



ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

**«ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ – ΠΡΟΛΗΨΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ
ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ»**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΓΕΝΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΒΑΣΙΚΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ
ΠΕΠΟΙΘΗΣΕΩΝ ΣΕ ΣΥΝΑΡΤΗΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ
ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ»**

ΓΕΩΡΓΙΑ Σ. ΠΑΝΑΓΙΩΤΟΠΟΥΛΟΥ

***Επιβλέπουσα:* Μ. ΤΖΙΝΙΕΡΗ-ΚΟΚΚΩΣΗ, Επίκουρη Καθηγήτρια
Κλινικής Ψυχολογίας της Ιατρικής Σχολής του ΕΚΠΑ**

ΑΘΗΝΑ

ΙΟΥΝΙΟΣ 2017

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΓΕΝΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΒΑΣΙΚΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ
ΠΕΠΟΙΘΗΣΕΩΝ ΣΕ ΣΥΝΑΡΤΗΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ
ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ»**

Γεωργία Σ. Παναγιωτοπούλου

A.M.:2014756

Επιβλέπουσα: Μ. ΤΖΙΝΙΕΡΗ-ΚΟΚΚΩΣΗ, Επίκουρη Καθηγήτρια
Κλινικής Ψυχολογίας της Ιατρικής Σχολής του ΕΚΠΑ

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Μ. ΤΖΙΝΙΕΡΗ-ΚΟΚΚΩΣΗ (Επιβλέπουσα)

Επίκουρη Καθηγήτρια Κλινικής Ψυχολογίας της Ιατρικής Σχολής του ΕΚΠΑ

Θ. ΠΑΠΑΡΡΗΓΟΠΟΥΛΟΣ

Αναπληρωτής Καθηγητής Ψυχιατρικής της Ιατρικής Σχολής του ΕΚΠΑ

Ε. ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΟΥ

Κοινωνιολόγος, Α' Ψυχιατρική Κλινική ΕΚΠΑ, Διδάκτωρ ΕΚΠΑ

Αθήνα
Ιούνιος 2017

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Υπάρχουν σημαντικές ενδείξεις ότι η αιμοκάθαρση σε έδαφος ΧΝΑ επηρεάζει σημαντικά την αυτοαναφερόμενη ποιότητα ζωής (ΠΖ) των ασθενών.

Σκοπός: Η διερεύνηση των επιπέδων και των συσχετίσεων ανάμεσα στην αυτοαναφερόμενη γενική υγεία, τις πεπτοιθήσεις για τον εαυτό-κόσμο-μέλλον, τις πεπτοιθήσεις εσωτερικής ή εξωτερικής εστίασης ελέγχου για την υγεία με το επίπεδο ποιότητας ζωής, σε δείγμα αιμοκαθαιρόμενων ασθενών.

Υλικό – Μέθοδος: 55 ασθενείς με ΧΝΑ που υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση σε δημόσια Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, κατά το χρονικό διάστημα από 01/06/2016 έως 30/11/2016. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση των ερωτηματολογίων Γενικής Υγείας (GHQ- 28), Δυσλειτουργικών Πεπτοιθήσεων (DPQ), εστίασης ελέγχου για την υγεία (HLC), ΠΖ (WHOQoL-BREF), Ειδικό ερωτηματολόγιο για νεφροπαθείς ασθενείς εκτίμησης της Σχετιζόμενης-με-την-υγεία-ποιότητας ζωής, ΣΥΠΖ (KDQOL-SF™), καθώς και τη συλλογή δημογραφικών στοιχείων.

Αποτελέσματα: Από το δείγμα των 55 ασθενών, 30 είναι άνδρες και 25 γυναίκες με μέση ηλικία τα 49 έτη, η πλειονότητα (63.5%) των οποίων υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση >5 έτη. Το 58,2% των ασθενών έχει νοσηλευτεί τουλάχιστον μία φορά λόγω της ΧΝΑ και εμφανίζει υψηλή συννοσηρότητα (50,9%). Τα ποσοστά ανίχνευσης δυσλειτουργιών κυμαίνονται από 21,8% (Αυτοεκτίμηση & Κοινωνικότητα) έως 32,7% (Δημιουργικότητα). Η εσωτερική εστίαση για την υγεία είναι εκείνη η παράμετρος που επηρεάζει περισσότερο τις πεπτοιθήσεις των ασθενών του δείγματος αναφορικά με τον εαυτό-κόσμο-μέλλον. Ποσοστό (9,1%) αξιολογούν την ΠΖ τους ως κακή ή πολύ κακή και δηλώνουν σε ποσοστό 10,9% ότι δεν είναι καθόλου ικανοποιημένοι από την υγεία τους. Σε υψηλό ποσοστό όμως (76,3%) δηλώνουν μέτρια ή καλή υγεία και ένας στους δύο (52,7%) δηλώνει καλή ή πολύ καλή ΠΖ. Η επεξεργασία των δεδομένων της μελέτης ανέδειξε μια σειρά παραγόντων που επηρεάζουν την αυτοαναφερόμενη ΠΖ. Τα σωματικά συμπτώματα και η εμφάνιση επιπλοκών, η κοινωνική και σεξουαλική λειτουργικότητα, η ψυχοσυναισθηματική κατάσταση (επίπεδο άγχους & κατάθλιψης) και ο βαθμός εσωτερικής εστίασης για την υγεία,

σύμφωνα με τα μοντέλα παλινδρόμησης της μελέτης μας, φαίνεται να είναι από τους κυριότερους προσδιοριστές της.

Συμπέρασμα: διαπιστώθηκε ότι η ΠΖ των ασθενών με ΧΝΑ που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση είναι μέτρια προς αρκετά καλή ανάλογα με τις αξιολογούμενες διαστάσεις της, αλλά σε κάθε περίπτωση υπολείπεται του Ελληνικού γενικού πληθυσμού. Διαφαίνεται η επιρροή βιο-ψυχο-κοινωνικών παραγόντων στην εκτίμηση των ασθενών ως προς την ΠΖ τους.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ: Ποιότητα ζωής, Χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, Αιμοκάθαρση, Γενική Υγεία, Πεπειθήσεις για τον εαυτο-κόσμο-μέλλον, εστίαση ελέγχου για την υγεία

ABSTRACT

Introduction: There is considerable evidence that hemodialysis in CRF patients significantly affects their self-reported quality of life (QOL).

Purpose: To investigate the level and correlations between self-reported general health, beliefs about the-world-future-self, the internal or external beliefs about health with quality of life, in a sample of hemodialysis patients.

Material - Methods: 55 patients with CRF undergoing hemodialysis in public Dialysis Unit during the period from 01/06/2016 to 11/30/2016. Data collection was performed using questionnaires: General Health Questionnaire (GHQ- 28), Dysfunctional Preconceptions Questionnaire (DPQ), Health Locus of Control (HLC), WHOQoL-BREF questionnaire, KDQOL-SF TM - Greek Version, and demographic data.

Results: Of the 55 patients 30 are men and 25 women with a mean age of 49 years. The 58.2% of the patients have been hospitalized at least once and exhibits high comorbidity (50.9%). The malfunction detection rates were ranging from 21.8% (Self-esteem & Social) to 32.7% (Creativity). The internal locus of control for health is one parameter that most affects the beliefs of patients regarding self-world-future. 9.1% evaluate their QOL as poor or very poor and 10.9% indicated not satisfied with their health. A high percentage (76.3%) reported moderate or good health and one in two (52.7%) assessed QoL as good or very good QOL. Data analysis revealed a number of factors affecting self-reported QoL. Somatic symptoms and complications, social and sexual functioning, the psycho-emotional state (anxiety and depression level) and the degree of internal locus of control on health, according to the regression models applied, it appears to be the main determinants of QoL.

Conclusion: QOL of patients with CRF on dialysis is moderate to good enough, depending on the rated dimensions, while in any case is lower than the Greek general population. It appears that different bio-psycho-social factors may affect patients' evaluations of their QoL.

KEYWORDS: Quality of life, Chronic renal deficiency, Hemodialysis, General Health, Beliefs about self-world-future, internal and external locus of control,

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	8
Ευχαριστίες	9
Α. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	10
1. ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ (Χ.Ν.Α.).....	10
α. Ορισμός Χρόνιας Νεφρικής Ανεπάρκειας - Παθοφυσιολογία.....	10
β. Επιδημιολογικά δεδομένα	13
γ. Θεραπεία της νόσου.	14
2. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ Χ.Ν.Α.	16
α. Ερευνητικά δεδομένα.....	16
β. Εργαλεία εκτίμησης της ΠΖ σε ασθενείς με ΧΝΑ	19
γ. Παράγοντες επιρροής της ΠΖ.....	22
δ. Η συμβολή των ατομικών πεποιθήσεων στη ΧΝΑ.....	26
3. ΠΡΟΣΑΡΜΟΣΤΙΚΟΤΗΤΑ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ Χ.Ν.Α ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ	27
Α. Βελτίωση της συνεργασίας-συμμόρφωσης με τη θεραπεία της ΧΝΑ.....	29
Β. Αντιμετώπιση των βιολογικών συμπτωμάτων και επιπλοκών της νόσου.....	33
Γ. Έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση ψυχοσυναισθηματικών διαταραχών που σχετίζονται με τη ΧΝΑ και τη βελτίωση της ΠΖ, της προσαρμογής και της ευεξίας	36
Δ. Αντιμετώπιση των προβλημάτων προσβασιμότητας σε υπηρεσίες υγείας και οικονομικών περιορισμών της νόσου	38
Ε. Ενίσχυση του υποστηρικτικού οικογενειακού και κοινωνικού περιβάλλοντος..	39
Β. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	41
1. ΥΠΟΒΑΘΡΟ ΜΕΛΕΤΗΣ.....	41
2. ΣΚΟΠΟΣ	43
3. ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ.....	44
α. Δείγμα Μελέτης.....	44
β. Συλλογή δεδομένων – Εργαλεία μελέτης	45
γ. Στατιστική ανάλυση	50
4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	52
6. ΣΥΖΗΤΗΣΗ	74
6. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ.....	85
7. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	85
8. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	87
Γ. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	89
Δ. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	103

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ

Πίνακας 1: Δημογραφικά Χαρακτηριστικά δείγματος.....	σελ 52
Πίνακας 2: Κλινικά χαρακτηριστικά & παράμετροι αιμοκάθαρσης.....	σελ 54
Πίνακας 3: Εργαστηριακές τιμές.....	σελ 55
Πίνακας 4: Αυτοαναφερόμενος βαθμός τήρησης-συμμόρφωσης.....	σελ 56
Πίνακας 5: Αποτελέσματα μετρήσεων με την Κλίμακα GHQ-28.....	σελ 57
Πίνακας 6: Αποτελέσματα μετρήσεων με την Κλίμακα DPQ.....	σελ 58
Πίνακας 7: Βαθμολόγηση Κλίμακας KDQOL-SF™.....	σελ 64
Πίνακας 8: Συσχέτιση (έλεγχος συνδιασποράς) μεταξύ Κλίμακας WHOQOL-Bref και GHQ-28.....	σελ 65
Πίνακας 9: Συσχέτιση (έλεγχος συνδιασποράς) μεταξύ Κλίμακας WHOQOL-Bref και Κλίμακας DPQ.....	σελ 67
Πίνακας 10: Συσχέτιση (έλεγχος συνδιασποράς) μεταξύ Κλίμακας WHOOL-Bref και Κλίμακας MHLC.....	σελ 67
Πίνακα 11: Έλεγχος συνδιακύμανσης της Κλίμακας WHOQOL με την Κλίμακα KDQoL.....	σελ 69
Πίνακας 12: Αποτελέσματα πολλαπλής βηματικής γραμμικής παλινδρόμησης προσδιοριστών της ΠΖ (Κλίμακα WHOQOL-Bref).....	σελ 72

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

Γράφημα 1: Έλεγχος κανονικότητας Κλίμακας WHOQoL-Bref – με γραφήματα Q-Q plots.....σελ 60
Γράφημα 2: Απεικόνιση της συνδιασποράς των Κλιμάκων WHOQoL & GHQ-28 ανά φύλο.....σελ 66
Γράφημα 3: Απεικόνιση της συνδιασποράς των Κλιμάκων WHOQoL & MHLC ανά φύλο.....σελ 68
Γράφημα 4: Αποτύπωση της θετικής συνδιακύμανσης παραμέτρων της Κλίμακας WHOQoL με την Κλίμακα KDQoL-SF ανά φύλο..... σελ 71

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Έναυσμα για την εκπόνηση της παρούσας μελέτης στα πλαίσια του μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών «Προαγωγή Ψυχικής Υγείας-Πρόληψη Ψυχιατρικών Διαταραχών» αποτέλεσε η πολυετής επαγγελματική μου ενασχόληση στο τμήμα Τεχνητού Νεφρού στο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό». Στο τμήμα αυτό παρέχουμε θεραπευτικές επιλογές σε ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια. Ως χρόνια νεφρική ανεπάρκεια (ΧΝΑ) ορίζεται η προοδευτική, μη αναστρέψιμη μείωση της νεφρικής λειτουργίας που προκαλείται από βλάβη των νεφρών ποικίλης αιτιολογίας.

Σήμερα, στη διεθνή βιβλιογραφία αναγνωρίζεται η σημαντική επίδραση της ΧΝΑ στον τρόπο ζωής των ασθενών εξαιτίας των σοβαρών συμπτωμάτων της νόσου, αλλά και των επιπτώσεων στην καθημερινότητα και την σωματική κατάσταση του ασθενούς εξαιτίας των θεραπευτικών τεχνικών και επιλογών για την αντιμετώπιση της σε κάθε στάδιο της νόσου. Αναφορικά με τη θεραπεία, απαιτείται από τους ασθενείς ένα καλό επίπεδο φυσικής και ψυχοσυναισθηματικής κατάστασης. Να σημειωθεί ότι υπάρχουν σημαντικές ενδείξεις ότι η αιμοκάθαρση σε έδαφος ΧΝΑ επηρεάζει σημαντικά την αυτοαναφερόμενη ποιότητα ζωής των ασθενών, αλλά και οι γνωστικές αναπαραστάσεις και οι πεπτοιθήσεις αναφορικά με τον εαυτό, τη νόσο και τη θεραπεία και τους περιορισμούς φαίνεται σε κάποιο βαθμό να επηρεάζουν την αυτοεκτιμώμενη Ποιότητα Ζωής (ΠΖ) και την ψυχική υγεία.

Ως εκκίνηση για την παρούσα μελέτη είναι η επιθυμία μου να συμβάλλω στη διερεύνηση αναφορικά με την πιθανή επίδραση ορισμένων παραγόντων στην ποιότητα ζωής των ασθενών με ΧΝΑ, καθώς η ποιότητα ζωής αποτελεί

επιπλέον σημαντική ένδειξη εκτίμησης της ικανοποίησης των ασθενών ως προς την παρεχόμενη φροντίδα.

Η παρούσα μελέτη, έλαβε χώρα στο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών Λαϊκό με ασθενείς που υποβλήθηκαν σε αιμοκάθαρση κατά το διάστημα από 01/06/2016 έως 30/11/2016 και πληρούσαν τα κριτήρια εισαγωγής.

Ευχαριστίες

Θα ήθελα ολόψυχα να ευχαριστήσω την καθηγήτριά μου, κα Μ. Τζινιέρη-Κοκκώση, οποία με στήριξε και με καθοδήγησε στην εκπόνηση της διπλωματικής μου εργασίας. Επίσης, ευχαριστώ πολύ το οικογενειακό μου περιβάλλον που με στήριξε συναισθηματικά καθ' όλη τη διάρκεια του ΜΠΣ. Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω την Προϊσταμένη της MTN του Γ.Ν.Α. «Λαϊκό» κα Ι. Κατωχιανού για την ανιδιοτελή βοήθεια της και την ηθική συμπαράσταση, καθώς και όλους τους αιμοκαθαρόμενους ασθενείς χωρίς την βοήθεια των οποίων η παρούσα μελέτη δεν θα ήταν εφικτή. Η διπλωματική αυτή εργασία είναι αφιερωμένη στους αγαπημένους μου φίλους Αγγελική και Κωνσταντίνο για την υποστήριξή τους στη συγγραφή της.

A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Στο Γενικό μέρος της διπλωματικής αυτής εργασίας αναπτύσσονται οι βασικές παρακάτω ενότητες:

- ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ (Χ.Ν.Α.) & ΘΕΡΑΠΕΙΑ Χ.Ν.Α.
- ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ Χ.Ν.Α.
- ΠΡΟΣΑΡΜΟΣΤΙΚΟΤΗΤΑ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ Χ.Ν.Α ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ

1. ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ (Χ.Ν.Α.)

α. Ορισμός Χρόνιας Νεφρικής Ανεπάρκειας - Παθοφυσιολογία

Ως Χρόνια νεφρική ανεπάρκεια (ΧΝΑ) ορίζεται η προοδευτική, γενικά μη αναστρέψιμη μείωση της νεφρικής λειτουργίας που προκαλείται από βλάβη του νεφρού ποικίλης αιτιολογίας (πρωτοπαθή νεφρικά νοσήματα, συστηματικές παθήσεις, συγγενείς νεφρικές παθήσεις) και αποτελεί μείζων πρόβλημα υγείας. Η ΧΝΑ, σύμφωνα με τα διεθνή στοιχεία, σχετίζεται με αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα και έχει σημαντικές επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής των ασθενών (Griva K, Newman S. 2007; Λένη και συν., 2013). Σημειώνεται ότι η ΧΝΑ στα πρώτα της στάδια μπορεί να παραμένει ασυμπτωματική για αρκετά μεγάλο διάστημα (Brunner, Suddarth, 2009).

Τα συμπτώματα της νόσου συνήθως περιλαμβάνουν: ανορεξία, ναυτία και έμετο, στοματίτιδα, νυκτουρία, ακράτεια, κόπωση, πετέχιες, χαμηλή πνευματική απόδοση, μυαλγίες και κράμπες, κατακράτηση νερού, υποσιτισμό, έλκη στον γαστρεντερικό σωλήνα και αιμορραγίες, περιφερικές νευροπάθειες και επιληπτικές κρίσεις. Η διάγνωση τίθεται μετά από την εργαστηριακή εξέταση της

νεφρικής λειτουργίας, συχνά ακολουθούμενη και από νεφρική βιοψία (Jayawardene, & Ackland, 2007). Η θεραπεία προσανατολίζεται με άξονα την παθοφυσιολογία της αρχικής βλάβης, αλλά και στον έλεγχο των υγρών και ηλεκτρολυτών, στην παροχή ερυθροποιητίνης για την αναιμία και συχνά στην αιμοδιήθηση ή και στην μεταμόσχευση νεφρού (Terril, 2002).

Η ΧΝΑ αποτελεί την κοινή κατάληξη των περισσότερων νεφροπαθειών. Σε αυτές συμπεριλαμβάνονται η σπειραματονεφρίτιδα, η διάμεση νεφρίτιδα (κυρίως νεφροπάθεια από αναλγητικά), η υποτροπιάζουσα πυελονεφρίτιδα, οι πολυκυστικοί νεφροί και η διαβητική και αγγειακή νεφροπάθεια (McCrary, 2008, Μάτζιου, 2009).

Η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια αξιολογείται με το ρυθμό σπειραματικής διήθησης (Glomerular Filtration Rate, GFR), ο οποίος πρακτικά εκτιμά την ικανότητα του νεφρού να φιλτράρει το αίμα. Οι φυσιολογικές τιμές του GFR, είναι για τους άντρες 85 – 125 ml/min/1,73m² και για τις γυναίκες 75 – 115 ml/min/1,73m². Στην κλινική πράξη για την εκτίμηση του GFR χρησιμοποιείται η μέτρηση της κάθαρσης της κρεατινίνης.

Διακρίνεται σε πέντε στάδια, τα οποία ξεκινούν από τη νεφρική βλάβη με φυσιολογικό ρυθμό σπειραματικής διήθησης μέχρι τη νεφρική ανεπάρκεια, όπου ο ασθενής χρειάζεται εξωνεφρική κάθαρση ή μεταμόσχευση νεφρού. Στα αρχικά στάδια της νόσου τα συμπτώματα είναι ήπια και εξελίσσονται προοδευτικά με την επιδείνωση της νόσου. Οι αλλαγές συνήθως εμφανίζονται με προβλέψιμο τρόπο, όμως συχνά οι ατομικές ιδιαιτερότητες παίζουν το σημαντικότερο ρόλο για την πρόγνωση του κάθε ασθενή ξεχωριστά (Conwayetal, 2009).

Το στάδιο της νόσου προσδιορίζεται βασιζόμενο στο ρυθμό σπειραματικής διήθησης (δηλαδή από το επίπεδο νεφρικής λειτουργίας) ανεξάρτητα από την αιτία (σύμφωνα με τη διεθνή σταδιοποίηση της ΧΝΑ), και η οποία φαίνεται στην παρακάτω κατάταξη:

Στάδιο 1ο: νεφρική βλάβη με μειωμένο ή αυξημένο GFR > 90 ml/min/1,73 m²

Στάδιο 2ο: μικρή μείωση του GFR: 60 - 89 ml/min/1,73 m²

Στάδιο 3ο: μέτρια μείωση του GFR: 30 - 59 ml/min/1,73 m²

Στάδιο 4ο: σημαντική μείωση του GFR: 15 - 29 ml/min/1,73 m²

Στάδιο 5ο: νεφρική ανεπάρκεια - με τιμή του GFR < 15 ml/min/1,73 m²

Όμως, για να οριστεί ότι ένας ασθενής βρίσκεται στο στάδιο 1 και 2 της ΧΝΑ δεν αρκεί η μέτρηση της τιμής του ρυθμού σπειραματικής διήθησης, αλλά απαιτούνται και άλλες ενδείξεις. Τα συμπτώματα εμφανίζονται κυρίως στα στάδια 4 και 5 (<https://www.kidney.org/>).

Οι ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο θα πρέπει να εκτιμώνται για να καθορισθούν τα παρακάτω (KDIGO, 2009):

- Διάγνωση
- Συννοσηρότητα
- Σοβαρότητα με βάση το επίπεδο της νεφρικής λειτουργίας
- Επιπλοκές, σχετιζόμενες με το επίπεδο της νεφρικής λειτουργίας
- Κίνδυνος απώλειας νεφρικής λειτουργίας
- Κίνδυνος για καρδιαγγειακή νόσο

Παρά την ποικιλία των αιτίων που προκαλούν ΧΝΑ, το τελικό αποτέλεσμα είναι το ίδιο, δηλαδή το ουραιμικό σύνδρομο, με τη ρυθμιστική και βιοσυνθετική

ανεπάρκεια να έχουν μεγάλη σημασία για την κατανόηση των πολυοργανικών διαταραχών της ΧΝΑ (Conwayetal, 2009). Σημειώνεται όμως ότι παράλληλα υπάρχουν πολλά αίτια οξείας συμπτωματικής επιδείνωσης στους ασθενείς με ΧΝΑ, εκτός από την ουραιμία (υπονατριαιμία, συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια, υπερτασική εγκεφαλοπάθεια, τοξική δράση φαρμάκων κα). Έτσι, είναι πιθανό ο ασθενής να χρειάζεται ειδική αντιμετώπιση για να αποφύγει την πρόωμη έναρξη της χρόνιας εξωνεφρικής κάθαρσης (Chapinetal,2010).

β. Επιδημιολογικά δεδομένα.

Η επίπτωση και η συχνότητα εμφάνισης της ΧΝΑ, αυξάνεται συνεχώς παγκοσμίως και συσχετίζεται με πολύ σοβαρές επιπτώσεις και χαμηλό προσδόκιμο ζωής. Σε παγκόσμιο επίπεδο το 2007, 1,5 εκατ. ασθενών υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση, ενώ στα έτη 1990 και 2000 ήταν 426.000 και 1.065.000 αντίστοιχα. Σύμφωνα με την Εθνική έρευνα για τη διατροφή και την υγεία των ΗΠΑ για το 1999-2004, στη χώρα αυτή η ΧΝΑ φτάνει το 15.3% του πληθυσμού (Whaley-Connelletal,2008).

Στην Ευρώπη υπολογίζεται ότι το 2002 περίπου 360.000 ασθενείς υποβάλλονταν σε θεραπεία υποκατάστασης και από αυτούς 66% έκαναν αιμοκάθαρση και οι υπόλοιποι ζούσαν με ενεργό νεφρικό μόσχευμα, ενώ στα 25 κράτη της Ενωμένης Ευρώπης περίπου 63.000 ασθενείς τον χρόνο εντάσσονταν σε αιμοκάθαρση. Πρόσφατη πολυκεντρική μελέτη σε 13 Ευρωπαϊκές χώρες υποδεικνύει ότι υπάρχει μεγάλη διακύμανση των ποσοστών της ΧΝΑ ανά χώρα. Η σοβαρή ΧΝΑ (στάδια 3-5) εμφανίζει συχνότητα που κυμαίνεται από 1-5.9%. Ανεξάρτητα σταδίου η συχνότητα της εμφανίζει ακόμη μεγαλύτερη διακύμανση που κυμαίνεται μεταξύ 3.31% (Νορβηγία) έως 17.3% (Γερμανία). Ανάλογη διακύμανση για τη σοβαρή ΧΝΑ (στάδια 3-5) εμφανίζεται

στην Αμερική και την Ασία με τη συχνότητα να κυμαίνεται μεταξύ 4.8% - 11.8% και 1.1% - 3.8% αντίστοιχα (Brück et al, 2015).

Στην Ελλάδα σήμερα υπάρχουν 137 μονάδες τεχνητού νεφρού (90 κρατικές, 47 ιδιωτικές) και μέχρι τις 31.12.2005 υποβάλλονταν σε εξωνεφρική κάθαρση συνολικά 8.636 ασθενείς. Από αυτούς οι 1978 ήταν νέοι ασθενείς που εντάχθηκαν σε θεραπεία κατά τη διάρκεια του 2005. Ο αριθμός αυτός ήταν περίπου διπλάσιος των ασθενών που έκαναν αιμοκάθαρση πριν δέκα χρόνια, στη διάρκεια των οποίων παρατηρήθηκε μία ετήσια αύξηση που κυμάνθηκε από 5%-8% (Τσακίρης, 2010). Στην Ελλάδα ο αριθμός των ζώντων ασθενών (δεξαμενή ασθενών) και των νέων ασθενών που αρχίζουν θεραπεία υποκατάστασης κάθε χρόνο, για το 2014, υπολογίστηκε σε 1203 ασθενείς/εκ. πληθ. (με τον μέσο ευρωπαϊκό όρο να είναι 1041 ασθενείς/εκ.πληθ.) και 218 ασθενείς/εκ. πληθυσμού (με τον μέσο ευρωπαϊκό όρο να είναι 138 ασθενείς/εκ.πληθ.) αντίστοιχα, συγκαταλέγοντας τη χώρα μας στα κράτη με τα υψηλότερα ποσοστά στην Ευρώπη. Η μέση ηλικία έναρξης θεραπείας υποκατάστασης για το έτος 2014 είναι τα 69.7 έτη για τη χώρα μας και αντίστοιχα ο μέσος ευρωπαϊκός όρος είναι τα 64.9 έτη. Επίσης, για το 2014 στην Ελλάδα πραγματοποιήθηκαν 13 μεταμοσχεύσεις νεφρού συνολικά, ενώ αντίστοιχα ο μέσος ευρωπαϊκός όρος ήταν οι 44 (ERA-EDTA Registry, 2016).

γ. Θεραπεία της νόσου.

Η θεραπεία της ΧΝΑ περιλαμβάνει τη συντηρητική αντιμετώπιση και την υποκατάσταση της νεφρικής λειτουργίας με κάθαρση (αιμοκάθαρση ή περιτοναϊκή κάθαρση) ή μεταμόσχευση νεφρού. Στο τελικό στάδιο της νεφρικής ανεπάρκειας η επιβίωση του ασθενούς, αλλά και η αντιμετώπιση των

συμπτωμάτων επιβάλλει την έναρξη εξωνεφρικής κάθαρσης (Dimkovicetal, 2009).

Η συντηρητική αντιμετώπιση της ΧΝΑ, ενδείκνυται σε ασθενείς που διατηρούν σχετικά ικανοποιητικό βαθμό νεφρικής λειτουργίας και περιλαμβάνει την εφαρμογή ειδικής θεραπείας για την αντιμετώπιση της πρωτοπαθούς αιτίας, την ανεύρεση και αποκατάσταση των δυνητικά αναστρέψιμων αιτίων επιδεινώσεως της νεφρικής λειτουργίας, τον έλεγχο του ρυθμού εξέλιξης της νεφρικής βλάβης και την αντιμετώπιση των επιπλοκών της ουραιμίας (Dimkovicetal, 2009).

Η θεραπευτική αντιμετώπιση της Χ.Ν.Α. πρέπει να περιλαμβάνει (KDIGO, 2009):

- Ειδική θεραπεία βασισμένη στην διάγνωση
- Εκτίμηση και θεραπεία των παραγόντων συννοσηρότητας
- Επιβράδυνση της απώλειας νεφρικής λειτουργίας
- Πρόληψη και θεραπεία της καρδιαγγειακής νόσου
- Πρόληψη και θεραπεία των επιπλοκών που προκύπτουν λόγω της έκπτωσης νεφρικής λειτουργίας
- Προετοιμασία του ασθενούς για την ένταξη σε εξωνεφρική κάθαρση
- Υποκατάσταση της νεφρικής λειτουργίας με εξωνεφρική κάθαρση ή μεταμόσχευση, εάν υπάρχουν σημεία και συμπτώματα ουραιμίας

Στο τελικό στάδιο της νόσου οι ασθενείς θα πρέπει να υποβληθούν σε μεταμόσχευση ή σε τεχνική κάθαρση με τη συστηματική αιμοκάθαρση να αποτελεί θεραπευτική λύση για σημαντικό αριθμό ασθενών.

Αιμοκάθαρση είναι μια μορφή διάλυσης καθαρισμού του αίματος από τις επικίνδυνες για τον οργανισμό τοξίνες, η οποία χρησιμοποιεί ένα μηχάνημα

τεχνητού νεφρού. Γίνεται συνήθως τρεις φορές την εβδομάδα με διάρκεια της θεραπείας έως τέσσερις ώρες την κάθε φορά.

Περιτοναϊκή κάθαρση συνίσταται στην έγχυση ενός διαλύματος παρόμοιας σύστασης με αυτής του εξωκυττάριου υγρού, στην κοιλιά του ασθενή με τη βοήθεια μόνιμου περιτοναϊκού καθετήρα. Το διάλυμα παραμένει κάποιες ώρες στην περιτοναϊκή κοιλότητα και κατά το διάστημα αυτό τα τοξικά προϊόντα του μεταβολισμού διέρχονται μέσα από το αίμα στο διάλυμα φιλτραρισμένα από τη μεμβράνη του περιτοναίου. Στη συνέχεια το διάλυμα παροχετεύεται και ο κύκλος επαναλαμβάνεται.

Μεταμόσχευση νεφρού: για τη μεταμόσχευση απαιτείται η ύπαρξη ενός κατάλληλου δότη από τον οποίο αφαιρείται ο ένας νεφρός και τοποθετείται χειρουργικά στο δέκτη, που πάσχει από χρόνια νεφρική ανεπάρκεια.

2. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ Χ.Ν.Α.

α. Ερευνητικά δεδομένα

Στη διεθνή βιβλιογραφία εμφανίζεται ένας συνεχώς αυξανόμενος αριθμός μελετών αναφορικά με την εκτίμηση της ΠΖ σε ασθενείς με ΧΝΑ. Σύμφωνα με τα δεδομένα των σχετικών μελετών, διαφαίνεται ότι η ΠΖ των ασθενών αυτών είναι επηρεασμένη σε σχέση με τον υγιή πληθυσμό, ανεξάρτητα από τη μέθοδο υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας (Wan et al,2015). Σε μια πρόσφατη πιλοτική μελέτη σε 60 Έλληνες ασθενείς με ΧΝΑ που υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση (50/83%) σε μονάδα Τεχνητού Νεφρού και σε περιτοναϊκή κάθαρση (10/17%) βρέθηκε ότι υπήρχαν χαμηλά ποσοστά ικανοποίησης αναφορικά με την ΠΖ, καθώς σε ποσοστό 53% οι ασθενείς-χαρακτήρισαν την

ΠΖ τους ως μέτρια ή καθόλου ικανοποιητική. Παράλληλα, υψηλά ποσοστά ασθενών αναφέρουν μειωμένα ποσοστά ικανοποίησης σχετικά με τη σεξουαλική τους ζωή (67%) ή τη σωματική τους υγεία (48%). Οι βιολογικές και σωματικές διαστάσεις, οι οποίες περιλαμβάνονται στα ερωτηματολόγια της ποιότητας ζωής, επηρεάζονται περισσότερο σε σχέση με ψυχοσυναισθηματικές διαστάσεις, και αυτό φαίνεται να σχετίζεται με την προσαρμογή των ασθενών με ΧΝΑ στη θεραπεία υποκατάστασης (Λένη και συν. 2013). Για παράδειγμα, οι ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση, κατά τον πρώτο μήνα μετά την έναρξη της θεραπείας εμφανίζουν ένα βαθμό σημαντικής αρνητικής επίπτωσης στην ψυχική διάσταση της ΠΖ, εύρημα όμως που στις περισσότερες περιπτώσεις φαίνεται να βελτιώνεται με το χρόνο και την προσαρμογή των ασθενών στη νόσο και τη θεραπεία της (Bolhkeetal, 2008, Szeifert et al, 2010). Όμως, όταν η αιμοκάθαρση διαρκεί περισσότερα από τέσσερα έτη θεραπείας, οι ασθενείς σε μια ελληνική μελέτη δήλωσαν χαμηλότερες βαθμολογίες ΠΖ, ιδιαίτερα στους τομείς της σωματικής υγείας, τις κοινωνικές σχέσεις, το περιβάλλον, καθώς και στη συνολική ψυχική υγεία (Giniieri-Coccossis et al 2008). Στην ίδια μελέτη παρατηρήθηκε ότι η μεγαλύτερη ηλικία συσχετιζόταν αρνητικά με την αντίληψη και εκτίμηση των ασθενών για τη σωματική τους υγεία και τις κοινωνικές σχέσεις. Ενώ, το υψηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο βρέθηκε να συσχετίζεται θετικά με την αντίληψη και την αξιολόγηση που διατύπωναν οι ασθενείς για το περιβάλλον τους. Τέλος, οι αντιλήψεις ως προς την εσωτερική εστίαση της υγείας βρέθηκαν να συσχετίζονται θετικά με τη συνολική εκτίμηση της ΠΖ. Οι συγγραφείς κατέληξαν ότι συγκεκριμένες μεταβλητές όπως είναι η ηλικία, η εκπαίδευση, η οικογενειακή κατάσταση, η εσωτερική εστίαση ελέγχου

υγείας, η κατάθλιψη και το άγχος αποτελούν παράγοντες που επηρεάζουν την ΠΖ των ασθενών.

Σε πολλές μελέτες το είδος της θεραπείας της νεφρικής υποκατάστασης φαίνεται να επηρεάζει την ΠΖ. Οι Wu και συν (Wu et al, 2004) αναφέρουν ότι οι αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς στις ΗΠΑ εμφανίζουν υψηλότερη ΠΖ συγκριτικά με τους ασθενείς υπό περιτοναϊκή κάθαρση. Αντίστοιχα, οι Valderrabano et al (2001) αναφέρουν ότι οι μεταμοσχευμένοι ασθενείς στην Ισπανία εμφανίζουν υψηλότερη ΠΖ σε σχέση με τους ασθενείς με ΧΝΑ που υποβάλλονται σε άλλες θεραπείες υποκατάστασης. Αντίθετα, σε συγκριτική μελέτη με τη συμμετοχή 75 αιμοκαθαιρόμενων ασθενών, 41 ασθενών που υποβάλλονταν σε περιτοναϊκή κάθαρση και 20 μεταμοσχευμένων ασθενών με ΧΝΑ στην Τουρκία, βρέθηκε ότι η ΠΖ μεταξύ των τριών ομάδων υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας ήταν παρόμοια. Κύριοι προσδιοριστές της ΠΖ και στις τρεις ομάδες ήταν η ψυχοκοινωνική τους κατάσταση και ο βαθμός κατανόησης της κατάστασης τους (Sayin, Mutluay & Sindel, 2007).

Σε μια ποιοτική μελέτη στο Λονδίνο μελετήθηκαν οι εμπειρίες ασθενών με ΧΝΑ που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση με επικέντρωση στη θεραπεία αιμοκάθαρσης και τη συμμόρφωση με τη φαρμακευτική αγωγή (Karamanidou, Weinman & Horne, 2014). Οι επιδράσεις της αιμοκάθαρσης στην καθημερινότητα, ο διαθέσιμος χρόνος που απαιτείται, τα συναισθήματα αναφορικά με τη νόσο, την αιμοκάθαρση και τη μεταμόσχευση, η λήψη φαρμακευτικής αγωγής, οι διατροφικοί περιορισμοί, ο τρόπος αποδοχής και αντίδρασης στη νόσο, η παρουσία και η επίδραση της οικογένειας ως υποστηρικτικού δικτύου, το προσωπικό σύστημα πεποιθήσεων και αξιών του ασθενή είναι οι σημαντικότεροι προσδιοριστές της συμμόρφωσης σε

ανταπόκριση του βαθμού ελέγχου της νόσου και της αντιμετώπισης των συμπτωμάτων και των θεραπευτικών απαιτήσεων (Karamanidou, Weinman & Horne, 2014).

Σε μία ποιοτική μελέτη από τον ελλαδικό χώρο με 20 ασθενείς με ΧΝΑ και με τη χρήση ημιδομημένων συνεντεύξεων και ερωτήσεων, οι οποίες διερεύνησαν την έννοια της ποιότητας ζωής και των παραγόντων που επιδρούν σε αυτή, υποδεικνύονται τα εξής (Θεοφίλου, 2011): α) η οικονομική άνεση και η υποστήριξη του οικογενειακού περιβάλλοντος αναγνωρίζονται ως σημαντικοί παράγοντες επιρροής της ΠΖ, παράλληλα με β) τη σωματική ευεξία και τον έλεγχο των συμπτωμάτων και γ) οι κοινωνικοί περιορισμοί της νόσου αναγνωρίζονται με χαρακτηριστική την αρνητική επίδραση των περιορισμών στην ψυχαγωγία και τις κοινωνικές σχέσεις. Επίσης, σε άλλη μελέτη αναφέρονται ως σημαντικότεροι περιορισμοί η έλλειψη ανεξαρτησίας και οι κοινωνικοί περιορισμοί με σημαντικότερους της εργασίας και της ψυχαγωγίας (Λένη & συν, 2013). Σε συμφωνία με τα ποιοτικά αυτά χαρακτηριστικά αναγνωρίζονται οι κοινωνικοοικονομικές παράγοντες της νόσου ως σημαντικοί προσδιοριστές της ΠΖ (Καϊτελίδου & συν 2007).

β. Εργαλεία εκτίμησης της ΠΖ σε ασθενείς με ΧΝΑ

Για την εκτίμηση της ΠΖ και της Σχετιζόμενης-με-την-Υγεία Ποιότητα Ζωής (ΣΥΠΖ) σε ασθενείς με ΧΝΑ που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση έχουν χρησιμοποιηθεί διάφορα γενικά ή ειδικά για τη νόσο εργαλεία. Τα πολυδιάστατα αυτά εργαλεία βοηθούν στην εκτίμηση διαφορετικών παραμέτρων της ΠΖ ή της ΣΥΠΖ και είναι χρήσιμα στους επαγγελματίες υγείας σε διάφορα επίπεδα.

Απώτερος σκοπός της μέτρησης της ΠΖ περιλαμβάνει : βελτίωση της ΠΖ των ασθενών και παράλληλα υποστηρίζεται η βελτίωση της ικανοποίησης και της συνεργασίας (συμμόρφωση) τους με τη θεραπεία, η αύξηση της ευεξίας των ασθενών, η εκτίμηση των συνολικών αναγκών τους, η αξιολόγηση των επιπτώσεων της νόσου, η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας μιας θεραπείας ή μιας παρέμβασης, η σύγκριση διαφορετικών θεραπευτικών προσεγγίσεων κα. Όσο πιο ευρύ είναι το πεδίο εφαρμογής τόσο ευρεία αντίστοιχα είναι και η ποικιλομορφία των διαθέσιμων εργαλείων (Germin-Petrovic et al, 2011; Fayers & Machin, 2000, Lee , Kim & Kim, 2015).

Τα πιο συχνά χρησιμοποιούμενα ψυχομετρικά εργαλεία που έχουν χρησιμοποιηθεί σε νεφροπαθείς γενικά αλλά και σε ασθενείς υπό αιμοκάθαρση είναι:

A) ΓΕΝΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ

- **Κλίμακα SF-36** (Γενικό εργαλείο εκτίμησης της λειτουργικότητας σε συνάρτηση με την ΠΖ, 36 ερωτήσεων με σκοπό την αξιολόγηση της φυσικής και ψυχικής υγείας του ατόμου εκτιμώντας 6 διαστάσεις της ΠΖ) (Ramosetal, 2015)
- **Ερωτηματολόγιο WHOQOL-BREF** (Η ελληνική έκδοση περιλαμβάνει 30 ερωτήσεις, πολυδιάστατο εργαλείο εκτίμησης της ΠΖ σχεδιασμένο από τον Π.Ο.Υ.) (Ginieri-Coccosisetal, 2012)
- **Nottingham Health Profile** (Ερωτηματολόγιο 38 ερωτήσεων, πολυδιάστατη κλίμακα εκτίμησης της Υγείας και ΠΖ) (Zengin et al, 2014)

- **Κλίμακα EQ-15D** (Πολυδιάστατο εργαλείο (15 διαστάσεις) εκτίμησης της ΠΖ) (Υφαντόπουλος, 2001)
- **GHQ-28 & GHQ-30, GHQ-60** (Ερωτηματολόγια γενικής υγείας, αυτοαναφοράς, 4 ή περισσότερων διαστάσεων) (Garyfallos et al, 1991)
- **EuroQol (EQ-5D)** (Ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς, εκτίμηση προφίλ υγείας (5 διαστάσεις) και θερμόμετρο υγείας (υποκειμενική εκτίμηση επιπέδου υγείας) (Yang et al, 2015)

B) ΕΙΔΙΚΑ ΓΙΑ ΤΗ ΝΟΣΟ

- **Κλίμακα KDQOL-SF** (Αποτελείται από 24 ερωτήσεις, αναφέρεται σε 4 διαστάσεις της ΣΥΠΖ ασθενών με νεφρική νόσο) (Yang et al, 2015)
- **Kidney Disease Questionnaire (KDQ)** (Αποτελείται από 43 ερωτήσεις τύπου Likert (0-5), αναφέρεται σε 5 διαστάσεις της ΣΥΠΖ ασθενών με νεφρική νόσο) (Lauracis et al, 1992)
- **Renal Quality of Life Profile (RQLP)** (Αποτελείται από 26 ερωτήσεις τύπου Likert (0-7), αναφέρεται σε 5 διαστάσεις της ΠΖ ασθενών με νεφρική νόσο) (Aawar et al, 2016)
- **CHOICE Health Experience Questionnaire (CHEQ)** (Αποτελείται από 83 ερωτήσεις, αναφέρεται σε 21 διαστάσεις της ΠΖ ασθενών με ΧΝΑ) (Wu et al, 2001)
- **Missoula-VITAS Quality of Life Index-15 (MVQOLI-15)** (Ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς ΠΖ, 5 διαστάσεων) (Theofilou et al, 2013)

γ. Παράγοντες επιρροής της ΠΖ

Οι παράγοντες που επιδρούν στην ΠΖ των νεφροπαθών διακρίνονται αδρά σε βιολογικούς, ψυχοσυναισθηματικούς και κοινωνικο-πολιτιστικούς, καθώς και οι σχετιζόμενοι με τους περιορισμούς της νόσου και της θεραπευτικής αντιμετώπισης. Γενικότερα, εξ αιτίας της ΧΝΑ επηρεάζονται πολλοί τομείς, όχι μόνο η διάθεση, αλλά και τα κίνητρα της συμπεριφοράς, η σκέψη, η βιολογική, σωματική και η κινητική λειτουργία, με αποτέλεσμα την αρνητική επίδραση στην ΠΖ των ασθενών με ΧΝΑ (Χριστοπούλου, 2005; Λένη και συν, 2013; Barros et al, 2016).

Σε μια πρόσφατα δημοσιευμένη μελέτη στη χώρα μας, στην οποία συμμετείχε ένα δείγμα 320 ασθενών με ΧΝΑ που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση σε διάφορα κέντρα, υποδεικνύεται ότι η ΠΖ επηρεάζεται σημαντικά από κοινωνικο-δημογραφικούς παράγοντες και από τη συμπτωματολογία της νόσου (Kousoula et al, 2015). Πιο συγκεκριμένα βρέθηκε ότι οι σχετικά πιο ηλικιωμένοι ασθενείς, οι ασθενείς με υψηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο και οι καλύτερα πληροφορημένοι ασθενείς ανέφεραν υψηλότερες βαθμολογίες ΠΖ. Δημογραφικοί παράγοντες φαίνεται να επηρεάζουν την ΠΖ των ασθενών με ΧΝΑ σε αιμοκάθαρση, όπως η ηλικία, το φύλο, το μορφωτικό επίπεδο, αλλά και παράγοντες που σχετίζονται με τη θεραπεία (διάρκεια θεραπείας, χρόνος ανάρρωσης, πρόγραμμα συνεδριών κ), κοινωνική ζωή και σωματικά συμπτώματα της νόσου (Nui& ChuanLi, 2004; Kastrouni και συν, 2010). Επίσης η υποστήριξη από το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον συσχετίστηκε με βελτιωμένα επίπεδα ΠΖ σε αυτούς τους ασθενείς (Kousoula et al, 2015).

Ως προς τη θεραπεία, είναι γνωστό ότι οι ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση έχουν συγκεκριμένο και περιοριστικό πρόγραμμα ζωής και

αντιμετωπίζουν ψυχολογικά, συναισθηματικά και κοινωνικά προβλήματα (Blinbaerg, Thorring & Ehlers, 2014). Πρόσφατες μελέτες υποδεικνύουν σημαντική επιβάρυνση της Σχετιζόμενης με την Υγεία ΠΖ (ΣΥΠΖ) των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών συγκριτικά με τους ασθενείς με ΧΝΑ που δεν υποβάλλονται σε εξωνεφρική κάθαρση, το γενικό πληθυσμό ή ακόμη και τους μεταμοσχευμένους ασθενείς (Jaar, Chang & Plantinga, 2013). Οι ασθενείς με υψηλότερη συμμόρφωση στην θεραπεία και τους διατροφικούς περιορισμούς τείνουν να αναφέρουν καλύτερη ΠΖ. Η σχέση με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό επίσης βρέθηκε να επηρεάζει την ΠΖ, καθώς οι ασθενείς που ανέφεραν καλό επίπεδο συνεργασίας είχαν και υψηλότερες βαθμολογίες στην ΠΖ. Αντίθετα, φαίνεται ότι η αύξηση της διάρκειας της αιμοδιήθησης επιδρά αρνητικά στην ΠΖ των ασθενών (Kousoula et al, 2015).

Ως προς την καθημερινότητα των ασθενών αυτών, πολύ υψηλό ποσοστό διακόπτει την εργασία του λόγω των περιορισμών της νόσου, της αιμοκάθαρσης ή των συχνών εισαγωγών στο νοσοκομείο. Σε μελέτη της Καϊτελίδου και συν (2007) στον ελλαδικό χώρο, βρέθηκε ότι σε πολύ υψηλό ποσοστό (60.2%) οι ασθενείς αλλάζουν επάγγελμα ή οδηγούνται σε πρόωρη συνταξιοδότηση (36.7%).

Τα οικονομικά προβλήματα, οι αλλαγές στην κοινωνική και οικογενειακή ζωή, οι τακτικές επισκέψεις στο νοσοκομείο, η αδυναμία προγραμματισμού διακοπών, ο περιορισμός του ελεύθερου χρόνου, οι συχνές επαφές με τους γιατρούς και τους νοσηλευτές, ο φόβος της αναπηρίας ή του θανάτου, η αβεβαιότητα για το μέλλον, η ψυχική κούραση, ο περιορισμός των υγρών και της τροφής, η ανεργία, αποτελούν σημαντικούς στρεσογόνους παράγοντες που δυνητικά επηρεάζουν

την ΠΖ αιμοκαθαιρόμενων ασθενών με ΧΝΑ (Λένη και συν, 2013; Gerogianni, Fotoula, & Babatsikou, 2014).

Δ. Επιπτώσεις της νόσου- ψυχοπαθολογία

Είναι γεγονός ότι οι επιπτώσεις της νόσου και της θεραπείας επιδρούν αρνητικά στην ψυχοσυναισθηματική κατάσταση του αιμοκαθαιρόμενου ασθενή με την εμφάνιση κατάθλιψης, η οποία έχει μελετηθεί κυρίως στους μακροχρόνια αιμοκαθαρόμενους ασθενείς. Σε πρόσφατη πολυκεντρική μελέτη (Κάτση και συν, 2013) με 78 ασθενείς από κέντρα αιμοκάθαρσης δημόσιων νοσοκομείων, με τη χρήση της κλίμακας Major Depression Inventory βρέθηκε ότι το 19,1% εμφάνιζε ήπιας μορφής, το 6,5% μέτριας μορφής και το 20,6% βαριάς μορφής κατάθλιψη με την επίδραση των συμπτωμάτων της νόσου και την προσβασιμότητα στις αντίστοιχες υπηρεσίες να αποτελούν σημαντικούς προσδιοριστές της. Αναγνωρίζεται ως σημαντική η επίδραση της συννοσηρότητας όχι μόνο στην θνητότητα αλλά και στην συμπτωματολογία των ασθενών με τελικού σταδίου ΧΝΑ και κατά συνέπεια στην ΠΖ τους (Rattanasompattikul et al, 2012; Kan et al, 2013).

Επιπρόσθετα, άλλες μελέτες αναφέρουν ότι οι εν λόγω ασθενείς παρουσιάζουν ψυχοσυναισθηματικές διαταραχές σχετιζόμενες με τους κοινωνικούς περιορισμούς της νόσου και την μεταβολή της εικόνας εαυτού. Σε ορισμένες περιπτώσεις το άτομο εμφανίζεται ιδιαίτερα απαισιόδοξο, αρνητικό με έντονες ιδέες ενοχής και αναξιότητας, ενώ συγχρόνως ενδέχεται να παραμελεί τη προσωπική του εμφάνιση αλλά και τις επαγγελματικές ή κοινωνικές δραστηριότητές του. Σε πρόσφατη πολυκεντρική μελέτη (Κάτση και συν, 2013)

με 78 ασθενείς από κέντρα αιμοκάθαρσης δημόσιων νοσοκομείων, βρέθηκε ότι το 19,1% εμφάνιζε ήπιας μορφής κατάθλιψη, το 6,5% μέτριας μορφής και το 20,6% βαριάς μορφής, με την επίδραση των συμπτωμάτων της νόσου και την προσβασιμότητα στις αντίστοιχες υπηρεσίες να αποτελούν σημαντικούς παράγοντες που καθορίζουν την ΠΖ των ασθενών. Επιπλέον, οι ψυχοσυναισθηματικές διαταραχές των ασθενών αυτών σχετίζονται με αυξημένη θνησιμότητα, αύξηση των εισαγωγών στα νοσοκομεία, προοδευτική έκπτωση της συμμόρφωσης των ασθενών στη θεραπεία και μείωση της ΠΖ. Χαρακτηριστικά αναφέρεται σε μελέτες ότι 25-50% των ασθενών με ΧΝΑ που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση μπορεί να εμφανίσουν κατάθλιψη, με μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης στις γυναίκες (Fine, Fontaine, Kraushar & Plamondon, 2007).

Επίσης, αρκετοί νεφροπαθείς ενδέχεται να εμφανίζουν διαταραχές που αφορούν την προσωπικότητα, με μεγάλη ποικιλία αναφορικά με την βαρύτητα τους και εκδηλώνονται συχνά με αντιδράσεις όπως είναι ο θυμός, το έντονο άγχος, η συναισθηματική αστάθεια, η κατάθλιψη, η σύγχυση ή ακόμη και η τάση για εξάρτηση από ουσίες (Κουτσοπούλου-Σοφικήτη και συν.,2009; Σπυρίδη, Ιακωβίδη & Καπρίνη, 2008).

Τα συμπτώματα της νόσου ή και επιπλέον της αιμοκάθαρσης, έχουν άμεση επίδραση στην ΠΖ των νεφροπαθών. Η συχνότητα και η βαρύτητα των συμπτωμάτων οδηγεί σε ψυχική κόπωση και εξουθένωση των ασθενών (Ευθυμίου, 2002; Mustafa & Schmidt, 2015). Ο έντονος πόνος, η ναυτία, οι διαταραχές της αρτηριακής πίεσης (υπέρταση, υπόταση), τα οιδήματα των άκρων, τα αναπνευστικά προβλήματα με πιο έντονο το αίσθημα δύσπνοιας, οι διαταραχές ύπνου και όρεξης, η σεξουαλική δυσλειτουργία, η δυσκοιλιότητα, η

ξηροδερμία, οι ορμονικές διαταραχές, η σωματική κόπωση είναι μερικά από τα συμπτώματα που έχουν αναγνωριστεί από πλήθος μελετών ως προσδιοριστικοί παράγοντες της ΠΖ.

δ. Η συμβολή των ατομικών πεπιοθήσεων στη ΧΝΑ

Οι πεπιοθήσεις για τον εαυτό και τους άλλους γενικά αποτελούν σημαντικούς παράγοντες που επιδρούν στο πως αντιλαμβάνεται και εκτιμά ο ασθενής τη ψυχική υγεία και την ποιότητα ζωής του.. Ο ασθενής με ΧΝΑ τείνει να βλέπει τον εαυτό του ως ένα άτομο ανεπαρκές, ανάξιο, ανεπιθύμητο και ελαττωματικό σε πολλούς τομείς (κοινωνικός, διανοητικός, ψυχολογικός και ηθικός). Αντιμετωπίζει τον κόσμο ως ιδιαίτερα απαιτητικό και απορριπτικό προς αυτόν που τον απογοητεύει και τον στερεί από μια φυσιολογική ζωή. Από τα παραπάνω στοιχεία φαίνεται ότι ο ασθενής αντιμετωπίζει το μέλλον με αγωνία για την πρόγνωση της νόσου, αλλά μάλλον παθητικά νιώθοντας ότι δεν έχει εναλλακτικές λύσεις και είναι μάταιη η προσπάθεια για ανατροπή των δεδομένων και την επιβίωσή του (Ευθυμίου, 2002).

Οι πεπιοθήσεις του ασθενούς αναφορικά με τον έλεγχο που μπορεί να ασκήσει στα θέματα που αφορούν την υγεία του (health locus of control), επηρεάζουν την ΠΖ του, επιδρώντας στις διαφορετικές διαστάσεις της ποιότητας ζωής. Δυνητικά, ανάλογα με το βαθμό προσαρμοστικότητας των πεπιοθήσεων, μπορεί να υπάρξει θετική επίδραση στην αντίληψη που έχει ο ασθενής για την ποιότητα ζωής του. Πιο συγκεκριμένα η αίσθηση ελέγχου της νόσου σχετίζεται θετικά με καλύτερη ΠΖ και μείωση των συμπτωμάτων κατάθλιψης. Επιπλέον συνδέεται θετικά με αύξηση της σωματικής και κοινωνικής δραστηριότητας, τον έλεγχο του πόνου, μειωμένη συναισθηματική αντίδραση και καλύτερη κατανόηση της νόσου. Οι εσωτερικές πεπιοθήσεις για έλεγχο της υγείας, δηλαδή

η πεποίθηση ότι ο έλεγχος για τα θέματα της υγείας εδράζεται μέσα στο άτομο και όχι σε εξωτερικούς παράγοντες, φαίνεται να σχετίζονται με βελτίωση της ΠΖ και καλύτερο έλεγχο των συμπτωμάτων της νόσου, αλλά και αυξημένη συμμόρφωση στη θεραπεία (Cvengros et al., 2005; Timmers et al., 2008; Θεοφίλου 2010).

3. ΠΡΟΣΑΡΜΟΣΤΙΚΟΤΗΤΑ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ Χ.Ν.Α ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ

Στη διεθνή βιβλιογραφία τονίζεται η ανάγκη για την αύξηση της προσαρμοστικότητας των ασθενών με ΧΝΑ υπό αιμοκάθαρση. Η προσαρμοστικότητα με την ευρεία έννοια του όρου περιλαμβάνει α) τόσο τη συμμόρφωση με τη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής και της τήρησης του προγράμματος των συνεδριών αιμοκάθαρσης αλλά και β) την προσαρμογή αναφορικά με τις αλλαγές στον τρόπο ζωής (άσκηση, διατροφή, εργασία, διαχείριση ελεύθερου χρόνου) που επιβάλλει η νόσος και η θεραπεία, καθώς και γ) την ψυχική προσαρμογή στη νόσο. Πάνω σε αυτούς τους τρεις άξονες στηρίζονται οι παρεμβάσεις που χρησιμοποιούνται για την ενίσχυση συμπεριφορών ή τη συμπτωματική αντιμετώπιση παραγόντων που επηρεάζουν την προσαρμοστικότητα, ενώ σε άλλες περιπτώσεις περιγράφονται παρεμβάσεις με προληπτικό χαρακτήρα που έχουν ως στόχο να διαμορφώσουν ένα προστατευτικό και υποστηρικτικό περιβάλλον για τον ασθενή. Οι παρεμβάσεις ανεξάρτητα από την κατηγοριοποίηση τους έχουν ως επίκεντρο τον ασθενή, αλλά η σφαίρα επιρροής συχνά επεκτείνεται στην οικογένεια και το υπάρχον υποστηρικτικό περιβάλλον του ασθενή. Η διαχείριση της ΧΝΑ διαφέρει σημαντικά από την αντιμετώπιση άλλων χρόνιων ασθενειών λόγω της

μακρόχρονης διάρκειας της, και την αναγκαιότητα για την εξειδικευμένη φροντίδα που απαιτείται για τη διαχείριση της (Mellon, Regan, Curtis, 2013).

Είναι γεγονός ότι απαιτείται από τους ασθενείς ένα καλό επίπεδο φυσικής και ψυχοσυναισθηματικής προσαρμογής, καθώς η νόσος και η θεραπεία παρεμβαίνουν και επηρεάζουν αρνητικά σημαντικούς τομείς της ζωής και τους κοινωνικούς τους ρόλους (Gerogianni & Babatsikou, 2014).

Μελέτες από διαφορετικά ερευνητικά κέντρα αναφέρουν την ανάγκη για την ανάπτυξη εξειδικευμένων προσεγγίσεων συμβουλευτικής, αγωγής υγείας και ανάπτυξης δεξιοτήτων που θα στοχεύουν στην καλύτερη ενημέρωση των ασθενών με ΧΝΑ, στον εξατομικευμένο προγραμματισμό των συνεδριών τους και στη βελτίωση της συνεργασίας-συμμόρφωσης με το θεραπευτικό πλάνο. Η παρέμβαση είναι απαραίτητη καθώς γνωρίζουμε ότι οι ψυχοσυναισθηματικές εκδηλώσεις και διαταραχές των ασθενών αυτών σχετίζονται με αυξημένη θνησιμότητα, αύξηση των εισαγωγών στα νοσοκομεία, προοδευτική έκπτωση του επιπέδου συνεργασίας-συμμόρφωσης στη θεραπεία και μείωση της ΠΖ (Perlman et al, 2005; Wright & Wilson 2015; Barros et al, 2016).

Χαρακτηριστικά αναφέρεται ότι η κατάθλιψη στους ασθενείς με ΧΝΑ μπορεί να είναι εξαιρετικά επίπονη και διεισδυτική και να αντιστέκεται σε κάθε προσπάθεια ενθάρρυνσης ή αλλαγής του θυμικού, κατάσταση η οποία επηρεάζει αρνητικά τη προσαρμογή στη θεραπεία (Fineetal 2007; Χονδρογιάννης & Σκαπινάκης, 2012).

Η βελτίωση της προσαρμογής εκφράζεται με αύξηση της σωματικής και κοινωνικής δραστηριότητας, καλύτερο έλεγχο του πόνου, συναισθηματικό έλεγχο και καλύτερη κατανόηση της νόσου. Η αίσθηση ελέγχου ως προς τη νόσο

σχετίζεται θετικά με καλύτερη προσαρμογή του ασθενούς στη θεραπεία και με μείωση των συμπτωμάτων κατάθλιψης. Η αίσθηση ελέγχου γενικότερα στην κατάσταση της υγείας του ασθενούς επηρεάζει θετικά την ΠΖ και ενισχύει την συνεργασία-συμμόρφωση στη θεραπεία (Cvengros et al., 2005; Timmers et al., 2008; Karamanidou et al, 2009).

Παράλληλα, σύμφωνα με αποτελέσματα μελετών, οι γνωστικές αναπαραστάσεις που δημιουργούν οι χρόνιοι νεφροπαθείς αναφορικά με τη νόσο και τη θεραπεία τους σχετίζονται με την προσαρμογή στις απαιτήσεις της νόσου και τη συνεργασία-συμμόρφωση με τη θεραπεία (Θεοφίλου, 2010). Για την καλύτερη δυνατή προσαρμογή, χρειάζεται να δοθεί προσοχή σε παράγοντες όπως η οικογενειακή κατάσταση, οι θρησκευτικές πεποιθήσεις, το μορφωτικό επίπεδο, η ηλικία, το επάγγελμα, αλλά και η προσβασιμότητα των υπηρεσιών αιμοκάθαρσης, η εικόνα εαυτού και η αξιολόγηση της θεραπείας από τον ασθενή (Kimmel&Patel, 2006; Kimmel, Cohen&Weisbord, 2008).

A. Βελτίωση της συνεργασίας-συμμόρφωσης με τη θεραπεία της ΧΝΑ

Ως προς τη συνεργασία-συμμόρφωση στη θεραπεία, υπάρχουν μεγάλες διακυμάνσεις αναφορικά με τα σχετικά με αυτήν ποσοστά (από 25% έως 82%) και επιβεβαιώνουν σε κάθε περίπτωση τη μειωμένη συνεργασία-συμμόρφωση των ασθενών με ΧΝΑ, ιδίως αναφορικά με την φαρμακευτική αγωγή από το στόμα και τον περιορισμό των υγρών που λαμβάνουν καθημερινά (Kugler et al 2005; Welch&Thomas-Hawkins, 2005; Mellon, Regan&Curtis, 2013; Martins et al, 2013). Σε μια μελέτη με δείγμα 61 ασθενών με ΧΝΑ βρέθηκε ότι το 68.4% των ασθενών υπό αιμοκάθαρση δεν ακολουθούσε σωστά την αγωγή για τη λήψη των φωσφοροδεσμευτικών φαρμάκων, ενώ το ποσοστό αυτό άγγιζε το 90.9% αναφορικά με τη λήψη των αντιϋπερτασικών φαρμάκων (Garci et al 2012).

Παρόμοια είναι και τα αποτελέσματα άλλων ερευνών μεγαλύτερης κλίμακας. Οι διακυμάνσεις αυτές αναφορικά με την εκτίμηση του βαθμού συμμόρφωσης στις διάφορες διαστάσεις της θεραπείας οφείλονται σε κάποιο βαθμό και στις διαφορετικές μεθοδολογικές προσεγγίσεις κάθε μελέτης ως προς την εκτίμηση της συμμόρφωσης, δηλαδή εάν χρησιμοποιήθηκαν κλίμακες αυτοαναφοράς ή πιο αντικειμενικές προσεγγίσεις με μετρήσεις παραμέτρων με αιματολογικές εξετάσεις και με μετρήσεις του σωματικού βάρους ή παραμέτρους αναφορικά με το βαθμό τήρησης του πλάνου συνεδριών αιμοκάθαρσης (αριθμός συνεδριών που χάθηκαν, περιορίστηκαν χρονικά, διακόπηκαν κτλ) (Mellon, Regan&Curtis, 2013; Matteson&Russell, 2010; Martins et al, 2013; Magacho et al, 2011; Khalil & Darawad, 2014). Ανάλογα ήταν και τα αποτελέσματα σύγχρονης μελέτης στην Ελλάδα όπου βρέθηκε προβληματική συνεργασία-συμμόρφωση σε ποσοστό μεγαλύτερο από 25% και συσχετίστηκε με την εμφάνιση κατάθλιψης και την επίδραση των γνωσιακών παραμέτρων για την υγεία (Theofilou, 2013).

Οι παρεμβάσεις αυτής της κατηγορίας στοχεύουν στη βελτίωση της συμμόρφωσης με τη φαρμακευτική αγωγή για τη ΧΝΑ, τη συμμόρφωση με τις διατροφικές απαιτήσεις και με το πρόγραμμα συνεδριών αιμοκάθαρσης. Σε μικρής κλίμακας μελέτη όπου χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της ενίσχυσης μέσω κινήτρων με τη βοήθεια ημιδομημένων συνεντεύξεων σε ένα δείγμα ευκολίας 29 ενηλίκων που υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρσης, βρέθηκε ότι η εφαρμογή της μεθόδου για τρεις μήνες οδήγησε σε βελτίωση της συνεργασίας-συμμόρφωσης με τη θεραπεία σε ποσοστό 26%-47% αναφορικά με την τήρηση του προγράμματος αιμοκάθαρσης και τη διάρκεια των συνεδριών, και 11-32% για τη συμμόρφωση με τη διατροφή και τον περιορισμό υγρών με μετρήσεις αίματος αναφορικά με τα επίπεδα φωσφόρου και αλβουμίνης (Russell et al, 2011; Khalil

et al, 2012). Μεγαλύτερης κλίμακας μελέτες στόχευσαν στη συγκέντρωση πληροφοριών αναφορικά με τους προσδιοριστές της συνεργασίας-συμμόρφωσης και την επίδραση τους στους ασθενείς με ΧΝΑ που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση. Στοιχεία της θεραπείας, η σχέση του ατόμου με τη θεραπευτική ομάδα, το επίπεδο γνώσεων αναφορικά με τις διαιτητικές ανάγκες και την φαρμακευτική αγωγή, οι αντιλήψεις αναφορικά με το θεραπευτικό πλάνο και τα οφέλη από την εφαρμογή του, ο βαθμός κατανόησης των οδηγιών του νεφρολόγου και των νοσηλευτών, ο βαθμός καταπόνησης από την παρακολούθηση του θεραπευτικού πλάνου και η ικανότητα προσαρμογής είναι μερικά παραδείγματα παραμέτρων που αξιολογούνται για το σχεδιασμό παρεμβάσεων σε ατομικό αλλά και σε ευρύτερο επίπεδο (Garcia et al 2012). Βεβαίως, διεθνώς αναγνωρίζεται όλο και περισσότερο ο ρόλος των νοσηλευτών στην οργάνωση και διαχείριση προγραμμάτων ενίσχυσης της προσαρμοστικότητας των ασθενών (Sandlin et al, 2013).

Συνεπώς η δημιουργία στοχευμένων παρεμβάσεων για την αντιμετώπιση της τήρησης-συμμόρφωσης με τη φαρμακευτική αγωγή είναι αναγκαία (Remor, 2011). Οι παρεμβάσεις αυτές μπορεί να πραγματοποιούνται είτε από μεμονωμένους επαγγελματίες (κλινικοί διαιτολόγοι, νεφρολόγοι, εξειδικευμένοι νοσηλευτές νεφρολογίας) είτε στα πλαίσια μιας διεπιστημονικής προσέγγισης από μια ομάδα επαγγελματιών υγείας, η οποία φαίνεται να έχει καλύτερα αποτελέσματα στο χρόνο και την αποδοτικότητα. Οι παρεμβάσεις αυτές οι οποίες είναι συμβουλευτικού, εκπαιδευτικού και υποστηρικτικού χαρακτήρα εμφανίζουν σημαντική διαφοροποίηση αναφορικά με το χρόνο εφαρμογής κάθε παρέμβασης (από δέκα λεπτά έως ώρες) και τη διάρκεια της (από μια συνεδρία έως συστηματικές συναντήσεις σε βάθος 6 μηνών ή και παραπάνω)

(Matteson&Russell, 2010). Η μεθοδολογία αυτών των παρεμβάσεων ποικίλει και περιλαμβάνει από την εις βάθος διερεύνηση των προσδιοριστών της συμμόρφωσης (με θετική ή αρνητική επίδραση) έως τη χρήση θεωρητικών μοντέλων ή ακόμη και αναπαραστάσεων της νόσου (Karamanidou et al, 2008; Matteson&Russell, 2010).

Με βάση τα αποτελέσματα μελετών που χρησιμοποίησαν προγράμματα εκπαίδευσης και ενημέρωσης για τη σημασία της τήρησης της φαρμακευτικής αγωγής φαίνεται ότι επιτυγχάνεται σημαντική βελτίωση της συμμόρφωσης που έχει ως συνέπεια μείωση της θνητότητας και των εισαγωγών στο νοσοκομείο που αγγίζει το 25-30% (Matteson&Russell, 2010; Lacson et al, 2011; Idie et al, 2011). Χαρακτηριστικό παράδειγμα ήταν η εφαρμογή εντατικού εκπαιδευτικού διατροφικού προγράμματος σε 43 ασθενείς με ΧΝΑ σε σύγκριση με απλή συμβουλευτική σε 46 ασθενούς με ΧΝΑ. Η βελτίωση της συμμόρφωσης των ασθενών στην ομάδα της εντατικής παρέμβασης ήταν μεγαλύτερη σε σύγκριση με την ομάδα που δέχθηκε τη συνήθη συμβουλευτική (PaesBarreto et al, 2013). Ενώ σημαντική είναι και η επίδραση των ατομικών χαρακτηριστικών, της ικανότητας αυτοδιαχείρισης της νόσου, των πεποιθήσεων για την υγεία και των αντιλήψεων αναφορικά με τα επικείμενα εμπόδια από τη νόσο και τη θεραπεία των ίδιων των ασθενών με ΧΝΑ (ClarkCutaia et al, 2014; Elliott et al, 2015).

Σε μια ποιοτική μελέτη πρόσφατα μελετήθηκαν οι εμπειρίες των ασθενών με ΧΝΑ που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση με επικέντρωση στη θεραπεία αιμοκάθαρσης και την τήρηση-συμμόρφωση με τη φαρμακευτική αγωγή (Karamanidou, Weinman & Horne 2014). Από την ανάλυση των δεδομένων προέκυψε ότι οι επιδράσεις της αιμοκάθαρσης στην καθημερινότητα, ο διαθέσιμος χρόνος που απαιτείται, τα συναισθήματα αναφορικά με τη νόσο, την

αιμοκάθαρση ή τη μεταμόσχευση, η λήψη φαρμακευτικής αγωγής, οι διατροφικοί περιορισμοί, ο τρόπος αποδοχής και αντίδρασης στη νόσο, η παρουσία και επίδραση της οικογένειας ως υποστηρικτικού δικτύου, το προσωπικό σύστημα πεποιθήσεων και αξιών του ασθενή, είναι οι σημαντικότεροι προσδιοριστές της συμμόρφωσης σε ανταπόκριση του βαθμού ελέγχου της νόσου, της αντιμετώπισης των συμπτωμάτων και των θεραπευτικών απαιτήσεων (Karamanidou, Weinman & Horne, 2014).

Σε μια άλλη πρόσφατα δημοσιευμένη ποιοτική μελέτη αναφέρεται η επίδραση της κουλτούρας και των πολιτισμικών πεποιθήσεων στην συμμόρφωση στην αγωγή και την προσαρμοστικότητα στη ΧΝΑ γενικότερα. Οι συγγραφείς επισημαίνουν ότι οι κοινωνικο-πολιτισμικές αυτές επιδράσεις στην προσαρμογή των ασθενών με ΧΝΑ τελικού σταδίου μπορούν να αντιμετωπιστούν με εξατομικευμένες, πολιτισμικά ευαίσθητες παρεμβάσεις και ψυχο-εκπαιδευτικά προγράμματα κατάλληλα δομημένα (Griva et al, 2013).

B. Αντιμετώπιση των βιολογικών συμπτωμάτων και επιπλοκών της νόσου

Η διάρκεια της θεραπείας της ΧΝΑ και τα διάφορα στάδια της νόσου σε συνάρτηση με την κόπωση από τη θεραπεία φαίνεται να επηρεάζουν σημαντικά την προσαρμογή των ασθενών και υποδεικνύουν την ανάγκη παρεμβάσεων για την ενίσχυσή τους.

Ένα σύμπτωμα που παρουσιάζεται σε ασθενείς με ΧΝΑ αφορά την ύπαρξη γνωστικής δυσλειτουργίας. Στους εν λόγω ασθενείς η πρωτογενής πρόληψη για την εμφάνιση γνωστικής δυσλειτουργίας περιλαμβάνει την αντιμετώπιση του αρχικού αιτίου όπως αθηρωμάτωση, αρτηριακή υπέρταση, σακχαρώδη διαβήτη,

ουραιμία, αναιμία και δευτεροπαθή υπεραπαραθυροειδισμό. Η δευτερογενής πρόληψη περιλαμβάνει ιδανικά επίπεδα αρτηριακής πίεσης καθώς και την επιλογή του κατάλληλου αντιϋπερτασικού φαρμάκου. Όσο μεγαλύτερη σε διάρκεια η θεραπεία τόσο ισχυρότερο φαίνεται να είναι και το αποτέλεσμα. Η θεραπευτική παρέμβαση είναι πιο αποτελεσματική σε νέα άτομα, σε σύγκριση με άτομα μεγαλύτερης ηλικίας (Καρασαββίδου, Μακρίδης & Κατσίνας, 2015).

Η πρωτεΐνο-ενεργειακή απώλεια [ΠΕΑ (protein-energywasting)] είναι πολύ συχνή στους ασθενείς με τελικού σταδίου χρόνια νεφρική νόσο (ΤΣΧΝΝ) και αποτελεί έναν από τους ισχυρότερους προγνωστικούς δείκτες θνησιμότητας αυτών των ασθενών. Σύμφωνα με διάφορες μεθόδους εκτίμησης της διατροφικής κατάστασης ο επιπολασμός της ΠΕΑ ανέρχεται μεταξύ 18-75% των ενήλικων ασθενών υπό εξωνεφρική κάθαρση. Τα αίτια της ΠΕΑ είναι πολυπαραγοντικά και περιλαμβάνουν είτε προβλήματα θρέψης είτε άλλους μηχανισμούς. Η ανεπαρκής πρόσληψη θρεπτικών συστατικών οφείλεται συνήθως σε μηχανικά κωλύματα της πεπτικής οδού, ανορεξία λόγω ασθενειών, κατάθλιψη, και χαμηλό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο. Το αποτέλεσμα των πάρα πάνω είναι δυσθρεψία, που χαρακτηρίζεται από απώλεια βάρους και αλλαγές στη σύσταση σώματος, όπως μείωση κυρίως της μυϊκής, αλλά και της λιπώδους μάζας, αύξηση του ολικού νερού σώματος, και κυρίως του εξωκυττάρου νερού, αυξημένη ευαισθησία σε λοιμώξεις, ελαττωματική επούλωση τραυμάτων, μειωμένη ενεργητικότητα και δύναμη, καρδιαγγειακές επιπλοκές, μειωμένη δυνατότητα ανάνηψης, χαμηλή ποιότητα ζωής και αύξηση της θνησιμότητας. Λόγω του υψηλού ρυθμού νοσηρότητας και θνησιμότητας των νεφροπαθών ασθενών από ΠΕΑ και καρδιαγγειακές επιπλοκές, η συχνή παρακολούθηση της θρεπτικής τους κατάστασης με ακριβείς και αξιόπιστες

μεθόδους εκτίμησης είναι αναγκαία, ώστε να επιλέγεται η κατάλληλη θεραπευτική και διατροφική αντιμετώπιση. Μια πλήρης αξιολόγηση της θρεπτικής κατάστασης υγιούς ή ασθενούς περιλαμβάνει:

1. Εκτίμηση της διατροφικής πρόσληψης.
2. Ανθρωπομετρία.
3. Ανάλυση της σύστασης σώματος.
4. Βιοχημικές εξετάσεις.
5. Κλινική εξέταση.

Επιπλέον, στη θρεπτική εκτίμηση περιλαμβάνεται και η διατροφική ανίχνευση, η οποία πραγματοποιείται με διάφορες διατροφικές αξιολογήσεις. Ως διατροφική ανίχνευση ορίζεται «η διαδικασία αναγνώρισης χαρακτηριστικών, τα οποία είναι γνωστό ότι σχετίζονται με διατροφικά προβλήματα, με σκοπό τον εντοπισμό των ατόμων τα οποία είναι με υποθρεψία ή σε κίνδυνο υποθρεψίας. Συνήθως στις διατροφικές εκτιμήσεις εμπεριέχονται στοιχεία κλινικής εξέτασης (Μαρκάκη & Κυριαζής, 2015).

Ο πόνος είναι ένα ακόμη σύμπτωμα που δυνητικά επηρεάζει την επιθυμία των ασθενών αν υποβληθούν σε αιμοκάθαρση. Προτείνεται η χρήση αξιόπιστων εργαλείων εκτίμησης και διαχείρισης του πόνου σε ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση. Ειδικά εργαλεία έχουν αναπτυχθεί και εφαρμοστεί σε ασθενείς με ΧΝΑ όπως το ερωτηματολόγιο Pain Self – Efficacy Questionnaire και η αποτελεσματική διαχείριση του πόνου συσχετίζεται με βελτίωση στην ΠΖ και καλύτερη συμμόρφωση με τη θεραπεία (Θεοφίλου και συν, 2014). Ενώ τελευταία υποστηρίζεται και η χρήση εναλλακτικών μεθόδων στην συμπτωματική ανακούφιση των ασθενών με ΧΝΑ όπως για παράδειγμα η χρήση θεραπειών χαλάρωσης (Pasyar et al, 2015).

Γ. Έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση ψυχοσυναισθηματικών διαταραχών που σχετίζονται με τη ΧΝΑ και τη βελτίωση της ΠΖ, της προσαρμογής και της ευεξίας

Η εμφάνιση ψυχοσυναισθηματικών διαταραχών είναι συχνή στους ασθενείς με ΧΝΑ που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση λόγω ποικίλων αιτιών αλλά και της χρονιότητας της νόσου. Όπως αναφέρθηκε ήδη, η κατάθλιψη αποτελεί την πιο συχνή διαταραχή σε αυτούς τους ασθενείς με σημαντικά προβλήματα αναφορικά με την ορθή και έγκαιρη διάγνωση και την αποτελεσματική της αντιμετώπιση της. Η ανάπτυξη παρεμβάσεων για τον περιορισμό της εμφάνισης κατάθλιψης και των επιπτώσεων από τη συννοσηρότητα, πρέπει να ξεκινούν από τη στιγμή της διάγνωσης της ΧΝΑ, καθώς φαίνεται ότι η καταθλιπτική συμπτωματολογία μεγιστοποιείται στα πρώτα χρόνια της αιμοκάθαρσης (Χονδρογιάννης & Σκαπινάκης, 2012).

Η εμφάνιση της κατάθλιψης αποτελεί σημαντικό προσδιοριστή της προσαρμοστικότητας και της λειτουργικότητας του ατόμου και σχετίζεται με αυξημένη νοσηρότητα και θνητότητα. Αναφέρεται χαρακτηριστικά ότι η κατάθλιψη δεν είναι απλά μια έκπτωση της διάθεσης, αλλά ένα σύνολο συμπτωμάτων που μεταβάλλουν σημαντικά τον τρόπο με τον οποίο το άτομο ζει, σκέφτεται και απεικονίζει τον εαυτό του, τους άλλους και τον εξωτερικό κόσμο. Προτείνεται η χρήση διαγνωστικών κριτηρίων για την διάκριση των συμπτωμάτων και την επιβεβαίωση της διάγνωσης και η χορήγηση κατάλληλης αντικαταθλιπτικής αγωγής (τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης και της νορεπινεφρίνης κα) (Χονδρογιάννης & Σκαπινάκης, 2012). Παρά το γεγονός ότι έχουν μελετηθεί ποικίλες διαγνωστικές μέθοδοι για τη διάγνωση της κατάθλιψης σε ασθενείς με ΧΝΑ που

υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση, η δομημένη κλινική συνέντευξη που βασίζεται στα DSM-IV TR (SCID) κριτήρια της κατάθλιψης, αποτελεί τη μέθοδο για τη διάγνωσή της (Χονδρογιάννης & Σκαπινάκης, 2012).

Η προσαρμοστικότητα φαίνεται να έχει άμεση συσχέτιση με την ΠΖ των χρόνια αιμοκαθαιρόμενων ασθενών, καθώς οι ασθενείς που αναφέρουν αυξημένη ΠΖ είναι αυτοί οι οποίοι έχουν αυξημένα ποσοστά συνεργασίας-συμμόρφωσης και καλύτερα επίπεδα φυσικής δραστηριότητας και κοινωνικής δραστηριοποίησης. Η διεθνής βιβλιογραφία περιλαμβάνει πλήθος μελετών οι οποίες υποδεικνύουν τη δυσμενή επίδραση της ΧΝΑ στην ΠΖ των ασθενών. Περιγράφεται πλήθος προσδιοριστών που σχετίζονται με την επίπτωση στην ΠΖ που σχετίζονται τόσο με τη νόσο και τη θεραπεία όσο και με τη νοηματοδότηση που της αποδίδει ο ασθενής αλλά και την υποστήριξη του από το κοινωνικό του δίκτυο. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα πρόσφατων μελετών φαίνεται ότι οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις έχουν άμεση επίδραση στην βελτίωση της ποιότητας ζωής και της ευεξίας σε ασθενείς με ΧΝΑ (Cukor et al, 2014).

Οι παρεμβάσεις αυτής της κατηγορίας περιλαμβάνουν στοχευμένες και εντατικές ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις, οι οποίες θα πρέπει να πραγματοποιούνται από όλα τα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας. Τα δεδομένα είναι ποικίλα αναφορικά με την αποτελεσματικότητά τους, αλλά αυτό στο οποίο συγκλίνουν μελετητές και διεθνείς οργανισμοί είναι ότι η παρέμβαση θα πρέπει να πραγματοποιείται σε πρώιμο στάδιο, δηλαδή με την έναρξη των συνεδριών αιμοκάθαρσης, με συστηματικό και εξατομικευμένο τρόπο και με διάρκεια μεταξύ 90 και 120 ημερών. Η στόχευση αυτή προτείνεται διότι από αποτελέσματα προηγούμενων μελετών φαίνεται ότι η έναρξη των συνεδριών αιμοκάθαρσης είναι μια ιδιαίτερη στρεσογόνος εμπειρία και η ψυχοσυναισθηματική και κοινωνική προσαρμογή

απαιτεί χρόνο, ενώ η εμφάνιση οξείας κατάθλιψης ή η ενεργοποίηση προϋπάρχουσας κατάθλιψης είναι συχνή (Parker et al, 2012).

Δ. Αντιμετώπιση των προβλημάτων προσβασιμότητας σε υπηρεσίες υγείας και οικονομικών περιορισμών σχετικών με τη νόσο

Οι παρεμβάσεις για τη βελτίωση της προσβασιμότητας και τον περιορισμό των οικονομικών επιπτώσεων της νόσου είναι σημαντικές για τη βελτίωση της προσαρμοστικότητας των ασθενών με ΧΝΑ που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση. Οι κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις της νόσου είναι ποικίλες. Οι περιορισμοί που επιβάλλουν τόσο η ίδια η νόσος όσο και η θεραπεία προκαλούν σοβαρά προβλήματα στον ασθενή και στην οικογένεια. Η απώλεια ή ο περιορισμός της εργασίας προκαλεί σημαντικό περιορισμό των πόρων που σε συνέργεια με τις αυξημένες ανάγκες υγείας επιτείνει την οικονομική επίπτωση. Σύμφωνα με τους Στόχους Βιώσιμης Ανάπτυξης των Ηνωμένων Εθνών τα σύγχρονα Συστήματα Υγείας θα πρέπει να διαχειρίζονται τους πόρους με τέτοιο τρόπο ώστε να παρέχεται φροντίδα υγείας σε όλους με τα ίδια ποιοτικά χαρακτηριστικά, με ασφάλεια και ισονομία στην προσβασιμότητα, χωρίς να οδηγούν σε οικονομική εξαθλίωση το χρήστη των υπηρεσιών τους (ICN, 2016). Συνεπώς θα πρέπει να εφαρμόζονται οργανωτικές παρεμβάσεις για την ενίσχυση της ισότιμης παροχής υπηρεσιών υγείας σε όλους τους ασθενείς με ΧΝΑ που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση, εξασφαλίζοντας την ισότιμη προσβασιμότητα και την κάλυψη του κόστους φροντίδας, ενώ σε ειδικές περιπτώσεις θα πρέπει να επεμβαίνουν οι κοινωνικές υπηρεσίες για να αντιμετωπίσουν κοινωνικο-οικονομικές επιπτώσεις της νόσου που μπορεί να σχετίζονται με το βιοπορισμό της οικογένειας στην οποία ανήκει ο ασθενής, ειδικά εάν αυτός ήταν η κύρια πηγή εσόδων της οικογένειας.

E. Ενίσχυση του υποστηρικτικού οικογενειακού και κοινωνικού περιβάλλοντος

Ο ρόλος που διαδραματίζει η οικογένεια στη στήριξη του ασθενούς είναι σπουδαίος, ενώ οι τυχόν οικογενειακές συγκρούσεις θα πρέπει να αντιμετωπιστούν άμεσα με τη στήριξη από επαγγελματίες υγείας (Μωυσιάδου & Καλλέργης, 2014). Οι Griva et al, αναφέρουν συγκεκριμένα ότι η υποστήριξη από την οικογένεια και η ευεξία της οικογένειας ως σύνολο επιδρούσε θετικά στη συνεργασία-συμμόρφωση των ασθενών με τη θεραπεία, αλλά και στην ενίσχυση της αυτοφροντίδας. Η συμμετοχή της οικογένειας στην υποστήριξη του ασθενή και στη διαμόρφωση συνεργατικά με την ομάδα υγείας ενός υποστηρικτικού πλαισίου σύμφωνα με τις συστάσεις φροντίδας που απαιτούνται, λειτουργεί καθοδηγητικά και δημιουργεί ένα θετικό περιβάλλον με κανόνες αναφορικά με τη λήψη της αγωγής, τις διατροφικές συνήθειες και τη συνέπεια στις συνεδρίες αιμοκάθαρσης. Το καλό επίπεδο συναισθηματικής υγείας και επικοινωνίας της οικογένειας αποτελεί ένα επιπλέον κίνητρο για την προσαρμογή στη νόσο και τη θεραπεία της (Griva et al, 2013).

Συνεπώς, οι παρεμβάσεις σε αυτό το επίπεδο περιλαμβάνουν στοχευμένες δράσεις: ενίσχυσης του υποστηρικτικού ρόλου της οικογένειας, εμπλοκής των μελών της οικογένειας, ενίσχυσης των διαπροσωπικών τους σχέσεων και παροχής οικογενειοκεντρικής φροντίδας (ειδικά εάν οι ασθενείς είναι έφηβοι ή μικρής ηλικίας γενικότερα). Επιπρόσθετα, ενημέρωση της οικογένειας αναφορικά με τη θεραπεία και τους περιορισμούς της, τους τρόπους ενίσχυσης της αυτοφροντίδας αλλά και την ενίσχυση της ανάληψης δράσης για την προστασία του ασθενούς, την ψυχοσυναισθηματική υποστήριξη του, την κοινωνικοποίηση του αλλά και την πρώιμη αναγνώριση συμπτωμάτων και την

εκπαίδευση στον τρόπο αντιμετώπισης της. Σημαντικό από την πλευρά της θεραπευτικής ομάδας είναι να παρέχουν συνδέσμους επικοινωνίας (π.χ. πρόσωπα αναφοράς) για τα μέλη της οικογένειας και στήριξη τους όταν χρειάζεται. Η στήριξη αυτή μπορεί να είναι συμβουλευτική, υποστηρικτική, ψυχοσυναισθηματική με παρεμβάσεις από ειδικούς αλλά μπορεί να απαιτεί και την ανάληψη δράσεων από κοινωνικούς λειτουργούς και κοινωνικούς φορείς για την αντιμετώπιση πιο σύνθετων προβλημάτων που σχετίζονται με τις κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις της νόσου.

Συνοψίζοντας, ο σύγχρονος επαγγελματίας υγείας διαθέτει στη διάθεση του μια μεγάλη ποικιλία παρεμβάσεων εκπαιδευτικού, συμβουλευτικού και παρεμβατικού τύπου για να ενισχύσει την προσαρμοστικότητα των ασθενών στη νόσο, και να επιτύχει τη βελτίωση της φυσικής τους κατάστασης όσο και στη βελτίωση της ΠΖ τους και της ευεξίας τους, ενώ παράλληλα μπορεί να ενισχυθεί η οικογένεια και το άμεσο υποστηρικτικό περιβάλλον του ασθενή. Η χρήση αντικειμενικών και ποιοτικών εργαλείων για την εκτίμηση της φυσικής κατάστασης, της ποιότητας ζωής, της συμμόρφωσης και της εμφάνισης ψυχοσυναισθηματικών διαταραχών είναι απαραίτητη σήμερα για το σχεδιασμό αποτελεσματικών προγραμμάτων παρέμβασης σε αυτήν την ομάδα ασθενών. Τα αποτελέσματα των ερευνών είναι θετικά από την εφαρμογή τέτοιων προγραμμάτων καθώς φαίνεται ότι μειώνουν τη θνητότητα, τη νοσηρότητα των ασθενών και βελτιώνουν την ΠΖ.

B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Στο ειδικό μέρος περιγράφεται η μεθοδολογία της μελέτης και παρουσιάζονται τα ευρήματα της και οι περιορισμοί της. Αποτελείται από τις παρακάτω ενότητες:

- ΥΠΟΒΑΘΡΟ ΜΕΛΕΤΗΣ
- ΣΚΟΠΟΣ
- ΜΕΘΟΔΟΣ
- ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
- ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ
- ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

1. ΥΠΟΒΑΘΡΟ ΜΕΛΕΤΗΣ

Παρά τις προόδους της σύγχρονης αιμοκάθαρσης και τον περιορισμό των επιπλοκών, παραμένει μια θεραπεία με σημαντικούς περιορισμούς, φυσικούς – σωματικούς –κοινωνικούς και ψυχοσυναισθηματικούς.

Στη ΧΝΑ και γενικότερα στις οργανικές νόσους, -όπως και στις ψυχικές- , είναι σημαντικό να εκτιμάται η επίπτωση της νόσου και της θεραπείας στην υγεία και στην ΠΖ των ασθενών. Η σύγχρονη προσέγγιση, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.), στηρίζεται στην αντίληψη ότι η υγεία θα πρέπει να περιλαμβάνει και την έννοια της υποκειμενικής αντίληψης του ασθενή ή του ατόμου για την ΠΖ, τη λειτουργικότητα και την ευημερία του. Οι παράγοντες επιρροής είναι είτε «γενικοί» (πχ συμπτώματα, περιορισμοί θεραπείας, κοινωνικοί περιορισμοί κ.α.) είτε «ατομικοί» (πχ προσωπικότητα, πεποιθήσεις, εμπειρίες, προσδοκίες κ.α.) (Anees et al, 2011). Είναι σημαντικό επίσης να

αναφέρουμε ότι η μέτρηση της ΠΖ χρησιμοποιείται εκτεταμένα την τελευταία δεκαετία ως δείκτης αξιολόγησης των θεραπευτικών παρεμβάσεων και των υπηρεσιών υγείας (Βεσκούκη, Ρίζου & Γαλλιού, 2011).

Οι επιπτώσεις της νόσου και της θεραπείας επιδρούν αρνητικά στην ΠΖ και την ψυχοσυναισθηματική κατάσταση του αιμοκαθαιρόμενου ασθενή με την εμφάνιση κατάθλιψης να έχει μελετηθεί κυρίως σε μακροχρόνια αιμοκαθαρόμενους ασθενείς. Παράλληλα, δημογραφικοί παράγοντες φαίνεται να επηρεάζουν την ΠΖ των ασθενών με ΧΝΑ σε αιμοκάθαρση, όπως η ηλικία, το φύλο, το μορφωτικό επίπεδο, παράγοντες που σχετίζονται με τη θεραπεία (διάρκεια θεραπείας, χρόνος ανάρρωσης, πρόγραμμα συνεδριών κα), την κοινωνική ζωή, σωματικά συμπτώματα της νόσου κα (Nui & ChuanLi, 2004; Kastrouni et al. 2010). Ενώ αναγνωρίσιμη είναι η επίδραση της συννοσηρότητας στη θνητότητα και τη συμπτωματολογία των ασθενών με τελικού σταδίου ΧΝΑ και κατά συνέπεια και στην ΠΖ τους (Rattanasompattikul et al, 2012; Kan et al, 2013).

Επίσης, οι πεποιθήσεις για τον εαυτό και τους άλλους γενικά αποτελούν σημαντικούς παράγοντες που επιδρούν στη ψυχική υγεία και την ΠΖ του ασθενή. Πιο συγκεκριμένα η αίσθηση ελέγχου της νόσου σχετίζεται θετικά με καλύτερη ΠΖ και τη μείωση των συμπτωμάτων κατάθλιψης. Επιπλέον, συνδέεται θετικά με αύξηση της σωματικής και κοινωνικής δραστηριότητας, τον έλεγχο του πόνου, μειωμένη συναισθηματική αντίδραση και καλύτερη κατανόηση της νόσου (Cvengros et al., 2005; Timmers et al., 2008).

Συνεπώς, πρέπει να διερευνηθεί περαιτέρω το πεδίο της επίδρασης στην ΠΖ της αυτοαναφερόμενης γενικής υγείας, των εσωτερικών πεποιθήσεων και της

εστίασης ελέγχου για την υγεία των ασθενών με ΧΝΑ που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση. Σημαντικής κλινικής σημασίας είναι η αποτύπωση των παραγόντων που επηρεάζουν την ΠΖ και την ΣΥΠΖ των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών με ΧΝΑ.

2. ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση των επιπέδων και συσχετίσεων ανάμεσα στην αυτο-αναφερόμενη γενική υγεία, τις πεπιοθήσεις για τον εαυτό-κόσμο-μέλλον, τις πεπιοθήσεις εσωτερικής ή εξωτερικής εστίασης ελέγχου για την υγεία, με την εκτίμηση του ασθενούς για την ποιότητα ζωής του, σε δείγμα αιμοκαθαιρόμενων ασθενών.

Επιμέρους στόχοι της μελέτης ήταν:

1. Η εκτίμηση της ΠΖ και της ΣΥΠΖ σε αυτή την ομάδα ασθενών.
2. Η διερεύνηση της επίδρασης κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών, της αυτοαναφερόμενης συμμόρφωσης στη θεραπεία και της κλινικής κατάστασης (συμπτώματα, εργαστηριακά ευρήματα) στην ΠΖ.
3. Η εκτίμηση του επιπέδου της αυτοαναφερόμενης γενικής υγείας.
4. Η αξιολόγηση της υποκειμενικής αντίληψη που έχει το άτομο σχετικά με το αν η κατάσταση της υγείας του εξαρτάται από το ίδιο το άτομο ή από εξωτερικούς παράγοντες.
5. Η αποτύπωση των πεπιοθήσεων των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών με Χ.Ν.Α. για τον εαυτό και το μέλλον.
6. Η συσχέτιση των επιμέρους αυτών αξιολογήσεων με την ΠΖ και τη ΣΥΠΖ.

3. ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ

α. Δείγμα Μελέτης

Δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν ασθενείς με ΧΝΑ που υποβλήθηκαν σε αιμοκάθαρση στη Μονάδα Τεχνητού Νεφρού (MTN) του ΓΝΑ «Λαϊκό» και πληρούν τα κριτήρια εισαγωγής στη μελέτη, κατά το χρονικό διάστημα από 01/06/2016 έως 30/11/2016. Συνολικά συμμετείχαν 55 ασθενείς. Προσεγγίστηκαν αρχικά 65 ασθενείς εκ των οποίων 62 ασθενείς πληρούσαν τα απαιτούμενα κριτήρια. Οι ασθενείς ενημερώθηκαν αναφορικά με τη μελέτη. Συνολικά, έξι ασθενείς με ΧΝΑ αρνήθηκαν να συμμετάσχουν και ένας απάντησε μερικώς στα ερωτηματολόγια και αποκλείστηκε από την ανάλυση. Συνολικά αναλύθηκαν δεδομένα από 55 ασθενείς (ποσοστό ανταπόκρισης 88,71%).

Τα κριτήρια εισαγωγής στη μελέτη ήταν:

1. Ενήλικες ασθενείς
2. Διάγνωση ΧΝΑ τελικού σταδίου
3. Θεραπεία αιμοκάθαρσης
4. Καλή γνώση της ελληνικής γλώσσας
5. Συμπλήρωση φόρμας πληροφορημένης συναίνεσης

Τα κριτήρια αποκλεισμού της μελέτης ήταν:

1. Συνδυασμός θεραπειών νεφρικής υποκατάστασης
2. Ελλιπής κατανόηση των εργαλείων της μελέτης ή των σκοπών αυτής
3. Ελλιπής γνώση της ελληνικής γλώσσας

Η συμμετοχή ήταν εθελοντική και ενημερώθηκαν για την τήρηση του απορρήτου των παρεχόμενων πληροφοριών και την ανωνυμία, σύμφωνα με τα δεοντολογικά πρότυπα διεξαγωγής έρευνας σε ανθρώπους της διακήρυξης του

2000 στο Ελσίνκι. Τους δόθηκε η σχετική περιγραφή της έρευνας, ώστε οι εξεταζόμενοι να γνωρίζουν το σκοπό της και ένα έντυπο πληροφορημένης συναίνεσης το οποίο συμπλήρωσαν πριν την έναρξη της μελέτης. Σημειώνεται ότι η συλλογή των δεδομένων ξεκίνησε μετά τη λήψη της σχετικής άδειας από την Επιστημονική Επιτροπή του Γ.Ν.Α. «Λαϊκό» (Αρ. Πρωτ: 6592/ 20-05-16) μετά από αίτημα με κατάθεση του ερευνητικού πρωτοκόλλου.

β. Συλλογή δεδομένων – Εργαλεία μελέτης

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη χορήγηση των κάτωθι ερωτηματολογίων μέσω συνεντεύξεων διάρκειας 30-40 λεπτών με κάθε ασθενή:

1. Φόρμα κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων
2. **Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (ΕΓΥ-28), General Health Questionnaire (GHQ- 28)**
3. **Ερωτηματολόγιο Δυσλειτουργικών Πεποιθήσεων Dysfunctional Preconceptions Questionnaire (DPQ)**
4. **Ερωτηματολόγιο εστίασης ελέγχου για την υγεία (Health Locus of Control)**
5. **Ερωτηματολόγιο εκτίμησης της ΠΖ με το WHOQOL-BREF**
6. **Ειδικό ερωτηματολόγιο για νεφροπαθείς ασθενείς εκτίμησης της ΣΥΠΖ (Kidney Disease and Quality of Life™ Short Form (KDQOL-SF™) - Greek Version**

1. Αναλυτικότερα, το ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (General Health Questionnaire, GHQ- 28) σταθμίστηκε στον ελληνικό πληθυσμό από τον Γαρύφαλλο και συνεργάτες το 1991 και έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως στον ελληνικό πληθυσμό με ικανοποιητική εγκυρότητα και αξιοπιστία. Το

GHQ-28 αποτελείται από 28 ερωτήσεις, οι οποίες αναφέρονται σε τέσσερις διαστάσεις: «Σωματικά ενοχλήματα», «άγχος», «κοινωνική λειτουργικότητα» και «κατάθλιψη». Συνολικά, για την εκτίμηση της ύπαρξης ψυχικής διαταραχής υπάρχει σημείο διαχωρισμού (4/5), δηλαδή συνολική βαθμολογία (≤ 4) υποδηλώνει ότι δεν υπάρχει ψυχικό πρόβλημα, ενώ συνολική βαθμολογία (≥ 5) υποδηλώνει ότι υπάρχει ψυχικό πρόβλημα. Επιπλέον, το ερωτηματολόγιο επιτρέπει ξεχωριστή αξιολόγηση των τεσσάρων διαστάσεων. Στις επιμέρους υποκλίμακες, υψηλότερες βαθμολογίες υποδηλώνουν μεγαλύτερα επίπεδα των συγκεκριμένων διαταραχών (Garyfallos et al, 1991).

2. Το Ερωτηματολόγιο Δυσλειτουργικών Πεποιθήσεων Dysfunctional Preconceptions Questionnaire (DPQ) είναι ένα ειδικό ερωτηματολόγιο, που αποτελείται από 24 ερωτήσεις, για τη διερεύνηση των αξιολογικών σχημάτων και εξετάζει κυρίως το εάν οι προ-αξιολογήσεις (“Pre-conceptions”) είναι λειτουργικές ή δυσλειτουργικές και εάν σχετίζονται με αντίστοιχα λειτουργικές ή δυσλειτουργικές μετα-αξιολογήσεις (“Meta-conceptions”). Το DPQ εντοπίζει τις τρεις κατηγορίες (Self, World, Future) δυσπροσαρμοστικών προ-αξιολογήσεων (“Pre-conceptions”) και μετα-αξιολογήσεων (“Meta-conceptions”) όπως φαίνονται παρακάτω (Vassiliadou & Goldberg., 2006):

- SELF (S): Προ-αξιολογήσεις (“Pre-conceptions”) και μετα-αξιολογήσεις (“Meta-conceptions”) που σχετίζονται με την «Αυτοϋποστήριξη» και την «Αυτοεκτίμηση»

- WORLD (W): Προ-αξιολογήσεις (“Pre-conceptions”) και μετα-αξιολογήσεις (“Meta-conceptions”) που σχετίζονται με την «Προσαρμογή» και την «Κοινωνικότητα»
- FUTURE (F): Προ-αξιολογήσεις (“Pre-conceptions”) και μετα-αξιολογήσεις (“Meta-conceptions”) που σχετίζονται με την «Αυτοανάπτυξη» και τη «Δημιουργικότητα».

3. Το Ερωτηματολόγιο Εστίασης Ελέγχου για την Υγεία (Health Locus of Control) – αποτελεί πολυδιάστατο Ερωτηματολόγιο Εστίασης Ελέγχου για την Υγεία (MHLC, φόρμα Γ για ασθενείς) και δημιουργήθηκε με σκοπό να αξιολογήσει την υποκειμενική αντίληψη που έχει το άτομο σχετικά με το αν η κατάσταση της υγείας του εξαρτάται από το ίδιο το άτομο (εσωτερική εστίαση ελέγχου) ή από εξωτερικούς παράγοντες. Πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο 18 προτάσεων, οι οποίες απαντώνται σε μία κλίμακα έξι διαβαθμίσεων. Οι ερωτήσεις κατανέμονται σε τέσσερις υποκλίμακες: α) εσωτερική εστίαση (μετρά το βαθμό, στον οποίο το άτομο πιστεύει ότι μπορεί το ίδιο να έχει τον έλεγχο της κατάστασης της υγείας του), β) τύχη (μετρά το βαθμό, στον οποίο το άτομο πιστεύει ότι η βελτίωση ή επιδείνωση της κατάστασης της υγείας του είναι θέμα τύχης), γ) ιατρικό προσωπικό (μετρά το βαθμό, στον οποίο το άτομο πιστεύει ότι οι θεράποντες ιατροί είναι αυτοί που έχουν τον έλεγχο σε ό,τι αφορά την υγεία του) και δ) σημαντικοί άλλοι (μετρά το βαθμό, στον οποίο το άτομο πιστεύει ότι τα σημαντικά πρόσωπα στη ζωή του έχουν τον έλεγχο της κατάστασης της υγείας του). Η υψηλότερη βαθμολογία σε μία υποκλίμακα του ερωτηματολογίου υποδηλώνει την τάση του ατόμου να επιλέγει σε

μεγαλύτερο βαθμό το περιεχόμενο των πεπιοθήσεων που αναφέρεται στη συγκεκριμένη υποκλίμακα (Ginieri – Coccossis, M., 2008).

4. Το Ερωτηματολόγιο εκτίμησης της ΠΖ WHOWOL-BREF του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας καλύπτει τις εξής θεματικές ενότητες: Σωματική και ψυχική υγεία, κοινωνικές σχέσεις, άτυπα δίκτυα υποστήριξης, σεξουαλική ζωή, αυτονομία, πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, πρόσβαση σε πληροφόρηση και εκπαίδευση για απόκτηση ικανοτήτων, ψυχαγωγία, διαχείριση ελεύθερου χρόνου. Η ελληνική έκδοση αποτελείται από τις αρχικές 26 ερωτήσεις και 4 νέες ερωτήσεις αναφορικά με τη διατροφή, την ικανοποίηση από την εργασία, την οικιακή ζωή και την κοινωνική ζωή. Οι ερωτήσεις κατανέμονται σε μία δομή 4 διαστάσεων : α) σωματική υγεία, β) ψυχολογική υγεία, γ) κοινωνικές σχέσεις και δ) περιβάλλον. Επίσης, περιλαμβάνονται δύο ερωτήσεις, οι οποίες προσφέρουν μια συνολική εκτίμηση της ΠΖ και της κατάστασης της υγείας.

Η ελληνική εκδοχή του ερωτηματολογίου, σύμφωνα με τα αποτελέσματα του ελέγχου των ψυχομετρικών ιδιοτήτων, παρουσιάζει ικανοποιητικά επίπεδα: (α) αξιοπιστίας εσωτερικής συνέπειας, με την τιμή Cronbach's α να κυμαίνεται από 0,67–0,81 (η μορφή των 30 ερωτήσεων περιλαμβάνοντας 4 νέες ερωτήσεις παρουσίασε υψηλότερες τιμές Cronbach's α , με αποτέλεσμα την ενίσχυση των θεματικών ενότητων της σωματικής υγείας και των κοινωνικών σχέσεων), (β) εγκυρότητας εννοιολογικής κατασκευής, αναδεικνύοντας ικανοποιητικές συσχετίσεις μεταξύ των ερωτήσεων και των θεματικών ενότητων, καθώς και μεταξύ των ερωτήσεων σε κάθε θεματική ενότητα, (γ) συγκλίνουσας εγκυρότητας, καθώς εντοπίζονται σημαντικές συσχετίσεις με το

Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (GHQ-28) (δ) διακριτικής εγκυρότητας, εξασφαλίζοντας την ικανότητα του ερωτηματολογίου να ανιχνεύει διαφορές μεταξύ υγιών και ασθενών και μεταξύ ατόμων με σωματικές νόσους και ασθενών που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές και (ε) αξιοπιστίας ελέγχου-επανελέγχου (ICC τιμές για όλες τις θεματικές ενότητες: 0,80–0,87). Οι υψηλότερες βαθμολογίες αποτελούν ένδειξη καλύτερης ΠΖ (Ginieri-Coccossis et al, 2012).

5. Το Ειδικό Ερωτηματολόγιο για νεφροπαθείς ασθενείς εκτίμησης της ΣΥΠΖ (Kidney Disease and Quality of Life™ Short Form (KDQOL-SF™) - Greek Version 1.2) αποτελείται από 24 ερωτήσεις. Οι ερωτήσεις χωρίζονται σε 4 ενότητες και συγκεκριμένα (Spiegel et al., 2008): α) Υγεία: ερωτήσεις 1-11. Πρόκειται για ερωτήσεις που εστιάζουν στη συλλογή πληροφοριών σχετικά με τη γενικότερη υγεία. Περιγραφή και αξιολόγηση της υγείας, καθημερινές δραστηριότητες, κατά πόσο η κατάσταση της υγείας περιορίζει τον ασθενή, προβλήματα και προβληματισμοί στη δουλειά που σχετίζονται με την υγεία, συναισθηματικοί προβληματισμοί, οικογενειακά προβλήματα, καθώς και ερωτήσεις σχετικά με τη διάθεση β) Νεφρική Νόσος: ερωτήσεις 12-14. Οι ερωτήσεις αφορούν σε ερωτήσεις για τη νεφροπάθεια και κατά πόσο αυτή επηρεάζει τη ζωή του ασθενή (π.χ. χρόνος που καταναλώνεται, αίσθηση βάρους στην οικογένεια, απομάκρυνση από το κοινωνικό περίγυρο, ενοχλήσεις από συμπτώματα της ασθένειας), γ) Επιδράσεις της νεφροπάθειας στην καθημερινή ζωή: ερωτήσεις 15-22. Εξετάζεται ο βαθμός στον οποίο η νεφροπάθεια επηρεάζει διάφορες παραμέτρους της καθημερινής ζωής όπως: συμβολή περιορισμού υγρών, διατροφής,

ικανότητας για ταξίδια, για δουλειές στο σπίτι κλπ. δ) Ικανοποίηση με την περίθαλψη: ερωτήσεις 23-24. Στόχος της ενότητας είναι να καταγράψει το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών σε σχέση με την παρεχόμενη περίθαλψη. (Τα εργαλεία επισυνάπτονται στο παράρτημα).

γ. Στατιστική ανάλυση

Η διαχείριση των δεδομένων και η στατιστική τους επεξεργασία πραγματοποιήθηκε με τη βοήθεια του στατιστικού πακέτου SPSS 21.0. Χρησιμοποιήθηκαν παραμετρικοί & και μη παραμετρικοί μέθοδοι ανάλυσης των δεδομένων για να μελετηθούν οι πιθανές συσχετίσεις με επίπεδο σημαντικότητας το 0.05. Προηγήθηκε έλεγχος της αξιοπιστίας των ερωτηματολογίων με τη βοήθεια του στατιστικού κριτηρίου Cronbachalpha. Εν συνεχεία πραγματοποιήθηκε έλεγχος της κανονικότητας των μεταβλητών με το κριτήριο των Kolmogorov-Smirnov και τη βοήθεια των γραφημάτων Normal Q-Q plot. Πραγματοποιήθηκε έλεγχος συσχέτισης (συνδιασποράς) μεταξύ των Κλιμάκων της μελέτης. Η συσχέτιση πραγματοποιήθηκε με τον υπολογισμό του δειγματικού συντελεστή γραμμικής συσχέτισης του Pearson (Pearson'sr). Ο συντελεστής r παίρνει τιμές από -1 έως +1 όπου ± 1 εκφράζει τέλεια γραμμική συσχέτιση. Θετικές τιμές του r δεν υποδηλώνουν, κατ' ανάγκην μεγαλύτερο βαθμό γραμμικής συσχέτισης από το βαθμό γραμμικής συσχέτισης που υποδηλώνουν αρνητικές τιμές του r . Ο βαθμός γραμμικής συσχέτισης καθορίζεται από την απόλυτη τιμή του r και όχι από το πρόσημο του r . Το πρόσημο του r καθορίζει το είδος, μόνο, της συσχέτισης (θετική ή αρνητική). Μας πληροφορεί δηλαδή για το αν αύξηση της μιας μεταβλητής αντιστοιχεί σε αύξηση ή σε μείωση της άλλης μεταβλητής. Μελετήθηκε η επίδραση δημογραφικών παραγόντων με τη βοήθεια παραμετρικών και μη παραμετρικών μεθόδων

ανάλυσης (Kruskal Wallis H-test, t-test, oneway ANOVA, Pearson Correlation).

Η μελέτη των προσδιοριστών την ΠΖ πραγματοποιήθηκε με την εφαρμογή μοντέλων πολλαπλής γραμμικής βηματικής παλινδρόμησης.

4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Από τους 55 ασθενείς 30 είναι άνδρες και 25 γυναίκες με μέση ηλικία τα 49 έτη. Στην πλειονότητά τους (N=31, 56,4%) είναι μόνιμοι ασθενείς της συγκεκριμένης μονάδας ΤΝ, ενώ οι υπόλοιποι είναι είτε «περιφερόμενοι» (N=9, 16,4%) είτε «εσωτερικοί ασθενείς» (νοσηλευόμενοι στο νοσοκομείο για άλλη αιτία) (N=15, 27,3%).

Στην πλειονότητά τους (83,6%) είναι Έλληνες, ασφαλισμένοι στο δημόσιο (80%) από την Αθήνα (78,2%) και ζούνε σε διαμέρισμα (78,2%). Οι μισοί σχεδόν είναι συνταξιούχοι (36,4%) ή άνεργοι (20%) με μέσο μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα τα 1040 ευρώ. Αναλυτικότερα τα δημογραφικά τους χαρακτηριστικά παρουσιάζονται στον Πίνακα 1.

Πίνακας 1. Δημογραφικά Χαρακτηριστικά (N=55)	
Φύλο	Άνδρες(N=30) 54,5% Γυναίκες (N=25) 45,5%
Ηλικία (έτη)	48,96 ± 15,73 (18-81)
Εθνικότητα	Ελληνική (N=46) 83,6% Αλβανική (N=5) 9,1% Άλλη (N=4) 7,3%
Θρησκεία	Χριστιανική (N=52) 94,5% Μουσουλμανική (N=2) 3,6% Άλλη(N=1) 1,8%
Τόπος Διαμονής	Αθήνα (N=43) 78,2% Επαρχία (N=12) 21,8%
Κατοικία	Μονοκατοικία (N=12) 21,8% Διαμέρισμα (N=43) 78,2%
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος (N=23) 41,8% Έγγαμος (N=23) 41,8% Διεζευγμένος (N=8) 14,5% Χήρος (N=1) 1,8%
Αριθμός παιδιών	Κανένα (N=29) 52,7% 1 (N=8) 14,5% 2 (N=11) 20,0% 3 (N=6) 10,9% 4 (N=1) 1,8%
Εκπαιδευτικό επίπεδο	Υποχρεωτική εκπαίδευση (N=13) 23,6% Μέση εκπαίδευση (Λύκειο) (N=18) 32,7% ΤΕΕ/ΙΕΚ (N=6) 10,9% ΤΕΙ (N=5) 9,1% ΑΕΙ (N=9) 16,4%

	Μεταπτυχιακό (N=3) 5,5% Διδακτορικό (N=1) 1,8%
Ασφάλιση	ΕΟΠΥΥ (N=44) 80% Απορίας (N=7) 12,7% Άλλη (N=4) 7.3%
Επάγγελμα	Δημόσιοι Υπάλληλοι (N=14) 25,5% Ιδιωτικοί Υπάλληλοι (N=9) 16,4% Ελεύθεροι επαγγελματίες (N=10) 18,2% Άνεργοι (N=11) 20% Οικοκυρικά (N=8) 14,6% Μαθητές/Σπουδαστές (N=3) 5,5%
Επαγγελματική κατάσταση	Ενεργός πλήρους απασχόλησης (N=9) 16,4% Μερικής απασχόλησης (N=3) 5,5% Άνεργος (N=11) 20% Συνταξιούχος (N=20) 36,4% Μαθητές/Σπουδαστές (N=3) 5,5% Οικοκυρικά (N=9) 16,4%
Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα (ευρώ)	1038,80 ± 723,73 (0-2860)

Οι ασθενείς μας εμφανίζουν ποικιλία κλινικών χαρακτηριστικών αναφορικά με την νεφρική νόσο ως προς την αιτία και τη νοσηρότητά της. Παράλληλα εμφανίζουν διαφορές αναφορικά με τις παραμέτρους της θεραπείας τους. Αναλυτικότερα τα χαρακτηριστικά αυτά παρουσιάζονται στον Πίνακα 2.

Στον Πίνακα 2 αναφέρεται η Σπειραματονεφρίτιδα και ο Σακχαρώδης Διαβήτης (ΣΔ)ως τα συχνότερα αίτια ΧΝΑ. Η πλειονότητα των ασθενών της μελέτης (63.5%) υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση για περισσότερο από 5 έτη. Η συνήθης συχνότητα αιμοκάθαρσης είναι 3 φορές την εβδομάδα (92,7%) και πραγματοποιείται στην πλειοψηφία των περιπτώσεων (56,4%) μέσω Fistula ή Κεντρικού Φλεβικού Καθετήρα (29,1%) και μόλις σε ποσοστό 14,5% μέσω εμφυτεύματος (Graft).Το 58,2% των ασθενών έχει νοσηλευτεί τουλάχιστον μία φορά λόγω της ΧΝΑ και από αυτούς το 37,5% το τελευταίο τρίμηνο. Η συννοσηρότητα είναι υψηλή (50,9%) με τον ΣΔ και την υπέρταση να είναι τα συχνότερα αναφερόμενα χρόνια νοσήματα και μόλις το 1,8% να εκδηλώνει κάποιο μεταδοτικό λοιμώδες νόσημα. Η εμφάνιση υπότασης (N=33 - 60%),

αρρυθμιών (N=7 - 12,7%) & αλλεργικού κνησμού ή άλλης αλλεργικής αντίδρασης (N=5 - 9,1%) είναι οι συχνότερες επιπλοκές.

Πίνακας 2. Κλινικά χαρακτηριστικά & παράμετροι αιμοκάθαρσης	
Αίτιο ΧΝΑ	Σπειραματονεφρίτιδα (N=14) 25,5% Σακχαρώδης Διαβήτης (N=6) 10,8% Ερυθματώδης Λύκος (N=5) 9,1% Πολυκυστικοί Νεφροί (N=4) 7,3% Αγγείτιδα (N=3) 5,5% Καρδιολογικό αίτιο (N=5) 9,1% Άλλο (N=18) 32,7%
Διάρκεια ΧΝΑ	Αδιευκρίνιστη (N=3) 5,5% 0-1 έτος (N=3) 5,5% 1-5 έτη (N=14) 25,5% 5-10 έτη (N=10) 18,2% 10-15 έτη (N=9) 16,4% 15-20 έτη (N=5) 9,1% >20 έτη (N=11) 20,0%
Διάρκεια Αιμοκάθαρσης (έτη)	7,22 ± 5,21 (0,1 - 31)
Συχνότητα αιμοκάθαρσης (ανά εβδομάδα)	3 (N=51) 92,7% 4 (N=3) 5,5% 5 (N=1) 1,8%
Διάρκεια αιμοκάθαρσης (ώρες)	3,87 ± 0,34 (3-4)
Αριθμός εισαγωγών λόγω της ΧΝΑ	Καμία (N=23) 41,8% 1-3 (N=23) 41,8% >3 (N=9) 16,4%
Χρόνος από τελευταία εισαγωγή (μήνες) (N=32)	<1 μήνα (N=3) 9,4% 1-3 μήνες (N=9) 28,1% 3-6 μήνες (N=5) 15,6% 6-12 μήνες (N=4) 12,5% 12-24 μήνες (N=8) 25% >24 μήνες (N=3) 9,4%
Φλεβική προσπέλαση	Κεντρικός Καθετήρας (N=16) 29,1% Fistula (N=31) 56,4% Graft (N=8) 14,5%
Άλλη χρόνια νόσος	ΝΑΙ (N=28) 50,9% ΟΧΙ (N=27) 49,1%
Χρόνια Νόσος N=28	Διαβήτης (N=7) 25% Υπέρταση (N=3) 10,7% Καρκίνος (N=2) 7,1% Άλλη (N=16) 57,2%
Μεταδοτική Νόσος	ΝΑΙ (N=1) 1,8% ΟΧΙ (N=54) 98,2%
Συνηθέστερες επιπλοκές	Υπόταση (N=33) 60% Αρρυθμίες (N=7) 12,7% Κνησμός/ Αλλεργία (N=5) 9,1% Μυϊκοί σπασμοί/κράμπες (N=5) 9,1% Μυαλγίες/αρθραλγίες (N=3) 5,5% Κεφαλαλγία (N=3) 5,5% Υπερκαλιαιμία (N=3) 5,5% Ναυτία/Έμετος (N=1) 1,8%

Οι ασθενείς της μελέτης μας υποβάλλονται σε συστηματικούς τακτικούς ελέγχους οι οποίοι αποτυπώνουν εν μέρει την προσαρμογή στην θεραπεία και

την αποτελεσματικότητα της αιμοκάθαρσης. Στον Πίνακα 3 απεικονίζονται οι μέσες εργαστηριακές τιμές του τελευταίου τριμήνου για το σύνολο των ασθενών του δείγματος μας, το εύρος των τιμών τους και το ποσοστό απόκλισης από τις αναμενόμενες τιμές με βάση τη θεραπεία και την υποκείμενη νεφροπάθεια.

Πίνακας 3. Εργαστηριακές τιμές				
Παράμετρος	Μέση τιμή τριμήνου ± ΤΑ*	Εύρος τιμών	Ποσοστό (%) αποκλίσεων τιμών	Μονάδα Μέτρησης
Αιματοκρίτης	32,88 ± 3,17	25-39,6	12,7%	%
Ουρία	145,83 ± 35,60	81-238	*Δ.Ε.	mg/dl
Κρεατινίνη	9,75 ± 3,77	3,50 - 29,16	*Δ.Ε.	mg/dl
Λευκωματίνη	7,05 ± 2,42	4 - 24,1	21,8%	g/dl
Κάλιο	5,17 ± 0,57	3,85 - 6,30	7,2%	mEq/L
Φώσφορος	5,11 ± 1,24	3,20 - 8,30	19,2%	mEq/L
Ασβέστιο	8,91 ± 0,77	5,50 - 10,20	10,9%	mEq/L

* Δεν Εκτιμάται η αποκλίνουσα τιμή γιατί είναι βάση ορισμού της ΧΝΑ εκτός Φυσιολογικών Τιμών.

*ΤΑ=Τυπική απόκλιση

Το ποσοστό απόκλισης των μέσων εργαστηριακών τιμών τριμήνου είναι εξαιρετικά χαμηλό (κυμαίνεται μεταξύ 7,2 έως 21,8%). Ενώ και οι μέσες τιμές ουρίας και κρεατινίνης βάση του σταδίου ΧΝΑ κυμαίνονται σε λογικές τιμές. Τα παραπάνω υποδεικνύουν αποτελεσματική αιμοκάθαρση σε συνδυασμό με καλή συνεργασία-συμμόρφωση των ασθενών στη διαίτα και στη φαρμακευτική τους θεραπεία.

Στους ασθενείς της μελέτης μας τους ζητήθηκε να βαθμολογήσουν σε μια δεκαβάθμια κλίμακα Likert τον βαθμό τήρησης-συμμόρφωσης τους με τη διατροφή, την φαρμακευτική αγωγή και το πρόγραμμα αιμοκάθαρσης. Το μηδέν (0) αντιστοιχούσε σε μηδενική συμμόρφωση και το δέκα (10) σε άριστη συμμόρφωση. Στον Πίνακα 4 αποτυπώνονται οι απαντήσεις τους στα παραπάνω ερωτήματα.

Πίνακας 4. Αυτοαναφερόμενος βαθμός τήρησης-συμμόρφωσης			
Παράμετρος	Μέση τιμή ± ΤΑ	Εύρος	Ποσοστό (%) με τιμή ≥6
Α) Αναφορικά με τους διατροφικούς περιορισμούς	7,02 ± 2,74	0-10	76,36% (N=42)
Β) Αναφορικά με τη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής	8,55 ± 2,42	0-10	87,27% (N=48)
Γ) Αναφορικά με τη συχνότητα των συνεδριών	9,02 ± 2,25	0-10	90,91% (N=50)

Συνεπώς το 76,36% (N=42) των ασθενών εμφανίζει ικανοποιητική συμμόρφωση (τιμή ≥6) με τους διατροφικούς περιορισμούς, 87,27% (N=48) με την λήψη της φαρμακευτικής αγωγής και 90,91% (N=50) με το πρόγραμμα των συνεδριών.

Οι ασθενείς ερωτήθηκαν εάν αντιμετωπίζουν προβλήματα με τη σεξουαλική τους ζωή και ανέφεραν ότι: 38,2% (N=21) δεν αντιμετώπιζαν κανένα πρόβλημα, 21,8% (N=12) αντιμετώπιζε σπάνια πρόβλημα, 23,6% (N=13) συχνά και 10,9% (N=6) αντιμετώπιζε πολύ σοβαρό πρόβλημα. Τους ζητήθηκε σε μια δεκαβάθμια κλίμακα Likert να βαθμολογήσουν την ικανοποίησή τους αναφορικά με τη σεξουαλική τους ζωή και το 65,45% (N=36) δηλώνει ικανοποιημένο (τιμή ≥6) από τη σεξουαλική του ζωή. Η μέση τιμή στην αξιολόγηση αυτή ήταν 6,15 ± 2,71. Η σεξουαλική ζωή δεν βρέθηκε να διαφοροποιείται μεταξύ των δύο φύλων στις απαντήσεις τους αναφορικά με τη συχνότητα εμφάνισης σεξουαλικής δυσλειτουργίας και ικανοποίησης από την σεξουαλική τους ζωή.

Η γενική υγεία του πληθυσμού της μελέτης αξιολογήθηκε με την **Κλίμακα GHQ-28**. Αρχικά πραγματοποιήθηκε έλεγχος της αξιοπιστίας της εσωτερικής συνοχής ή συνάφειας της κλίμακας με τον υπολογισμό του συντελεστή Cronbach's alpha

η τιμή του οποίου για τις τέσσερις διαστάσεις της κλίμακας ήταν 0,823 (Άγχος), 0,837 (Σωματικά ενοχλήματα), 0,865, (Κοινωνική λειτουργικότητα), 0,922 (Κατάθλιψη) και για το συνολικό της σκορ ήταν 0,929. Εν συνεχεία, υπολογίστηκαν οι βαθμολογίες σε κάθε μια παράμετρο της Κλίμακας GHQ-28. Στον Πίνακα 5 που ακολουθεί απεικονίζονται οι μέσες τιμές και η τυπική απόκλιση για κάθε διάσταση της κλίμακας.

Πίνακας 5. Αποτελέσματα μετρήσεων με την Κλίμακα GHQ-28		
Παράμετρος	Likert Scoring	Εύρος τιμών
«Σωματικά ενοχλήματα» (Q:1-7)	6,07 ± 4,61	0-20
«Άγχος» (8-14)	6,49 ± 4,72	0-21
«Κοινωνική λειτουργικότητα» (Q:15-21)	8,84 ± 3,71	0-19
«Κατάθλιψη»(Q:22-28)	3,42 ± 4,76	0-20
Συνολικό Σκορ	24,82 ± 14,42	1-72

Από την περαιτέρω ανάλυση των δεδομένων της Κλίμακας GHQ-28 προκύπτει ότι είναι πιθανό να αντιμετωπίζει ψυχική διαταραχή το 5,5-10,9% των ασθενών της μελέτης. Αντίστοιχα οι επιμέρους διαταραχές ανά παράμετρο της κλίμακας κυμαίνονται από 5,5-30,9% για την εμφάνιση άγχους και 7,3-16,4% για την εμφάνιση κατάθλιψης. Η επίδραση του φύλου στην μελέτη μας βρέθηκε στατιστικά σημαντική μόνο στην υποκλίμακα της κοινωνικής λειτουργικότητας, με τις γυναίκες να εμφανίζουν χαμηλότερο σκορ ($p=0,044$, $t=1,091$, $F=4,275$).

Ο έλεγχος κανονικότητας για το σκορ της κλίμακας GHQ-28 με τη βοήθεια του στατιστικού κριτηρίου των Kolmogorov-Smirnov μας έδωσε τιμές από 0,001-0,041 για όλες τις επιμέρους βαθμολογίες που υπολογίσαμε παραπάνω, πλην του τροποποιημένου συνολικού σκορ C-GHQ που ήταν 0,20. Συνεπώς, για όλες

τις παραπάνω μεταβλητές πλην της προαναφερόμενης, δεν μπορούμε να αποκλείσουμε την υπόθεση της κανονικότητας της κατανομής των τιμών τους.

Οι ασθενείς της μελέτης συμπλήρωσαν το **ερωτηματολόγιο DPQ** για την αξιολόγηση της γνωστικής τους συμπεριφοράς. Ο συντελεστής Cronbach's α της κλίμακας υπολογίστηκε 0,66 (Εαυτό), 0,63 (Κόσμο) & 0,68 (Μέλλον) ενώ για την κλίμακα συνολικά ήταν 0,73. Η κλίμακα εξετάζει κυρίως το εάν οι προ-αξιολογήσεις ("Pre-conceptions") είναι λειτουργικές ή δυσλειτουργικές και εάν σχετίζονται με αντίστοιχα λειτουργικές ή δυσλειτουργικές μετα-αξιολογήσεις. Χρησιμοποιώντας ως "cut-offpoint" τη βαθμολογία 12 απεικονίζονται τα αποτελέσματα στον Πίνακα 6.

Πίνακας 6. Αποτελέσματα Κλίμακας DPQ (N=55)		
Παράμετρος	% ασθενών (N) με Score \geq 12	Μέση τιμή \pm ΤΑ*
A. Αναφορικά με τον «Εαυτό» (SELF)		
«Εαυτός-υποστήριξη»	29,1% (N=16)	11,20 \pm 2,64
«Αυτοεκτίμηση»	21,8% (N=12)	11,12 \pm 2,58
B. Αναφορικά με τον «Κόσμο» (WORLD)		
«Προσαρμογή»	23,6% (N=13)	10,56 \pm 3,02
«Κοινωνικότητα»	21,8% (N=12)	10,81 \pm 3,04
Γ. Αναφορικά με το μέλλον (FUTURE)		
«Εαυτός-ανάπτυξη»	25,5% (N=16)	10,69 \pm 3,48
«Δημιουργικότητα»	32,7% (N=18)	10,73 \pm 3,78

* Τυπική απόκλιση

Συνεπώς, σημαντικός αριθμός προ-αξιολογήσεων αλλά και μετα-αξιολογήσεων είναι δυσλειτουργικές διότι εμφανίζουν μέσες τιμές που πλησιάζουν το 12 που προτείνεται ως η τιμή αναφοράς ("cut off point") για την ανίχνευση των δυσλειτουργιών. Συγκεκριμένα στην στήλη δύο του Πίνακα 6 αναφέρονται τα συγκεκριμένα ποσοστά ανίχνευσης δυσλειτουργιών να κυμαίνονται από 21,8% (Αυτοεκτίμηση & Κοινωνικότητα) έως 32,7% (Δημιουργικότητα).

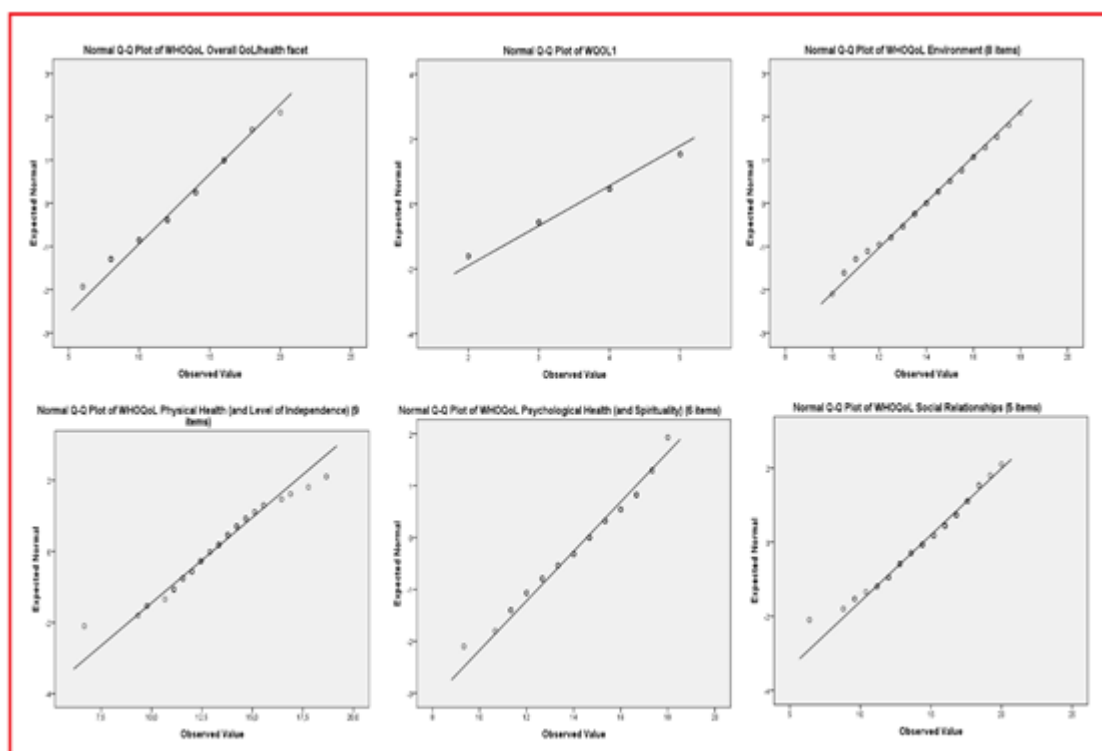
Στους ασθενείς με τη βοήθεια του πολυδιάστατου **ερωτηματολογίου εστίασης ελέγχου για την υγεία** (έδρα ελέγχου) (Health Locus of Control) αξιολογήθηκε η υποκειμενική αντίληψη που έχει το άτομο σχετικά με το αν η κατάσταση της υγείας του εξαρτάται από το ίδιο το άτομο (εσωτερική εστίαση ελέγχου) ή από εξωτερικούς παράγοντες. Ο συντελεστής Cronbach's α ήταν 0,767 για την Εσωτερική εστίαση, 0,779 για την Τύχη, 0,827 για το Ιατρικό προσωπικό και 0,737 για τους σημαντικούς άλλους. Η τιμή του για την κλίμακα συνολικά ήταν 0,774. Παρακάτω παρουσιάζονται τα αποτελέσματα στις τέσσερις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου:

1. **Εσωτερική εστίαση** (μετρά το βαθμό, στον οποίο το άτομο πιστεύει ότι μπορεί το ίδιο να έχει τον έλεγχο της κατάστασης της υγείας του): **25,26** \pm 6,24 (12-36)
2. **Τύχη** (μετρά το βαθμό, στον οποίο το άτομο πιστεύει ότι η βελτίωση ή επιδείνωση της κατάστασης της υγείας του είναι θέμα τύχης): **18,80** \pm 6,91 (6-34)
3. **Ιατρικό προσωπικό** (μετρά το βαθμό, στον οποίο το άτομο πιστεύει ότι οι θεράποντες ιατροί είναι αυτοί που έχουν τον έλεγχο σε ό,τι αφορά την υγεία του): **15,13** \pm 3,47 (7-18)
4. **Σημαντικοί άλλοι** (μετρά το βαθμό, στον οποίο το άτομο πιστεύει ότι τα σημαντικά πρόσωπα στη ζωή του έχουν τον έλεγχο της κατάστασης της υγείας του): **11,8** \pm 3,70 (4-18)

Η υψηλότερη βαθμολογία σε μια υποκλίμακα του ερωτηματολογίου υποδηλώνει την τάση του ατόμου να επιλέγει σε μεγαλύτερο βαθμό το περιεχόμενο των πεποιθήσεων που αναφέρεται στη συγκεκριμένη υποκλίμακα. Η εσωτερική εστίαση είναι εκείνη η παράμετρος που επηρεάζει περισσότερο τις πεποιθήσεις

των ασθενών με ΧΝΑ της μελέτης μας. Ο παράγοντας τύχη ακολουθεί και εκφράζει την πεποίθηση των ασθενών ότι κάποια πράγματα συμβαίνουν με τυχαίο τρόπο. Συγκριτικά οι ασθενείς της μελέτης μας στηρίζονται περισσότερο στον αυτοέλεγχο της νόσου και λιγότερο στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και στους σημαντικούς άλλους.

Η ποιότητα ζωής εκτιμήθηκε με τη βοήθεια του **ερωτηματολογίου WHOQOL-Bref** του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Η τιμή Cronbach 's α κυμάνθηκε από 0,639 (Περιβάλλον) έως 0,750 (Κοινωνικές σχέσεις). Ο έλεγχος κανονικότητας για το συνολικό σκορ της κλίμακας και των επιμέρους σκορ των υποκλιμάκων της μας έδωσε τιμές $p < 0,05$ (0,001-0,043). Παράλληλα πραγματοποιήσαμε και έλεγχο της κανονικότητας της κατανομής τους με τη βοήθεια των διαγραμμάτων Q-Qplots όπως απεικονίζονται στο Γράφημα 1.



Γράφημα 1. Έλεγχος κανονικότητας Κλίμακας WHOQoL-Bref - Γραφήματα Q-Q plots

Η διακύμανση των τιμών που αποκλίνουν από την τυπική κατανομή είναι μικρή όπως αποτυπώνεται στα παραπάνω γραφήματα όπου η διασπορά των τιμών σχεδόν ταυτίζεται με την ευθεία που απεικονίζει την τυπική κατανομή. Συνεπώς, με την βοήθεια του τεστ κανονικότητας και την γραφική απεικόνιση των αξιολογήσεων για όλες τις παραπάνω μεταβλητές της Κλίμακας WHOQoL-Bref δεν μπορούμε να αποκλείσουμε την υπόθεση της κανονικότητας της κατανομής των τιμών τους.

Τα αποτελέσματα της αξιολόγησης για τις τέσσερις διαστάσεις και τις δύο ερωτήσεις για την εκτίμηση της ΠΖ και της κατάστασης υγείας παρουσιάζονται παρακάτω:

A. Σωματική υγεία: $13 \pm 2,08$ (6,67 – 18,67)

B. Ψυχολογική υγεία: $14,55 \pm 2,10$ (9,33 -18,00)

Γ. Κοινωνικές σχέσεις: $14,47 \pm 2,79$ (6,40 – 20,00)

Δ. Περιβάλλον: $13,95 \pm 1,90$ (10,00 – 18,00)

Συνολική εκτίμηση της ΠΖ: $12,91 \pm 3,10$ (6,00 – 20,00)

Υψηλότερες τιμές υποδεικνύουν καλύτερη ΠΖ. Οι ασθενείς της μελέτης μας αυτο-αξιολόγησαν την ΠΖ από μέτρια έως υψηλή σε όλες τις διαστάσεις της κλίμακας WHOQoL-Bref. Συγκεκριμένα ως κακή βαθμολόγησαν την ΠΖ σε ποσοστό από 9,1% (Q1-Γενική εκτίμηση ΠΖ) - 25,5% (Σωματική διάσταση). Συγκριτικά μεταξύ των 4 υποκλιμάκων, η σωματική υγεία βαθμολογήθηκε χαμηλότερα. Ενώ σε σύγκριση με δείγματα υγιούς πληθυσμού από προηγούμενες μελέτες, οι τιμές σε όλες τις κλίμακες της ΠΖ είναι σχετικά χαμηλότερες.

Στην ερώτηση (Q1) «πως θα βαθμολογούσατε την ποιότητα ζωής σας γενικά» απάντησαν ως εξής:

- Πολύ κακή: 0%
- Κακή: 9,1% (N=5)
- Ούτε καλή/ούτε κακή: 38,2% (N=21)
- Καλή: 41,8% (N=23)
- Πολύ καλή: 10,9% (N=6)

Ενώ στην ερώτηση (Q2) «πόσο ικανοποιημένος/η είστε από την υγεία σας» απάντησαν ως εξής:

- Καθόλου: 10,9% (N=6)
- Λίγο: 12,7% (N=7)
- Μέτρια: 54,5% (N=30)
- Πολύ: 18,2% (N=10)
- Υπερβολικά: 3,6% (N=2)

Από τις παραπάνω απαντήσεις προκύπτει ότι μικρό ποσοστό (9,1%) αξιολογούν την ΠΖ τους ως κακή ή πολύ κακή και δηλώνουν σε ποσοστό 10,9% ότι δεν είναι καθόλου ικανοποιημένοι από την υγεία τους. Σε υψηλό ποσοστό όμως (76,3%) δηλώνουν μέτρια ή καλή υγεία και ένας στους δύο (52,7%) δηλώνει καλή ή πολύ καλή ΠΖ.

Πραγματοποιήθηκε έλεγχος για να δούμε ποιοι δημογραφικοί παράγοντες επηρεάζουν την ΠΖ, όπως αυτή εκφράζεται από το συνολικό σκορ της Κλίμακας WHOQOL. Το φύλο δεν βρέθηκε οριακά να σχετίζεται σημαντικά ($p=0,062$), με τις γυναίκες να δηλώνουν υψηλότερο σκορ ποιότητας ζωής ($13,76 \pm 2,96$) σε σχέση με τους άνδρες ($12,20 \pm 3,08$). Η ηλικία επίσης δεν βρέθηκε να επηρεάζει

την ΠΖ. Η διάρκεια θεραπείας και ο χρόνος από τη διάγνωση δεν βρέθηκε να επηρεάζει στατιστικά σημαντικά το σκορ της ΠΖ. Οι ασθενείς που υποβάλλονται μόνιμα σε αιμοκάθαρση στη συγκεκριμένη μονάδα τεχνητού νεφρού εμφανίζουν υψηλότερο μέσο σκορ ΠΖ (30,95) σε σύγκριση με τους περιφερόμενους (N=9, Μέση τιμή=19,56) ή τους εσωτερικούς ασθενείς (N=15, Μέση τιμή=26,97), αλλά χωρίς στατιστική σημαντικότητα ($p=0,112$).

Αντίθετα, η εμφάνιση επιπλοκών ($p=0,030$, $r=-0,399$) βρέθηκε να την επηρεάζει και ειδικότερα η εμφάνιση αρρυθμιών ($p=0,015$, $r=-0,326$) και η εμφάνιση αλλεργίας-κνησμού ($p=0,001$, $r=-0,344$). Επίσης η εμφάνιση άλλης χρόνιας νόσου επηρεάζει αρνητικά την ΠΖ ($p=0,001$, $F=6,98$). Με τη βοήθεια της στατιστικής δοκιμασίας Kruskal-Wallis H test βρέθηκε ότι το είδος της φλεβικής πρόσβασης επηρεάζει την ΠΖ ($p=0,018$, $SD=3,099$) με τους ασθενείς που φέρουν ΚΦΚ να δηλώνουν χαμηλότερα σκορ ΠΖ (N=16, Μέση τιμή=23,31) σε σύγκριση με τους ασθενείς που φέρουν fistula (N=31, Μέση τιμή=26,79) ή μόσχευμα (N=8, Μέση τιμή=42,06). Τέλος, βρέθηκε θετική συσχέτιση ανάμεσα στην σεξουαλική ικανοποίηση και την ΠΖ ($p=0,012$, $r=0,344$).

Παράλληλα εκτιμήθηκε η ΣΥΠΖ με τη βοήθεια της Κλίμακας KDQOL-SF™) - Greek Version. Στον Πίνακα 7 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της βαθμολόγησης της Κλίμακας KDQoL και οι τιμές Cronbach's α για κάθε μία από τις παραμέτρους της. Η τιμή Cronbach 's α κυμάνθηκε από 0,613 –0,928. Οι ερωτήσεις και οι υποκλίμακες βαθμολογούνται έτσι ώστε ο υψηλότερος βαθμός να ανταποκρίνεται σε καλύτερη ΣΥΠΖ. Για 10 από τις 36 ερωτήσεις του γενικού μέρους (SF-36) και 32 από τις 44 του εξειδικευμένου με την νεφροπάθεια τμήματος της Κλίμακας (ESRD), απαιτήθηκε επανακωδικοποίηση των επιλογών απάντησης.

Πίνακας 7.Βαθμολόγηση Κλίμακας KDQOL-SF™ & αντίστοιχες τιμές Cronbach α		
Υποκλίμακα	Μέση τιμή ± ΤΑ*	Cronbacha
Παράμετροι Σχετιζόμενοι με την ΧΝΑ		
ESRD Symptom Problem List Λίστα συμπτωμάτων	77,16 ± 17,06	0,804
ESRD Effects of Kidney Disease Συνέπειες νεφροπάθειας	56,70 ± 20,87	0,873
ESRD Burden of Kidney Disease Φόρτος της νεφροπάθειας	48,18 ± 28,28	0,797
ESRD Work Status Εργασία	27,28 ± 37,04	0,616
ESRD Cognitive Function Γνωστική λειτουργία	81,94 ± 16,91	0,722
ESRD Quality of Social Interaction Κοινωνική αλληλεπίδραση	76,61 ± 15,76	0,613
ESRD Sexual Function Σεξουαλική λειτουργία	58,18 ± 34,46	0,928
ESRD Sleep Ποιότητα ύπνου	65,72 ± 22,32	0,844
ESRD Social Support Κοινωνική Υποστήριξη	86,67 ± 18,81	0,714
ESRD Dialysis Staff Encouragement Ενθάρρυνση προσωπικού	84,55 ± 17,34	0,672
ESRD Patient Satisfaction Ικανοποίηση ασθενούς	76,97 ± 20,91	Μονομεταβλητή
Παράμετροι σχετιζόμενοι με την ΣΥΠΖ		
SF-36 Physical Functioning Σωματική λειτουργικότητα	52,27 ± 27,45	0,912
SF-36 Role Physical Ρόλος σωματικός	42,95 ± 43,01	0,891
SF-36 Pain Σωματικός πόνος	65,18 ± 28,97	0,889
SF-36 General Health Γενική υγεία	40,72 ± 21,72	0,728
SF-36 Emotional Well Being Ψυχική Υγεία	66,04 ± 22,47	0,838
SF-36 Role-emotional Ρόλος συναισθηματικός	61,52 ± 44,20	0,891
SF-36 Social Function Κοινωνική λειτουργικότητα	72,27 ± 27,92	0,746
SF-36 Energy/Fatigue Ζωτικότητα	54,91 ± 22,88	0,803

*ΤΑ=Τυπική απόκλιση

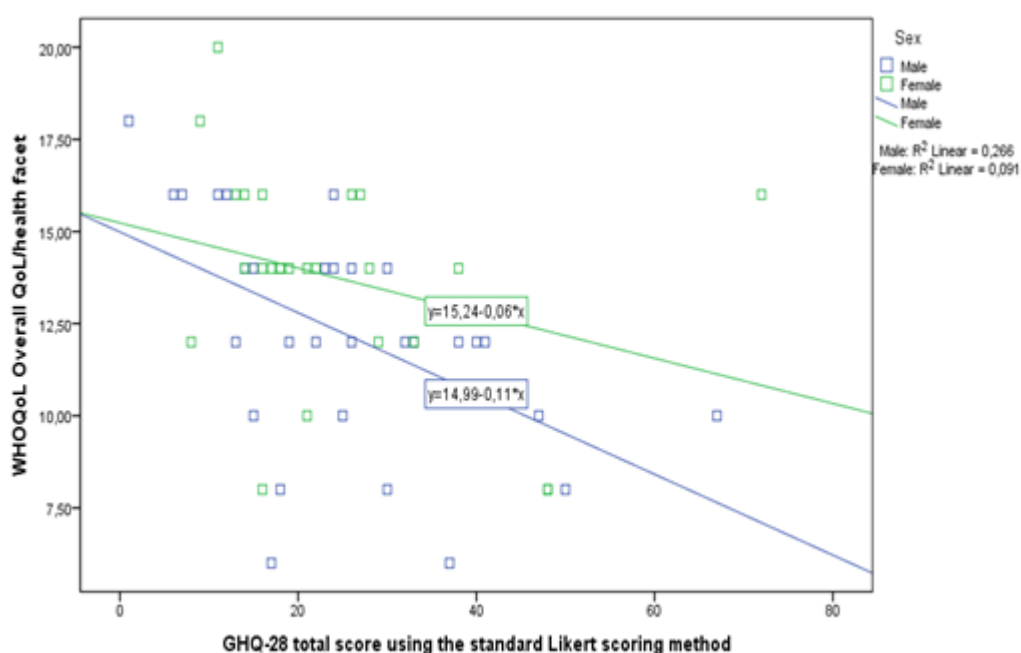
Σύμφωνα με τον Πίνακα 7, η χαμηλότερη βαθμολογία ανάμεσα στις υποκλίμακες που είναι εξειδικευμένες στην ΧΝΑ, ανήκει στην εργασία ($27,28 \pm 37,04$) με αμέσως επόμενες χαμηλότερες βαθμολογίες στις παραμέτρους που αφορούν την επίπτωση (φόρτο της νεφροπάθειας) ($48,18 \pm 28,28$) ή την επίδραση της νόσου ($56,70 \pm 20,87$) και την σεξουαλική λειτουργία ($58,18 \pm 34,46$). Στο γενικό κομμάτι οι παράμετροι με τις χαμηλότερες βαθμολογίες αφορούσαν την συνολική υγεία ($40,72 \pm 21,72$) και τον σωματικό ρόλο ($42,95 \pm 43,01$), με επίδραση στη σωματική λειτουργικότητα ($52,27 \pm 27,45$) και το αίσθημα μειωμένης ενέργειας και εύκολης κόπωσης (ζωτικότητα) ($54,91 \pm 22,88$).

Στους Πίνακες 8-11, που ακολουθούν, έγινε έλεγχος του βαθμού συσχέτισης της Κλίμακας WHOQOL-Bref με τις Κλίμακες GHQ-28, KDQOL-SF, την Κλίμακα Δυσλειτουργικών Πεπτοιθήσεων (DPQ) και την Κλίμακα εστίασης ελέγχου για την υγεία (Health Locus of Control).

Συσχέτιση			Κλίμακα GHQ-28				
			Σωματικά Ενοχλήματα	Άγχος	Κοινωνική λειτουργικότητα	Κατάθλιψη	Συνολικό σκορ
Κλίμακα WHO QOL -Bref	Σωματική Υγεία	Συντελεστής r	-,559	-,495	-,585	-,406	-,625
		P	,001	,001	,001	,002	,001
	Ψυχολογική Υγεία	Συντελεστής r	-,519	-,556	-,432	-,555	-,642
		P	,001	,001	,001	,001	,001
	Κοινωνικές σχέσεις	Συντελεστής r	-,618	-,532	-,593	-,303	-,624
		P	,001	,001	,001	,024	,001
	Περιβάλλον	Συντελεστής r	-,353	-,339	-,311	-,208	-,372
		P	,008	,011	,021	,128	,005
	Ερώτηση Εκτίμησης ΠΖ	Συντελεστής r	-,505	-,375	-,450	-,324	-,507
		P	,001	,005	,001	,016	,001
	Συνολική εκτίμηση της ΠΖ	Συντελεστής r	-,432	-,304	-,403	-,232	-,418
		P	,001	,024	,002	,088	,001

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του Πίνακα 8 φαίνεται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των δύο Κλιμάκων. Ο συντελεστής r του Pearson υποδεικνύει μέση ως αυξημένη γραμμική συσχέτιση με αρνητικό πρόσημο που υποδεικνύει αρνητική συσχέτιση μεταξύ τους. Εξαίρεση από τα παραπάνω αποτελεί η συνδιακύμανση της διάστασης του περιβάλλοντος και του συνολικού σκορ της κλίμακας WHOQoL-Bref με τη διάσταση της κατάθλιψης της κλίμακας GHQ-28 όπου η πιθανότητα συσχέτισης ήταν >0.05 και ο συντελεστής $r < 0.30$.

Το Γράφημα 2 που ακολουθεί απεικονίζει την αρνητική αυτή συνδιασπορά μεταξύ των συνολικών σκορ των παραπάνω κλιμάκων ανά φύλο.



Γράφημα 2. Απεικόνιση της συνδιασποράς των Κλιμάκων WHOQoL & GHQ-28 ανά φύλο.

Η αποτύπωση στο Γράφημα 2 σε συνδυασμό με τις τιμές R^2 υποδεικνύουν ότι οι άνδρες σε σχέση με τις γυναίκες εμφανίζουν μεγαλύτερο βαθμό συνδιασποράς.

Στον Πίνακα 9 απεικονίζονται τα αποτελέσματα ελέγχου συνδιακύμανσης της Κλίμακας WHOQoL με την Κλίμακα DPQ.

Πίνακας 9. Συσχέτιση (έλεγχος συνδιασποράς) μεταξύ Κλίμακας WHOQOL-Bref και Κλίμακας DPQ με την εκτίμηση του Συντελεστή Συσχέτισης r του Pearson (N=55)

Συσχέτιση			Κλίμακα DPQ					
			Αναφορικά με τον «Εαυτό» (SELF)		Αναφορικά με τον «Κόσμο» (WORLD)		Αναφορικά με το μέλλον (FUTURE)	
			Αυτο-υποστήριξη	Αυτο-εκτίμηση	Προσαρμογή	Κοινωνικότητα	Αυτοανάπτυξη	Δημιουργικότητα
Κλίμακα WHOQOL-Bref	Σωματική Υγεία	Συντελεστής r	-,340	-,190	,118	-,061	,183	-,006
		P	,011	,165	,391	,656	,182	,966
	Ψυχολογική Υγεία	Συντελεστής r	-,281	-,143	-,088	-,187	,097	,029
		P	,037	,296	,524	,171	,482	,834
	Κοινωνικές σχέσεις	Συντελεστής r	-,276	-,119	,051	,005	,047	,055
		P	,041	,388	,709	,971	,735	,688
	Περιβάλλον	Συντελεστής r	-,186	-,148	,103	,030	-,028	-,056
		P	,173	,281	,456	,826	,840	,683
	Ερώτηση Εκτίμησης ΠΖ	Συντελεστής r	-,035	,010	-,241	-,312	-,051	-,005
		P	,802	,940	,076	,020	,714	,972
	Συνολική εκτίμηση της ΠΖ	Συντελεστής r	-,063	-,042	-,091	-,199	-,035	,028
		P	,646	,758	,507	,146	,798	,840

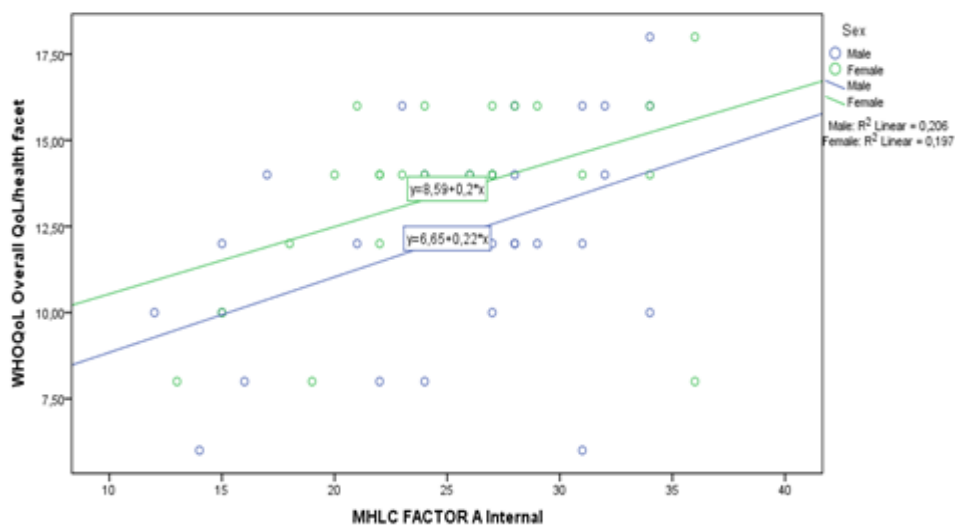
Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των κλιμάκων WHOQoL-Bref και της κλίμακας DPQ. Εξαίρεση αποτέλεσε ασθενής αρνητική συνδιακύμανση μεταξύ της παραμέτρου αυτό-υποστήριξης της κλίμακας DPQ και των παραμέτρων σχετικά με την σωματική υγεία, την ψυχολογική υγεία και τις κοινωνικές σχέσεις της κλίμακας WHOQoL-Bref.

Στον Πίνακα 10 απεικονίζονται τα αποτελέσματα ελέγχου συνδιακύμανσης της Κλίμακας WHOQOL με την Κλίμακα MHLC.

Πίνακας 10. Συσχέτιση (έλεγχος συνδιασποράς) μεταξύ Κλίμακας WHOQOL-Bref και Κλίμακας MHLC με την εκτίμηση του Συντελεστή Συσχέτισης r του Pearson (N=55)

Συσχέτιση			Κλίμακα εστίασης ελέγχου για την υγεία (Health Locus of Control)			
			Εσωτερική εστίαση	Τύχη	Ιατρικό προσωπικό	Σημαντικοί άλλοι
Κλίμακα WHOQOL-Bref	Σωματική Υγεία	Συντελεστής r	,304	,114	,168	-,154
		ρ	,050	,412	,221	,262
	Ψυχολογική Υγεία	Συντελεστής r	,323	-,066	,101	-,102
		ρ	,048	,635	,465	,460
	Κοινωνικές σχέσεις	Συντελεστής r	,382	,019	,100	,165
		ρ	,039	,891	,466	,228
	Περιβάλλον	Συντελεστής r	,363	,023	-,093	,136
		ρ	,007	,816	,364	,167
	Ερώτηση Εκτίμησης ΠΖ	Συντελεστής r	,452	,092	-,078	,080
		ρ	,001	,509	,573	,561
	Συνολική εκτίμηση της ΠΖ	Συντελεστής r	,435	,153	-,128	,116
		ρ	,001	,269	,351	,398

Όπως αποτυπώνεται στον Πίνακα 10 από τις παραμέτρους της Κλίμακας εστίασης ελέγχου για την υγεία (MHLC) στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση με την Κλίμακα WHOQOL-Bref εμφάνισε μόνο η διάσταση της εσωτερικής εστίασης. Στο Γράφημα 3 που ακολουθεί απεικονίζεται η συνδιασπορά ανά φύλο μεταξύ του συνολικού σκορ της κλίμακας WHOQOL και της διάστασης εσωτερικής εστίασης της Κλίμακας εστίασης ελέγχου για την υγεία (MHLC).



Γράφημα 3. Απεικόνιση της συνδιασποράς των Κλιμάκων WHOQoL & MHLC ανά φύλο.

Η αποτύπωση στο Γράφημα 3 σε συνδυασμό με τις τιμές R^2 υποδεικνύουν θετική γραμμικότητα της συσχέτισης με τους άνδρες σε σχέση με τις γυναίκες να εμφανίζουν παρόμοιο βαθμό συνδιασποράς. Στον Πίνακα 11 που ακολουθεί, απεικονίζονται τα αποτελέσματα ελέγχου συνδιακύμανσης της Κλίμακας WHOQOL με την Κλίμακα KDQoL.

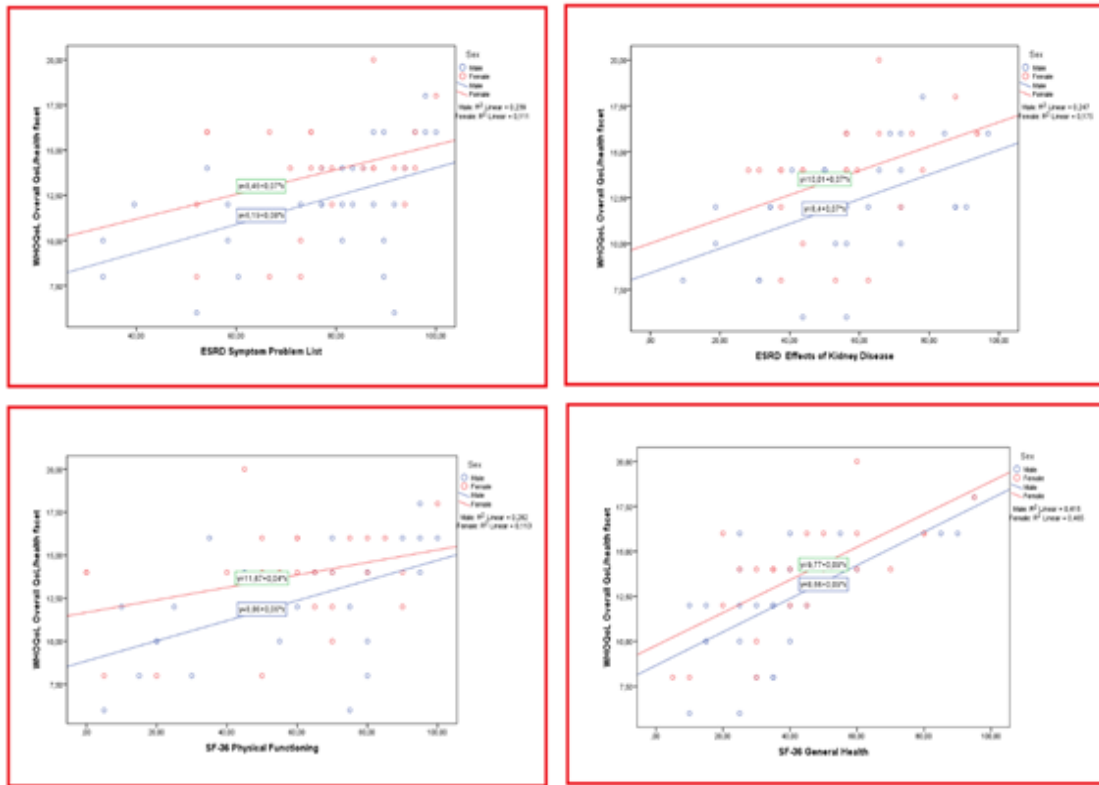
Πίνακας 11. Έλεγχος συνδιακύμανσης της Κλίμακας WHOQOL με την Κλίμακα KDQoL.

Υποκλίμακες Κλίμακας KDQOL-SF™	Συσχέτιση		Κλίμακα WHOQOL-Bref					
			Σωματική Υγεία	Ψυχολογική Υγεία	Κοινωνικές σχέσεις	Περιβάλλον	Ερώτηση Εκτίμησης ΠΖ	Συνολική εκτίμηση της ΠΖ
Παράμετροι Σχετιζόμενοι με την ΧΝΑ	ESRD Symptom Problem List	Συντελεστής r	,619	,428	,484	,329	,412	,420
	Λίστα Συμπτωμάτων	ρ	,000	,001	,000	,014	,002	,001
	ESRD Effects of Kidney Disease	Συντελεστής r	,395	,317	,319	,230	,445	,450
	Συνέπειες νεφροπάθειας	ρ	,003	,018	,018	,091	,001	,001
	ESRD Burden of Kidney Disease	Συντελεστής r	,491	,491	,421	,270	,311	,241
	Φόρτος Νεφροπάθειας	ρ	,000	,000	,001	,046	,021	,076
	ESRD Work Status	Συντελεστής r	,477	,365	,217	,285	,274	,248
	Εργασία	ρ	,000	,006	,111	,035	,043	,068
	ESRD Cognitive Function	Συντελεστής r	,281	,389	,333	,230	,225	,032
	Γνωστική Λειτουργία	ρ	,037	,003	,013	,091	,098	,818
	ESRD Quality of Social Interaction	Συντελεστής r	,293	,397	,364	,281	,213	,312
	Κοινωνική Αλληλεπίδραση	ρ	,049	,003	,006	,038	,118	,020
	ESRD Sexual Function	Συντελεστής r	,365	,414	,545	,292	,403	,501
	Σεξουαλική Λειτουργία	ρ	,006	,002	,000	,031	,002	,000
	ESRD Sleep Quality	Συντελεστής r	,636	,472	,525	,337	,424	,293
	Ποιότητα Ύπνου	ρ	,000	,000	,000	,012	,001	,030
	ESRD Social Support	Συντελεστής r	,150	,223	,561	,321	,203	,148
	Κοινωνική Υποστήριξη	ρ	,274	,101	,000	,017	,136	,280
	ESRD Dialysis Staff Encouragement	Συντελεστής r	,071	,089	,242	,364	,199	,103
	Ενθάρρυνση Προσωπικού	ρ	,608	,520	,075	,006	,146	,456
	ESRD Patient Satisfaction	Συντελεστής r	,205	,167	,296	,450	,068	,100
	Ικανοποίηση Ασθενούς	ρ	,133	,223	,028	,001	,621	,465

Παράμετροι σχετιζόμενοι με την ΣΥΠΖ	SF-36 Physical Functioning Σωματική Λειτουργία	Συντελεστής r	,488	,472	,399	,413	,412	,432
		p	,000	,000	,003	,002	,002	,001
	SF-36 Role Physical Ρόλος Σωματικός	Συντελεστής r	,486	,394	,369	,463	,493	,525
		p	,000	,003	,006	,000	,000	,000
	SF-36 Pain Σωματικός Πόνος	Συντελεστής r	,545	,523	,535	,451	,491	,302
		p	,000	,000	,000	,001	,000	,025
	SF-36 General Health Γενική Υγεία	Συντελεστής r	,668	,538	,692	,576	,690	,667
		p	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	SF-36 Emotional Well Being Ψυχική Υγεία	Συντελεστής r	,563	,668	,659	,445	,414	,305
		p	,000	,000	,000	,001	,002	,024
	SF-36 Role – emotional Ρόλος Συναισθηματικός	Συντελεστής r	,389	,296	,222	,295	,268	,310
		p	,003	,028	,104	,029	,048	,021
	SF-36 Social Function Κοινωνική Λειτουργία	Συντελεστής r	,477	,396	,436	,360	,548	,538
		p	,000	,003	,001	,007	,000	,000
	SF-36 Energy /Fatigue Ζωτικότητα	Συντελεστής r	,714	,682	,627	,415	,582	,534
		p	,000	,000	,000	,002	,000	,000

Στον Πίνακα 11 είναι εμφανές ότι υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ των δύο κλιμάκων με μέση και υψηλή γραμμικότητα στην πλειοψηφία των υποκλιμάκων. Συγκεκριμένα μόνο οι υποκλίμακες ESRD Social Support, ESRD Dialysis Staff Encouragement, ESRD Patient Satisfaction (μονομεταβλητή) και ESRD Cognitive Function εμφάνισαν οριακά μη στατιστική συσχέτιση με επιμέρους υποκλίμακες της WHOQoL, διατηρώντας όμως το θετικό πρόσημο μιας μη γραμμικής σχέσης.

Στα παρακάτω διαγράμματα (Γράφημα 4) απεικονίζεται η συνδιακύμανση των παραμέτρων ESRD Symptom ProblemList, ESRD Effects of Kidney Disease, SF-36 Physical Functioning και SF-36 General Health της Κλίμακας KDQoL-SFTM με το συνολικό σκορ της Κλίμακας WHOQOL ανά φύλο.



Γραφήμα 4. Αποτύπωση της θετικής συνδιακύμανσης παραμέτρων της Κλίμακας WHOQoL με την Κλίμακα KDQoL-SF ανά φύλο.

Στο Γράφημα 4 αποτυπώνεται η θετική συσχέτιση τους χωρίς σημαντική διαφορά ανάμεσα στα δύο φύλα και με την υποκλίμακα της γενικής υγείας να εμφανίζει καλύτερη γραμμικότητα ($R^2 = 0,415$ (άνδρες) & $R^2 = 0,465$ (γυναίκες)). Η συνδιακύμανση και στα δύο φύλα είναι παρόμοια και για τις τέσσερις παραπάνω μεταβλητές.

Με βάση τους παραπάνω ελέγχους συσχέτισης προχωρήσαμε στην εφαρμογή μοντέλων πολλαπλής βηματικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη την ΠΖ όπως εκφράζεται μέσω των σκορ της κλίμακας WHOQoL-Bref και ως ανεξάρτητες μεταβλητές τα σκορ των 5 υποκλιμάκων της GHQ,-28, τις 4 της Κλίμακας MHLC, τις 3 της κλίμακας DPQ και τις ενότητες της Κλίμακας KDQoL-SF που αναφέρονται στις επιπτώσεις της ΧΝΑ καθώς και των δημογραφικών παραγόντων που βρέθηκαν να σχετίζονται στατιστικά σημαντικά με την ΠΖ.

Στον Πίνακα 12 απεικονίζονται τα αποτελέσματα των παραπάνω μοντέλων με τη στατιστική σημαντικότητα κάθε παράγοντα και του τετραγώνου του δείκτη πολλαπλής συσχέτισης (R^2). Με τη βοήθεια του R^2 μπορούμε να εκτιμήσουμε το ποσοστό της συνολικής διακύμανσης της εξαρτημένης που ερμηνεύουν οι ανεξάρτητες μεταβλητές που μελετάμε.

Πίνακας 12. Αποτελέσματα πολλαπλής βηματικής γραμμικής παλινδρόμησης προσδιοριστών της ΠΖ (Κλίμακα WHOQOL-Bref).							
Εξαρτημένη παράμετρος	Ανεξάρτητοι στατιστικά σημαντικοί παράγοντες επιρροής	Beta	t	Πιθανότητα p	R ²	F	Μεταβολή R ²
WHOQOL-Bref Συνολικό Σκορ	MHLC FACTOR A – Εσωτερική εστίαση	,551	4,634	,000	,330	11,813	,330
	Άλλο πρόβλημα υγείας	-,472	-3,856	,001	,579	15,801	,249
	DPQ – Εαυτός--Ανάπτυξη	-,350	-2,880	,009	,667	14,660	,088
	GHQ-28 Κοινωνική Λειτουργικότητα	-,261	-2,132	,045	,726	13,903	,059
WHOOL Σωματική Υγεία	ESRD Symptom Problem List Λίστα συμπτωμάτων	,699	6,201	,000	,567	31,369	,567
	GHQ-28 Κοινωνική Λειτουργικότητα	-,751	-8,022	,000	,724	30,233	,158
	ESRD Sleep Ποιότητα ύπνου	,548	6,239	,000	,786	26,970	,062
	GHQ-28 Σωματικά ενοχλήματα	,567	5,208	,000	,844	28,469	,058
	Αλλεργία – Κνησμός	,462	4,765	,000	,894	33,815	,050
	Επιπλοκές	-,261	-3,167	,005	,915	34,066	,021
	ESRD Sexual Function Σεξουαλική λειτουργία	-,226	-2,925	,009	,942	42,033	,027
WHOQOL Ψυχολογική Υγεία	GHQ-28 Σωματικά ενοχλήματα	-,660	-5,319	,000	,615	38,293	,615
	ESRD Quality of Social Interaction Κοινωνική αλληλεπίδραση	,318	2,565	,017	,700	26,884	,086
WHOQoL Κοινωνικές Σχέσεις	GHQ-28 Σωματικά ενοχλήματα	-,768	-5,753	,000	,446	19,333	,446
	ESRD Social Support Κοινωνική Υποστήριξη	,454	6,768	,000	,686	25,106	,240
	ESRD Sexual Function Σεξουαλική λειτουργία	,325	4,075	,001	,783	26,421	,097
	DPQ Εαυτός - Υποστήριξη	-,247	-3,515	,002	,841	27,835	,059
	DPQ Κόσμος - Προσαρμογή	,230	3,202	,005	,875	28,055	,034
	GHQ-28 Κατάθλιψη	,371	3,091	,006	,917	34,967	,042
WHOQOL Περιβάλλον	ESRDSocialSupport Κοινωνική Υποστήριξη	,480	2,681	,013	,230	7,186	,230
WHOQOL Ερώτηση Q1 (Εκτίμησης ΠΖ)	GHQ-28 Σωματικά ενοχλήματα	-1,065	-5,539	,000	,346	12,670	,346
	MHLC FACTOR A Εσωτερική Εστίαση	,541	4,468	,000	,528	12,850	,182
	GHQ-28 Κατάθλιψη	,692	3,555	,002	,656	14,003	,129
	ESRD Patient Satisfaction Ικανοποίηση ασθενούς	-,300	-2,451	,023	,733	14,394	,076

Στον Πίνακα 12 η στήλη Beta ταυτίζεται με το δείκτη συσχέτισης μεταξύ των μεταβλητών. Είναι η στήλη με τους σταθμισμένους συντελεστές «βήτα», οι οποίοι δείχνουν την ιδιαίτερη επίπτωση που ασκεί κάθε ανεξάρτητη μεταβλητή στην εξαρτημένη. Επίσης εμφανίζονται ο έλεγχος t, η τιμή F και το αντίστοιχο επίπεδο σημαντικότητας p. Η ΠΖ των ασθενών της μελέτης μας όπως εκτιμήθηκε με την κλίμακα WHOQOL-Bref φαίνεται να επηρεάζεται από μια σειρά παραγόντων.

Από τα μοντέλα πολλαπλής βηματικής γραμμικής παλινδρόμησης που εφαρμόσαμε φαίνεται ότι οι κυριότεροι προσδιοριστές του συνολικού σκορ της WHOQOL-Bref είναι ο βαθμός εσωτερικής εστίασης που λειτουργεί θετικά, ενώ αρνητική επίδραση έχουν η παρουσία άλλης νόσου, η «αυτό-ανάπτυξη» και η κοινωνική λειτουργικότητα. Για την υποκλίμακα της Σωματικής Υγείας, θετική επίδραση έχουν η απουσία σωματικών προβλημάτων, η καλή ποιότητα ύπνου και η μη εμφάνιση αλλεργίας. Αντίθετα αρνητική επίδραση έχουν η μειωμένη κοινωνική λειτουργικότητα, η εμφάνιση επιπλοκών και η επηρεασμένη σεξουαλική λειτουργικότητα. Για την Υποκλίμακα της Ψυχολογικής Υγείας οι σημαντικότεροι παράγοντες επιρροής είναι η εμφάνιση σωματικών συμπτωμάτων και η ποιότητα των κοινωνικών σχέσεων. Για τις κοινωνικές σχέσεις του ερωτηματολογίου WHOQoL-Bref αρνητική επίδραση έχει η εμφάνιση σωματικών συμπτωμάτων και η μειωμένη «Αυτό-υποστήριξη», ενώ θετική επίδραση φαίνεται να έχει η καλή σεξουαλική λειτουργικότητα, η «προσαρμογή» και ο έλεγχος του άγχους. Την Υποκλίμακα WHOQOL – Περιβάλλον φαίνεται να την επηρεάζει θετικά μόνο η κοινωνική υποστήριξη όπως εκτιμάται με την αντίστοιχη υποκλίμακα της KDQoL-SF. Την ερώτηση Q1 που αναφέρεται στην Γενική εκτίμηση της ΠΖ την επηρεάζει πολύ αρνητικά η

εμφάνιση σωματικών συμπτωμάτων και η μειωμένη προσωπική ικανοποίηση, ενώ θετική επίδραση έχει η εσωτερική εστίαση και το μειωμένο άγχος.

6. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης είναι σε συμφωνία με προηγούμενες μελέτες σύμφωνα με τις οποίες οι αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς εμφάνιζαν σχετικά ικανοποιητικά επίπεδα ΠΖ και ΣΥΠΖ (Fayers & Machin, 2000; Germin-Petrovicetal, 2011; Kousoula et al, 2015; Lee, Kim & Kim, 2015). Σε αυτό φαίνεται να συμβάλει η καλή προσαρμογή των ασθενών στη θεραπεία. Παρόλα ταύτα, συγκριτικά με τον γενικό υγιή πληθυσμό, η ΠΖ σε ελληνικά δείγματα ασθενών με ΧΝΑ φαίνεται να επηρεάζεται αρνητικά σε όλους τους τομείς (Τούντας και συν, 2009). Συγκριτικά με τις μέσες τιμές του δείγματος μας με δείγματα του ελληνικού γενικού πληθυσμού αναφορικά με τις κοινές κλίμακες της SF-36 βρέθηκε σημαντική επιβάρυνση. Οι μέσες τιμές του γενικού πληθυσμού κυμάνθηκαν από $66,53 \pm 22,39$ (Πόνος) έως $82,05 \pm 28,12$ (Συναισθηματικός ρόλος), ενώ οι μέσες τιμές μελέτης μας από $40,72 \pm 21,72$ (Γενική υγεία) έως την μέγιστη $72,27 \pm 27,92$ (Κοινωνική λειτουργικότητα) (Pappa et al, 2005; Τούντας και συν, 2009). Τα παραπάνω συγκριτικά αποτελέσματα υποδεικνύουν πως οι ασθενείς με ΧΝΑ υπό αιμοκάθαρση αξιολογούν την ποιότητα ζωής τους ως χειρότερη σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό. Η διαφοροποίηση αυτή είναι πιο εμφανής στις σωματικές επιπτώσεις της νόσου. Σε παρόμοια συγκριτικά αποτελέσματα καταλήγει πρόσφατη ελληνική μελέτη με 45 αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς σε Ιδιωτικό Νεφρολογικό κέντρο της Μακεδονίας (Καλαϊτζίδου, 2017).

Στη διεθνή βιβλιογραφία αναφέρονται διάφοροι κοινωνικο-δημογραφικοί παράγοντες που επηρεάζουν την ΠΖ των ασθενών με ΧΝΑ, όπως η ηλικία, το

φύλο, το μορφωτικό επίπεδο, το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο (Nui & Li, 2004; Kastrouni και συν, 2010). Επίσης, σε μια μελέτη στον ελλαδικό χώρο με 320 ασθενείς με ΧΝΑ υπό αιμοκάθαρση, οι ερευνητές υποστηρίζουν ότι η ΠΖ επηρεάζεται σημαντικά από κοινωνικο-δημογραφικούς παράγοντες αλλά και από τη συμπτωματολογία της νόσου (Kousoula et al, 2015). Πιο συγκεκριμένα οι πιο μεγάλοι σε ηλικία ασθενείς, οι ασθενείς με υψηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο και οι καλύτερα πληροφορημένοι ασθενείς ανέφεραν υψηλότερες βαθμολογίες ΠΖ. Αντίθετα στην παρούσα μελέτη δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στην αυτοαναφερόμενη ποιότητα ζωής των ασθενών ανά φύλο ή με βάση την ηλικία τους.

Επίσης, σε προηγούμενη μελέτη στον ελλαδικό χώρο, βρέθηκε ότι σε πολύ υψηλό ποσοστό οι ασθενείς αλλάζουν επάγγελμα ή οδηγούνται σε πρόωρη συνταξιοδότηση λόγω των περιορισμών της νόσου, της αιμοκάθαρσης ή των συχνών εισαγωγών στο νοσοκομείο. Στην παρούσα μελέτη το μηνιαίο εισόδημα, το εκπαιδευτικό επίπεδο και το επάγγελμα δεν σχετίστηκαν στατιστικά σημαντικά με μεταβολή της ΠΖ, εύρημα που πιθανόν να εξηγείται καθώς μόλις 1 στους 4 ασθενείς του δείγματος ήταν ενεργός επαγγελματικά.

Η νόσος καθώς και η διάρκεια της θεραπείας ή ο χρόνος που έχει παρέλθει από την διάγνωση, επίσης δεν βρέθηκαν να επηρεάζουν στατιστικά σημαντικά την αυτοαναφερόμενη ΠΖ. Αντίθετα, οι περιορισμοί της θεραπείας και οι επιπλοκές της φαίνεται να την επηρεάζουν. Αυτά τα ευρήματα είναι σε συμφωνία με τα αποτελέσματα πρόσφατης (2015) συστηματικής ανασκόπησης, όπου μελετήθηκε η επίπτωση της θεραπείας στα χρόνια νοσήματα (Demain et al, 2015). Το φορτίο που νιώθει ο ασθενής εξαιτίας της θεραπείας επιδρά σε ατομικό επίπεδο (απώλεια ανεξαρτησίας, απόσπαση από δραστηριότητες,

κοινωνικός στιγματισμός, αρνητικά συναισθήματα), σε κοινωνικό επίπεδο (απομόνωση, διαταραχή κοινωνικών σχέσεων, μειωμένη κοινωνικότητα) και σωματικό επίπεδο (παρενέργειες, επιπλοκές, συμπτώματα). Ο τρόπος που αντιδρά ο χρόνιος ασθενής σε κάθε επίπεδο είναι είτε προσαρμοστικός με θετική στάση, αυτοαξιολόγηση και προσπάθεια δημιουργικότητας είτε με αρνητική στάση με προσπάθεια αιτιολόγησης της απόσυρσης και μη συνεργασία-συμμόρφωση στη θεραπεία.

Η προσαρμογή στη νόσο και στη θεραπεία διαδραματίζει σημαντικό ρόλο καθώς και το είδος της θεραπείας. Στην παρούσα μελέτη η διάρκεια της θεραπευτικής υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας δεν βρέθηκε να επηρεάζει την ΠΖ ή την ΣΥΠΖ. Μια πιθανή εξήγηση είναι η προσαρμογή των ασθενών με ΧΝΑ στην θεραπεία υποκατάστασης και η βελτίωση των σωματικών και βιολογικών παραμέτρων εξαιτίας της θεραπείας, οι οποίες με τη σειρά τους επιδρούν θετικά στην ψυχοσυναισθηματική κατάσταση των ασθενών (Λένη και συν. 2013). Αυτό ίσως να εξηγεί και την βελτίωση στην ψυχική διάσταση της ΠΖ, που στις περισσότερες περιπτώσεις βελτιώνεται με το χρόνο και την προσαρμογή των ασθενών στη νόσο και στη θεραπεία της (Bolhke et al, 2008, Szeifert et al, 2010). Όμως, στη βιβλιογραφία αναφέρονται και αντίθετα ευρήματα. Συγκεκριμένα σε μελέτη με ελληνικό δείγμα αναφέρεται ότι το είδος και η διάρκεια της θεραπείας επηρεάζουν την αυτοαναφερόμενη ΠΖ. Δηλαδή, αναφέρεται ότι οι ασθενείς σε αιμοκάθαρση με περισσότερα από τέσσερα έτη θεραπείας δήλωσαν χαμηλότερες βαθμολογίες ΠΖ, ιδιαίτερα στους τομείς της σωματικής υγείας, στις κοινωνικές σχέσεις, στο περιβάλλον, και στη συνολική ψυχική υγεία (Giniieri-Coccossis et al 2008). . Επίσης, σε άλλη μελέτη, η μεγαλύτερη ηλικία, η διάρκεια θεραπείας υπό αιμοκάθαρση και η

συννοσηρότητα ήταν παράγοντες που επιδρούσαν αρνητικά στην ΣΥΠΖ (Lopes et al, 2014). Οι φυσικοί περιορισμοί της νόσου φαίνεται να επηρεάζουν αρνητικά το πως αξιολογούν την ΠΖ τους οι ασθενείς με ΧΝΑ. Η αξιολόγησή τους φαίνεται ότι επηρεάζεται αρνητικά από την εμφάνιση σοβαρών συμπτωμάτων ή επιπλοκών και από τη συννοσηρότητα. Αντίθετα, η σωματική δραστηριότητα σχετίζεται με καλύτερη ΣΥΠΖ στους αιμοκαθαρόμενους ασθενείς με ΧΝΑ (Rattanasompattikul et al, 2012; Kan et al, 2013). Σε πρόσφατα δημοσιευμένη μελέτη (2014) με 5763 ασθενείς με ΧΝΑ υπό αιμοκάθαρση από 12 χώρες συσχετίστηκε η σωματική άσκηση με καλύτερη ΣΥΠΖ και με θετική επίπτωση στον περιορισμό της καταθλιπτικής συμπεριφοράς. Η παρουσία συμπτωμάτων που περιορίζουν την δραστηριότητα των ασθενών και σχετίζονται με την εμφάνιση συμπτωματολογίας όπως κνησμός, ναυτία ή πόνος φαίνεται να επηρεάζουν αρνητικά την ΠΖ. Η άσκηση όπως το tai chi που προτείνεται σε πρόσφατες μελέτες μπορεί να είναι ένα θεραπευτικό εργαλείο για τη βελτίωση της λειτουργικής ικανότητας σε ασθενείς με ΧΝΑ οι οποίοι υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση και συνδέεται με θετική επίδραση στη σωματική διάσταση της ΠΖ (Changetal, 2017; Heiwe, & Jacobson, 2014; Kolko et al, 2014; Lopes et al, 2014). Επίσης, δύο πρόσφατες μελέτες σε Έλληνες ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η ποιότητα του ύπνου επηρεάζει την εκδήλωση συμπτωματολογίας που σχετίζεται με τη ΧΝΑ και παράλληλα επηρεάζει την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών και την εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων (Paparrigorou et al, 2009; Liaveri et al, 2016). Συνεπώς, η βελτίωση της ποιότητας του ύπνου σε αυτή την ομάδα ασθενών θα πρέπει να περιλαμβάνεται στο σχέδιο φροντίδας τους με στόχο την

ολιστική τους φροντίδα, τη μείωση των συμπτωμάτων και την βελτίωση της ποιότητας ζωής.

Από την πλευρά των επιπλοκών, η εμφάνιση αρρυθμίας και η εμφάνιση αλλεργιών είχαν την σημαντικότερη επίπτωση στην ΠΖ, ενώ συχνότερη επιπλοκή αποτέλεσε η εμφάνιση υπότασης. Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης συγκλίνουν στο συμπέρασμα ότι η εμφάνιση επιπλοκών της ΧΝΑ επηρεάζουν σημαντικά την ΠΖ και την ΣΥΠΖ και συνεπώς η καλύτερη ποιότητα αιμοκάθαρσης συντελεί στον περιορισμό των συμπτωμάτων άρα και σε μικρότερη συχνότητα επιπλοκών. Για παράδειγμα, το είδος της φλεβικής πρόσβασης επηρεάζει την ΠΖ (με τους ασθενείς που φέρουν ΚΦΚ να δηλώνουν χαμηλότερες βαθμολογίες σε σύγκριση με τους ασθενείς που φέρουν fistula ή μόσχευμα. Η επάρκεια κάθαρσης βρέθηκε να σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με την ΣΥΠΖ των ασθενών, όπως αυτή εκτιμήθηκε με την Κλίμακα KDQOL και σε αυτό αποδόθηκε η συσχέτιση της ΠΖ με το είδος της φλεβικής προσπέλασης (Πρεβύζη και συν, 2016).

Η επεξεργασία των δεδομένων της μελέτης ανέδειξε μια σειρά παραγόντων που επηρεάζουν την αυτοαναφερόμενη ΠΖ. Τα σωματικά συμπτώματα και η εμφάνιση επιπλοκών, η κοινωνική και σεξουαλική λειτουργικότητα, η ψυχοσυναισθηματική κατάσταση (επίπεδο άγχους & κατάθλιψης) και ο βαθμός εσωτερικής εστίασης για την κατάσταση της υγείας, σύμφωνα με τα μοντέλα παλινδρόμησης που εφαρμόστηκαν στην παρούσα μελέτη, φαίνεται να είναι από τους κυριότερους προσδιοριστές της. Η ΣΥΠΖ των ασθενών επίσης ήταν ικανοποιητική, ενώ οι βαθμολογίες αυτό-αξιολόγησης των ερωτηματολογίων WHOQOL-Bref και KSQOL-SF βρέθηκαν να σχετίζονται στατιστικά σημαντικά με θετική συσχέτιση μεταξύ των δύο κλιμάκων με μέση και

υψηλή γραμμικότητα στην πλειονότητα των υποκλιμάκων. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης η χαμηλότερη βαθμολογία ανάμεσα στις υποκλίμακες που είναι εξειδικευμένες στην ΧΝΑ, ανήκει στον παράγοντα εργασία. Αυτό πιθανόν να μπορεί να αποδοθεί στο υψηλό μέσο όρο ηλικίας του δείγματος και στη σύνταξη ασθενείας που χορηγείται μετά τη διάγνωση της νόσου. Επιπλέον, πολλοί ασθενείς εγκαταλείπουν την εργασία αντίθετα με την θέληση τους εξαιτίας της ασθένειας και των περιορισμών της. Η αδυναμία επιλογής του ωραρίου αιμοκάθαρσης, κυρίως στα δημόσια νοσοκομεία αποτελεί ένα ακόμη περιορισμό αναφορικά με την εργασία (Oberley and Schatell, 1996; Καϊτελίδου και συν, 2007).

Παράλληλα, η κλίμακα επιβάρυνσης της ΧΝΑ αποκάλυψε ότι οι ασθενείς της παρούσας μελέτης αντιλαμβάνονται την νεφροπάθεια τους ως μεγάλο φορτίο στη ζωή το οποίο την επηρεάζει σημαντικά καθώς αντιμετωπίζουν σημαντικούς περιορισμούς στην καθημερινή τους ζωή. Στο γενικό μέρος (SF-36) οι παράμετροι με τις χαμηλότερες βαθμολογίες αφορούσαν στην γενική υγεία και στον σωματικό τομέα. Συγκριτικά λοιπόν με τον γενικό ελληνικό πληθυσμό μπορούμε με ασφάλεια να συμπεράνουμε ότι οι παράμετροι που αφορούν στην ψυχική υγεία εμφανίζουν ελαφρώς χαμηλότερες βαθμολογίες, ενώ οι σωματικές παράμετροι σημαντικά πολύ χαμηλότερες βαθμολογίες.

Οι ασθενείς της μελέτης αναφέρουν σε σημαντικό ποσοστό καλή συνεργασία-συμμόρφωση με τους διατροφικούς περιορισμούς, τη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής και την τήρηση του προγράμματος αιμοκάθαρσης τους. Αυτό αποτυπώνεται επίσης στον εργαστηριακό τους έλεγχο που δείχνει ότι μικρό ποσοστό αποκλίνει σημαντικά κατά τον τακτικό έλεγχο. Σε σχετική μελέτη αποδείχτηκε ότι εκτός των άλλων παραμέτρων, η αποτελεσματικότητα της

αιμοκάθαρσης σε συνδυασμό με ένα καλύτερο διατροφικό πρότυπο συνέβαλε στην βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών.(Masakane 20011) Σε παρόμοια μελέτη στην Ιορδανία σε 244 αιμοκαθαρόμενους ασθενείς βρέθηκε ότι η αντίληψη για τη νόσο και ο βαθμός συνεργασίας-συμμόρφωσης με τη θεραπεία συμβάλλει σημαντικά στον περιορισμό των συμπτωμάτων, βελτιώνει την ψυχική υγεία και σχετίζεται με υψηλότερη ΣΥΠΖ (Nabolsi et al, 2015). Η συμμόρφωση των ασθενών με ΧΝΑ υπό αιμοκάθαρση αναφορικά με την διατροφή, την φαρμακευτική αγωγή και το πρόγραμμα αιμοκάθαρσης χαρακτηρίζεται από χαμηλή έως μέτρια και τονίζεται η αναγκαιότητα ανάπτυξης στοχευμένων δράσεων για τη βελτίωση της (Gibson et al, 2016; Murali et al, 2017; Garcia-Liana et al, 2013). Σε αντίθεση, οι ασθενείς της παρούσας μελέτης και κυρίως οι μόνιμα αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς στη MTN, εμφανίζουν υψηλού βαθμού συνεργασίας -συμμόρφωσης όπως διατυπώθηκε και παραπάνω. Η υπόθεση ότι οι καλές διαπροσωπικές σχέσεις με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και η εμπιστοσύνη που έχει αναπτυχθεί ανάμεσα στους ασθενείς και το προσωπικό πιθανόν να εξηγούν σε ικανοποιητικό βαθμό την παραπάνω παρατήρηση.

Σύμφωνα με την ανάλυση των δεδομένων της παρούσας μελέτης σχεδόν ένας στους τρεις ασθενείς εμφάνιζε σοβαρή ή σημαντική διαταραχή της σεξουαλικής τους ζωής, το οποίο αποτυπώνεται και από το γεγονός ότι ένας στους τρεις δηλώνει μη ικανοποιημένος από τη σεξουαλική του ζωή. Τα αποτελέσματα αυτά είναι σε συμφωνία με προηγούμενες μελέτες που αναφέρουν προβλήματα σεξουαλικής δυσλειτουργίας και στα δύο φύλα. Οι Navaneethan και συν. (2010) δημοσίευσαν μια μετα-ανάλυση στην οποία εισήγαγαν δεδομένα από 50 μελέτες (με συνολικά 8.343 ασθενείς) αναφορικά με τη σεξουαλική δυσλειτουργία

ανδρών και γυναικών με ΧΝΑ. Κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η σεξουαλική ζωή των ασθενών με ΧΝΑ επηρεάζεται σημαντικά και στα δύο φύλα και ιδιαίτερα στους ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση (Navaneethan et al, 2010).

Με τη βοήθεια της Κλίμακας GHQ-28 εκτιμήθηκε η επίδραση των σωματικών ενοχλημάτων, του άγχους, της κοινωνικής λειτουργικότητας και του βαθμού κατάθλιψης στην εμφάνιση ψυχικών διαταραχών. Στην παρούσα μελέτη η αξιοπιστία της κλίμακας ήταν υψηλή σε όλες τις παραμέτρους της και στη συνολική της βαθμολογία. Από την ανάλυση των δεδομένων φαίνεται ότι μικρό ποσοστό ασθενών με ΧΝΑ εμφανίζει επίπτωση στη ψυχική υγεία, με το άγχος και την κατάθλιψη να επηρεάζουν σημαντικά την ψυχική υγεία. Ερευνητικά δεδομένα υποδεικνύουν ότι οι ασθενείς με ΧΝΑ ενδέχεται να εμφανίζουν εκδηλώσεις θυμού, άγχος, συναισθηματικές διαταραχές, ακόμη και τάση για εξάρτηση από το μηχάνημα αιμοκάθαρσης (Κουτσοπούλου-Σοφικήτη και συν.,2009; Σπυρίδη, Ιακωβίδη & Καπρίνη, 2008). Τα συμπτώματα της κλινικής κατάθλιψης επηρεάζουν περίπου το 25% των ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση και μπορεί να συσχετιστούν με χαμηλή ποιότητα ζωής και αυξημένη θνησιμότητα (Zalai et al, 2012). Οι ασθενείς με ΧΝΑ βιώνουν ψυχολογική δυσφορία και έντονα αμφιθυμικά συναισθήματα με τη θεραπεία (τους κρατά στη ζωή αλλά επιφέρει διαταραχή του τρόπου ζωής) (Finkelstein et al, 2010).

Πραγματοποιώντας έλεγχο συσχέτισης ανάμεσα στην Κλίμακα WHOQOL- Bref και την GHQ-28 βρέθηκε ότι υπάρχει μέση ως αυξημένη γραμμική συσχέτιση με αρνητικό πρόσημο μεταξύ των δύο Κλιμάκων. Συνεπώς η εμφάνιση διαταραχών της Γενικής Υγείας όπως εκτιμάται με την Κλίμακα αυτή συσχετίζεται με χαμηλότερη ΠΖ. Στο ίδιο αποτέλεσμα είχε καταλήξει προηγούμενη μελέτη σε

144 ασθενείς με ΧΝΑ στη χώρα μας (Coccossis-Ginieri et al, 2008). Οι βαθμολογίες της Κλίμακας GHQ-28 της παρούσας μελέτης είναι ανάλογες προηγούμενων μελετών στη χώρα μας και στην Ευρώπη. Παρουσιάζουν διαφορές σε σύγκριση με δείγματα από την Ασία ή την Αμερική.

Η επίδραση του φύλου στην μελέτη μας βρέθηκε στατιστικά σημαντική στην υποκλίμακα της κοινωνικής λειτουργικότητας, με τις γυναίκες ασθενείς να εμφανίζουν χαμηλότερη βαθμολογία, δηλαδή μεγαλύτερη κοινωνική δυσπροσαρμοστικότητα σε σχέση με τους άνδρες. Τα ευρήματα δείχνουν ότι η αιμοκάθαρση επηρεάζει τις προσωπικότητες των ασθενών και θα πρέπει να αξιολογείται η ψυχοσυναισθηματική τους κατάσταση για την αποτελεσματική φροντίδα τους (Koutsouroulou et al , 2002).

Στην παρούσα μελέτη εκτιμήθηκε η γνωστική συμπεριφορά των ασθενών με τη χρήση του ερωτηματολογίου DPQ. Οι αξιολογήσεις των ασθενών με ΧΝΑ είναι δυσλειτουργικές σε σημαντικό ποσοστό ασθενών (σχεδόν ένας στους τρεις). Από την ανάλυση των δεδομένων αναφορικά με την υποκειμενική αντίληψη που έχει το άτομο σχετικά με το αν η κατάσταση της υγείας του εξαρτάται από το ίδιο το άτομο (εσωτερική εστίαση ελέγχου για την υγεία) ή από εξωτερικούς παράγοντες (εξωτερική έδρα ελέγχου), με τη χρήση του πολυδιάστατου ερωτηματολογίου εστίασης ελέγχου για την υγεία, βρέθηκε ότι η εσωτερική εστίαση ήταν η πιο σημαντική. Για τους ασθενείς με ΧΝΑ φαίνεται ότι η πλειονότητα πιστεύει ότι μπορούν οι ίδιοι να έχουν τον έλεγχο της κατάστασης της υγείας τους. Ενώ οι παράγοντες «τύχη», «το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό» και οι «σημαντικοί άλλοι» εκτιμούν ότι επηρεάζουν σε μικρότερο βαθμό την ΠΖ τους. Σε προηγούμενες μελέτες επιβεβαιώνεται αυτό το μοντέλο αντιλήψεων για την υγεία σε ασθενείς με ΧΝΑ που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση (Coccossis-

Ginieri et al, 2008; Ευθυμίου, 2002; Cvengros et al., 2005; Timmers et al., 2008). Οι πεπειθήσεις για τον εαυτό και τους άλλους γενικά αποτελούν σημαντικούς παράγοντες που επιδρούν στη ψυχική υγεία και στην ποιότητα ζωής του ατόμου (Ευθυμίου, 2002). Οι πεπειθήσεις του ασθενούς αναφορικά με τον έλεγχο που μπορεί να ασκήσει στα θέματα που αφορούν την υγεία του (health locus of control), επηρεάζουν την ΠΖ του, επιδρώντας στις διαφορετικές διαστάσεις της ποιότητας ζωής. Η αίσθηση ελέγχου της νόσου σχετίζεται θετικά με καλύτερη ΠΖ και μείωση των συμπτωμάτων κατάθλιψης. Ενώ οι πεπειθήσεις που αφορούν στον εσωτερικό έλεγχο της υγείας, φαίνεται να σχετίζονται με βελτίωση της ΠΖ (Cvengros et al., 2005; Timmers et al., 2008). Σε μια σύγχρονη (2016) τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη αξιολογήθηκε η τήρηση των περιορισμών αναφορικά με την πρόσληψη υγρών σε 119 ασθενείς υπό αιμοκάθαρση στην Αϊόβα στην Αμερική. Η μελέτη αυτή εξέτασε το διαδραστικό ρόλο της αυτοαξιολογούμενης εστίασης εσωτερικού ελέγχου σε σχέση με τη συνεργασία-συμμόρφωση στον περιορισμό των υγρών. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι ασθενείς που δήλωσαν καλύτερο έλεγχο τη υγείας εμφάνισαν και καλύτερη συνεργασία-συμμόρφωση στις οδηγίες. Αυτό υποδηλώνει ότι οι ασθενείς που πιστεύουν ότι τα αποτελέσματα που αφορούν την υγεία είναι συνάρτηση της δικής τους συμπεριφοράς και έχουν την ευκαιρία να ασκήσουν έλεγχο επί της θεραπείας τους, εμφανίζουν καλύτερη προσαρμοστικότητα και συνεπώς η αυτοδιαχείριση είναι το κλειδί για την ανταπόκριση σε σύνθετα θεραπευτικά σχήματα (Howren et al, 2016).

Η συγκριτική ανάλυση των δεδομένων της παρούσας μελέτης υπέδειξε θετική συσχέτιση μεταξύ της ΠΖ (όπως αυτή εκτιμάται με την Κλίμακα WHOQOL-Bref) με την εσωτερική εστίαση ελέγχου για την υγεία. Ανάμεσα στους άνδρες και στις

γυναίκες δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση. Σε προηγούμενη ελληνική μελέτη επιβεβαιώνεται η θετική αυτή συσχέτιση. Σημειώνεται όμως ότι σε εκείνη τη μελέτη είχε βρεθεί αρνητική συσχέτιση μεταξύ της ψυχολογικής υγείας της Κλίμακας WHOQOL-Bref με την διάσταση των σημαντικών άλλων, κάτι που δεν επιβεβαιώνεται στην παρούσα μελέτη (Coccossis-Ginieri et al, 2008). Επίσης, στην ίδια μελέτη (2008) οι συγγραφείς κατέληξαν ότι συγκεκριμένες μεταβλητές όπως είναι η ηλικία, η εκπαίδευση, η οικογενειακή κατάσταση, η εσωτερική εστίαση ελέγχου υγείας, η κατάθλιψη και το άγχος επηρεάζουν την ΠΖ των ασθενών. Αυτό το εύρημα έρχεται σε συμφωνία με το προηγούμενο εύρημα μας που συσχετίζει την υψηλή συμμόρφωση με καλύτερη ΠΖ. Συνεπώς, οι ασθενείς φαίνεται να ισχυροποιούν την τάση τους για αυτό-έλεγχο και αυτονομία στο πλαίσιο ενός τρόπου ζωής εξαρτημένου από διατροφικούς και θεραπευτικούς περιορισμούς και κυρίως την εξάρτηση από την αιμοκάθαρση. Ίσως αυτό να εξηγεί και τον υψηλό βαθμό τήρησης του προγράμματος αιμοκάθαρσης. Δεν θα πρέπει βέβαια να παραβλέπουμε και την ψυχοσυναισθηματική διάσταση. Ως γνωστό, οι μέθοδοι αντιμετώπισης που ενεργοποιεί το άτομο για να μειώσει το stress και να χειριστεί τις εξωτερικές ή τις εσωτερικές απαιτήσεις μιας ψυχοπιεστικής κατάστασης, διακρίνονται σε δύο κατηγορίες: (α) στις στρατηγικές που επικεντρώνονται στην επίλυση του προβλήματος και (β) στις στρατηγικές που αποβλέπουν στη ρύθμιση των συναισθημάτων του (Lazarus&Folkman, 1984).

Από την ανάλυση μας δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των κλιμάκων WHOQOL-Bref και της κλίμακας DPQ. Εξάιρεση αποτέλεσε ασθενής αρνητική συνδιακύμανση μεταξύ της παραμέτρου της υποστήριξης του εαυτού

της κλίμακας DPQ και των παραμέτρων σχετικά με την σωματική υγεία, την ψυχολογική υγεία και τις κοινωνικές σχέσεις της κλίμακας WHOQOL-Bref.

Τέλος, τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν στη μελέτη εμφάνισαν ικανοποιητική εγκυρότητα όπως πχ η Κλίμακα WHOQOL (Ginieri-Coccosis et al, 2012).

6. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ

Οι βασικοί περιορισμοί της παρούσας μελέτης περιλαμβάνουν το μέγεθος του δείγματος το οποίο ήταν περιορισμένο και αποτελούσε δείγμα από μία μόνο δημόσια MTN. Δεν έγινε διάκριση αναφορικά με τον τύπο της αιμοκάθαρσης. Επίσης δεν έγινε μελέτη της επίπτωσης του τύπου του φίλτρου της αιμοκάθαρσης, η οποία από πρόσφατα δημοσιευμένες μελέτες φαίνεται να επηρεάζει την αποτελεσματικότητα της αιμοκάθαρσης και ενδεχομένως κατά συνέπεια την ΠΖ των ασθενών αυτών. Το μικρό δείγμα επίσης περιόρισε την μεθοδολογία ανάλυσης των αποτελεσμάτων. Επομένως τα αποτελέσματα της μελέτης θα πρέπει να ερμηνευτούν με βάση τους παραπάνω περιορισμούς.

7. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Από την ανάλυση των δεδομένων της μελέτης διαπιστώθηκε ότι η ΠΖ των ασθενών με ΧΝΑ που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση είναι μέτρια προς αρκετά καλή ανάλογα με τους επιμέρους αξιολογούμενους τομείς: σωματική υγεία, ψυχική υγεία, κοινωνικές σχέσεις, περιβάλλον. Σε κάθε περίπτωση όμως υπολείπεται του Ελληνικού γενικού πληθυσμού.

Τα σωματικά συμπτώματα και η εμφάνιση επιπλοκών, η κοινωνική και σεξουαλική λειτουργικότητα, η ψυχοσυναισθηματική κατάσταση (επίπεδο

άγχους και κατάθλιψης) και ο βαθμός εσωτερικής εστίασης της κατάστασης της υγείας, σύμφωνα με τα μοντέλα παλινδρόμησης της μελέτης φαίνεται να είναι από τους κυριότερους προσδιοριστές της.

Ο τομέας της σωματικής υγείας της ΠΖ επηρεάζεται περισσότερο από τους ανωτέρω παράγοντες, ενώ ο ψυχολογικός τομέας της ψυχικής υγείας επηρεάζεται λιγότερο πιθανόν λόγω της αυξημένης προσαρμοστικότητας των ασθενών του δείγματος στη θεραπεία. Η σεξουαλική ζωή και η φυσική κατάσταση επηρεάζουν σημαντικά την αυτοαναφερόμενη ΠΖ στον τομέα των κοινωνικών σχέσεων, καθώς και τη ΣΥΠΖ των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών.

Η εσωτερική εστίαση ελέγχου για την κατάσταση της υγείας είναι μια σημαντική παράμετρος η οποία θα πρέπει να αξιολογείται. Η αίσθηση αυτοελέγχου επηρεάζει σημαντικά την ΠΖ των ασθενών με ΧΝΑ καθώς και την προσαρμογή τους στη νόσο αλλά και τη συνεργασία-συμμόρφωση με τη θεραπεία. Η αυξημένη συνεργασιμότητα των ασθενών σε συνδυασμό με την εφαρμογή της κατάλληλης θεραπείας και την αποτελεσματική αντιμετώπιση των επιπλοκών της νόσου φαίνεται ότι ενισχύει σημαντικά την ΠΖ των ασθενών αυτών.

Ως προς τα ψυχικά προβλήματα, η κατάθλιψη επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα ζωής και αποτελεί ένα κοινό πρόβλημα υγείας σε ασθενείς σε αιμοκάθαρση. Είναι χρήσιμο να διενεργείται περιοδική αξιολόγηση για την ανίχνευση, την πρόληψη και τον έλεγχο της κατάθλιψης. Τέλος, οι Κλίμακες της μελέτης εμφάνισαν πολύ καλά επίπεδα αξιοπιστίας και συνεπώς αποτελούν χρήσιμα εργαλεία τα οποία προτείνεται να χρησιμοποιούνται από τους επαγγελματίες υγείας για την αξιολόγηση των ασθενών αυτών σε σταθερή ή περιοδική βάση ενταγμένα σε ένα πρόγραμμα αξιολόγησης ή και ψυχολογικής παρέμβασης.

Εν κατακλείδι, η θεραπεία και υποστήριξη των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών με ΧΝΑ δεν πρέπει να περιορίζεται μόνο στον έλεγχο των συμπτωμάτων του ασθενούς με ΧΝΑ και τη διατήρηση του στη ζωή, αλλά στην συνολική βιο-ψυχο-κοινωνική αντιμετώπιση της κατάστασής του. Οι επαγγελματίες υγείας χρειάζεται να παρέχουν ολιστική φροντίδα υγείας με στόχο τη βελτίωση της ΠΖ των ασθενών. Η ενίσχυση της αυτοεκτίμησης, η βελτίωση της οικογενειακής και κοινωνικής προσαρμογής, η ελαχιστοποίηση ή εξάλειψη αρνητικών συναισθημάτων μειονεκτικότητας σε συνδυασμό με αποτελεσματική αντιμετώπιση των σωματικών συμπτωμάτων και πρόληψη των επιπλοκών μπορεί να ενισχύσει σημαντικά την ΠΖ των ασθενών και των οικογενειών τους.

8. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

1. Οργάνωση προγραμμάτων συστηματικής αξιολόγησης της ΠΖ των ασθενών με ΧΝΑ και λήψη μέτρων ενίσχυσης της.
2. Ενημέρωση των επαγγελματιών υγείας αναφορικά με τους παράγοντες που αποτελούν σημαντικούς προσδιοριστές της.
3. Λήψη μέτρων για την βελτίωση της ποιότητας της αιμοκάθαρσης και περιορισμού των επιπλοκών της θεραπείας.
4. Παροχή φροντίδας με επίκεντρο της ανάγκης του ασθενή και όχι με βάση τους διαθέσιμους πόρους.
5. Εξατομικευμένος προγραμματισμός των συνεδριών.
6. Έγκαιρη ανίχνευση και παρέμβαση στην καταθλιπτική συμπτωματολογία.
7. Λήψη μέτρων για ενίσχυση της παραμονής των νεφροπαθών σε ενεργό εργασιακή κατάσταση. Υποστήριξη ασθενών ώστε να θέτουν ρεαλιστικούς επαγγελματικούς στόχους.

8. Εστιασμένη συμβουλευτική αναφορικά με τους τρόπους βελτίωσης της σεξουαλικής τους ζωής.
9. Ολιστική αντιμετώπιση της νόσου (βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση των ασθενών).
10. Εφαρμογή οργανωμένων προγραμμάτων στήριξης

Γ. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Aawar N, Moore R, Riley S, Salek S. Interpretation of Renal Quality of Life Profile scores in routine clinical practice: an aid to treatment decision-making. *Qual Life Res.* 2016;25(7):1697-702.
2. Anees M, Hameed F, Mumtaz A, Ibrahim M, Saeed Khan MN. Dialysis-related factors affecting quality of life in patients on hemodialysis. *Iran J Kidney Dis.* 2011;5(1):9-14.
3. Barros A, Costa BE, Mottin CC, d'Avila DO. Depression, quality of life, and body composition in patients with end-stage renal disease: a cohort study. *Rev Bras Psiquiatr.* 2016 Feb 5. pii: S1516-44462016005003103.
4. Basok EK, Atsu N, Rifaioglu MM, Kantarci G, Yildirim A, Tokuc R. Assessment of female sexual function and quality of life in predialysis, peritoneal dialysis, hemodialysis, and renal transplant patients. *Int Urol Nephrol.* 2009;41(3):473-81.
5. Blinbaerg, L., Thorrying, B, & Ehlers, L. (2014). Assessment of palliative need in Patients with chronic kidney disease by the new Three Levels of Need Questionnaire (3LNQ) is not exhaustive. *Danish Medical Journal*, 4,(61),1-5.
6. Bobbee Terrill (2002) *Renal nursing: a guide to practice*. Radcliffe Medical Press
7. Bohlke M, Nunes DL, Marini SS, Kitamura C, Andrade M, Von-Gysel MP. Predictors of quality of life among patients on dialysis in southern Brazil. *Sao Paulo Med J.* 2008;126(5):252-6.
8. Brown EA. Can quality of life be improved for the increasing numbers of older patients with end-stage kidney disease? *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res.* 2010;10(6):661-6.
9. Brück K, Stel VS, Gambaro G, Hallan S, Völzke H, Ärnlöv J, Kastarinen M, Guessous I, Vinhas J, Stengel B, Brenner H, Chudek J, Romundstad S, Tomson C, Gonzalez AO, Bello AK, Ferrieres J, Palmieri L, Browne G, Capuano V, Van Biesen W, Zoccali C, Gansevoort R, Navis G, Rothenbacher D, Ferraro PM, Nitsch D, Wanner C, Jager KJ; European CKD Burden Consortium. CKD Prevalence Varies across the European General Population. *J Am Soc Nephrol.* 2016 Jul;27(7):2135-47.

10. Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing (2009) by Suzanne C Smeltzer, Brenda G Bare, Janice L Hinkle, Kerry H Cheever Ed: Lippincott Williams & Wilkins.
11. Bujang MA, Musa R, Liu WJ, Chew TF, Lim CT, Morad Z. Depression, anxiety and stress among patients with dialysis and the association with quality of life. *Asian J Psychiatr.* 2015;18:49-52.
12. Chan R, Brooks R, Erlich J, Gallagher M, Snelling P, Chow J, Suranyi M. Studying psychosocial adaptation to end-stage renal disease: the proximal-distal model of health-related outcomes as a base model. *J Psychosom Res.* 2011 May;70(5):455-64.
13. Chang, J. H., Koo, M., Wu, S. W., Chen, C. Y. Effects of a 12-week program of Tai Chi exercise on the kidney disease quality of life and physical functioning of patients with end-stage renal disease on hemodialysis. *Complementary Therapies in Medicine*, 2017;30, 79-83.
14. Chapin K. (2010). Adverse Safety Events in Chronic Kidney Disease: The Frequency of "Multiple Hits" *CJASN* 5:95-101.
15. Clark-Cutaia MN, Ren D, Hoffman LA, Burke LE, Sevick MA. Adherence to hemodialysis dietary sodium recommendations: influence of patient characteristics, self-efficacy, and perceived barriers. *J Ren Nutr.* 2014 Mar;24(2):92-9.
16. Conway RW (2009) Predicting mortality and uptake of renal replacement therapy in patients with stage 4 chronic kidney disease *Nephrol Dial Transplant*;24:1930-1937
17. Cukor D, Ver Halen N, Asher DR, Coplan JD, Weedon J, Wyka KE, Saggi SJ, Kimmel PL. Psychosocial intervention improves depression, quality of life, and fluid adherence in hemodialysis. *J Am Soc Nephrol.* 2014;25(1):196-206.
18. Cvengros, J.A., Christensen, A.J. and Lawton, W.J. (2005) Health Locus of Control and Depression in Chronic Kidney Disease: A Dynamic Perspective. *J Health Psychol.* 10:677-686.
19. Dec E. Impact of locus of control on clinical outcomes in renal dialysis. *Adv Chronic Kidney Dis.* 2006;13(1):76-85.
20. Demain S, Gonçalves AC, Areia C, Oliveira R, Marcos AJ, Marques A, Parmar R, Hunt K. Living with, managing and minimising treatment burden in long term

conditions: a systematic review of qualitative research. *PLoS One*. 2015;10(5):e0125457.

21. Dimkovic N, Aggarwal V, Khan S, Chu M, Bargman J, Oreopoulos DG. (2009) Assisted peritoneal dialysis: what is it and who does it involve? *AdvPerit Dial.*;25:165-70.
22. dos Santos AC, Machado Mdo C, Pereira LR, Abreu JL, Lyra MB. Association between the level of quality of life and nutritional status in patients undergoing chronic renal hemodialysis. *J Bras Nefrol*. 2013;35(4):279-88.
23. Elliott JO, Ortman C, Almaani S, Lee YH, Jordan K. Understanding the associations between modifying factors, individual health beliefs, and hemodialysis patients' adherence to a low-phosphorus diet. *J Ren Nutr*. 2015 Mar;25(2):111-20.
24. ERA-EDTA Registry: ERA-EDTA Registry Annual Report 2014. Academic MedicalCenter, Department of Medical Informatics, Amsterdam, the Netherlands, 2016.
25. Fayers, P. M., & Machin, D. Quality of life assessment, analysis, and interpretation. Chichester: England: John Wiley & Sons Ltd: (2000).
26. Fine, A., Fontaine, B., Kraushar, M.M., &Plamondon, J. (2007). Patient with Chronic Kidney Disease Stage 3 and 4 Demand Survival Information of Dialysis. *Peritoneal Dialysis International*,25, 589-597.
27. Finkelstein FO, Wuerth D, Finkelstein SH. An approach to addressing depression in patients with chronic kidney disease. *Blood Purif*. 2010;29(2):121-4.
28. García-Llana H, Remor E, Selgas R. Adherence to treatment, emotional state and quality of life in patients with end-stage renal disease undergoing dialysis. *Psicothema*. 2013;25(1):79-86.
29. García-Llana H, Remor E, Selgas R. Adherence to treatment, emotional state and quality of life in patients with end-stage renal disease undergoing dialysis. *Psicothema*, 2013;25(1):79-86.
30. Garyfallos, G., Karastergiou, A., Adamopoulou, A., Moutzoukis, C., Alagiozidou, E. and Mala, O. (1991). Greek version of the General Health Questionnaire: Accuracy of translation and validity. *ActaPsychiatricaScandinavica*, 84(371-378).

31. Gayle F, Soyibo AK, Gilbert DT, Manzanares J, Barton EN, Quality of life in end stage renal disease: A multicentre comparative study. *West Indian Med J.* 2009;58(3):235–242.
32. Germin-Petrovic, D., Mesaros-Devčić, Lesa. A., et al. Health-related Quality of Life in Hemodialysis Patients, *Coll. Antropol.* (2011). , 35(3), 687-693.
33. Gerogianni, S.K., & Babatsikou F. P. (2014). Psychological Aspects in Chronic Renal Failure. *Health Science Journal*, 8, (2), 205-214.
34. Gibson EL, Held I, Khawnekar D, Rutherford P. Differences in Knowledge, Stress, Sensation Seeking, and Locus of Control Linked to Dietary Adherence in Hemodialysis Patients. *Front Psychol.* 2016;29;7:1864.
35. Ginieri-Coccossis M, Karamanidou C, Triantafyllou E, . Locus of control and psychological adjustment in end stage renal disease patients in Greece. Presented at the 25th annual EHPS conference, Crete, Greece, 20–24 September 2011. , Google Scholar.
36. Ginieri-Coccossis M, Theofilou P, Synodinou C, Tomaras V, Soldatos C. Quality of life, mental health and health beliefs in haemodialysis and peritoneal dialysis patients: investigating differences in early and later years of current treatment. *BMC Nephrol.* 2008 Nov 14;9:14.
37. Ginieri-Coccossis M, Triantafillou E, Tomaras V, Soldatos C, Mavreas V, Christodoulou G. Psychometric properties of WHOQOL-BREF in clinical and healthy Greek populations: Incorporating new culture- relevant items. *Psychiatriki* 2012; 23(2):130-42.
38. Ginieri-Coccossis M, Triantafillou E, Tomaras V, Soldatos C, Mavreas V, Christodoulou G. Psychometric properties of WHOQOL-BREF in clinical and healthy Greek populations: incorporating new culture-relevant items. *Psychiatriki.* 2012;23(2):130-42.
39. Griva K, Newman S: **Quality of life in end-stage renal disease and treatments.** In *Special Issues in Health Psychology* Edited by: Anagnostopoulos F, Karademas E. A Greek Perspective. Athens: Livani; 2007:97-130.
40. Griva K, Ng HJ, Loei J, Mooppil N, McBain H, Newman SP. Managing treatment for end-stage renal disease--a qualitative study exploring cultural perspectives on facilitators and barriers to treatment adherence. *Psychol Health.* 2013;28(1):13-29

41. Grzegorzewska AE, Izdebska A, Niepolski L, Warchoł W, Jagodziński PP. Self-Reported Physical Activity, Quality of Life, and Psychological Status in Relation to Plasma 25-Hydroxyvitamin D Concentration in Patients Treated with Hemodialysis. *Kidney Blood Press Res.* 2016;41(6):886-900.
42. Hamilton G, Locking-Cusolito H. Hemodialysis adequacy and quality of life: how do they relate? *CANNT J* 2003,13(4):24-29.
43. Heiwe, S., Jacobson, S. H. Exercise training in adults with CKD: a systematic review and meta-analysis. *American Journal of Kidney Diseases*,2014;64(3), 383-393.
44. Howren MB, Cozad AJ, Christensen AJ. The interactive effects of patient control beliefs on adherence to fluid-intake restrictions in hemodialysis: Results from a randomized controlled trial. *J Health Psychol.* 2016 Feb 22. pii: 1359105316631813.
45. ICN (International Council of Nurses). *Nurses: A Force for Change: Improving health systems' resilience.* Geneva, 2016. ISBN: 978-92-95099-38-8. (<http://www.icn.ch/publications/2016-nurses-a-force-for-change-improving-health-systems-resilience/>)
46. Idier L, Untas A, Koleck M, Chauveau P, Rasclé N. Assessment and effects of Therapeutic Patient Education for patients in hemodialysis: a systematic review. *Int J Nurs Stud.* 2011 Dec;48(12):1570-86.
47. Jaar BG, Chang A, Plantinga L. Can we improve quality of life of patients on dialysis? *Clin J Am SocNephrol.* 2013 Jan;8(1):1-4.
48. Jayawardene, Satish; Ackland, Penny. *ABC of kidney disease.* 2nd ed. Chichester, West Sussex : John Wiley & Sons, 2007.
49. Kan WC, Wang JJ, Wang SY, Sun YM, Hung CY, Chu CC, Lu CL, Weng SF, Chio CC, ChienCC. The new comorbidity index for predicting survival in elderly dialysis patients: a long-term population-based study. *PLoS One.* 2013;8(8):e68748.
50. Karamanidou C, Theofilou P, Ginieri-Coccosis M, Synodinou C, Papadimitriou G. Anxiety, depression and health beliefs in end stage renal disease (ESRD) patients. *European Psychiatry,* 2009;12:24.
51. Karamanidou C, Weinman J, Horne R. A qualitative study of treatment burden among haemodialysis recipients. *J Health Psychol.* 2014;19(4):556-69.

52. Kastrouni M, Sarantopoulou E, Aperis G, Alivanis P. Quality of life of Greek patients with end stage renal disease undergoing haemodialysis. *J Ren Care*. 2010; 36(3):126-32.
53. KDIGO clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, prevention, and treatment of Chronic Kidney Disease-Mineral and Bone Disorder Kidney Disease: Improving Global Outcomes CKD-MBD Work Group. *Kidney Int* 2009, SUPPL 113: S1-S130.
54. Khalil AA, Darawad M, Al Gamal E, Hamdan-Mansour AM, Abed MA. Predictors of dietary and fluid non-adherence in Jordanian patients with end-stage renal disease receiving haemodialysis: a cross-sectional study. *J ClinNurs*. 2013;22(1-2):127-36.
55. Khalil AA, Darawad MW. Objectively measured and self-reported nonadherence among Jordanian patients receiving hemodialysis. *Hemodial Int*. 2014;18(1):95-103.
56. Kimmel PL, Cohen SD, Weisbord SD. Quality of life in patients with end-stage renal disease treated with hemodialysis: survival is not enough! *J Nephrol*. 2008;21 Suppl 13:S54-8.
57. Kimmel PL, Patel SS. Quality of life in patients with chronic kidney disease: focus on end-stage renal disease treated with hemodialysis. *SeminNephrol*. 2006;26(1):68-79.
58. Kolko, L. A., Lasseur, C., Labat, T., Trolonge, S., Chauveau, P. Physical activity in dialysis population: how and why to assess and establish a program?. *Nephrologie & therapeutique*, 2014;10(3), 151-158.
59. Kousoula G et al. QUALITY OF LIFE IN HEMODIALYSIS PATIENTS. *Mater Sociomed*. 2015;27(5):305-9.
60. Koutsopoulou V, Theodosopoulou E, Vantsi E, Kotrotsiou E, Kostandinou V, Dounousi E. Personality dimensions of haemodialysis patients related to initial renal disease. *EDTNA ERCA J*. 2002;28(1):21-4.
61. Kugler C, Vlaminck H, Haverich A, Maes B. Nonadherence with diet and fluid restrictions among adults having hemodialysis. *J NursScholarsh*. 2005;37(1):25-9.
62. Kutner NG, Zhang R, Huang Y, Johansen KL. Depressed mood, usual activity level, and continued employment after starting dialysis. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2010 Nov;5(11):2040-5.

63. Lacson E Jr, Wang W, DeVries C, Leste K, Hakim RM, Lazarus M, Pulliam J. Effects of a nationwide predialysis educational program on modality choice, vascular access, and patient outcomes. *Am J Kidney Dis.* 2011 Aug;58(2):235-42.
64. Laupacis, A., Muirhead, N., Keown, P. A., et, al. A., disease-specific, questionnaire for, assessing quality of life in patients on hemodialysis. *Nephron*, 1992;60(3), 302-306.
65. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal, and coping.* Springer-Verlag, New York, 1984.
66. Lee JE, Kim K, Kim JS. Factors Influencing Quality of Life in Adult End-Stage Renal Disease Patients Undergoing Hemodialysis. *J Nurs Res.* 2015;23(3):181-8.
67. Liaveri PG, Dikeos D, Ilias I, Lygkoni EP, Boletis IN, Skalioti C, Paparrigopoulos T. Quality of sleep in renal transplant recipients and patients on hemodialysis. *J Psychosom Res.* 2017 Feb;93:96-101.
68. Lin CC, Han CY, Pan IJ. A qualitative approach of psychosocial adaptation process in patients undergoing long-term hemodialysis. *Asian Nurs Res (Korean SocNursSci).* 2015 Mar;9(1):35-41.
69. Lopes AA, Lantz B, Morgenstern H, Wang M, Bieber BA, Gillespie BW, Li Y, Painter P, Jacobson SH, Rayner HC, Mapes DL, Vanholder RC, Hasegawa T, Robinson BM, Pisoni RL. Associations of self-reported physical activity types and levels with quality of life, depression symptoms, and mortality in hemodialysis patients: the DOPPS. *Clin J Am SocNephrol.* 2014;9(10):1702-12.
70. Lowney AC, Myles HT, Bristowe K, Lowney EL, Shepherd K, Murphy M, O'Brien T, Casserly L, McQuillan R, Plant WD, Conlon PJ, Vinen C, Eustace JA, Murtagh FE. Understanding What Influences the Health-Related Quality of Life of Hemodialysis Patients: A Collaborative Study in England and Ireland. *J Pain Symptom Manage.* 2015 ;50(6):778-85.
71. Magacho EJ, Ribeiro LC, Chaoubah A, Bastos MG. Adherence to drug therapy in kidney disease. *Braz J Med Biol Res.* 2011 Mar;44(3):258-62.
72. Martín-Díaz F, Reig-Ferrer A, Ferrer-Cascales R. Sexual function and quality of life in hemodialysis male patients. *Nefrologia.* 2006;26(4):452-60.
73. Martins MT, Silva LF, Kraychete A, Reis D, Dias L, Schnitman G, Oliveira L, Lopes GB, Lopes AA. Potentially modifiable factors associated with non-

- adherence to phosphate binder use in patients on hemodialysis. *BMC Nephrol.* 2013 Oct 3;14:208.
74. Masakane I. Choice of modality with the use of high-performance membrane and evaluation for clinical effects. *Contrib Nephrol* 2011.173:84-94.
 75. Matteson ML, Russell C Interventions to improve hemodialysis adherence: a systematic review of randomized-controlled trials. *Hemodial Int.* 2010 Oct;14(4):370-82
 76. Mc Crary EB.(2008) The road to renal failure: an overview of diabetic nephropathy. *Adv Nurse Pract*;16(7):61-3.
 77. Mellon L, Regan D, Curtis R.. Factors influencing adherence among Irish haemodialysis patients. *Patient EducCouns.* 2013 Jul;92(1):88-93
 78. Mollaoglu, M. Depression and health-related quality of life in hemodialysis patients. *Dial. Transplant.* (2004). , 544-549.
 79. Murali KM, Mullan J, Chen JH, Roodenrys S, Lonergan M. Medication adherence in randomized controlled trials evaluating cardiovascular or mortality outcomes in dialysis patients: A systematic review. *BMC Nephrol.* 2017;31;18(1):42.
 80. Mustafa R & Schmidt RJ. Sexual Dysfunction in Dialysis Patients: A Review. *Austin J NephrolHypertens.* 2015;2(1): 1031.
 81. Nabolsi MM, Wardam L, Al-Halabi JO. Quality of life, depression, adherence to treatment and illness perception of patients on haemodialysis. *Int J Nurs Pract.* 2015;21(1):1-10.
 82. Navaneethan SD, Vecchio M, Johnson DW, Saglimbene V, Graziano G, Pellegrini F, Lucisano G, Craig JC, Ruospo M, Gentile G, Manfreda VM, Querques M, Stroumza P, Torok M, Celia E, Gelfman R, Ferrari JN, Bednarek-Skublewska A, Dulawa J, Bonifati C, Hegbrant J, Wollheim C, Jannini EA, Strippoli GF. Prevalence and correlates of self-reported sexual dysfunction in CKD: a meta-analysis of observational studies. *Am J Kidney Dis.* 2010;56(4):670-85.
 83. Noshad H, Sadreddini S, Nezami N, Salekzamani Y, Ardalan MR. Comparison of outcome and quality of life: haemodialysis versus peritoneal dialysis patients. *Singapore Med J.* 2009 Feb;50(2):185-92.
 84. Nui, F., &ChuanLi, I. (2004). Quality of life of patients having renal replacement therapy. *Journal of Advanced Nursing*, 51(1), 15-21.

85. Oberley, E.T. and Schatell, D.R. (1996), Home hemodialysis: survival, quality of life and rehabilitation, *Adv Ren Replace Ther* , 3, 147-153.
86. Ottaviani, A. C., Betoni, L. C., Pavarini, S. C. I., Gramani Say, K., Zazzetta, M. S., Orlandi, F. D. S. (2016). Association between anxiety and depression and quality of life of chronic renal patients on hemodialysis. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 25(3).
87. Paes-Barreto JG, Silva MI, Qureshi AR, Bregman R, Cervante VF, Carrero JJ, Avesani CM. Can renal nutrition education improve adherence to a low-protein diet in patients with stages 3 to 5 chronic kidney disease? *J Ren Nutr*. 2013 May;23(3):164-71.
88. Paparrigopoulos T, Theleritis C, Tzavara C, Papadaki A. Sleep disturbance in haemodialysis patients is closely related to depression. *Gen Hosp Psychiatry*. 2009;31(2):175-7.
89. Pappa E., Kontodimopoulos N. & Niakas D. Validating and norming of the Greek SF-36 health survey. *Quality of Life Research*, 2005;14, 1433-1438.
90. Parker TF 3rd, Straube BM, Nissenson A, Hakim RM, Steinman TI, Glassock RJ. Dialysis at a crossroads--Part II: A call for action. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2012 Jun;7(6):1026-32.
91. Pasyar N, Rambod M, Sharif F, Rafii F, Pourali-Mohammadi N. Improving adherence and biomedical markers in hemodialysis patients: the effects of relaxation therapy. *Complement Ther Med*. 2015 Feb;23(1):38-45.
92. Perlman RL, Finkelstein FO, Liu L, Roys E, Kiser M, Eisele G et al. Quality of life in chronic kidney disease (CKD): A cross-sectional analysis in the Renal Research Institute-CKD study. *Am J Kidney Dis* . 2005; 45:658–666.
93. Pomidori L, Lamberti N, Malagoni AM, Manfredini F, Pozzato E, Felisatti M, Catizone L, Barillà A, Zuccalà A, Tripepi G, Mallamaci F, Zoccali C, Cogo A. Respiratory muscle impairment in dialysis patients: can minimal dose of exercise limit the damage? A Preliminary study in a sample of patients enrolled in the EXCITE trial. *J Nephrol*. 2016;29(6):863-869.
94. Ramos EC, Santos Ida, Zanini Rde, Ramos. Quality of life of chronic renal patients in peritoneal dialysis and hemodialysis. *J Bras Nefrol*. 2015;37(3):297-305.
95. Rattanasompattikul M, Feroze U, Molnar MZ, Dukkipati R, Kovesdy CP, Nissenson AR, Norris KC, Kopple JD, Kalantar-Zadeh K. Charlson comorbidity

score is a strong predictor of mortality in hemodialysis patients. *IntUrolNephrol*. 2012;44(6):1813-23.

96. Remor E. Predictors of treatment difficulties and satisfaction with haemophilia therapy in adult patients. *Haemophilia*. 2011 Sep;17(5):e901-5.
97. Richard C, Lussier MT, Gagnon R, Lamarche L. GHQ-28 and cGHQ-28: implications of two scoring methods for the GHQ in a primary care setting. *Soc Psychiatry PsychiatrEpidemiol*. 2004;39(3):235-43.
98. Russell CL, Cronk NJ, Herron M, Knowles N, Matteson ML, Peace L, Ponferrada L. Motivational Interviewing in Dialysis Adherence Study (MIDAS). *NephrolNurs J*. 2011 May-Jun;38(3):229-36.
99. Saad MM, El Douaihy Y, Boumitri C, Rondla C, Moussaly E, Daoud M, El Sayegh SE. Predictors of quality of life in patients with end-stage renal disease on hemodialysis. *Int J Nephrol Renovasc Dis*. 2015;3;8:119-23.
100. Sakakibara B et al (2009) *Spinal Cord* 47: 841.
101. Sandlin K, Bennett PN, Ockerby C, Corradini AM. The impact of nurse-led education on haemodialysis patients' phosphate binder medication adherence. *J Ren Care*. 2013 Mar;39(1):12-8.
102. Sayin A, Mutluay R, Sindel S. Quality of life in hemodialysis, peritoneal dialysis, and transplantation patients. *Transplant Proc*. 2007;39(10):3047-53.
103. Song YS, Yang HJ, Song ES, Han DC, Moon C, Ku JH. Sexual function and quality of life in Korean women with chronic renal failure on hemodialysis: case-control study. *Urology*. 2008 Feb;71(2):243-6.
104. Sterling M et al (2003) *Pain* 106: 481.
105. Theofilou P, Aroni A, Ralli M, Gouzou M, Zyga S. Measuring Health Related Quality of Life in Hemodialysis Patients. Psychometric Properties of the Missoula-VITAS Quality of Life Index (MVQOLI-15) in Greece. *Health Psychol Res*. 2013;1(2):e17.
106. Theofilou P. Medication adherence in Greek hemodialysis patients: the contribution of depression and health cognitions. *Int J Behav Med*. 2013;20(2):311-8.
107. Timmers, L., Thong, S.Y. M., Dekker, W.F., Boeschoten, W.E., Heijmans, M., Rijken, M., Weinman, J. and Kaptein, A.A. (2008) Illness perceptions in dialysis patients and their association with quality of life. *Psychology & Health*. 23: 679-690.

108. Timmers, L., Thong, S.Y. M., Dekker, W.F., Boeschoten, W.E., Heijmans, M., Rijken, M., Weinman, J. and Kaptein, A.A. (2008) Illness perceptions in dialysis patients and their association with quality of life. *Psychology & Health*. 23: 679-690.
109. Twardowski ZJ. Short, thrice-weekly hemodialysis is inadequate regardless of small molecule clearance. *Int J Artif Organs* 2004 27(6):452-466
110. Valderrábano F, Jofre R, López-Gómez JM. Quality of life in end-stage renal disease patients. *Am J Kidney Dis*. 2001;38(3):443-64.
111. Vasilieva IA. Quality of life in chronic hemodialysis patients in Russia. *Hemodial Int*. (2006). , 10, 274-8.
112. Vázquez I, Valderrábano F, Fort J, Jofré R, López-Gómez JM, Moreno F, Sanz-Guajardo D; Spanish Cooperative Renal Patients Quality of Life Study Group. Psychosocial factors and health-related quality of life in hemodialysis patients. *Qual Life Res*. 2005 Feb;14(1):179-90.
113. Walters BA, Hays RD, Spritzer KL, et al. Health-related quality of life, depressive symptoms, anemia, and malnutrition at hemodialysis initiation. *Am J Kidney Dis*. (2002). , 40, 1185-94.
114. Wan EY, Chen JY, Choi EP, Wong CK, Chan AK, Chan KH, Lam CL. Patterns of health-related quality of life and associated factors in Chinese patients undergoing haemodialysis. *Health Qual Life Outcomes*. 2015;13:108.
115. Wang W, Tonelli M, Hemmelgarn B, Gao S, Johnson JA, Taud K et al. The Effect of Increasing Dialysis Dose in Overweight Hemodialysis Patients on Quality of Life: A 6-Week Randomized Crossover Trial. *Am J Kidney Dis* 2008, 51:796-803.
116. Welch JL, Thomas-Hawkins C. Psycho-educational strategies to promote fluid adherence in adult hemodialysis patients: a review of intervention studies. *Int J Nurs Stud*. 2005 Jul;42(5):597-608.
117. Whaley-Connell AT, Sowers JR, Stevens LA, McFarlane SI, Shlipak MG, Norris KC, Chen SC, Qiu Y, Wang C, Li S, Vassalotti JA, Collins AJ; (2008) Kidney Early Evaluation Program Investigators: CKD in the United States: Kidney Early Evaluation Program (KEEP) and National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) 1999-2004. *Am J Kidney Dis*;51(suppl 2):S13-S20.

118. Wright LS, Wilson L. Quality of Life and Self-Efficacy in Three Dialysis Modalities: Incenter Hemodialysis, Home Hemodialysis, and Home Peritoneal Dialysis. *NephrolNurs J.*;42 (5):463-76.
119. Wu AW, Fink NE, Cagney KA, Bass EB, Rubin HR, Meyer KB, Sadler JH, Powe NR. Developing a health-related quality-of-life measure for end-stage renal disease: The CHOICE Health Experience Questionnaire. *Am J Kidney Dis.* 2001;37(1):11-21.
120. Wu AW, Fink NE, Marsh-Manzi JV, Meyer KB, Finkelstein FO, Chapman MM, Powe NR. Changes in quality of life during hemodialysis and peritoneal dialysis treatment: generic and disease specific measures. *J Am SocNephrol.* 2004;15(3):743-53.
121. Yang F, Griva K, Lau T, Vathsala A, Lee E, Ng HJ, Mooppil N, Foo M, Newman SP, Chia KS, Luo N. Health-related quality of life of Asian patients with end-stage renal disease (ESRD) in Singapore. *Qual Life Res.* 2015;24(9):2163-71.
122. Zalai, D., Szeifert, L., Novak, M. Psychological distress and depression in patients with chronic kidney disease. *Seminars in dialysis* , 2012;25(4):428-438.
123. Zengin N, Ören B, Gül A, Üstündağ H. Assessment of quality of life in haemodialysis patients: a comparison of the Nottingham Health Profile and the Short Form 36. *Int J NursPract.* 2014;20(2):115-25.
124. Βεσκούκη, Γ., Ρίζου, Ι. & Γαλλιού, Γ. (2011). Ποιοτική ζωή ασθενών με Καρδιακά Νοσήματα (Πιλοτική Έρευνα). *Επιστημονικά χρονικά*, 16,70-75.
125. Ευθυμίου, Κ. (2002). Εφαρμογή της Συμπεριφοριστικής – Γνωσιακής Ψυχοθεραπείας στην Κατάθλιψη. Εκδόσεις του Ινστιτούτου Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς.
126. Θεοφίλου Π και συν, 2014. Αξιοπιστία της Ελληνικής Έκδοσης του Ερωτηματολογίου “PainSelf- Efficacy Questionnaire” σε Ασθενείς με Χρόνια Νεφρική Νόσο. *Νοσηλευτική* 2013 (53)2.
127. Θεοφίλου, Π. (2010). Ψυχιατρικές διαταραχές στη χρόνια περιοδική αιμοκάθαρση. *Το Βήμα του Ασκληπιού* ,9(4), 420-440.
128. Καϊτελίδου Δ, Λιαρόπουλος Λ, Σίσκου Ο, Θεοδώρου Μ, Ζηρογιάννης Π, Μανιαδάκης Ν, και συν. Οι κοινωνικές και οικονομικές συνέπειες της αιμοκάθαρσης στη ζωή των ασθενών με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια *Νοσηλευτική.*2007;46(2):246–255.

129. Καλαϊτζίδου Α. Ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με την υγεία και ικανοποίηση ασθενών στη νυχτερινή αιμοκάθαρση. Σύγκριση με την αντίστοιχη της συμβατικής. Διπλωματική Εργασία. Πανεπιστήμιο Μακεδονίας. ΠΜΣ στην Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας. Θεσσαλονίκη. Φεβρουάριος 2017.
130. Καρασαββίδου, Μακρίδης & Κατσίνας. Γνωστική Δυσλειτουργία – Νεώτερα δεδομένα. Ελληνική Νεφρολογία 2015, 27 (3), 239-248.
131. Κάτση Χρ-Μ, Γκράμο Λ, Μπομπάι ΔΕ, Τριφόνη Ρ, Χριστοπούλου Ι. Επίπτωση της Κατάθλιψης σε Αιμοκαθαιρόμενους Ασθενείς. Νοσηλευτική. 2013;52(1):93-100. Κουτσοπούλου-Σοφικήτη και συν. (2009)
132. Λένη , Α.Ε., Τουρκογιάννη, Μ., Σταυροπούλου, Μ. & Ζηδιανάκης, Ζ. (2013). Ποιότητα ζωής ασθενών με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια. Περιεγχειρητική νοσηλευτική, 2(2), 84-92.
133. Μαρκάκη & Κυριαζής. Εκτίμηση θρεπτικής κατάστασης ασθενών με τελικού σταδίου χρόνια νεφρική νόσο. Ελληνική Νεφρολογία 2015, 27 (2), 153-170.
134. Μάτζιου-Μεγαπάνου Β. Νεφρολογική Νοσηλευτική. Ιατρικές Εκδόσεις «Δημ. Λαγός». Αθήνα, 2009.
135. Μωυσιάδου Ε, Καλλέργης Γ. Ψυχοκοινωνικά Προβλήματα Ασθενών υπό Αιμοκάθαρση: Οι Αλλαγές που Βιώνουν σε Ψυχολογικό, Οικογενειακό, Εργασιακό, Κοινωνικό και Οικονομικό Επίπεδο. Νοσηλευτική, 2014 (53):1.
136. Οικονόμου, Μ., Κοκκώση, Μ., Τριανταφύλλου, Ε., & Χριστοδούλου, Γ. (2001). Ποιότητα ζωής και ψυχική υγεία. Ενωσιολογικές προσεγγίσεις, κλινικές εφαρμογές και αξιολόγηση. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 18(3), 239-253.
137. Πρεβύζη Ευαγγελία, Αργυρίου Γεώργιος, Κόλλια Θωμαή, Νέστωρ Αθανασία, Κοτανίδου Αναστασία, Μαρβάκη Χριστίνα. Εκτίμηση της Ποιότητας Ζωής των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών και επάρκεια κάθαρσης. HEALTH AND RESEARCH JOURNAL HRJ 2016; 2 (4), 291-308.
138. Σπυρίδη Σ, Ιακωβίδη Α & Καπρίνη Γ. ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ: ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ. Ψυχιατρική 2008, 19:28–34
139. Τούντας Γ και συν. Η υγεία του ελληνικού πληθυσμού 1986-2006. Αθήνα, 2009. Εκδόσεις Παπαζήση. ISBN 978-960-02-3097-0.
140. Τσακίρης Δημήτριος (2010) Το πρόβλημα της χρόνιας νεφρικής νόσου. Επιδημιολογία-Αντιμετώπιση-Κόστος.
<http://health.in.gr/news/article.asp?lngArticleID=136412>

141. Υφαντόπουλος, Γ. (2001). Αξιολόγηση και μέτρηση της ποιότητας ζωής στην Ελλάδα με τη μέθοδο του EQ-15D. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής , 18 (3), 279-287.
142. Χονδρογιάννης & Σκαπινάκης . Κατάθλιψη και τελικό στάδιο χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας. Ελληνική νεφρολογία 2012 (24) 2:127-134.
143. Χριστοπούλου, Α. (2005). Σημειώσεις για το μάθημα της Ψυχοπαθολογίας. Αθήνα: Πανεπιστημιακές σημειώσεις Πανεπιστήμιο Αθηνών, Τμήματος Ψυχολογίας.

Δ. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Στο παράρτημα παρατίθενται τα εργαλεία τα οποία χρησιμοποιήσαμε για τη συλλογή των δεδομένων της μελέτης.

1. Φόρμα πληροφορημένης συναίνεσης συμμετοχής στη μελέτη.
2. Φόρμα κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων.
3. Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (ΕΓΥ-28), General Health Questionnaire (GHQ- 28).
4. Ερωτηματολόγιο Δυσλειτουργικών Πεποιθήσεων Dysfunctional Preconceptions Questionnaire (DPQ).
5. Ερωτηματολόγιο εστίασης ελέγχου για την υγεία (Health Locus of Control).
6. Ερωτηματολόγιο εκτίμησης της ΠΖ με το WHOQOL-BREF.
7. Ειδικό ερωτηματολόγιο για νεφροπαθείς ασθενείς εκτίμησης της ΣΥΠΖ (Kidney Disease and Quality of Life™ Short Form (KDQOLSF™) - Greek Version.

Φόρμα Πληροφορημένης Συναίνεσης

για συμμετοχή στην έρευνα με θέμα:

«ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΓΕΝΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΒΑΣΙΚΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΠΕΠΟΙΘΗΣΕΩΝ ΣΕ ΣΥΝΑΡΤΗΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ»

Κατανοούμε ότι συμμετέχουμε σε ερευνητική μελέτη η οποία θα εστιαστεί στη συλλογή δεδομένων σχετικά με γενική υγεία και την ποιότητα ζωής των ασθενών με ΧΝΑ. Υπογράφοντας αυτό το έγγραφο δίνουμε τη συγκατάθεση μας για την πραγματοποίηση της συνέντευξης από το νοσηλευτή – ερευνητή, στα πλαίσια της παραπάνω μελέτης.

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση των συσχετίσεων ανάμεσα στην αυτοαναφερόμενη γενική υγεία, τις πεποιθήσεις για τον εαυτό-κόσμο-μέλλον, την εστίαση έλεγχου για την υγεία με την ποιότητα ζωής σε αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια.

Η συλλογή των δεδομένων θα γίνει μέσω ειδικά διαμορφωμένου ερωτηματολογίου. Θα εξασφαλιστεί η εμπιστευτικότητα και η ανωνυμία των δεδομένων (διασφάλιση της εχεμύθειας των πληροφοριών, της διατήρησης του απορρήτου και η εφαρμογή των διεθνών αρχών ηθικής και δεοντολογίας για τη διεξαγωγή έρευνας σε ανθρώπους), ενώ η πρόσβαση στα ερωτηματολόγια θα περιοριστεί στο νοσηλευτή – ερευνητή.

Κατανοούμε ότι η επιλογή έγινε σε εθελοντική βάση. Έγινε ενημέρωση ότι οι συμμετέχοντες είναι ελεύθεροι να αρνηθούν να απαντήσουν σε οποιαδήποτε ερώτηση ή και να αποφασίσουν να αποχωρήσουν από τη διαδικασία χωρίς να πρέπει να δώσουν καμία εξήγηση. Η ατομικότητα και η εχεμύθεια θα προστατεύονται κάθε στιγμή.

Επίσης, κατανοούμε ότι δε θα λάβουμε χρηματική ανταμοιβή ή άμεσα οφέλη ως αποτέλεσμα της συμμετοχής στη μελέτη.

Τέλος κατανοούμε ότι τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας θα μας δοθούν αν τα ζητήσουμε και ότι η κα Γεωργία Παπανικολάου, είναι το άτομο που μπορούμε να έρθουμε σε επαφή αν έχουμε ερωτήσεις για την έρευνα ή γύρω από τα δικαιώματα των συμμετεχόντων στην έρευνα.

Τηλέφωνα επικοινωνίας:

Υπογραφή συμμετέχοντος

Υπογραφή νοσηλευτή – ερευνητή

Αθήνα, / / 2016

Φόρμα Δημογραφικών Στοιχείων

/ /2016

ΑΑ: Όνοματεπώνυμο: Ημερομηνία γέννησης: Ασφάλιση:	Φύλο		Εθνικότητα	Θρησκεία
	Άρρεν	Θήλυ		
Τόπος διαμονής (Πόλη):		Τύπος κατοικίας: <input type="checkbox"/> Μονοκατοικία <input type="checkbox"/> Διαμέρισμα		

Οικογενειακή Κατάσταση : <input type="checkbox"/> Άγαμος <input type="checkbox"/> Διεζευγμένος <input type="checkbox"/> Έγγαμος <input type="checkbox"/> Χήρος Αριθμός τέκνων:	Εκπαιδευτικό επίπεδο <input type="checkbox"/> Υποχρεωτική εκπαίδευση <input type="checkbox"/> Μέση εκπαίδευση (Λύκειο) <input type="checkbox"/> ΤΕΕ/ΙΕΚ <input type="checkbox"/> ΤΕΙ <input type="checkbox"/> ΑΕΙ <input type="checkbox"/> Μεταπτυχιακό <input type="checkbox"/> Διδακτορικό	Επάγγελμα Επαγγελματική κατάσταση <input type="checkbox"/> Ενεργός <input type="checkbox"/> Άνεργος <input type="checkbox"/> Συνταξιούχος Άλλο:	Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα (€)
---	--	--	--

Αίτιο ΧΝΑ Ημερομηνία 1^{ης} διάγνωσης ΧΝΑ: Διάρκεια θεραπείας με συνεδρίες αιμοκάθαρσης:	Διάρκεια συνεδριών αιμοκάθαρσης: Συχνότητα συνεδριών αιμοκάθαρσης: Φλεβική προσπέλαση: <input type="checkbox"/> Καθετήρας <input type="checkbox"/> Fistula <input type="checkbox"/> Μόσχευμα	Σύνολο εισαγωγών στο νοσοκομείο λόγω ΧΝΑ: Χρόνος από την τελευταία εισαγωγή (μήνες):	Άλλη χρόνια νόσος: <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ Μεταδοτική Νόσος <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ Αν ΝΑΙ αναφέρατε: <input type="checkbox"/> Διαβήτης <input type="checkbox"/> Υπέρταση <input type="checkbox"/> Καρκίνος Άλλη:	Μέση τιμή (3μήνου): Αιματοκρίτης Ουρία Κρεατινίνη Λευκωματίνη Κάλιο Φώσφορος Ασβέστιο
---	--	---	--	---

Ποιες οι πιο συχνές επιπλοκές της αιμοκάθαρσης που αντιμετωπίσατε τους τελευταίους 3 μήνες;

<input type="checkbox"/> Υπόταση	<input type="checkbox"/> Κεφαλαλγία	<input type="checkbox"/> Πυρετός/Ρίγος	<input type="checkbox"/> Αρρυθμίες
<input type="checkbox"/> Μυαλγίες/αρθραλγίες	<input type="checkbox"/> Ναυτία/Έμετος	<input type="checkbox"/> Υποκαλαιμία	<input type="checkbox"/> Κνησμός/ Αλλεργία
<input type="checkbox"/> Μυϊκοί σπασμοί/κράμπες	<input type="checkbox"/> Λοίμωξη σημείου εισόδου	<input type="checkbox"/> Υπερκαλαιμία	<input type="checkbox"/> Άλλα:
Φαρμακευτική αγωγή:			

Βαθμολογήστε τη συμμόρφωση σας με τη θεραπεία σας για τη ΧΝΑ από 0-10
(0=Καθόλου ευχαριστημένος, 10=Απόλυτα ευχαριστημένος)

Α) Αναφορικά με τους διατροφικούς περιορισμούς	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Β) Αναφορικά με τη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Γ) Αναφορικά με τη συχνότητα των συνεδριών	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Αντιμετωπίζετε προβλήματα σχετικά με τη σεξουαλική σας ζωή; ΝΑΙ ΣΥΧΝΑ ΣΠΑΝΙΑ ΟΧΙ

Βαθμολογήστε την ικανοποίηση σας αναφορικά με τη σεξουαλική σας ζωή από 0-10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ποια τα σημαντικότερα προβλήματα που αντιμετωπίζετε αναφορικά με τη σεξουαλική σας ζωή;

Λαμβάνετε κάποια αγωγή για τη βελτίωση της σεξουαλικής σας ζωής: ΝΑΙ ΟΧΙ

Αν ΝΑΙ αναφέρατε:

THE GENERAL HEALTH QUESTIONNAIRE (GHQ)
David Goldberg
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΕΝΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ (GHQ-28)

Παρακαλούμε διαβάστε τα παρακάτω προσεκτικά: Θα θέλαμε να ξέρουμε αν είχατε κάποια ενοχλήματα και γενικά πώς ήταν η υγεία σας τις δυο τελευταίες εβδομάδες. Παρακαλούμε να απαντήσετε σε ΟΛΕΣ τις ερωτήσεις στις σελίδες που ακολουθούν υπογραμμίζοντας απλά την απάντηση που νομίζετε ότι σας ταιριάζει καλύτερα. Προσέξτε: Θέλουμε να αναφέρετε τα τωρινά και πρόσφατα ενοχλήματά σας και όχι εκείνα που είχατε στο παρελθόν. Έχει σημασία να προσπαθήσετε να απαντήσετε σε ΟΛΕΣ τις ερωτήσεις! Ευχαριστούμε πολύ για τη συνεργασία σας!

ΤΙΣ ΔΥΟ ΤΕΛΕΥΤΑΙΕΣ ΕΒΔΟΜΑΔΕΣ

1. Αισθάνεστε εντελώς καλά και απόλυτα υγιής;	Καλύτερα απ' ότι συνήθως	Το ίδιο όπως συνήθως	Χειρότερα απ' ότι συνήθως	Πολύ χειρότερα απ' ότι συνήθως
2. Νιώθετε την ανάγκη για κάτι τονωτικό;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
3. Νιώθετε εξαντλημένος/η και κακοδιάθετος/η;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
4. Έχετε αισθανθεί πως είστε άρρωστος/η;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
5. Έχετε καθόλου πόνους στο κεφάλι;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
6. Νιώθετε σφίξιμο ή βάρος στο κεφάλι;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
7. Έχετε περιόδους που να αισθάνεστε κρυάδες ή εξάψεις;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
8. Έχετε ξαγρυπνήσει πολλές φορές επειδή ήσασταν ανήσυχος/η;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
9. Έχετε δυσκολία να συνεχίσετε τον ύπνο σας χωρίς διακοπές από τη στιγμή που θα αποκοιμηθείτε;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
10. Έχετε αισθανθεί να βρίσκεστε συνεχώς κάτω από πίεση;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
11. Είστε οξύθυμος/η και αρπάζετε εύκολα;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
12. Φοβάστε ή πανικοβάλλεστε χωρίς σοβαρό λόγο;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως

13. Αισθάνεστε πως δεν αντέχετε άλλο;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ'ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ'ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ'ότι συνήθως
14. Αισθάνεστε συνεχώς νευρικός/ή και σε υπερδιέγερση;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ'ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ'ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ'ότι συνήθως
15. Έχετε καταφέρει να είστε δραστήριος/α και πάντα απασχολημένος/η;	Περισσότερο απ'ότι συνήθως	Το ίδιο όπως συνήθως	Μάλλον λιγότερο απ'ότι συνήθως	Πολύ λιγότερο απ'ότι συνήθως
16. Σας παίρνει περισσότερο χρόνο να κάνετε τις δουλειές σας;	Γρηγορότερα απ'ότι συνήθως	Το ίδιο όπως συνήθως	Περισσότερο απ'ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ'ότι συνήθως
17. Έχετε αισθανθεί πως σε γενικές γραμμές τα καταφέρνετε καλά;	Καλύτερα απ'ότι συνήθως	Περίπου το ίδιο	Χειρότερα απ'ότι συνήθως	Πολύ χειρότερα
18. Είστε ικανοποιημένος/η με τον τρόπο που εκτελείτε τις δουλειές σας;	Περισσότερο ικανοποιημένος/η	Το ίδιο όπως συνήθως	Λιγότερο ικανοποιημένος/η απ'ότι συνήθως	Πολύ λιγότερο ικανοποιημένος/η
19. Έχετε αισθανθεί πως παίζετε χρήσιμο ρόλο σε ότι γίνεται γύρω σας;	Περισσότερο απ'ότι συνήθως	Το ίδιο όσο συνήθως	Λιγότερο χρήσιμο απ'ότι συνήθως	Πολύ λιγότερο χρήσιμο απ'ότι συνήθως
20. Έχετε αισθανθεί ικανός/ή να παίρνετε αποφάσεις για διάφορα θέματα;	Περισσότερο απ'ότι συνήθως	Το ίδιο όσο συνήθως	Λιγότερο απ'ότι συνήθως	Πολύ λιγότερο ικανός/η
21. Μπορείτε να χαρείτε τις συνηθισμένες καθημερινές δραστηριότητές σας;	Περισσότερο απ'ότι συνήθως	Το ίδιο όσο συνήθως	Λιγότερο απ'ότι συνήθως	Πολύ λιγότερο απ'ότι συνήθως
22. Σκέφτεστε πως δεν αξίζετε τίποτα;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ'ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ'ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ'ότι συνήθως
23. Έχετε αισθανθεί πως η ζωή είναι χωρίς καμιά ελπίδα;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ'ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ'ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ'ότι συνήθως
24. Έχετε αισθανθεί ότι δεν αξίζει κανείς να ζει;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ'ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ'ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ'ότι συνήθως
25. Σας έχει περάσει από το μυαλό η πιθανότητα να δώσετε τέλος στη ζωή σας;	Σίγουρα όχι	Δεν νομίζω	Πέρασε από το μυαλό μου	Σίγουρα μου έχει περάσει
26. Βρήκατε μερικές φορές ότι δεν μπορούσατε να κάνετε τίποτα;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ'ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ'ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ'ότι συνήθως
27. Έχετε πιάσει τον εαυτό σας να εύχεται να ήταν πεθαμένος/η και να είχε ξεμπερδέψει με όλα;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ'ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ'ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ'ότι συνήθως
28. Βρίσκετε πως η ιδέα να δώσετε τέλος στη ζωή σας έρχεται συνέχεια στο μυαλό σας;	Καθόλου	Δεν νομίζω	Πέρασε από το μυαλό μου	Σίγουρα ναι

DPQ (Dysfunctional Preconceptions Questionnaire)

Maria Vassiliadou and David Goldberg

Φύλο :
Ηλικία :

Έτη σπουδών :
Επάγγελμα :

Το Ερωτηματολόγιο αυτό αποτελείται από 24 προτάσεις με διλήμματα που αντιμετωπίζουμε συχνά στη ζωή. Παρακαλείσθε να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις υπογραμμίζοντας την απάντηση που ταιριάζει καλύτερα α) σε αυτό που πιστεύετε και β) σε αυτό που νοιώθετε. Δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις. Για να εκφράσετε σωστότερα τις τωρινές σας απόψεις, διαλέξτε τις απαντήσεις που ταιριάζουν με το τί πιστεύετε και τί νοιώθετε τον τελευταίο καιρό, ή έστω μόνο τις δύο τελευταίες εβδομάδες.

1. Το γεγονός ότι έχω αρκετά καλά, αλλά όχι όλα όσα θα ήθελα να έχω

Πιστεύω ότι :

Με ωφελεί

Με ωφελεί κάπως

Δεν με ωφελεί και πολύ

Δεν με ωφελεί

Νοιώθω ότι :

Με ευχαριστεί

Με ευχαριστεί κάπως

Δεν με ευχαριστεί και πολύ

Δεν με ευχαριστεί

2. Το να πιστεύω ότι μπορώ να κάνω την ημέρα που έρχεται καλύτερη από την προηγούμενη, ακόμα κι αν υπάρξουν δυσκολίες

Πιστεύω ότι :

Με ωφελεί

Με ωφελεί κάπως

Δεν με ωφελεί και πολύ

Δεν με ωφελεί

Νοιώθω ότι :

Με ευχαριστεί

Με ευχαριστεί κάπως

Δεν με ευχαριστεί και πολύ

Δεν με ευχαριστεί

3. Η απόφαση να μην διψάω για εκδίκηση, όσο και αν με πληγώνουν

Πιστεύω ότι :

Με ωφελεί

Με ωφελεί κάπως

Δεν με ωφελεί και πολύ

Δεν με ωφελεί

Νοιώθω ότι :

Με ευχαριστεί

Με ευχαριστεί κάπως

Δεν με ευχαριστεί και πολύ

Δεν με ευχαριστεί

4. Το να μην κάνω αδικίες για να κερδίζω στη ζωή, παρά το γεγονός ότι ο κόσμος εκτιμά τους νικητές

Πιστεύω ότι :

Με ωφελεί

Με ωφελεί κάπως

Δεν με ωφελεί και πολύ

Δεν με ωφελεί

Νοιώθω ότι :

Με ευχαριστεί

Με ευχαριστεί κάπως

Δεν με ευχαριστεί και πολύ

Δεν με ευχαριστεί

5. Το να πιστεύω ότι οι δυσκολίες στις σχέσεις μου με δυναμώνουν για το μέλλον, ενώ υπάρχουν στιγμές που νοιώθω κούραση

Πιστεύω ότι :

Με ωφελεί
Με ωφελεί κάπως
Δεν με ωφελεί και πολύ
Δεν με ωφελεί

Νοιώθω ότι :

Με ευχαριστεί
Με ευχαριστεί κάπως
Δεν με ευχαριστεί και πολύ
Δεν με ευχαριστεί

6. Το να προσπαθώ να χτίσω μια σχέση, που μπορεί να μην κρατήσει για πάντα

Πιστεύω ότι :

Δεν με ωφελεί
Δεν με ωφελεί και πολύ
Με ωφελεί κάπως
Με ωφελεί

Νοιώθω ότι :

Δεν με ευχαριστεί
Δεν με ευχαριστεί και πολύ
Με ευχαριστεί κάπως
Με ευχαριστεί

7. Το να προσπαθώ να γίνομαι γοητευτικός καλλιεργώντας όποια προσόντα έχω, ακόμα κι αν δεν είναι αυτά που ήθελα να έχω

Πιστεύω ότι :

Με ωφελεί
Με ωφελεί κάπως
Δεν με ωφελεί και πολύ
Δεν με ωφελεί

Νοιώθω ότι :

Με ευχαριστεί
Με ευχαριστεί κάπως
Δεν με ευχαριστεί και πολύ
Δεν με ευχαριστεί

8. Η απόφαση να βοηθώ τους ανθρώπους, ενώ αρκετοί μπορεί να φανούν αγάριστοι

Πιστεύω ότι :

Δεν με ωφελεί
Δεν με ωφελεί και πολύ
Με ωφελεί κάπως
Με ωφελεί

Νοιώθω ότι :

Δεν με ευχαριστεί
Δεν με ευχαριστεί και πολύ
Με ευχαριστεί κάπως
Με ευχαριστεί

9. Το να ελπίζω ότι θα βρίσκω πάντα τρόπους για να αντιμετωπίζω τις δυσκολίες της ζωής, άσχετα με το τι έχω καταφέρει μέχρι σήμερα

Πιστεύω ότι :

Δεν με ωφελεί
Δεν με ωφελεί και πολύ
Με ωφελεί κάπως
Με ωφελεί

Νοιώθω ότι :

Δεν με ευχαριστεί
Δεν με ευχαριστεί και πολύ
Με ευχαριστεί κάπως
Με ευχαριστεί

10. Ο αγώνας για να πετύχω τους στόχους μου, που συχνά απαιτεί αρκετό κόπο

Πιστεύω ότι :

Δεν με ωφελεί
Δεν με ωφελεί και πολύ
Με ωφελεί κάπως
Με ωφελεί

Νοιώθω ότι :

Δεν με ευχαριστεί
Δεν με ευχαριστεί και πολύ
Με ευχαριστεί κάπως
Με ευχαριστεί

11. Το να αγαπώ τους ανθρώπους, ακόμα και αν κάποιος δεν μπορούν να αγαπήσουν σωστά

Πιστεύω ότι :

Δεν με ωφελεί
Δεν με ωφελεί και πολύ
Με ωφελεί κάπως
Με ωφελεί

Νοιώθω ότι :

Δεν με ευχαριστεί
Δεν με ευχαριστεί και πολύ
Με ευχαριστεί κάπως
Με ευχαριστεί

12. Το να αγωνίζομαι για τη δικαιοσύνη, ενώ συχνά σ' αυτό τον κόσμο βασιλεύει το άδικο

Πιστεύω ότι :

Δεν με ωφελεί
Δεν με ωφελεί και πολύ
Με ωφελεί κάπως
Με ωφελεί

Νοιώθω ότι :

Δεν με ευχαριστεί
Δεν με ευχαριστεί και πολύ
Με ευχαριστεί κάπως
Με ευχαριστεί

13. Το να πιστέψω ότι ισχύει για τις σχέσεις μου το «Ουδέν κακόν αμιγές καλού», (δηλαδή ότι δεν υπάρχει κακό που να μην φέρνει κάτι καλό)

Πιστεύω ότι :

Δεν με ωφελεί
Δεν με ωφελεί και πολύ
Με ωφελεί κάπως
Με ωφελεί

Νοιώθω ότι :

Δεν με ευχαριστεί
Δεν με ευχαριστεί και πολύ
Με ευχαριστεί κάπως
Με ευχαριστεί

14. Το να ζω μια ήσυχη καθημερινότητα, χωρίς ιδιαίτερες προκλήσεις

Πιστεύω ότι :

Δεν με ωφελεί
Δεν με ωφελεί και πολύ
Με ωφελεί κάπως
Με ωφελεί

Νοιώθω ότι :

Δεν με ευχαριστεί
Δεν με ευχαριστεί και πολύ
Με ευχαριστεί κάπως
Με ευχαριστεί

15. Το να παλεύω για στόχους, που το αποτέλεσμα είναι αβέβαιο

Πιστεύω ότι :

Δεν με ωφελεί
Δεν με ωφελεί και πολύ
Με ωφελεί κάπως
Με ωφελεί

Νοιώθω ότι :

Δεν με ευχαριστεί
Δεν με ευχαριστεί και πολύ
Με ευχαριστεί κάπως
Με ευχαριστεί

16. Το να δώσω το χρόνο μου σε στόχους που δεν θα φέρουν γρήγορα αποτελέσματα

Πιστεύω ότι :

Με ωφελεί
Με ωφελεί κάπως
Δεν με ωφελεί και πολύ
Δεν με ωφελεί

Νοιώθω ότι :

Με ευχαριστεί
Με ευχαριστεί κάπως
Δεν με ευχαριστεί και πολύ
Δεν με ευχαριστεί

17. Το να πιστεύω ότι υπάρχει φως στο σκοτάδι, ακόμα και στις πιο δύσκολες συνθήκες

Πιστεύω ότι :

Δεν με ωφελεί
Δεν με ωφελεί και πολύ
Με ωφελεί κάπως
Με ωφελεί

Νοιώθω ότι :

Δεν με ευχαριστεί
Δεν με ευχαριστεί και πολύ
Με ευχαριστεί κάπως
Με ευχαριστεί

18. Η προσπάθεια να φτιάξω πράγματα για να τα χαρώ μαζί με άλλους, ενώ η ζωή μπορεί να τα φέρει έτσι ώστε να μείνω μόνος

Πιστεύω ότι :

Δεν με ωφελεί
Δεν με ωφελεί και πολύ
Με ωφελεί κάπως
Με ωφελεί

Νοιώθω ότι :

Δεν με ευχαριστεί
Δεν με ευχαριστεί και πολύ
Με ευχαριστεί κάπως
Με ευχαριστεί

19. Η απόφαση να προσπαθώ για το κοινό καλό, ενώ οι άλλοι μπορεί να μην ενδιαφερθούν, όσο θα ήθελα, για μένα

Πιστεύω ότι :

Δεν με ωφελεί
Δεν με ωφελεί και πολύ
Με ωφελεί κάπως
Με ωφελεί

Νοιώθω ότι :

Δεν με ευχαριστεί
Δεν με ευχαριστεί και πολύ
Με ευχαριστεί κάπως
Με ευχαριστεί

20. Η προσπάθεια να γυμνάζω το σώμα μου, όταν ξέρω ότι κάποτε ο χρόνος θα το φθείρει

Πιστεύω ότι :

Με ωφελεί
Με ωφελεί κάπως
Δεν με ωφελεί και πολύ
Δεν με ωφελεί

Νοιώθω ότι :

Με ευχαριστεί
Με ευχαριστεί κάπως
Δεν με ευχαριστεί και πολύ
Δεν με ευχαριστεί

21. Το να δώσω χαρά σε ανθρώπους, που μπορεί να με δυσαρεστήσουν

Πιστεύω ότι :

Με ωφελεί
Με ωφελεί κάπως
Δεν με ωφελεί και πολύ
Δεν με ωφελεί

Νοιώθω ότι :

Με ευχαριστεί
Με ευχαριστεί κάπως
Δεν με ευχαριστεί και πολύ
Δεν με ευχαριστεί

22. Το να πιστεύω στη δύναμη του καλού, ενώ πολλοί το εκμεταλλεύονται

Πιστεύω ότι :

Με ωφελεί
Με ωφελεί κάπως
Δεν με ωφελεί και πολύ
Δεν με ωφελεί

Νοιώθω ότι :

Με ευχαριστεί
Με ευχαριστεί κάπως
Δεν με ευχαριστεί και πολύ
Δεν με ευχαριστεί

23. Το να χτίζω όνειρα για ανθρώπους, που μπορεί να μην πραγματοποιηθούν

Πιστεύω ότι :

Με ωφελεί

Με ωφελεί κάπως

Δεν με ωφελεί και πολύ

Δεν με ωφελεί

Νοιώθω ότι :

Με ευχαριστεί

Με ευχαριστεί κάπως

Δεν με ευχαριστεί και πολύ

Δεν με ευχαριστεί

24. Η απόφαση να προσπαθώ για στόχους, έστω και για τη χαρά που δίνει η προσπάθεια

Πιστεύω ότι :

Με ωφελεί

Με ωφελεί κάπως

Δεν με ωφελεί και πολύ

Δεν με ωφελεί

Νοιώθω ότι :

Με ευχαριστεί

Με ευχαριστεί κάπως

Δεν με ευχαριστεί και πολύ

Δεν με ευχαριστεί

Ημερομηνία:/...../.....

ΠΟΛΥΔΙΑΣΤΑΤΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΣΤΙΑΣ ΕΛΕΓΧΟΥ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Μετάφραση – Προσαρμογή : Μ. Κοκκώση, Ε. Τριανταφύλλου

Οδηγίες : Κάθε πρόταση του ερωτηματολογίου εκφράζει μια πεποίθηση που μπορεί να έχετε για την κατάσταση της υγείας σας. Δίπλα σε κάθε πρόταση υπάρχει μια διαβαθμισμένη κλίμακα από το 1 μέχρι το 6. Ο αριθμός 1 αντιστοιχεί στην περίπτωση που διαφωνείτε σε απόλυτο βαθμό (Διαφωνώ απόλυτα) και ο αριθμός 6 στην περίπτωση που συμφωνείτε σε απόλυτο βαθμό με την πρόταση (Συμφωνώ απόλυτα).

Θα θέλαμε να βάλετε σε κύκλο τον αριθμό που αντιπροσωπεύει τον βαθμό στον οποίο συμφωνείτε ή διαφωνείτε με κάθε πρόταση. Παρακαλούμε βεβαιωθείτε ότι απαντήσατε σε κάθε πρόταση και ότι βάλατε σε κύκλο μόνο ένα αριθμό σε κάθε πρόταση. Οι απαντήσεις σας αποτελούν την εκτίμηση των προσωπικών σας πεποιθήσεων. Προφανώς, δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις.

1 = Διαφωνώ απόλυτα
2 = Διαφωνώ αρκετά
3 = Διαφωνώ λίγο

4 = Συμφωνώ λίγο
5 = Συμφωνώ αρκετά
6 = Συμφωνώ απόλυτα

	ΔΙΑΦΩΝΩ			ΣΥΜΦΩΝΩ		
	Απόλυτα	Αρκετά	Λίγο	Λίγο	Αρκετά	Απόλυτα
1. Αν η κατάσταση της υγείας μου χειροτερέψει, αυτό που καθορίζει πόσο γρήγορα θα νοιώσω καλύτερα είναι η ίδια μου η συμπεριφορά.	1	2	3	4	5	6
2. Σε ότι αφορά την υγεία μου, ό,τι είναι να γίνει θα γίνει.	1	2	3	4	5	6
3. Αν επισκέπτομαι τακτικά το γιατρό μου, οι πιθανότητες να έχω προβλήματα με την υγεία μου είναι λιγότερες.	1	2	3	4	5	6
4. Τα περισσότερα πράγματα που επηρεάζουν την υγεία μου, συμβαίνουν τυχαία.	1	2	3	4	5	6
5. Όταν η κατάσταση της υγείας μου χειροτερεύει, πρέπει να συμβουλευομαι κάποιο γιατρό.	1	2	3	4	5	6
6. Είμαι άμεσα υπεύθυνος /η για τη βελτίωση ή επιδείνωση της κατάστασης της υγείας μου.	1	2	3	4	5	6

	ΔΙΑΦΩΝΩ			ΣΥΜΦΩΝΩ		
	Απόλυτα	Αρκετά	Λίγο	Λίγο	Αρκετά	Απόλυτα
7. Οι άλλοι γύρω μου παίζουν σημαντικό ρόλο στην υγεία μου, δηλ. αν η υγεία μου βελτιώνεται, αν μένει σταθερή ή αν χειροτερεύει.	1	2	3	4	5	6
8. Ο,τιδήποτε πάει άσχημα με την υγεία μου, οφείλεται σε δικό μου λάθος.	1	2	3	4	5	6
9. Ό παράγοντας τύχη παίζει καθοριστικό ρόλο στο αν βελτιώνεται η υγεία μου.	1	2	3	4	5	6
10. Για να βελτιωθεί η κατάσταση της υγείας μου, χρειάζεται οι άλλοι να φροντίσουν, ώστε να γίνουν οι κατάλληλες ενέργειες.	1	2	3	4	5	6
11. Αν η υγεία μου παρουσιάσει βελτίωση, αυτό οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στην καλή μου τύχη.	1	2	3	4	5	6
12. Ο κυριότερος παράγοντας που επηρεάζει την κατάσταση της υγείας μου είναι το τι κάνω εγώ ο ίδιος/α.	1	2	3	4	5	6
13. Μου αξίζει επιβράβευση- έπαινος όταν η υγεία μου βελτιώνεται, ενώ όταν χειροτερεύει, το φταίξιμο είναι δικό μου.	1	2	3	4	5	6
14. Ο καλύτερος τρόπος για να αποφύγω οποιαδήποτε επιδείνωση της υγείας μου, είναι να ακολουθώ κατά γράμμα τις οδηγίες του γιατρού.	1	2	3	4	5	6
15. Αν η κατάσταση της υγείας μου χειροτερέψει, είναι ζήτημα τύχης.	1	2	3	4	5	6
16. Αν έχω την τύχη με το μέρος μου, η υγεία μου θα βελτιωθεί.	1	2	3	4	5	6
17. Αν η κατάσταση της υγείας μου πάρει άσχημη τροπή, αυτό θα οφείλεται στο ότι δεν έχω φροντίσει σωστά τον εαυτό μου.	1	2	3	4	5	6
18. Το είδος της βοήθειας που μου προσφέρουν οι άλλοι, καθορίζει το πόσο γρήγορα θα βελτιωθεί η υγεία μου.	1	2	3	4	5	6

Συγκατατίθεται για την ανώνυμη χρησιμοποίηση των στοιχείων που εμπεριέχονται στο ερωτηματολόγιο.

ΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΚΩΔΙΚΟΣ*

--	--	--	--	--

*Ο κωδικός που θα σημειώσετε συμπληρώνεται ως εξής:

1. αρχικό γράμμα του ονόματος σας,
2. Αρχικό γράμμα του πατρωνύμου και του επωνύμου σας και
3. οι δύο τελευταίοι αριθμοί της χρονολογίας γέννησής σας.

Σας παρακαλούμε να συμπληρώσετε τα παρακάτω στοιχεία. Σημειώστε την απάντηση στο τετράγωνο που βρίσκεται αριστερά από κάθε απάντηση.

Φύλο: Άνδρας Γυναίκα

Ποια είναι η ημερομηνία γέννησής σας;

...../...../.....

Ημέρα/Μήνας/Έτος

Τι εκπαίδευση έχετε;

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Τάξεις δημοτικού | <input type="checkbox"/> ΤΕΕ ή ΙΕΚ |
| <input type="checkbox"/> Δημοτικό | <input type="checkbox"/> ΤΕΙ |
| <input type="checkbox"/> Γυμνάσιο | <input type="checkbox"/> ΑΕΙ |
| <input type="checkbox"/> Λύκειο (ή Εξατάξιο Γυμνάσιο) | <input type="checkbox"/> Μεταπτυχιακές Σπουδές |

Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;

- | | |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Άγαμος-η | <input type="checkbox"/> Έγγαμος-η |
| <input type="checkbox"/> Σε διάσταση | <input type="checkbox"/> Διαζευγμένος-η |
| <input type="checkbox"/> Χήρος-α | |

Έχετε παιδιά; Ναι Όχι

Αν ναι, πόσα;

Ζείτε: Μόνος Με άλλους

Ποιο είναι το επάγγελμά σας;

Εργάζεστε:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Με πλήρη απασχόληση | <input type="checkbox"/> Οικιακά |
| <input type="checkbox"/> Με μερική απασχόληση | <input type="checkbox"/> Συνταξιούχος |
| <input type="checkbox"/> Μαθητής, σπουδαστής, φοιτητής | <input type="checkbox"/> Εκτός εργασίας |

Σε ποια περιοχή κατοικείτε;

.....

Πόσο καλή είναι η υγεία σας;

- Πολύ κακή Κακή Ούτε κακή, ούτε καλή Καλή
 Πολύ καλή

Αντιμετωπίζετε κάποιο πρόβλημα υγείας κατά το τελευταίο διάστημα;

- Ναι Όχι

Αν ναι, σημειώστε ποιο από τα ακόλουθα προβλήματα υγείας αντιμετωπίζετε.
(Μπορείτε να σημειώσετε παραπάνω από ένα)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Καρδιολογικά προβλήματα | <input type="checkbox"/> Υπέρταση |
| <input type="checkbox"/> Αρθρίτιδα ή ρευματισμοί | <input type="checkbox"/> Καρκίνος |
| <input type="checkbox"/> Εμφύσημα ή χρόνια βρογχίτιδα | <input type="checkbox"/> Διαβήτης |
| <input type="checkbox"/> Καταρράκτης | <input type="checkbox"/> Εγκεφαλικό επεισόδιο |
| <input type="checkbox"/> Κάταγμα ή ράγισμα οστού | <input type="checkbox"/> Χρόνια ψυχικά προβλήματα |
| <input type="checkbox"/> Προβλήματα στα κάτω άκρα | <input type="checkbox"/> Αιμορραγία του ορθού εντέρου |
| <input type="checkbox"/> Πάρκινσον | |
| <input type="checkbox"/> Άλλο (Παρακαλούμε περιγράψτε) | |

.....

Ποιο από τα προβλήματα που αντιμετωπίζετε στην υγεία σας θεωρείτε ότι έχει τις πιο σοβαρές επιπτώσεις στη ζωή σας; (περιγραφή του προβλήματος υγείας και των επιπτώσεων)

.....
.....
.....

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΟΔΗΓΙΕΣ

Το ερωτηματολόγιο αυτό διερευνά το πώς **εσείς αξιολογείτε την ποιότητα της ζωής σας και την κατάσταση της υγείας σας**. Το περιεχόμενό του αναφέρεται σε σημαντικές διαστάσεις της ζωής, όπως π.χ. οι προσωπικές σχέσεις, η σωματική και ψυχική υγεία, η εργασία, το περιβάλλον κτλ., οι οποίες καθορίζουν την ποιότητα ζωής του ατόμου.

Παρακαλούμε να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις. Εάν δεν είστε σίγουρος-η για την απάντησή σας σε κάποια ερώτηση, μπορείτε να **διαλέξετε εκείνη που νομίζετε ότι σας αντιπροσωπεύει καλύτερα**. Πολλές φορές, η καταλληλότερη απάντηση είναι η πρώτη που σκεφτήκατε να δώσετε.

Λαμβάνοντας υπ' όψιν τα δικά σας κριτήρια και τις δικές σας προσδοκίες στη ζωή, καθώς και ό,τι σας δίνει χαρά, αλλά και ό,τι μπορεί να σας απασχολεί, θα θέλαμε οι απαντήσεις που θα δώσετε σε κάθε ερώτηση να αναφέρονται στις **τελευταίες δύο εβδομάδες**.

Παράδειγμα ερώτησης:

	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Υπερβολικά
Έχετε από τους άλλους τη συγκεκριμένη υποστήριξη που χρειάζεστε;	1	2	3	4	5

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

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

		Πολύ κακή	Κακή	Ούτε κακή ούτε καλή	Καλή	Πολύ καλή
1	Πώς θα βαθμολογούσατε την ποιότητα της ζωής σας γενικά;	1	2	3	4	5
		Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Υπερβολικά
2	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την υγεία σας;	1	2	3	4	5

Οι επόμενες ερωτήσεις εξετάζουν σε ποιο βαθμό βιώνετε μια κατάσταση (π.χ. σωματικό πόνο). Παρακαλούμε οι απαντήσεις σας να αναφέρονται στο διάστημα των δύο τελευταίων εβδομάδων.

		Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Υπερβολικά
3	Σε ποιο βαθμό αισθάνεστε ότι τυχόν σωματικοί πόνοι σας εμποδίζουν να κάνετε τις δουλειές σας;	1	2	3	4	5
4	Σε ποιο βαθμό χρειάζεστε οποιαδήποτε ιατρική θεραπεία για να λειτουργήσετε στην καθημερινή σας ζωή; (πχ. φάρμακα, αιμοκάθαρση, κλπ.)	1	2	3	4	5
5	Πόσο πολύ απολαμβάνετε τη ζωή;	1	2	3	4	5
6	Σε ποιο βαθμό αισθάνεστε ότι η ζωή σας έχει νόημα;	1	2	3	4	5

		Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Υπερβολικά
7	Πόσο καλά μπορείτε να συγκεντρωθείτε σε κάτι που κάνετε;	1	2	3	4	5
8	Πόσο ασφαλής από κινδύνους αισθάνεστε στην καθημερινή σας ζωή;	1	2	3	4	5
9	Πόσο υγιεινό είναι το φυσικό περιβάλλον στο οποίο ζείτε;	1	2	3	4	5

Οι επόμενες ερωτήσεις εξετάζουν σε ποιο βαθμό έχετε τη δυνατότητα ή ικανότητα να βιώνετε μια κατάσταση με το συγκεκριμένο τρόπο που περιγράφεται στην ερώτηση (π.χ. αν έχετε τη δυνατότητα ή ικανότητα να βρείτε πληροφορίες σε ένα θέμα που σας ενδιαφέρει, όπως οι διακοπές, η εκπαίδευση, η υγεία, η εργασία κ.α.). Οι απαντήσεις σας χρειάζεται να αναφέρονται στις δύο τελευταίες εβδομάδες.

		Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Υπερβολικά
10	Σε ποιο βαθμό έχετε την απαιτούμενη ενεργητικότητα για τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής;	1	2	3	4	5
11	Σε ποιο βαθμό αποδέχεστε τη σωματική σας εικόνα και την εμφάνισή σας γενικότερα;	1	2	3	4	5
12	Σε ποιο βαθμό έχετε τα απαιτούμενα χρήματα για να καλύπτετε τις ανάγκες σας;	1	2	3	4	5
13	Πόσο εύκολα μπορείτε να βρείτε πληροφορίες τις οποίες χρειάζεστε στην καθημερινή σας ζωή;	1	2	3	4	5

		Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Υπερβολικά
14	Σε ποιο βαθμό έχετε ελεύθερο χρόνο για ψυχαγωγία;	1	2	3	4	5
15	Πόσο καλά μπορείτε να κυκλοφορείτε και να κινείστε μέσα και έξω από το σπίτι;	1	2	3	4	5

Οι επόμενες ερωτήσεις εξετάζουν πόσο **ικανοποιημένος/η** νιώθετε με **διάφορες πλευρές της ζωής σας** τις δύο τελευταίες εβδομάδες.

		Πολύ δυσαρεστημένος/η	Δυσανεστημένος/η	Ούτε δυσαρεστημένος/η ούτε ικανοποιημένος/η	Ικανοποιημένος/η	Πολύ ικανοποιημένος/η
16	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τον ύπνο σας;	1	2	3	4	5
17	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την ικανότητά σας να τα βγάζετε πέρα με τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής;	1	2	3	4	5
18	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την ικανότητά σας για εργασία;	1	2	3	4	5
19	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τον εαυτό σας;	1	2	3	4	5
20	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τις προσωπικές σας σχέσεις;	1	2	3	4	5

		Πολύ δυσ- ρεστημένος/ η	Δυσारे- στημένος/ η	Ούτε δυσारेστη- μένος/η ούτε ικανοποιη- μένος/η	Ίκανοποι- ημένος/η	Πολύ ικανο- ποιημένος/η
21	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την σεξουαλική σας ζωή;	1	2	3	4	5
22	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την υποστήριξη που έχετε από τους φίλους σας;	1	2	3	4	5
23	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τις συνθήκες που επικρατούν στον τόπο που κατοικείτε;	1	2	3	4	5
24	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την πρόσβαση που έχετε σε διάφορες υπηρεσίες υγείας;	1	2	3	4	5
25	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τα μεταφορικά μέσα που χρησιμοποιείτε;	1	2	3	4	5

Η επόμενη ερώτηση εξετάζει πόσο συχνά νιώθετε ορισμένα συναισθήματα τις δύο τελευταίες εβδομάδες.

		Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Συνεχώς
26	Πόσο συχνά έχετε αρνητικά συναισθήματα, όπως μελαγχολική διάθεση, απελπισία, άγχος, κατάθλιψη;	1	2	3	4	5

Οι επόμενες ερωτήσεις εξετάζουν πόσο ικανοποιημένος/η νιώθετε με συγκεκριμένες πλευρές της ζωής σας όπως η διατροφή, η συναισθηματική ατμόσφαιρα στο σπίτι, κ.α. κατά τη διάρκεια των δύο τελευταίων εβδομάδων.

		Πολύ κακή	Κακή	Ούτε κακή ούτε καλή	Καλή	Πολύ καλή
N1	Πόσο καλή και πόσο πολύ καλύπτει τις ανάγκες σας η διατροφή σας;	1	2	3	4	5

		Πολύ δυσα- ρεστημένος/ η	Δυσारे- στημένος/η	Ούτε δυσारेστη- μένος/η ούτε ικανοποιη- μένος/η	Ικανοποι- ημένος/η	Πολύ ικανο- ποιημένος/η
N2	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τους κοινωνικούς ρόλους που έχετε αναλάβει και τις κοινωνικές δραστηριότητες που έχετε αναπτύξει;	1	2	3	4	5
N3	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την συναισθηματική ατμόσφαιρα που επικρατεί στο σπίτι σας;	1	2	3	4	5
N4	Σε ποιο βαθμό αισθάνεστε ικανοποιημένος/η με την εργασία ή την απασχόληση που έχετε; (κατά πόσο ανταποκρίνεται στις ανάγκες και στις προσδοκίες σας)	1	2	3	4	5

Σας ευχαριστούμε για τη συνεργασία σας.

Πληροφορίες για το ερωτηματολόγιο: Πρόγραμμα Ποιότητας Ζωής-Αιγινήτειο Νοσοκομείο, 210-7289121, margkok@med.uoa.gr /Copy rights: M. Ginieri-Coccosis et al 2008.

Η Υγεία σας - και - η Κατάστασή σας

Kidney Disease and Quality of Life (KDQOL-SF™)

Αυτή η έρευνα σας ρωτά για τις απόψεις σας για την υγεία σας. Αυτές οι πληροφορίες θα μας βοηθήσουν να δούμε πώς αισθάνεστε και πόσο καλά είστε ικανοί να κάνετε τις συνηθισμένες σας δραστηριότητες.



Σας παρακαλούμε ν'απαντήσετε σ'αυτές τις ερωτήσεις!

Kidney Disease and Quality of Life™ Short Form (KDQOL-SF™)
Greek Version 1.2
Copyright © 1993, 1994, 1995 by RAND and the University of Arizona.

SF-36 Health Survey
Copyright © 1992 Medical Outcomes Trust. All rights reserved.
(SF-36 Greek Version 1.0)

Η εισαγωγική δήλωση στο εξώφυλλο έχει αντιγραφεί με άδεια από την SF-36 Health Survey [Ερωτηματολόγιο Υγείας].
Πνευματικά δικαιώματα 1992 από την Medical Outcomes Trust.

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 τραπέζιού, 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 ή 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 . . .

Συνεχώς	Το μεγαλύτερο διάστημα	Σημαντικό διάστημα	Μερικές φορές	Μικρό διάστημα	Καθόλου
▼	▼	▼	▼	▼	▼

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

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

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	Ικανοποι ητικό	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 προδιάθεσης στην ψυχική ανθεκτικότητα (Dispositional Resilience Scale-DRS-15 Scale).

Παρακάτω υπάρχουν προτάσεις σχετικά με απόψεις για τη ζωή, για τις οποίες οι άνθρωποι συχνά αισθάνονται διαφορετικά. Σας παρακαλώ να σημειώσετε με ένα Χ στο αντίστοιχο τετραγωνάκι σε ποιο βαθμό κάθε μία αληθεύει για εσάς.

Δώστε με ειλικρίνεια τη γνώμη σας. Δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις.

Οι επιλογές που έχετε είναι:

0. Δεν αληθεύει καθόλου 1. Αληθεύει λίγο 2. Αληθεύει αρκετά 3. Αληθεύει απόλυτα

		Δεν αληθεύει καθόλου	Αληθεύει λίγο	Αληθεύει αρκετά	Αληθεύει απόλυτα
1	Το μεγαλύτερο μέρος της ζωής μου περνάει κάνοντας σημαντικά πράγματα	0	1	2	3
2	Εάν κανείς δουλεύει σκληρά μπορεί να πετύχει σχεδόν πάντα όλους τους στόχους του	0	1	2	3
3	Δεν μου αρέσει να κάνω αλλαγές στις συνηθισμένες μου δραστηριότητες	0	1	2	3
4	Αισθάνομαι ότι η ζωή μου είναι λιγάκι χωρίς νόημα	0	1	2	3
5	Αλλαγές στη ρουτίνα έχουν για μένα ενδιαφέρον	0	1	2	3
6	Το πώς πάνε τα πράγματα στη ζωή μου εξαρτάται από τις δικές μου πράξεις	0	1	2	3
7	Περιμένο πραγματικά με χαρά να ασχοληθώ με τις επαγγελματικές μου δραστηριότητες	0	1	2	3
8	Δεν νομίζω ότι μπορώ να κάνω πολλά για να επηρεάσω το μέλλον μου	0	1	2	3
9	Το απολαμβάνω και το θεωρώ πρόκληση όταν έχω να κάνω περισσότερα πράγματα την ίδια στιγμή	0	1	2	3

		Δεν αληθεύει καθόλου	Αληθεύει λίγο	Αληθεύει αρκετά	Αληθεύει απόλυτα
10	Τις περισσότερες ημέρες η ζωή είναι για μένα πραγματικά ενδιαφέρουσα και συναρπαστική	0	1	2	3
11	Με ενοχλεί όταν διακόπτεται η καθημερινή μου ρουτίνα	0	1	2	3
12	Από μένα εξαρτάται να αποφασίσω πώς θα είναι η υπόλοιπη ζωή μου	0	1	2	3
13	Η ζωή γενικά είναι για μένα βαρετή	0	1	2	3
14	Μου αρέσει να έχω ένα καθημερινό πρόγραμμα που δεν αλλάζει πολύ	0	1	2	3
15	Οι επιλογές μου επηρεάζουν αποφασιστικά το πώς θα εξελιχθούν τα πράγματα στο τέλος	0	1	2	3

Copyright © by Paul T. Bartone, 2009; all rights reserved

Μεταφρασμένο με άδεια

Μετάφραση και προσαρμογή στην ελληνική γλώσσα:

Αντωνοπούλου Ζ., Κοκκώση Μ., Τυπάλδου Μ.

Α΄ Ψυχιατρική Κλινική του ΕΚΠΑ, Εργαστήριο Ψυχομετρίας



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
1^η Υ. Π. Ε. ΑΤΤΙΚΗΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
«ΛΑΪΚΟ»

ΤΜΗΜΑ: ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ
Επιτροπή Ασφαλείας των Πληροφοριακών Συστημάτων

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ: ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ ΕΙΡΗΝΗ
ΤΗΛΕΦΩΝΑ: 2132061678

Αθην
Αρ. Π
Γ.Ν.Α. "ΛΑΪΚΟ"
ΑΡ.Π.Ρ. 6592
27/06/2016 ΕΞ

✓ ΠΡΟΣ: κ. Παναγιωτοπούλου Γεωργία
Δρυοπίδος 4
, Αγία Παρασκευή
τηλ 6932366500

ΘΕΜΑ : «Απάντηση στο με αρ. πρωτ. 6592 / 20.05.16 ΕΙΣ αίτημά σας, σχετικό με διανομή ερωτηματολογίων εντός του χώρου του Νοσοκομείου»

Αγαπητή Κυρία

Στα πλαίσια της διασφάλισης των Ευαίσθητων και Προσωπικών Δεδομένων, το Νοσοκομείο μας έχει λάβει άδεια από την ΑΠΔΠΧ, σύμφωνα με την οποία είναι αρμόδιο για τις σχετικές αποφάσεις διακίνησης ή μη αυτών των στοιχείων – δεδομένων.

Παράλληλα, το Επιστημονικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου μας έλαβε γνώση του αιτήματός σας και έχει εισηγηθεί θετικά σύμφωνα με το αρ. πρωτ. Ε.Σ. 687 / 09.06.16 έγγραφό του.

Δεδομένου επιπλέον ότι, η συμπλήρωση ερωτηματολογίου είναι απόλυτο προσωπικό δικαίωμα του ερωτώμενου το οποίο αποδεικνύεται με την υπογραφή του εντύπου συναίνεσης, σας ενημερώνουμε ότι έχετε την συγκατάθεση του φορέα μας, με τον όρο ότι οι όποιες διεργασίες θα διασφαλίζουν την ανωνυμία τόσο των φυσικών προσώπων όσο και των Νοσηλευτικών Οργανισμών, οι οποίοι θα λάβουν μέρος στην έρευνά σας.

Στη διάθεσή σας για κάθε διευκρίνιση.

Κοινοποίηση:

Δ/ντης Ιατρικής Υπηρεσίας
Υποδιεύθυνση Διοικητικής Υπηρεσίας
Επιστημονικό Συμβούλιο

Η Δ/ντρια Διοικητικού
α/α Καβαδία Σπυριδούλα

Ακριβές Αντίγραφο
Η Προϊσταμένη της Γραμματείας

Κονιαβίτη Φωτεινή