



ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ-ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών
«Προηγμένη Κλινική Πρακτική στις Επιστήμες Υγείας»

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΤΙΤΛΟΣ: «Διερεύνηση της αντίληψης, της ποιότητας ζωής και της
ψυχολογικής επιβάρυνσης ασθενών που υποβάλλονται σε
αιμοκάθαρση»**

ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ :Κασσωτάκη Άννα

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: Δρ Νικόλαος Ρίκος

ΗΡΑΚΛΕΙΟ 2021

© 2021, Τμήμα Νοσηλευτικής, Ελληνικό Μεσογειακό Πανεπιστήμιο

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη.....	4
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	6
Κεφάλαιο Πρώτο.....	7
Χρόνια Νεφρική Νόσος.....	7
1.1 Φυσιολογία νεφρών.....	7
1.2 Ο κυριότερος ρόλος των νεφρών.....	7
1.3 Οι κύριες λειτουργίες των νεφρών.....	8
1.4 Νεφροπάθεια-Νεφρική ανεπάρκεια.....	8
1.5 Χρόνια νεφρική νόσος.....	9
1.6 Αίτια νεφρικής νόσου.....	9
1.7 Στάδια ΧΝΝ.....	12
1.8 Τεχνητή εξωνεφρική κάθαρση-Αιμοκάθαρση Θεραπευτική παρέμβαση της ΧΝΝ.....	13
1.9 Ιστορική Αναδρομή.....	15
1.10 Πρώτα βήματα.....	16
1.11 Η πρώτη επιτυχής αιμοκάθαρση.....	16
1.12 Η εξέλιξη.....	17
Κεφάλαιο Δεύτερο.....	18
Ποιότητα Ζωής των αιμοκαθαρόμενων ασθενών.....	18
2.1 Ποιότητα Ζωής.....	18
2.2 Εργαλεία Μέτρησης της Ποιότητας.....	19
2.3 Ποιότητα Ζωής στην ΧΝΝ.....	20
2.4 Τα στάδια των ασθενών σε εξωνεφρική κάθαρση.....	20
2.5 Ανασκόπηση της ποιότητας ζωής των αιμοκαθαρόμενων ασθενών σε διεθνή και εθνικό επίπεδο.....	21
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	25
Μεθοδολογία Σκοπός.....	26
Ερευνητικά Ερωτήματα.....	26
Είδος Μελέτης –Δείγμα –Μέθοδος δειγματοληψία.....	26
Ερευνητικά εργαλεία.....	27
Συλλογή δεδομένων.....	27
Θέματα βιοηθικής.....	28
Στατιστική ανάλυση.....	28
Αποτελέσματα.....	30
Συζήτηση.....	45
Περιορισμοί της έρευνας.....	49
Γενικά συμπεράσματα.....	50
Βιβλιογραφία.....	51
Παραρτήματα.....	58

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ένα μεγάλο ευχαριστώ σε όλους τους ασθενείς που αφιέρωσαν λίγα λεπτά από το προσωπικό τους χρόνο για την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, στους συναδέλφους νοσηλευτές για την βοήθεια τους, στον καθηγητή μου Νίκο Ρίκο για την στήριξη και την βοήθεια του, στη διοίκηση των ΜΧΑ « Άγιος Παντελεήμων» στις καλές μου φίλες, Ελένη, Ειρήνη, Ευτυχία και κυρίως στον σύζυγο μου Κώστα και στα δύο μου παιδιά Μάριο και Άγγελο για την υπομονή και την ανοχή τους.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η ΧΧΝ επιφέρει σημαντικές αλλαγές στη ζωή των ασθενών που υποβάλλονται σε χρόνια περιοδική αιμοκάθαρση. Επιδρά αρνητικά στην κοινωνική οικονομική οικογενειακή και κυρίως ψυχολογική τους ευμάρεια και ευδαιμονία

Σκοπός: της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της αντίληψης της ποιότητας ζωής και της ψυχολογικής επιβάρυνσης ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση ενώ επιπλέον αναζητήθηκαν οι παράγοντες που επηρεάζουν το επίπεδο υγείας τους.

Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε μια συγχρονική ποσοτική μελέτη με τη χρήση ερωτηματολογίων. Η δειγματοληπτική μέθοδος που εφαρμόστηκε ήταν η σκόπιμη δειγματοληψία. Το τελικό δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 63 ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση στην ΜΧΑ Ιεράπετρας και του Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων». Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν τα ερευνητικά εργαλεία HADS&KDQOL-SF™. Για τη στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το SPSSv.26.0. Ειδικότερα υπολογίστηκαν κατανομές συχνοτήτων περιγραφικών και άλλων χαρακτηριστικών των 63 ασθενών της μελέτης, η μορφή των κατανομών των βαθμολογιών των Κλιμάκων ελέγχθηκε μέσω της μεθόδου κατά Blom (QQplot) ενώ υπολογίστηκαν οι συντελεστές αξιοπιστίας τους μέσω της μεθόδου Cronbach. Ακολούθησε συσχέτιση όλων των συνιστωσών της ποιότητα ζωής και Άγχους/Κατάθλιψης με τα χαρακτηριστικά των ασθενών μέσω της μη παραμετρικής μεθόδου Spearman ενώ της Σωματικής και Ψυχικής υγείας με τα χαρακτηριστικά μέσω της μεθόδου του Pearson. Τέλος χρησιμοποιήθηκε η μη παραμετρική μέθοδος Mann-Whitney. Ως αποδεκτό επίπεδο σημαντικότητας ορίστηκε το 0,05.

Αποτελέσματα: Μέτρια προς χαμηλά επίπεδα Άγχους & Κατάθλιψης, οι συνιστώσες της ποιότητας ζωής βρέθηκαν σε χαμηλά έως υψηλά επίπεδα, με τη Συνολική Υγεία να βρίσκεται σε μέτρια, με καλύτερη την Κοινωνική Λειτουργικότητα και χειρότερη το Σωματικό Ρόλο. Σε χαμηλά προς μέτρια επίπεδα βρέθηκαν η Σωματική και Ψυχική υγεία, με σημαντικά υψηλότερη τη Ψυχική ($p<0,05$). Το Άγχος και η Κατάθλιψη σχετίζονται σημαντικά με χαμηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής στο σύνολο σχεδόν των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου KDQOL-SF™ ($p<0,05$). Το αυξημένο εκπαιδευτικό επίπεδο σχετίζεται με χαμηλότερα επίπεδα Καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και καλύτερα επίπεδα ποιότητας ζωής στα Συμπτώματα Νόσου, Επιδράσεων Νόσου, Σωματικής Λειτουργικότητας, Ζωτικότητας ή Συνολικής Υγείας ($p<0,05$). Για τη νεφρική νόσο, με καλύτερη ποιότητα βρέθηκε η ενθάρρυνση του νοσηλευτικού προσωπικού. Τα περισσότερα χρόνια αιμοκάθαρσης σχετίζονται με χαμηλότερα επίπεδα Άγχους και καλύτερα επίπεδα Ποιότητας Ύπνου ($p<0,05$). Η μεγαλύτερη ηλικία έναρξης αιμοκάθαρσης σχετίζεται αντίθετα με χειρότερα επίπεδα Ποιότητας Ύπνου, Σωματικής Λειτουργικότητας ή Συναισθηματικού Ρόλου ($p<0,05$). Η ευκολία πρόσβασης στο Κέντρο αιμοκάθαρσης σχετίζεται με χαμηλότερα επίπεδα Κοινωνικής υποστήριξης ($p<0,05$). Τα καλύτερα επίπεδα Ψυχικής Υγείας σχετίζονται επίσης με υψηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο, με τη διαμονή των ασθενών σε αστικές περιοχές ή με υψηλότερο μηνιαίο εισόδημα ($p<0,05$).

Συμπεράσματα: Οι ασθενείς με μέτρια ή σοβαρά επίπεδα Άγχους & Κατάθλιψης είχαν χαμηλότερα επίπεδα ποιότητας, Σωματικής και Ψυχικής Υγείας, στοιχείο που δείχνει την αλληλεξάρτησή τους, από το κατάλληλο ιατρό νοσηλευτικό και κοινωνικό περιβάλλον ώστε να αποκτήσουν καλύτερα επίπεδα ευεξίας που θα τους οδηγήσουν στη βελτίωση του επιπέδου της υγείας τους

Λέξειςκλειδιά: Αιμοκάθαρση, ποιότητα ζωής και αιμοκάθαρση, ψυχική υγεία και αιμοκάθαρση χρονιά νεφρική νόσος και ποιότητα ζωής, σωματική και ψυχική υγεία ασθενών σε αιμοκάθαρση

ABSTRACT

Introduction: Chronic kidney disease brings about significant changes in the lives of patients undergoing chronic periodic dialysis. It has a negative effect on their social and economic profile, their family and especially their psychological well-being and prosperity.

Purpose: The purpose of the present study was to explore the perception of the quality of life and its psychological burden on patients undergoing dialysis while in addition factors affecting their level of health were also sought.

Method: A synchronous quantitative study was performed using questionnaires. The sampling method used was the intentional one sampling method. The actual sample of the study consisted of 63 patients undergoing dialysis in the chronic dialysis unit (CDU) Ierapetra and Piraeus "Agios Panteleimon". For the compilation and collection of data HADS&KDQOL-SF™ questionnaire was used as the research tool. SPSS v.26.0 was used for statistical analysis. In particular, calculations of distribution frequencies and other characteristics of the 63 patients involved in the study, the format and scales distributions were checked using the Blom method (QQplot) while their reliability coefficients were calculated using the Cronbach method. This was followed by a correlation of all components of quality of life and Anxiety and Depression with patient characteristics using the non-parametric method Spearman. In addition, Physical and Mental health was correlated with the characteristics using the Pearson method. Finally, the non-parametric Mann-Whitney method was used. An acceptable significance level was set at 0.05.

Results: Moderate to low levels of Anxiety and Depression were recorded, its components quality of life were found to be low to high, with Overall Health being found to be moderate, with better Social Functionality and worse the Physical Role. Physical and Mental health had low to moderate levels, with significantly higher the Psychic ($p < 0.05$). Anxiety and Depression were significantly related to lower quality of life in almost all of its subscales using the KDQOL-SF™ questionnaire ($p < 0,05$). The higher the educational level of patients the lower the levels of Depressive Symptoms and better levels of quality Life, Disease Effects, Physical Functionality, Vitality or Overall Health ($p < 0.05$). For kidney disease sufferers with better quality of life, the encouragement of the nursing staff was found to be prevalent. Many years of dialysis was associated with lower levels of Stress and better levels of Quality Sleep ($p > 0.05$). The older the age of someone starting dialysis was associated with worse levels of Sleep Quality, Physical Functionality or Emotional Role ($p < 0.05$). Ease of access to the Dialysis Center was associated with lower levels of Social Support ($p < 0.05$). The best levels of Mental Health were found to be in patients with higher educational levels, accommodation in urban areas and or with a higher monthly income ($p < 0.05$).

Conclusions: Patients with moderate to severe levels of Anxiety and Depression had lower levels of quality of life and Physical and Mental Health. Evidence shows that kidney dialysis patients have an interrelationship that should be assisted by the appropriate doctor, nursing staff and social environment in order to acquire better levels of well-being that will in turn lead them to improve their level of health.

Keywords: Dialysis, quality of life and dialysis, mental health and chronic kidney disease and quality of life, physical and mental health of patients on dialysis.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟΣ ΧΝΝ

1.1 Φυσιολογία Νεφρών

Οι άνθρωποι από την πρώτη στιγμή που γεννιούνται έχουν δύο νεφρούς, έναν αριστερά και ένα δεξιά. Οι νεφροί ομοιόμορφα όργανα σε σχήμα φασολιού κείνται στο πίσω μέρος του κοιλιακού τοιχώματος εκατέρωθεν του 2ου και 3^{ου} οσφυϊκού σπονδύλου. Είναι δηλαδή οπισθοπεριτοναϊκά όργανα και βρίσκονται πίσω από το περιτόναϊο, τον υμέναόποιος επενδύει την κοιλιακή χώρα. Θεωρούνται καλά προστατευόμενα όργανα από τις πλευρές, από τους ραχιαίους μυς και τα κοιλιακά σπλάχνα, και δεν είναι βαριά όργανα, αφού το βάρος τους φτάνει μόλις τα 120-170 γραμμάρια. Ο αριστερός νεφρός βρίσκεται σε υψηλότερη θέση από το δεξιό, ο οποίος πιέζεται από το ήπαρ που βρίσκεται από πάνω του, ενώ ο αριστερός νεφρός είναι μεγαλύτερος του δεξιού (Ζηρογιάννης και συν.2005 σελ. 110-111). Στο εσωτερικό τους υπάρχει μια κοιλότητα γνώστη ως «νεφρική κοιλότητα», όπου βρίσκεται η λειτουργική μονάδα του νεφρού, που είναι οι νεφρώνες. Κάθε νεφρός έχει περίπου 1 εκατομμύριο νεφρώνες και αποτελούν την μικρότερη και ανεξάρτητη λειτουργική και ανατομική μονάδα του νεφρού. Τα ούρα απορρέουν από τους νεφρούς μέσω δύο σωληναρίων που ονομάζονται ουρητήρες και αποθηκεύονται στην ουροδόχο κύστη (Γελαδάς, 2016 σελ. 576-579).

1.2Ο κυριότερος ρόλος των νεφρών

Είναι όργανα ζωτικής σημασίας αφού βοηθούν τον ανθρώπινο οργανισμό να φιλτράρει και να αποβάλλει τις άχρηστες και βλαβερές ουσίες του μεταβολισμού και να καθαρίσουν τον οργανισμό από τις τοξίνες μέσω των ούρων, διατηρώντας έτσι ένα σταθερό εσωτερικό περιβάλλον. Οι νεφροί είναι τα μοναδικά όργανα που δεν αποβάλλουν μόνο τα δικά τους μεταβολικά προϊόντα, αλλά επεξεργάζονται και τα κατάλοιπα όλων των οργάνων κάνοντας διαχωρισμό των ωφέλιμων ουσιών και υγρών από τις άχρηστες και επικίνδυνες μεταβολικές ουσίες(Γεωργοπούλου &Βρόντζα, 2015 σελ.11).

1.3 Οι κύριες λειτουργίες των νεφρών

Οι λειτουργικές φάσεις των νεφρών διακρίνονται σε α) απεκκριτική, β) ρυθμιστική γ)ενδοκρινική φάση.

Αναλυτικά:

- 1) Ρυθμίζουν το ισοζύγιο του ύδατος, τη σύσταση των ανόργανων ιόντων και της οξεοβασικής ισορροπίας και τον όγκο του εσωτερικού περιβάλλοντος (πχ όγκο αίματος).
- 2) Απομακρύνουν τα μεταβολικά παραπροϊόντα από το αίμα και την απέκκρισή τους από τα ούρα, όπως την ουρία, το ουρικό οξύ, την κρεατινίνη.
- 3) Συμβάλλουν στην απέκκριση ξένων χημικών ουσιών στα ούρα όπως (φάρμακα, φυτοφάρμακα, συντηρητικά τροφών, και τους μεταβολίτες τους).
- 4) Εκτελούν την γλυκονεογένεση κατά την οποία σε περιόδους παρατεταμένης νηστείας οι νεφροί παράγουν γλυκόζη από αμινοξέα και άλλες προδρομικές ουσίες και την απελευθερώνουν στην αιματική ροή τους.
- 5) Λειτουργούν και ως ενδοκρινείς αδένες εκκρίνοντας την ερυθροποιητίνη η οποία ελέγχει την παραγωγή ερυθροκυττάρων, τηρενίνη ένα ένζυμο που επηρεάζει την αρτηριακή πίεση του αίματος και του ισοζυγίου του νατρίου.
- 6) Μετατρέπουν την 25 υδροξυβιταμίνης D σε 1,25 διυδροξυβιταμίνης D3 η οποία επηρεάζει το ισοζύγιο του Ca. (Γελαδάς, 2016 σελ. 576-579).

1.4 Νεφροπάθεια-Νεφρική Ανεπάρκεια

Προκαλείται όταν οι νεφρώνες των νεφρών που λειτουργούν ως φίλτρα αίματος καταστρέφονται με αποτέλεσμα τη συσσώρευση μέσα στον οργανισμό άχρηστων ουσιών

Ως νεφρική ανεπάρκεια ορίζεται η αδυναμία των νεφρών να απομακρύνουν τα προϊόντα του μεταβολισμού από το αίμα με αποτέλεσμα τη διαταραχή στο ισοζύγιο των υγρών των ηλεκτρολυτών και της οξεοβασικής ισορροπίας. Η νεφρική ανεπάρκεια εμφανίζεται με τρόπο οξύ ή χρόνια και για αυτό έχουμε την διάκριση σε οξεία και χρόνια ανεπάρκεια. Στην οξεία νεφρική νόσο έχουμε αιφνίδια έναρξη της νόσου που όμως με τις κατάλληλες ιατρικές παρεμβάσεις μπορεί να είναι αναστρέψιμη (Γελαδάς,2016 σελ. 580-589).

1.5 Χρόνια νεφρική νόσος

Η χρόνια νεφρική νόσος είναι ένας γενικός όρος για ετερογενείς διαταραχές που επηρεάζουν τη δομή και τη λειτουργία των νεφρών. Η διακύμανση στις εκφράσεις της νόσου σχετίζεται εν μέρει με τα αρχικά αιτία, την παθολογία, τη σοβαρότητα και το ρυθμό εξέλιξης (Levey et al., 2005; Levin et al., 2008; Levey & Coresh, 2012). Ο οργανισμός παρουσιάζει αδυναμία διατήρησης της μεταβολικής και υδατο-ηλεκτρολυτικής ισορροπίας με εμφάνιση ουραιμικού συνδρόμου που προκαλείται από περίσσεια ουρίας και άλλων αζωτούχων άχρηστων ουσιών στο αίμα (Πλώτα, 2016 σελ. 16-40).

Ο όρος «χρόνια νεφρική ανεπάρκεια» έχει διεθνή αποδοχή και μεταφράζεται στα αγγλικά ως «Chronic Kidney Disease». Ο ορισμός και η ταξινόμηση της χρόνιας νεφρικής νόσου (CKD) έχουν εξελιχθεί με την πάροδο του χρόνου, αλλά οι τρέχουσες διεθνείς οδηγίες ορίζουν αυτήν την κατάσταση ως μειωμένη νεφρική λειτουργία που φαίνεται από το ρυθμό της εκτιμώμενης ταχύτητας της σπειραματικής διήθησης, μικρότερο από 60 ml / min ανά 1,73 m² (φυσιολογικές τιμές για άνδρες 85-125 ml/min / 1.73 m² και για τις γυναίκες 75-115 ml/min / 1.73 m²). Το «eGFR» είναι ένας σημαντικός δείκτης υπολογισμού και αξιολόγησης της νεφρικής λειτουργίας για τον υπολογισμό του οποίου χρησιμοποιούνται 4 μεταβλητές, όπως είναι, η κρεατινίνη του ορού, η ηλικία σε έτη, το φύλο και η εθνικότητα. Αλλά και η κάθαρση κρεατινίνης επίσης αποτελεί έναν άλλο ειδικό δείκτη νεφρικής λειτουργίας που βοηθά στην αξιολόγηση του eGFR (Lemome et al., 2008 p.982-983).

1.6 Αίτια νεφρικής νόσου

Οι επιπτώσεις, ο επιπολασμός και η εξέλιξη της νόσου ποικίλλουν από χώρα σε χώρα ανάλογα με την εθνικότητα και τους κοινωνικούς παράγοντες. Είναι πιο συνηθισμένη κυρίως στους μαύρους και σε ανθρώπους που κατάγονται από τη Νότια Αφρική, όμως και τις ανεπτυγμένες χώρες, η χρόνια νεφρική νόσος αποτελεί συχνό και σοβαρό πρόβλημα υγείας

Τα αίτια που οδηγούν στη νεφρική νόσο είναι πολλά και μπορεί να συνδυάζονται με την ύπαρξη και άλλων παθήσεων, με κυριότερες αιτίες το γήρας, το διαβήτη, την υπέρταση, την παχυσαρκία, τις καρδιαγγειακές παθήσεις, τη διαβητική σπειραματοσκλήρωση, την υπερτασική νεφροσκλήρωση ως υποτιθέμενες

παθολογικές οντότητες, την σπειραματονεφρίτιδα, την πολυκυστική νεφρική νόσο, την ανωμαλία στη ροή των ούρων και τη μακροχρόνια χρήση ορισμένων φαρμάκων, όπως τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα(Πλωτά,2016σελ16-40).

Έχει υπολογιστεί ότι περίπου 1 στους 1000 ασθενείς με ΧΝΝ θα πρέπει να λάβουν υποστήριξη με κάποια μέθοδο εξωνεφρικής κάθαρσης. Από επιδημιολογικά δεδομένα φαίνεται ότι το 2017 η νόσος επηρέασε 700 εκατομμύρια ανθρώπους σε παγκόσμια κλίμακα εκ των οποίων τα 1,2 εκατομμύρια έχασαν τη ζωή τους, όταν το 1990 ο αριθμός των θανάτων ήταν 409.000. Κύριες αιτίες θανάτου ήταν η αυξημένη αρτηριακή πίεση με 550.000 θανάτους, ακολουθεί ο διαβήτης με 418.000 θανάτους και η σπειραματονεφρίτιδα με 238.000 θανάτους. Ως νόσος επηρεάζει επίσης σημαντικά τη σωματική και ψυχική ευεξία του ατόμου (Γιαπουτζή, 2018 σελ. 4-7).

Τα πρώιμα στάδια της νόσου είναι συχνά ασυμπτωματικά ή μπορεί να εμφανίζουν συμπτώματα, όπως λήθαργο, φαγούρα, απώλεια όρεξης αδυναμία, κόπωση και εμετούς. Η διάγνωση γίνεται συνήθως μετά από τυχαία ευρήματα από εξετάσεις διαλογής (ουροδόχος κύστη ή εξετάσεις αίματος), όταν τα συμπτώματα γίνονται σοβαρά ή όταν ανιχνεύονται κατά την αξιολόγηση των συννοσηρών διαταραχών.

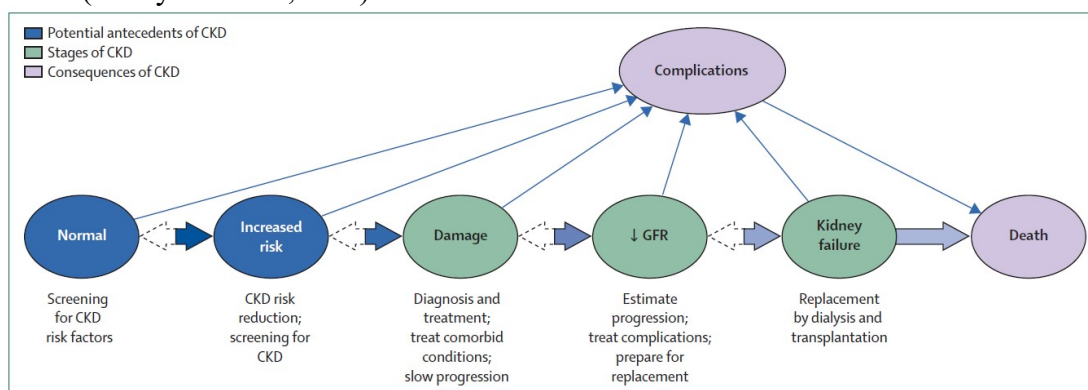
Η ασθένεια και η διαχείρισή της ταξινομούνται σύμφωνα με τα στάδια της σοβαρότητας της νόσου, τα οποία αξιολογούνται από το ρυθμό σπειραματικής διήθησης (eGFR), τη λευκωματουρία και από την κλινική διάγνωση (αιτία και παθολογία). Τα άτομα με χρόνια νεφρική νόσο είναι πέντε έως δέκα φορές πιο πιθανό να πεθάνουν πρόωρα από ότι να φτάσουν στο τελευταίο στάδιο της νεφρικής νόσου (Webster et al., 2017). Αυτός ο αυξημένος κίνδυνος θανάτου αυξάνεται εκθετικά, καθώς επιδεινώνεται η νεφρική λειτουργία και οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στο θάνατο από καρδιαγγειακές παθήσεις, όπως επίσης και στην αύξηση της συχνότητας εμφάνισης καρκίνου αυξάνοντας έτσι τα ποσοστά θνησιμότητας. Το βάρος από την χρόνια νεφρική νόσο είναι σημαντικό ώστε το 2012 σύμφωνα με τις παγκόσμιες εκτιμήσεις για την υγεία του ΠΟΥ 864. 226 θάνατοι, δηλαδή το 1,5% των θανάτων παγκοσμίως, οφείλονται σε αυτήν την νόσο(Atkins,2005; Webster et al.,2017).

Οι Levey&Coreshto (2012)παρουσιάζουν ένα εννοιολογικό μοντέλο (**Εικόνα 1**) για την ανάπτυξη, την εξέλιξη και τις επιπλοκές της χρόνιας νεφρικής νόσου. Το μοντέλο περιλαμβάνει γενικές κατηγορίες, όπως, τον αυξημένο κίνδυνο, τα στάδια της νόσου και τις επιπλοκές, συμπεριλαμβανομένου και του θανάτου.

Οι κίνδυνοι μπορούν να ταξινομηθούν είτε ως ευαισθησία σε νεφρική νόσο λόγω κοινωνιοδημογραφικών και γενετικών παραγόντων, είτε ως έκθεση σε παράγοντες

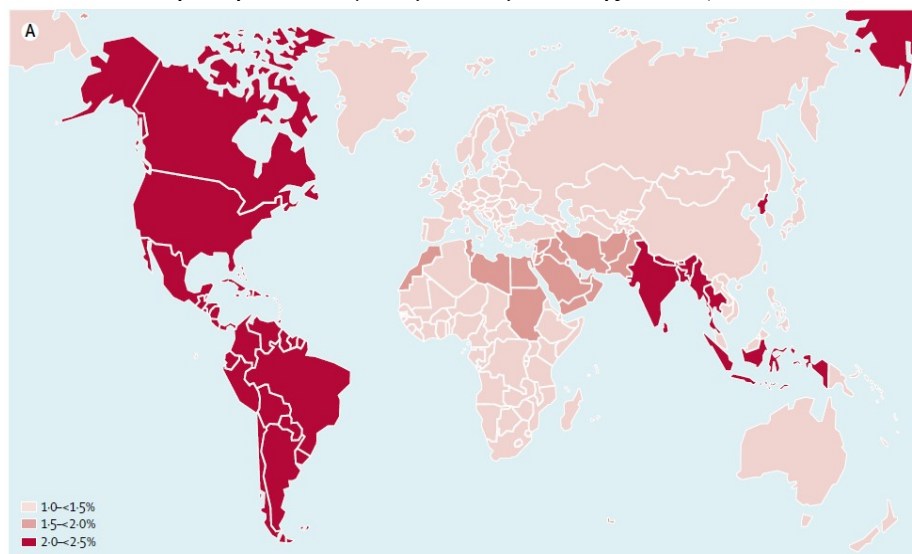
που μπορούν να οδηγήσουν σε αυτή. Πιο συγκεκριμένα με το μοντέλο αυτό παρουσιάζεται η πορεία του ατόμου που εμφανίζει αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης της νόσου με ολική καταστροφή των νεφρών και η έναρξη της θεραπείας και των συνοδών προβλημάτων. Αρχικά η νόσος εξελίσσεται αργά, ενώ όσο μειώνεται ο GFR εμφανίζονται επιπλοκές και ξεκινά η διαδικασία της προετοιμασίας για την έναρξη της νεφρικής υποκατάστασης. Στο τελικό στάδιο της νόσου που είναι η νεφρική ανεπάρκεια ο ασθενής πρέπει να υποβληθεί σε αιμοκάθαρση ή σε μεταμόσχευση νεφρού, γιατί, αν δεν συμβεί αυτό, θα προχωρήσει στο επόμενο στάδιο που είναι ο θάνατος.

Εικόνα1 Εννοιολογικό μοντέλο εξέλιξης της χρόνιας νεφρικής νόσου(Levey&Coresh,2012).



Έχει αναφερθεί ότι η συχνότητα και ο επιπολασμός της νεφρικής ανεπάρκειας ποικίλλει παγκοσμίως. Έτσι περισσότερο από το 80% των ασθενών που λαμβάνουν θεραπεία για νεφρική ανεπάρκεια διαμένουν σε χώρες με μεγάλο ποσοστό γερασμένου πληθυσμού και με πρόσβαση σε προσιτή υγειονομική περίθαλψη. Στην (Εικόνα 2) παρουσιάζεται η θνητότητα σε παγκόσμια κλίμακα της ΧΝΝ(Webster et al.2017).

Εικόνα 2 Θνητότητα σε παγκόσμια κλίμακα της ΧΝΝ(Websteretal.2017)



1.7 Στάδια ΧΝΝ

Η νόσος εμφανίζει 5 στάδια εξέλιξης -νοσηρότητας με βάση το δείκτη (eGFR), η κατάσταση αυτή ωστόσο μπορεί να διαρκέσει από λίγους μήνες ως αρκετά χρόνια.

1 Πρώιμο στάδιο: Νεφρική νόσος με το δείκτη eGFR να παρουσιάζει τιμές από 90-120ml/min/1.73m² και τη συνύπαρξη και άλλων νοσημάτων. Απαιτεί χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής για την αποφυγή επιπλοκών.

2 Στάδιο αντιρρόπησης: Ήπια νεφρική βλάβη με eGFR από 60-89 ml/min/1.73m². Για την διατήρηση της επαρκούς νεφρικής λειτουργίας και την αποφυγή επιπλοκών, απαιτείται φαρμακευτική αγωγή.

3 Στάδιο προουραιμίας: Στο στάδιο αυτό σε πρώτη φάση υπάρχει νεφρική βλάβη με ήπια απώλεια της νεφρικής λειτουργίας με eGFR 40-59. Σε δεύτερη φάση οι τιμές του eGFR παρουσιάζουν και άλλη πτώση από 30-44 ml/min/1.73m². Υπάρχει στενή παρακολούθηση με θεραπευτική και διαιτητική αγωγή για την αποφυγή υποκείμενων παθήσεων.

4 Στάδιο ουραιμίας: Η νεφρική απώλεια είναι σημαντική με eGFR που κυμαίνεται από 16-29 ml/min/1.73m² και συνοδεύεται από ηλεκτρολυτικές διαταραχές, από υπέρταση κ.α.

5 Στάδιο τελικό: Ο δείκτης eGFR εμφανίζει τιμές από 15 και κάτω με αποτέλεσμα την ανάγκη για ένταξη του ασθενή σε εξωνεφρική κάθαρση ή περιτοναϊκή ή μεταμόσχευση. Η νεφρική ανεπάρκεια είναι πλέον τελικού σταδίου, συνοδεύεται από σοβαρή συμπτωματολογία(κόπωση, εμετούς, ανορεξία, ναυτία, δύσπνοια, υπέρταση), αυξημένες τιμές στις εργαστηριακές εξετάσεις (κάλιο, φώσφορο) και μεταβολή στις

ορμόνες που συνδέονται με την υγεία των οστών (ca,ph)(Γιαπουτζή, 2018 σελ. 4-7). Το στάδιο αυτό, αν και χαρακτηρίζεται ως τελικό για τη νεφρική λειτουργία δεν αποτελεί και τελικό για την πορεία της ζωής των ασθενών. Η ένταξή τους στην αιμοκάθαρση αποτελεί σίγουρα για τους ίδιους και τις οικογένειές τους ένα μακρύ και δύσκολο ταξίδι επιβίωσης, αλλά με τη σωστή στάση τους απέναντι στη νόσο μπορεί να υπάρξει βελτίωση της ποιότητας ζωής και της οικογενειακής τους ευημερίας.

Πίνακας 1 Στάδια ΧΝΝ

ΣΤΑΔΙΑ	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ	eGFR (ml/min/1.73m ²)
1.Πρώιμο	Νεφρική βλάβη με φυσιολογικό ή αυξημένο eGFR	≥90
2.Αντιρρόπησης	Νεφρική βλάβη με ήπια μείωση του eGFR	60-89
3.Προουραιμίας	Με μέτρια μείωση του eGFR	30-59
4.Ουραιμίας	Με σοβαρή μείωση του eGFR	16-29
5.Τελικού	Νεφρική ανεπάρκεια	<15εξωνεφρικήκάθαρση

Πηγή:Γιαπουτζή,2018

1.8 Τεχνητή Εξωνεφρική Κάθαρση, Αιμοκάθαρση -Θεραπευτική Παρέμβαση της ΧΝΝ

Με τον όρο « τεχνητή εξωνεφρική κάθαρση-αιμοκάθαρση» ορίζεται η μηχανική υποκατάσταση της νεφρικής λειτουργίας που σε καμία περίπτωση δεν υποκαθιστά πλήρως την φυσική λειτουργία των νεφρών αλλά δίνει το δικαίωμα της επιβίωσης στον ασθενή και τη βελτίωση της ποιότητας της ζωής του.Η αιμοκάθαρση αποτελεί μια πολύ διαδεδομένη μέθοδο υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας με το 85 % των ασθενών με χρόνια νεφρική νόσο να την προτιμούν, το 10% να επιλέγουν τη περιτοναϊκή και το 5% να μεταμοσχεύονται.

Η αιμοκάθαρση στηρίζεται κυρίως στις αρχές της διάχυσης, της διήθησης και της ώσμωσης. Με το μηχανισμό της διάχυσης απομακρύνονται από τον οργανισμό του ασθενούς ουσίες μικρού μοριακού βάρους, κυρίως άχρηστα προϊόντα του μεταβολισμού ώστε να υπάρξει ηλεκτρολυτική και οξεοβασική ισορροπία. Με το

μηχανισμό της διήθησης απομακρύνεται από τον οργανισμό του ασθενούς περίσσεια νερού και μόρια διαλυμένων ουσιών, ενώ με την αρχή της ώσμωσης απομακρύνεται ποσότητα νερού χωρίς διαλυμένες ουσίες. Η ανάπτυξη της τεχνολογίας στα μηχανήματα, η βελτίωση των μεμβρανών στα φίλτρα καθώς και η αγγειακή προσπέλαση, το σύστημα επεξεργασίας νερού, βοήθησαν ώστε η αιμοκάθαρση να θεωρείται πια μια διαδικασία ρουτίνας. Παρ' όλα αυτά για τους ασθενείς αποτελεί μια πολύπλοκη διαδικασία αφού αναγκάζονται να επισκέπτονται τις νοσοκομειακές μονάδες ή τα ιδιωτικά κέντρα αιμοκάθαρσης 3 φορές την εβδομάδα για 4 ώρες κάθε φορά γεγονός που μπορεί να προκαλέσει σημαντικές αλλαγές τόσο στην προσωπική, οικογενειακή όσο και στην επαγγελματική και κοινωνική ζωή τους, καθώς επίσης έρχονται αντιμέτωποι με μηχανικές δυσλειτουργίες και με σφάλματα του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού(Συργκάνης,2021σελ30-51).Θεωρείται επίσης ότι οι αιμοκαθαρόμενοι ασθενείς παρουσιάζουν κακή ποιότητα ζωής σε σχέση με την αντίστοιχη ηλικία του γενικού πληθυσμού βάσει της ύπαρξης συνοσηρών προβλημάτων που συνοδεύονται με τις ανάλογες επιπλοκές (Kim et al., 2013).

Στις ΗΠΑ από το 1995 το National Kidney Foundation NKF (Εθνικό Ίδρυμα Νεφρού) συγκρότησε μια επιστημονική ομάδα με στόχο:

A) Το σχεδιασμό και την εφαρμογή ενημερωτικών οδηγιών και κανόνων (Dialysis Outcome Quality Initiative DOQI) για τη σωστή αντιμετώπιση της νόσου και την επιβίωση των ασθενών με ΧΝΝ

B) Την παροχή οδηγιών (guidelines) για τις μεθόδους υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας (χρόνια αιμοκάθαρση, περιτοναϊκή κάθαρση) και την αποτελεσματικότητά τους για την επιβίωση και την ποιότητα ζωής των ασθενών. Το παράδειγμα των ΗΠΑ ακολούθησαν και άλλες χώρες, όπως η Αυστραλία, ο Καναδάς, το Ηνωμένο Βασίλειο ώστε να παρέχουν αναβαθμισμένη και βελτιωμένη περίθαλψη και ποιότητας ζωής των εν λόγω ασθενών. Τα guidelines αποτελούν σε παγκόσμια κλίμακα σημαντικότερα εργαλεία για την κλινική νεφρολογία (Clinical Practice Guidelines For Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification and Stratification, 2002).

Οι ασθενείς που φτάνουν στο 4^ο στάδιο της νόσου με (GFR<29ml/min/1.75m²) καθώς και οι φροντιστές τους θα πρέπει να γνωρίζουν τις διαθέσιμες θεραπευτικές,

μεθόδους ώστε να έχουν τη δυνατότητα επιλογής και τον απαιτούμενο χρόνο για σωματική και ψυχολογική προετοιμασία. Ο ρυθμός της σπειραματικής διήθησης προσδιορίζει και τη χρονική στιγμή για την έναρξη της εξωνεφρικής κάθαρσης είτε αυτή θα είναι αιμοκάθαρση, περιτοναϊκή, είτε μεταμόσχευση. Η τελική απόφαση είναι αποτέλεσμα της συνεργασίας που έχει ο ασθενής με τον θεράποντα ιατρό, καθώς και την διεπιστημονική ομάδα της δομής όπου παρακολουθείται. Η πρώτη μέθοδος επιλογής, όπως έχει αναφερθεί, είναι η αιμοκάθαρση που τις τελευταίες δεκαετίες με την τεχνολογική και ιατρική εξέλιξη εμφανίζει αυξημένο προσδόκιμο επιβίωσης για τους ασθενείς που ακολουθούν αυτήν τη μέθοδο, ενώ οι επαγγελματίες υγείας δείχνουν αυξημένο ενδιαφέρον για τη διερεύνηση των επιπτώσεων που επιφέρει η νεφρική νόσος στην ψυχική υγεία της ομάδας αυτή (Moustakis et al., 2021).

1.9 Ιστορική Αναδρομή

Ένα από τα σπουδαιότερα ιατρικά επιτεύγματα που επιτελέστηκαν στα μέσα του 20 αιώνα είναι η υποκατάσταση της νεφρικής λειτουργίας με τη μέθοδο της αιμοκάθαρσης σε ανθρώπους με μεγάλο βαθμού νεφρική ανεπάρκεια ή σε ασθενείς με σοβαρού βαθμού οξεία νεφρική βλάβη. Η ανακάλυψή της, η καθιέρωσή της και η συνεχιζόμενη εξέλιξή της αύξησαν το προσδόκιμο επιβίωσης σε ανθρώπους που σε παλαιότερες εποχές έχαναν τη ζωή τους από τη νόσο της νεφρικής ανεπάρκειας. Αναζητώντας τις απαρχές διαπιστώνουμε ότι οι πρωτοποριακές μελέτες και οι τολμηρές ιδέες των επιστημόνων άλλων εποχών έβαλαν το θεμέλιο λίθο στον τομέα της νεφρολογίας. Η εξέλιξή της ως αυτόνομου κλάδου της παθολογίας και φυσικά η ανάπτυξη της τεχνολογίας σε θέματα που αφορούν την κατασκευή και ποιότητα των φίλτρων των μηχανημάτων και των ηλεκτρονικών υπολογιστών έδωσαν ώθηση στην εξέλιξη της μεθόδου αιμοκάθαρσης (Κιρίτσης και Τρίκγα, 2015 σελ.137-141).

1.10 Πρώτα Βήματα

Πριν από 2500 χρόνια στην εποχή του Ιπποκράτη ο ίδιος αναφέρει ότι « το νερό που πίνουν οι άνθρωποι μπορεί να ευθύνεται για λιθιάσεις φλεγμονές των νεφρών, δυσκολία στην ούρηση και πόνο στη μέση». Έτσι θεωρητικά ως γιατρός της εποχής του πρώτος αυτός φαίνεται να αποσύνδεσε αυτά τα συμπτώματα από παρεμβάσεις θεών και μεταφυσικά αίτια. Πατέρας ωστόσο της σύγχρονης Νεφρολογίας, θεωρείται

ο Άγγλος γιατρός Richard Bright ο οποίος το 1827 περιέγραψε την ομώνυμη νόσο (νόσος του Bright) η οποία περιλάμβανε οίδημα, υπέρταση, μείωση των ούρων, ναυτία, εμέτους, δύσπνοια, και είχε θανατηφόρο κατάληξη. Περιέγραψε δηλαδή πρώτος αυτό που σήμερα ονομάζουμε χρόνια νεφρική νόσο(Κιρίτσης και Τρίκγα, 2015 σελ.137-141).Είκοσι επτά χρόνια αργότερα το 1854 ο χημικός Thomas Craham από τη Σκωτία παρουσιάζει τις ερευνητικές του μελέτες που αφορούν τη διάχυση των υγρών και τις διαχωριστικές ικανότητες των μεμβρανών και το 1861 αναφέρει για πρώτη φορά τον όρο «dialysi»από την ελληνική λέξη «διάλυσης». Περιγράφει έτσι την απομάκρυνση της ουρίας από τα ούρα μέσα από μια ημιδιαπερατή μεμβράνη που ήταν ζωικής προελεύσεως (Craham,1864).

Στη Βαλτιμόρη ο John Abel και οι συνεργάτες του το (1913)στο πανεπιστήμιο John Hopkins πραγματοποιούν την πρώτη αιμοκάθαρση σε πειραματόζωα με μεμβράνη «κολλοδίου» και ως αντιπηκτικό χρησιμοποιούν «ιρουδίνη» που υπάρχει ως φυσικό αντιπηκτικό στο σάλιο της βδέλλας. Έντεκα χρόνια αργότερα, το 1924, ο Γερμανός γιατρός Georg Haas στην Ciessen της Φρανκφούρτης πραγματοποιεί την πρώτη αιμοκάθαρση σε άνθρωπο. Και οι επτά συνολικά προσπάθειές του σε ασθενείς με οξεία νεφρική ανεπάρκεια ήταν ανεπιτυχείς Το 1928 ο ίδιος γιατρός χρησιμοποιεί για πρώτη φορά την ηπαρίνη ως αντιπηκτικό (η οποία έχει ανακαλυφθεί στο ήπαρ του σκύλου πριν από το 1928) και από το 1937 και μέχρι και σήμερα καθιερώθηκε η χρήση της ως αντιπηκτική αγωγή(Abel, Rowntree, Turner, 1914).

1.11Η Πρώτη Επιτυχής Αιμοκάθαρση

Κατά τη διάρκεια του Β΄ Παγκοσμίου πολέμου το 1943 στην Ολλανδία ο Willem Kolff πραγματοποιεί σε 16 ασθενείς με οξεία νεφρική ανεπάρκεια αιμοκάθαρση, φτιάχνοντας ο ίδιος ένα πρωτόγονο τεχνητό νεφρό σε μια προσπάθεια επαναλειτουργίας των νεφρών τους, χωρίς όμως η προσπάθεια να στεφθεί με επιτυχία, αφού όλοι οι ασθενείς απεβίωσαν. Παρά τις αποτυχημένες προσπάθειες του το 1945 υποβάλει σε αιμοκάθαρση γυναίκα που βρίσκεται σε ουραιμικό κώμα και μετά από πολύωρη κάθαρση συνολικά 11 ωρών την επαναφέρει στη ζωή. Δίκαια λοιπόν του ανήκει ο τίτλος της επιτυχίας της πρώτης αιμοκάθαρσης. Ο ίδιος επίσης κατασκεύασε πέντε συσκευές αιμοκάθαρσης τις οποίες χάρισε σε διάφορα νοσοκομεία ανά τον κόσμο. Μια από τις συσκευές αυτές του νοσοκομείουBrigham

της Βοστώνης ανακατασκευάστηκε από ανοξείδωτο ατσάλι και με βελτιωμένες τεχνικές για πολλά χρόνια αποτέλεσε μηχανήμα αιμοκάθαρσης(Alwall, 1968).

1.12 Η εξέλιξη

Οι δυνατότητες του μηχανήματος του Kolff ήταν περιορισμένες. Δεν επέτρεπε την απομάκρυνση από τον οργανισμό των ασθενών της περίσσειας ποσότητας των υγρών. Έτσι το 1946 ο Σουηδός γιατρός Nills Alwall προχωρά στην κατασκευή ενός μηχανήματος το οποίο εκτός από κάθαρση έκανε και αφυδάτωση στους ασθενείς, με την μέθοδο της υπερδιήθησης, της αρνητικής δηλαδή υδροστατικής πίεσης. Το 1948 ο ίδιος γιατρός εφηύρε και εμφύτευσε το πρώτο γυάλινο αρτήριο –φλεβικό shunt. Το 1960 τρεις γιατροί από το Σιάτλ των ΗΠΑ, ένας νεφρολόγος ο Belding Scribner και δύο χειρουργοί Wayne Quinton και David Dillard, δημιουργούν από Teflon το πρώτο αρτήριο – φλεβικό shunt μακροχρόνιας χρήσης. Πρόκειται για μια καινοτόμο προσπάθεια η εφαρμογή της οποίας έγινε σε ασθενή 39 ετών ο οποίος επιβίωσε για 11 ολόκληρα χρόνια. Το 1966 οι Cimino και Brescia δημιουργούν την πρώτη πλαγιοτελική αρτήριο –φλεβική αναστόμωση, τη γνωστή ως σήμερα fistula. Είναι μια σημαντική εξελικτική επιτυχία η οποία αποτελεί μέχρι σήμερα μέθοδο επιλογής μειώνοντας με αυτόν τον τρόπο τα προβλήματα των λοιμώξεων που προέκυπταν από τα εξωσωματικά πλαστικά shunt. Τα αρτηριοφλεβικά μοσχεύματα που τοποθετήθηκαν το 1973 αποτελούν το εξελικτικό σκαλοπάτι της fistula(Alwall, 1968).

Η βελτίωση στις μεμβράνες των φίλτρων αρχικά από τους Skegg και Leonard το 1948 και κατόπιν το 1960 από το Νορβηγό γιατρό Frederic Kill, έδωσε τη δυνατότητα να αντιμετωπιστούν με επιτυχία εκατοντάδες ασθενείς που έπασχαν από οξεία νεφρική ανεπάρκεια. Στις αρχές του 70 η αντικατάσταση της κυτταρικής μεμβράνης από τη συνθετική και των οξικών διαλυμάτων από διττανθρακικά τη δεκαετία του 80 μείωσαν τις επιπλοκές της αιμοκάθαρσης και βελτίωσαν την ποιότητά της και κατά συνέπεια και την ποιότητα ζωής των ασθενών. Σημαντικός είναι επίσης ο ρόλος της ορμόνης ερυθροποιητίνης που ανακάλυψε το 1985 ο Lin για την ποιότητα ζωής, τη νοσηρότητα και τη θνητότητα των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών. Το 1988 αρχίζει η μαζική παραγωγή της, δίνοντας λύση στα σοβαρά προβλήματα των μεταγγίσεων και της αιμοσιδήρωσης των ασθενών (Lyisaght, 1995).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ

2.1 Ποιότητα Ζωής

Η ποιότητα ζωής είναι αμφίσημος και πολυδιάστατος όρος, που εξακολουθεί να είναι αντικείμενο έρευνας και διαμάχης, πολλών θεωρητικών εξαιτίας του πολυσήμαντου χαρακτήρα του. Η σωματική, η ψυχική και κοινωνική ευεξία θεωρούνται οι βασικές προϋποθέσεις για την ολοκλήρωση της ανθρώπινης οντότητας και του υψηλού επιπέδου ποιότητας ζωής. Ο όρος «ποιότητα» προσδιορίζει το βαθμό που μπορεί να είναι τέλειο ένα πράγμα, ενώ ο όρος «ζωή» προσδιορίζει τη λειτουργικότητα και την αναπτυξιακή ικανότητα των οργανισμών. Πιο γενικά η ποιότητα ζωής μπορεί να καθορίσει πώς ένα άτομο λειτουργεί μέσα στην κοινωνία, πώς βιώνει τις καταστάσεις, πώς αντιλαμβάνεται τις αξίες ζωής και πώς η ίδια του η υγεία μπορεί να την επηρεάσει (Apostolou & Gokal, 2000pp. 709-735).

Πρώτος από όλους ο Πλάτων αναφέρει ότι ο Σωκράτης έκανε λόγο για την ποιότητα ζωής κάνοντας τη σύγκριση με την ποσότητα. Ο Αριστοτέλης την ορίζει ως «το ευ ζην και το ευ πράττειν».

Ο ΠΟΥ το (1995) την ορίζει ως «την υποκειμενική αντίληψη που έχει το άτομο για τη θέση του στη ζωή, η οποία διαμορφώνεται στο πλαίσιο των αξιών και των πολιτιστικών χαρακτηριστικών της κοινωνίας στην οποία ζει και είναι σε συνάρτηση με τους προσωπικούς στόχους του, τις προσδοκίες, τα κριτήρια τα ενδιαφέροντα και τις ανησυχίες του καθώς και το επίπεδο διαβίωσής του» (Κουτουλάκη, Ξανθάκη, 2011 σελ.57-60).

«Η ατομική αντίληψη της θέσης ενός ατόμου στη ζωή, στο πλαίσιο του συστήματος της κουλτούρας και των αξιών όπου ζει και σε σχέση με τις δίκες του ανησυχίες, τα δικά του ιδανικά ,τις δικές του προσδοκίες και τους δικούς του στόχους». ορίζεται ως ποιότητα κατά τους (Cobbens & Remmen, 2019).

Η πρώτη επιστημονική τεκμηρίωση του όρου έγινε το (1996) από τον Elkinton και υποστηρίζει ότι η ποιότητα ζωής έχει τρεις παραμέτρους: την ψυχική ευεξία, την ικανοποίηση και την αλληλεξάρτηση του ατόμου με το περιβάλλον (Elkinton, 1966).

Η ποιότητα ζωής των ασθενών με ΧΝΝ αποτελεί το επίκεντρο της θεραπευτικής έκβασης με σκοπό όχι τη θεραπεία της νόσου αλλά κυρίως την προσαρμογή των αιμοκαθαρόμενων ασθενών στην αλλαγή του τρόπου ζωής, στις ιατρικές και φαρμακευτικές οδηγίες και τους σωματικούς και διατροφικούς περιορισμούς που θα βελτιώσουν και θα αυξήσουν το προσδόκιμο ζωής τους (Wright & Wilson. 2015).

2.2 Εργαλεία μέτρησης της ποιότητας

Η ανάγκη για καθιέρωση νέων ιατρονοσηλευτικών θεραπευτικών πράξεων και νεότερων διεπιστημονικών προσεγγίσεων που στοχεύουν στη βελτίωση της ποιότητας ζωής έδωσε τη δυνατότητα στους επαγγελματίες υγείας να διερευνούν την ποιότητα με τη χρήση εργαλείων μέτρησης. Ο αριθμός των εργαλείων μέτρησης της ποιότητας ξεπερνά τα 800, μερικά από τα οποία είναι :

- Το Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (General Health Questionnaire GHQ) το οποίο δομείται σε 28 ερωτήσεις που σχετίζονται με την κατάθλιψη, το άγχος, τα σωματικά συμπτώματα και την κοινωνική συμπεριφορά.
- Το Index of Health-Related Quality of Life με το οποίο μπορεί να μετρηθεί η λειτουργική ικανότητα σε σωματικό, κοινωνικό και ψυχολογικό επίπεδο
- Το Quality of Well-Being Scale, QWB ένα εργαλείο μέτρησης της ευεξίας και της ποιότητας σε κοινωνικό σωματικό και κινητικό επίπεδο.
- Το EuroQol (EQ-5D) που διερευνά τη φυσικοκοινωνική και ψυχοσυναισθηματική κατάσταση των ασθενών σε τομείς όπως το άγχος, την κατάθλιψη, τον πόνο, τη δυνατότητα για αυτοεξυπηρέτηση και τις καθημερινές δραστηριότητες.

Τα τυποποιημένα αυτά μοντέλα μέτρησης δεικτών υγείας χαρακτηρίζονται από εγκυρότητα και αξιοπιστία και πριν τη χρήση τους πρέπει να έχουν γλωσσική και πολιτιστική εναρμόνιση, δηλαδή θα πρέπει να έχουν σταθμιστεί στο γενικό πληθυσμό μιας χώρας (Πλώτα, 2016 σελ. 16-40).

2.3 Ποιότητα ζωής στην ΧΝΝ

Η ΧΝΝ επιφέρει σημαντικές αλλαγές στη ζωή των ασθενών που υποβάλλονται σε χρόνια περιοδική αιμοκάθαρση με περιορισμούς ή και τερματισμό της επαγγελματικής τους σταδιοδρομίας, καθώς και αλλαγή στους κοινωνικούς και

οικογενειακούς ρόλους λόγω της επιβολής του ρολού του ασθενούς. Επιδρά αρνητικά στην κοινωνική οικονομική οικογενειακή και κυρίως ψυχολογική τους ευμάρεια και ευδαιμονία. Η αλλοιωμένη εικόνα του σώματος που επιφέρει η νόσος στην εμφάνιση των ασθενών ασκεί αρνητική επίδραση σε κοινωνικό, ψυχολογικό, μεταβολικό και λειτουργικό επίπεδο (Czyzewski et al., 2014; Zazzeroni et al., 2017).

Η περιορισμένη αυτοφροντίδα, οι φυσικές και σωματικές στερήσεις, ο έντονος σωματικός πόνος, η κόπωση η περιορισμένη κοινωνική και οικογενειακή ζωή και γενικότερα η χαμηλή αυτοεκτίμηση αποτελούν τις κύριες ενδείξεις μειωμένης σωματικής ποιότητας. Η συχνή ψυχολογική φόρτιση, το αίσθημα του κοινωνικού αποκλεισμού λόγω συναισθηματικών δυσχερειών και η μη σωστή εκτίμηση της αξιολόγησης της ψυχικής υγείας αποτελούν βασικά χαρακτηριστικά της μειωμένης ψυχικής ποιότητας. Η αλληλένδετη σχέση που συνδέει τη μειωμένη σωματική και τη μειωμένη ψυχολογική ποιότητα οδηγεί τους ασθενείς σε κατάθλιψη (Kraus et al., 2016).

2.4 Τα στάδια προσαρμογής των ασθενών σε εξωνεφρική κάθαρση

Σημαντικό ρόλο στην προσαρμογή των ασθενών στην αιμοκάθαρση παίζει η γνώση για την πορεία της ασθένειάς τους από την πρώτη στιγμή της εμφάνισής της. Όταν η νόσος εξελίσσεται σταδιακά, οι ασθενείς έχουν το χρονικό περιθώριο, για να ωριμάσει η ιδέα της εξωνεφρικής κάθαρσης και ίσως να αποτελεί και ανακούφιση από τη συμπτωματολογία της νόσου. Σε αντίθετη περίπτωση οι ασθενείς που αγνοούν τις ιατρικές οδηγίες και καθυστερούν την έναρξη της αιμοκάθαρσης εντάσσονται στη θεραπεία επειγόντως, με αποτέλεσμα να βιώνουν αίσθημα απελπισίας, κατάθλιψη και να βρίσκονται σε κατάσταση σοκ.

- Ο «μήνας του μέλιτος», όπως ονομάζεται η πρώτη περίοδος στην αιμοκάθαρση μπορεί να έχει διάρκεια από μερικές βδομάδες και περισσότερους από έξι μήνες. Οι ασθενείς εμφανίζουν σωματική και ψυχική βελτίωση, ελπίζουν και εμπιστεύονται την θεραπεία και την ιατρονοσηλευτική ομάδα βιώνουν έτσι το αίσθημα του άγχους και της κατάθλιψης σε μικρότερη ένταση.
- Η απογοήτευση και η αποθάρρυνση χαρακτηρίζουν τη δεύτερη περίοδο της αιμοκάθαρσης που διαρκεί από τρεις έως δώδεκα μήνες. Οι ασθενείς επιστρέφουν στην καθημερινότητα και καταβάλλουν κάθε δυνατή προσπάθεια

για προσαρμογή στους εργασιακούς, οικογενειακούς και κοινωνικούς περιορισμούς. Ενδέχεται να εμφανίζουν αρνητικά συναισθήματα όπως λύπη και ανικανότητα.

- Η μακροχρόνια προσαρμογή είναι η τρίτη περίοδος στην οποία οι ασθενείς έχουν αποδεχτεί κάθε τύπου περιορισμούς της αιμοκάθαρσης, καθώς και τα προβλήματα που προκύπτουν από τις επιπλοκές της. Έχουν εναλλαγή συναισθημάτων τα οποία εναλλάσσονται από τη φάση της κατάθλιψης ως και τη φάση της ικανοποίησης.

Οι περίοδοι αυτοί αποτελούν μια γενική εικόνα η οποία δεν είναι ίδια σε όλους τους ασθενείς σε διάρκεια ούτε σε αλληλουχία, αλλά και η μετάβαση διαφέρει και από ασθενή σε ασθενή (Πλώτα, 2016 σελ. 16-40).

2.5 Ανασκόπηση της Ποιότητας Ζωής των αιμοκαθαρόμενων ασθενών σε διεθνή και εθνικό επίπεδο

Έχει αναφερθεί στο πρώτο κεφάλαιο ότι η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία είναι σημαντικά χαμηλότερη για τα άτομα με χρόνια νεφρική νόσο από ότι για το γενικό πληθυσμό και ελαττώνεται καθώς το GFR μειώνεται. Οι παρεμβάσεις που στοχεύουν σε συγκεκριμένα συμπτώματα κάνουν θετική διαφορά στα άτομα που ζουν με χρόνια νεφρική νόσο. Η ανισότητα στην πρόσβαση σε υπηρεσίες για αυτήν την ασθένεια επηρεάζει δυσανάλογα τους μειονεκτούντες πληθυσμούς. Η παροχή υπηρεσιών υγείας για την παροχή κινήτρων για έγκαιρη παρέμβαση σε σχέση με την παροχή φροντίδας μόνο για προχωρημένη χρόνια νεφρική νόσο εξακολουθεί να εξελίσσεται σε πολλές χώρες (Atkins,2005;Webster et al, 2017).

Σε έρευνα που διεξήχθη οι Pagels et al., το (2012), σχετικά με τις διαστάσεις της ποιότητας ζωής που σχετίζονται με την υγεία για τους ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο βρέθηκε πως όλες οι διαστάσεις επιδεινώθηκαν σημαντικά με το τελευταίο στάδιο της αιμοκάθαρσης να λαμβάνει τις χαμηλότερες βαθμολογίες. Πιο συγκεκριμένα οι μεγαλύτερες διαφορές παρατηρήθηκαν στις διαστάσεις «σωματική λειτουργία», «ζωντάνια-ενεργητικότητα », «πνευματική υγεία» και «γενική υγεία».

Παρά το γεγονός πως στα αρχικά στάδια της νόσου οι επιπτώσεις στη γενικότερη ποιότητα ζωής των ασθενών περιορίζονται σε ενοχλήσεις, από το τέταρτο στάδιο της νόσου και μετά οι ασθενείς αντιλαμβάνονται μια αυξανόμενη ποσότητα συμπτωμάτων που μπορεί να επηρεάσουν βαθύτατα την καθημερινότητά τους (Pagels et al., 2012). Κόπωση, μυϊκή αδυναμία, κράμπες, κνησμός, ναυτία και απώλεια όρεξης αναφέρονται ως συχνά συμπτώματα. Η ήδη χαμηλή ποιότητα ζωής υποβαθμίζεται περαιτέρω στους ασθενείς που υποβάλλονται σε θεραπεία αιμοκάθαρσης. Καταστάσεις όπως υποσιτισμός, αναιμία, γνωστική δυσλειτουργία, διαταραχές του ύπνου, κατάθλιψη, μειωμένη κοινωνική αλληλεπίδραση, σωματική και σεξουαλική δυσλειτουργία και συννοσηρότητες όπως ο διαβήτης και οι καρδιαγγειακές παθήσεις, επηρεάζουν τους αιμοκαθαρόμενους ασθενείς (Finkelstein & Finkelstein, 2000; Collins et al., 2009; Pagels et al., 2012).

Επίσης ο τύπος της αιμοκάθαρσης φαίνεται να παίζει σημαντικό ρόλο στην ποιότητα ζωής των ασθενών. Η μελέτη που διεξήγαγε η Theofilou το (2011) διερεύνησε τις διαφορές σε 84 ασθενείς σε κέντρα αιμοδιάλυσης (HD) και σε 60 ασθενείς συνεχούς περιτοναϊκής αιμοκάθαρσης (CAPD / PD). Τα αποτελέσματα έδειξαν πως υπάρχουν διαφορές μεταξύ των δύο τύπων θεραπείας, υποδεικνύοντας ότι οι ασθενείς σε κέντρα αιμοδιάλυσης έχουν φτωχότερη ποιότητα ζωής σε διάφορες πτυχές του περιβάλλοντος και των κοινωνικών τους σχέσεων και οι δύο ομάδες ανέφεραν αυξημένη κατάθλιψη. Ωστόσο, οι ασθενείς σε κέντρα αιμοδιάλυσης ανέφεραν περισσότερες αυτοκτονικές σκέψεις και προβλήματα ύπνου σε σύγκριση με τους ασθενείς συνεχούς περιτοναϊκής αιμοκάθαρσης (Theofilou, 2011).

Το 2017 σε μια προοπτικής τυχαιοποιημένη μελέτη των Jardine et al, διάρκειας 12 μηνών μελετήθηκε ο ρόλος της αύξησης των ωρών αιμοκάθαρσης σε εβδομαδιαία βάση στην ποιότητα ζωής των ασθενών με ΧΝΝ. Το δείγμα αποτέλεσαν 200 ενήλικες ασθενείς οι οποίοι επιλέχθηκαν τυχαία και διαχωρίστηκαν σε 2 ομάδες. Στην πρώτη ομάδα οι ασθενείς υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση τις τυπικές εβδομαδιαίες ώρες, από 12-15, και με μέγιστο όριο τις 18, και στη δεύτερη ομάδα το σύνολό των ωρών που έκαναν αιμοκάθαρση σε εβδομαδιαία βάση ήταν πάνω από 24 ώρες για χρονική διάρκεια 12 μηνών. Το βασικό εργαλείο μέτρησης που χρησιμοποιήθηκε ήταν το EQ-5D. Από τα αποτελέσματα διαπιστώθηκε ότι οι ασθενείς που έκαναν περισσότερες ώρες αιμοκάθαρσης δεν εμφάνισαν σημαντικές αλλαγές στην ποιότητα ζωής τους,

άλλα βελτίωσαν σημαντικά τις εργαστηριακές τους εξετάσεις. Διαπιστώθηκαν χαμηλότερα επίπεδα καλίου και φωσφόρου και μειώθηκε η χορήγηση των φαρμάκων. Διαπιστώθηκαν όμως και αρνητικές συνέπειες σε μια υποομάδα 95 ασθενών που παρουσίασαν προβλήματα αγγειακής προσπέλασης, αλλά και απώλεια της ίδιας τους της ζωής(Jardine et al., 2017).

Οι Hajjiaκ-Tilaki et al., επίσης το (2017) δημοσιοποίησαν τα αποτελέσματα μιας μελέτης στην οποία έγινε αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των ασθενών με ΧΝΝ που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση και της ποιότητας ζωής μιας ομάδας υγιών ατόμων. Την ομάδα των αιμοκαθαρόμενων αποτέλεσαν 154 ασθενείς υπό αιμοκάθαρση του νοσοκομείου Shadid Beheshti στο Βόρειο Ιράν και τη δεύτερη ομάδα 308 άτομα με καλή υγεία. Η συλλογή δεδομένων έγινε μέσω συνεντεύξεως με το ερωτηματολόγιο SF-36 με κλίμακα από το 0-100.Από τα αποτελέσματα διαπιστώθηκε ότι η ποιότητα ζωής των ασθενών υπό αιμοκάθαρση ήταν αρκετά χαμηλή σε σχέση με την ομάδα των υγείων και στα δύο φύλλα. Στο επίπεδο επίσης της μόρφωσης στο φύλο, την ηλικία, και τα δημογραφικά χαρακτηρίστηκα οι ασθενείς σε αιμοκάθαρση παρουσίασαν πολύ χαμηλά ποσοστά ποιότητας. Συμπερασματικά διαφαίνεται ότι η αιμοκάθαρση και η ΧΝΝ επηρεάζει σημαντικά και σε αρνητικό βαθμό την ποιότητα των ασθενών που αιμοκαθαίρονται.

Το (2019) οι Albatineh & Ibrahimou συγκέντρωσαν 336 ασθενείς από 6 μονάδες αιμοκάθαρσης και με τη χρήση του SF -36 ερωτηματολογίου διερεύνησαν την ποιότητα και τους παράγοντες που επηρεάζουν τους ασθενείς που αιμοκαθαίρονται Από την εν λόγω έρευνα προέκυψε ότι το φύλο, η μόρφωση, το εργασιακό επίπεδο και το εισόδημα εμφανίζουν σημαντικές διαφορές μεταξύ των ασθενών. Πιο συγκεκριμένα οι άνδρες με εργασία εμφάνισαν αυξημένη ποιότητα ζωή, ενώ οι γυναίκες ασθενείς χωρίς εργασία παρουσιάζουν μειωμένη ποιότητα. Επίσης οι ασθενείς που εντάχθηκαν στην αιμοκάθαρση σε διάστημα εξαμήνου έως και ενός χρόνου και οι ασθενείς που δήλωσαν εισόδημα κάτω από 500 ευρώ εμφάνισαν μειωμένη ποιότητα. Συμπερασματικά φαίνεται ότι οι εργαζόμενοι ασθενείς έχουν περισσότερη ποιότητα ζωής έναντι των ασθενών με χαμηλό εισόδημα, των νεοεντασσομένων από(6-12 μήνες)και κυρίως των γυναικών χωρίς εργασία.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Μεθοδολογία -Σκοπός

Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η διερεύνηση της αντίληψης της ποιότητας ζωής και της ψυχολογικής επιβάρυνσης ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση

Ερευνητικά ερωτήματα

Ποιοι παράγοντες επηρεάζουν το επίπεδο υγείας των ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση.

Μέτρηση της σωματικής και κοινωνικής επιβάρυνσης.

Μέτρηση της ψυχολογικής επιβάρυνσης.

Είδος Μελέτης-Δείγμα-Μέθοδος δειγματοληψία

Η έρευνα που πραγματοποιήθηκε αποτελεί μια συγχρονική ποσοτική μελέτη με τη χρήση ερωτηματολογίου. Η δειγματοληπτική μέθοδος που εφαρμόστηκε ήταν η σκόπιμη δειγματοληψία. Επιλέχθηκε η συγκεκριμένη μέθοδος λόγω της ανάγκης διατήρησής της ομοιογένειας του δείγματος, ώστε οι περιπτώσεις που διερευνώνται να έχουν βιώσει μια συγκεκριμένη εμπειρία, καθώς έτσι επιτρέπει στον ερευνητή να επιβεβαιώσει ή απορρίψει τα ευρήματα της μελέτης. Τα κύρια χαρακτηριστικά αυτών των ασθενών ήταν:

- υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση και βρίσκονται σε νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου,
- έχουν πνευματική διαύγεια να κατανοήσουν τους σκοπούς και της ανάγκες της έρευνας, όπως για παράδειγμα η κατανόηση και συμπλήρωση του ερωτηματολογίου,
- όσοι επιθυμούσαν να συμμετέχουν κατόπιν ανάγνωσης και υπογραφής της έντυπης συγκατάθεσης.

Το τελικό δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 63 ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση στην ΜΧΑ Ιεράπετρας και του Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων».

Ερευνητικά Εργαλεία

Χρησιμοποιήθηκε ένα εξειδικευμένο εργαλείο μέτρησης που αφορά την ποιότητα ζωής των αιμοκαθαρόμενων ασθενών, μεταφρασμένο και επικαιροποιημένο στα Ελληνικά από τον Δρ. Παύλο Μαλινδρέτο, Επιμελητή ΕΣΥ στο Νεφρολογικό Τμήμα του Γενικού Αχιλλοπούλειου Νοσοκομείου Βόλου, ενώ είναι άμεσα διαθέσιμο από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και αφορά τους αιμοκαθαρόμενους ασθενείς και πως αυτοί εκλαμβάνουν την ποιότητα της ζωής τους. Σχεδιάστηκε αποκλειστικά για τους ασθενείς που υποβάλλονται σε περιοδική αιμοκάθαρση και είναι ελεύθερο προς χρήση από τους ερευνητές με σκοπό την βέλτιστη κατανόηση της ψυχο-κοινωνικο-σωματικής κατάστασης που βιώνουν και την συνεχή βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας (Moustakis et al., 2021).

Το ερωτηματολόγιο Kidney Disease and Quality of Life (KDQOL-SF™ – Σύντομο Ερωτηματολόγιο Για Την Ποιότητα Ζωής Ασθενών με Νεφρική Νόσο, έκδοση 2009), καθορίζει 19 συνιστώσες-υποκλίμακες (βλ. πίνακα 3) και μετά από μετασχηματισμό των κλιμάκων των κωδικοποιημένων απαντήσεων σε κλίμακα 0-100 (Finkelstein & Finkelstein, 2000; Jardine et al., 2000).

Η βαθμολογία προκύπτει ως μέση στάθμιση των ερωτήσεων που αποτελούν κάθε συνιστώσα. Η αξιοπιστία τους εκτιμήθηκε με το συντελεστή Cronbach με εξαίρεση τις συνιστώσες που αποτελούνται από 1 ερώτηση (βλ. πίνακα 3). Αυξημένη βαθμολογία (κοντά στο 100) υποδηλώνει λιγότερα συμπτώματα ή προβλήματα, καλύτερη λειτουργικότητα ή γενικά καλή ποιότητα ζωής (Malindretos et al., 2010).

Για την ολοκλήρωση της συλλογής των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ως δεύτερο εργαλείο η δομημένη και σταθμισμένη στα Ελληνικά κλίμακα HADS. Η οποία αποτελείται από 14 λήμματα, καθένα από τα οποία έχει 4 δυνητικές απαντήσεις. Έχει σχεδιαστεί για να εκτιμά το άγχος (HADS-A) και την κατάθλιψη (HADS-D) (7 λήμματα για κάθε κατάσταση, με διακύμανση βαθμολογίας 0 έως 21). Για τη χρήση της κλίμακας ζητήθηκε και παραχωρήθηκε εγγράφως η σχετική άδεια από τον κ. Μιχόπουλο, Επίκουρο καθηγητή Ψυχιατρικής, ΕΚΠΑ (Μιχόπουλος και συν., 2007).

Συλλογή δεδομένων

Η συλλογή των δεδομένων έγινε κατά τους μήνες Μάιο και Ιούνιο του 2021. Η επαφή του ερευνητή με τους συμμετέχοντες λάμβανε χώρα εντός της μονάδας τεχνητού νεφρού. Εξηγήθηκε στον εκάστοτε ασθενή ο σκοπός της έρευνας και αφού μελέτησε και κατανόησε το ειδικό έντυπο που συνόδευε το ερωτηματολόγιο, έδινε την

υπογεγραμμένη συναίνεση του για να συνεχιστεί η διαδικασία, εφόσον το επιθυμούσε. Για την διεξαγωγή της έρευνας χρειάστηκε να απαντηθούν 24 ερωτήσεις από τους ασθενείς, που αφορούσαν το ιστορικό και την ποιότητα ζωής τους και σε μια σειρά από ερωτήσεις που περιλάμβαναν δημογραφικά στοιχεία όπως ηλικία και φύλο, καθώς αυτές θα βοηθήσουν στη στατιστική ανάλυση που θα ακολούθησε. Οι συμμετέχοντες είχαν δικαίωμα να αρνηθούν να απαντήσουν σε οποιαδήποτε ερώτηση τους φέρνει σε δύσκολη θέση ή νομίζουν ότι δεν τους αφορά. Σε κανένα σημείο δεν απαιτήθηκαν προσωπικές πληροφορίες όπως για παράδειγμα το όνομα, και οι απαντήσεις είναι απόλυτα εμπιστευτικές και θα χρησιμοποιηθούν μόνο για τους σκοπούς της έρευνας. Η εξαγωγή των αποτελεσμάτων έγινε μέσω αρχείο excel όπου μαζί με τα έντυπα συγκατάθεσης των συμμετεχόντων είναι ασφαλείς και θα καταστραφούν μετά την παρουσίαση της παρούσας διπλωματικής .

Θέματα βιοηθικής

Όσον αφορά τη δεοντολογία της παρούσας μελέτης, εφαρμόστηκαν οι αρχές δεοντολογίας που ορίζονται από την αναφορά του Belmont (1976), για τα δικαιώματα των υποκειμένων μίας έρευνας. Αναλυτικότερα, ελήφθησαν υπόψη σε όλα τα στάδια της μελέτης, η αρχή του οφέλους και μη βλάβης, η αρχή του σεβασμού για την ανθρώπινη αξιοπρέπεια και η αρχή της δικαιοσύνης. Για την διεξαγωγή της μελέτης ζητήθηκε και δοθεί γραπτή έγκριση διεξαγωγής από τα Επιστημονικά Συμβούλια των κέντρων αιμοκάθαρσης (Αρ. Απόφασης Αρ. Πρωτ. Δ1-43). Ενημερωμένη συγκατάθεση ελήφθη από όλους τους συμμετέχοντες στη μελέτη.

Στατιστική ανάλυση

Στην ανάλυση των δεδομένων της έρευνας της παρούσας εργασίας έγινε χρήση του προγράμματος SPSS (IBM Corp. Released 2019, IBM SPSS Statistics for Windows, v.26.0, Armonk, NY: IBM Corp.). Υπολογίστηκαν κατανομές συχνοτήτων περιγραφικών και άλλων χαρακτηριστικών των 63 ασθενών της μελέτης που υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση. Η μορφή των κατανομών των βαθμολογιών των Κλίμακων HADS&KDQOL-SF™ ελέγχθηκε μέσω της μεθόδου κατά Blom (QQplot) ενώ υπολογίστηκαν οι συντελεστές αξιοπιστίας τους μέσω της μεθόδου Cronbach. Σχεδόν όλες οι συνιστώσες εντοπίστηκαν με έντονη ασυμμετρία με εξαίρεση στη Σωματική και Ψυχική Υγεία της Κλίμακας SF-36 όπου η σύγκριση μεταξύ τους έγινε μέσω της μεθόδου Studentt. Ακολούθησε συσχέτιση όλων των συνιστωσών της

ποιότητα ζωής και Άγχους/Κατάθλιψης με τα χαρακτηριστικά των ασθενών μέσω της μη παραμετρικής μεθόδου Spearman ενώ της Σωματικής και Ψυχικής υγείας με τα χαρακτηριστικά μέσω της μεθόδου του Pearson. Στη σύγκριση της βαθμολογίας τους, ως προς τα χαμηλά και υψηλά επίπεδα του άγχους & κατάθλιψης (HADS) χρησιμοποιήθηκε ωστόσο λόγω μικρών υποδειγμάτων η μη παραμετρική μέθοδος Mann-Whitney. Ως αποδεκτό επίπεδο σημαντικότητας ορίστηκε το 0,05.

Αποτελέσματα

Χαρακτηριστικά ασθενών

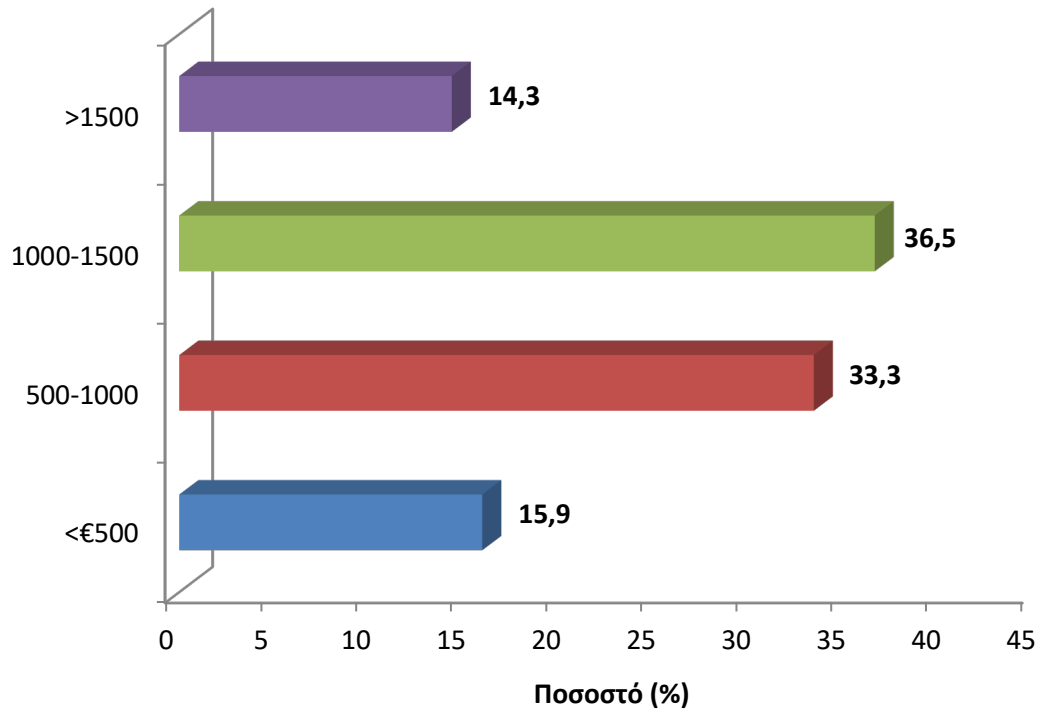
Από το σύνολο των 63 ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση και συμμετείχαν στη μελέτη (πίνακας 1), η πλειοψηφία τους (63,5%) ήταν άνδρες, η μέση ηλικία όλων βρέθηκε στα 66,7 χρόνια ($\pm 12,9$) ή το 61,9% να είναι 65-89 ετών. Έγγαμοι/ες ήταν το 60,3%, το 79,4% ανέφεραν ότι έχουν παιδιά, ενώ στην εκπαίδευσή τους το 6,3% δήλωσαν πανεπιστημιακής εκπαίδευσης με επιπλέον 6,3% με μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών. Το 95,2% ήταν ελληνικής καταγωγής και το 81,0% διέμενε σε αστική περιοχή.

Πίνακας 1. Περιγραφικά χαρακτηριστικά 63 ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση και συμμετείχαν στη μελέτη.

		v	%
Φύλο	<i>άνδρες</i>	40	63,5
	<i>γυναίκες</i>	23	36,5
Ηλικία, χρόνια	<i>μέση ηλικία (τ.α.)</i>	66,7 (12,9)	
	<i>22-64</i>	24	38,1
	<i>65-86</i>	39	61,9
Οικογενειακή κατάσταση	<i>Άγαμος/η, Διαζευγμένος/η, Χήρος/α</i>	25	39,7
	<i>Έγγαμος/η, Με σύντροφο</i>	38	60,3
Παιδιά	<i>ναι</i>	50	79,4
	<i>όχι</i>	13	20,6
Εκπαιδευτικό επίπεδο	<i>Δημοτικό</i>	23	36,5
	<i>Γυμνάσιο</i>	11	17,5
	<i>Λύκειο</i>	21	33,4
	<i>Πανεπιστήμιο, TEI</i>	4	6,3
	<i>MSc, PhD</i>	4	6,3
Εθνικότητα	<i>Ελληνική</i>	60	95,2
	<i>άλλη</i>	3	4,8
Περιοχή κατοικίας	<i>Αγροτική</i>	12	19,0
	<i>Αστική</i>	51	81,0

Στο εισόδημα τους (**σχήμα 1**), η πλειοψηφία τους ή το 50,8% ανέφεραν μηνιαίο εισόδημα για περισσότερο από 1000 ευρώ ενώ λιγότερο από 500 ανέφερε το 15,6%.

Σχήμα 1. Κατανομή συχνοτήτων στο μηνιαίο εισόδημα (ευρώ) των 63 ασθενών της μελέτης.



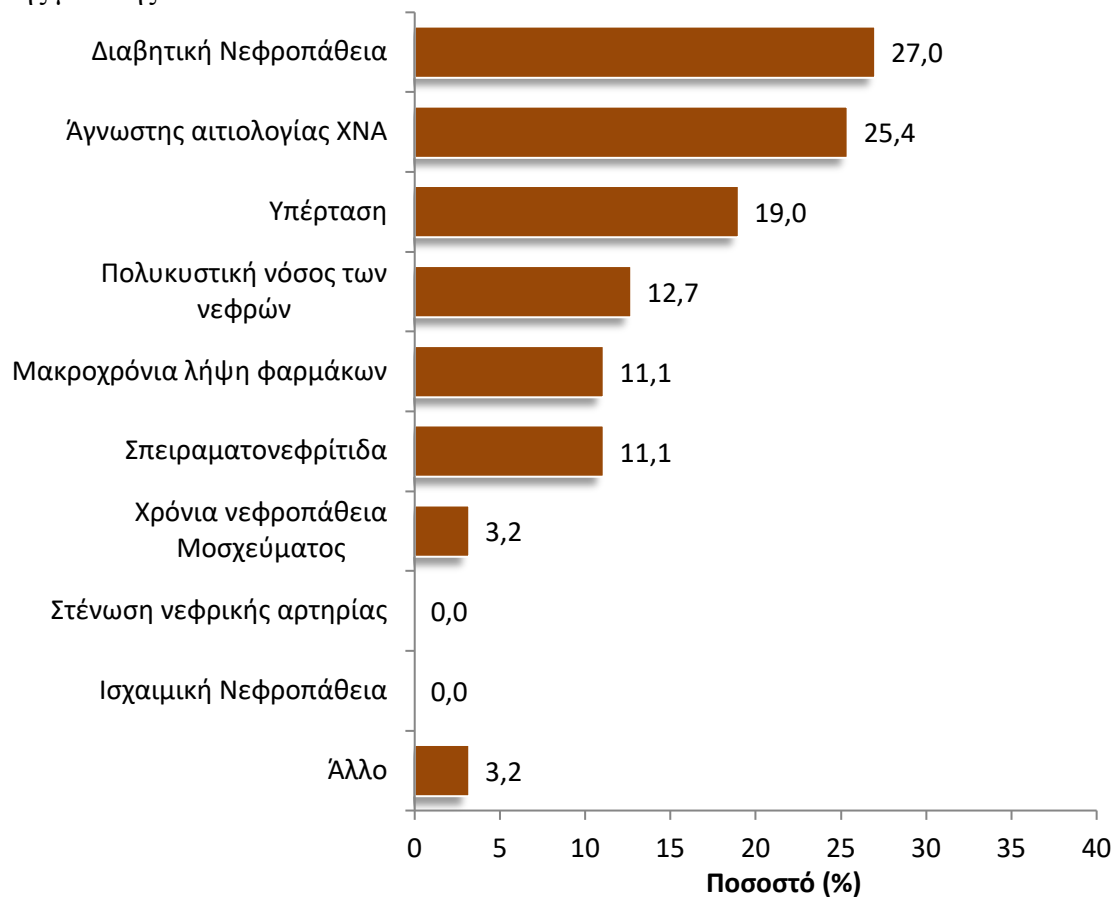
Στο διάστημα που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση (**πίνακας 2**), βρέθηκε μέσος χρόνος τα 4,7 χρόνια ($\pm 4,4$) ή 61,9 χρόνια ($\pm 14,6$) η μέση ηλικία έναρξης. Σχετικά με την πρόσβαση στο Κέντρο Αιμοκάθαρσης, ως *εύκολη* χαρακτηρίζεται από το 63,5% ενώ στον τρόπο μεταφοράς τους η πλειοψηφία ή το 52,4% ανέφερε ότι μεταφέρονται με *ΙΧ* (συγγενείς).

Πίνακας 2. Χαρακτηριστικά αιμοκάθαρσης των 63 ασθενών που συμμετείχαν στη μελέτη.

		v	%
Διάστημα αιμοκάθαρσης, χρόνια	<i>μέση τιμή (τ.α.) [ελαχ., μεγ.]</i>	4,7 (4,4)	[0,1, 21,0]
Ηλικία έναρξης, χρόνια	<i>μέση τιμή (τ.α.) [ελαχ., μεγ.]</i>	61,9 (14,6)	[22, 85]
Πώς θα χαρακτηρίζατε την πρόσβασή σας στο Κέντρο Αιμοκάθαρσης;	<i>εύκολη</i>	40	63,5
	<i>ούτε εύκολη, ούτε δύσκολη</i>	17	27,0
	<i>δύσκολη</i>	6	9,5
Με ποιον τρόπο φτάνετε στο Κέντρο Αιμοκάθαρσης;	<i>Ίδιος/α</i>	5	7,9
	<i>Ταξί</i>	10	15,9
	<i>ΙΧ (συγγενείς)</i>	33	52,4
	<i>Ασθενοφόρο</i>	12	19,0
	<i>ΜΜΜ</i>	1	1,6
	<i>άλλο</i>	2	3,2

Από την κατανομή συχνοτήτων των αιτιών για την εξωνεφρική κάθαρση των 63 ασθενών της μελέτης (**σχήμα2**), διαπιστώθηκαν πολλαπλές αιτίες και πιο συχνή τη *διαβητική νεφροπάθεια* που βρέθηκε σε συχνότητα 27,0%. Έπεται η *άγνωστης αιτιολογίας ΧΝΑ* με 25,4% ή η *υπέρταση* με 19,0%.

Σχήμα2. Κατανομή συχνοτήτων αιτιών για την εξωνεφρική κάθαρση των 63 ασθενών της μελέτης.



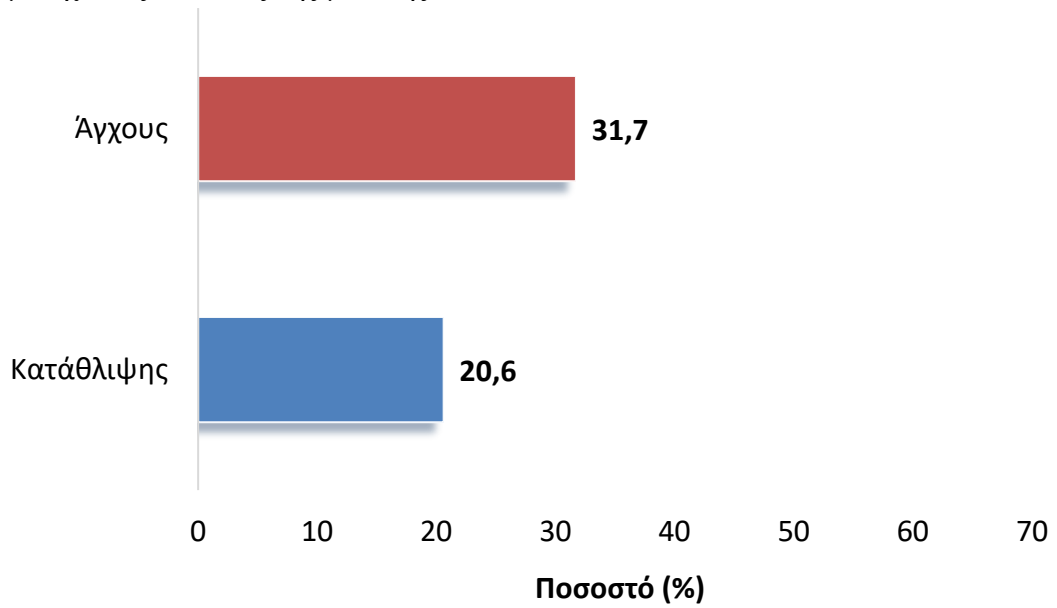
Άγχος & καταθλιπτική συμπτωματολογία ασθενών

Στον **πίνακα 3** παρουσιάζονται οι βαθμολογίες της Κλίμακας Άγχους & Κατάθλιψης (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) στους 63 συμμετέχοντες ασθενείς της μελέτης. Η μέση βαθμολογία του Άγχους των ασθενών διαπιστώνεται σε μέτρια προς χαμηλά επίπεδα ($7,7 \pm 5,6$) όπως της Κατάθλιψης ($7,1 \pm 4,7$) ή της συνολικής μέση βαθμολογίας Άγχους & Κατάθλιψης ($14,8 \pm 9,7$). Γενικά ωστόσο και στις δυο καταστάσεις, το 54,0% των ασθενών βρέθηκε με *φυσιολογικά* επίπεδα βαθμολογιών ή συμπτωμάτων. Η αξιοπιστία τους επίσης εκτιμώμενη μέσω του συντελεστή Cronbach, βρέθηκε μεταξύ 0,849 & 0,923 ή εξαιρετική (excellent). Μεταξύ ωστόσο των μέτριων/σοβαρών επιπέδων του Άγχους & της Κατάθλιψης (**σχήμα 3**), στο Άγχος διαπιστώνεται μη σημαντικά υψηλότερη συχνότητα ασθενών με μέτρια/σοβαρά (31,7%, 95%ΔΕ 20,6-44,4) έναντι εκείνων της Κατάθλιψης (20,6%, 95%ΔΕ 11,1-31,7).

Πίνακας 3. Επίπεδα βαθμολογίας Κλίμακας Άγχους & Κατάθλιψης (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) στους 63 συμμετέχοντες ασθενείς της μελέτης.

	Μέση τιμή	Τυπ. αποκλ.	Διάμεσος	Ελάχ.	Μέγ.	Cronbach A
HADS άγχους (αυξημένη κλίμακα ⇒ αυξημένη συμπτωματολογία)	7,7	5,6	6,0	0	19	0,892
<i>φυσιολογικά επίπεδα (<8)</i>	v=34 ή 54,0%					
<i>ήπια (8-10)</i>	v=9 ή 14,3%					
<i>μέτρια (11-14)</i>	v=12 ή 19,0%					
<i>σοβαρά (15-21)</i>	v=8 ή 12,7%					
HADS κατάθλιψης (αυξημένη κλίμακα ⇒ αυξημένη συμπτωματολογία)	7,1	4,7	7,0	0	21	0,849
<i>φυσιολογικά επίπεδα (<8)</i>	v=34 ή 54,0%					
<i>ήπια (8-10)</i>	v=16 ή 25,4%					
<i>μέτρια (11-14)</i>	v=9 ή 14,3%					
<i>σοβαρά (15-21)</i>	v=4 ή 6,3%					
HADS συνολικά (αυξημένη κλίμακα ⇒ αυξημένη συμπτωματολογία)	14,8	9,7	14,0	0	40	0,923

Σχήμα3. Συχνότητα παρουσίας μέτριων προς σοβαρών επιπέδων Άγχους & Κατάθλιψης (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) στους 63 συμμετέχοντες ασθενείς της μελέτης.



Ποιότητα ζωής ασθενών

Στον **πίνακα 4** παρουσιάζονται τα επίπεδα βαθμολογίας της Κλίμακας και υποκλιμάκων ή συνιστωσών του ερωτηματολογίου KDQOL-SF™ που προσδιορίζουν την ποιότητα ζωής των ασθενών της μελέτης. Καθώς η Κλίμακα αποδίδει πολλές συνιστώσες διαχωρισμένες είτε για την νεφρική νόσο είτε για την ποιότητα ζωής, η αξιοπιστία τους που εκτιμήθηκε μέσω του συντελεστή Cronbach, κυμαίνεται από 0,536 έως 0,947 (φτωχή έως εξαιρετική, poor-to-excellent). Οι μέσες βαθμολογίες τους κυμαίνονται επίσης σε υψηλά ή μέτρια και χαμηλά επίπεδα όπως συνεκτιμάται και από το **σχήμα 4** που δίνονται σε ιεραρχική διάταξη. Η *Συνολική Υγεία* βρίσκεται σε μέτρια

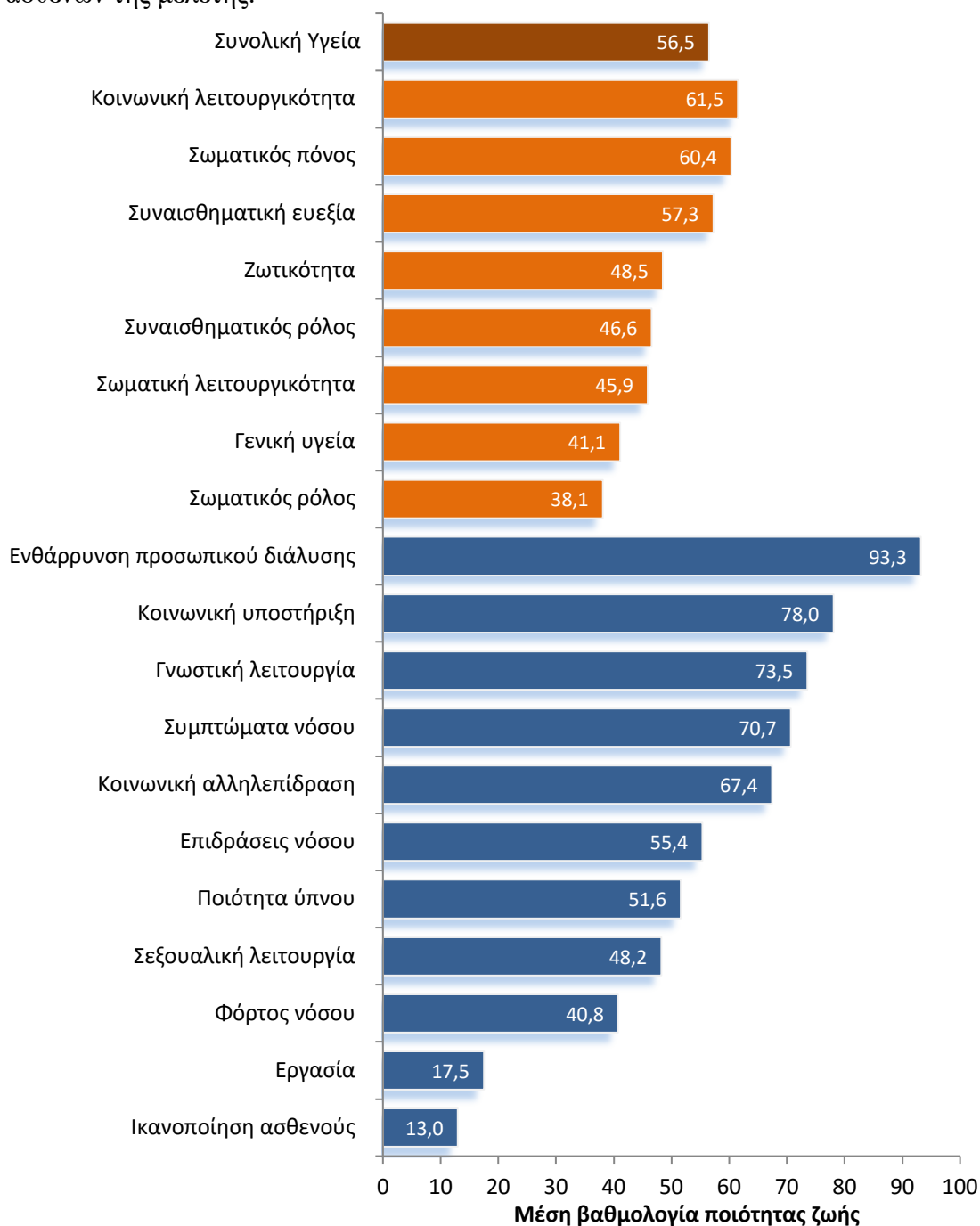
Πίνακας 4. Επίπεδα βαθμολογίας Κλίμακας και υποκλιμάκων ή συνιστωσών του ερωτηματολογίου KDQOL-SF™ που προσδιορίζουν την ποιότητα ζωής των 63 ασθενών της μελέτης.

<i>Συνιστώσες Ποιότητας Ζωής</i>	Μέση τιμή	Τυπ. αποκλ.	% floor	% ceiling	Cronbach α
<i>Kidney disease-targeted scales</i>					
Συμπτώματα νόσου	70,7	20,7	-	4,8	0,793
Επιδράσεις νόσου	55,4	23,3	-	1,6	0,847
Φόρτος νόσου	40,8	25,7	6,3	4,8	0,683
Εργασία	17,5	27,2	68,3	3,2	0,539
Γνωστική λειτουργία	73,5	26,7	-	27,0	0,897
Κοινωνική αλληλεπίδραση	67,4	21,3	-	7,9	0,558
Σεξουαλική λειτουργία	48,2	35,1	22,2	17,5	0,920
Ποιότητα ύπνου	51,6	21,5	1,6	-	0,774
Κοινωνική υποστήριξη	78,0	30,9	6,3	54,0	0,861
Ενθάρρυνση προσωπικού διάλυσης	93,3	13,6	-	74,6	0,851
Ικανοποίηση ασθενούς	13,0	21,9	60,3	3,2	-
<i>36-Item Health Survey scales</i>					
Σωματική λειτουργικότητα	45,9	33,9	14,3	3,2	0,947
Σωματικός ρόλος	38,1	43,7	46,0	28,6	0,919
Σωματικός πόνος	60,4	32,6	4,8	22,2	0,918
Γενική υγεία	41,1	21,1	-	-	0,692
Συναισθηματική ευεξία	57,3	17,7	-	1,6	0,585
Συναισθηματικός ρόλος	46,6	47,3	46,0	41,3	0,938
Κοινωνική λειτουργικότητα	61,5	29,2	3,2	20,6	0,684
Ζωτικότητα	48,5	17,1	-	-	0,536
Συνολική Υγεία (overall health rating)	56,5	22,0	-	9,5	-

Αυξημένη κλίμακα ⇒ απουσία συμπτώματος ή καλύτερη ποιότητα ζωής

επίπεδα (56,5) ενώ από τις υπόλοιπες συνιστώσες της ποιότητας ζωής τους, με υψηλότερη βαθμολογία και συνεπώς καλύτερη ποιότητα βρέθηκε η *Κοινωνική Λειτουργικότητα* (61,5) και χαμηλότερη ο *Σωματικός Ρόλος* (38,1). Στις συνιστώσες για τη νεφρική νόσο, με υψηλότερη βαθμολογία ή καλύτερη ποιότητα βρέθηκε η *Ενθάρρυνση προσωπικού διάλυσης* (93,3) και χαμηλότερη η *Ικανοποίηση Ασθενούς* (13,0).

Σχήμα4. Ιεραρχική κατανομή μέσω βαθμολογιών των υποκλιμάκων ή συνιστωσών του ερωτηματολογίου KDQOL-SF™ που προσδιορίζουν την ποιότητα ζωής των 63 ασθενών της μελέτης.



Σημειώνεται ακόμη σχετικά με τον πίνακα 4, ότι δίνονται οι συχνότητες των ασθενών στη ελάχιστη και μέγιστη βαθμολογία της ποιότητας ζωής (0 και 100, αντίστοιχα ως floor / ceiling). Υψηλό ποσοστό ασθενών παρατηρείται με βαθμολογία μηδενική εκτός της *Ικανοποίησης Ασθενούς*, στην *Εργασία* (68,3%) ή στον Σωματικό & Συναισθηματικό ρόλο (46,0%).

Μέσα από την Κλίμακα KDQOL-SF™ εκτιμάται και η Κλίμακα Ποιότητας Ζωής SF-12, με τις δυο βασικές συνιστώσες της, τη Σωματική και Ψυχική Υγεία (**πίνακα 5**). Η μέση βαθμολογία της Σωματικής όσο και της Ψυχικής Υγείας βρέθηκαν σε χαμηλά προς μέτρια επίπεδα ή 37,6 ($\pm 10,5$) & 44,0 ($\pm 11,7$) αντίστοιχα, με πιθανά όρια 0 έως 100 όπου υψηλότερη καταδεικνύει καλύτερη ποιότητα ζωής. Η Ψυχική υγεία βρέθηκε με σημαντικά υψηλότερα μέσα επίπεδα βαθμολογίας από τη Σωματική ($p=0,002$) ενώ η αξιοπιστία τους εκτιμώμενη μέσω του συντελεστή Cronbach εκτιμήθηκε σε 0,763 & 0,839 (εξαιρετική).

Πίνακας 5. Βαθμολογία συνιστωσών της Κλίμακας Ποιότητας Ζωής SF-12 στους 63 συμμετέχοντες ασθενείς της μελέτης (εκτιμώμενες από το KDQOL-SF™).

Ποιότητα Ζωής SF-12	Μέση τιμή	Τυπ. αποκλ.	Διάμεσος	Ελάχ.	Μέγ.	Cronbach A
Σωματική Υγεία (<i>Physical Composite</i>)	37,6	10,5	37,2	16,6	59,9	0,839
Ψυχική Υγεία (<i>Mental Composite</i>)	44,0	11,7	43,2	21,6	65,3	0,763

Υψηλότερη βαθμολογία ($\rightarrow 100$) καθορίζει υψηλότερη ποιότητα ζωής.
Έλεγχος Studentt μεταξύ των υποκλιμάκων, $p=0,002$.

Χαρακτηριστικά, Ποιότητα ζωής, Άγχος & Κατάθλιψη

Στον (πίνακα 6) παρουσιάζονται οι μόνο μεταβλητές συσχετίσεις των βαθμολογιών μεταξύ των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου KDQOL-SF™ που προσδιορίζουν την ποιότητα ζωής και της Κλίμακας Άγχους & Κατάθλιψης (HADS). Τόσο η υποκλίμακα Άγχους όσο της Κατάθλιψης και η Συνολική, σχετίζονται σημαντικά με χαμηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής στο σύνολο σχεδόν των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου KDQOL-SF™. Μεταξύ άλλων, με υψηλότερες συσχετίσεις βρέθηκε το αυξημένο Άγχος με τη χαμηλότερη Γνωστική Λειτουργία ($\rho=-0,699$, $p<0,05$), ή με τα περισσότερα Συμπτώματα Νόσου ($\rho=-0,690$, $p<0,05$), η αυξημένη Καταθλιπτική συμπτωματολογία με τη χαμηλότερη Συνολική Υγεία ($\rho=-0,791$, $p<0,05$) ή τη χαμηλότερη Ζωτικότητα ($\rho=-0,738$, $p<0,05$). Επίσης η Συνολική Κλίμακα Άγχους & Κατάθλιψης σχετίζεται με τη χαμηλότερη Γνωστική Λειτουργία ($\rho=-0,753$, $p<0,05$) ή με τη χαμηλότερη Συνολική Υγεία ($\rho=-0,741$, $p<0,05$).

Πίνακας 6. Συντελεστές συσχέτισης των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου KDQOL-SF™ που προσδιορίζουν την ποιότητα ζωής και της Κλίμακας Άγχους & Κατάθλιψης (HADS) των ασθενών της μελέτης.

	HADS άγχους ^α	HADS κατάθλιψης	HADS συνολικά
	rho-Spearman		
Συμπτώματα νόσου ^β	-0,690*	-0,683*	-0,729*
Επιδράσεις νόσου	-0,557*	-0,608*	-0,599*
Φόρτος νόσου	-0,366*	-0,493*	-0,435*
Εργασία	-0,165	-0,159	-0,166
Γνωστική λειτουργία	-0,699*	-0,714*	-0,753*
Κοινωνική αλληλεπίδραση	-0,471*	-0,602*	-0,568*
Σεξουαλική λειτουργία	-0,429*	-0,561*	-0,512*
Ποιότητα ύπνου	-0,658*	-0,629*	-0,696*
Κοινωνική υποστήριξη	-0,287*	-0,445*	-0,357*
Ενθάρρυνση προσωπικού διάλυσης	0,112	0,142	0,128
Ικανοποίηση ασθενούς	0,307*	0,156	0,266*
Σωματική λειτουργικότητα	-0,448*	-0,635*	-0,552*
Σωματικός ρόλος	-0,492*	-0,408*	-0,470*
Σωματικός πόνος	-0,563*	-0,542*	-0,581*
Γενική υγεία	-0,456*	-0,585*	-0,545*
Συναισθηματική ευεξία	-0,655*	-0,578*	-0,668*
Συναισθηματικός ρόλος	-0,428*	-0,353*	-0,407*
Κοινωνική λειτουργικότητα	-0,477*	-0,521*	-0,540*

Ζωτικότητα	-0,572*	-0,738*	-0,683*
Συνολική Υγεία	-0,637*	-0,791*	-0,741*

^α Αυξημένη κλίμακα ⇒ αυξημένη συμπτωματολογία. ^β Αυξημένη κλίμακα ⇒ απουσία συμπτώματος ή καλύτερη ποιότητα ζωής. * p<0,05

Στον (πίνακα 7) παρουσιάζονται οι συσχετίσεις των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου KDQOL-SFTM που προσδιορίζουν την ποιότητα ζωής και της Κλίμακας Άγχους & Κατάθλιψης (HADS), ως προς τα βασικά χαρακτηριστικά των ασθενών. Μεταξύ άλλων, οι μεγαλύτεροι σε ηλικία ασθενείς σχετίζονται με χαμηλότερα επίπεδα Σεξουαλικής Λειτουργίας ($\rho=-0,270$, $p<0,05$) οι έχοντες παιδιά με υψηλότερα επίπεδα Γενικής Υγείας ($\rho=-0,249$, $p<0,05$). Το αυξημένο εκπαιδευτικό επίπεδο σχετίζεται με χαμηλότερα επίπεδα Καταθλιπτικής συμπτωματολογίας ($\rho=-0,314$, $p<0,05$) και καλύτερα επίπεδα ποιότητας ζωής στα Συμπτώματα Νόσου ($\rho=0,384$, $p<0,05$), Επιδράσεων Νόσου ($\rho=0,435$, $p<0,05$), Σωματικής Λειτουργικότητας ($\rho=0,518$, $p<0,05$), Ζωτικότητας ($\rho=0,364$, $p<0,05$) ή Συνολικής Υγείας ($\rho=0,380$, $p<0,05$). Ανάλογα, οι διαμένοντες σε αστική περιοχή έχουν καλύτερα επίπεδα ποιότητας ζωής στα Συμπτώματα Νόσου ($\rho=0,256$, $p<0,05$), Σωματικού Ρόλου ($\rho=0,343$, $p<0,05$) ή Συναισθηματικού Ρόλου ($\rho=0,411$, $p<0,05$). Το αυξημένο εισόδημα επίσης σχετίζεται με χαμηλότερα επίπεδα Καταθλιπτικής συμπτωματολογίας ($\rho=-0,266$, $p<0,05$) και καλύτερα επίπεδα ποιότητας ζωής στη Φόρτου Νόσου ($\rho=0,266$, $p<0,05$), Γενικής Υγείας ($\rho=0,353$, $p<0,05$) ή Συνολικής Υγείας ($\rho=0,392$, $p<0,05$).

Πίνακας 7. Συντελεστές συσχέτισης των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου KDQOL-SFTM που προσδιορίζουν την ποιότητα ζωής και της Κλίμακας Άγχους & Κατάθλιψης (HADS) των ασθενών της μελέτης, ως προς τα βασικά τους χαρακτηριστικά.

	Φύλο (1: άνδρες, 2: γυναίκες)	Ηλικία (χρόνια)	Οικογενειακή κατάσταση (1: Άγαμος/η, Διαζευγμένος/η, Χήρος/α, (1: ναι, 2: όχι) 2: Έγγαμος/η, Με σύντροφο)	Παιδιά	Εκπαίδευση (1: δημοτικό, 2: γυμνάσιο, 3: λύκειο, 4: ΑΕΙ, ΤΕΙ, 5: MSc, PhD)	Περιοχή κατοικίας (1: Αγροτική, 2: Αστική)	Μηνιαίο εισόδημα (1: <500€, 2: 500-1000, 3: 1000-1500, 4: >1500)
	rho-Spearman						
HADS άγχους	0,227	0,128	-0,121	0,222	-0,226	-0,207	-0,148
HADS κατάθλιψης	0,075	0,170	-0,009	0,186	-0,314*	-0,165	-0,266*
HADS συνολικά	0,169	0,155	-0,088	0,238	-0,275*	-0,197	-0,200
Συμπτώματα νόσου	-0,212	-0,120	-0,027	-0,095	0,384*	0,256*	0,165
Επιδράσεις νόσου	-0,160	-0,099	-0,196	-0,199	0,435*	0,244	0,216
Φόρτος νόσου	-0,023	-0,216	-0,227	-0,035	0,314*	0,322*	0,266*
Εργασία	-0,083	-0,171	-0,143	-0,102	0,233	0,078	0,158
Γνωστική	-0,040	-0,202	-0,032	-0,244	0,163	0,269*	0,175

λειτουργία							
Κοινωνική αλληλεπίδραση	0,106	0,000	-0,148	-0,153	0,137	0,243	0,061
Σεξουαλική λειτουργία	0,085	-0,270*	-0,114	-0,052	0,333*	0,178	-0,046
Ποιότητα ύπνου	-0,108	-0,233	-0,090	-0,025	0,249*	0,138	0,153
Κοινωνική υποστήριξη	0,078	0,229	0,044	-0,191	0,047	0,041	0,050
Ενθάρρυνση προσωπικού διάλυσης	0,132	0,225	0,046	0,128	-0,156	-0,016	0,019
Ικανοποίηση ασθενούς	-0,021	-0,041	0,060	-0,102	-0,098	-0,206	0,129
Σωματική λειτουργικότητα	-0,044	-0,524*	0,007	0,013	0,518*	0,171	0,212
Σωματικός ρόλος	-0,199	-0,185	-0,073	-0,120	0,364*	0,343*	-0,014
Σωματικός πόνος	-0,200	-0,255*	0,005	-0,212	0,346*	0,249*	0,202
Γενική υγεία	-0,159	0,040	0,040	-0,249*	0,355*	0,164	0,353*
Συναισθηματική ευεξία	-0,109	-0,131	-0,129	-0,094	0,208	0,319*	0,213
Συναισθηματικός ρόλος	-0,214	-0,280*	-0,112	0,021	0,361*	0,411*	0,048
Κοινωνική λειτουργικότητα	-0,144	-0,042	-0,137	-0,172	0,217	0,134	0,072
Ζωτικότητα	-0,141	-0,180	-0,091	-0,221	0,364*	0,130	0,220
Συνολική Υγεία	-0,038	-0,238	0,037	-0,078	0,380*	0,048	0,392*

* p-value<0,05

Στον (πίνακα 8) και σε συνέχεια των συσχετίσεων, παρουσιάζονται οι συσχετίσεις των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου KDQOL-SF™ που προσδιορίζουν την ποιότητα ζωής και της Κλίμακας Άγχους & Κατάθλιψης (HADS), ως προς τα χαρακτηριστικά της νόσου και της νοσηλείας των ασθενών. Τα περισσότερα χρόνια αιμοκάθαρσης σχετίζονται με χαμηλότερα επίπεδα Άγχους ($\rho=-0,269$, $p<0,05$) και καλύτερα επίπεδα Ποιότητας Ύπνου ($\rho=0,287$, $p<0,05$). Η μεγαλύτερη ηλικία έναρξης αιμοκάθαρσης σχετίζεται αντίθετα με χειρότερα επίπεδα Ποιότητας Ύπνου ($\rho=-0,255$, $p<0,05$), Σωματικής Λειτουργικότητας ($\rho=-0,407$, $p<0,05$) ή Συναισθηματικού Ρόλου ($\rho=-0,276$, $p<0,05$). Τέλος, η ευκολία πρόσβασης στο Κέντρο αιμοκάθαρσης σχετίζεται με χαμηλότερα επίπεδα Κοινωνικής υποστήριξης ($\rho=0,265$, $p<0,05$).

Πίνακας 8. Συντελεστές συσχέτισης των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου KDQOL-SF™ που προσδιορίζουν την ποιότητα ζωής και της Κλίμακας Άγχους & Κατάθλιψης (HADS) των ασθενών της μελέτης, ως προς τα χαρακτηριστικά της νόσου και της νοσηλείας τους.

<i>Συνιστώσες Ποιότητας Ζωής, Άγχους & Κατάθλιψης</i>	Χρόνια αιμοκάθαρσης	Ηλικία έναρξης αιμοκάθαρσης (χρόνια)	Πρόσβαση στο Κέντρο (1: εύκολη, 2: ούτε εύκολη, ούτε δύσκολη, 3: δύσκολη)
	rho-Spearman		
HADS άγχους	-0,269*	0,132	0,064
HADS κατάθλιψης	-0,152	0,149	0,023
HADS συνολικά	-0,244	0,151	0,073
Συμπτώματα νόσου	0,037	-0,081	-0,069
Επιδράσεις νόσου	-0,009	-0,076	0,034
Φόρτος νόσου	-0,011	-0,155	-0,050
Εργασία	-0,011	-0,129	0,109
Γνωστική λειτουργία	0,132	-0,195	-0,061
Κοινωνική αλληλεπίδραση	0,130	-0,024	-0,242
Σεξουαλική λειτουργία	0,021	-0,225	0,160
Ποιότητα ύπνου	0,287*	-0,255*	-0,095
Κοινωνική υποστήριξη	0,076	0,191	0,265*
Ενθάρρυνση προσωπικού διάλυσης	-0,149	0,211	-0,122
Ικανοποίηση ασθενούς	-0,143	-0,013	0,019
Σωματική λειτουργικότητα	-0,077	-0,407*	0,063
Σωματικός ρόλος	-0,012	-0,136	-0,131
Σωματικός πόνος	0,002	-0,165	-0,112
Γενική υγεία	-0,150	0,120	-0,139
Συναισθηματική ευεξία	0,133	-0,109	-0,173
Συναισθηματικός ρόλος	0,121	-0,276*	-0,090
Κοινωνική λειτουργικότητα	-0,058	0,003	-0,076
Ζωτικότητα	-0,039	-0,096	-0,039
Συνολική Υγεία	0,180	-0,212	-0,038

* p-value<0,05

Από τις κύριες συνιστώσες της Κλίμακας Ποιότητας Ζωής SF-12, εκτιμώμενες από το KDQOL-SF™ (πίνακας 9) προκύπτει ότι καλύτερα επίπεδα Σωματικής Υγείας σχετίζονται με μικρότερες ηλικίες των ασθενών ($\rho = -0,377$, $p < 0,05$), με υψηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο ($\rho = 0,475$, $p < 0,05$), με μικρότερες ηλικίες έναρξης αιμοκάθαρσης ($\rho = -0,267$, $p < 0,05$) ή χαμηλότερα επίπεδα Καταθλιπτικής συμπτωματολογίας ($\rho = -0,377$, $p < 0,05$). Τα καλύτερα επίπεδα Ψυχικής Υγείας σχετίζονται επίσης με υψηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο ($\rho = 0,357$, $p < 0,05$), με τη διαμονή των ασθενών σε αστικές περιοχές ($\rho = 0,348$, $p < 0,05$) ή με υψηλότερο μηνιαίο εισόδημα ($\rho = 0,257$, $p < 0,05$).

Πίνακας 9. Συσχέτιση χαρακτηριστικών και της Κλίμακας Άγχους & Κατάθλιψης (HADS) με τις βαθμολογίες της Κλίμακας Ποιότητας Ζωής SF-12 στους 63 συμμετέχοντες ασθενείς της μελέτης (εκτιμώμενες από το KDQOL-SF™).

	SF-12	
	Σωματική Υγεία (Physical Composite)	Ψυχική Υγεία (Mental Composite)
	r-Pearson	
Φύλο (1: άνδρες, 2: γυναίκες)	-0,082	-0,192
Ηλικία (χρόνια)	-0,377*	-0,123
Οικογενειακή κατάσταση (1: Άγαμος/η, Διαζευγμένος/η, Χήρος/α, 2: Έγγαμος/η, Με σύντροφο)	-0,017	-0,083
Παιδιά (1: ναι, 2: όχι)	-0,104	-0,074
Εκπαίδευση (1: δημοτικό, 2: γυμνάσιο, 3: λύκειο, 4: ΑΕΙ, ΤΕΙ, 5: MSc, PhD)	0,475*	0,357*
Περιοχή κατοικίας (1: Αγροτική, 2: Αστική)	0,176	0,348*
Εισόδημα (1: <500€, 2: 500-1000, 3: 1000-1500, 4: >1500)	0,211	0,257*
Χρόνια αιμοκάθαρσης	-0,233	0,044
Ηλικία έναρξης αιμοκάθαρσης (χρόνια)	-0,267*	-0,132
Πρόσβαση στο Κέντρο (1: εύκολη, 2: ούτε εύκολη, ούτε δύσκολη, 3: δύσκολη)	-0,091	-0,098
HADS άγχους	-0,082	-0,192
HADS κατάθλιψης	-0,377*	-0,123
HADS συνολικά	-0,017	-0,083

*p<0,05

Τέλος, στον (πίνακα 10) δίνεται η σύγκριση της βαθμολογίας των δυο βασικών συνιστωσών της Κλίμακας Ποιότητας Ζωής (SF-12) στους 63 συμμετέχοντες ασθενείς της μελέτης, ως προς τα χαμηλά και υψηλά επίπεδα του άγχους & κατάθλιψης σύμφωνα με τη HADS. Γενικά διαπιστώνεται ότι οι ασθενείς με μέτρια ή σοβαρά επίπεδα Άγχους ή Κατάθλιψης έχουν χαμηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής Σωματικής και Ψυχικής Υγείας ($p<0,01$). Οι ασθενείς με μέτρια ή σοβαρά επίπεδα Άγχους σε σχέση με εκείνους με φυσιολογικά/ήπια, έχουν χαμηλότερα μέσα επίπεδα βαθμολογίας Σωματικής Υγείας (32,0 έναντι 40,2, $p=0,007$) ή Ψυχικής Υγείας (34,3 έναντι 48,5, $p=0,008$). Επιπλέον, οι ασθενείς με μέτρια ή σοβαρά επίπεδα Κατάθλιψης σε σχέση με εκείνους με φυσιολογικά/ήπια, έχουν χαμηλότερα μέσα επίπεδα βαθμολογίας Σωματικής Υγείας (30,7 έναντι 39,4, $p<0,001$) ή Ψυχικής Υγείας (32,6 έναντι 46,9, $p<0,001$).

Πίνακας 10. Σύγκριση της βαθμολογίας των δυο βασικών συνιστωσών της Κλίμακας Ποιότητας Ζωής (SF-12) στους 63 συμμετέχοντες ασθενείς της μελέτης, ως προς τα χαμηλά και υψηλά επίπεδα του άγχους& κατάθλιψης (HADS).

<i>Επίπεδα HADS</i>		<i>Ποιότητα Ζωής</i>							
		<i>Σωματική Υγεία</i>				<i>Ψυχική Υγεία</i>			
		<i>v</i>	<i>Μέση τιμή</i>	<i>Τυπ. αποκλ.</i>	<i>p-value</i>	<i>v</i>	<i>Μέση τιμή</i>	<i>Τυπ. αποκλ.</i>	<i>p-value</i>
Άγχους	<i>φυσιολογικά ή ήπια (έως 10)</i>	43	40,2	10,2	0,007	43	48,5	10,4	0,008
	<i>μέτρια ή σοβαρά (>10)</i>	20	32,0	9,1		20	34,3	7,6	
Κατάθλιψης	<i>φυσιολογικά ή ήπια (έως 10)</i>	50	39,4	10,0	<0,001	50	46,9	10,8	<0,001
	<i>μέτρια ή σοβαρά (>10)</i>	13	30,7	10,1		13	32,6	7,1	

^a Υψηλότερη βαθμολογία (→100) καθορίζει υψηλότερη ποιότητα ζωής. Έλεγχος Mann-Whitney.

Συζήτηση

Σκοπός της έρευνας της παρούσας διπλωματικής εργασίας ήταν η διερεύνηση της αντίληψης της ποιότητας ζωής και της ψυχολογικής επιβάρυνσης ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση ενώ επιπλέον αναζητήθηκαν οι παράγοντες που επηρεάζουν το επίπεδο υγείας τους. Συνοπτικά βρέθηκαν:

- Μέτρια προς χαμηλά επίπεδα βαθμολογίας Άγχους & Κατάθλιψης.
- Οι συνιστώσες της ποιότητας ζωής βρέθηκαν σε χαμηλά έως υψηλά επίπεδα, με τη Συνολική Υγεία να βρίσκεται σε μέτρια, με καλύτερη η Κοινωνική Λειτουργικότητα και χειρότερη ο Σωματικός Ρόλος.
- Για τη νεφρική νόσο, με καλύτερη ποιότητα βρέθηκε η Ενθάρρυνση προσωπικού διάλυσης και χειρότερη η Ικανοποίηση Ασθενούς.
- Σε χαμηλά προς μέτρια επίπεδα βρέθηκαν η Σωματική και Ψυχική υγεία, με σημαντικά υψηλότερη η Ψυχική ($p < 0,05$).
- Οι βαθμολογίες του Άγχους και Κατάθλιψης σχετίζονται σημαντικά με χαμηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής στο σύνολο σχεδόν των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου KDQOL-SF™ ($p < 0,05$).
- Το αυξημένο εκπαιδευτικό επίπεδο σχετίζεται με χαμηλότερα επίπεδα Καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και καλύτερα επίπεδα ποιότητας ζωής στα Συμπτώματα Νόσου, Επιδράσεων Νόσου, Σωματικής Λειτουργικότητας, Ζωτικότητας ή Συνολικής Υγείας ($p < 0,05$).
- Το αυξημένο εισόδημα σχετίζεται με χαμηλότερα επίπεδα Καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και καλύτερα επίπεδα ποιότητας ζωής στη Φόρτου Νόσου, Γενικής Υγείας ή Συνολικής Υγείας ($p < 0,05$).
- Τα περισσότερα χρόνια αιμοκάθαρσης σχετίζονται με χαμηλότερα επίπεδα Άγχους και καλύτερα επίπεδα Ποιότητας Ύπνου ($p < 0,05$). Η μεγαλύτερη ηλικία έναρξης αιμοκάθαρσης σχετίζεται αντίθετα με χειρότερα επίπεδα Ποιότητας Ύπνου, Σωματικής Λειτουργικότητας ή Συναισθηματικού Ρόλου ($p < 0,05$).
- Η ευκολία πρόσβασης στο Κέντρο αιμοκάθαρσης σχετίζεται με χαμηλότερα επίπεδα Κοινωνικής υποστήριξης ($p < 0,05$).
- Τα καλύτερα επίπεδα Ψυχικής Υγείας σχετίζονται επίσης με υψηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο, με τη διαμονή των ασθενών σε αστικές περιοχές ή με υψηλότερο μηνιαίο εισόδημα ($p < 0,05$).

- Οι ασθενείς με μέτρια ή σοβαρά επίπεδα Άγχους & Κατάθλιψης έχουν χαμηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής Σωματικής και Ψυχικής Υγείας ($p < 0,01$).

Καθώς η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια είναι εξελίξιμη νόσος που προκαλεί μαναστρέψιμη απώλεια της νεφρικής λειτουργίας, αποτελεί μείζον πρόβλημα δημόσιας υγείας σε όλο τον κόσμο (Ottaviani et al., 2016). Φαίνεται να λαμβάνει επιδημικό χαρακτήρα στις αναπτυσσόμενες χώρες ενώ ως συνέπεια αυξάνεται ο αριθμός των ασθενών που προχωρούν σε αιμοκάθαρση (hemodialysis) (Ademola et al., 2020; Ottaviani et al., 2016). Από τα κύρια ζητήματα όμως των ασθενών που νοσούν από ανεπάρκεια και έχουν ενταχθεί ή πρόκειται να ενταχθούν σε αιμοκάθαρση, αποτελεί η ψυχολογική τους επιβάρυνση, το άγχος (stress), η κατάθλιψη (depression) και φυσικά η επίδραση που έχουν όλοι οι σχετιζόμενοι επιβαρυντικοί παράγοντες στην ποιότητα της ζωής τους (quality of life) ή ακόμα η διαφορά τους από άλλους ασθενείς με άλλες νόσους (Anees et al., 2011; Da Silva Cremasco & Nunes Baptista, 2018; Kondo et al., 2020; Pretto et al., 2020; Takahashi et al., 2020).

Από τα βασικά ευρήματα της έρευνας της παρούσας εργασίας, υπήρξε το συμπέρασμα ότι οι ασθενείς με μέτρια ή σοβαρά επίπεδα Άγχους & Κατάθλιψης έχουν χαμηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής της Σωματικής και Ψυχικής Υγείας ($p < 0,01$). Γενικά ωστόσο, από μεγάλες πληθυσμιακές μελέτες ασθενών με νεφρική ανεπάρκεια φαίνεται ότι η Σωματική Υγεία είναι σε πολύ χαμηλότερα επίπεδα από τη Ψυχική (Cohen et al., 2019) θεωρώντας τη νόσο ως σχεδόν αποκλειστικά υπεύθυνη.

Τα προαναφερθέντα αποτελέσματα δεν αποτελούν όμως σύμφωνα με την υπάρχουσα γνώση της βιβλιογραφίας μια καινοφανής ένδειξη καθώς σκοπός πολλών μελετών αποτέλεσε η προσπάθεια σύνδεσης της ψυχικής επιβάρυνσης που προκαλεί είτε η νόσος είτε και η θεραπεία (αιμοκάθαρση) που υποβάλλονται οι ασθενείς, στην ποιότητα της καθημερινής ζωής τους. Στην Ελλάδα και στο σχετικά μακρινό 2005, οι (Kontodimopoulos & Niakas, 2005) προσαρμόζοντας το KDQOL-SF στα ελληνικά δεδομένα, μελέτησαν τα επίπεδα της ποιότητας ζωής σε 665 αιμοκαθαρόμενους ασθενείς που αντιπροσώπευαν περίπου το 10% του συνόλου των ασθενών της χώρας. Ενδεικτικά, στη συνιστώσα της Γενικής Υγείας βρήκαν μέσα επίπεδα μόλις $36,3 \pm 21,7$ ή επίσης $< 35,0$ οι (Malindretos and colleagues, 2010), επίπεδα που ήταν φυσικά χαμηλότερα από το $41,1 \pm 21,1$ της παρούσας μελέτης. Με άλλο εργαλείο αξιολόγησης οι (Garofyllou and colleagues, 2017) εκτίμησαν μέτρια μέσα επίπεδα Σωματικής Υγείας σε αιμοκαθαρόμενους Έλληνες ασθενείς. Σε κάθε περίπτωση οι ενδείξεις

αυτές πιθανόν να καθορίζουν χαμηλά προς μέτρια επίπεδα ποιότητας ζωής ενώ ίσως διαφαίνεται μια διαχρονική διαφοροποίηση λόγω μεταβολής π.χ. συνθηκών διαβίωσης, δειγμάτων μελέτης, αιμοκάθαρσης ή συνοσηρότητας και σταδίου νόσου. Για παράδειγμα και σε επίπεδο μεμονωμένων μελετών, οι (Takahashi and colleagues, 2020) μελέτησαν 55 ασθενείς οι οποίοι βίωναν για περισσότερο από ένα έτος τη διαδικασία της αιμοκάθαρσης. Χρησιμοποιώντας παρόμοια εργαλεία αξιολόγησης με την παρούσα εργασία, το HADS και το KDQOL-SF, κατάφεραν με συνδυαστικά αποτελέσματα συχνότητων να διαχωρίσουν τους ασθενείς σε δυο ομάδες: 1) εκείνους που είχαν ασταθής ψυχικές εκβάσεις (*“unstable psychological conditions”*) εάν το HADS δηλαδή καταδείκνυε υποψία κατάθλιψης ή υποψία κατάθλιψης και άγχους (*“Anxiety/Depression group”*) και 2) εκείνους που ήταν σταθεροί στις σχετικές εκβάσεις (απουσία καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και άγχους). Συνολικά βρήκαν το 32,7% με συμπτωματολογία Άγχους/Κατάθλιψης (*“Anxiety/Depression group”*) ενώ σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής είχαν στις συνιστώσες όπως «επιδράσεις νόσου» (*“effects of kidney disease”*), στην «κοινωνική υποστήριξη» (*“social support”*) και στην «γενική υγεία» (*“general health perceptions”*). Στην παρούσα μελέτη αντίστοιχα, ο διαχωρισμός αφορούσε ξεχωριστά το άγχος και την κατάθλιψη μέσω HADS ενώ η ανάλυση επικεντρώθηκε στις δυο βασικές συνιστώσες της ποιότητας ζωής, τη Σωματική και Ψυχική υγεία, που όπως καταδείχθηκε είχαν σημαντικά χαμηλότερες τιμές βαθμολογίας στους ασθενείς με μέτρια ή σοβαρά επίπεδα Άγχους & Κατάθλιψης.

Στο παραπάνω όμως συμπέρασμα κατέληξαν σε άλλη μελέτη στη Βραζιλία σε 100 ασθενείς (Ottaviani et al., 2016) όπου αρχικά φάνηκε αρνητική συσχέτιση μεταξύ άγχους & κατάθλιψης με τις συνιστώσες της ποιότητας ζωής ενώ οι μέσες βαθμολογίες του KDQOL-SF ήταν σημαντικά χαμηλότερες στους ασθενείς με συμπτωματολογία Άγχους & Κατάθλιψης. Αξιολογώντας συγκεκριμένα τις δυο συνιστώσες της Σωματικής και Ψυχικής Υγείας, οι (Ademola and colleagues, 2020) στη Νιγηρία, συγκρίνοντας 150 ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο με 150 υγείς, βρήκαν στους ασθενείς χαμηλότερα επίπεδα και στις δυο συνιστώσες ($p < 0,05$) ενώ βρέθηκε και προοδευτική μείωση των βαθμολογιών των συνιστωσών της ποιότητας ζωής με την αύξηση του σταδίου της νόσου ($p < 0,05$).

Ανάλογα εκτιμήθηκε για το στάδιο τη νόσου και σε μελέτη στη Γαλλία, ενώ οι αιμοκαθαρόμενοι φάνηκε να είχαν γενικά χαμηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής από το γενικό πληθυσμό (Legrand et al., 2020). Οι Li and colleagues (2016) επίσης

προχώρησαν ένα βήμα παραπάνω στην έρευνα τους και αξιολόγησαν στο Los Angeles 72 ασθενείς που ήταν σε αιμοκάθαρση για περισσότερο από έξι μήνες, σε σχέση με 39 εξομοιωμένους μη ασθενείς (normals) παρόμοιας δηλαδή ηλικίας και φύλου. Βρήκαν λοιπόν ότι οι περισσότερες από τις συνιστώσες του KDQOL ήταν μειωμένες στην ομάδα των 72 ασθενών ενώ η καθημερινή σωματική άσκηση σχετιζόταν θετικά με ορισμένες βαθμολογίες της ποιότητας ζωής (KDQOL scores). Η συνεκτίμηση παραγόντων κινδύνου του τρόπου ζωής, η έλλειψη ή η παρουσία τους στη καθημερινότητα της ζωής των ασθενών, προφανώς αποτελεί αξιολογη επιπρόσθετη πληροφορία για την ορθή αξιολόγηση της ποιότητας της ζωής τους, δυστυχώς όμως στη παρούσα εργασία δεν συμπεριελήφθησαν λόγω αυξημένου πληροφοριακού υλικού.

Σε συστηματική ανασκόπηση για τον ρόλο της κατάθλιψης, του άγχους και της ακολουθίας της θεραπείας στην ποιότητα ζωής σε αιμοκαθαρόμενους ασθενείς, φάνηκε ότι το 100,0% των μελετών βρίσκουν αρνητική συσχέτιση των συγκεκριμένων παραγόντων με την ποιότητα ζωής (García-Llana et al., 2014). Η παράμετρος της ακολουθίας της θεραπείας φάνηκε επίσης να σχετίζεται με ψυχολογικούς παράγοντες ενώ γενικά κρίθηκε από την ανασκόπηση ότι η πρόωγη αναζήτηση και ανίχνευση δεικτών επίδρασης στη ποιότητα ζωής όπως είναι το άγχος, η κατάθλιψη ή οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς με τη θεραπεία τους, μπορεί να βοηθήσει στη βελτίωση του επιπέδου της υγείας τους.

Οι Pretto and colleagues (2020) επίσης σε 183 ασθενείς στη Βραζιλία προσπάθησαν να εντάξουν στη μελέτη τους διάφορους παράγοντες στην αναζήτηση της σχέσης που ενδεχομένως να έχουν με την ποιότητα ζωής. Αυτοί περιλάμβαναν κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά, κλινικά, καταθλιπτική συμπτωματολογία και χαρακτηριστικά αγωγής θεραπείας. Βρέθηκαν με μέτρια ποιότητα ζωής ενώ τα χαμηλά της επίπεδα σχετιζόνταν με επαναλαμβανόμενες λοιμώξεις και οίδημα ως επιπλοκές της νόσου, πόνο στην αιμοκάθαρση, αναιμία, μετέπειτα αδυναμία ή ακόμα με μικρή ακολουθία της φαρμακευτικής τους αγωγής.

Φαίνεται λοιπόν ότι η ποιότητα ζωής των ασθενών να καθορίζεται από τους παραπάνω παράγοντες ενώ με κατάλληλες δράσεις από το υποστηρικτικό τους ιατρικό, νοσηλευτικό και κοινωνικό περιβάλλον μπορεί να επιτευχθεί η επιθυμητή ευεξία και η άμβλυση των επιπλοκών.

Περιορισμοί της έρευνας

Η παρούσα έρευνα όπως και κάθε ερευνητική προσπάθεια, διέπτετε από αδυναμίες που τεχνικά μπορεί να στερούν τη δυνατότητα ορθής αξιολόγησης των ευρημάτων της. Ωστόσο στα πλαίσια τουλάχιστον ενός κλινικού περιβάλλοντος σε συνθήκες αυστηρών πρωτοκόλλων περιορισμού λόγω πανδημίας, οι συντελεστές κάθε έρευνας συγκλίνουν προς την αξιοποίηση όλων των παρεχόμενων δυνατοτήτων. Βασική αδυναμία λοιπόν υπήρξε το μικρό δειγματικό μέγεθος των επιλεγμένων ασθενών, που όμως καθορίζεται από τη ροή εισόδου στη μονάδα αιμοκάθαρσης του συγκεκριμένου νοσοκομείου ενώ η επιλογή άλλης μονάδας αποτελούσε βασική δυσκολία λόγω της πανδημίας και των μέτρων περιορισμού. Άλλη αδυναμία αποτέλεσε η έλλειψη μιας ομάδας ελέγχου (control) που να επιτρέπει τη σύγκριση της ποιότητας ζωής, του άγχους ή της κατάθλιψης όπως αναφέρεται συχνά και στη βιβλιογραφία (Ademola et al., 2020; Anees et al., 2011; Legrand et al., 2020; Li et al., 2016; Takahashi et al., 2020). Ανάλογα θα μπορούσε να συνεκτιμηθεί η επιβάρυνση στη ποιότητα ζωής των φροντιστών των ασθενών ή άλλων ασθενών, στοιχείο που θα επέτρεπε την εγκυροποίηση των ευρημάτων. Επιπλέον, από τη συνολική εικόνα των πιθανών παραγόντων επίδρασης δεν θα μπορούσαν να απουσιάζουν παράγοντες κινδύνου του τρόπου ζωής ή βασικές συνήθειες όπως η έλλειψη σωματικής άσκησης, το κάπνισμα, η κατανάλωση οινοπνεύματος ή η διατροφή τους (García-Llana et al ,2014; Li et al., 2016).

Γενικό Συμπέρασμα

Η παρούσα διπλωματική εργασία αποσκοπούσε στη διερεύνηση της ποιότητας ζωής και της ψυχολογικής επιβάρυνσης ασθενών που υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση. Βρέθηκαν με μέτρια προς χαμηλά επίπεδα Άγχους & Κατάθλιψης ή χαμηλά έως υψηλά επίπεδα συνιστωσών της ποιότητας ζωής. Σε χαμηλά προς μέτρια επίπεδα βρέθηκαν η Σωματική και Ψυχική τους υγεία, με σημαντικά υψηλότερη τη Ψυχική που σχετίζονταν με το εκπαιδευτικό επίπεδο, με τη διαμονή σε αστικές περιοχές ή με υψηλότερο μηνιαίο εισόδημα ($p < 0,05$). Επιπλέον οι ασθενείς με μέτρια ή σοβαρά επίπεδα Άγχους & Κατάθλιψης είχαν χαμηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής, Σωματικής και Ψυχικής Υγείας ($p < 0,01$), στοιχείο που δείχνει την αλληλεξάρτησή τους και ακόμα τη δυνατότητα δράσεων από το κατάλληλο υποστηρικτικό τους ιατρικό, νοσηλευτικό και κοινωνικό περιβάλλον ώστε να αποκτήσουν καλύτερα επίπεδα ευεξίας και που θα οδηγήσουν στη βελτίωση του επιπέδου της υγείας τους.

Βιβλιογραφία

Ελληνική

- Βρόντζου, Α., & Γεωργοπούλου, Β. Δ. (2019). Ποιότητα ζωής και ψυχική υγεία ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση Διπλωματική Εργασία ΤΕΙ Ηπείρου. σελ11
- Γελαδάς, Ν. (2016). Φυσιολογία του Ανθρώπου «Οι μηχανισμοί του σώματος»εκδ. ΠΧ Πασχαλίδης Αθήνα, Ελλάδα σελ.576-579.
- Γιαπουτζή Β. (2018). «Ποιότητα ζωής σε ασθενείς με Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια», Διπλωματική Εργασία, Λάρισα, σελ. 4-7
- Ζηρογιάννης, Π. (2005).Κλινική νεφρολογία τόμος Ι, ιατρικές. Εκδ. τεχνόγραμμα Αθήνα, Ελλάδα 2005 σελ110-111
- Ζυργκάνης Χ.(2021) Αιμοκάθαρση με τεχνητό νεφρό για τελικό στάδιο χρόνιας νεφρικής νόσου εκδόσεις Ροτόντα Θεσσαλονίκη σελ 30-51
- Κουτουλάκη, Α., & Ξανθάκη, Μ. (2013). Ποιότητα ζωής των ασθενών σε χρόνια περιοδική αιμοκάθαρση και των οικογενειών τους. Διπλωματική Εργασία, σελ57-60.
- Κυρίτσης Ηλίας, Τρίγκα Κων/να (2015). Ιστορία της Αιμοκάθαρσης Αρχαϊκή Ιατρική 34ος Τεύχος 2 Οκτώβριος, σελ.137-141
- Πλώτα, Μ. (2016). Μελέτη των παραγόντων που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των αιμοκαθαιρόμενων νεφροπαθών υπό τη χορήγηση ερυθροποιητινών και σκευασμάτων σιδήρου (Doctoral dissertation) σελ. 16-40.

ΔΙΕΘΝΗΣ

- Ademola, B. L., Obiagwu, P. N., & Aliyu, A. (2020). Assessment of health-related quality of life of chronic kidney disease patients in aminukano teaching hospital, Kano. Nigerian journal of clinical practice, 23(7), 906–911. https://doi.org/10.4103/njcp.njcp_589_19
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32620718/>
- Alosaimi, F. D., Alshahrani, S. M., Aladhayani, M. H., Alwethenani, Z. K., Alsahil, M. J., & Fadhul, H. A. (2020). Psychosocial predictors of quality of life among

chronic hemodialysis patients. Saudi medical journal, 41(9), 990–998.
<https://doi.org/10.15537/smj.2020.9.25271>

Anees, M., Hameed, F., Mumtaz, A., Ibrahim, M., & Saeed Khan, M. N. (2011).
Dialysis-related factors affecting quality of life in patients on hemodialysis.
Iranian journal of kidney diseases, 5(1), 9–14

Atkins, R. C. (2005). The epidemiology of chronic kidney disease. *Kidney international*, 67, S14-S18.

Abel, J. J., ROWNTREE, L. G., & Turner, B. B. (1914). On the removal of diffusible substances from the circulating blood of living animals by dialysis II. Some constituents of the blood. *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics*, 5(6), 611-623.

Alwall, N. I. L. S. (1968). A new disposable artificial kidney: experimental and clinical experience. In *Proc Eur Dial Transplant Assoc* (Vol. 5, p. 18).

Apostolou, T., & Gokal, R. (2000). Quality of life after peritoneal dialysis. In *Textbook of Peritoneal Dialysis* (pp. 709-735). Springer, Dordrecht.

Albatineh, A.N., Ibrahimou, B. (2019). Factors associated with quality – of – life among Kuwaiti patients on maintenance hemodialysis. *Psychology, health & medicine*, 24(8), pp.1005-1014.

Cohen, D. E., Lee, A., Sibbel, S., Benner, D., Brunelli, S. M., & Tentori, F. (2019). Use of the KDQOL-36™ for assessment of health-related quality of life among dialysis patients in the United States. *BMC nephrology*, 20(1), 112.
[https://doi.org/10.1186/s12882-019-1295-](https://doi.org/10.1186/s12882-019-1295-0)
[0https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30935377/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30935377/)

Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification and Stratification. (2002) National Kidney Foundation Inc.

https://www.kidney.org/sites/default/files/docs/ckd_evaluation_classification_stratification.pdf

Craham T., (1864). On the molecular mobility of Gases. *Journal of chemical Society of London*.17:334-339

Czyzewski, L., Sanko – Resmer, J., Wyzgal, J., Kurowski, A. (2014). Assessment of health – related quality of life of patients after kidney transplantation in comparison with hemodialysis and peritoneal dialysis. *Annals of transplantation*, 19, pp.576-585.

Collins, A. J., Foley, R. N., Gilbertson, D. T., & Chen, S. C. (2009). The state of chronic kidney disease, ESRD, and morbidity and mortality in the first year of dialysis. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 4(Supplement 1), S5-S11.

da Silva Cremasco G & Nunes Baptista (2018). Depression and chronic kidney disease: an integrative literature review. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, 20(3), 360-376. <http://dx.doi.org/10.5935/1980-6906/psicologia.v20n3p360-376>

Elkinton JR. (1966). Medicine and the quality of life. *Ann Intern Med.*, 64(3):711-4

Finkelstein, F. O., & Finkelstein, S. H. (2000). Depression in chronic dialysis patients: assessment and treatment. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 15(12), 1911-1913.

Gobbens, R. J., & Remmen, R. (2019). The effects of sociodemographic factors on quality of life among people aged 50 years or older are not unequivocal: comparing SF-12, WHOQOL-BREF, and WHOQOL-OLD. *Clinical interventions in aging*, 14, 231.

García-Llana, H., Remor, E., Del Peso, G., & Selgas, R. (2014). The role of depression, anxiety, stress and adherence to treatment in dialysis patients health-related quality of life: a systematic review of the literature. *Nefrologia*:

publicacion oficial de la Sociedad Espanola Nefrologia, 34(5), 637–657.
<https://doi.org/10.3265/Nefrologia.pre2014.Jun.11959>

Garofyllou, G., Kelesi, M., Gerogianni, G., Tsaras, K., Fasoï, G., Kaba, E., & Stavropoulou, A. (2017). Quality of life of patients undergoing hemodialysis. *Health & Research Journal*, 3(1), 61-73.
doi:<https://doi.org/10.12681/healthresj.20434>

Hajian – Tilaki, K., Heidari, B., Haijan – Tilaki, A. (2017). A comparison of health – related quality of life in patients with renal failure under hemodialysis and health participants. *Saudi journal of kidney diseases and transplantation*, 28(1), pp.133-140

Ilias, Moustakis., Nikolaos, Rikos., George, Vassilopoulos., Michael, Rovithis., & Christina, Marvaki. (2021). Διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής ασθενών υπό αιμοκάθαρση. *Rostrum of Asclepius/Vima tou Asklipiou*, 20(1).

Jardine, M. J., Zuo, L., Gray, N. A., De Zoysa, J. R., Chan, C. T., Gallagher, M. P., ... & Perkovic, V. (2017). A trial of extending hemodialysis hours and quality of life. *Journal of the American Society of Nephrology*, 28(6), 1898-1911.

Kraus, M.A., Fluck, R.J., Weinhandl, E.D., Kansal, S., Copland, M., Komenda, P., Finkelstein, F.O. (2016). Intensive hemodialysis and health – related quality of life. *American journal of kidney diseases*, 68(5S1), pp.S33-S42.

Kim, J. Y., Kim, B., Park, K. S., Choi, J. Y., Seo, J. J., Park, S. H., ... & Kim, Y. L. (2013). Health-related quality of life with KDQOL-36 and its association with self-efficacy and treatment satisfaction in Korean dialysis patients. *Quality of Life Research*, 22(4), 753-758.

Kontodimopoulos, N., & Niakas, D. (2005). Determining the basic psychometric properties of the Greek KDQOL-SF. *Quality of life research: an international*

journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation, 14(8), 1967–1975. <https://doi.org/10.1007/s11136-005-3868-6>

Kondo, K., Antick, J. R., Ayers, C. K., Kansagara, D., & Chopra, P. (2020). Depression Screening Tools for Patients with Kidney Failure: A Systematic Review. *Clinical journal of the American Society of Nephrology: CJASN*, 15(12), 1785–1795. <https://doi.org/10.2215/CJN.05540420>

Lysaght, M. J. (1995). Evolution of hemodialysis membranes. *Dialysis Membranes: Structure and Predictions*, 113, 1-10.

Levin, A., Hemmelgarn, B., Culeton, B., Tobe, S., McFarlane, P., Ruzicka, M., ... & Tonelli, M. (2008). Guidelines for the management of chronic kidney disease. *Cmaj*, 179(11), 1154-1162.

Levey, A. S., & Coresh, J. (2012). Chronic kidney disease. *The lancet*, 379(9811), 165-180.

Levey, A. S., Eckardt, K. U., Tsukamoto, Y., Levin, A., Coresh, J., Rossert, J., ... & Eknoyan, G. (2005). Definition and classification of chronic kidney disease: a position statement from Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO). *Kidney international*, 67(6), 2089-2100.

Li, Y. N., Shapiro, B., Kim, J. C., Zhang, M., Porszasz, J., Bross, R., Feroze, U., Upreti, R., Martin, D., Kalantar-Zadeh, K., & Kopple, J. D. (2016). Association between quality of life and anxiety, depression, physical activity and physical performance in maintenance hemodialysis patients. *Chronic diseases and translational medicine*, 2(2), 110–119. <https://doi.org/10.1016/j.cdtm.2016.09.004>

Legrand, K., Speyer, E., Stengel, B., Frimat, L., NgueyonSime, W., Massy, Z. A., Fouque, D., Laville, M., Combe, C., Jacquelinet, C., Durand, A. C., Edet, S., Gentile, S., Briançon, S., & Ayav, C. (2020). Perceived Health and Quality of Life in Patients With CKD, Including Those With Kidney Failure: Findings From National Surveys in France. *American journal of kidney diseases: the official*

journal of the National Kidney Foundation, 75(6), 868–878.
<https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2019.08.026><https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31879215/>

Malindretos, P., Sarafidis, P., Spaia, S., Sioulis, A., Zeggos, N., Raptis, V., . . . Grekas, D. (2010). Adaptation and validation of the kidney disease quality of life-short form questionnaire in the greek language. *American Journal of Nephrology*, 31(1), 9-14. doi:<http://dx.doi.org/10.1159/000252926>

Ottaviani AC, Betoni LC, Paravini SCI, Say KG, Zazzetta MS, Orlandi FS (2016). ASSOCIATION BETWEEN ANXIETY AND DEPRESSION AND QUALITY OF LIFE OF CHRONIC RENAL PATIENTS ON HEMODIALYSIS. *Texto&Contexto–Enfermagem*, 25(03):e00650015. <https://doi.org/10.1590/0104-07072016000650015>.

Pretto CR, Winkelmann ER, Hildebrandt LM, Barbosa DA, Colet CF, Stumm EMF (2020). Quality of life of chronic kidney patients on hemodialysis and related factors. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2020;28:e3327. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3641.332>

Priscilla Lemone, Karen Burke, CereneBauldoff (2014). Παθολογική Χειρουργική Νοσηλευτική «Κριτική Σκέψη κατά την φροντίδα του ασθενούς» Πέμπτη Έκδοση Τόμος Α Αθήνα:982-983

Pagels, A. A., Söderkvist, B. K., Medin, C., Hylander, B., &Heiwe, S. (2012). Health-related quality of life in different stages of chronic kidney disease and at initiation of dialysis treatment. *Health and quality of life outcomes*, 10(1), 1-11

Takahashi, J., Abe, T., Kaneko, M., Sasaki, N., Takasawa, Y., Kato, T., Matsuura, T., Sugimura, J., Fukumoto, K., Otsuka, K., &Obara, W. (2020). Influence of unstable psychological condition on the quality of life of hemodialysis patients. *Renal Replacement Therapy*, 6(1), <https://doi.org/10.1186/s41100-020-00271-2>

- Theofilou, P. (2011). Quality of life in patients undergoing hemodialysis or peritoneal dialysis treatment. *Journal of clinical medicine research*, 3(3), 132.
- Wright, L.S., Wilson, L. (2015). Quality of life and self – efficacy in three dialysis modalities: Incenter Hemodialysis, Home Hemodialysis, and Home Peritoneal Dialysis. *Nephrology nursing journal*, 42(5), pp.463-476
- Webster, A. C., Nagler, E. V., Morton, R. L., & Masson, P. (2017). Chronic kidney disease. *The lancet*, 389(10075), 1238-1252.
- Zazzeroni, L., Pasquinelli, G., Nanni, E., Cremonini, V., Rubbi, I. (2017). Comparison of quality of life in patients undergoing hemodialysis and peritoneal dialysis: a systematic review and meta – analysis. *Kidney&bloodpressurereasearch*, 42(4), pp.717-727.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

ΑΤΕΛΩΣ
(άρθρο 13 Ν.2579/98)

Σχολή Επιστημών Υγείας
Τμήμα Νοσηλευτικής
ΠΜΣ Προηγμένη Κλινική Πρακτική στις Επιστήμες Υγείας

Ηράκλειο, 17/3/2021

Πληροφ. : Ευαγγ. Γωνιανάκη-Χρονάκη
Τηλέφ. : 2810379538

Αρ. Πρωτ. : _____ 493

ΠΡΟΣ:

Κασσωτάκη Άννα

Κοιν.: Επιβλέπων καθηγητής
Ρίκος Νικόλαος

ΘΕΜΑ: Ανάθεση εκπόνηση Διπλωματικής Εργασίας

Ανατίθεται κατόπιν απόφασης της 53ης/08.03.2021 Συνέλευσης του Τμήματος Νοσηλευτικής, η εκπόνηση Διπλωματική Εργασία, στον/ην:

ΜΥΝ56 Κασσωτάκη Άννα

με θέμα: «Διερεύνηση της αντίληψης, της ποιότητας ζωής και της ψυχολογικής επιβάρυνσης ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση».

Ο εκπαιδευτικός που θα επιβλέπει την Διπλωματική Εργασία ονομάζεται: Ρίκος Νικόλαος

Η Διευθύντρια του ΠΜΣ

Ζαχαρένια Ανδρουλάκη
Καθηγήτρια



**ΣΥΓΧΡΟΝΑ
ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΑ ΚΕΝΤΡΑ
ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΟΝΑΣ**

Πειραιάς, 5^η Αυγούστου 2021

Αρ. Πρωτ. Δ1_43

Θέμα: Απαντητική επιστολή στο αίτημα της κας. Κασσωτάκη Άννας, σχετικά με την διανομή ερωτηματολογίων στους ασθενείς της Μονάδας Χρόνιας Αιμοκάθαρσης «Αγ. Παντελεήμων», στα πλαίσια της διπλωματικής της εργασίας με τίτλο «Διερεύνηση της αντίληψης, της ποιότητας ζωής και της ψυχολογικής επιβάρυνσης ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση»

Αγαπητή κα. Κασσωτάκη,

Σε συνέχεια του προαναφερθέντος αιτήματός σας, σας ενημερώνουμε ότι δεχόμαστε και εγκρίνουμε το εν λόγω ερωτηματολόγιο, αντίγραφο του οποίου έχετε θέσει στην διάθεσή μας, να διανεμηθεί στους ασθενείς της Μονάδας μας.

Το ερωτηματολόγιο θα προταθεί προς συμπλήρωση στους ασθενείς μας, και όσοι εξ αυτών το επιθυμούν θα συμμετάσχουν στην έρευνά σας.

Επίσης, και στα πλαίσια του Γενικού Κανονισμού περί Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων (Κανονισμός ΕΕ 2016/679- «ΓΚΠΔ») με τον οποίο συμμορφώνεται απόλυτα η επιχείρησή μας, θεωρούμε αυτονόητο ότι θα τηρηθεί η ανωνυμία των ασθενών μας.

Με εκτίμηση,

**ΜΟΝΑΔΑ ΧΡΟΝΙΑΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ
ΑΓ. ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΟΝ ΕΠΕ
ΣΥΜΒΕΒΛΗΜΕΝΗ ΜΕ ΤΟΝ Ε.Ο.Π.Υ.Υ.
ΑΙΤΩΛΙΚΟΥ 75 - ΠΕΙΡΑΙΑΣ - Τ.Κ. 18545
ΑΦΜ. 998132171 - ΔΟΥ: Δ' ΠΕΙΡΑΙΑ
ΤΗΛ. 210 4633999 - ΦΑΞ: 210 4633902**

Αιτωλικού 75 & Φωτίου Κορυτσάς
Πειραιάς, Τ.Κ.: 185 45
Τηλ: 210 4633998-9
Fax: 210 4633902
E-mail: info@ag-panteleimonas.com

1^ο χλμ. Ε. Ο. Ιεράπετρας
Άγιος Νικόλαος, Κρήτη, Τ.Κ.: 722 00
Τηλ: 2842 503090
Fax: 2842 110800
E-mail: ierapetra@ag-panteleimonas.com

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2

Ημερομηνία / / 2020

Αγαπητέ κύριε/ κυρία

Απευθυνόμαστε σε εσάς για να σας ενημερώσουμε ότι διεξάγεται μελέτη για τη «διερεύνηση της αντίληψης, της ποιότητας ζωής και της ψυχολογικής επιβάρυνσης ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση»

Η συμμετοχή σας στην έρευνα είναι εθελοντική και δεν εμπεριέχει κανένα κίνδυνο. Αν αποφασίσετε να συμμετάσχετε, θα συμπληρώσετε ένα ερωτηματολόγιο που αποτελείται από ερωτήσεις σχετικές με το θέμα που προαναφέρθηκε με μέσο χρόνο συμπλήρωσης 10 λεπτά.

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να σας τονίσουμε ότι τα στοιχεία που θα συλλεχθούν θα είναι ανώνυμα και θα χρησιμοποιηθούν μόνο για τις ανάγκες αυτής της μελέτης. Επίσης κατά την δημοσίευση μέρους ή όλης της μελέτης δεν θα αναφέρονται τα προσωπικά σας στοιχεία. Μετά το τέλος της μελέτης αυτής όλα τα δεδομένα θα καταστραφούν. Σας ενημερώνουμε ότι η έρευνα δεν χρηματοδοτείται από κανένα κερδοσκοπικό ή μη, δημόσιο ή ιδιωτικό οργανισμό και διεξάγεται από τη Σχολή Επιστημών Υγείας και συγκεκριμένα το τμήμα Νοσηλευτικής στα πλαίσια του μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών «Προηγμένη Κλινική Πρακτική στις Επιστήμες Υγείας».

Για οποιαδήποτε απορία, παρακαλώ επικοινωνείτε με το τηλ6941410794.ή στο mail annakasswtaki42@yahoo.gr

Σας ευχαριστώ πολύ για τον πολύτιμο χρόνο και τη βοήθεια σας.

Με εκτίμηση
Άννα Κασσωτάκη
Νοσηλεύτρια MSc

Ενημερώθηκα για την έρευνα και συμφωνώ να συμμετέχω.

Υπογραφή
συνεντευξιαζόμενου _____

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3.

Παράρτημα Α΄

Ερωτηματολόγιο Συμμετεχόντων

Ερωτηματολόγιο και δημογραφικά στοιχεία συμμετεχόντων

Οι παρακάτω πληροφορίες συλλέγονται αποκλειστικά και μόνο για τις ανάγκες της συγκεκριμένης ερευνητικής εργασίας, όπως περιγράφηκε στο Έντυπο Συγκατάθεσης. Καμία πληροφορία σας δε θα κοινοποιηθεί σε τρίτους και κανένα προσωπικό σας στοιχείο ή πληροφορία που να επιτρέπει την αναγνώρισή σας δε θα αξιοποιηθεί εκτός των πλαισίων αυτής της εργασίας. Εάν έχετε οποιαδήποτε απορία ρωτήστε την ερευνήτρια.

1. Ηλικία:.....

2. Φύλο Άνδρας Γυναίκα

3. Εθνικότητα Ελληνική Άλλο.....

4. Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση:

Άγαμος Έγγαμος-η/Με σύντροφο Χωρισμένος/η Χήρος/α

5. Έχετε παιδιά; Ναι Όχι

6. Ποιο είναι το εκπαιδευτικό επίπεδο σας: Δημοτικό Γυμνάσιο Λύκειο

Πανεπιστήμιο/ΤΕΙ Μεταπτυχιακό/PhD

7. Ποιο είναι το μηνιαίο εισόδημα σας:

<500€ 500-<1.000€ 1.000-<1.500€ 1.500-<2.000€ >2.000€

8. Ποιος είναι ο τύπος κατοικίας σας;

<2.000 κάτοικοι (οικισμός) 2001 – 20.000 κάτοικοι (μικρός δήμος)

>20.000 κάτοικοι (αστικός δήμος)

Άλλο.....

9. Πόσα χρόνια κάνετε

αιμοκάθαρση;.....

10. Σε ποια ηλικία ξεκινήσατε την

αιμοκάθαρση;.....

11. Πώς θα χαρακτηρίζατε την πρόσβασή σας στο Κέντρο Αιμοκάθαρσης;

εύκολη Ούτε εύκολη ούτε δύσκολη Δύσκολη

12. Με ποιον τρόπο φτάνετε στο Κέντρο Αιμοκάθαρσης;

Ταξί Ι.Χ.(συγγενείς) Ασθενοφόρο Μέσα Μαζική Μεταφοράς

Άλλο.....

13. Ποια είναι η αιτία για την εξωνεφρική κάθαρση;

- Διαβητική Νεφροπάθεια Υπέρταση Σπειραματονεφρίτιδα
- Ισχαιμική Νεφροπάθεια Πολυκυστική νόσος των νεφρών
- Χρόνια νεφροπάθεια Μοσχεύματος Στένωση νεφρικής αρτηρίας
- Μακροχρόνια λήψη φαρμάκων Άγνωστης αιτιολογίας ΧΝΑ
- Άλλο.....

Οδηγίες Συμπλήρωσης Ερωτηματολογίου

- Αυτό το ερωτηματολόγιο αξιολογεί τις απόψεις σας για την υγεία σας. Τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας θα μας βοηθήσουν να δούμε πόσο καλά αισθάνεστε και πόσο καλά είστε ικανοί να εκτελέσετε τις συνηθισμένες σας δραστηριότητες.
- Αυτό το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει μια ποικιλία ερωτήσεων για την υγεία σας και τη ζωή σας. Ρωτάμε να μάθουμε πώς νιώθετε για αυτά.
- Παρακαλείστε να απαντήσετε τις ερωτήσεις κυκλώνοντας την απάντηση που επιθυμείτε
- Μπορείτε να ζητήσετε βοήθεια από το προσωπικό ή από την οικογένεια σας ή από φίλους σας, οι απαντήσεις όμως πρέπει να είναι δικές σας.

Η Υγεία σας

1. Γενικά, θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι: [Σημειώστε X ☒ στο τετράγωνο που περιγράφει καλύτερα την απάντησή σας.]

Εξαιρετική	Πολύ καλή	Καλή	Μέτρια	Κακή
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

2. Σε σύγκριση με ένα χρόνο πριν, πώς θα αξιολογούσατε την υγεία σας τώρα;

Πολύ καλύτερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν	Κάπως καλύτερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν	Περίπου η ίδια όπως ένα χρόνο πριν	Κάπως χειρότερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν	Πολύ χειρότερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

3. Οι παρακάτω προτάσεις περιέχουν δραστηριότητες που πιθανώς να κάνετε κατά τη διάρκεια μιας συνηθισμένης ημέρας. Η τωρινή κατάσταση της υγείας σας, σας περιορίζει σε αυτές τις δραστηριότητες; Εάν ναι, πόσο; [Σημειώστε Χ ☒ στο τετράγωνο που περιγράφει καλύτερα την απάντησή σας.]

Ναί, με περιορίζει Πολύ	Ναί, με περιορίζει Λίγο	Όχι, δεν με περιορίζει Καθόλου
▼	▼	▼

- α. Σε κουραστικές δραστηριότητες, όπως το τρέξιμο, το σήκωμα βαριών αντικειμένων, η δραστηριότητες δύσκολων αθλημάτων 1 2 3
- β. Σε μέτριας έντασης δραστηριότητες, όπως η μετακίνηση ενός τραπεζιού, το σπρώξιμο μιας ηλεκτρικής σκούπας, ο περίπατος στην εξοχή ή όταν παίζετε ρακέτες στην παραλία 1 2 3
- γ. Όταν σηκώνετε ή μεταφέρετε ψώνια από την αγορά..... 1 2 3
- δ. Όταν ανεβαίνετε μερικές σκάλες..... 1 2 3
- ε. Όταν ανεβαίνετε μία σκάλα..... 1 2 3
- στ. Στο λύγισμα του σώματος, στο γονάτισμα ή στο σκύψιμο..... 1 2 3
- ζ. Όταν περπατάτε περίπου ένα χιλιόμετρο..... 1 2 3
- η. Όταν περπατάτε μερικές εκατοντάδες μέτρα..... 1 2 3
- θ. Όταν περπατάτε περίπου εκατό μέτρα..... 1 2 3
- ι. Όταν κάνετε μπάνιο ή όταν ντύνεστε..... 1 2 3

4. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, σας παρουσιάστηκαν είτε στη δουλειά σας – είτε σε κάποια άλλη συνηθισμένη καθημερινή σας δραστηριότητα – κάποια από τα παρακάτω προβλήματα, εξαιτίας της κατάστασης της σωματικής σας υγείας;

Ναι	Όχι
▼	▼

- α. Μειώσατε το χρόνο που συνήθως ξοδεύετε στη δουλειά ή σε άλλες ₁ ₂
- β. Επιτελέσατε λιγότερα από όσα θα θέλατε ₁ ₂
- γ. Περιορίσατε τα είδη της δουλειάς η τα είδη άλλων δραστηριοτήτων σας ₁ ₂
- δ. Δυσκολευτήκατε να εκτελέσετε τη δουλειά ή άλλες δραστηριότητές σας ₁ ₂

5. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, σας παρουσιάστηκαν – είτε στη δουλειά σας είτε σε κάποια άλλη συνηθισμένη καθημερινή δραστηριότητα – κάποια από τα παρακάτω προβλήματα εξαιτίας οποιουδήποτε συναισθηματικού προβλήματος (λ.χ., επειδή νιώσατε μελαγχολία ή άγχος);

Ναι	Όχι
▼	▼

- α. Μειώσατε το χρόνο που συνήθως ξοδεύετε στη δουλειά ή σε άλλες ₁ ₂
- β. Επιτελέσατε λιγότερα από όσα θα θέλατε ₁ ₂
- γ. Δεν κανατε τη δουλειά ή και άλλες δραστηριότητες λιγότερο προσεκτικά απ' ότι συνήθως ₁ ₂

6. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, σε ποιο βαθμό επηρέασε η κατάσταση της σωματικής σας υγείας ή κάποια συναισθηματικά προβλήματα τις συνηθισμένες κοινωνικές σας δραστηριότητες με την οικογένεια, τους φίλους, τους γείτονές σας ή με άλλες κοινωνικές ομάδες:

Καθόλου	Ελάχιστα	Μέτρια	Αρκετά	Πάρα πολύ
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

7. Πόσο σωματικό πόνο νιώσατε τις τελευταίες 4 εβδομάδες:

Καθόλου	Πολύ ήπιο	Ηπιο	Μέτριο	Εντονο	Πολύ έντονο
▼	▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆

8. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, πόσο επηρέασε ο πόνος τη συνηθισμένη εργασία σας (τόσο την εργασία έξω από το σπίτι όσο και μέσα σε αυτό);

Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Αρκετά	Πάρα πολύ
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

9. Οι παρακάτω ερωτήσεις αναφέρονται στο πως αισθανόσαστε και στο πως ήταν γενικά η διάθεσή σας τις τελευταίες 4 εβδομάδες. Για κάθε ερώτηση, παρακαλείστε να δώσετε εκείνη την απάντηση που πλησιάζει περισσότερο σε ότι αισθανθήκατε. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, για πόσο χρονικό διάστημα . . .

	Το μεγα- λύτερο	Σημαντικό	Μερι- κές	Μικρό	Καθό- λου
Συνεχώς	διάστημα	διάστημα	φορές	διά- στημα	
▼	▼	▼	▼	▼	▼

- α. Αισθανόσαστε γεμάτος/γεμάτη ζωντάνια; 1 2 3 4 5 6
- β. Είχατε πολύ εκνευρισμό; 1 2 3 4 5 6
- γ. Αισθανόσαστε τόσο πολύ πεσμένος/πεσμένη ψυχολογικά, που τίποτε δεν μπορούσε να σας φτιάξει το κέφι; 1 2 3 4 5 6
- δ. Αισθανόσαστε ηρεμία και γαλήνη; 1 2 3 4 5 6
- ε. Είχατε πολλή ενεργητικότητα; 1 2 3 4 5 6
- στ. Αισθανόσαστε απελπισία και μελαγχολία; 1 2 3 4 5 6
- ζ. Αισθανόσαστε εξάντληση; 1 2 3 4 5 6
- η. Ησαστε ευτυχισμένος/ευτυχισμένη; 1 2 3 4 5 6
- θ. Αισθανόσαστε κούραση; 1 2 3 4 5 6

10. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, για πόσο χρονικό διάστημα επηρέασαν τις κοινωνικές σας δραστηριότητες (π.χ. επισκέψεις σε φίλους, συγγενείς, κλπ.) η κατάσταση της σωματικής σας υγείας ή κάποια συναισθηματικά προβλήματα;

Συνεχώς	Το μεγαλύτερο διάστημα	Μερικές φορές	Μικρό διάστημα	Καθόλου
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

11. Πόσο ΑΛΗΘΙΝΕΣ ή ΨΕΥΔΕΙΣ είναι οι παρακάτω προτάσεις στη δική σας περίπτωση;

Εντελώς Αλήθεια	Μάλλον Αλήθεια	Δεν ξέρω	Μάλλον Ψέμα	Εντελώς ψέμα
▼	▼	▼	▼	▼

- α. Μου φαίνεται ότι αρρωσταίνω λίγο ευκολότερα από άλλους ανθρώπους 1 2 3 4 5
- β. Είμαι τόσο υγιής όσο όλοι οι γνωστοί μου 1 2 3 4 5
- γ. Περιμένω ότι η υγεία μου θα χειροτερεύσει 1 2 3 4 5
- δ. Η υγεία μου είναι εξαιρετική 1 2 3 4 5

Η Νεφροπάθειά σας

12. Κατά πόσο η κάθε μία από τις ακόλουθες δηλώσεις είναι αλήθεια ή ψέματα:

	Συμφωνώ απολύτως	Συμφωνώ ως επί το πλείστον	Δεν γνωρίζω	Διαφωνώ ως επί το πλείστον	Διαφωνώ απολύτως
--	---------------------	----------------------------------	----------------	----------------------------------	---------------------

- α. Η νεφροπάθειά μου εμποδίζει τη ζωή μου σε υπερβολικό βαθμό..... 1..... 2..... 3..... 4..... 5
- β. Καταναλώνω υπερβολικά πολύ χρόνο στην προσπάθεια αντιμετώπισης της νεφροπάθειάς μου..... 1..... 2..... 3..... 4..... 5
- γ. Συχνά νευριάζω στην προσπάθεια αντιμετώπισης της ασθένειάς μου..... 1..... 2..... 3..... 4..... 5
- δ. Νιώθω πως είμαι βάρος στην οικογένειά μου..... 1..... 2..... 3..... 4..... 5

13. Οι ακόλουθες ερωτήσεις αφορούν το πώς αισθάνεστε και το πώς τα πήγατε τις περασμένες 4 εβδομάδες. Για κάθε ερώτηση επιλέξτε την απάντηση που αντιπροσωπεύει καλύτερα τον τρόπο που αισθάνεστε.

Τις τελευταίες 4 εβδομάδες πόσο χρόνο...

Καθόλου	Σπάνια	Ορισμένες φορές	Συχνά	Πολύ συχνά	Συνέχεια
▼	▼	▼	▼	▼	▼

- α. Απομονωθήκατε από τους γύρω σας;..... 1 2..... 3..... 4..... 5 6
- β. Αντιδράσατε με καθυστέρηση σε λόγια ή πράξεις των γύρω σας;..... 1 2..... 3..... 4..... 5 6
- γ. Συμπεριφερθήκατε στους γύρω σας με εκνευρισμό;..... 1 2..... 3..... 4..... 5 6
- δ. Δυσκολευθήκατε να οργανώσετε τις σκέψεις σας ή να συγκεντρωθείτε;..... 1 2..... 3..... 4..... 5 6
- ε. Είχατε καλές σχέσεις με τους γύρω σας;..... 1 2..... 3..... 4..... 5 6
- στ. Νιώσατε σαστισμένοι;..... 1 2..... 3..... 4..... 5 6

14. Τις περασμένες 4 εβδομάδες κατά πόσο ενοχληθήκατε από τα ακόλουθα:

	Δεν ενοχλήθηκ α καθόλου	Ενοχλήθηκ α κάπως	Ενοχλήθηκ α μέτρια	Ενοχλήθηκ α πάρα πολύ	Ενοχλήθηκ α υπερβολικά
α. Πόνους στους μύες;	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
β. Πόνους στο στήθος;	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
γ. Κράμπες;	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
δ. Φαγούρα στο δέρμα;	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
ε. Ξηρό δέρμα;	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
στ. Λαχάνιασμα;	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
ζ. Λιποθυμία ή ζαλάδα;	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
η. Έλλειψη όρεξης;	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
θ. Εξασθένηση ή υπερβολική κόπωση;	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
ι. Μούδιασμα στα χέρια ή στα πόδια;	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
ια. Ναυτία ή στομαχικές διαταραχές;	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
ι (Μόνο για ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση) Προβλήματα με το σημείο φλεβοκέντησης;	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
ιγ (Μόνο για ασθενείς που υποβάλλονται σε περιτοναϊκή αιμοδιάλυση) Προβλήματα με τη θέση του καθετήρα σας;	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Σελίδα 9

Οι Επιδράσεις της Νεφροπάθειας στην Καθημερινή Σας Ζωή

15. Ορισμένοι ενοχλούνται από τις επιπτώσεις της νεφροπάθειας στη καθημερινή τους ζωή ενώ άλλοι όχι. Κατά πόσο επιηρεάζει αρνητικά η νεφροπάθεια τους ακόλουθους τομείς της ζωής σας:

	Καθόλου	Κάπως	Μέτρια	Πάρα πολύ	Εξαιρετικά πολύ
α. Περιορισμός υγρών;	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
β. Περιορισμοί στη διατροφή;	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
γ. Την ικανότητά σας να κάνετε δουλειές στο σπίτι;	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
δ. Την ικανότητά σας να ταξιδεύετε;	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
ε. Εξάρτηση από γιατρούς και ιατρικό προσωπικό;	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
στ. Άγχος ή ανησυχίες λόγω της νεφρικής ασθένειάς σας;	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
ζ. Τη σεξουαλική σας ζωή;	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
η. Την προσωπική εμφάνισή σας;	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

16. Οι δύο ακόλουθες ερωτήσεις είναι αρκετά προσωπικές και αφορούν τη σεξουαλική σας δραστηριότητα. Οι απαντήσεις σας ωστόσο είναι ιδιαίτερα σημαντικές προκειμένου να καταλάβουμε πώς επηρεάζει η νεφροπάθεια τη ζωή των ασθενών.

Κατά πόσο αποτέλεσε πρόβλημα καθένα από τα παρακάτω τις περασμένες 4 εβδομάδες:

Κανένα πρόβλημα	Μικρό πρόβλημα	Μέτριο πρόβλημα	Μεγάλο πρόβλημα	Σοβαρό πρόβλημα
-----------------	----------------	-----------------	-----------------	-----------------

- α. Σεξουαλική ευχαρίστηση:..... ₁..... ₂..... ₃..... ₄..... ₅
- β. Σεξουαλική διέγερση:..... ₁..... ₂..... ₃..... ₄..... ₅

17. Στην επόμενη ερώτηση παρακαλούμε βαθμολογήσετε τον ύπνο σας από 0 έως 10. Το 0 αντιστοιχεί σε “πολύ άσχημο” και το 10 σε “πολύ καλό”.

Αν πιστεύετε ότι ο ύπνος σας είναι ακριβώς στη μέση μεταξύ “πολύ άσχημου” (0) και “πολύ καλού” (10) τότε σημειώστε το τετράγωνο κάτω από το 5. Αν πιστεύετε ότι ο ύπνος σας είναι ένα βαθμό καλύτερος από το 5, τότε σημειώστε το τετράγωνο κάτω από το 6. Αν πιστεύετε πως είναι ένα βαθμό χειρότερος από το 5, τότε σημειώστε το τετράγωνο κάτω από το 4 και ούτω καθεξής.

Σε κλίμακα από 0 έως 10, τι βαθμό θα δίνετε για τον ύπνο σας συνολικά; [Σημειώστε X ☒ σε ένα από τα τετράγωνα]

Πολύ άσχημος											Πολύ καλός
▼											▼
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

18. Τις περασμένες 4 εβδομάδες πόσο συχνά ...

Ποτέ	Σπάνια	Ορισμένες φορές	Συχνά	Πολύ συχνά	Συνέχεια
▼	▼	▼	▼	▼	▼

- α. Ξυπνήσατε κατά τη διάρκεια της νύχτας και δυσκολευτήκατε να ξανακοιμηθείτε; 1 2 3 4 5 6
- β. Κοιμηθήκατε όσο χρειαζόσασταν 1 2 3 4 5 6
- γ. Δυσκολευτήκατε να κρατηθείτε ξύπνιοι κατά τη διάρκεια της ημέρας; 1 2 3 4 5 6

19. Όσον αφορά την οικογένεια και τους φίλους σας, πόσο ικανοποιημένος /η είστε με...

Πολύ δυσανεστημ ένος/η	Λίγο δυσανεστημ ένος/η	Λίγο ευχαριστημέ νος/η	Πολύ ευχαριστημέ νος/η
▼	▼	▼	▼

- α. Το χρόνο που μπορείτε να περάσετε με την οικογένεια και τους φίλους σας; 1 2 3 4
- β. Την υποστήριξη που σας προσφέρουν η οικογένεια και οι φίλοι σας; 1 2 3 4

20. Τις περασμένες 4 εβδομάδες εργαστήκατε σε αμοιβόμενη εργασία;

Ναι	Όχι
▼	▼
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

21. Η κατάσταση της υγείας σας σας εμποδίζει να εργασθείτε σε αμοιβόμενη εργασία;

Ναι	Όχι
▼	▼
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

22. Συνολικά, πώς θα βαθμολογούσατε την υγεία σας;

Χείριστη (σα να πεθαίνω ή και χειρότερα)	Μεταξύ της χειρότερης και καλύτερης					Καλύτερη δυνατή				
▼					▼					▼
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ικανοποίηση με την περίθαλψη

23. Αναλογιστείτε την περίθαλψη που σας παρέχεται για την αιμοκάθαρση. Όσον αφορά το πόσο ευχαριστημένοι είστε, πώς θα περιγράφατε την φιλικότητα και το ανθρώπινο ενδιαφέρον που σας δείχνει το προσωπικό, εσάς ως άτομο;

Πολύ άσχημο	Άσχημο	Ικανοποιητικό	Καλό	Πολύ καλό	Υπέροχο	Άριστο
▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7

24. Κατά πόσο οι ακόλουθες προτάσεις είναι αλήθεια ή ψέματα:

Συμφωνώ απολύτως	Συμφωνώ ως επί το πλείστον	Δεν γνωρίζω	Διαφωνώ ως επί το πλείστον	Διαφωνώ απολύτως
▼	▼	▼	▼	▼

- α. Το προσωπικό αιμοκάθαρσης με ενθαρρύνει να είμαι όσο πιο ανεξάρτητος/η γίνεται 1 2 3 4 5
- β. Το προσωπικό αιμοκάθαρσης με στηρίζει στην αντιμετώπιση της ασθένειάς μου 1 2 3 4 5

**Σας παρακαλούμε ν'απαντήσετε
σ'αυτές τις ερωτήσεις!**

Κλίμακα Hads

Διαβάστε κάθε παρακάτω ερώτημα και υπογραμμίστε την απάντηση η οποία είναι πλησιέστερη στα συναισθήματά σας της προηγούμενης εβδομάδας. Αγνοήστε τους αριθμούς οι οποίοι είναι τυπωμένοι στο περιθώριο του ερωτηματολογίου.

Μην προβληματίζεστε πολύ για τις απαντήσεις σας, η άμεση ανταπόκρισή σας σε κάθε ένα από τα ερωτήματα θα είναι πιθανότατα αντιπροσωπευτικότερη από μια μακρόχρονη και αναλυμένη απάντηση.

A

Νιώθω ανήσυχος ή τρομαγμένος

- 3 Τον περισσότερο καιρό
- 2 Πολύ καιρό
- 1 Από καιρό σε καιρό, περιστασιακά
- 0. Καθόλου

Αντιμετωπίζω κάποιο συναίσθημα φόβου σαν να πρόκειται κάτι τρομακτικό να συμβεί

- 3 Ακριβώς, μάλιστα σε σοβαρό βαθμό
- 2 Ναι, αλλά όχι τόσο σοβαρά
- 1 Ελάχιστα, αλλά δεν μ' ανησυχεί
- 0 Καθόλου

Ανήσυχες σκέψεις περνούν από το μυαλό μου

- 3 Πάρα πολύ καιρό
- 2 Πολύ καιρό
- 1 Όχι τόσο συχνά
- 0 Πολύ λίγο

Μπορώ να κάθομαι άνετα και να νιώθω χαλαρωμένος

- 0 Ακριβώς
- 1 Συνήθως
- 2 Όχι συχνά
- 3 Καθόλου

Αντιμετωπίζω κάποιο συναίσθημα φόβου σαν να έχω «πεταλούδες» στο στομάχι μου

- 0 Καθόλου
- 1 Περιστασιακά
- 2 Αρκετά συχνά
- 3 Πολύ συχνά

Νιώθω νευρικός κι ανήσυχος, σαν να πρέπει συνέχεια να κινούμαι

- 3 Μάλιστα σε πολύ μεγάλο βαθμό
- 2 Σε αρκετά μεγάλο βαθμό
- 1 Όχι σε τόσο μεγάλο βαθμό
- 0 Καθόλου

Αντιμετωπίζω αιφνίδια συναισθήματα πανικού

- 3 Πράγματι πολύ συχνά
- 2 Αρκετά συχνά
- 1 Όχι τόσο συχνά
- 0 Καθόλου

D

Εξακολουθώ να απολαμβάνω τα πράγματα που συνήθιζα να απολαμβάνω

- 0 Σαφέστατα, στον ίδιο βαθμό
- 1 Όχι στον ίδιο βαθμό
- 2 Λίγο μόνο
- 3 Καθόλου

Μπορώ να γελώ και να βλέπω τη χαρωπή όψη των πραγμάτων

- 0 Βεβαίως, έτσι όπως πάντα μπορούσα
- 1 Μάλλον όχι τόσο, όπως στο παρελθόν
- 2 Σίγουρα όχι τώρα τόσο πολύ
- 3 Καθόλου

Νιώθω κεφάλτος

- 3 Ποτέ
- 2 Όχι συχνά
- 1 Μερικές φορές
- 0 Τον περισσότερο καιρό

Νιώθω σαν να έχουν πέσει οι ρυθμοί μου

- 3 Σχεδόν όλο τον καιρό
- 2 Πολύ συχνά
- 1 Μερικές φορές
- 0 Καθόλου

Έχασα το ενδιαφέρον για την εμφάνισή μου

- 3 Ακριβώς
- 2 Δεν τη φροντίζω όσο θα έπρεπε
- 1 Ίσως δεν την φροντίζω όσο θα έπρεπε
- 0 Την φροντίζω όπως πάντοτε

Προσμένω με χαρά διάφορα πράγματα

- 0 Τόσο όπως και στο παρελθόν
- 1 Μάλλον λιγότερο από όσο συνήθιζα
- 2 Σίγουρα λιγότερο από ότι συνήθιζα
- 3 Καθόλου

Μπορώ να απολαμβάνω ένα ενδιαφέρον βιβλίο ή ένα ραδιοφωνικό/τηλεοπτικό πρόγραμμα

- 0 Συχνά
- 1 Μερικές φορές
- 2 Όχι συχνά
- 3 Πολύ σπάνια

Τώρα ελέγξτε ότι έχετε απαντήσει σε όλες τις ερωτήσεις

ΣΥΝΟΛΟ

A	D
---	---