδιακής ανεπάρκειας, λόγω της καταστροφής του καρδιακού μυός, αναπτύσσεται μια χρόνια νόσος που οδηγεί σε μη ικανοποιητική παροχή αίματος στα ζωτικά όργανα του σώματος με αποτέλεσμα την υποοξυγόνωσή τους. Η καρδιά λειτουργεί, ούσα, όμως, μη αποτελεσματική με εμφανή συνέπειες στην λειτουργικότητα των υπόλοιπων οργάνων. Τα συμπτώματα που εμφανίζονται είναι κυρίως η πνευμονική συμφόρηση και η δύσπνοια που ενδέχεται να εμφανίζονται μεμονωμένα ή συνεργικά. Τέλος, η διαταραχή του φυσιολογικού ρυθμού της καρδιακής λειτουργίας συνιστούν μια πάθηση που καλείται καρδιακή αρρυθμία. Πρόκειται για μια κατάσταση που ως επί το πλείστον δεν είναι επικίνδυνη για την ανθρώπινη ζωή. Οι πιο συχνοί τύποι της είναι η υπερκοιλιακή ταχυκαρδία, η κοιλιακή μαρμαρυγή και η βραδυκαρδία. Εκτός από τις προαναφερόμενες νόσους, υπάρχουν και κάποιες άλλες καταστάσεις που ανήκουν στα καρδιαγγειακά νοσήματα. Πρόκειται για τους όγκους της καρδιάς, τα ανευρύσματα του εγκεφάλου, τις καρδιομυοπάθειες και την αρτηριακή υπέρταση. (WHO, 2020)

### **1.2.7 ΦΛΕΒΙΚΗ ΘΡΟΜΒΟΕΜΒΟΛΙΚΗ ΝΟΣΟΣ**

Η νόσος αυτή οφείλεται στην δημιουργία θρόμβων στις φλέβες των κάτω άκρων με τελικό αποτέλεσμα την απόφραξη. Στην περίπτωση που οι εν λόγω θρόμβοι αποκολληθούν από την εστία δημιουργίας τους δύναται να μεταφερθούν μέσω της αιματικής ροής στους πνεύμονες και να προκαλέσουν πνευμονική εμβολή. (WHO, 2020)

## **1.3 ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ**

Το 1961, ο Dr William Kennel εισήγαγε τον όρο «παράγοντας κινδύνου» που έκτοτε χρησιμοποιήθηκε ως ιατρική ορολογία στον προσδιορισμό της αιτιοπαθογένειας μιας νόσου. Ο ίδιος, αναφερόμενος στην περίπτωση των καρδιαγγειακών νοσημάτων, υποστήριξε ότι «πρόκειται για πολυπαραγοντική ασθένεια και η εμφάνισή της δεν οφείλεται σε μία μόνο αιτία». Στην διάρκεια της ανεύρεσης και διερεύνησης εκείνων των παραγόντων που ευθύνονται, οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι είναι πολλοί,

ποικίλοι και ταξινομούνται σε δύο βασικές κατηγορίες. Στην πρώτη ομάδα ανήκουν οι επονομαζόμενοι μη αναστρέψιμοι παράγοντες οι οποίοι μπορούν να προσδιορίσουν τον κίνδυνο εμφάνισης της νόσου ανεξάρτητα από το αν συνυπάρχει άλλος παράγοντας. Στην δεύτερη ομάδα, που είναι και πολυπληθέστερη, ανήκουν οι αναστρέψιμοι παράγοντες. (Thom et al., 2006)

### 1.3.1 ΜΗ ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΙΜΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

- ❖ **ΦΥΛΟ:** Σύμφωνα με τα δεδομένα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, οι άνδρες διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο εκδήλωσης καρδιαγγειακής νόσου σε σχέση με τις γυναίκες. Αν και έχουν διατυπωθεί αρκετές απόψεις για την αιτία αυτής της απόκλισης, ως κυρίαρχη θεωρείται η ορμονική διαφορά στα δύο φύλα και συγκεκριμένα ο προστατευτικός ρόλος των οιστρογόνων. Στο σημείο αυτό, όμως, πρέπει να σημειωθεί ότι στις γυναίκες, ο κίνδυνος να εμφανίσουν καρδιαγγειακό νόσημα αυξάνεται με την είσοδο στην εμμηνόπαυση.
- ❖ **ΗΛΙΚΙΑ:** Αποτελεί τον πιο σημαντικό από τους μη αναστρέψιμους παράγοντες. Η φυσιολογική γήρανση του οργανισμού δημιουργεί εκφύλιση του καρδιακού μυός και αυξάνει τον κίνδυνο να προκληθούν τραυματισμοί στις αρτηρίες. Οι μελέτες έχουν αποδείξει ότι ο κίνδυνος καρδιαγγειακού νοσήματος τριπλασιάζεται ανά δεκαετία ζωής. Συγκεκριμένα, έχει ανευρεθεί ότι το 82% των ασθενών που πεθαίνουν από κάποια ασθένεια της καρδιάς είναι ηλικίας άνω των 65 ετών.
- ❖ **ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ:** Η ύπαρξη οικογενειακού ιστορικού με καρδιακή νόσο αποτελεί έναν σημαντικό παράγοντα εμφάνισης της ασθένειας, ειδικά αν η ηλικία εμφάνισης της καρδιοπάθειας ήταν πριν τα 55 έτη για τον άνδρα και τα 65 για την γυναίκα.
- ❖ **ΦΑΡΜΑΚΑ:** Τα φάρμακα τα οποία έχει αποδειχθεί ότι αυξάνουν τον κίνδυνο καρδιακής νόσου είναι τα αντικαρκινικά φάρμακα που χρησιμοποιούνται στα ακτινοθεραπευτικά και χημειοθεραπευτικά σχήματα. (WHO, 2020)

### 1.3.2 ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΙΜΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

- **ΚΑΠΝΙΣΜΑ:** Η νικοτίνη, ως βασικό συστατικό των τσιγάρων, ευθύνεται για το 10% των περιπτώσεων ασθενών με κάποιας μορφής καρδιαγγειακό νόσημα.

Η δράση της εντοπίζεται στην λειτουργία των αιμοφόρων αγγείων και έχει ως τελικό αποτέλεσμα την βλάβη των αρτηριών και την πρόκληση της αθηροσκλήρυνσης. Ωστόσο, έχει αποδειχθεί ότι η διακοπή του καπνίσματος σε ηλικία κάτω των 30 ετών συνεπάγεται χαμηλή συχνότητα θανάτου, ισοδύναμη με τους μη καπνιστές.

- **ΚΑΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ:** Η καρδιακή νόσος σχετίζεται άμεσα με διατροφή που περιλαμβάνει τροφές υψηλής περιεκτικότητας σε λίπος, ζάχαρη και αλάτι. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχει εκτιμήσει πως τα λιπαρά της κατηγορίας trans είναι υπεύθυνα για έναν μεγάλο αριθμό θανάτων ετησίως οι οποίοι συνδέονται με καρδιαγγειακά νοσήματα.
- **ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ:** Τα επιδημιολογικά δεδομένα από το σύνολο των χωρών του παγκόσμιου χάρτη έχουν οδηγήσει στη διαπίστωση ότι περίπου το 20% του πληθυσμού έχει αρτηριακή υπέρταση. Οι συγκεκριμένοι ασθενείς, βάσει αξιόπιστων μελετών, εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο εκδήλωσης καρδιακής ανεπάρκειας, εμφράγματος του μυοκαρδίου και εγκεφαλικού επεισοδίου. Ο λόγος είναι ότι η πίεση που υπερβαίνει τα επιτρεπτά όρια προκαλεί ανατομικές βλάβες και ανωμαλίες στη λειτουργία της καρδιάς μέσω της πάχυνσης των τοιχωμάτων των αγγείων. Ως επακόλουθο, παρατηρείται δυσκολία στη ροή του αίματος μέσα στα αιμοφόρα αγγεία με συνέπεια την υπερτροφία της αριστερής κοιλίας. Σε ότι αφορά την συσχέτιση της αρτηριακής υπέρτασης και της καρδιαγγειακής νόσου, οι έρευνες αποδεικνύουν ότι οι υπερτασικοί ασθενείς σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό έχουν 17 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να εκδηλώσουν κάποιο νόσημα του καρδιαγγειακού συστήματος.
- **ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ:** Σύμφωνα με το Εθνικό Ινστιτούτο Διαβήτη, οι ασθενείς που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 ενδέχεται να αναπτύξουν καρδιαγγειακή νόσο με διπλάσια συχνότητα.
- **ΔΥΣΛΙΠΙΔΑΙΜΙΑ:** Τα άτομα που έχουν χοληστερόλη σε μη φυσιολογικές τιμές κινδυνεύουν από την πιθανότητα σχηματισμού αθηρωματικών πλακών στα αιμοφόρα αγγεία με συνέπεια την εκδήλωση της αρτηριοσκλήρυνσης.



- ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ: Το υπερβολικό βάρος συνδέεται άρρηκτα με τα καρδιαγγειακά νοσήματα λόγω του ότι προκαλεί επιδείνωση σε άλλους αιτιολογικούς παράγοντες. Για αυτόν τον λόγο, οι συστάσεις επιζητούν την μείωση του σωματικού βάρους.
- ΕΛΛΕΙΨΗ ΑΣΚΗΣΗΣ: Η παντελής απουσία φυσικής δραστηριότητας έχει ενοχοποιηθεί για την εμφάνιση καρδιαγγειακών νοσημάτων. Για την ελάττωση του κινδύνου, συστήνεται ήπια σωματική δραστηριότητα, διάρκειας 150 λεπτών στη διάρκεια της εβδομάδας. Με την εφαρμογή της συγκεκριμένης τακτικής, ο κίνδυνος εμφάνισης ισχαιμικής καρδιοπάθειας μπορεί να μειωθεί κατά 1/3. Επίσης, η άσκηση συμβάλλει σημαντικά στην ελάττωση της αρτηριακής πίεσης, στη ρύθμιση της τιμής της γλυκόζης όπως και στην απώλεια των περιττών κιλών.
- ΣΤΡΕΣ-ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ: Ένα άτομο που βιώνει έντονο άγχος, είναι πολύ πιθανό να προκαλέσει βλάβη στα αιμοφόρα αγγεία του και να συμβάλλει στην δυσλειτουργία τους. Ένας ασθενής με έντονο άγχος ή κατάθλιψη, συνήθως αμελεί την υγεία του και υιοθετεί έναν ανθυγιεινό τρόπο ζωής. Συγκεκριμένα, αρχίζει το κάπνισμα, παραμελεί την φαρμακευτική του αγωγή για συνυπάρχουσες παθήσεις και η διατροφή του περιλαμβάνει αυξημένες ποσότητες τροφίμων, κυρίως ανθυγιεινών. Ως εκ τούτου, τα καρδιακά νοσήματα εμφανίζονται στους συγκεκριμένους ασθενείς σε αυξημένο ποσοστό σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό.
- ΚΑΚΗ ΥΓΙΕΙΝΗ: Στις περιπτώσεις ασθενών με καρδιακό νόσημα, η κακή υγιεινή ελλοχεύει τον κίνδυνο μόλυνσεων από ιούς και βακτήρια. Η παρουσία των παθογόνων μικροοργανισμών είναι πολύ πιθανό να προκαλέσει καρδιακή μόλυνση που επιβαρύνει την γενική κατάσταση των συγκεκριμένων ασθενών. Στην ίδια κατηγορία ανήκει και η αμέλεια της υγείας της στοματικής κοιλότητας και της οδοντοστοιχίας, καθώς οι έρευνες έχουν αποδείξει ότι συμβάλλουν στην ανάπτυξη καρδιακών νοσημάτων. (WHO, 2020)

Με βάση τις προηγούμενες πληροφορίες, έχουν γίνει έρευνες που συστήνουν την εξάλειψη ή τον περιορισμό της υιοθέτησης ανθυγιεινών συνηθειών διατροφής και ζωής

προκειμένου να ελαττωθεί ο κίνδυνος εμφάνισης καρδιαγγειακών νοσημάτων κατά 80%. (Pierpoli et al., 2016)

## 1.4 ΠΡΟΛΗΨΗ

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχει τοποθετηθεί υπέρ των μεθοδευμένων προσπαθειών για την πρόληψη των καρδιαγγειακών νοσημάτων. Πράγματι, οι έρευνες έχουν αποδείξει ότι η λήψη προφυλακτικών μέτρων μπορεί να περιορίσει την συχνότητα εκδήλωσης στεφανιαίας νόσου, ισχαιμικού εγκεφαλικού επεισοδίου και πρόωρων θανάτων κατά 80%. Οι βασικοί στόχοι της πρόληψης αφορούν στην υγιεινή διατροφή, στην φυσική άσκηση σε τακτά χρονικά διαστήματα, στην αποφυγή του καπνίσματος και στον τακτικό έλεγχο της υγείας. Προς την επίτευξη του συγκεκριμένου στόχου, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχει κοινοποιήσει ορισμένες συστάσεις σχετικά με τους τρόπους προφύλαξης του κάθε ατόμου που θεωρείται επιρρεπές στην εμφάνιση καρδιαγγειακών νοσημάτων:

- ✓ Γενικός έλεγχος και διερεύνηση του καρδιαγγειακού κινδύνου: Σε αυτήν την περίπτωση εντάσσονται όλες εκείνες οι προσπάθειες που αποσκοπούν στην αξιολόγηση των ατόμων που ανήκουν στην ομάδα υψηλού κινδύνου και στην παροχή κατάλληλης συμβουλευτικής φροντίδας αλλά και θεραπείας όταν κρίνεται απαραίτητο.
- ✓ Έλεγχος αρτηριακής πίεσης: Η αυξημένη τιμή της αρτηριακής πίεσης, συνήθως είναι ασυμπτωματική και αυτό αποτελεί μείζον πρόβλημα γιατί συνιστά έναν από τους πρωταρχικούς αιτιολογικούς παράγοντες της εκδήλωσης καρδιακού νοσήματος. Για την επίτευξη της διατήρησης της αρτηριακής πίεσης εντός φυσιολογικών ορίων δίνονται συστάσεις για υιοθέτηση υγιεινής διατροφής, αποφυγής ή περιορισμού λήψης αλατιού και εισαγωγής στην καθημερινή ζωή, της φυσικής άσκησης. Τέλος, όταν κρίνεται απαραίτητο, δίνεται και η κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή.
- ✓ Έλεγχος λιπιδίων: Αποτελεί βασική προϋπόθεση της διατήρησης της σωματικής υγείας, η εξασφάλιση φυσιολογικών τιμών χοληστερόλης τους

αίματος. Στις περιπτώσεις που υπάρχει υπέρβαση των επιτρεπτών ορίων, απαιτείται η λήψη υγιεινών τροφών και η φαρμακευτική αγωγή.

- ✓ Έλεγχος σακχάρου αίματος: Με δεδομένο ότι οι ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο καρδιακών νοσημάτων, είναι επιτακτική η ανάγκη του τακτικού ελέγχου της αρτηριακής πίεσης αλλά και της γλυκόζης του αίματος.
- ✓ Υγιεινή διατροφή: Η ομαλή λειτουργία της καρδιάς και η ανατομική ακεραιότητα του κυκλοφορικού συστήματος είναι δυνατό να επιτευχθεί με την σωστή διατροφή. Ένα διαιτολόγιο θεωρείται υγιεινό με προφυλακτική δράση για τα καρδιαγγειακά νοσήματα όταν περιλαμβάνει λαχανικά, φρούτα, κρέας άπαχο, ψάρι, δημητριακά ολικής άλεσης, όσπρια και μειωμένη κατανάλωση τροφών που περιέχουν ζάχαρη, λίπος και αλάτι όπως και αλκοολούχων ποτών.
- ✓ Σωματική άσκηση και δραστηριότητα: Η καθιέρωση της σωματικής άσκησης στην καθημερινή ζωή των ασθενών είναι ένας παράγοντας που συμβάλλει σημαντικά στην ελάττωση του κινδύνου εμφάνισης κάποιου νοσήματος του καρδιαγγειακού συστήματος. Η άσκηση, λοιπόν, σε καθημερινή βάση για 30 περίπου λεπτά ή κάποιες μέρες της εβδομάδας για 60 λεπτά θεωρείται ιδανική για την διατήρηση του σωματικού βάρους εντός φυσιολογικών ορίων.
- ✓ Αποφυγή καπνίσματος: Η χρήση του καπνού, είτε μέσω ενεργητικού καπνίσματος, είτε παθητικού προκαλεί σημαντική επιβάρυνση στην υγεία και ενοχοποιείται για τις παθήσεις της καρδιάς. Η διακοπή, ωστόσο, του καπνίσματος παίζει προστατευτικό ρόλο, καθώς μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρδιακής προσβολής ή κάποιου άλλου νοσήματος της καρδιάς. (WHO, 2020)

Εκτός από την προσωπική ευθύνη κάθε ασθενή που οφείλει να φροντίζει την υγεία του και την συμβολή του κατάλληλου ιατρού που μέσω των συστάσεων και της θεραπευτικής προσέγγισης επιδιώκει την ευρωστία, είναι απαραίτητη και η λήψη προληπτικών μέτρων από επίσημους φορείς. Η συντονισμένη προσπάθεια από υγειονομικούς παράγοντες των χωρών της Ευρώπης και η λήψη προληπτικών μέτρων μπορεί να οδηγήσει επιτυχώς στην μείωση των ποσοστών εκδήλωσης νόσων του καρδιαγγειακού συστήματος. Στα πλαίσια αυτών των οργανωμένων προσπαθειών

υπάγεται και το σύστημα SCORE (Systemic Coronary Risk Evaluation) που αποτελεί ένα σχέδιο προληπτικού ελέγχου που απευθύνεται σε ασθενείς με γνωστή καρδιακή νόσο, άτομα που ανήκουν στις ομάδες υψηλού κινδύνου όπως και σε ασυμπτωματικούς. Το μοντέλο SCORE αξιολογεί πολλούς επιβαρυντικούς παράγοντες όπως την ηλικία και το φύλο, την χρήση καπνού, την τιμή της αρτηριακής πίεσης και της χοληστερόλης. Εν συνεχεία, με βάση, ορισμένα διαγράμματα του συστήματος εξάγονται σημαντικές πληροφορίες σχετικά την ύπαρξη παραγόντων κινδύνου και των προληπτικών μέτρων που πρέπει να συσταθούν για την μείωση της συχνότητας εμφάνισης των καρδιακών νοσημάτων. (“ESC Clinical Practice Guidelines,” 2020; WHO, 2020)

Εκτός, όμως, από το μοντέλο SCORE, αρκετές απεικονιστικές μέθοδοι μπορούν να συνεισφέρουν ικανοποιητικά στην ιχνηλάτηση ασυμπτωματικών ασθενών που ωστόσο ανήκουν στις ομάδες υψηλού κινδύνου. Καταρχάς, η μαγνητική τομογραφία (MRI) δίνει την δυνατότητα απεικόνισης των τοιχωμάτων των αγγείων ενώ η υπολογιστική τομογραφία (EB-CT, MS-CT) μπορεί να ανιχνεύσει την παρουσία ασβεστώσεων στα στεφανιαία αγγεία. Εν συνεχεία, η χρήση του υπερήχου είναι καθοριστικής σημασίας για τον προσδιορισμό του πάχους του τοιχώματος των καρωτίδων ενώ το ηλεκτροκαρδιογράφημα μπορεί να δώσει πληροφορίες σχετικά με την ύπαρξη υπερτροφίας της αριστερής κοιλίας που αποτελεί σημαντική ένδειξη κινδύνου καρδιαγγειακής νόσου. (WHO, 2020)

## 1.5 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Τα στατιστικά δεδομένα σε παγκόσμιο επίπεδο αποδεικνύουν πως τα καρδιαγγειακά νοσήματα οδηγούν στον θάνατο 17,7 εκατομμύρια ανθρώπους και αποτελούν το 31% των θανάτων από όλα τα αίτια, παγκοσμίως. Ειδικότερα, ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια που λόγω της κατάστασής τους, εισάγονται σε νοσηλευτικά ιδρύματα, πεθαίνουν ένα χρόνο μετά την πρώτη εισαγωγή τους, σε ποσοστό 17-45%. Το ποσοστό αυτό αυξάνεται δραματικά, με την πάροδο πενταετίας από την χρονική στιγμή της πρώτης νοσηλείας. Στην Ευρώπη, οι θάνατοι που σημειώνονται από καρδιακές νόσους ανέρχονται ετησίως στα 1,9 εκατομμύρια αλλά οι προβλέψεις για την μελλοντική πορεία είναι δυσοίωνες, καθώς υπολογίζεται ότι το 2030, ο αριθμός των θανάτων θα ανέρθει στα

23 εκατομμύρια ετησίως. (AlHabib et al., 2014; “American Heart Association | To be a relentless force for a world of longer, healthier lives,” 2020; “WHO | Global atlas on cardiovascular disease prevention and control,” 2015)

Στην Ευρωπαϊκή Ένωση, στην προσπάθεια συλλογικής προσέγγισης του προβλήματος των καρδιαγγειακών νοσημάτων, έγινε καταγραφή πολλών επιδημιολογικών δεδομένων που αφορούν τα κράτη μέλη της. Με βάση τις συγκεκριμένες αναλύσεις, οι καρδιακές παθήσεις ευθύνονται για το 50-60% των θανάτων σε ορισμένες χώρες, όπως στη Σλοβενία, στη Βουλγαρία και στις χώρες της Βαλτικής. Το ποσοστό θανάτων είναι υψηλότερο στους άνδρες ενώ σε χώρες όπως η Ελλάδα, η Κύπρος, η Ισπανία, η Πορτογαλία, η Ολλανδία και η Γαλλία οι διαφορές μεταξύ των δύο φύλων είναι οι μικρότερες που καταγράφονται. (“Home - Eurostat,” 2020)

Στον ελληνικό χώρο, έχουν γίνει κάποιες προσπάθειες καταγραφής δεδομένων που αφορούν πολίτες της χώρας με καρδιαγγειακά νοσήματα. Η Ελληνική Στατιστική Επιτροπή, έχει κοινοποιήσει ενδιαφέροντα επιδημιολογικά στοιχεία τα οποία αναφέρουν πως, δυστυχώς, το 50% του πληθυσμού της Ελλάδας, έχει τιμές χοληστερόλης άνω των φυσιολογικών τιμών (190mg/dl), το 25% υποφέρει από αρτηριακή υπέρταση, το 10% έχει σακχαρώδη διαβήτη, το 42% είναι καπνιστές και το 3% είναι ενήλικα άτομα με κολπική μαρμαρυγή. Το αποτέλεσμα είναι πως με βάση τα στοιχεία, 35.000 άνθρωποι καταγράφονται κάθε χρόνο στη χώρα μας με καρδιαγγειακά νοσήματα. Το ανησυχητικό, ωστόσο, είναι ότι παρατηρείται αμέλεια από την πλευρά των ασθενών με υπερχοληστερολαιμία, καθώς μόνο οι μισοί ακολουθούν ιατρικές συστάσεις για την μείωση της τιμής της. (“ΕΛ. Ι. ΚΑΡ. - Ελληνικό Ίδρυμα Καρδιολογίας,” 2020)

Ωστόσο, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, μελετώντας τους συνεργικούς παράγοντες που συντελούν στην ανάπτυξη καρδιαγγειακών νοσημάτων, ανά την υφήλιο, έχει σκιαγραφήσει και την ελληνική πραγματικότητα. Στο χρονικό διάστημα 2008-2014, το ποσοστό των καπνιστών μειώθηκε από το 40% στο 27%, όμως, παρά την ελάττωση, οι Έλληνες κατέχουν τη δεύτερη θέση στο κάπνισμα μεταξύ των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Σημαντικότερη βελτίωση έχει παρατηρηθεί στην κατανάλωση αλκοόλ όπου οι Έλληνες ανήκουν σε θέση χαμηλότερη του μέσου όρου των Ευρωπαίων. Αντίθετα, η

παχυσαρκία αποτελεί μείζον πρόβλημα στον ελληνικό πληθυσμό καθώς το ποσοστό της υπερβαίνει τον μέσο όρο στην Ευρώπη και συγχρόνως οι έφηβοι ηλικίας 15 ετών χαρακτηρίζονται ως υπέρβαροι ή παχύσαρκοι. Το ποσοστό της παιδικής παχυσαρκίας στα ελληνόπουλα είναι το δεύτερο μεγαλύτερο μεταξύ των κρατών της Ευρωπαϊκής Ένωσης. (OECD, 2015)

## 2. ΑΓΧΟΣ

### 2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ

Λόγω της μεγάλης διεισδυτικότητας του άγχους τόσο στους τομείς της καθημερινής ζωής όσο και στην ασθένεια, έχουν γίνει προσπάθειες του προσδιορισμού του. Αν και έχουν διατυπωθεί πολλές απόψεις, η ορολογία που δόθηκε από τον Richard Lazarus και την επιστημονική του ομάδα έχει επικρατήσει και χρησιμοποιείται ευρέως. Σύμφωνα, λοιπόν, με αυτόν τον ορισμό που διατυπώθηκε το 1984, το άγχος συνιστά το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης του ατόμου με το περιβάλλον του. Όταν, λοιπόν, ο άνθρωπος βιώνει μια φυσική και ψυχική αδυναμία να ανταπεξέλθει στις απαιτήσεις του περιβάλλοντος του, τότε αρχίζει να αισθάνεται άγχος. (Βάρβογλη, 2007)

Έκτοτε, με αφετηρία τον βασικό αυτόν ορισμό, και άλλοι ερευνητές διατύπωσαν και πρόβαλαν επιπλέον στοιχεία και προσδιορισμούς. Συγκεκριμένα, ο Hoehn-Saric και ο McLeod, το 1988, όπως και ο Freeman, το 1990 προσδιόρισαν τα άγχος ως μια εμπειρία που λειτουργεί ως μηχανισμός προστασίας. Υπό φυσιολογικές συνθήκες, το άγχος εκπέμπει προειδοποιητικά σήματα αλλά υπάρχουν και περιπτώσεις όπου η παρουσία του άγχους είναι δυσλειτουργική και προβληματική. Συγκεκριμένα, το άγχος όταν είναι υπερβολικά έντονο, όταν εμφανίζεται χωρίς λόγο ή σε περιπτώσεις που δεν δικαιολογείται η παρουσία του λόγω έλλειψης κινδύνου και τέλος, όταν η χρονική του διάρκεια υπερβαίνει τον συνήθη χρόνο, τότε είναι εμφανές πως δυσλειτουργεί. Προς αυτήν την κατεύθυνση κινήθηκε και ο Freud (1926) ο οποίος επισήμανε τον σημαντικό ρόλο που διαδραματίζει το άγχος στην έκλυση και εμφάνιση ψυχοσωματικών καταστάσεων. Εν συνεχεία, αποσαφήνισε πως το άγχος λειτουργεί ως αμυντικός μηχανισμός του ανθρώπου, εκπέμποντας ένα προειδοποιητικό μήνυμα όταν υπάρχουν σαφείς ενδείξεις ότι απειλείται το «εγώ» του ατόμου. (Ζυγά, Κούκια, Μητρούση, & Τραυλός, 2013)

Ωστόσο, οι ερευνητές επισημαίνουν ότι στη έννοια του άγχους, οι ορισμοί που έχουν δοθεί είναι συμβατικοί και περιλαμβάνουν τα συναισθήματα αγωνίας και ψυχολογικής επιβάρυνσης που βιώνει ο άνθρωπος και στην προκειμένη περίπτωση ο ασθενής. Στο σημείο αυτό, όμως, θα πρέπει να σημειωθεί πως η προσέγγιση του άγχους που αφορά σε

τρεις κύριες κατηγορίες , είναι απαραίτητο στοιχείο που εντάσσεται στον ορισμό του. Συγκεκριμένα, αν κανείς θέλει να κατανοήσει το άγχος, θα πρέπει να ερμηνεύσει το περιβάλλον στο οποίο ζει ο άνθρωπος, την ιδιαίτερη ψυχοσύνθεσή του όπως τα βιολογικά του χαρακτηριστικά. Σε ότι αφορά, την περίπτωση του περιβάλλοντος, τα γεγονότα όπως και οι εμπειρίες που έχει βιώσει ο κάθε άνθρωπος στη ζωή του, διαμορφώνουν και τον τρόπο που εκδηλώνει το άγχος του σε δύσκολες καταστάσεις. Η ψυχολογική προσέγγιση, εν συνεχεία, αναφέρεται στο τρόπο που το άτομο αντιλαμβάνεται το stress ενώ η βιολογική παράμετρος περιλαμβάνει τον τρόπο της συναισθηματικής απάντησης και των σωματικών εκδηλώσεων απέναντι στην αίσθηση του άγχους. (Αλεβίζος, 2008)

## **2.2 ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ**

Στην πρόκληση του άγχους, οι σημαντικότερες ανατομικές δομές που συμμετέχουν είναι ο παρακοιλιακός πυρήνας (PVN) που ανήκει στον υποθάλαμο και ο υπομέλανας τόπος (LC). Όταν ένας άνθρωπος βιώνει έντονο άγχος, ο παρακοιλιακός πυρήνας εκκρίνει την αδρενοκορτικοτρόπο ορμόνη (CRH) η οποία μέσω της πυλαίας κυκλοφορίας καταλήγει στην αδενοϋπόφυση. Στη συνέχεια, εκκρίνεται η φλοιοεπινεφριδιοτρόπος ορμόνη η οποία εισέρχεται στην κυκλοφορία του αίματος και διεγείρει τον φλοιό των επινεφριδίων προς απελευθέρωση της κορτιζόλης. Συγχρόνως, το συμπαθητικό νευρικό σύστημα απελευθερώνει νορεπινεφρίνη στους ιστούς και προκαλεί διέγερση του φλοιού των επινεφριδίων για την έκκριση της επινεφρίνης-αδρεναλίνης και της νορεπινεφρίνης-νοραδρεναλίνης. Αυτές οι δύο κατεχολαμίνες μαζί με την κορτιζόλη είναι οι σημαντικότεροι νευροδιαβιβαστές στην διαδικασία του άγχους. Η κορτιζόλη, ιδιαίτερα, συμμετέχει ενεργά στην αντίδραση του οργανισμού στο άγχος, ελαττώνει τη φλεγμονή, συμβάλλει στην εμφάνιση της αναλγησίας και στη λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος και στην διατήρηση φυσιολογικών τιμών του σακχάρου και της αρτηριακής πίεσης. (Felix et al., 2018)

## **2.3 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ**

Η κλινική συμπτωματολογία του άγχους διαμορφώνεται υπό την επίδραση βιολογικών και ψυχολογικών παραγόντων. Ο λόγος αυτής της συσχέτισης προέρχεται από την



ανάκληση δυσάρεστων αναμνήσεων και εμπειριών του παρελθόντος κάθε φορά που το άτομο βιώνει μια στρεσογόνο κατάσταση. Συγχρόνως, το άτομο επηρεάζεται από τα συναισθήματα που νιώθει όταν βρίσκεται υπό καθεστώς έντονης ψυχολογικής πίεσης τα οποία με τη σειρά τους δέχονται επιρροές από περιβαλλοντικούς παράγοντες. Τα συμπτώματα, λοιπόν, που εκδηλώνει ένας άνθρωπος σε τέτοιες καταστάσεις κατατάσσονται σε τρεις κατηγορίες, τα οργανικά, τα συμπεριφορικά και τα γνωσιακά. (Παλαιολόγου, 2001)

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον εμφανίζουν τα οργανικά συμπτώματα τα οποία είναι ως επί το πλείστον κοινά για το σύνολο των ανθρώπων. Το καρδιαγγειακό σύστημα συμμετέχει ενεργά στην διαδικασία του άγχους και οι ασθενείς εμφανίζουν μια πληθώρα εκδηλώσεων όπως το αίσθημα παλμών και η ταχυκαρδία. Η αναπνοή επηρεάζεται, επίσης, και υπάρχουν ενοχλήσεις όπως δύσπνοια, ταχύπνοια και διακοπτόμενη αναπνοή. Τέλος, η εμφάνιση του πόνου στο στήθος είναι αρκετά συχνή. Στην περίπτωση του γαστρεντερικού συστήματος, από τα πλέον κοινά συμπτώματα είναι τα κοιλιακά άλγη και οι διάρροιες. Το ίδιο συχνά είναι η ναυτία, το αίσθημα του κόμπου στο λαιμό, η ανορεξία και η δυσκαταποσία. Τέλος, πολλοί ασθενείς παραπονούνται για την εμφάνιση της ξηροστομίας και του αισθήματος πνιγμού. Στην εκδήλωση του άγχους συμμετέχει και το νευρικό όπως και το μυοσκελετικό σύστημα. Οι ασθενείς νιώθουν αδυναμία και ζάλη που ενίοτε φτάνει ως τη λιποθυμία και πονοκέφαλο. Η εφίδρωση είναι πολύ συχνή όπως επίσης, το τρέμουλο, και η κινητική ανησυχία. Την κατηγορία των οργανικών συμπτωμάτων ολοκληρώνουν εκδηλώσεις από την επιδερμίδα, όπως αίσθηση εξάψεων ή ερυθρότητα του προσώπου. (Κουκιά, 2014)

Στα συμπεριφορικά συμπτώματα που αποτελούν μια άλλη κατηγορία εκδηλώσεων λόγω του άγχους, ανήκουν η νευρική και η ανησυχία. Οι άνθρωποι όταν αγχώνονται, πολλές φορές επιδεικνύουν επιθετική συμπεριφορά, αισθάνονται φόβο και αγωνία ενώ ο ύπνος τους είναι ιδιαίτερα επηρεασμένος. Τέλος, η τρίτη κατηγορία συμπτωμάτων, τα γνωσιακά, έχουν σχέση με την διαταραχή της πνευματικής διαύγειας των ανθρώπων. Η σύγχυση και η δυσκολία στην συγκέντρωση, η ελαττωμένη αντιληπτική ικανότητα και η θολή σκέψη κυριαρχούν στους ανθρώπους που αγχώνονται. Επίσης, η αίσθηση ότι δεν υπάρχει η δυνατότητα του ελέγχου της κατάστασης και ο φόβος του θανάτου

επιβαρύνουν κατά πολύ την όλη δυσχερή θέση του αγχωτικού ανθρώπου. (Μαδιανός, 2003)

## 2.4 ΑΓΧΟΣ ΚΑΙ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Με βάση τις μελέτες, το άγχος εμφανίζεται σε συχνότητα 24,9% στο γενικό πληθυσμό. Στις περιπτώσεις ασθενών με καρδιαγγειακά νοσήματα το ποσοστό αυτό ανέρχεται σε υψηλότερα επίπεδα, της τάξης του 38-70%. Ωστόσο, το άγχος δεν έχει μια γενικευμένη μορφή αλλά διαφοροποιείται σε διάφορα είδη που ποικίλουν από απλή φοβία έως διαταραχή πανικού και χρόνια άγχος. Στο σημείο αυτό θα πρέπει να αναφερθεί και να επισημανθεί ότι στους καρδιοπαθείς, η συνύπαρξη του άγχους και της κατάθλιψης είναι πολύ συχνό φαινόμενο. Το πρόβλημα που υπάρχει, όμως, είναι ότι τα συμπτώματα των συγκεκριμένων ψυχολογικών διαταραχών πολλές φορές είναι δυσδιάκριτα και παραμένουν αδιάγνωστα. Ως φυσική συνέπεια αποτελεί η αρνητική επίπτωση στην ποιότητα ζωής των ασθενών καθώς δημιουργούνται εμπόδια στην τήρηση της θεραπείας και επηρεάζεται η εξέλιξη της νόσου. Επιπλέον, οι ασθενείς, υπό την επίδραση του άγχους, δεν ακολουθούν τις ιατρικές συστάσεις και δεν περιορίζουν τους παράγοντες που επιβαρύνουν την υγεία τους όπως το κάπνισμα. (Celano, Daunis, Lokko, Campbell, & Huffman, 2016; Vogelzangs, Beekman, De Jonge, & Penninx, 2013)

Παρόλα, αυτά, η καταθλιπτική συμπεριφορά δεν εμφανίζεται χωρίς αιτιολογία και δεν έχει μόνιμο χαρακτήρα. Η εμφάνισή της συνδέεται με την πρόκληση ενός οξέος ιατρικού συμβάντος που συνδέεται με την υποκείμενη νόσο. Η κατάθλιψη που ακολουθεί αυτήν την διαταραχή είναι προσωρινή και με το πέρασμα του χρόνου τείνει να φθίνει η έντασή της. Σε ότι αφορά, την κατανομή της στα δύο φύλα, είναι εμφανής η υπεροχή των γυναικών στην εκδήλωση άγχους και καταθλιπτικών συμπεριφορών. Με ποσοστό που ανέρχεται στο 41,5% έναντι του 26,8% που καταγράφεται στους άνδρες, οι γυναίκες βιώνουν εντονότερα τα καρδιολογικά τους προβλήματα και είναι περισσότερο επιρρεπείς στην εκδήλωση άγχους και καταθλιπτικών επεισοδίων. Ωστόσο, οι ειδικοί συστήνουν πως οι ασθενείς με καρδιακά νοσήματα θα πρέπει να ερευνώνται σχολαστικά για την ανίχνευση της τάσης ανάπτυξης κατάθλιψης. Η έγκαιρη διάγνωση και η ορθή διαχείριση των κρίσεων άγχους είναι σημαντικά για την πρόληψη και την εξασφάλιση, κατά το

δυνατόν, καλύτερης ποιότητας ζωής. (Frasure-Smith et al., 2000; Pham et al., 2019; Thombs et al., 2008)

Είναι, όμως, κατανοητό και αδιαμφισβήτητο γεγονός πως η παρουσία του καρδιακού νοσήματος επιφέρει κα σωματικές αλλαγές στον ασθενή που συνδέονται με την φυσική παρουσία του άγχους σχετικά με την πορεία της υγείας. Συγκεκριμένα, παρατηρείται αυξημένη έκκριση της αδρεναλίνης και συσσώρευση των λιπαρών οξέων. Με αυτόν τον τρόπο, ο οργανισμός επιδιώκει την διάθεση καυσίμων για την λειτουργία του και την εξασφάλιση κατάστασης εγρήγορσης. Εν συνεχεία, καταγράφεται αύξηση της τιμής της αρτηριακής πίεσης όπως και του καρδιακού ρυθμού και τέλος παρατηρείται ενεργοποίηση των αιμοπεταλίων για την αποκατάσταση των δυνητικών βλαβών που μπορεί να συμβούν. Εκτός, όμως, από τις προαναφερθείσες αλλαγές που συμβαίνουν υπό φυσιολογικές συνθήκες, λαμβάνουν χώρα και άλλες σωματικές εκδηλώσεις οι οποίες συνδέονται με έντονα αισθήματα άγχους. Δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις που ένας ασθενής με καρδιακό νόσημα καταλαμβάνεται από έντονη ανησυχία και εκδηλώνει κρίσεις πανικού καθώς αισθάνεται έναν απροσδιόριστο κίνδυνο για την υγεία και τη ζωή του. Σε αυτές τις περιπτώσεις, είναι πολύ συχνή η απελευθέρωση ορισμένων ορμονών όπως της κορτιζόνης από τα επινεφρίδια, των θυρεοειδικών ορμονών και της ενδορφίνης από τον υποθάλαμο. Από την άλλη πλευρά, οι ορμόνες που συνδέονται με την σεξουαλική δραστηριότητα, όπως η τεστοστερόνη και η προγεστερόνη εμφανίζουν μείωση σε περιόδους έντονου άγχους. Επιπλέον, καταγράφεται αύξηση της ινσουλίνης και της χοληστερίνης και μια ποικιλία άλλων διαταραχών που αφορούν στα συστήματα του ανθρώπινου οργανισμού. Συγκεκριμένα, ο πεπτικός σωλήνας αρχίζει να ελαττώνει τα επίπεδα λειτουργίας του, ο καρδιακός ρυθμός είναι άστατος, αυξάνεται η εφίδρωση του δέρματος και οι αισθήσεις είναι οξυμμένες. (Tsigos, Kyrou, Kassi, & Chrousos, 2016)

Αν και το άγχος προκαλεί όλες τις προαναφερθείσες αντιδράσεις, δεν μπορεί να αφοριστεί ως μια επιζήμια αντίδραση για τον οργανισμό. Στην διάρκεια της ιστορικής παρουσίας του ανθρώπου στη γη, το άγχος που ένιωθε λειτουργούσε ως μηχανισμός άμυνας. Συγκεκριμένα, αποτελούσε το έναυσμα για μια γρήγορη σωματική αντίδραση στους επικείμενους κινδύνους και συντελούσε στην απομάκρυνση του ανθρώπου από ότι απειλούσε τη ζωή και την σωματική του ακεραιότητα. Στην σημερινή εποχή, το άγχος

έχει αποκτήσει έναν περισσότερο πολύπλοκο ρόλο καθώς συμμετέχει ενεργά σε πολλές εκφάνσεις της ανθρώπινης ζωής. Ένα από τα πλέον χαρακτηριστικά παραδείγματα αποτελεί το θέμα της υγείας. Στις περιπτώσεις που διαγιγνώσκεται μια χρόνια νόσος ή μια ασθένεια που απαιτεί θεραπεία μακρόχρονη είναι ευνόητο πως δημιουργείται άγχος. Η παραμονή σε κάποιο νοσηλευτικό ίδρυμα ή στο σπίτι, χωρίς τη δυνατότητα συμμετοχής σε εργασία ή άλλες συνήθειες δραστηριότητες δημιουργεί έντονη συναισθηματική φόρτιση που καταλήγει στο άγχος και στην κατάθλιψη. Στην περίπτωση αυτή το άγχος δεν λειτουργεί ως αμυντικός μηχανισμός καθώς ο ασθενής αδυνατεί να προβεί σε σωματικές εκδηλώσεις αποτροπής κινδύνου. Δυστυχώς, στην παρούσα κατάσταση, ο κίνδυνος που ελλοχεύει είναι οι αρνητικές επιπτώσεις στην ψυχοσωματική υγεία η παρουσία ενός έντονου άγχους. (Tsigos et al., 2016)

Ο ασθενής που πάσχει από καρδιακό νόσημα, όντας βρισκόμενος σε κατάσταση έντονου στρες βιώνει ένταση και συναισθηματική φόρτιση που οδηγούν σε διαταραχές της τιμής της αρτηριακής πίεσης και στην πρόκληση αρτηριακής υπέρτασης που δύναται να αποκτήσει και μόνιμο χαρακτήρα. Εκτός, όμως, από το πρόβλημα της αρτηριακής υπέρτασης που δεν είναι μια ιδεατή κατάσταση για έναν ασθενή με καρδιακό νόσημα και ειδικά με προβλήματα των στεφανιαίων αγγείων, το χρόνιο άγχος επιταχύνει την διαδικασία πρόκλησης καρδιαγγειακών συμβάντων. Συγκεκριμένα, η αύξηση της τιμής της ομοκυστεΐνης και η εντατική λειτουργία των αιμοπεταλίων οδηγούν σε σχηματισμό θρόμβων και στην εκδήλωση οξέων και επικίνδυνων καρδιακών επεισοδίων. Επιπλέον, η παρουσία των κατεχολαμινών προκαλεί αυξημένη σύσπαση των στεφανιαίων αγγείων όπως και υπερδραστηριότητα των αιμοπεταλίων. Οι αλλαγές αυτές αυξάνουν αισθητά την πιθανότητα εμφάνισης της αθηροσκλήρυνσης, της αύξησης του καρδιακού ρυθμού λειτουργίας της καρδιάς και υπάρχει κίνδυνος εμφάνισης αρρυθμιών και πρόκλησης αιφνιδίου θανάτου. (Tsigos et al., 2016)

Εκτός, από τα άτομα που έχουν μια καθημερινή συμβίωση με την καρδιακή νόσο, υπάρχει και μια κατηγορία ασθενών που είτε έχουν υποστεί ένα επεισόδιο εμφράγματος μυοκαρδίου ή έχουν υποβληθεί σε επεμβατικές θεραπευτικές τεχνικές για την αντιμετώπιση των προβλημάτων με το καρδιαγγειακό τους σύστημα. Οι συγκεκριμένοι ασθενείς πολύ συχνά εκδηλώνουν έντονο άγχος και εμφανίζουν συναισθηματικές διαταραχές. Η υποχρεωτική παραμονή στον χώρο νοσηλείας και η αποχή από

δραστηριότητες επιδρούν άμεσα στον ψυχισμό τους και την αυτοεκτίμησή τους. Η αλλαγή του τρόπου ζωής τους και ο περιορισμός των δραστηριοτήτων και των συνηθειών τους δημιουργεί άγχος το οποίο επιδεινώνεται από τον φόβο της δυσοίωνης πορείας της υγείας τους όπως και της επανεμφάνισης ενός νέου καρδιακού επεισοδίου. Η δραματική αλλαγή της ζωής τους και ο φόβος της ασθένειας, τους καθιστά πολλές φορές ως μη συνεργάσιμους ασθενείς. Αδυνατούν να ακολουθήσουν τις ιατρικές συστάσεις και είναι χαρακτηριστικό πως ενεργούν ηθελημένα ακριβώς αντίθετα τις προβλεπόμενες οδηγίες. Αποφεύγουν τον υγιεινό τρόπο ζωής και την άθληση, δεν προσέχουν τη διατροφή τους και υιοθετούν την επιβλαβή συνήθεια της κατανάλωσης αλκοολούχων ποτών και του καπνίσματος. Στον συναισθηματικό τομέα, η κοινωνική απομόνωση που έχει επιφέρει η ασθένεια τους ωθεί στην εκδήλωση μιας απαιτητικής συμπεριφοράς απέναντι στα οικεία τους πρόσωπα και επιζητούν την συνεχή προσοχή, φροντίδα και ψυχολογική υποστήριξη. Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να επισημανθεί η αναγκαιότητα ανατροπής αυτής της κατάστασης. Προκειμένου να επιτευχθεί μια ομαλή πορεία στη υγεία του καρδιολογικού ασθενή θα πρέπει να του δοθεί η κατάλληλη ψυχολογική υποστήριξη ώστε να προσαρμοστεί στην νέα πραγματικότητα και να εφαρμόζει την θεραπευτική του αγωγή και τις οδηγίες του θεράποντος καρδιολόγου του.

## **2.5 ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟ ΑΓΧΟΣ**

Είναι αδιαμφισβήτητο γεγονός πως η προοπτική ενός χειρουργείου αποτελεί μια κατάσταση που προκαλεί έντονο άγχος στον άνθρωπο λόγω της σύνδεσής της με τον φόβο της ύπαρξης απειλής για την υγεία και τη ζωή του ανθρώπου. Σε ότι αφορά την εμφάνιση του προεγχειρητικού άγχους, η συχνότητα εμφάνισής του είναι συχνή με επιπολασμό που ανέρχεται στο ποσοστό του 80%. Από τα κύρια αίτια που προκαλούν προεγχειρητικό άγχος είναι ο φόβος που εκλύουν τα συμβάντα που σχετίζονται με το χειρουργείο. Η ίδια η χειρουργική επέμβαση, η χορηγούμενη αναισθησία και ο φόβος των επιπλοκών της, το άγνωστο περιβάλλον της χειρουργικής αίθουσας και του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού όπως και η παρουσία του προβλήματος υγείας που απαιτεί την τέλεση του χειρουργείου είναι τα κύρια αίτια που διαμορφώνουν μια αρνητική ψυχολογία στον ασθενή πριν την επέμβαση. (Mohan, Kumar, Attri, Chatrath, & Bala, 2017)

Το άγχος, όμως, δεν είναι πανομοιότυπο σε κάθε ασθενή αλλά διαφοροποιείται καθώς αποτελεί μια ατομική υπόθεση. Η χειρουργική επέμβαση ανεξάρτητα της διάρκειας και της σοβαρότητάς της έχει την τάση να επηρεάζει την συναισθηματική κατάσταση του ασθενή και να προκαλεί άγχος διαφόρων επιπέδων. Η ένταση, λοιπόν, του άγχους επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες που αφορούν κυρίως την ιδιοσυγκρασία του ίδιου του ασθενή. Το στρεσογόνο ερέθισμα επηρεάζει με διαφορετικό τρόπο, ένταση και διάρκεια τον τρόπο αντίδρασης του κάθε ατόμου αλλά και την ικανότητά του να διαχειριστεί την προοπτική της χειρουργικής επέμβασης. Σε μερικούς ασθενείς, το άγχος πριν το χειρουργείο λειτουργεί ευεργετικά καθώς τους προκαλεί πνευματική εγρήγορση αλλά σε κάποιους άλλους έχει δυσμενή επίδραση γιατί επηρεάζει την ψυχολογία τους με τέτοιο τρόπο ώστε να αισθάνονται έντονη ανησυχία. (Osborn, Wraa, Watson, & Holleran, 2016; Pinar, Kurt, & Gungor, 2011)

Το προεγχειρητικό άγχος αποτελεί έναν συνδυασμό πολλών παραγόντων όπως περιβαλλοντικών, σωματικών και ψυχολογικών και στην περίπτωση που λειτουργεί επιβαρυντικά στον τρόπο σκέψης και αντίδρασης του ατόμου χαρακτηρίζεται ως επιβλαβές. Δεν αποτελεί επιθυμητή αντίδραση η δυσλειτουργία του ατόμου, η προσκόλλησή του σε αρνητικές σκέψεις και η αδυναμία του να ανταπεξέλθει στις καθημερινές του υποχρεώσεις. Στην περίπτωση που ο ασθενής έχει ευάλωτη συναισθηματικά προσωπικότητα, κάθε φορά που εκτίθεται σε κάποιον στρεσογόνο παράγοντα ανακαλεί από τη μνήμη του προηγούμενες εμπειρίες που του δημιούργησαν έντονο άγχος. Με αυτόν τον τρόπο, η αντίδραση του στο νέο πρόβλημα δεν χαρακτηρίζεται από ψυχραιμία αλλά από υπερβολή που επηρεάζει τόσο την ψυχολογική του προετοιμασία για το χειρουργείο όσο και την μετεγχειρητική του πορεία. Σύμφωνα με τους ειδικούς, ο ασθενής αντιδρά με αρνητική διάθεση στην αναγκαία επέμβασή του και δεν είναι λίγες οι φορές που ο πανικός κυριαρχεί δυσανάλογα βέβαια με τη σοβαρότητα της ιατρικής κατάστασης. Σημαντικό ρόλο στην δεδομένη αντίδραση διαδραματίζει ο τρόπος που ο ασθενής αντιλαμβάνεται την κατάστασή του και αξιολογεί την χειρουργική επέμβαση. (Αλεβίζος, 2008)

Στο τέλος την δεκαετία του 80, οι Worrall και May προσπαθώντας να βρουν συσχετίσεις ανάμεσα στην αντίδραση του ασθενή και την σοβαρότητα της ιατρικής κατάστασης που οδηγεί στο χειρουργείο, εισήγαγαν τον όρο του «πυρηνικού άγχους».

Σύμφωνα με τους ισχυρισμούς τους, πολλές παρελθοντικές εμπειρίες που ο ασθενής τις βίωσε με αρνητικό τρόπο και δεν κατάφερε να τις ξεπεράσει, παραμένουν ως «ψυχολογικά υπολείμματα». Όταν το άτομο βρεθεί σε μια κατάσταση που αξιολογεί ως επικίνδυνη για τη ζωή του και χωρίς δυνατότητες χειρισμού της τότε γίνεται ανάκληση των αποθηκευμένων τραυματικών εμπειριών, ταύτισή τους με την σύγχρονη κατάσταση και εκδήλωση άγχους (WORRALL & MAY, 1989). Μια τέτοια περίπτωση συνιστά και η προετοιμασία για ένα χειρουργείο. Ο ασθενής που πρόκειται να υποστεί μια επέμβαση, μέσα στα πλαίσια του άγχους, εκδηλώνει σωματικές αλλά και ψυχολογικές αντιδράσεις. Η αύξηση του καρδιακού ρυθμού, η αρτηριακή υπέρταση, το αίσθημα της ναυτίας, η εφίδρωση και η αύξηση της θερμοκρασίας του σώματος αποτελούν συνήθη κλινικά σημεία. Ωστόσο, η αυξημένη τιμή της κορτιζόνης προεγχειρητικά, λόγω ανησυχίας, δεν κρίνεται ως επιθυμητή. Οι συνέπειές της, όπως η παράταση του χρόνου επούλωσης του χειρουργικού τραύματος, η αδυναμία του ανοσοποιητικού συστήματος και η αυξημένη συχνότητα των μολύνσεων δυσχεραίνουν την μετεγχειρητική πορεία του ασθενή. Επίσης, οι ασθενείς που προεγχειρητικά αισθάνονται φοβισμένοι, παραπονιούνται για μεγαλύτερης έντασης και διάρκειας μετεγχειρητικό πόνο και τους χορηγούνται περισσότερα αναλγητικά. Οι ίδιοι ασθενείς παρατείνουν την παραμονή τους στο νοσοκομείο καθώς η μετεγχειρητική τους πορεία υστερεί σε σχέση με άλλους ασθενείς και η ικανότητά τους να αυτοεξυπηρετηθούν είναι μειωμένη. Ωστόσο, υπάρχει και μια κατηγορία ασθενών που αν και η ιδέα του χειρουργείου τους δημιουργεί δυσφορία μπορούν να χρησιμοποιούν το άγχος τους ως αμυντικό μηχανισμό. Σε αυτές τις περιπτώσεις, οι ασθενείς εμφανίζουν μια δυσανάλογη της κατάστασης αισιοδοξία με αποτέλεσμα να αρνούνται να αποδεχτούν την σοβαρότητα της περίπτωσης. Συνέπεια αυτής της συμπεριφοράς αποτελεί η καθυστερημένη και ανεπαρκής ανάρρωση καθώς οι ασθενείς δεν υπακούουν στις απαιτούμενες συστάσεις. (Kagan & Bar-Tal, 2008).

## **2.6 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟΥ ΑΓΧΟΥΣ**

Μελετώντας όλους εκείνους τους παράγοντες που συνεισφέρουν στην ανάπτυξη αγχώδους διαταραχής στους ασθενείς που πρόκειται να χειρουργηθούν, οι ερευνητές οδηγήθηκαν στο συμπέρασμα ότι οι βασικές ανησυχίες που κυριαρχούν είναι τρεις. Οι υποψήφιοι για χειρουργείο ανησυχούν σχετικά με την έκβαση της επέμβασης και την

επιτυχία της, την χρονική διάρκεια της μετεγχειρητικής αποκατάστασης και τα ενδεχόμενα προβλήματα ή επιπλοκές που μπορεί να εμφανιστούν. Οι συγκεκριμένοι ασθενείς κατά τη διάρκεια της προεγχειρητικής περιόδου βρίσκονται σε έντονη ψυχολογική ένταση διότι ανησυχούν για την πιθανότητα εμφάνισης μετεγχειρητικού πόνου και φοβούνται για την έκβαση της χειρουργικής επέμβασης. Η αναπηρία, η ανικανότητα και ο θάνατος δημιουργούν έντονες ανησυχίες που στη συνέχεια προκαλούν άγχος. Κατά αντιστοιχία, τα παιδιά βιώνουν άγχος λόγω της απομάκρυνσης των γονέων ή των ατόμων του οικείου τους περιβάλλοντος από τον χώρο προετοιμασίας του χειρουργείου. Το συναίσθημα αυτό είναι έντονο και πολλές φορές επεκτείνει την παρουσία του και στην μετεγχειρητική περίοδο. (Ποταμιάνος, 1995)

Ο φόβος, ως συναίσθημα, δεν μπορεί να αποκλειστεί κατά την διάρκεια της αναμονής στην χειρουργική αίθουσα. Διαφοροποιείται, όμως, ανάλογα με την ιδιοσυγκρασία του κάθε ασθενή. Τα άτομα, των οποίων η προσωπικότητα χαρακτηρίζεται από την παρουσία στοιχείων άγχους, είναι ευνόητο και αποδεδειγμένο ότι αντιμετωπίζουν και τα μεγαλύτερα προβλήματα στην διαχείριση της κατάστασης. Εκτός του ότι η πιθανότητα να κληθούν να αντιμετωπίσουν έντονο προεγχειρητικό άγχος, σε μεγαλύτερη συχνότητα σε σχέση με τον υπόλοιπο πληθυσμό, αδυνατούν να επιδείξουν συναισθηματική προσαρμογή με το πέρας της επέμβασης. Η γενεσιουργός αιτία εντοπίζεται στις λανθασμένες πληροφορίες που έχουν σχετικά με τη διαδικασία του χειρουργείου και τις δυνητικές του συνέπειες. Η λανθασμένη αυτή αντίληψη ενδεχομένως να προέρχεται από τις ελλιπείς πληροφορίες που λαμβάνουν ή την παραπληροφόρηση που οδηγούν σε έντονη ανησυχία και διαταραχή της ψυχικής ισορροπίας. Κατά συνέπεια, οτιδήποτε σχετίζεται με το θέμα της χειρουργικής επέμβασης, στην οποία θα υποβληθούν, γιγαντώνεται στην αντίληψή τους και δημιουργεί έντονο άγχος. (Ποταμιάνος, 1995)

Η περίοδος της αγχώδης διαταραχής, κατά μέσο όρο, αρχίζει από τη στιγμή που γίνεται ο προγραμματισμός του χειρουργείου. Σταδιακά, με το πέρας των ημερών, η ένταση του φόβου αυξάνεται και κορυφώνεται με την είσοδο του ασθενή στο νοσηλευτικό ίδρυμα. Για μερικούς από τους ασθενείς, η ημέρα του χειρουργείου τους προσδιορίζεται ως η πιο απειλητική της ζωής τους (Jawaid, Mushtaq, Mukhtar, & Khan, 2007). Αυτό ισχύει και στην περίπτωση που ο ασθενής έχει ξαναβιώσει εμπειρία χειρουργείου. Παραδόξως, δεν αποτελεί ευνοϊκό παράγοντα ύφεσης του προεγχειρητικού



άγχους ένα προηγούμενο χειρουργείο. Υπάρχουν βέβαια ασθενείς, που η γνώση της προηγούμενης εμπειρίας διευκολύνει την προσαρμογή, ωστόσο υπάρχουν πολλοί που αντιμετωπίζουν έντονες συναισθηματικές πιέσεις, ισχυρότερες από την πρώτη φορά που χειρουργήθηκαν. (Caumo et al., 2001)

Στο σημείο αυτό, θα πρέπει να αναφερθεί πως έχουν γίνει πολλές ενδιαφέρουσες μελέτες οι οποίες παρουσιάζουν επιδημιολογικά δεδομένα που αφορούν στα χαρακτηριστικά των ατόμων που αντιμετωπίζουν εντονότερο πρόβλημα στη διαχείριση του προεγχειρητικού άγχους. Καταρχάς, οι γυναίκες είναι περισσότερο αγχώδεις στην ιδέα του χειρουργείου και αυτό αποδίδεται στην ιδιοσυγκρασία του γυναικείου φύλου. Επίσης, αρκετοί ερευνητές ισχυρίζονται ότι τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας φαίνεται να είναι περισσότερο δεκτικά στην ιδέα μιας επέμβασης, ωστόσο δεν είναι λίγες και οι αντίθετες απόψεις. Εν συνεχεία, το υψηλό μορφωτικό επίπεδο των ασθενών είναι αλληλένδετο με μεγαλύτερη ανησυχία, γεγονός που ερμηνεύεται ποικιλοτρόπως. Μερικοί ερευνητές θεωρούν ότι τα μορφωμένα άτομα διερωτώνται και συλλέγουν πληροφορίες σχετικά με τους κινδύνους του χειρουργείου και της αναισθησίας και για αυτό εκδηλώνουν συμπτώματα ανησυχίας. Επίσης, έχουν την ικανότητα έκφρασης των ανησυχιών τους και αυτό τους κατατάσσει στην κατηγορία ασθενών με προεγχειρητικό άγχος. Από την άλλη πλευρά, όμως, και η ελλιπής πληροφόρηση του ασθενή σχετικά με τη διαδικασία, τις συνθήκες, τις επιπλοκές και τα μετεγχειρητικά προβλήματα της επέμβασης που θα υποβληθεί δημιουργούν αναπόφευκτα άγχος. Σε όλη αυτήν την δυσάρεστη ψυχολογική κατάσταση, επιδρά και ο χρόνος της αναμονής στον χώρο προετοιμασίας. Εκεί, ο ασθενής είναι μόνος του χωρίς την φυσική παρουσία των οικείων του προσώπων που θα μπορούσαν να τον ενισχύσουν ψυχολογικά. Εδώ, να σημειωθεί πως το αίσθημα της μοναξιάς και του φόβου το βιώνουν εντονότερα άτομα που πρόκειται να χειρουργηθούν και έχουν προσέλθει στο νοσοκομείο μόνα τους, χωρίς να έχουν την ψυχολογική υποστήριξη από φιλικά ή συγγενικά πρόσωπα. Τέλος, έντονο άγχος, βιώνουν όσοι ασθενείς είναι χρόνιοι χρήστες αλκοολούχων ποτών ή καπνού. (Caumo et al., 2001; Rosén, Svensson, & Nilsson, 2008; Ποταμιάνος, 1995)

## **2.7 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟΥ ΑΓΧΟΥΣ**

Η παρουσία του άγχους στην περίοδο προετοιμασίας του χειρουργείου χαρακτηρίζεται ως αναμενόμενη εφόσον κυμαίνεται σε φυσιολογικά επίπεδα. Στην περίπτωση, όμως, που οι ψυχολογικοί παράγοντες ασκούν έντονη επιρροή στον συναισθηματισμό των ασθενών τότε αποκτούν μη επιθυμητή υπόσταση. Με βάση τις αξιόπιστες μελέτες, η ένταση και η διάρκεια του προεγχειρητικού άγχους συνδέεται στενά με την πορεία της μετεγχειρητική ανάρρωσης του κάθε ασθενή. Αυτό συνεπάγεται πως έντονο συναισθηματικό φορτίο προεγχειρητικά επιβραδύνει την μετεγχειρητική αποκατάσταση. Βασική κλινική εκδήλωση αποτελεί η υπεραλγησία καθώς τα παράπονα για ύπαρξη πόνου είναι πολλά και συχνά. Η κατάσταση αυτή οδηγεί σε αυξημένη λήψη αναλγητικών και παρατεταμένο χρόνο νοσηλείας στο νοσοκομείο που με τη σειρά του επιβαρύνει τον ασθενή με επιπρόσθετη ανησυχία και άγχος. (Rana & Upton, 2010)

Έχοντας βιώσει ισχυρό φόβο και ανησυχία, πριν τη χειρουργική επέμβαση, ο ασθενής στην διάρκεια της αποκατάστασης διακατέχεται από έντονη ανησυχία και ανυπομονησία για την επάνοδό του στην πρότερα ζωή του. Δεδομένου, όμως, του γεγονότος ότι η μετεγχειρητική αποκατάσταση απαιτεί χρόνο, ο συγκεκριμένος τύπος ασθενή αδυνατεί να προσαρμοστεί και να αποδεχτεί την κατάσταση και με αυτόν τον τρόπο είναι ευερέθιστος και αντιμετωπίζει δυσκολίες στη χαλάρωση και τον ύπνο (Aust et al., 2016). Στις περιπτώσεις, δε, που το προεγχειρητικό άγχος χαρακτηρίζεται ως πολύ έντονο, αρχίζει και η εκδήλωση σωματικών συμπτωμάτων που δημιουργούν προβλήματα τόσο στην αποκατάσταση του ασθενή όσο και στην γενική κατάσταση της υγείας του. Η αρτηριακή υπέρταση, η ταχυκαρδία και οι αρρυθμίες αποτελούν τα συνήθη συμπτώματα (Bedaso & Ayalew, 2019). Τέλος, θα πρέπει να σημειωθεί ότι στις περιπτώσεις έντονου άγχους, αυξάνεται εκθετικά ο κίνδυνος υποτροπιασμού του ασθενή στην μετεγχειρητική περίοδο και ορισμένες φορές υπάρχει άνοδος του αριθμού των θανάτων (Perks, Chakravarti, & Manninen, 2009).

## **2.8 ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟΥ ΑΓΧΟΥΣ**

Η διαχείριση του άγχους στην προεγχειρητική περίοδο αποτελεί πρωταρχικής σημασίας μέριμνα και προτεραιότητα για όλους τους λόγους που έχουν προαναφερθεί. Ο

τρόπος αλλά και ο βαθμός που επιτυγχάνεται ή όχι η αντιμετώπιση της ανησυχίας που σχετίζεται με το χειρουργείο εξαρτάται από τον ίδιο τον ασθενή. Η ικανότητα του κάθε αρρώστου να τιθασεύει τους στρεσογόνους παράγοντες είναι εκείνη που θα καθορίσει και το αν το προεγχειρητικό άγχος θα περιοριστεί. Οι μέθοδοι, λοιπόν, που χρησιμοποιεί ο κάθε ασθενής για την αντιμετώπιση της κατάστασης συνιστούν ένα σύνολο στρατηγικών που καλούνται ως «ενεργητικές στρατηγικές ή στρατηγικές αποφυγής» και επιδιώκουν την αλλαγή του τρόπου με τον οποίο οι άνθρωποι αντιλαμβάνονται και επεξεργάζονται το θέμα του χειρουργείου. (Osborn et al., 2016)

Το γενικό συμπέρασμα που έχει εξαχθεί από τις μελέτες που έχουν γίνει με θέμα την αποτελεσματικότητα των στρατηγικών στην διαχείριση του προεγχειρητικού άγχους είναι ότι οι ασθενείς που απέκτησαν έλεγχο στην συναισθηματική τους φόρτιση είχαν καλύτερη πορεία σε όλες τις φάσεις του χειρουργείου τους. Οι συγκεκριμένοι ασθενείς ήταν περισσότερο δεκτικοί στην εφαρμογή της γνωστικής συμπεριφοριστικής θεραπείας που εφαρμόζεται προεγχειρητικά και έχει σκοπό την όσο το δυνατό καλύτερη ψυχολογική προετοιμασία για επεμβατικές τεχνικές. Εκτός, όμως, από την ψυχολογική πλευρά του θέματος υπάρχει και ο παράγοντας που αφορά τις σωματικές εκδηλώσεις και τη σχέση τους με την γνωστική συμπεριφορά. Σημαντικές μελέτες έχουν αποδείξει ότι μέσω της θεραπείας με τη μέθοδο της γνωστικής συμπεριφοράς, το σύμπτωμα του πόνου, που κυριαρχεί στην μετεγχειρητική περίοδο, είναι καλύτερα διαχειρίσιμο από τους ασθενείς. (Lindgreen, Rolving, Nielsen, & Lomborg, 2016)

Εκτός, όμως, από τους προαναφερθέντες τρόπους προσέγγισης του ασθενή και του άγχους υπάρχουν και κάποιες τεχνικές που εφαρμόζονται κατά την εισαγωγή του ασθενή στο νοσηλευτικό ίδρυμα που πρόκειται να χειρουργηθεί. Η καλή σχέση επικοινωνίας του υπεύθυνου χειρουργού και του αναισθησιολόγου με τον ασθενή προάγει την ανάπτυξη της εμπιστοσύνης και οδηγεί στην ελάττωση του άγχους. Στη συνέχεια, η στήριξη του οικογενειακού περιβάλλοντος όπως και της κοινωνικής υπηρεσίας των νοσηλευτικών ιδρυμάτων είναι καθοριστική για την ψυχολογική ευημερία των ασθενών και την μείωση του άγχους τους (Yilmaz, Sezer, Gürler, & Bekar, 2012). Τέλος, θα πρέπει να επισημανθεί πως υπάρχουν και περιπτώσεις που δεν δύναται να γίνει επιτυχής αντιμετώπιση του άγχους. Υπό αυτές τις συνθήκες, η φαρμακευτική αγωγή είναι

απαραίτητο βοήθημα για την μείωση της συναισθηματικής έντασης που βιώνει ο ασθενής που πρόκειται να χειρουργηθεί. (Mohan et al., 2017)

## **2.9 ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ**

Πριν τη χειρουργική επέμβαση είθισται να υπάρχει ενημέρωση των ασθενών σχετικά με την διαδικασία της επέμβασης και των επιλογών της αναισθησίας. Ο λόγος για τον οποίο γίνεται η πληροφόρηση είναι διπλός. Ο πρώτος λόγος αφορά στην μείωση του άγχους του ασθενή και την επίτευξη καλύτερης μετεγχειρητικής πορείας μέσω της συμμόρφωσης του στις οδηγίες. Ο δεύτερος λόγος έχει σχέση με την κατανόηση των θεραπευτικών τεχνικών και μέσων φροντίδας ώστε να συναινέσει ο ασθενής στην προτεινόμενη ιατρική προσέγγιση. Η ενημέρωση αυτή των ασθενών που θα υποβληθούν σε χειρουργείο γίνεται προφορικά κατά τη διάρκεια της προεγχειρητικής επίσκεψης αλλά και μέσω εντύπου. (Pinar et al., 2011)

Η σημασία της ενημέρωσης των ασθενών έχει αποδειχθεί από μελέτες που κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι θετική στάση με απουσία συναισθηματικών εντάσεων είχαν εκείνοι οι ασθενείς που ήταν επαρκώς ενημερωμένοι σχετικά με την κατάστασή τους και το είδος του χειρουργείου τους. Εκείνοι οι ασθενείς ήταν με ελάχιστα συμπτώματα άγχους, χωρίς κατάθλιψη και επιθετική συμπεριφορά. Επιπρόσθετα, η παραμονή στο νοσοκομείο ήταν χρονικά μικρή καθώς οι συγκεκριμένοι ασθενείς εμφάνιζαν πολύ καλή μετεγχειρητική πορεία και ανάρρωση. Σε αυτό διαδραμάτισε σημαντικό ρόλο η σωστή ενημέρωση που τους ώθησε να κατανοήσουν την χειρουργική επέμβαση στην πραγματική της διάσταση και να επιδείξουν υπεύθυνη και ήρεμη συμπεριφορά. (Pinar et al., 2011)

Ωστόσο, είναι γεγονός πως η ιδιοσυγκρασία και η προσωπικότητα του κάθε ασθενή προκαλούν ορισμένα προβλήματα στην ενημέρωση των ασθενών και στον τρόπο που αντιλαμβάνονται και επεξεργάζονται τις πληροφορίες. Οι ιδιαίτερα αγχώδεις ασθενείς είναι εκείνοι που αναζητούν πολλές και λεπτομερείς πληροφορίες σχετικά με την αναισθησία, τις ενδεχόμενες επιπλοκές και την ποιότητα της ζωής τους μετεγχειρητικά. Το άγχος, όμως, σε αυτές τις περιπτώσεις λειτουργεί ανασταλτικά καθώς υπερισχύει της ικανότητας επεξεργασίας των πληροφοριών σχετικά με το χειρουργείο. (Koivula, Paunonen-Ilmonen, Tarkka, Tarkka, & Laippala, 2002)

Λόγω, λοιπόν, του κινδύνου παρερμηνείας της προεγχειρητικής ενημέρωσης από τους ασθενείς, υπάρχουν κατευθυντήριες οδηγίες που ορίζουν την ποσότητα των πληροφοριών που θα πρέπει να διοχετεύονται στους ασθενείς που πρόκειται να χειρουργηθούν. Σε ότι αφορά την ποιότητα της ενημέρωσης είναι σαφές πως πρέπει να χαρακτηρίζεται από σαφήνεια και αξιοπιστία, αλλά ο αριθμός των πληροφοριών που δίνονται καθορίζεται από το επίπεδο του προεγχειρητικού άγχους του ασθενή. (Garbee & Gentry, 2001)

## 3. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

### 3.1 ΟΡΙΣΜΟΣ

Ο προσδιορισμός του όρου της ποιότητας ζωής δεν είναι εύκολος καθότι δεν συνιστά μια μονοδιάστατη έννοια. Αντίθετα, πολλοί και διαφορετικοί επιστημονικοί κλάδοι προσεγγίζουν το θέμα της ποιότητας ζωής. Ωστόσο, οι βασικοί τρόποι προσδιορισμού της είναι οι εξής τέσσερις:

- Η επιδημιολογική προσέγγιση επικεντρώνεται στην κατάταξη των ασθενών σε κατηγορίες με γνώμονα τα συμπτώματα των νόσων τους αλλά και τα πρωτόκολλα θεραπείας τα οποία ακολουθούν.
- Η πολιτιστική θεώρηση ασχολείται με τα φαινόμενα στιγματισμού και κοινωνικής απομόνωσης των ατόμων που έχουν ιδιαίζουσα συμπεριφορά, η οποία εμφανίζει αποκλίσεις από την αντίστοιχη του μέσου πληθυσμού.
- Η οικονομική επιστήμη μελετά την κατοχή αλλά και την κατανομή των οικονομικών εσόδων των ανθρώπων και διαμορφώνει τις συσχετίσεις με την ποιότητα της ζωής τους.
- Η λειτουργική προσέγγιση εστιάζεται στην αξιολόγηση της επίδρασης των δυσλειτουργιών που προκαλούνται από την ύπαρξη προβλημάτων υγείας στην ποιότητα ζωής και την καθημερινότητα των ασθενών.

Εκτός, όμως, από τους προαναφερθέντες παράγοντες, υπάρχουν και άλλες καταστάσεις που, σε διαφορετικό βαθμό, επηρεάζουν τη ζωή ενός ανθρώπου. Η σωματική και η ψυχική υγεία, όπως και η πνευματική διαύγεια είναι προφανώς από τους πρωταρχικούς παράγοντες, που συνδυάζονται με την ικανότητα προσαρμογής του ατόμου στην κοινωνική ζωή, την ανάπτυξη διαπροσωπικών σχέσεων και τον βαθμό της ανεξαρτησίας του. Με βάση, λοιπόν, όλα τα ανωτέρω, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας διατύπωσε έναν ορισμό σχετικά με την έννοια της ποιότητας ζωής. «Ποιότητα ζωής ορίζεται η προσωπική αντίληψη που έχει ο κάθε άνθρωπος σχετικά με τη θέση και τον ρόλο του στη ζωή όπως διαμορφώνεται από τον συνδυασμό των ατομικών του στόχων και ιδεών με τις αξίες και τα πολιτισμικά γνωρίσματα της κοινωνίας στην οποία εντάσσεται». (“WHOQOL: Measuring Quality of Life,” 2014)

### 3.2 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ

Η ποιότητα ζωής εκτός από την γενική της έννοια σχετίζεται και με την ανθρώπινη υγεία. Σε αυτόν τον τομέα αναφέρονται τρεις βασικές διαστάσεις της ζωής, η φυσική, η κοινωνική και τέλος, η συναισθηματική. Σε αυτό το σημείο, σημαντική είναι και η επίδραση της ευεξίας του ατόμου η οποία διαμορφώνεται από την παρουσία ή μη προβλημάτων υγείας, τις κοινωνικές ευκαιρίες και τις προσδοκίες του κάθε ανθρώπου στη ζωή του. Με γνώμονα όλους αυτούς τους συνεργικούς παράγοντες γίνεται η αξιολόγηση της ψυχοσωματικής υγείας. Πριν, όμως, την εξαγωγή συμπερασμάτων, θα πρέπει να ληφθούν υπόψη και κάποιες άλλες παράμετροι οι οποίες διαμορφώνουν την αντίληψη αλλά και την στάση του κάθε ανθρώπου απέναντι στην ασθένεια αλλά και την πρόσπιση της υγείας. Μεταξύ αυτών συγκαταλέγεται η οικονομική κατάσταση, το επίπεδο της μόρφωσης και της πνευματικής καλλιέργειας, η ψυχολογική ισορροπία του ατόμου και η ποιότητα του συστήματος υγείας με τις παρεχόμενες υπηρεσίες του. (Fayers & Sprangers, 2002)

Ο σκοπός της αξιολόγησης της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία είναι να διερευνηθεί το αποτέλεσμα των θεραπευτικών παρεμβάσεων στην μείωση της νοσηρότητας και την αύξηση του προσδόκιμου ζωής. Η αξιολόγηση αυτή γίνεται τόσο σε ατομικό επίπεδο όσο και στο σύνολο του πληθυσμού. Όταν γίνεται η διερεύνηση της ποιότητας ζωής στο κάθε άτομο ξεχωριστά, συνυπολογίζονται οι ανάγκες απέναντι στην ασθένεια, οι ενδεχόμενες παρενέργειες από το θεραπευτικό σχήμα, το οικονομικό κόστος της περίθαλψης όπως και η ύπαρξη ψυχοκοινωνικών προβλημάτων. Σε αντιστοιχία, όταν γίνεται η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής στην υγεία του πληθυσμού, εκτιμώνται οι ανάγκες, οι επιπτώσεις των προγραμμάτων της πολιτικής υγείας όπως και ο οικονομικός προϋπολογισμός που αφορά την περίθαλψη ασθενών. Για την επιτυχή διεκπεραίωση του συγκεκριμένου σκοπού γίνεται χρήση δεικτών που διακρίνονται σε υποκειμενικούς και αντικειμενικούς. Η πρώτη κατηγορία των δεικτών αξιολογεί την ψυχική ευεξία του ασθενή και τον βαθμό της κοινωνικής του προσαρμογής ενώ η δεύτερη μελετά την σωματική του κατάσταση και την λειτουργική του επάρκεια ώστε να εργαστεί. Οι δείκτες αυτοί, επιτυγχάνουν τον σκοπό τους μέσω της χρήσης ειδικών εργαλείων που στοχεύουν στην αξιολόγηση του επιπέδου υγείας. (Fayers & Sprangers, 2002)

### 3.3 ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Τα εργαλεία τα οποία τίθενται σε χρήση ώστε να προσδιοριστεί το επίπεδο της ποιότητας ζωής των ασθενών είναι ειδικά ερωτηματολόγια τα οποία διακρίνονται σε γενικά και ειδικά. Τα αποτελέσματά τους είναι ιδιαίτερα χρηστικά για τις στοχευόμενες συγκρίσεις που διενεργούνται μεταξύ ασθενών και γενικού πληθυσμού.

Στην κατηγορία των γενικών εργαλείων ανήκει το Euro Qual, το SF-36, το HUI, το QWB, το Nottingham Health Profile και το General Health-Ratingsindex.

- Το Euro Qual (EQ-5DL): Πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο που αντλεί πληροφορίες με άμεσο τρόπο από το άτομο που ερωτάται. Η κλίμακα αξιολόγησής του διαθέτει το εύρος από 0, που είναι η χειρότερη κατάσταση της υγείας, έως 100, που είναι η ιδεατή. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο έχει ευρεία χρήση σε κλινικές μελέτες αλλά και σε έρευνες που γίνονται σχετικά με την υγεία του πληθυσμού. (“EQ-5D-5L – EQ-5D,” n.d.)
- SF-36: Συνιστά ένα σημαντικό εργαλείο για την διεκπεραίωση μιας έρευνας τόσο στο γενικό πληθυσμό όσο και σε συγκεκριμένες υποομάδες του. Αποτελείται από 36 ερωτήσεις που ταξινομούνται σε 8 ομάδες. Σκοπός του ερωτηματολογίου είναι η αξιολόγηση της σωματικής αλλά και της ψυχικής υγείας του κάθε ερωτώμενου. Η σωματική ή φυσική κατάσταση του κάθε ανθρώπου που συμμετέχει στην έρευνα οριοθετείται από την γενική θεώρηση της υγείας, την λειτουργικότητά του και την παρουσία επώδυνων συμπτωμάτων. Η ψυχική υγεία, εν συνεχεία, προσδιορίζεται από τη συναισθηματική κατάσταση του ερωτώμενου και το βαθμό της λειτουργικότητάς του μέσα στην κοινωνία. (“36-Item Short Form Survey (SF-36) | RAND,” n.d.)
- HUI: Ο συγκεκριμένος δείκτης αποτελεί ένα γενικό εργαλείο με τον οποίο εκτιμάται η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία. Τα αποτελέσματα που εξάγονται από την χρήση του έχουν οδηγήσει στην πρόταση μέτρων που πρέπει να ληφθούν στο χώρο της υγείας, τα οποία έχουν χαρακτηριστεί ως έγκυρα και αξιόπιστα. Το εργαλείο HUI στοχεύει στην καταγραφή των εμπειριών του κάθε ασθενή από τη θεραπεία που λαμβάνει, στην αξιολόγηση



της αποτελεσματικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και στην εξακρίβωση του υγειονομικού επιπέδου του γενικού πληθυσμού. (“Health Utilities Inc. ‘Self or Interviewer Administered - Paper&Pencil or Web-based Format,’” n.d.)

- QWB: Το δεδομένο εργαλείο είναι ένα ερωτηματολόγιο που απαρτίζεται από 71 ερωτήματα. Το QWB αποτελεί ένα είδος κλίμακας που στοχεύει στην αξιολόγηση της ευεξίας του ατόμου όπως και της ποιότητας της ζωής του που σχετίζεται με την υγεία. Το πεδίο δράσης του εντοπίζεται σε 4 βασικούς τομείς: στην αξιολόγηση της σωματικής δραστηριότητας του ασθενή, την παρατήρηση της κινητικότητάς του, την διερεύνηση του βαθμού κοινωνικής προσαρμογής και τέλος την μελέτη των συμπτωμάτων ή άλλων προβλημάτων που προκύπτουν από τα συνυπάρχοντα προβλήματα υγείας (Rehabilitation Institute of Chicago). (Sieber et al., 2008)
- Nottingham Health Profile: Με τη χρήση του συγκεκριμένου δείκτη δίνεται η δυνατότητα της μελέτης του βαθμού ενεργητικότητας, της ύπαρξης και των αποτελεσμάτων της άπνειας, της επίδρασης της ασθένειας στον συναισθηματικό κόσμο του ατόμου όπως και του επιπέδου της κοινωνικής απομόνωσης. Το εργαλείο αυτό θεωρείται εύχρηστο, καθώς οι συμμετέχοντες έχουν ευκολία στην απάντηση των ερωτημάτων λόγω της δυαδικής φύσης της απάντησης (NAI-OXI). (“Nottingham Health Profile - an overview | ScienceDirect Topics,” n.d.)
- General Health Ratings index: Σε αυτήν την περίπτωση, γίνεται εκτίμηση της προσωπικής αντίληψης που έχουν οι ασθενείς για τη νόσο τους και γίνεται σύγκριση σε διάφορους χρόνους της κατάστασης της υγείας των νοσούντων. (Ware, 1976)

Εκτός, όμως, από τα γενικά εργαλεία, υπάρχει και η κατηγορία των ειδικών δεικτών οι οποίοι εφαρμόζονται σε συγκεκριμένες κατηγορίες ασθενών. Αν και αποτελούν πολύτιμους αρωγούς στην εξαγωγή συμπερασμάτων, εμφανίζουν το σημαντικό μειονέκτημα της αδυναμίας σύγκρισης των υπό μελέτη ασθενών με τον γενικό πληθυσμό ή με άλλες ομάδες αρρώστων. Σε αυτήν την κατηγορία ανήκουν το Heart QoI και το Minnesota Living with Heart Failure.

- Heart QoI: Πρόκειται για ένα ειδικό εργαλείο το οποίο σχεδιάστηκε για την μελέτη της ισχαιμικής καρδιοπάθειας. Χρησιμοποιείται σε ασθενείς που πάσχουν από στηθάγχη ή έχουν βιώσει ένα επεισόδιο εμφράγματος του μυοκαρδίου. (Oldridge et al., 2014)
- Minnesota Living with Heart Failure: Το συγκεκριμένο εργαλείο συνιστά ένα ερωτηματολόγιο που έχει ευρεία χρήση σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια. Στην προκειμένη περίπτωση αξιολογείται η φυσική κατάσταση του κάθε ασθενή με καρδιακή ανεπάρκεια όπως και η ψυχική του διάθεση. Στο τέλος, εξάγεται μια συνολική βαθμολογία. (“Minnesota LIVING WITH HEART FAILURE® Questionnaire (MLHFQ) - 94019 - University of Minnesota Office for Technology Commercialization,” n.d.)

Παρόλο που οι ερευνητικές ομάδες διαθέτουν μια πληθώρα εργαλείων που διευκολύνουν το έργο της εκτίμησης της ποιότητας ζωής των ανθρώπων σε συνάρτηση με την υγεία τους, η όλη διαδικασία χαρακτηρίζεται ως περίπλοκη. Η έννοια της ποιότητας ζωής είναι πολυδιάστατη και περιλαμβάνει πολλές παραμέτρους. Προκειμένου, λοιπόν, η έρευνα να είναι όσο το δυνατόν αξιόπιστη, οι επιστήμονες επιδιώκουν τη μελέτη όσο το δυνατόν περισσότερων παραγόντων. Το συγκεκριμένο εργαλείο εμφανίζει ωστόσο πλεονεκτήματα αλλά και μειονεκτήματα. Με δεδομένο ότι οι δείκτες που χρησιμοποιούνται βασίζονται σε ειδικού τύπου ερωτηματολόγια, η συλλογή των δεδομένων αποτελεί μια εύκολη διαδικασία. Από την άλλη πλευρά, όμως, οι ποικίλες συνισταμένες της ποιότητας ζωής δεν συμπορεύονται πάντα με τους δείκτες. Ως χαρακτηριστικό παράδειγμα αναφέρεται η περίπτωση όπου συγχρόνως παρατηρείται βελτίωση κάποιου δείκτη της υγείας και επιδείνωση κάποιου άλλου. Σε αυτήν την περίπτωση, η εκτίμηση της συνολικής πορείας και κατάστασης του ασθενή περιπλέκεται. Επιπλέον, είναι γεγονός πως η προσωπικότητα του κάθε ασθενή, όπως διαμορφώνεται από το μορφωτικό του επίπεδο και το σύστημα αξιών του, μπορεί να επηρεάσει σημαντικά τις απαντήσεις του σχετικά με την ποιότητα της ζωής του. Ως εκ τούτου, γίνεται κατανοητό πως δεν υπάρχουν εργαλεία που να είναι κοινής αποδοχής σε ότι αφορά την χρήση τους. Ωστόσο, εκείνο που θεωρείται απαραίτητο σε κάθε τέτοιου είδους έρευνα είναι η χρήση του ίδιου πάντα εργαλείου όταν πρόκειται να γίνουν συγκριτικές μελέτες.

### 3.4 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Κάθε ασθενής που υποφέρει από ένα χρόνιο νόσημα εμφανίζει μεταπτώσεις στην ψυχολογία του, την οποία την επηρεάζουν πολλοί παράγοντες, θετικοί και αρνητικοί. Όλοι αυτοί οι παράγοντες διαμορφώνονται από την προσωπικότητα του κάθε ατόμου με αποτέλεσμα να διαφοροποιούνται ανά ασθενή. Κατά γενική παραδοχή, όμως, η ψυχολογική κατάσταση κάθε ασθενή και το είδος της συναισθηματικής του αντίδρασης εξαρτάται από ατομικούς όπως και από εξωτερικούς παράγοντες που είναι οι εξής: ηλικία, φύλο, μορφωτικό επίπεδο, βαρύτητα νόσου, εργασία και σεξουαλική ζωή. (WHO, 2020)

- **ΗΛΙΚΙΑ:** Η ηλικία εμφάνισης των καρδιαγγειακών νοσημάτων αποτελεί έναν ισχυρό παράγοντα για την διαμόρφωση της μορφής αλλά και της έντασης της συναισθηματικής αντίδρασης του ασθενή. Η εμφάνιση της νόσου στην παιδική ηλικία, βρίσκει τον μικρό ασθενή ανέτοιμο, καθότι δεν έχει ολοκληρωθεί η πνευματική αλλά και η ψυχολογική του ωρίμανση. Παράλληλα, όμως, με τα παιδιά, και οι γονείς βιώνουν έντονο άγχος καθώς καλούνται να διαχειριστούν μια ιδιαίτερα δύσκολη κατάσταση. Στην περίπτωση που η διάγνωση γίνει στην εφηβική ηλικία, η αποδοχή της ασθένειας από τον ασθενή έρχεται σε σύγκρουση με την διαδικασία διαμόρφωσης της προσωπικότητάς του και αυτό τον οδηγεί στην εμφάνιση άγχους και πολλές φορές, κατάθλιψης. Στους, δε, ενήλικες, παρατηρείται μια επιβαρυνμένη ψυχολογική κατάσταση διότι ο ασθενής έχει την πεποίθηση ότι είναι ανίκανος να εκπληρώσει τις υποχρεώσεις του. Το βάρος των επαγγελματικών και οικογενειακών ευθυνών φαίνεται δυσβάστακτο και η όλη ψυχολογική επιβάρυνση καταλήγει σε καταθλιπτική συμπεριφορά. Τέλος, στην περίπτωση των υπερήλικων ασθενών, τα συναισθήματα που βιώνουν είναι αντικρουόμενα. Μερικές φορές καταλαμβάνονται από απαισιοδοξία και αδυναμία να διαχειριστούν την ασθένειά τους και τους δημιουργείται ο φόβος τους επερχόμενου θανάτου. Από την άλλη πλευρά, υπάρχουν φορές που αισθάνονται πληρότητα και έτοιμοι να αποχωρήσουν από τη ζωή, θεωρώντας ότι έχουν εκπληρώσει τις υποχρεώσεις τους στην επίγεια ζωή τους.

- **ΦΥΛΟ:** Το φύλο είναι ένας από τους παράγοντες που διαμορφώνει την αντίδραση του κάθε ασθενή απέναντι στη νόσο, με σημαντικές, όμως, διαφοροποιήσεις. Οι γυναίκες αντιδρούν πολύ έντονα στην προοπτική της αισθητικής αλλοίωσης που απορρέει είτε από τη φύση της ασθένειας είτε από τις θεραπευτικές μεθόδους που εφαρμόζονται. Αντίθετα, οι άνδρες ενδιαφέρονται για τον αντίκτυπο που έχουν τα χρόνια νοσήματα στην λειτουργικότητά τους και στην ικανότητα για εργασία. Επιπλέον, οι άνδρες δυσκολεύονται στην ιδέα της σωματικής εξάρτησης από φροντιστές που μπορεί να είναι είτε το νοσηλευτικό προσωπικό είτε μέλη του οικογενειακού τους περιβάλλοντος.
- **ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ:** Η προσωπικότητα και ο χαρακτήρας του κάθε ασθενή αποτελούν καθοριστικούς παράγοντες που διαμορφώνουν τον τρόπο αντίδρασης στην προοπτική της δια βίου συμβίωσης με ένα χρόνιο νόσημα. Την μεγαλύτερη δυσκολία στην αποδοχή της νέας πραγματικότητας που διαμορφώνεται λόγω της ύπαρξης ενός καρδιαγγειακού νοσήματος, την αντιμετωπίζουν οι άνθρωποι που διαθέτουν ισχυρή προσωπικότητα και χαρακτηρίζονται από δυναμισμό στην καθημερινή τους ζωή. Εκτός, όμως, από την αδυναμία αποδοχής της ασθένειας, οι συγκεκριμένοι ασθενείς, πολλές φορές, δείχνουν άρνηση στην συμμόρφωση των οδηγιών και των θεραπευτικών πρωτοκόλλων που συστήνουν οι ιατροί. Μια άλλη κατηγορία ανθρώπων που χαρακτηρίζονται από υστερική προσωπικότητα έχουν έντονη συναισθηματική αντίδραση και συχνά εκδηλώνουν το άγχος τους με σωματικές αντιδράσεις. Επιπλέον, η όλη τους στάση δηλώνει πως αποζητούν και ενίοτε απαιτούν την συνεχή φροντίδα και προσοχή από τους οικείους τους. Τέλος, ασθενείς με στοιχεία παρανοϊκής συμπεριφοράς, γίνονται πολλές φορές οξύθυμοι και επιθετικοί.
- **ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ:** Η μόρφωση του ατόμου και το επίπεδο της πνευματικής του καλλιέργειας διαδραματίζει πολύ σημαντικό ρόλο στον τρόπο που αποδέχεται και διαχειρίζεται το πρόβλημα της υγείας του. Η ομαλή αποδοχή της ασθένειας και η εκδήλωση λιγότερων ψυχολογικών διαταραχών σχετίζεται με το υψηλό μορφωτικό επίπεδο.

- ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ: Η ανακοίνωση σε έναν άνθρωπο ότι πάσχει από ανίατη ασθένεια προκαλεί ψυχολογική δυσλειτουργία, όπως είναι αναμενόμενο. Η συναισθηματική αυτή κατάσταση επιβαρύνεται περισσότερο όσο πιο βαριάς μορφής είναι η νόσος. Ως φυσικό επακόλουθο είναι και η δυσκολία αποδοχής της ασθένειας.
- ΕΡΓΑΣΙΑ: Τα καρδιαγγειακά νοσήματα εμφανίζονται συνήθως σε άτομα που βρίσκονται στην αναπαραγωγική ηλικία και εργάζονται. Δυστυχώς, η παρουσία της νόσου, η εκδήλωση των συμπτωμάτων όπως και οι παρενέργειες της θεραπείας οδηγούν σε απώλεια εργατικών ωρών από τον ασθενή με οικονομικό αντίκτυπο. Βέβαια, η εξέλιξη στον τρόπο και τα μέσα της θεραπευτικής προσέγγισης των καρδιαγγειακών νοσημάτων έχει συμβάλλει θετικά στην συμμετοχή των ασθενών στον εργασιακό τους χώρο. Παλαιότερα, η καρδιακή ανεπάρκεια ήταν δεσμευτικός παράγοντας για την επιστροφή στην εργασία, σήμερα όμως είναι εφικτή. Ωστόσο, οι μελέτες αποδεικνύουν ότι οι καρδιοπαθείς, ακόμα και αν εξακολουθούν να εργάζονται, ενοχοποιούν τις εργασιακές συνθήκες για την πρόκληση και την επιδείνωση της ασθένειάς τους. Παραπονούνται συχνά για θωρακικό άλγος, για γενική αδιαθεσία ενώ εκδηλώνουν έντονο το φόβο της έναρξης αρρυθμίας. (Tarride et al., 2009)
- ΣΞΕΟΥΑΛΙΚΗ ΖΩΗ: Η συντριπτική πλειοψηφία των ασθενών που εμφανίζουν καρδιαγγειακά νοσήματα παραπονούνται για διαταραχές στη σεξουαλική τους ζωή. Η δυσλειτουργία αυτή οφείλεται εξίσου στη νόσο και στην λαμβανόμενη θεραπεία αλλά έχει αντίκτυπο στην ψυχολογία του ασθενή και την καθημερινή του ζωή. Οι ασθενείς παραπονιούνται για μειωμένη σεξουαλική επιθυμία, για στυτικές δυσλειτουργίες αλλά και δημιουργία προβλημάτων στην σχέση τους με τον σύντροφό τους.

Συνοψίζοντας, γίνεται κατανοητό ότι η παρουσία ενός καρδιαγγειακού νοσήματος επιφέρει εκτός από σημαντικές αλλαγές και πολλές απώλειες στην καθημερινή ζωή του ασθενή. Ως επί το πλείστον, οι καρδιοπαθείς αισθάνονται ότι έχουν απολέσει την ικανότητα της πλήρους λειτουργικότητας που μοιραία τους περιορίζει τις ελευθερίες κίνησης και συμμετοχής σε δραστηριότητες. Η ασθένεια είναι φυσικό πως προβάλλει φραγμούς σε σχέδια και αυτό οδηγεί στην απώλεια της αυτοεκτίμησης από τον ασθενή.

Συγκεκριμένα, ο ασθενής καλείται να αντιμετωπίσει τρεις απειλές: την απειλή της εικόνας του, την απειλή της σωματικής του ακεραιότητας και την απώλεια της ενασχόλησης με δραστηριότητες. Στην πρώτη περίπτωση, η ίδια η ασθένεια και η θεραπεία επιφέρουν σωματική εξάντληση και ο ασθενής καλείται να αποδεχτεί την αλλοιωμένη εικόνα του. Το ίδιο παρατηρείται και στην περίπτωση των σωματικών αλλαγών που επιφέρει η ασθένεια. Τέλος, είναι γνωστό ότι ένα καρδιακό νόσημα περιορίζει τη σωματική δραστηριότητα και δεν είναι λίγες οι φορές που είναι αδύνατη η ενασχόληση ακόμα και με πολύ ήπιες ασχολίες.

## **4. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ**

### **4.1 ΣΚΟΠΟΣ**

Σκοπός της παρούσας διπλωματικής εργασίας είναι η διερεύνηση της ποιότητας ζωής και του προεγχειρητικού άγχους των νοσηλευόμενων ασθενών με καρδιαγγειακά νοσήματα.

Ειδικότερα, τα βασικά ερευνητικά ερωτήματα είναι τα εξής:

- Πόσο είναι το επίπεδο της ποιότητας ζωής των νοσηλευόμενων ασθενών με καρδιαγγειακά νοσήματα;
- Πόσος είναι ο βαθμός του προεγχειρητικού άγχος και της κατάθλιψη των νοσηλευόμενων ασθενών με καρδιαγγειακά νοσήματα;
- Ποια η σχέση ανάμεσα στο προεγχειρητικό άγχος, την κατάθλιψη και την ποιότητα ζωής των νοσηλευόμενων ασθενών με καρδιαγγειακά νοσήματα;
- Ποια είναι τα δημογραφικά, κοινωνικά και άλλα χαρακτηριστικά των νοσηλευόμενων ασθενών με καρδιαγγειακά νοσήματα που πιθανόν σχετίζονται με το επίπεδο της ποιότητας ζωής, το προεγχειρητικό άγχος και την κατάθλιψη;

### **4.2 ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΣΤΟΧΟΣ**

Ασθενείς, νοσηλευόμενοι, με καρδιαγγειακά νοσήματα.

### **4.3 ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΠΡΟΣΒΑΣΗΣ**

Ασθενείς, νοσηλευόμενοι στην Καρδιοχειρουργική Κλινική του ΠΠΓΝ Λάρισας.

### **4.4 ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΝΤΑΞΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΥ**

#### **4.4.1 ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΝΤΑΞΗΣ**

- ✓ Άνδρες και γυναίκες.
- ✓ Ηλικία 18 ετών και άνω.
- ✓ Ικανότητα επικοινωνίας και γνώση της ελληνικής γλώσσας.

#### 4.4.2 ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΥ

- ❖ Ηλικία κάτω των 18 ετών.
- ❖ Δυσκολία κατανόησης της ελληνικής γλώσσας.
- ❖ Καρκινοπάθεια.
- ❖ Ψυχικό ή ψυχιατρικό νόσημα.
- ❖ Χρήση ψυχοδραστικών ουσιών.
- ❖ Άρνηση συμμετοχής στη μελέτη.

#### 4.5 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας. Το δείγμα προήλθε από τον πληθυσμό των νοσηλευόμενων ασθενών με καρδιαγγειακά νοσήματα στην Καρδιοχειρουργική Κλινική του ΠΠΓΝ Λάρισας. Με την μέθοδο της ευκαιριακής δειγματοληψίας εντοπίστηκαν οι συμμετέχοντες. Η μελέτη πραγματοποιήθηκε με αυτοσυμπληρούμενα ερωτηματολόγια κλειστού τύπου, τα οποία δόθηκαν στα υποκείμενα. Οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν για την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων και τη διασφάλιση της ανωνυμίας. Η συμμετοχή τους ήταν εθελοντική και η διανομή-συλλογή των ερωτηματολογίων έγινε αποκλειστικά από την ερευνήτρια.

Το ερωτηματολόγιο αποτελούνταν από 3 τμήματα:

- Ερωτήσεις για κοινωνικο-δημογραφικά στοιχεία.
- Κλίμακα HADS. Για τη διερεύνηση του άγχους και της κατάθλιψης χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα του άγχους και της κατάθλιψης του νοσοκομείου (HADS) που αναπτύχθηκε από τον Zigmond και τον Snaithe το 1983. Το HADS έχει μεταφραστεί και χρησιμοποιηθεί ευρέως σε περισσότερες από 25 χώρες από την αρχική του εξέλιξη. Ο Herrmann, σε εκτεταμένη ανασκόπηση, ανέφερε ότι το HADS έχει αποδείξει αξιοπιστία και εγκυρότητα όταν χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση ιατρικών ασθενών. Σκοπός του είναι να παρέχει στους κλινικούς ιατρούς ένα αποδεκτό, αξιόπιστο, έγκυρο και εύχρηστο πρακτικό εργαλείο για τον εντοπισμό και την ποσοτικοποίηση της κατάθλιψης και του άγχους. Ο ρόλος της κλίμακας είναι διακριτικός παρά κατηγορηματικός χρησιμοποιείται καλύτερα να μην γίνεται διάγνωση



ψυχιατρικών διαταραχών, αλλά για τον εντοπισμό γενικών νοσοκομειακών ασθενών που χρειάζονται περαιτέρω ψυχιατρική αξιολόγηση και βοήθεια. Το HADS είναι μια κλίμακα βαθμολόγησης αυτοαπόδοσης 14 στοιχείων σε κλίμακα 4 βαθμών Likert (εύρος 0-3). Έχει σχεδιαστεί για τη μέτρηση του άγχους και της κατάθλιψης (7 στοιχεία για κάθε υποκλίμακα). Η συνολική βαθμολογία είναι το άθροισμα των 14 στοιχείων και για κάθε υποκλίμακα η βαθμολογία είναι το άθροισμα των αντίστοιχων επτά στοιχείων (που κυμαίνονται από 0-21). Βαθμολογία έως και 7 αντιστοιχεί σε φυσιολογικές τιμές, από 8 έως και 10 σε οριακά παθολογικές τιμές, και από 11 και άνω σε παθολογικές τιμές. Η ελληνική έκδοση του HADS έδειξε καλές ψυχομετρικές ιδιότητες και θα μπορούσε να χρησιμεύσει ως ένα χρήσιμο εργαλείο για τους κλινικούς για να εκτιμήσει το άγχος και την κατάθλιψη σε γενικούς νοσοκομειακούς ασθενείς. (Snaith, 2003)

- Κλίμακα WHOQOL-BREF. Το ερωτηματολόγιο WHOQOL-BREF αναπτύχθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας με στόχο την προαγωγή ενός διαπολιτισμικού συστήματος αξιολόγησης της ποιότητας ζωής, με την χρησιμοποίησή του στον ευρύτερο χώρο της Υγείας. Περιλαμβάνει 30 ερωτήσεις και διακρίνεται σε πέντε ενότητες, οι οποίες αξιολογούν: α) την ποιότητα ζωής συνολικά και τη γενική υγεία, β) τη σωματική υγεία, γ) την ψυχική υγεία, δ) τις κοινωνικές σχέσεις, και ε) το περιβάλλον. Κάθε ενότητα βαθμολογείται σε μία κλίμακα από 0 έως 100. Οι τιμές που προσεγγίζουν το 0 αντιστοιχούν, αναλογικά, σε αρνητικότερη κλιμάκωση της μελετώμενης μεταβλητής, ενώ αυτές που προσεγγίζουν το 100 σε θετικότερη κλιμάκωση. (Vahedi, 2010)

## 4.6 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Για την περιγραφική στατιστική ανάλυση, οι συνεχείς μεταβλητές εκφράστηκαν στη μορφή «μέση τιμή», «τυπική απόκλιση», και «διάμεσος τιμή», ενώ οι διακριτές σε «συχνότητα» και «σχετική συχνότητα (%)».

Για τη μελέτη της σχέσης μεταξύ δύο συνεχών μεταβλητών έγινε χρήση του δείκτη Pearson ή του Spearman, ανάλογα με το αν ισχύει ή όχι (αντίστοιχα) η παραδοχή της Κανονικότητας. Για τη μελέτη της σχέσης μεταξύ μίας συνεχούς και μία τακτικής μεταβλητής έγινε χρήση του δείκτη συσχέτισης Spearman. Για τη μελέτη της σχέσης μεταξύ μίας συνεχούς και μία διχοτομικής μεταβλητής έγινε χρήση του δείκτη συσχέτισης Point Biserial. Για τη μελέτη της σχέσης μεταξύ μίας συνεχούς και μία ονομαστικής μεταβλητής έγινε χρήση της ανάλυσης διασποράς (ANOVA) ή του ελέγχου των Kruskal-Wallis, ανάλογα με την ικανοποίηση της προϋπόθεσης της Κανονικότητας. Για τον έλεγχο της συνθήκης της Κανονικότητας χρησιμοποιήθηκε, αρχικά, η δοκιμασία Shapiro-Wilk. Εν συνεχεία, σε περίπτωση μη αποδοχής της συνθήκης, έγινε μελέτη των γραφικών αναπαραστάσεων «Normal Q-Q plot», «Detrended Normal Q-Q plot», και «Box Plot».

Για την στατιστική επεξεργασία των δεδομένων έγινε χρήση του λογισμικού SPSS 25. Η ελάχιστη τιμή του επιπέδου στατιστικής σημαντικότητας, p-value, ορίζεται στο 5%. Ως υποδιαστολή χρησιμοποιείται η τελεία.

#### **4.7 ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΠΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΣ**

Ως καταλληλότερη μέθοδος, για την συλλογή των δεδομένων της παρούσας μελέτης, κρίθηκε η δειγματοληψία «ευκολίας», καθώς συμμετέχουν σε αυτό όσα άτομα το επιθυμούν.

## 5. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

### 5.1 ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

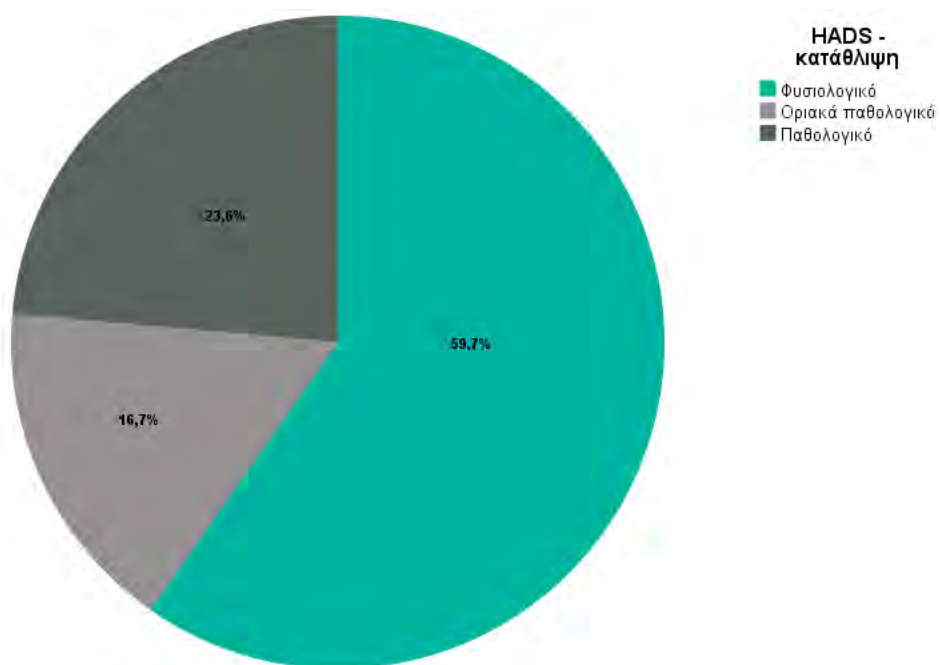
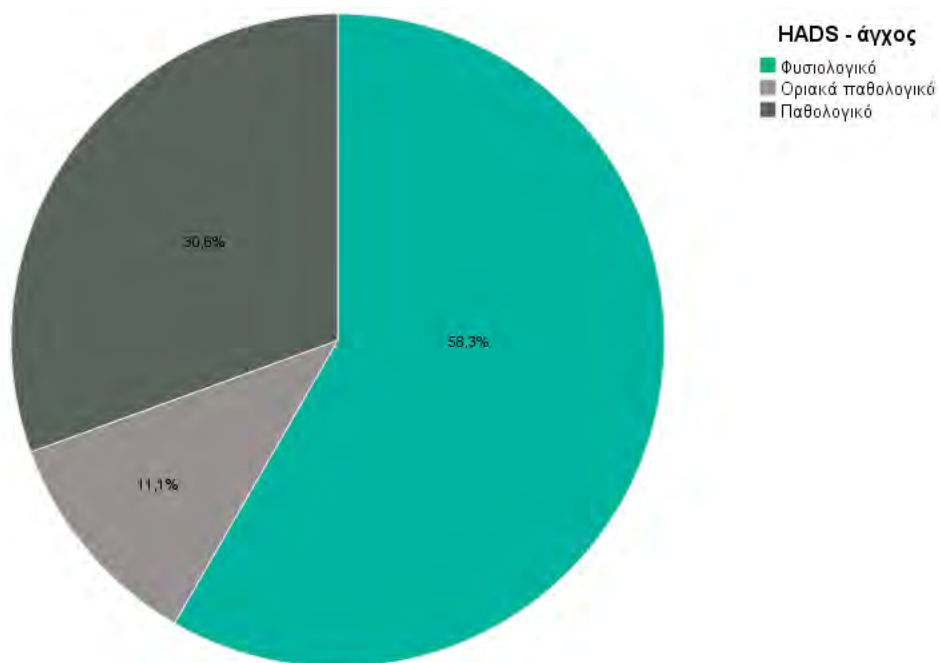
Το δείγμα της μελέτης αποτελείται από 72 ασθενείς (18 γυναίκες και 54 άνδρες), μέσης ηλικίας 64.9 έτη (τυπική απόκλιση = 9, διάμεση ηλικία = 65). Η μέση τιμή του Δείκτη Μάζας Σώματος υπολογίστηκε 29.1 kg/m<sup>2</sup> (τυπική απόκλιση = 3.8, διάμεση ηλικία = 29.2). Στον πίνακα που ακολουθεί καταγράφονται τα χαρακτηριστικά του δείγματος.

		N	N %
<b>Φύλο</b>	Γυναίκα	18	25.0
	Άντρας	54	75.0
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>	Άγαμος/ η	2	2.8
	Έγγαμος/ η	59	81.9
	Διαζευγμένος/ η	1	1.4
	Συμβίωση	1	1.4
	Χήρος/ α	9	12.5
<b>Αριθμός παιδιών</b>	0	2	2.8
	1	5	6.9
	2	43	59.7
	3	14	19.4
	>3	8	11.1
<b>Επίπεδο εκπαίδευσης</b>	Απόφοιτος Δημοτικού	33	45.8
	Απόφοιτος Γυμνασίου / Λυκείου/ ΙΕΚ	31	43.1
	Απόφοιτος Πανεπιστημίου / ΤΕΙ	8	11.1
<b>Επαγγελματική κατάσταση</b>	Δημόσιος υπάλληλος	1	1.4
	Ιδιωτικός υπάλληλος	9	12.5
	Ελεύθερος/ η επαγγελματίας	16	22.2
	Οικιακά	3	4.2
	Άνεργος/ η	6	8.3
	Συνταξιούχος	37	51.4
<b>Τόπος κατοικίας</b>	Αγροτική περιοχή	24	33.3
	Ημιαστική περιοχή	16	22.2
	Αστική περιοχή	32	44.4
<b>Συγκατοίκηση</b>	Μόνος/η	5	6.9
	Με τον/ την σύζυγο	30	41.7
	Με τα παιδιά, χωρίς σύζυγο	6	8.3
	Με σύζυγο και τα παιδιά	30	41.7

	Με τους γονείς	1	1.4
<b>Οικογενειακό ιστορικό καρδιοπάθειας</b>	Όχι	26	36.1
	Ναι	46	63.9
<b>Φυσική άσκηση</b>	Καθόλου	19	26.4
	Ελαφρά	12	16.7
	Μέτρια	33	45.8
	Έντονη	8	11.1
<b>Καπνισματική συνήθεια</b>	Μη καπνιστής/ στρια	20	27.8
	Πρώην καπνιστής/ στρια	29	40.3
	Καπνιστής/ στρια	23	31.9
<b>Κατανάλωση αλκοόλ</b>	Όχι	54	75.0
	Ναι	18	25.0

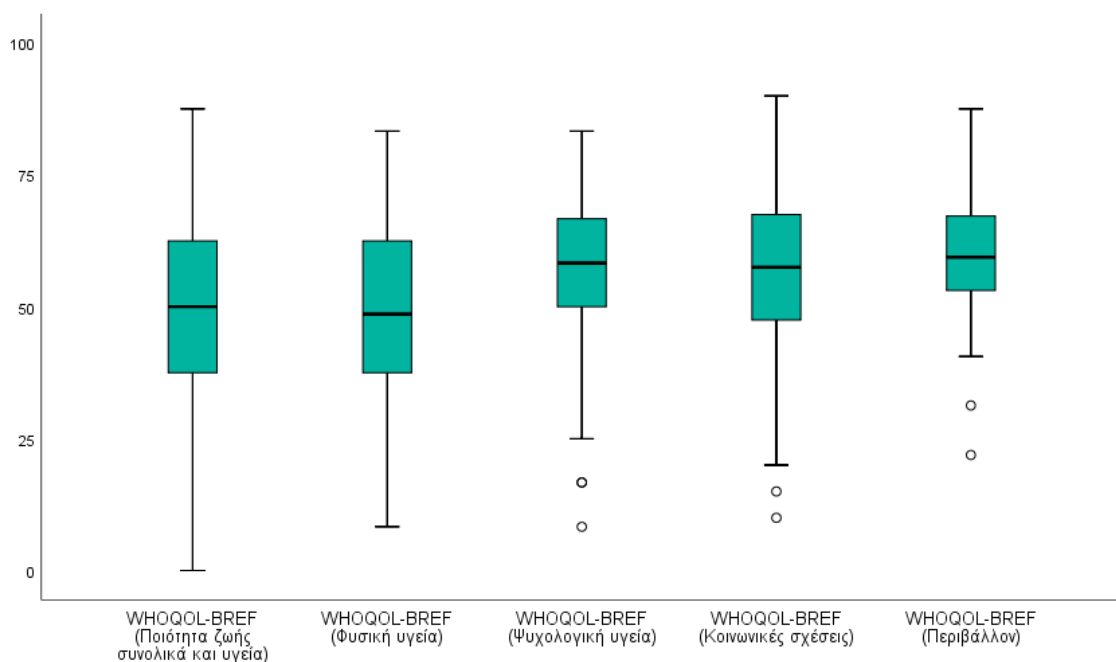
Στον επόμενο πίνακα, και γραφήματα, παρουσιάζονται τα βασικά στατιστικά στοιχεία των βαθμολογιών των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου HADS. Σε ό,τι αφορά την κλίμακα του άγχους, περίπου έξι στους δέκα ασθενείς εμφανίζουν φυσιολογικές τιμές, ένας στους δέκα οριακά παθολογικές, και τρεις στους δέκα παθολογικές. Σχετικά με την κλίμακα της κατάθλιψης, περίπου έξι στους δέκα ασθενείς εμφανίζουν φυσιολογικές τιμές, σχεδόν δύο στους δέκα οριακά παθολογικές, και περίπου δύο στους δέκα παθολογικές.

		N	N %
HADS - άγχος	Φυσιολογικό	42	58.3
	Οριακά παθολογικό	8	11.1
	Παθολογικό	22	30.6
HADS - κατάθλιψη	Φυσιολογικό	43	59.7
	Οριακά παθολογικό	12	16.7
	Παθολογικό	17	23.6



Στον επόμενο πίνακα παρουσιάζονται τα βασικά στατιστικά στοιχεία των βαθμολογιών των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου WHOQOL-BREF. Σε ό,τι αφορά την υποκλίμακα WHOQOL-BREF (Ποιότητα ζωής συνολικά και γενική υγεία) οι στατιστικοί δείκτες του δείγματος καταγράφουν ένα μέτριο επίπεδο (48.8%). Οι τιμές της υποκλίμακας WHOQOL-BREF (Φυσική υγεία) δηλώνουν, επίσης, ένα μέτριο επίπεδο φυσικής υγείας (48.7 %). Οι τιμές της υποκλίμακας WHOQOL-BREF (Ψυχολογική υγεία) δηλώνουν ένα μέτριο, οριακά θετικό, επίπεδο ψυχολογικής υγείας (56.2 %). Οι τιμές της υποκλίμακας WHOQOL-BREF (Κοινωνικές σχέσεις) δηλώνουν ένα μέτριο, οριακά θετικό, επίπεδο κοινωνικών σχέσεων (56.5 %). Τέλος, οι στατιστικοί δείκτες της υποκλίμακας WHOQOL-BREF (Περιβάλλον) δηλώνουν, επίσης, ένα οριακά θετικό επίπεδο στο αίσθημα ασφάλειας από εξωτερικούς κινδύνους (59.6 %).

	Mean	Standard Deviation	Median
WHOQOL-BREF (Ποιότητα ζωής συνολικά και υγεία)	48.8	20.6	50.0
WHOQOL-BREF (Φυσική υγεία)	48.7	17.2	48.6
WHOQOL-BREF (Ψυχολογική υγεία)	56.2	15.8	58.3
WHOQOL-BREF (Κοινωνικές σχέσεις)	56.5	15.8	57.5
WHOQOL-BREF (Περιβάλλον)	59.6	11.1	59.4



## 5.2 ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ

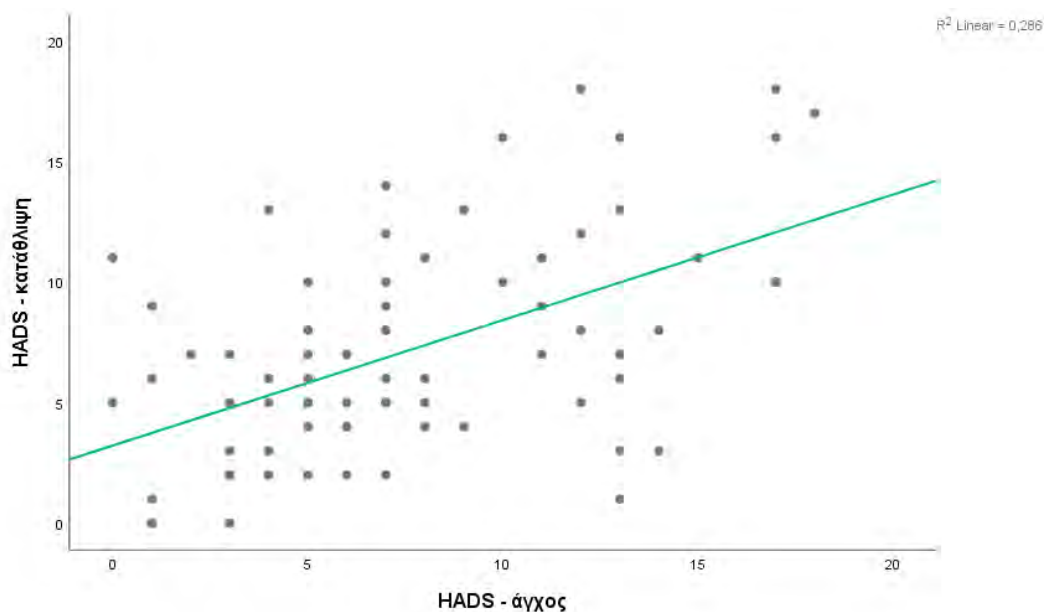
Βάσει του ελέγχου κανονικότητας (δοκιμασία Shapiro-Wilk), και της μελέτης των γραφικών αναπαραστάσεων «Normal Q-Q plot», «Detrended Normal Q-Q plot», και «Box Plot», οι υποκλίμακες των ερωτηματολογίων HADS και WHOQOL-BREF παρουσιάζουν κανονική κατανομή. Ως εκ τούτου, για την μελέτη των συσχετίσεων έγινε χρήση παραμετρικών ελέγχων.

Η υποκλίμακα HADS - άγχος βρέθηκε να συσχετίζεται στατιστικώς σημαντικά με την υποκλίμακα HADS - κατάθλιψη ( $r(72) = .534, p < .001$ ). Συγκεκριμένα υψηλό επίπεδο άγχους αντιστοιχεί σε υψηλό επίπεδο κατάθλιψης.

Correlations

		HADS - άγχος	HADS - κατάθλιψη
HADS - άγχος	Pearson Correlation	1	.534**
	Sig. (2-tailed)		.000
	N	72	72
HADS - κατάθλιψη	Pearson Correlation	.534**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	
	N	72	72

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

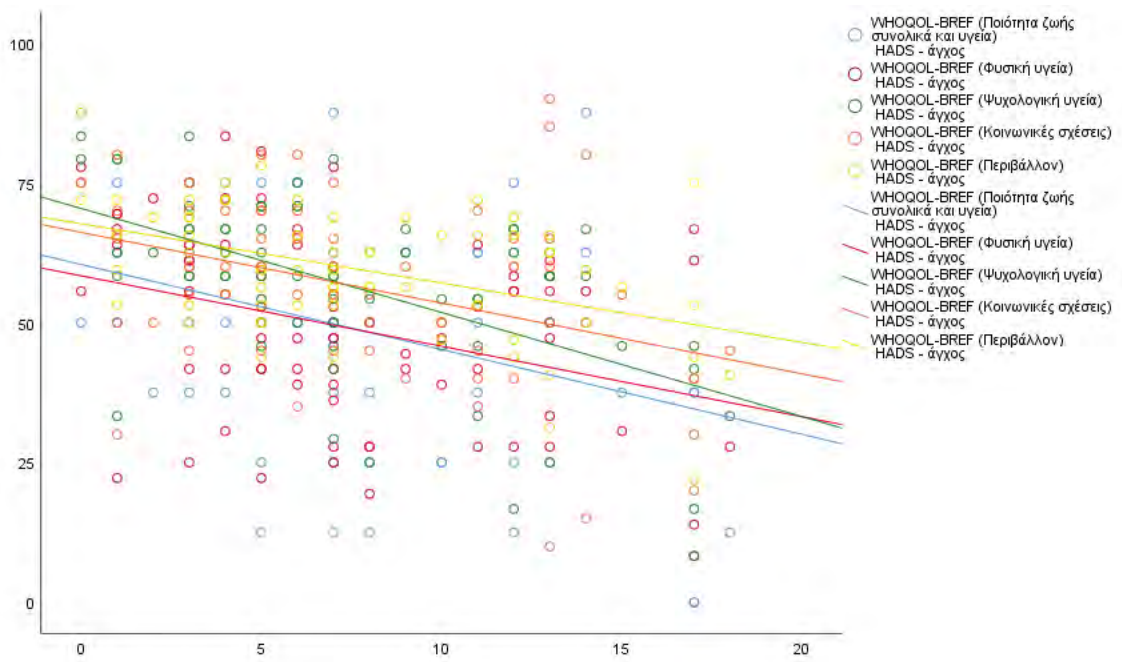


Η υποκλίμακα HADS - άγχος βρέθηκε να συσχετίζεται στατιστικώς σημαντικά με τις εξής υποκλίμακες:

- ✓ WHOQOL-BREF (Ποιότητα ζωής συνολικά και υγεία) ( $r(72) = -.346, p = .003$ ). Συγκεκριμένα υψηλό επίπεδο άγχους αντιστοιχεί σε χαμηλό επίπεδο ποιότητας ζωής συνολικά και υγεία.
- ✓ WHOQOL-BREF (Φυσική υγεία) ( $r(72) = -.343, p = .003$ ). Συγκεκριμένα υψηλό επίπεδο άγχους αντιστοιχεί σε χαμηλό επίπεδο φυσικής υγείας.
- ✓ WHOQOL-BREF (Ψυχολογική υγεία) ( $r(72) = -.552, p < .001$ ). Συγκεκριμένα υψηλό επίπεδο άγχους αντιστοιχεί σε χαμηλό επίπεδο ψυχολογικής υγείας.
- ✓ WHOQOL-BREF (Κοινωνικές σχέσεις) ( $r(72) = -.374, p = .001$ ). Συγκεκριμένα υψηλό επίπεδο άγχους αντιστοιχεί σε χαμηλό επίπεδο κοινωνικών σχέσεων.
- ✓ WHOQOL-BREF (Περιβάλλον) ( $r(72) = -.448, p < .001$ ). Συγκεκριμένα υψηλό επίπεδο άγχους αντιστοιχεί σε χαμηλό αίσθημα ασφάλειας από εξωτερικούς κινδύνους.

		HADS - άγχος
WHOQOL-BREF (Ποιότητα ζωής συνολικά και υγεία)	Pearson Correlation	-,346**
	Sig. (2-tailed)	,003
	N	72
WHOQOL-BREF (Φυσική υγεία)	Pearson Correlation	-,343**
	Sig. (2-tailed)	,003
	N	72
WHOQOL-BREF (Ψυχολογική υγεία)	Pearson Correlation	-,552**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	72
WHOQOL-BREF (Κοινωνικές σχέσεις)	Pearson Correlation	-,374**
	Sig. (2-tailed)	,001
	N	72
WHOQOL-BREF (Περιβάλλον)	Pearson Correlation	-,448**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	72

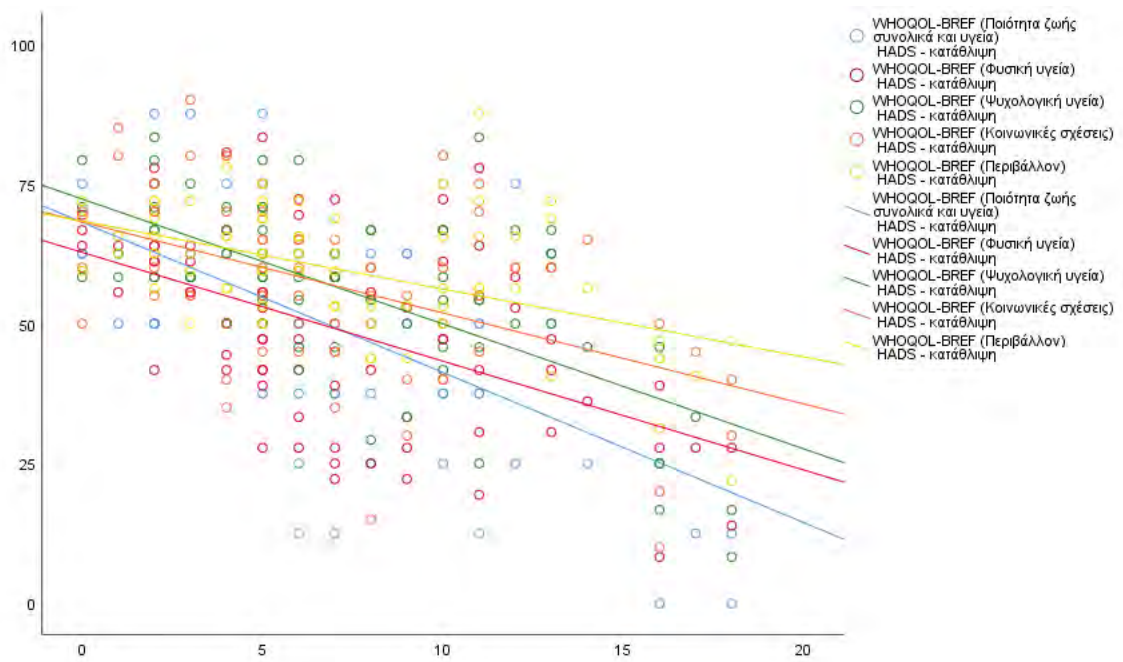




Η υποκλίμακα HADS - κατάθλιψη βρέθηκε να συσχετίζεται στατιστικώς σημαντικά με τις εξής υποκλίμακες:

- ✓ WHOQOL-BREF (Ποιότητα ζωής συνολικά και υγεία) ( $r(72) = -.596, p < .001$ ). Συγκεκριμένα υψηλό επίπεδο κατάθλιψης αντιστοιχεί σε χαμηλό επίπεδο ποιότητας ζωής συνολικά και υγεία.
- ✓ WHOQOL-BREF (Φυσική υγεία) ( $r(72) = -.515, p < .001$ ). Συγκεκριμένα υψηλό επίπεδο κατάθλιψης αντιστοιχεί σε χαμηλό επίπεδο φυσικής υγείας.
- ✓ WHOQOL-BREF (Ψυχολογική υγεία) ( $r(72) = -.552, p < .001$ ). Συγκεκριμένα υψηλό επίπεδο κατάθλιψης αντιστοιχεί σε χαμηλό επίπεδο ψυχολογικής υγείας.
- ✓ WHOQOL-BREF (Κοινωνικές σχέσεις) ( $r(72) = -.646, p < .001$ ). Συγκεκριμένα υψηλό επίπεδο κατάθλιψης αντιστοιχεί σε χαμηλό επίπεδο κοινωνικών σχέσεων.
- ✓ WHOQOL-BREF (Περιβάλλον) ( $r(72) = -.499, p < .001$ ). Συγκεκριμένα υψηλό επίπεδο κατάθλιψης αντιστοιχεί σε χαμηλό αίσθημα ασφάλειας από εξωτερικούς κινδύνους.

		HADS - κατάθλιψη
WHOQOL-BREF (Ποιότητα ζωής συνολικά και υγεία)	Pearson Correlation	-.596**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	72
WHOQOL-BREF (Φυσική υγεία)	Pearson Correlation	-.515**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	72
WHOQOL-BREF (Ψυχολογική υγεία)	Pearson Correlation	-.646**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	72
WHOQOL-BREF (Κοινωνικές σχέσεις)	Pearson Correlation	-.469**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	72
WHOQOL-BREF (Περιβάλλον)	Pearson Correlation	-.499**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	72



Το φύλο βρέθηκε να συσχετίζεται στατιστικώς σημαντικά με τις εξής υποκλίμακες:

- ✓ HADS – άγχος ( $r_{pb}(72) = -.320, p = .006$ ). Συγκεκριμένα στους άνδρες αντιστοιχεί χαμηλότερο επίπεδο άγχους, σε σύγκριση με τις γυναίκες.
- ✓ HADS – κατάθλιψη ( $r_{pb}(72) = -.251, p = .033$ ). Συγκεκριμένα στους άνδρες αντιστοιχεί χαμηλότερο επίπεδο κατάθλιψης, σε σύγκριση με τις γυναίκες.
- ✓ WHOQOL-BREF (Ποιότητα ζωής συνολικά και υγεία) ( $r_{pb}(72) = .319, p = .006$ ). Συγκεκριμένα στους άνδρες αντιστοιχεί υψηλότερο επίπεδο ποιότητας ζωής συνολικά και υγεία.
- ✓ WHOQOL-BREF (Ψυχολογική υγεία) ( $r_{pb}(72) = .288, p = .014$ ). Συγκεκριμένα στους άνδρες αντιστοιχεί υψηλότερο επίπεδο ψυχολογικής υγείας.
- ✓ WHOQOL-BREF (Κοινωνικές σχέσεις) ( $r_{pb}(72) = .401, p < .001$ ). Συγκεκριμένα στους άνδρες αντιστοιχεί υψηλότερο επίπεδο κοινωνικών σχέσεων.

		Φύλο
HADS - άγχος	Point Biserial Correlation	-.320**
	Sig. (2-tailed)	.006
	N	72
HADS - κατάθλιψη	Point Biserial Correlation	-.251*
	Sig. (2-tailed)	.033
	N	72
WHOQOL-BREF (Ποιότητα ζωής συνολικά και υγεία)	Point Biserial Correlation	.319**
	Sig. (2-tailed)	.006
	N	72
WHOQOL-BREF (Φυσική υγεία)	Point Biserial Correlation	.181
	Sig. (2-tailed)	.128
	N	72
WHOQOL-BREF (Ψυχολογική υγεία)	Point Biserial Correlation	.288*
	Sig. (2-tailed)	.014
	N	72
WHOQOL-BREF (Κοινωνικές σχέσεις)	Point Biserial Correlation	.401**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	72
WHOQOL-BREF (Περιβάλλον)	Point Biserial Correlation	.209
	Sig. (2-tailed)	.078
	N	72

Το επίπεδο κατανάλωσης αλκοόλ δεν βρέθηκε να συσχετίζεται με καμία υποκλίμακα των ερωτηματολογίων HADS και WHOQOL-BREF.

		Κατανάλωση αλκοόλ
HADS - άγχος	Pearson Correlation	.059
	Sig. (2-tailed)	.625
	N	72
HADS - κατάθλιψη	Pearson Correlation	.110
	Sig. (2-tailed)	.359
	N	72
WHOQOL-BREF (Ποιότητα ζωής συνολικά και υγεία)	Pearson Correlation	.034
	Sig. (2-tailed)	.775
	N	72
WHOQOL-BREF (Φυσική υγεία)	Pearson Correlation	-.144
	Sig. (2-tailed)	.226
	N	72
WHOQOL-BREF (Ψυχολογική υγεία)	Pearson Correlation	-.066
	Sig. (2-tailed)	.580
	N	72
WHOQOL-BREF (Κοινωνικές σχέσεις)	Pearson Correlation	.110
	Sig. (2-tailed)	.359
	N	72
WHOQOL-BREF (Περιβάλλον)	Pearson Correlation	-.018
	Sig. (2-tailed)	.881
	N	72

Το οικογενειακό ιστορικό καρδιοπάθειας δεν βρέθηκε να συσχετίζεται με καμία υποκλίμακα των ερωτηματολογίων HADS και WHOQOL-BREF.

		Οικογενειακό ιστορικό καρδιοπάθειας
Οικογενειακό ιστορικό καρδιοπάθειας	Pearson Correlation	1
	Sig. (2-tailed)	
	N	72
HADS - άγχος	Pearson Correlation	-.040
	Sig. (2-tailed)	.741
	N	72
HADS - κατάθλιψη	Pearson Correlation	.051
	Sig. (2-tailed)	.668
	N	72
WHOQOL-BREF (Ποιότητα ζωής συνολικά και υγεία)	Pearson Correlation	-.027
	Sig. (2-tailed)	.822
	N	72
WHOQOL-BREF (Φυσική υγεία)	Pearson Correlation	-.028
	Sig. (2-tailed)	.817
	N	72
WHOQOL-BREF (Ψυχολογική υγεία)	Pearson Correlation	-.026
	Sig. (2-tailed)	.828
	N	72
WHOQOL-BREF (Κοινωνικές σχέσεις)	Pearson Correlation	.217
	Sig. (2-tailed)	.067
	N	72
WHOQOL-BREF (Περιβάλλον)	Pearson Correlation	.011
	Sig. (2-tailed)	.925
	N	72

Το επίπεδο εκπαίδευσης βρέθηκε να συσχετίζεται στατιστικά σημαντικά με τις εξής υποκλίμακες:

- ✓ WHOQOL-BREF (Φυσική υγεία) ( $r(72) = .347, p = .003$ ). Συγκεκριμένα υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο αντιστοιχεί σε χαμηλότερο επίπεδο φυσικής ζωής.
- ✓ WHOQOL-BREF (Κοινωνικές σχέσεις) ( $r(72) = .464, p < .001$ ). Συγκεκριμένα υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο αντιστοιχεί σε χαμηλότερο επίπεδο κοινωνικών σχέσεων.

		Επίπεδο εκπαίδευσης	
Spearman's rho	HADS - άγχος	Correlation Coefficient	-.043
		Sig. (2-tailed)	.723
		N	72
	HADS - κατάθλιψη	Correlation Coefficient	-.158
		Sig. (2-tailed)	.185
		N	72
	WHOQOL-BREF (Ποιότητα ζωής συνολικά και υγεία)	Correlation Coefficient	.087
		Sig. (2-tailed)	.467
		N	72
	WHOQOL-BREF (Φυσική υγεία)	Correlation Coefficient	.347**
		Sig. (2-tailed)	.003
		N	72
	WHOQOL-BREF (Ψυχολογική υγεία)	Correlation Coefficient	.122
		Sig. (2-tailed)	.306
		N	72
	WHOQOL-BREF (Κοινωνικές σχέσεις)	Correlation Coefficient	.464**
		Sig. (2-tailed)	.000
		N	72
WHOQOL-BREF (Περιβάλλον)	Correlation Coefficient	.195	
	Sig. (2-tailed)	.100	
	N	72	

Ο αριθμός των παιδιών δεν βρέθηκε να συσχετίζεται με καμία υποκλίμακα των ερωτηματολογίων HADS και WHOQOL-BREF.

		Αριθμός παιδιών	
Spearman's rho	HADS - άγχος	Correlation Coefficient	.168
		Sig. (2-tailed)	.158
		N	72
	HADS - κατάθλιψη	Correlation Coefficient	.178
		Sig. (2-tailed)	.135
		N	72
	WHOQOL-BREF (Ποιότητα ζωής συνολικά και υγεία)	Correlation Coefficient	.024
		Sig. (2-tailed)	.841
		N	72
	WHOQOL-BREF (Φυσική υγεία)	Correlation Coefficient	-.011
		Sig. (2-tailed)	.929
		N	72
	WHOQOL-BREF (Ψυχολογική υγεία)	Correlation Coefficient	-.023
		Sig. (2-tailed)	.850
		N	72
	WHOQOL-BREF (Κοινωνικές σχέσεις)	Correlation Coefficient	-.148
		Sig. (2-tailed)	.214
		N	72
WHOQOL-BREF (Περιβάλλον)	Correlation Coefficient	-.043	
	Sig. (2-tailed)	.721	
	N	72	



Ο τόπος κατοικίας δεν βρέθηκε να συσχετίζεται με καμία υποκλίμακα των ερωτηματολογίων HADS και WHOQOL-BREF.

		Τόπος κατοικίας	
Spearman's rho	HADS - άγχος	Correlation Coefficient	-.062
		Sig. (2-tailed)	.607
		N	72
	HADS - κατάθλιψη	Correlation Coefficient	.101
		Sig. (2-tailed)	.400
		N	72
	WHOQOL-BREF (Ποιότητα ζωής συνολικά και υγεία)	Correlation Coefficient	-.076
		Sig. (2-tailed)	.527
		N	72
	WHOQOL-BREF (Φυσική υγεία)	Correlation Coefficient	.005
		Sig. (2-tailed)	.965
		N	72
	WHOQOL-BREF (Ψυχολογική υγεία)	Correlation Coefficient	-.040
		Sig. (2-tailed)	.741
		N	72
	WHOQOL-BREF (Κοινωνικές σχέσεις)	Correlation Coefficient	.117
		Sig. (2-tailed)	.326
		N	72
	WHOQOL-BREF (Περιβάλλον)	Correlation Coefficient	.069
		Sig. (2-tailed)	.564
		N	72

Το επίπεδο φυσικής άσκησης βρέθηκε να συσχετίζεται στατιστικώς σημαντικά με τις εξής υποκλίμακες:

- ✓ HADS – κατάθλιψη ( $r_s(72) = -.364, p = .002$ ). Συγκεκριμένα υψηλό επίπεδο φυσικής άσκησης αντιστοιχεί σε χαμηλότερο επίπεδο κατάθλιψης.
- ✓ WHOQOL-BREF (Ποιότητα ζωής συνολικά και υγεία) ( $r_s(72) = .596, p = .007$ ). Συγκεκριμένα υψηλό επίπεδο φυσικής άσκησης αντιστοιχεί σε υψηλότερο επίπεδο ποιότητας ζωής συνολικά και υγεία.
- ✓ WHOQOL-BREF (Φυσική υγεία) ( $r_s(72) = .494, p < .001$ ). Συγκεκριμένα υψηλό επίπεδο φυσικής άσκησης αντιστοιχεί σε υψηλότερο επίπεδο φυσικής υγείας.
- ✓ WHOQOL-BREF (Ψυχολογική υγεία) ( $r_s(72) = .465, p < .001$ ). Συγκεκριμένα υψηλό επίπεδο φυσικής άσκησης αντιστοιχεί σε υψηλότερο επίπεδο ψυχολογικής υγείας.
- ✓ WHOQOL-BREF (Κοινωνικές σχέσεις) ( $r_s(72) = .557, p < .001$ ). Συγκεκριμένα υψηλό επίπεδο φυσικής άσκησης αντιστοιχεί σε υψηλότερο επίπεδο κοινωνικών σχέσεων.
- ✓ WHOQOL-BREF (Περιβάλλον) ( $r_s(72) = .262, p = .026$ ). Συγκεκριμένα υψηλό επίπεδο φυσικής άσκησης αντιστοιχεί σε υψηλότερο αίσθημα ασφάλειας από εξωτερικούς κινδύνους.

		Φυσική άσκηση	
Spearman's rho	HADS - άγχος	Correlation Coefficient	-.118
		Sig. (2-tailed)	.324
		N	72
	HADS - κατάθλιψη	Correlation Coefficient	-.364**
		Sig. (2-tailed)	.002
		N	72
	WHOQOL-BREF (Ποιότητα ζωής συνολικά και υγεία)	Correlation Coefficient	.314**
		Sig. (2-tailed)	.007
		N	72
	WHOQOL-BREF (Φυσική υγεία)	Correlation Coefficient	.494**
		Sig. (2-tailed)	.000
		N	72
	WHOQOL-BREF (Ψυχολογική υγεία)	Correlation Coefficient	.465**
		Sig. (2-tailed)	.000
		N	72
WHOQOL-BREF (Κοινωνικές σχέσεις)	Correlation Coefficient	.557**	
	Sig. (2-tailed)	.000	
	N	72	
WHOQOL-BREF (Περιβάλλον)	Correlation Coefficient	.262*	
	Sig. (2-tailed)	.026	
	N	72	

Η καπνισματική συνήθεια δεν βρέθηκε να συσχετίζεται με καμία υποκλίμακα των ερωτηματολογίων HADS και WHOQOL-BREF.

		Καπνισματική συνήθεια	
Spearman's rho	HADS - άγχος	Correlation Coefficient	.066
		Sig. (2-tailed)	.584
		N	72
	HADS - κατάθλιψη	Correlation Coefficient	.069
		Sig. (2-tailed)	.567
		N	72
	WHOQOL-BREF (Ποιότητα ζωής συνολικά και υγεία)	Correlation Coefficient	.041
		Sig. (2-tailed)	.731
		N	72
	WHOQOL-BREF (Φυσική υγεία)	Correlation Coefficient	.080
		Sig. (2-tailed)	.503
		N	72
	WHOQOL-BREF (Ψυχολογική υγεία)	Correlation Coefficient	-.042
		Sig. (2-tailed)	.725
		N	72
	WHOQOL-BREF (Κοινωνικές σχέσεις)	Correlation Coefficient	.221
		Sig. (2-tailed)	.063
		N	72
	WHOQOL-BREF (Περιβάλλον)	Correlation Coefficient	-.116
		Sig. (2-tailed)	.331
		N	72

Η ηλικία βρέθηκε να συσχετίζεται στατιστικώς σημαντικά με τις εξής υποκλίμακες:

- ✓ HADS - άγχος ( $r_{pb}(72) = -.247, p = .036$ ). Συγκεκριμένα σε ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας αντιστοιχεί χαμηλότερο επίπεδο άγχους.
- ✓ WHOQOL-BREF (Κοινωνικές σχέσεις) ( $r(72) = -.262, p = .026$ ). Συγκεκριμένα σε ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας αντιστοιχεί χαμηλότερο επίπεδο κοινωνικών σχέσεων.

		Ηλικία
HADS - άγχος	Pearson Correlation	-.247*
	Sig. (2-tailed)	.036
	N	72
HADS - κατάθλιψη	Pearson Correlation	-.017
	Sig. (2-tailed)	.887
	N	72
WHOQOL-BREF (Ποιότητα ζωής συνολικά και υγεία)	Pearson Correlation	.075
	Sig. (2-tailed)	.530
	N	72
WHOQOL-BREF (Φυσική υγεία)	Pearson Correlation	-.115
	Sig. (2-tailed)	.338
	N	72
WHOQOL-BREF (Ψυχολογική υγεία)	Pearson Correlation	-.008
	Sig. (2-tailed)	.944
	N	72
WHOQOL-BREF (Κοινωνικές σχέσεις)	Pearson Correlation	-.262*
	Sig. (2-tailed)	.026
	N	72
WHOQOL-BREF (Περιβάλλον)	Pearson Correlation	.103
	Sig. (2-tailed)	.390
	N	72

Ο Δείκτης Μάζας Σώματος δεν βρέθηκε να συσχετίζεται με καμία υποκλίμακα των ερωτηματολογίων HADS και WHOQOL-BREF.

		Δείκτης Μάζας Σώματος
HADS - άγχος	Pearson Correlation	-.022
	Sig. (2-tailed)	.857
	N	72
HADS - κατάθλιψη	Pearson Correlation	-.122
	Sig. (2-tailed)	.308
	N	72
WHOQOL-BREF (Ποιότητα ζωής συνολικά και υγεία)	Pearson Correlation	-.074
	Sig. (2-tailed)	.535
	N	72
WHOQOL-BREF (Φυσική υγεία)	Pearson Correlation	.024
	Sig. (2-tailed)	.841
	N	72
WHOQOL-BREF (Ψυχολογική υγεία)	Pearson Correlation	-.106
	Sig. (2-tailed)	.375
	N	72
WHOQOL-BREF (Κοινωνικές σχέσεις)	Pearson Correlation	.096
	Sig. (2-tailed)	.420
	N	72
WHOQOL-BREF (Περιβάλλον)	Pearson Correlation	.010
	Sig. (2-tailed)	.932
	N	72

Η οικογενειακή κατάσταση δεν βρέθηκε να συσχετίζεται με καμία υποκλίμακα των ερωτηματολογίων HADS και WHOQOL-BREF.

Test Statistics<sup>a,b</sup>

	HADS - άγχος	HADS - κατάθλιψη	WHOQOL- BREF (Ποιότητα ζωής συνολικά και υγεία)	WHOQOL- BREF (Φυσική υγεία)	WHOQOL- BREF (Ψυχολογική υγεία)	WHOQOL- BREF (Κοινωνικές σχέσεις)	WHOQOL- BREF (Περιβάλλον)
Kruskal-Wallis H	.872	4.186	6.770	4.564	7.302	8.563	4.837
df	4	4	4	4	4	4	4
Asymp. Sig.	.929	.381	.149	.335	.121	.073	.304

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Οικογενειακή κατάσταση

## 6. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Οι καρδιαγγειακές παθήσεις είναι από τα σημαντικότερα προβλήματα υγείας που επηρεάζουν τα άτομα σωματικά, κοινωνικά και συναισθηματικά. Ο θάνατος των καρδιακών παθήσεων συνεχίζει να κατατάσσεται πρώτος παρά τις προληπτικές και θεραπευτικές εξελίξεις και τις νέες μεθόδους. (WHO, 2020)

Η τρέχουσα μελέτη πραγματοποιήθηκε για να προσδιοριστεί η επίδραση των κοινωνικο-δημογραφικών και σχετιζόμενων με την ασθένεια μεταβλητών στο επίπεδο του άγχους, της κατάθλιψης και της ποιότητας ζωής νοσηλευόμενων ασθενών με καρδιαγγειακά νοσήματα. Διαπιστώθηκε ότι η μέση ηλικία των συμμετεχόντων ήταν  $64.9 \pm 9$  έτη, κάτι που συμφωνεί με τις στατιστικές αναφορές της βιβλιογραφίας, όπου η πλειοψηφία των νοσηλευόμενων ασθενών με καρδιαγγειακά νοσήματα είναι ηλικίας μεγαλύτερης των 60 ετών (Yazdanyar & Newman, 2009).

Οι καρδιαγγειακές παθήσεις επηρεάζουν τις σωματικές και ψυχολογικές λειτουργίες των ασθενών. Η μελέτη της βιβλιογραφίας δείχνει ότι οι ηλικιωμένοι καρδιακοί ασθενείς επηρεάζονται αρνητικά τόσο σωματικά όσο και ψυχολογικά, γεγονός που οδηγεί σε μειωμένη ποιότητα ζωής και αυξημένο επίπεδο κατάθλιψης και άγχους (Demirsoy & Taskiran, 2010). Στην τρέχουσα μελέτη παρατηρήθηκε ότι τέσσερις στους δέκα ασθενείς καταγράφουν οριακά παθολογικές ή παθολογικές τιμές στα επίπεδα του άγχους και της κατάθλιψης. Τα αποτελέσματα αυτά ταιριάζουν με τα αντίστοιχα της βιβλιογραφίας, όπου ο επιπολασμός του άγχους και της κατάθλιψης, σε ασθενείς με καρδιαγγειακά νοσήματα κυμαίνεται μεταξύ 20% και 30% (Stewart & Rollman, 2014).

Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι υψηλό επίπεδο άγχους αντιστοιχεί σε υψηλό επίπεδο κατάθλιψης. Ακόμη, υψηλό επίπεδο άγχους ή κατάθλιψης αντιστοιχεί σε χαμηλό επίπεδο ποιότητας ζωής συνολικά και υγεία, φυσικής και ψυχολογικής υγείας, κοινωνικών σχέσεων, και σε χαμηλό αίσθημα ασφάλειας από εξωτερικούς κινδύνους. Σε ό,τι αφορά το φύλο, στους άνδρες αντιστοιχεί χαμηλότερο επίπεδο άγχους ή κατάθλιψης, σε σύγκριση με τις γυναίκες. Τέλος, σε ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας αντιστοιχεί χαμηλότερο επίπεδο άγχους. Όλα αυτά τα συμπεράσματα συνάδουν με τις βιβλιογραφικές αναφορές. Όμως, η έλλειψη ενός κοινά αποδεκτού ορισμού της πολυδιάστατης και πολυεπίπεδης έννοιας της ποιότητας ζωής, καθώς και η μεγάλη



ποικιλία εργαλείων μέτρησής της, κάνει αρκετά δύσκολη την άμεση σύγκριση μεταξύ των αντίστοιχων μελετών. (Sivertsen, Bjørkløf, Engedal, Selbæk, & Helvik, 2015)

Σε ό,τι αφορά την ποιότητα ζωής συνολικά και τη γενική υγεία, τη φυσική και ψυχολογική υγεία, τις κοινωνικές σχέσεις, και το αίσθημα ασφάλειας από εξωτερικούς κινδύνους, η ανάλυση των δεδομένων του δείγματος έδειξε ένα μέτριο επίπεδο με τάση, έστω και οριακή, προς θετική κατεύθυνση.

Το φύλο φαίνεται να επηρεάζει την ποιότητα ζωής. Υπολογίστηκε ότι στους άνδρες, συγκριτικά με τις γυναίκες, αντιστοιχεί υψηλότερο επίπεδο ποιότητας ζωής συνολικά και υγεία, ψυχολογικής υγείας, και κοινωνικών σχέσεων. Αυτό το αποτέλεσμα ταιριάζει με τη γενικότερη θεώρηση που καταγράφεται σε μελέτες από διάφορα και διαφορετικά μέρη του κόσμου. Βέβαια, σε όλες αυτές τις μελέτες, η διακύμανση είναι μεγάλη λόγω ανομοιομορφίας στους κοινωνικούς, δημογραφικούς, και οικονομικούς παράγοντες που επιδρούν στην ποιότητα ζωής. (Lee, Xu, & Wu, 2020)

Ακόμη, υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο αντιστοιχεί σε χαμηλότερο επίπεδο φυσικής ζωής και κοινωνικών σχέσεων. Κι αυτό το αποτέλεσμα συμφωνεί με συμπεράσματα άλλων μελετών. (Barbareschi, Sanderman, Leegte, Van Veldhuisen, & Jaarsma, 2011)

Υψηλό επίπεδο φυσικής άσκησης αντιστοιχεί σε χαμηλότερο επίπεδο κατάθλιψης, σε υψηλότερο επίπεδο ποιότητας ζωής συνολικά και υγεία, φυσικής και ψυχολογικής υγείας, κοινωνικών σχέσεων και σε αίσθημα ασφάλειας από εξωτερικούς κινδύνους. Η θετική επίδραση της άσκησης τόσο στην ψυχική υγεία όσο και στην ποιότητα ζωής έχει μελετηθεί αρκετά τα τελευταία χρόνια και φαίνεται πως διαθέτει μία αρκετά καλή τεκμηρίωση. Λόγω των πολλών και διαφορετικών, ποιοτικά και ποσοτικά, προγραμμάτων άσκησης δεν μπορεί να υπάρξει μία κοινή συμπερασματική θέση. Για κάθε είδους άθληση, και για κάθε επίπεδο συχνότητας, έντασης και δυσκολίας, καταγράφονται εντελώς τα αποτελέσματα μπορεί να απέχουν αρκετά. (Dibben et al., 2018)

Τέλος, βρέθηκε ότι σε ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας αντιστοιχεί χαμηλότερο επίπεδο κοινωνικών σχέσεων. Οι συνθήκες διαβίωσης, η κοινωνικοοικονομική κατάσταση και η κατάσταση της υγείας, αποτελούν σημαντικούς προγνωστικούς παράγοντες της χαμηλής

κοινωνικής συμμετοχής των ηλικιωμένων (Pinto & Neri, 2017). Ως εκ τούτου είναι αρκετά δύσκολο να υπάρχουν ομοιογενή αποτελέσματα μεταξύ διαφόρων μελετών.

Παρά τα σημαντικά αποτελέσματα, υπάρχουν περιορισμοί σε αυτή τη μελέτη που πρέπει να ληφθούν υπόψη. Πρώτον, πρόκειται για συγχρονική μελέτη (cross-sectional study), άρα χωρίς δυνατότητα απόδειξης αιτιωδών σχέσεων μεταξύ των μεταβλητών. Δεύτερον, η συλλογή των δεδομένων έγινε με μη τυχαία δειγματοληψία, γεγονός που εντάσσει στη μελέτη αρκετά και σημαντικά σφάλματα επιλογής. Ακόμη, το μέγεθος του δείγματος δεν επαρκεί για την πραγματοποίηση πολυπαραγοντικών αναλύσεων και διερεύνησης των συγχυτικών και τροποποιητικών παραγόντων.

Η ερευνητική χρησιμότητα και η αντιπροσωπευτικότητα ενός τέτοιου δείγματος είναι αμφισβητήσιμη και αφορά σε πιλοτικές έρευνες καθώς δεν ενδείκνυται για εξαγωγή γενικευμένων συμπερασμάτων. Θεωρείται ότι τα αποτελέσματα της έρευνας μπορούν να γενικευθούν σε πληθυσμούς που έχουν χαρακτηριστικά παρόμοια με αυτά το δείγματος.

Η ποιότητα ζωής, ως ο σημαντικότερος δείκτης της ανθρώπινης ζωής, πρέπει να μελετάται ενδελεχώς και διαχρονικά, ώστε να εξάγονται έγκυρα συμπεράσματα που θα οδηγούν σε παρεμβάσεις, ατομικού ή κοινωνικού χαρακτήρα, με σκοπό τη βελτίωση της. Οι ερευνητικές μελέτες που μπορεί να στηρίξουν μία τέτοια προσπάθεια είναι οι πολυκεντρικές και οι καλά σχεδιασμένες, με ακριβή εστίαση σε συγκεκριμένη, κάθε φορά, ομάδα ασθενών. Η ελαχιστοποίηση των συστηματικών σφαλμάτων μπορεί να αυξάνει το χρονικό και οικονομικό κόστος μίας έρευνας, αλλά τα συμπεράσματα υψηλής αξιοπιστίας μπορούν, με την σωστή εφαρμογή τους, όχι μόνο να ανταποδώσουν αυτό το κόστος αλλά και να το εκμηδενίσουν.

## 7. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η υγεία, σωματική και ψυχική, θεωρείται βασικός και σημαντικός ρυθμιστικός παράγοντας για το επίπεδο της ποιότητας ζωής. Η καταγραφή της ποιότητας ζωής, από τους ίδιους τους ασθενείς, είναι ωφέλιμη για τον εντοπισμό των διαφόρων προβλημάτων που υπάρχουν σε ένα σύστημα υγείας καθώς και για τον σχεδιασμό στρατηγικής και προγραμμάτων που μπορούν να συμβάλλουν στη βελτίωση όλων των δεικτών που αφορούν στην παρεχόμενη υγειονομική περίθαλψη.

Όπως αναλύθηκε στην παρούσα μελέτη, τα καρδιαγγειακά νοσήματα επιδρούν, σε μεγάλο βαθμό, στη σωματική και ψυχική υγεία του ασθενή. Η θετική ψυχολογία αποτελεί σημαντική συνιστώσα στην ολιστική αντιμετώπιση της νοσογόνου κατάστασης. Ο ασθενής με υψηλό βαθμό ποιότητας ζωής είναι σε θέση να αυτοδιαχειριστεί πολύ καλύτερα την πάθησή του καθώς και τις επιπλοκές της. Ως εκ τούτου, είναι ιδιαίτερα χρήσιμο οι έρευνες να επικεντρώνονται στους εξής δύο βασικούς άξονες: α) εντοπισμός και μελέτη παραγόντων που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής ασθενών με καρδιαγγειακά νοσήματα, και β) αξιολόγηση προληπτικών μέτρων και παρεμβάσεων που μπορούν να συνεισφέρουν στη βελτίωση των δεικτών σχετικών με τη φυσική και ψυχική υγεία των ασθενών.

Τέλος, η χωροχρονική μελέτη και επιτήρηση της ποιότητας ζωής των ασθενών, όχι μόνο καρδιαγγειακών νοσημάτων, αποτελεί σημαντικό παράγοντα για τη δημιουργία και εξέλιξη μεσοπρόθεσμων και μακροπρόθεσμων πολιτικών υγείας. Πολιτικές που πρέπει να στοχεύουν σε όλες τις μορφές υγείας, τόσο σε ατομικό όσο και σε κοινωνικό επίπεδο.

## BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

- 36-Item Short Form Survey (SF-36) | RAND. (n.d.). Retrieved November 3, 2019, from [https://www.rand.org/health-care/surveys\\_tools/mos/36-item-short-form.html](https://www.rand.org/health-care/surveys_tools/mos/36-item-short-form.html)
- AlHabib, K. F., Elasar, A. A., AlFaleh, H., Kashour, T., Hersi, A., AlBackr, H., ... Abuosa, A. (2014). Clinical features, management, and short- and long-term outcomes of patients with acute decompensated heart failure: Phase i results of the HEARTS database. *European Journal of Heart Failure*, *16*(4), 461–469. <https://doi.org/10.1002/ejhf.57>
- American Heart Association | To be a relentless force for a world of longer, healthier lives. (2020). Retrieved May 20, 2020, from <https://www.heart.org/>
- Aust, H., Rüsçh, D., Schuster, M., Sturm, T., Brehm, F., & Nestoriuc, Y. (2016). Coping strategies in anxious surgical patients. *BMC Health Services Research*, *16*(1), 250. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1492-5>
- Barbareschi, G., Sanderman, R., Leegte, I. L., Van Veldhuisen, D. J., & Jaarsma, T. (2011). Educational level and the quality of life of heart failure patients: A longitudinal study. *Journal of Cardiac Failure*, *17*(1), 47–53. <https://doi.org/10.1016/j.cardfail.2010.08.005>
- Bedaso, A., & Ayalew, M. (2019, April 8). Preoperative anxiety among adult patients undergoing elective surgery: A prospective survey at a general hospital in Ethiopia. *Patient Safety in Surgery*. BioMed Central Ltd. <https://doi.org/10.1186/s13037-019-0198-0>
- Caumo, W., Schmidt, A. P., Schneider, C. N., Bergmann, J., Iwamoto, C. W., Bandeira, D., & Ferreira, M. B. C. (2001). Risk factors for preoperative anxiety in adults. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, *45*(3), 298–307. <https://doi.org/10.1034/j.1399-6576.2001.045003298.x>
- Celano, C. M., Daunis, D. J., Lokko, H. N., Campbell, K. A., & Huffman, J. C. (2016, November 1). Anxiety Disorders and Cardiovascular Disease. *Current Psychiatry Reports*. Current Medicine Group LLC 1. <https://doi.org/10.1007/s11920-016-0739->

- Demirsoy, N., & Taskiran, O. O. (2010). Cardiac rehabilitation in the elderly: an overview of turkey and the world. *Turkish Journal of Geriatrics*, 2, 125–133.
- Dibben, G. O., Dalal, H. M., Taylor, R. S., Doherty, P., Tang, L. H., & Hillsdon, M. (2018, September 1). Cardiac rehabilitation and physical activity: Systematic review and meta-analysis. *Heart*. BMJ Publishing Group. <https://doi.org/10.1136/heartjnl-2017-312832>
- Donovan, R., Cherney, K., & Holland, K. (2018). Heart Disease: Risk Factors, Prevention, and More. Retrieved May 20, 2020, from <https://www.healthline.com/health/heart-disease>
- EQ-5D-5L – EQ-5D. (n.d.). Retrieved May 21, 2020, from <https://euroqol.org/eq-5d-instruments/eq-5d-5l-about/>
- ESC Clinical Practice Guidelines. (2020). Retrieved May 20, 2020, from <https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines>
- Fayers, P. M., & Sprangers, M. A. G. (2002, January 19). Understanding self-rated health. *Lancet*. Elsevier Limited. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)07466-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)07466-4)
- Felix, M. M. dos S., Ferreira, M. B. G., de Oliveira, L. F., Barichello, E., Pires, P. da S., & Barbosa, M. H. (2018). Guided imagery relaxation therapy on preoperative anxiety: A randomized clinical trial. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 26. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2850.3101>
- Frasure-Smith, N., Lespérance, F., Gravel, G., Masson, A., Juneau, M., Talajic, M., & Bourassa, M. G. (2000). Social support, depression, and mortality during the first year after myocardial infarction. *Circulation*, 101(16), 1919–1924. <https://doi.org/10.1161/01.CIR.101.16.1919>
- Garbee, D. D., & Gentry, J. A. (2001). Coping with the stress of surgery. *AORN Journal*, 73(5). [https://doi.org/10.1016/s0001-2092\(06\)61746-8](https://doi.org/10.1016/s0001-2092(06)61746-8)
- Health Utilities Inc. “Self or Interviewer Administered - Paper&Pencil or Web-based Format.” (n.d.). Retrieved May 21, 2020, from

- <http://www.healthutilities.com/questionnaires.htm>
- Home - Eurostat. (2020). Retrieved May 20, 2020, from <https://ec.europa.eu/eurostat>
- Jawaid, M., Mushtaq, A., Mukhtar, S., & Khan, Z. (2007). Preoperative anxiety before elective surgery. *Undefined*.
- Kagan, I., & Bar-Tal, Y. (2008). The effect of preoperative uncertainty and anxiety on short-term recovery after elective arthroplasty. *Journal of Clinical Nursing*, *17*(5), 576–583. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.01968.x>
- Koivula, M., Paunonen-Ilmonen, M., Tarkka, M.-T., Tarkka, M., & Laippala, P. (2002). Social support and its relation to fear and anxiety in patients awaiting coronary artery bypass grafting. *Journal of Clinical Nursing*, *11*(5), 622–633. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.2002.00653.x>
- Lee, K. H., Xu, H., & Wu, B. (2020). Gender differences in quality of life among community-dwelling older adults in low- And middle-income countries: Results from the Study on global AGEing and adult health (SAGE). *BMC Public Health*, *20*(1), 114. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-8212-0>
- Lindgreen, P., Rolving, N., Nielsen, C. V., & Lomborg, K. (2016). Interdisciplinary cognitive-behavioral therapy as part of lumbar spinal fusion surgery rehabilitation experience of patients with chronic low back pain. *Orthopaedic Nursing*, *35*(4), 238–247. <https://doi.org/10.1097/NOR.0000000000000259>
- Minnesota LIVING WITH HEART FAILURE® Questionnaire (MLHFQ) - 94019 - University of Minnesota Office for Technology Commercialization. (n.d.). Retrieved May 21, 2020, from [http://license.umn.edu/technologies/94019\\_minnesota-living-with-heart-failure-questionnaire-mlhfq](http://license.umn.edu/technologies/94019_minnesota-living-with-heart-failure-questionnaire-mlhfq)
- Mohan, B., Kumar, R., Attri, J., Chatrath, V., & Bala, N. (2017). Anesthesiologist's role in relieving patient's anxiety. *Anesthesia: Essays and Researches*, *11*(2), 449. <https://doi.org/10.4103/0259-1162.194576>
- Nottingham Health Profile - an overview | ScienceDirect Topics. (n.d.). Retrieved May 21, 2020, from <https://www.sciencedirect.com/topics/medicine-and->

dentistry/nottingham-health-profile

- OECD. (2015). OECD Health Statistics 2015. 2015-07, 2012, 1–2. <https://doi.org/10.1787/health-data-en>
- Oldridge, N., Höfer, S., McGee, H., Conroy, R., Doyle, F., & Saner, H. (2014). The HeartQoL: Part I. development of a new core health-related quality of life questionnaire for patients with ischemic heart disease. *European Journal of Preventive Cardiology*, 21(1), 90–97. <https://doi.org/10.1177/2047487312450544>
- Osborn, Wraa, Watson, & Holleran. (2016). *Medical-Surgical Nursing*. Retrieved from <https://www.pearson.com/us/higher-education/product/Osborn-Medical-Surgical-Nursing-2nd-Edition/9780132706698.html>
- Perks, A., Chakravarti, S., & Manninen, P. (2009). Preoperative anxiety in neurosurgical patients. *Journal of Neurosurgical Anesthesiology*, 21(2), 127–130. <https://doi.org/10.1097/ANA.0b013e31819a6ca3>
- Pham, T., Nguyen, N. T. T., Chieuto, S. B., Pham, T. Le, Nguyen, T. X., Nguyen, H. T. T., ... Vu, H. T. T. (2019). Sex differences in quality of life and health services utilization among elderly people in rural Vietnam. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(1). <https://doi.org/10.3390/ijerph16010069>
- Piepoli, M. F., Hoes, A. W., Agewall, S., Albus, C., Brotons, C., Catapano, A. L., ... Zamorano, J. L. (2016). 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice the Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). *European Journal of Preventive Cardiology*, 23(11), NP1–NP96. <https://doi.org/10.1177/2047487316653709>
- Pinar, G., Kurt, A., & Gungor, T. (2011). The efficacy of preoperative instruction in reducing anxiety following gynecological surgery: A case control study. *World*

- Journal of Surgical Oncology*, 9(1), 38. <https://doi.org/10.1186/1477-7819-9-38>
- Pinto, J. M., & Neri, A. L. (2017). Factors related to low social participation in older adults: findings from the Fibra study, Brazil. *Cadernos Saúde Coletiva*, 25(3), 286–293. <https://doi.org/10.1590/1414-462x201700030300>
- Rana, D., & Upton, D. (2010). *Η Ψυχολογία στη Νοσηλευτική Επιστήμη | Vasiliadis Medical Books*. Retrieved from <https://www.vasiliadis-books.gr/shop/η-ψυχολογία-στη-νοσηλευτική-επιστήμη/>
- Rosén, S., Svensson, M., & Nilsson, U. (2008). Calm or Not Calm: The Question of Anxiety in the Perianesthesia Patient. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 23(4), 237–246. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2008.05.002>
- Sieber, W. J., Groessl, E. J., David, K. M., Ganiats, T. G., Kaplan All Rights Reserved, R. M., Seiber, W. J., ... Kaplan, R. M. (2008). *Quality of Well Being Self-Administered (QWB-SA) Scale User's Manual*.
- Sivertsen, H., Bjørkløf, G. H., Engedal, K., Selbæk, G., & Helvik, A. S. (2015, October 14). Depression and quality of life in older persons: A review. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*. S. Karger AG. <https://doi.org/10.1159/000437299>
- Snaith, R. P. (2003). The hospital anxiety and depression scale. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1, 29. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-1-29>
- Stewart, J. C., & Rollman, B. L. (2014). Optimizing Approaches to Addressing Depression in Cardiac Patients: a Comment on O'Neil et al. *Annals of Behavioral Medicine*, 48(2), 142–144. <https://doi.org/10.1007/s12160-014-9615-x>
- Tarride, J. E., Lim, M., DesMeules, M., Luo, W., Burke, N., O'Reilly, D., ... Goeree, R. (2009). A review of the cost of cardiovascular disease. *Canadian Journal of Cardiology*, 25(6), e195. [https://doi.org/10.1016/S0828-282X\(09\)70098-4](https://doi.org/10.1016/S0828-282X(09)70098-4)
- Thom, T., Haase, N., Rosamond, W., Howard, V. J., Rumsfeld, J., Manolio, T., ... Hong, Y. (2006, February). Heart disease and stroke statistics - 2006 Update: A report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. *Circulation*. *Circulation*. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.105.171600>



- Thombs, B. D., De Jonge, P., Coyne, J. C., Whooley, M. A., Frasure-Smith, N., Mitchell, A. J., ... Ziegelstein, R. C. (2008, November 12). Depression screening and patient outcomes in cardiovascular care: A systematic review. *JAMA - Journal of the American Medical Association*. JAMA. <https://doi.org/10.1001/jama.2008.667>
- Tsigos, C., Kyrou, I., Kassi, E., & Chrousos, G. P. (2016). *Stress, Endocrine Physiology and Pathophysiology*. Endotext. MDText.com, Inc. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25905226>
- Vahedi, S. (2010). World Health Organization Quality-of-Life Scale (WHOQOL-BREF): Analyses of Their Item Response Theory Properties Based on the Graded Responses Model. *Iranian Journal of Psychiatry*, 5(4), 140–153. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22952508>
- Vogelzangs, N., Beekman, A. T. F., De Jonge, P., & Penninx, B. W. J. H. (2013). Anxiety disorders and inflammation in a large adult cohort. *Translational Psychiatry*, 3(4). <https://doi.org/10.1038/tp.2013.27>
- Ware, J. E. (1976). Scales for measuring general health perceptions. *Health Services Research*, 11(4), 396–415. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1030696>
- WHO. (2020). Cardiovascular diseases. Retrieved May 20, 2020, from [https://www.who.int/health-topics/cardiovascular-diseases/#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/cardiovascular-diseases/#tab=tab_1)
- WHO | Global atlas on cardiovascular disease prevention and control. (2015). WHO.
- WHOQOL: Measuring Quality of Life. (2014). WHO.
- WORRALL, N., & MAY, D. (1989). TOWARDS A PERSON-IN-SITUATION MODEL OF TEACHER STRESS. *British Journal of Educational Psychology*, 59(2), 174–186. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8279.1989.tb03089.x>
- Yazdanyar, A., & Newman, A. B. (2009, November). The Burden of Cardiovascular Disease in the Elderly: Morbidity, Mortality, and Costs. *Clinics in Geriatric Medicine*. NIH Public Access. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2009.07.007>
- Yilmaz, M., Sezer, H., Gürler, H., & Bekar, M. (2012). Predictors of preoperative anxiety

- in surgical inpatients. *Journal of Clinical Nursing*, 21(7–8), 956–964.  
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03799.x>
- Αλεβίζος, Β. (2008). *ΑΓΧΟΣ-Ιατρικές & Κοινωνικές Διαστάσεις | Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις*. Retrieved from <https://betamedarts.gr/vivlia/iatrika/psuxiatrikh-psyxologia/agchos-iatrikes-koinonikes-diaastaseis/>
- Βάρβογλη, Λ. (2007). *Η νευροψυχολογία του στρες στην καθημερινή ζωή*. Retrieved from <https://www.kastaniotis.com/book/978-960-03-4408-0>
- ΕΛ. Ι. ΚΑΡ. - Ελληνικό Ίδρυμα Καρδιολογίας. (2020). Retrieved May 20, 2020, from <https://www.elikar.gr/>
- Ζυγά, Σ., Κούκια, Ε., Μητρούση, Σ., & Τραυλός, Α. (2013). Θεωρίες άγχους: Μία κριτική ανασκόπηση. *Hellenic Journal of Nursing Science (HJNS)*. Retrieved from <http://journal-ene.gr/θεωριες-αγχους-μια-κριτικη-ανασκ/>
- Κουκιά, Ε. (2014). *Ψυχιατρική νοσηλευτική*. Retrieved from <https://www.politeianet.gr/books/9789604521883-koukia-eumorfia-bitapsuchiatriki-nosileutiki-242531>
- Μαδιανός, Μ. Γ. (2003). *Κλινική ψυχιατρική*.
- Παλαιολόγου, Α.-Μ. (2001). *Προσανατολισμοί κλινικής ψυχολογίας*. Retrieved from <https://www.protoporia.gr/palaiologoy-antzy-maria-prosanatolismoi-klinikhs-psyxologias-9789603932307.html>
- Ποταμιάνος, Γ. (1995). *Δοκίμια στην ψυχολογία της υγείας*.

# ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗΣ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Αγαπητοί κύριοι/ες,

Το παρόν ερωτηματολόγιο αποτελεί τμήμα της διπλωματικής μου εργασίας, η οποία εκπονείται στα πλαίσια ολοκλήρωσης των σπουδών μου στο Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών «Ψυχική Υγεία» του Γενικού Τμήματος του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας. Θέμα της διπλωματικής μου εργασίας είναι η διερεύνηση του άγχους και της ποιότητας ζωής νοσηλευόμενων ασθενών με καρδιαγγειακά νοσήματα. Ζητώ την εθελοντική συμμετοχή σας σε αυτή τη μελέτη, απαντώντας το ερωτηματολόγιο αυτό. Θα τηρηθεί η ανωνυμία και οι απαντήσεις σας θα αντιμετωπιστούν με τον πιο εμπιστευτικό τρόπο, καθ' όλη τη διαδικασία της έρευνας. Η συμμετοχή σας θα συμβάλλει στην επιτυχία αυτής της μελέτης. Σας παρακαλώ να απαντήσετε με βάση το τι πραγματικά πιστεύετε, δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις, μας ενδιαφέρει η προσωπική σας γνώμη. Ο χρόνος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου δεν υπερβαίνει τα 10 λεπτά της ώρας. Είναι πολύ σημαντικό να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις. Σας ευχαριστώ για τη συνεργασία.

Με τιμή

Ειρήνη Τσιουβελεκίδου, Νοσηλεύτρια ΤΕ  
(6949520133, email: irini.tsiouvelekidou@gmail.com )

ΟΔΗΓΙΕΣ: Βάλτε σε κύκλο την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει ή συμπληρώστε ανάλογα.		
<b>ΜΕΡΟΣ Α: Δημογραφικά στοιχεία</b>		
1	A	Φύλο:
		1. Άνδρας
		0. Γυναίκα
2	A	Έτος γέννησης:
3	A	Οικογενειακή κατάσταση:
		1. Άγαμος/η
		2. Έγγαμος/η
		3. Διαζευγμένος/η
		4. Συμβίωση
		5. Χήρος/α
4	A	Αριθμός παιδιών:
		0. Μηδέν
		1. Ένα
		2. Δύο
		3. Τρία
		4. Περισσότερα
5	A	Επίπεδο Εκπαίδευσης:
		1. Απόφοιτος Δημοτικού
		2. Απόφοιτος Γυμνασίου / Λυκείου/ ΙΕΚ

		3. Απόφοιτος Πανεπιστημίου / ΤΕΙ
		4. Μεταπτυχιακό
		5. Διδακτορικό
6	Α Επαγγελματική Κατάσταση:	1. Δημόσιος Υπάλληλος
		2. Ιδιωτικός Υπάλληλος
		3. Ελεύθερος Επαγγελματίας
		4. Φοιτητής
		5. Οικιακά
		6. Άνεργος
		7. Συνταξιούχος
7	Α Τόπος Κατοικίας:	Μόνιμης
		1. Αστική Περιοχή
		2. Ημιαστική Περιοχή
		3. Αγροτική Περιοχή
8	Α Ζείτε:	1. Μόνος/η
		2. Με τον/την σύζυγο
		3. Με τα παιδιά
		4. Με τον /την σύζυγο και τα παιδιά
		5. Με τους γονείς
		6. Άλλο
9	Α Βάρος:	
10	Α Ύψος:	
11	Α Εθνικότητα:	
12	Α Οικογενειακό ιστορικό με καρδιολογικό πρόβλημα:	1. Ναι
		0. Όχι
13	Α Αν ΝΑΙ ποιοι είναι οι συγγενείς με καρδιολογικό πρόβλημα:	1. Γονείς
		2. Αδέλφια
		3. Άλλοι συγγενείς
14	Α Ιατρικό ιστορικό – Συνοπάρχουσες παθήσεις:	1. Υπέρταση
		2. Σακχαρώδης Διαβήτης
		3. Υπερλιπιδαιμία
		4. Παχυσαρκία
		5. Άλλο (προσδιορίστε.....)
15	Α Φυσική Άσκηση:	0. Καθόλου
		1. Ελαφρά
		2. Μέτρια
		3. Έντονη
16	Α Κάπνισμα αυτήν την περίοδο:	1. Ναι
		0. Όχι
17	Α Κάπνισμα στο παρελθόν:	1. Ναι
		0. Όχι
18	Α Πόσα έτη συνολικά καπνίζετε:	

<b>A</b> <b>19</b>	Πόσα έτη έχετε διακόψει το κάπνισμα:	
<b>A</b> <b>20</b>	Πίνετε συστηματικά οινοπνευματώδη ποτά:	1. Ναι 0. Όχι
<b>A</b> <b>21</b>	Κάνετε χρήση άλλων ουσιών:	1. Ναι 0. Όχι
<b>A</b> <b>22</b>	Παίρνετε φαρμακευτική αγωγή για:	1. Αρτηριακή πίεση 2. Αντιαρρυθμικά 3. Σακχαρώδη διαβήτη 4. Υπερλιπιδαιμία 5. Αντιθρομβωτική αγωγή 6. Αγγολυτικά – αντικαταθλιπτικά 7. Άλλα φάρμακα
<b>A</b> <b>23</b>	Είδος επέμβασης:	1. Στεφανιαία νόσο 2. Αντικατάσταση αορτής 3. Ανεύρυσμα αορτής 4. Περικαρδιακή συλλογή 5. Καρδιακός επιπωματισμός 6. Άλλο

**ΜΕΡΟΣ Β: ΚΛΙΜΑΚΑ ΑΓΧΟΥΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ  
ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ (HADS)  
Michopoulos et al, 2008**

Παρακαλώ τσεκάρετε το κουτάκι αριστερά από την απάντηση που αντιπροσωπεύει καλύτερα το πως νιώθατε την προηγούμενη εβδομάδα. Μην σκέφτεστε τις απαντήσεις σας για πολλή ώρα. Οι αυθόρμητες απαντήσεις είναι οι καλύτερες.

<b>A</b>	<b>Νιώθω ανήσυχος ή τρομαγμένος</b>
<b>3</b>	Τον περισσότερο καιρό
<b>2</b>	Πολύ καιρό
<b>1</b>	Από καιρό σε καιρό, περιστασιακά
<b>0</b>	Καθόλου
<b>K</b>	<b>Εξακολουθώ να απολαμβάνω τα πράγματα που συνήθιζα να απολαμβάνω</b>
<b>0</b>	Σαφέστατα, στον ίδιο βαθμό
<b>1</b>	Όχι στον ίδιο βαθμό
<b>2</b>	Λίγο μόνο
<b>3</b>	Καθόλου
<b>A</b>	<b>Αντιμετωπίζω κάποιο συναίσθημα φόβου σαν να πρόκειται κάτι τρομακτικό να συμβεί</b>
<b>3</b>	Ακριβώς, μάλιστα σε σοβαρό βαθμό
<b>2</b>	Ναι, αλλά όχι τόσο σοβαρά
<b>1</b>	Ελάχιστα, αλλά δεν μ' ανησυχεί
<b>0</b>	Καθόλου
<b>K</b>	<b>Μπορώ να γελώ και να βλέπω τη χαρωπή όψη των πραγμάτων</b>
<b>0</b>	Τόσο, έτσι όπως πάντα μπορούσα

1		Μάλλον όχι τόσο, όπως στο παρελθόν
2		Σίγουρα όχι τόσο τώρα πια
3		Καθόλου
	<b>A</b>	<b>Ανήσυχες σκέψεις περνούν από το μυαλό μου</b>
	3	Πάρα πολύ καιρό
	2	Πολύ καιρό
	1	Όχι και τόσο συχνά
	0	Μόνο περιστασιακά
	<b>K</b>	<b>Νιώθω κεφάτος</b>
	3	Ποτέ
	2	Όχι συχνά
	1	Μερικές φορές
	0	Τον περισσότερο καιρό
	<b>A</b>	<b>Μπορώ να κάθομαι άνετα και να νιώθω χαλαρωμένος</b>
	0	Ακριβώς
	1	Συνήθως
	2	Όχι συχνά
	3	Καθόλου
	<b>K</b>	<b>Νιώθω σαν να έχουν πέσει οι ρυθμοί μου</b>
	3	Σχεδόν ολο τον καιρό
	2	Πολύ συχνά
	1	Μερικές φορές
	0	Καθόλου
	<b>A</b>	<b>Αντιμετωπίζω κάποιο συναίσθημα φόβου σαν να έχω «πεταλούδες» στο στομάχι μου</b>
	0	Καθόλου
	1	Περιστασιακά
	2	Αρκετά συχνά
	3	Πολύ συχνά
	<b>K</b>	<b>Έχασα το ενδιαφέρον για την εμφάνισή μου</b>
	3	Σίγουρα
	2	Δεν τη φροντίζω όσο θα έπρεπε
	1	Ίσως δεν τη φροντίζω όσο θα έπρεπε
	0	Τη φροντίζω όπως πάντοτε
	<b>A</b>	<b>Νιώθω νευρικός κι ανήσυχος, σαν να πρέπει συνέχεια να κινούμαι</b>
	3	Μάλιστα σε πολύ μεγάλο βαθμό
	2	Σε αρκετά μεγάλο βαθμό
	1	Όχι σε τόσο μεγάλο βαθμό
	0	Καθόλου
	<b>K</b>	<b>Προσμένω με χαρά διάφορα πράγματα</b>
	0	Τόσο όπως και στο παρελθόν
	1	Μάλλον λιγότερο από όσο συνηθίζα
	2	Σίγουρα λιγότερο από ότι συνηθίζα
	3	Καθόλου
	<b>A</b>	<b>Αντιμετωπίζω αιφνίδια αισθήματα πανικού</b>
	3	Πράγματι πολύ συχνά
	2	Αρκετά συχνά
	1	Όχι τόσο συχνά
	0	Καθόλου

K	Μπορώ να απολαμβάνω ένα ενδιαφέρον βιβλίο ή ένα ραδιοφωνικό/τηλεοπτικό πρόγραμμα
0	Συχνά
1	Μερικές φορές
2	Όχι τόσο συχνά
3	Πολύ σπάνια

## ΜΕΡΟΣ Γ: ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ WHOQOL-BREF Ginieri-Coccosis et al, 2012

**ΟΔΗΓΙΕΣ:** Το ερωτηματολόγιο αυτό διερευνά το πώς εσείς αξιολογείτε την ποιότητα της ζωής σας και την κατάσταση της υγείας σας. Το περιεχόμενό του αναφέρεται σε σημαντικές διαστάσεις της ζωής, όπως π.χ. οι προσωπικές σχέσεις, η σωματική και ψυχική υγεία, η εργασία, το περιβάλλον κτλ., οι οποίες καθορίζουν την ποιότητα ζωής του ατόμου. Παρακαλούμε να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις. Εάν δεν είστε σίγουρος-η για την απάντησή σας σε κάποια ερώτηση, μπορείτε να διαλέξετε εκείνη που νομίζετε ότι σας αντιπροσωπεύει καλύτερα. Πολλές φορές, η καταλληλότερη απάντηση είναι η πρώτη που σκεφτήκατε να δώσετε. Λαμβάνοντας υπ' όψιν τα δικά σας κριτήρια και τις δικές σας προσδοκίες στη ζωή, καθώς και ό,τι σας δίνει χαρά, αλλά και ό,τι μπορεί να σας απασχολεί, θα θέλαμε οι απαντήσεις που θα δώσετε σε κάθε ερώτηση να αναφέρονται στις **τελευταίες δύο εβδομάδες**.

Παράδειγμα ερώτησης:

	ΚΑΘΟΛΟ ΛΟΥ	ΛΙ ΓΟ	ΜΕΤΡΙ Α	ΠΟΛ Υ	ΥΠΕΡΒ ΟΙΚΑ
Έχετε από τους άλλους τη συγκεκριμένη υποστήριξη που χρειάζεστε;	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

Για να απαντήσετε στην ερώτηση αυτή, παρακαλούμε να σημειώσετε σε κύκλο τον αριθμό που αντιστοιχεί περισσότερο στο βαθμό στον οποίο αισθάνεστε ότι έχετε υποστήριξη από τους άλλους τις **δύο τελευταίες εβδομάδες**. Για παράδειγμα, αν δούμε τα δύο άκρα της κλίμακας: Εάν κρίνετε ότι έχετε υποστήριξη σε **απόλυτα ικανοποιητικό βαθμό**, θα σημειώσετε σε κύκλο τον **αριθμό 5** που αντιστοιχεί στη διαβάθμιση **"Απόλυτα"**. Εάν εκτιμάτε ότι δεν έχετε σε **καθόλου ικανοποιητικό βαθμό** την υποστήριξη που χρειάζεστε από τους άλλους, τότε θα σημειώσετε σε κύκλο τον **αριθμό 1**, που αντιστοιχεί στη διαβάθμιση **"Καθόλου"**.

Παρακαλούμε να διαβάσετε τις δύο παρακάτω ερωτήσεις και να αξιολογήσετε το **πώς νιώθετε για την ποιότητα ζωής σας στο σύνολό της** και **για την κατάσταση της υγείας σας** τις τελευταίες δύο εβδομάδες. Βάλτε σε κύκλο τον αριθμό της διαβαθμισμένης κλίμακας που αντιστοιχεί στην απάντησή σας και σας αντιπροσωπεύει καλύτερα.

		ΠΟΛΥ ΚΑΚΗ	ΚΑΚΗ	ΟΥΤΕ ΚΑΚΗ ΟΥΤΕ ΚΑΛΗ	ΚΑΛΗ	ΠΟΛΥ ΚΑΛΗ
Γ 1	Πώς θα βαθμολογούσατε την ποιότητα της ζωής σας γενικά;	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
		ΚΑΘΟΛΟ Υ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙ Α	ΠΟΛΥ	ΥΠΕΡΒΟΛ ΙΚΑ
Γ 2	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την υγεία σας;	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

Οι επόμενες ερωτήσεις εξετάζουν σε ποιο βαθμό βιώνετε μια κατάσταση (π.χ. σωματικό πόνο). Παρακαλούμε οι απαντήσεις σας να αναφέρονται στο διάστημα των δύο τελευταίων εβδομάδων.						
		ΚΑΘΟΛΟ Υ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙ Α	ΠΟΛΥ	ΥΠΕΡΒΟΛ ΙΚΑ
Γ 3	Σε ποιο βαθμό αισθάνεστε ότι τυχόν σωματικοί πόνοι σας εμποδίζουν να κάνετε τις δουλειές σας;	1	2	3	4	5
Γ 4	Σε ποιο βαθμό χρειάζεστε οποιαδήποτε ιατρική θεραπεία για να λειτουργήσετε στην καθημερινή σας ζωή; (πχ. φάρμακα, αιμοκάθαρση, κλπ.)	1	2	3	4	5
Γ 5	Πόσο πολύ απολαμβάνετε τη ζωή;	1	2	3	4	5
		ΚΑΘΟΛΟ Υ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙ Α	ΠΟΛΥ	ΥΠΕΡΒΟΛ ΙΚΑ
Γ 6	Σε ποιο βαθμό αισθάνεστε ότι η ζωή σας έχει νόημα;	1	2	3	4	5
Γ 7	Πόσο καλά μπορείτε να συγκεντρωθείτε σε κάτι που κάνετε;	1	2	3	4	5
Γ 8	Πόσο ασφαλής από κινδύνους αισθάνεστε στην καθημερινή σας ζωή;	1	2	3	4	5
Γ 9	Πόσο υγιεινό είναι το φυσικό περιβάλλον στο οποίο ζείτε;	1	2	3	4	5
Οι επόμενες ερωτήσεις εξετάζουν σε ποιο βαθμό έχετε τη δυνατότητα ή ικανότητα να βιώνετε μια κατάσταση με το συγκεκριμένο τρόπο που περιγράφεται στην ερώτηση (π.χ. αν έχετε τη δυνατότητα ή ικανότητα να βρείτε πληροφορίες σε ένα θέμα που σας ενδιαφέρει, όπως οι διακοπές, η εκπαίδευση, η υγεία, η εργασία κ.α.). Οι απαντήσεις σας χρειάζεται να αναφέρονται στις δύο τελευταίες εβδομάδες.						
		ΚΑΘΟΛΟ Υ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙ Α	ΠΟΛΥ	ΥΠΕΡΒΟΛ ΙΚΑ
Γ 10	Σε ποιο βαθμό έχετε την απαιτούμενη ενεργητικότητα για τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής;	1	2	3	4	5
Γ 11	Σε ποιο βαθμό αποδέχεστε τη σωματική σας εικόνα και την εμφάνισή σας γενικότερα;	1	2	3	4	5
Γ 12	Σε ποιο βαθμό έχετε τα απαιτούμενα χρήματα για να καλύπτετε τις ανάγκες σας;	1	2	3	4	5



<b>Γ</b> <b>13</b>	Πόσο εύκολα μπορείτε να βρείτε πληροφορίες τις οποίες χρειάζεστε στην καθημερινή σας ζωή;	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>Γ</b> <b>14</b>	Σε ποιο βαθμό έχετε ελεύθερο χρόνο για ψυχαγωγία;	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>Γ</b> <b>15</b>	Πόσο καλά μπορείτε να κυκλοφορείτε και να κινείστε μέσα και έξω από το σπίτι;	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>Οι επόμενες ερωτήσεις εξετάζουν πόσο ικανοποιημένος/η νιώθετε με διάφορες πλευρές της ζωής σας τις δύο τελευταίες εβδομάδες.</b>						
		<b>ΠΟΛΥ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝ ΟΣ/Η</b>	<b>ΔΥΣΑΡΕ ΣΤΗΜΕΝΟΣ/ Η</b>	<b>ΟΥΤΕ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜ ΕΝΟΣ/Η ΟΥΤΕ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜ ΕΝΟΣ/Η</b>	<b>ΙΚΑΝΟΠ ΟΙΗΜΕΝΟΣ/Η</b>	<b>ΠΟΛΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝ ΟΣ/Η</b>
<b>Γ</b> <b>16</b>	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τον ύπνο σας;	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>Γ</b> <b>17</b>	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την ικανότητά σας να τα βγάξετε πέρα με τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής;	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>Γ</b> <b>18</b>	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την ικανότητά σας για εργασία;	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>Γ</b> <b>19</b>	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τον εαυτό σας;	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>Γ</b> <b>20</b>	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τις προσωπικές σας σχέσεις;	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>Γ</b> <b>21</b>	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την σεξουαλική σας ζωή;	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
		<b>ΠΟΛΥ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝ ΟΣ/Η</b>	<b>ΔΥΣΑΡΕ ΣΤΗΜΕΝΟΣ/ Η</b>	<b>ΟΥΤΕ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜ ΕΝΟΣ/Η ΟΥΤΕ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜ ΕΝΟΣ/Η</b>	<b>ΙΚΑΝΟΠ ΟΙΗΜΕΝΟΣ/Η</b>	<b>ΠΟΛΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝ ΟΣ/Η</b>
<b>Γ</b> <b>22</b>	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την υποστήριξη που έχετε από τους φίλους σας;	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>Γ</b> <b>23</b>	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τις συνθήκες που επικρατούν στον τόπο που κατοικείτε;	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

Γ 24	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την πρόσβαση που έχετε σε διάφορες υπηρεσίες υγείας;	1	2	3	4	5
Γ 25	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τα μεταφορικά μέσα που χρησιμοποιείτε;	1	2	3	4	5
Η επόμενη ερώτηση εξετάζει πόσο συχνά νιώθετε ορισμένα συναισθήματα τις δύο τελευταίες εβδομάδες.						
		ΠΟΤΕ	ΣΠΑΝΙΑ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΣΥΝΕΧΩΣ
Γ 26	Πόσο συχνά έχετε αρνητικά συναισθήματα, όπως μελαγχολική διάθεση, απελπισία, άγχος, κατάθλιψη;	1	2	3	4	5
Οι επόμενες ερωτήσεις εξετάζουν πόσο ικανοποιημένος/η νιώθετε με συγκεκριμένες πλευρές της ζωής σας όπως η διατροφή, η συναισθηματική ατμόσφαιρα στο σπίτι, κ.α. κατά τη διάρκεια των δύο τελευταίων εβδομάδων.						
		ΠΟΛΥ ΚΑΚΗ	ΚΑΚΗ	ΟΥΤΕ ΚΑΚΗ ΟΥΤΕ ΚΑΛΗ	ΚΑΛΗ	ΠΟΛΥ ΚΑΛΗ
Γ 27	Πόσο καλή και πόσο πολύ καλύπτει τις ανάγκες σας η διατροφή σας;	1	2	3	4	5
		ΠΟΛΥ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟΣ/Η	ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟΣ/Η	ΟΥΤΕ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟΣ/Η ΟΥΤΕ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ/Η	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ/Η	ΠΟΛΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ/Η
Γ 28	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τους κοινωνικούς ρόλους που έχετε αναλάβει και τις κοινωνικές δραστηριότητες που έχετε αναπτύξει;	1	2	3	4	5
Γ 29	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την συναισθηματική ατμόσφαιρα που επικρατεί στο σπίτι σας;	1	2	3	4	5
Γ 30	Σε ποιο βαθμό αισθάνεστε ικανοποιημένος/η με την εργασία ή την απασχόληση που έχετε; (κατά πόσο ανταποκρίνεται στις ανάγκες και στις προσδοκίες σας)	1	2	3	4	5

*Τέλος του ερωτηματολογίου.  
Παρακαλώ να επιστρέψετε το ερωτηματολόγιο.*

*Σας ευχαριστώ πολύ για τη συμμετοχή σας*

# ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΚΡΙΣΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Αίτηση Έγκρισης προς το επιστημονικό συμβούλιο

Λάρισα, 3-12-19

ΠΡΟΣ

το Επιστημονικό Συμβούλιο  
του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας

**ΘΕΜΑ:** Έγκριση άδειας για τη συλλογή ερευνητικών δεδομένων από ασθενείς μέσω διανομής ερωτηματολογίων στα πλαίσια εκπόνησης διπλωματικής εργασίας μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών

Σας παρακαλώ να εγκρίνετε άδεια για τη συλλογή ερευνητικών δεδομένων στα πλαίσια διεξαγωγής της μελέτης με τίτλο: «**Άγχος και ποιότητα ζωής νοσηλευόμενων ασθενών με καρδιαγγειακά νοσήματα**», στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας (Π.Γ.Ν.Λ.), η οποία πρόκειται να πραγματοποιηθεί στα πλαίσια της Μεταπτυχιακής Διπλωματικής μου Εργασίας, υπό την επίβλεψη της Δρ. Ιωάννας Παπαθανασίου, Αναπληρώτριας Καθηγήτριας του Γενικού Τμήματος του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας.

Η παρούσα μελέτη έχει ως σκοπό να καταγραφεί και να διερευνηθεί το προεγχειρητικό άγχος και η ποιότητα ζωής των νοσηλευόμενων ασθενών με καρδιαγγειακά νοσήματα, καθώς και συσχέτισή τους με τους δημογραφικούς κοινωνικούς και άλλους παράγοντες.

Η συλλογή των δεδομένων θα γίνει με τη χρήση των ερωτηματολογίων WHOQOL-BREF και HADS, στην ελληνική έκδοση καθώς και δημογραφικών στοιχείων, όπως το φύλο, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, το εκπαιδευτικό επίπεδο, οι συνυπάρχουσες παθήσεις κ.λ.π

Η μελέτη θα είναι σύμφωνη με τους κανόνες ηθικής και δεοντολογίας της έρευνας. Η συμμετοχή των ασθενών στη μελέτη είναι εθελοντική και φυσικά θα τηρηθεί αυστηρά ο κανόνας της ανωνυμίας.

Από τη διεξαγωγή της δεν θα επιβαρυνθεί οικονομικά το Νοσοκομείο.

Με εκτίμηση

**Τσιουβελεκίδου Ειρήνη**  
Μεταπτυχιακή φοιτήτρια  
Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ  
Γενικό Τμήμα - Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Έλαβα γνώση

**Δρ. Παπαθανασίου Ιωάννα**  
Αναπληρώτρια Καθηγήτρια  
Γενικό Τμήμα  
Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

**Δρ. Τσιλιμίκας Νικόλαος**  
Καθηγητής Καρδιοχειρουργικής  
Ιατρική Σχολή  
Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

# ΕΝΤΥΠΟ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ- ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΑΣΘΕΝΗ

Έντυπο ενημέρωσης και συγκατάθεσης ασθενούς

ΕΠΤΡΑΦΟ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΚΑΙ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΓΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΕ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

ΙΔΡΥΜΑ: Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας (Καρδιοχειρουργική Κλινική)

ΤΙΤΛΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ: «Άγχος και Ποιότητα ζωής νοσηλευόμενων ασθενών με καρδιαγγειακά νοσήματα »

Τα παρόν ερωτηματολόγια καταρτίστηκαν στο πλαίσιο της διπλωματικής εργασίας στο Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών «ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ» του Γενικού Τμήματος του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας.

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

Σας γνωστοποιούμε ότι η συμμετοχή στη μελέτη είναι εθελοντική και αν το επιθυμείτε μπορείτε να αποχωρήσετε. Σε κάθε περίπτωση δε θα γνωστοποιηθούν τα προσωπικά σας δεδομένα. Επίσης θα κωδικοποιηθούν ηλεκτρονικά όλα τα στοιχεία που θα μας δοθούν ώστε να μην υπάρχει καμία περίπτωση ταυτοποίησης από την υποφαινόμενη που υλοποιεί αυτή την ερευνητική εργασία. Πριν αποφασίσετε να λάβετε μέρος στη μελέτη παρακαλούμε να συζητήσετε μαζί μου οποιαδήποτε απορία σας.

Σκοπός της έρευνας είναι να καταγραφεί και να διερευνηθεί το προεγχειρητικό άγχος και η ποιότητα ζωής των νοσηλευόμενων ασθενών με καρδιαγγειακά νοσήματα καθώς και συσχέτιση τους με τους δημογραφικούς, κοινωνικούς και άλλους παράγοντες που την επηρεάζουν.

Η συλλογή δεδομένων θα γίνει με τη χρήση των ερωτηματολογίων WHOQOL-BREF και HADS, στην ελληνική έκδοση καθώς και δημογραφικών στοιχείων, όπως το φύλο, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, το εκπαιδευτικό επίπεδο, οι συνυπάρχουσες παθήσεις κ.λ.π., όπου θα δοθούν στο χώρο του Π.Γ.Ν. Λάρισας. Για την διεξαγωγή της έρευνας δόθηκε η ανάλογη άδεια από την επιστημονική επιτροπή του Π.Γ.Ν. Λάρισας.

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

## Συγκατάθεση

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

Ημερομηνία..... Υπογραφή

Σας ευχαριστώ εκ των προτέρων για την συμμετοχή σας.

Για οποιαδήποτε απορία ή διευκρίνιση μην διστάσετε να επικοινωνήσετε μαζί μου.

Τσιουβελεκίδου Ειρήνη, Νοσηλεύτρια Καρδιοχειρουργικής κλινικής Π.Γ.Ν. Λάρισας

Τηλ. επικοινωνίας: 6949520133

# ΣΥΜΦΩΝΗΤΙΚΟ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΛΙΜΑΚΑ WHOQOL

## Συμφωνητικό Συνεργασίας για τα Ερωτηματολόγια WHOQOL

Αυτό το συμφωνητικό υπογράφεται μεταξύ α) της Ψυχιατρικής Κλινικής της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών - Αιγινήτειο Νοσοκομείο (Βασιλίσσης Σοφίας 74, Αθήνα, Ελλάδα), η οποία εκπροσωπείται από τον Διευθυντή Καθηγητή Χ. Παπαγεωργίου και β) του/ης ..... Τ.ΣΙΟΤΩ.Β.Λ.Ε.Κ.Ι.Ω.Ω.Τ. Ε.Ι.Ρ.Η.Ω.Η.Σ. .....

που θα αναφέρεται στους όρους του συμφωνητικού ως "Συνεργάτης".

Η Ψυχιατρική Κλινική έχει δημιουργήσει την ελληνική έκδοση των ερωτηματολογίων WHOQOL-100 και WHOQOL-BREF σε συνεργασία με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ). Το παρόν συμφωνητικό αποσκοπεί στην ενημέρωση και τη δέσμευση του/της Συνεργάτη/ιδος ώστε να διασφαλιστεί και να τηρηθεί το πλαίσιο των κανόνων που διέπουν τη συνεργασία του ΠΟΥ με την Κλινική και βασίζεται στους παρακάτω όρους:

1. Ο/Η Συνεργάτης συμφωνεί να μην συμπτύξει, συντομεύσει, μεταφράσει, προσαρμόσει ή αλλάξει τα εργαλεία WHOQOL-100 και WHOQOL-BREF με οποιοδήποτε τρόπο και γενικότερα να μην επιφέρει την παραμικρή μεταβολή στη διατύπωση, οργάνωση και διαδικασία χορήγησης τους. Εάν ο/η Συνεργάτης εκτιμά ότι κάποιες αλλαγές είναι απαραίτητες για την εργασία του/της, πρέπει να εξασφαλίσει τη σύμφωνη γνώμη της Κλινικής, πριν προβεί σε οποιαδήποτε αλλαγή.
2. Ο/Η Συνεργάτης συμφωνεί να μην αναπαραγάγει τα εργαλεία WHOQOL-100 και WHOQOL-BREF, πέραν του απαραίτητου αριθμού αντιτύπων που του/της είναι απαραίτητα για την εργασία του/της και να μην πωλήσει, δανείσει ή διαθέσει με οποιοδήποτε τρόπο αντίτυπα σε τρίτους. Επίσης, συμφωνεί πως δεν θα χρησιμοποιήσει τα ερωτηματολόγια WHOQOL παρά μόνο για τις εργασίες που έχει συμφωνήσει με την Κλινική. Εάν ο/η Συνεργάτης θελήσει να χρησιμοποιήσει τα ερωτηματολόγια WHOQOL για κάποια άλλη εργασία θα πρέπει να ενημερώσει την Κλινική.
3. Ο/Η Συνεργάτης συμφωνεί να προμηθεύσει την Κλινική με αντίγραφο των στοιχείων που έχει συλλέξει με τη χρήση των ερωτηματολογίων WHOQOL, αλλά και όποιων άλλων στοιχείων περιλαμβάνει η συμφωνία με την Κλινική, καθώς και την κωδικοποίησή τους. Επίσης, τα στοιχεία αυτά μπορούν να χρησιμοποιηθούν από τον ΠΟΥ, Γενεύη, και την Κλινική σε άλλες μελέτες και να δημοσιευθούν, υπο την προϋπόθεση ότι θα γίνεται αναφορά στον/ην Συνεργάτη.
4. Ο/Η Συνεργάτης είναι υπεύθυνος/η για τη δημοσίευση στοιχείων και πληροφοριών που αφορούν αποκλειστικά την δική του/της έρευνα και τις μεθόδους που έχει χρησιμοποιήσει. Δημοσιεύσεις, οι οποίες θα περιγράφουν τα αποτελέσματα στα οποία έχει καταλήξει ο/η Συνεργάτης θα έχουν το όνομα του/ης και θα περιλαμβάνουν βιβλιογραφική αναφορά στις δημοσιεύσεις που αφορούν την ελληνική έκδοση των WHOQOL εργαλείων, αλλά και ξεχωριστή αναφορά στον ΠΟΥ.
5. Στην περίπτωση που η Κλινική διακόψει την παρούσα συνεργασία, ο/η Συνεργάτης πρέπει να σταματήσει κάθε χρήση των εργαλείων WHOQOL, αν και η δέσμευση του/ης όσον αφορά αυτούς τους όρους, θα συνεχίσει να υφίσταται.
6. Το παρόν αποτελεί συμφωνητικό εθελοντικής συνεργασίας και όχι σύμβαση εργασίας ή έργου. Ο/Η Συνεργάτης έχει απόλυτη ευθύνη του τρόπου με τον οποίο θα εργαστεί και θα διασφαλίσει την εφαρμογή της ερευνητικής δεοντολογίας, συνεπώς αναλαμβάνει και την ευθύνη οποιουδήποτε σχετικού προβλήματος προκύψει.

7. Την αποκλειστική αρμοδιότητα της επικοινωνίας με τον ΠΟΥ θα έχει η Κλινική, το δε συντονισμό της παρούσας συνεργασίας αναλαμβάνει η Επικ.Καθηγήτρια Μ. Τζινιέρη-Κοκκώση, e-mail margkok@med.uoa.gr. Τηλ. 210-7289121

**Οι συμβαλλόμενοι:**

Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών  
Καθηγητής Χ.Παπαγεωργίου

Ο/Η Συνεργάτης

Τίτλος:

Φορέας:

Διεύθυνση:

τηλ:

Ο /ΗΕπιβλέπων/ουσα τη μελέτη ΠΑΠΑΘΩΑΣΙΟΥ

Τίτλος:

Φορέας:

Διεύθυνση:

τηλ:

Αναπληρώτρια Καθηγήτρια

Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Γαλλοπούλις - ΛΑΡΙΣΑ

6977637933

Ημερομηνία:

28/11/2019

