

ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ  
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»



ΑΝΟΙΚΤΟ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΚΥΠΡΟΥ

## ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

**«Εκτίμηση της ποιότητας ζωής σε ασθενείς με χρόνια νόσο.  
Η περίπτωση ασθενών με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια τελικού  
σταδίου που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση»**

ΓΚΡΙΛΛΑ ΕΛΕΝΗ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

ΜΗΤΡΟΠΟΥΛΟΣ ΙΩΑΝΝΗΣ

ΛΕΥΚΩΣΙΑ ΙΟΥΛΙΟΣ 2012



**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ  
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

**ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ**

**«Εκτίμηση της ποιότητας ζωής σε ασθενείς με χρόνια νόσο.  
Η περίπτωση ασθενών με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια τελικού  
σταδίου που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση»**

ΓΚΡΙΛΛΑ ΕΛΕΝΗ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

ΜΗΤΡΟΠΟΥΛΟΣ ΙΩΑΝΝΗΣ

ΛΕΥΚΩΣΙΑ ΙΟΥΛΙΟΣ 2012

## Περιεχόμενα

<b>1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....</b>	<b>14</b>
<b>2.ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟΣ-ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ.....</b>	<b>18</b>
2.1.Ορισμός .....	18
2.2.Σταδιοποίηση της χρόνιας νεφρικής νόσου .....	19
2.3.Αιτίες εμφάνισης Χρόνιας Νεφρικής Ανεπάρκειας.....	19
2.4.Κλινική εικόνα ασθενών με Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια.....	20
2.5.Θεραπευτική αντιμετώπιση της νόσου.....	20
2.5.1.Στατιστικά δεδομένα των μεθόδων θεραπευτικής υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας στην Ελλάδα.....	21
2.5.2.Αιμοκάθαρση.....	22
2.5.2.1.Κόστος της αιμοκάθαρσης.....	23
2.6. Περιτοναϊκή κάθαρση .....	24
2.7.Μεταμόσχευση.....	24
<b>3.ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ.....</b>	<b>25</b>
3.1.Ορισμός της Υγείας.....	25
3.2.Ορισμός της ποιότητας ζωής . .....	26
3.2.1.Διαστάσεις της ποιότητας ζωής .....	27
3.2.2.Παράγοντες που καθορίζουν και επηρεάζουν την ποιότητα ζωής.....	27
3.3.Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής .....	28
3.4.Συστήματα μέτρησης της Σχετιζόμενης με την Υγεία Ποιότητα Ζωής. ....	29
3.4.1.Ανασκόπηση γενικών εργαλείων μέτρησης της Ποιότητας Ζωής.....	30
3.4.2.Εργαλεία συγκεκριμένων ασθενειών- Εργαλεία εξειδικευμένα στη νεφροπάθεια.	
33	
<b>4.ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΕ ΕΞΩΝΕΦΡΙΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ.....</b>	<b>34</b>
4.1.Ψυχολογικά και κοινωνικοοικονομικά προβλήματα αιμοκαθαιρόμενων ασθενών.....	36

4.2. Η ποιότητα ζωής ως προγνωστικός παράγοντας νοσηρότητας και θνητότητας ..38	
<b>5.ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....</b>	<b>44</b>
5.1.Σκοπός της έρευνας- Βασικά ερευνητικά ερωτήματα.....	44
5.2.Υλικό και μέθοδος.....	45
5.2.1.Πληθυσμός και δείγμα της έρευνας.....	45
5.2.2.Περιγραφή ερευνητικού εργαλείου.....	46
5.2.3.Συλλογή δεδομένων ερωτηματολογίων.....	52
5.3.Στατιστική Ανάλυση.....	53
5.4.Περιορισμοί της έρευνας.....	54
<b>6.ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....</b>	<b>55</b>
6.1. Χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων αιμοκαθαιρόμενων ασθενών.....	55
6.1.1. Κοινωνικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων.....	55
6.1.2. Κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών.....	57
6.2. Η ποιότητα ζωής των ασθενών με ΤΣΧΝΑ.....	57
6.2.1.Η Ποιότητα Ζωής των ασθενών σύμφωνα με το ερευνητικό εργαλείο EQ-5D. 58	
6.2.2. Η Ποιότητα ζωής των ασθενών σύμφωνα με το ψυχομετρικό εργαλείο KDQOL-SF.....	59
6.2.2.1.Συνοπτική παρουσίαση της ΠΖ των ασθενών με την κλίμακα KDQOL-SF.....	68
6.3.Παράγοντες που επηρεάζουν την ΠΖ των ασθενών.....	69
6.3.1.Σχέση φύλου των ασθενών με την ΠΖ τους .....	70
6.3.2.Σχέση ηλικίας των ασθενών με την ΠΖ τους.....	70
6.3.3.Σχέση επιπέδου σπουδών των ασθενών με την ΠΖ τους.....	71
6.3.4.Σχέση οικογενειακής κατάστασης των ασθενών με την ΠΖ τους.....	72
6.3.5.Σχέση επαγγελματικής κατάστασης των ασθενών με την ΠΖ .....	73
6.3.6.Σχέση χρονικού διαστήματος που οι ασθενείς βρίσκονται σε αιμοκάθαρση και της ΠΖ τους.....	74
<b>7.ΣΥΖΗΤΗΣΗ .....</b>	<b>76</b>
<b>8.ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ- ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....</b>	<b>80</b>

<b>9.ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....</b>	<b>82</b>
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....</b>	<b>90</b>

## **ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ**

Γράφημα 5.1:Μονάδες Υγείας στις οποίες συμπληρώθηκαν τα ερωτηματολόγια.....	46
Γράφημα 6.1:Σύννοψη των διαστάσεων της ΠΖ των ασθενών με το ψυχομετρικό εργαλείο: KDQOL-SF.....	67
Γράφημα 6.2: Σύγκριση του δείγματος της έρευνας στις κλίμακες SF-36 με τον Ελληνικό γενικό πληθυσμό.....	89

## **ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΠΙΝΑΚΩΝ**

Πίνακας 5.1:Ερωτήσεις και κλίμακες μέτρησης του KDQOL-SF.....	48
Πίνακας 5.2: Κωδικοποίηση που χρησιμοποιήθηκε στην ανάλυση.....	50
Πίνακας 6.1:Κοινωνικά και Δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων.....	55
Πίνακας 6.2: Κλινικά Χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων .....	56
Πίνακας 6.3:Ερευνητικό Εργαλείο EQ-5D: Διαστάσεις της ΠΖ των ασθενών.....	58
Πίνακας 6.4: Κλίμακες του KDQOL- SF: Σωματική Λειτουργικότητα.....	89
Πίνακας 6.5: Κλίμακες του KDQOL-SF: Σωματικός Ρόλος .....	89
Πίνακας 6.6: Κλίμακες του KDQOL-SF: Σωματικός Πόνος.....	91
Πίνακας 6.7: Κλίμακες του KDQOL-SF: Γενική Υγεία .....	91
Πίνακας 6.8: Κλίμακες του KDQOL-SF: Ζωτικότητα .....	93
Πίνακας 6.9: Κλίμακες του KDQOL-SF: Κοινωνική λειτουργικότητα.....	94
Πίνακας 6.10: Κλίμακες του KDQOL-SF: Συναισθηματικός Ρόλος .....	94
Πίνακας 6.11: Κλίμακες του KDQOL-SF: Ψυχική Υγεία .....	95
Πίνακας 6.12: Κλίμακες του KDQOL-SF: Συμπτώματα Ασθένειας .....	96
Πίνακας 6.13: Κλίμακες του KDQOL-SF: Επιδράσεις Ασθένειας .....	98
Πίνακας 6.14: Κλίμακες του KDQOL-SF: Φόρτος Ασθένειας .....	99
Πίνακας 6.15 :Κλίμακες του KDQOL-SF: Εργασία .....	100
Πίνακας 6.16:Κλίμακες του KDQOL-SF: Γνωστική Λειτουργικότητα .....	101
Πίνακας 6.17:Κλίμακες του KDQOL-SF: Κοινωνική Αλληλεπίδραση .....	101
Πίνακας 6.18:Κλίμακες του KDQOL-SF: Σεξουαλική Λειτουργικότητα.....	102

Πίνακας 6.19: Κλίμακες του KDQOL-SF: Ποιότητα Ύπνου.....	103
Πίνακας 6.20:Κλίμακες του KDQOL-SF: Κοινωνική Υποστήριξη.....	104
Πίνακας 6.21:κλίμακες του KDQOL-SF: Ενθάρρυνση προσωπικού .....	104
Πίνακας 6.22: Κλίμακες του KDQOLSF: Ικανοποίηση Ασθενών .....	105
Πίνακας 6.23:Μέσες τιμές, τυπικές αποκλίσεις, έκταση και ποσοστά ελάχιστης και μέγιστης βαθμολογίας τιμών για κάθε κλίμακα του KDQOL-SF για τους 201 ασθενείς με ΤΣΧΝΑ.....	105
Πίνακας 6.24:Σύγκριση του δείγματος της έρευνας στις κλίμακες SF-36 με τον Ελληνικό γενικό πληθυσμό.....	107
Πίνακας 6.25: Συσχέτιση της ηλικίας με τις κλίμακες της ΠΖ των ασθενών.....	70
Πίνακας 6.26:Συσχέτιση χρονικού διαστήματος παραμονής σε αιμοκάθαρση με τις κλίμακες της ΠΖ .....	74



## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Ολοκληρώνοντας αυτή την προσπάθεια, θα ήθελα να εκφράσω την ευγνωμοσύνη μου στον επιβλέποντα καθηγητή αυτής της διατριβής, κ. Ι. Μητρόπουλο για την συνεχή και πολύτιμη καθοδήγησή του. Επίσης, ευχαριστώ το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό όλων των μονάδων αιμοκάθαρσης που επισκέφτηκα για την άψογη συνεργασία και την πολύτιμη βοήθεια τους.

Θερμές ευχαριστίες θα ήθελα να εκφράσω στους ίδιους τους νεφροπαθείς, οι οποίοι παρόλη την επιφόρτιση που δέχονται κατά την διάρκεια της συνεδρίας αιμοκάθαρσης δέχτηκαν να συμμετάσχουν στην έρευνα αυτή.

Τέλος, ένα μεγάλο ευχαριστώ είναι η μικρότερη ανταπόδοση που μπορώ να δώσω στην οικογένεια και στους φίλους μου, που είναι συνεχώς δίπλα μου και με στηρίζουν. Σαν μια ελάχιστη αναγνώριση της συμβολής τους σε αυτή την προσπάθεια μου, αφιερώνω την παρούσα διατριβή στα παιδιά μου και στο σύζυγο μου, οι οποίοι με στήριζαν να προχωρήσω σε δύσκολες στιγμές για την επίτευξη αυτού του στόχου.

Στο Γιάννη, στη Γεωργία και στον Παναγιώτη.

## ΣΥΝΤΜΗΣΕΙΣ

EQ-5D:	Euroqol 5 Dimensions
GFR:	Ρυθμός Σπειραματική Διήθηση
WHO:	World Health Organization
KDQOL-SF:	Kidney Disease Quality Of Life- Short Form
ΓΛ:	Γνωστική Λειτουργικότητα
ΓΥ:	Γενική Υγεία
ΕΑ:	Επιδράσεις Ασθένειας
ΕΠ:	Ενθάρρυνση από το προσωπικό
ΕΡΓ:	Εργασία
ΖΤ:	Ζωτικότητα
ΘΥΝΛ:	Θεραπεία Υποκατάστασης Νεφρικής Λειτουργίας
ΙΑ:	Ικανοποίηση Ασθενών
ΙΚΑ:	Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων
ΚΑ:	Κοινωνική Αλληλεπίδραση
ΚΛ:	Κοινωνική λειτουργικότητα
ΚΥ:	Κοινωνική Υποστήριξη
μ.τ.:	Μέση τιμή (mean)
ΠΖ:	Ποιότητα Ζωής
ΠΟΥ:	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
ΠΥ:	Ποιότητα Ύπνου
ΣΑ:	Συμπτώματα Ασθένειας
ΣΛ:	Σωματική Λειτουργικότητα
ΣΞΛ:	Σεξουαλική Λειτουργικότητα

ΣΠ:	Σωματικός Πόνος
ΣΡ:	Σωματικός Ρόλος
ΣΥΡ:	Συναισθηματικός Ρόλος
ΣΥ:	Σωματική Υγεία
ΣΥΠΖ:	Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής
τ.α.:	Τυπική απόκλιση (Standard Deviation)
ΤΣΧΝΑ:	Τελικού Σταδίου Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια
ΥΣΕ:	Υπηρεσία Συντονισμού και Ελέγχου του προγράμματος ΤΣΧΝΑ
ΦΑ:	Φόρτος Ασθένειας
ΧΝΑ:	Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια
ΧΝΝ:	Χρόνια Νεφρική Νόσος
ΨΥ:	Ψυχική Υγεία

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η αποτύπωση της ποιότητας ζωής των ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση στο νομό Αχαΐας και η διερεύνηση της συσχέτισής της με κοινωνικο-δημογραφικούς και κλινικούς παράγοντες, όπως η ηλικία, το φύλο, το εκπαιδευτικό επίπεδο, η οικογενειακή και επαγγελματική κατάσταση και το χρονικό διάστημα παραμονής στην αιμοκάθαρση.

**Υλικό-Μέθοδος:** Στην ερευνητική αυτή εργασία συμμετείχαν 201 ασθενείς με Τελικού Σταδίου Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια, οι οποίοι ήταν ενταγμένοι σε πρόγραμμα αιμοκάθαρσης. Οι ασθενείς υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση στο Γενικό Νοσοκομείο Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας», στο Περιφερειακό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ρίου, στην ιδιωτική μονάδα τεχνητού νεφρού «Κυανούς Σταυρός» και στην επίσης, ιδιωτική μονάδα αιμοκάθαρσης «Φιλοξένια» κατά το χρονικό διάστημα Ιανουαρίου- Απριλίου του 2012. Ως εργαλείο μέτρησης της ποιότητας ζωής των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών χρησιμοποιήθηκε ένα ερωτηματολόγιο το οποίο χωριζόταν σε τρία μέρη. Αυτό περιείχε: α) ερωτήσεις κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών των ασθενών, β) το γενικού τύπου ερευνητικό εργαλείο EQ-5D και β) το εξειδικευμένο για τη νεφροπάθεια KDQOL-SF. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε ως επί το πλείστον, μέσω δομημένης συνέντευξης κατά τη διάρκεια της αιμοκάθαρσης.

**Αποτελέσματα:** Από τις κλίμακες της ποιότητας ζωής που μετρήθηκαν με το εξειδικευμένο ερευνητικό εργαλείο KDQOL-SF, χαμηλότερες τιμές καταγράφηκαν στην εργασία, τη σεξουαλική λειτουργία, το φόρτο και τις επιδράσεις της ασθένειας. Ακολουθούν η γενική υγεία, η ζωτικότητα, η ψυχική υγεία και η σωματική λειτουργικότητα. Από τις απαντήσεις στο EQ-5D, βρέθηκε ότι τα περισσότερα προβλήματα των ασθενών, σχετίζονται με την κινητικότητα, την ικανότητα για εκτέλεση των καθημερινών δραστηριοτήτων τους και την ύπαρξη άγχους. Επιπλέον, η ποιότητα ζωής των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών σχετίζεται με κοινωνικο-δημογραφικούς και κλινικούς παράγοντες. Συγκεκριμένες μεταβλητές, όπως το φύλο, η ηλικία, η εκπαίδευση, η οικογενειακή και επαγγελματική κατάσταση και το χρονικό διάστημα παραμονής στην αιμοκάθαρση μπορούν να επηρεάσουν είτε θετικά είτε αρνητικά την ποιότητα ζωής των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών.

**Συμπεράσματα:** Το εξειδικευμένο για τη νεφροπάθεια ερευνητικό εργαλείο KDQOL-SF, προσδιόρισε τόσο σωματικά και κινητικά προβλήματα στους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς, όσο και προβλήματα που αφορούν την ψυχική υγεία τους που προέρχονται τόσο από τη νόσο όσο και από την αιμοκάθαρση. Παρόμοια ευρήματα διαπιστώθηκαν και από την υποκειμενική μέτρηση της σωματικής και της ψυχικής υγείας με το εργαλείο EQ-5D.

## **ABSTRACT**

**Aim:** The aim of this work was to capture the quality of life of patients undergoing haemodialysis in the Prefecture of Achaia and the investigation of relation with social-demographic and clinical factors, such as age, sex, educational level, family and professional status and period of stay on dialysis.

**Material-method:** The sample of the survey included patients with End Stage Chronic renal disease who were under dialysis program at General Hospital of Patras "Saint Andrews", at University Hospital of Rio, in a private unit of artificial kidney ' Blue Cross ' and also private unit Philoxenia, between January-April 2012. As instrument for measuring the quality of life of hemodialysed patients we used a questionnaire which was divided into three parts. This included: a) questions about the socio-demographic and clinical characteristics of patients, b) the generic instrument EQ-5D and c) the instrument KDQOL-SF. Patients answered with locally structured interview during dialysis.

**Results:** From the scales of quality of life instrument KDQOL-SF, lower prices were recorded at work, sexual functioning, the workload and the effects of the disease. After them, was the general health, the vitality, the mental health and the physical functionality. From the replies to the EQ-5D, it appeared that most problems of patients, were associated with mobility, the ability to perform daily activities, and the existence of stress. Moreover, the quality of life of hemodialysed patients appeared to relate to socio-demographic and clinical factors. Specific variables, such as gender, age, education, family and professional status and period of stay on dialysis can affect either positively or negatively the quality of life of these patients.

**Conclusions:** The KDQOL-SF, identified physically and mobility problems in hemodialysed patients and problems related to mental health arising both from disease and dialysis. Similar findings were noted and with the subjective measurement of physical and mental health with instrument EQ-5D.

## 1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα επιτεύγματα της ιατρικής και της τεχνολογίας καθώς και η βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης και υγιεινής επέφεραν αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης και αλλαγή του επιδημιολογικού προτύπου της κοινωνίας. Τα λοιμώδη νοσήματα που αποτελούσαν τη μάστιγα του παρελθόντος αντικαταστάθηκαν από τα νοσήματα της φθοράς και τις χρόνιες ασθένειες.

Η έλευση μιας χρόνιας ασθένειας επιφέρει αποσταθεροποίηση όχι μόνο των βασικών λειτουργιών του οργανισμού του πάσχοντα, αλλά και αποσταθεροποίηση στη συναισθηματική, κοινωνική και οικονομική ζωή του (Παπαδάκης, 2010). Οι χρόνιοι πάσχοντες έρχονται αντιμέτωποι με μακροχρόνιες θεραπείες, με συχνές νοσηλείες και με μεγάλους περιορισμούς σε αρκετούς τομείς της ζωής τους, αλλά και με προκλήσεις πολλές φορές με αβέβαιο μέλλον, όπως της διατήρησης της ολότητας του εαυτού, του αυτοελέγχου και της συναισθηματικής ισορροπίας. Οι διαγνωστικές δυσκολίες, οι μέθοδοι θεραπείας, η εξάρτηση, το κοινωνικό στίγμα και οι αλλαγές που επέρχονται κατά τις διάφορες φάσεις της ασθένειας, κοινά προβλήματα για τους χρόνιους πάσχοντες, παρουσιάζεται να έχουν αρνητική επίδραση στην ποιότητα ζωής τους (Μηνασίδου, Λεμονίδου, 2005). Έτσι, τα τελευταία χρόνια κύρια επιδίωξη της ιατρικής κοινότητας είναι η εξασφάλιση ενός ικανοποιητικού επιπέδου ζωής για τους χρόνιους πάσχοντες ασθενείς (Αποστόλου, 2005).

Η έννοια της «ποιότητας ζωής» έχει προσελκύσει το ενδιαφέρον ερευνητών από διάφορους κλάδους επιστημών καθώς και από το χώρο της υγείας, οι οποίοι αναπτύσσουν τεχνικές για την αξιολόγησή της, στηριζόμενοι κυρίως στην αποτίμηση της φυσικής, της ψυχολογικής και της κοινωνικής διάστασης της υγείας. Η μέτρησή της χρησιμοποιείται όλο και συχνότερα ως δείκτης αξιολόγησης των θεραπευτικών παρεμβάσεων και στρατηγικών που έχουν ως στόχο τη βελτίωση της υγείας. Για την αποτίμησή της χρησιμοποιούνται διάφορα ψυχομετρικά εργαλεία, κυρίως ερωτηματολόγια, τα οποία την εξετάζουν σφαιρικά, αξιολογώντας διάφορες πλευρές ή διαστάσεις του ατόμου, όπως η λειτουργικότητα στον κοινωνικό, οικογενειακό, σεξουαλικό και εργασιακό τομέα και η ψυχολογική ευεξία.

Στην κατηγορία των χρόνιων νοσημάτων εντάσσεται και η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, η οποία είναι μια νοσολογική οντότητα προοδευτικά επιδεινούμενη και απειλητική για τη ζωή του πάσχοντα. Στο τελικό στάδιο της νόσου εξαιτίας της αδυναμίας των νεφρών να απομακρύνουν τα τοξικά προϊόντα του μεταβολισμού, οι ασθενείς προκειμένου να διατηρηθούν στη ζωή, αναγκάζονται να υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση σε εξειδικευμένες μονάδες σε πολύ τακτά χρονικά διαστήματα ή σε περιτοναϊκή κάθαρση.

Η μεταμόσχευση νεφρού αποτελεί την καλύτερη μορφή θεραπείας, η οποία δυστυχώς στη χώρα μας, λόγω οργανωτικής δυσλειτουργίας, ελλιπής ενημέρωσης των πολιτών και ανεπάρκειας του μεταμοσχευτικού συστήματος δεν είναι ευρέως διαδεδομένη.

Η επίπτωση και ο επιπολασμός της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας αυξάνεται συνεχώς τόσο σε εθνικό όσο και σε διεθνή επίπεδο. Σύμφωνα με πρόσφατα στοιχεία της Υπηρεσίας Συντονισμού και Ελέγχου προγράμματος Τελικού Σταδίου Χρόνιας Νεφρικής Ανεπάρκειας (Ιωαννίδης, Παπαδάκη και συν., 2010), το 2008 υπήρχαν 8471 ασθενείς που υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση, 764 ασθενείς σε περιτοναϊκή κάθαρση και 2395 μεταμοσχευμένοι ασθενείς. Επιπρόσθετα, παρατηρείται σύμφωνα με την ίδια πηγή, μια συνεχή αύξηση της δεξαμενής των νεφροπαθών που χρειάζονται υποκατάσταση της νεφρικής τους λειτουργίας.

Υπό το παραπάνω πρίσμα γίνεται κατανοητό ότι η εκτίμηση της ποιότητας ζωής των ασθενών με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση προσφέρεται σαν άριστο αντικείμενο μελέτης αφού μπορεί από επιστημονικής άποψης να εμπλουτίσει με νεώτερα δεδομένα τις παραμέτρους που αφορούν την ατομική, κοινωνική και ψυχολογική ζωή ενός σημαντικού ποσοστού ασθενών. Από πρακτικής πλευράς, η μελέτη αυτή θα συμβάλλει στην αναγνώριση των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς στους διάφορους τομείς της ζωής τους, συμπεριλαμβάνοντας και το ρόλο στην οικογένεια, την απόδοση στην εργασία, τη συμμετοχή στις κοινωνικές δραστηριότητες αλλά και άλλες διαστάσεις της ποιότητας ζωής. Τα ευρήματά της μελέτης θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν για την επιλογή της καταλληλότερης διαχείρισης του ασθενή με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου καθώς και για τη βελτίωση των υπηρεσιών παροχής φροντίδας υγείας.

Ειδικότερα, η ερευνητική αυτή εργασία αποσκοπεί να αποτυπώσει την ποιότητα ζωής των ασθενών με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση στο νομό Αχαΐας. Συγκεκριμένα, επιχειρήθηκε η διερεύνηση των κοινωνικών, δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών των ασθενών αυτών και εκτιμήθηκαν οι διαταραχές που προκαλούνται σε σωματικό, κοινωνικό και ψυχολογικό επίπεδο. Επίσης διερευνήθηκε η σχέση κάποιων παραγόντων: φύλο, ηλικία, μορφωτικό επίπεδο, οικογενειακή κατάσταση, επάγγελμα και χρόνος παραμονής στην αιμοκάθαρση, με τις διαστάσεις της ποιότητας ζωής.

Για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής των ασθενών με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου που υποβάλλονται σε περιοδική αιμοκάθαρση στο νομό Αχαΐας, χρησιμοποιήθηκαν ερωτηματολόγια τόσο γενικού τύπου EQ-5D όσο και εξειδικευμένα στη μελέτη των προβλημάτων της χρόνιας νόσου και ειδικότερα της νεφροπάθειας KDQOL-SF, τα οποία συμπληρώθηκαν ως επί το πλείστον κατά τη διάρκεια της αιμοκάθαρσης με τη

μέθοδο της συνέντευξης, αφού υπήρξε δυσκολία συμπλήρωσης από τους ίδιους τους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς.

Η μελέτη αποτελείται από δυο μέρη, το Γενικό και το Ειδικό. Στο γενικό μέρος υπάρχουν τρία κεφάλαια που πραγματεύονται θεωρητικά ζητήματα. Συγκεκριμένα, στο πρώτο κεφάλαιο παρουσιάζονται βασικά στοιχεία που αφορούν τη χρόνια νεφρική ανεπάρκεια και τις μεθόδους υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας και κυρίως της αιμοκάθαρσης. Στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται προσπάθεια προσέγγισης των εννοιών της υγείας και της ποιότητα ζωής και αναφορά στα γενικά και ειδικά εργαλεία μέτρησης της σχετιζόμενης με υγεία ποιότητα ζωής. Στο τρίτο κεφάλαιο πραγματοποιείται ειδική αναφορά στην ποιότητα ζωής των αιμοκαθαρόμενων ασθενών και στα ιδιαίτερα προβλήματα που παρουσιάζουν. Το γενικό μέρος της εργασίας ολοκληρώνεται με την βιβλιογραφική ανασκόπηση διεθνών και ελληνικών μελετών σχετικά με την ποιότητα ζωής των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών. Το ειδικό μέρος αποτελείται από τέσσερα κεφάλαια. Κατά σειρά παρουσιάζονται η μεθοδολογία της ερευνητικής εργασίας, η ανάλυση των αποτελεσμάτων και οι συσχετίσεις που προκύπτουν για καθέναν από τους μελετηθέντες παράγοντες με τις διαστάσεις της ποιότητας ζωής, η συζήτηση των αποτελεσμάτων και τα συμπεράσματα που προέκυψαν μετά την ολοκλήρωση της συγκεκριμένης ερευνητικής εργασίας.



## ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

## 2. ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟΣ-ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

### 2.1.Ορισμός

Μια σωματική ασθένεια χαρακτηρίζεται ως «χρόνια» με βάση τη χρονική της διάρκεια, το βαθμό σοβαρότητάς της, την επίδρασή της στη λειτουργικότητα του ατόμου και την ανάγκη που αυτή δημιουργεί για διαρκή φροντίδα από τις υπηρεσίες υγείας αλλά και από το υποστηρικτικό περιβάλλον του ατόμου. Έτσι, ως χρόνια σωματική ασθένεια ορίζεται κάθε οργανική διαταραχή η οποία διαρκεί περισσότερο από τρεις μήνες ή συνεπάγεται μία περίοδο νοσηλείας μεγαλύτερη του ενός μήνα και προκαλεί περιορισμούς στις ικανότητες του ατόμου και επιφέρει μεταβολές στην άσκηση των κοινωνικών του ρόλων (Ζέρβας, 2003).

Ο όρος χρόνια νεφρική νόσος αποδίδεται στην πάθηση η οποία πληροί τα ακόλουθα κριτήρια:

1. Υπάρχει βλάβη στο νεφρικό ιστό η οποία προκαλεί δομικές και λειτουργικές διαταραχές που διατηρούνται για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των 3 μηνών, ενώ η διηθητική ικανότητα των νεφρών μπορεί να είναι φυσιολογική, αυξημένη ή ελαττωμένη.
2. Η διηθητική ικανότητα των νεφρών ελαττώνεται κάτω από  $60\text{ml}/\text{min}/1,73\text{m}^2$  για διάστημα μεγαλύτερο ή ίσο των 3 μηνών (National Kidney Foundation, 2002). Οι φυσιολογικές τιμές του ρυθμού σπειραματικής διήθησεως, δηλαδή του συνόλου του υπερδιηθήματος που περνά από το αίμα στον αυλό των νεφρικών σωληναρίων στη μονάδα του χρόνου, είναι για τους άνδρες  $85\text{-}125\text{ ml}/\text{min}/1,73\text{m}^2$  και για τις γυναίκες  $75\text{-}115\text{ ml}/\text{min}/1,73\text{m}^2$ .

Η ΧΝΝ αποτελεί μια εξελικτική μη αναστρέψιμη διαδικασία, η οποία συνοδεύεται από προοδευτική απώλεια της νεφρικής λειτουργίας και η οποία οδηγεί σε τελικού σταδίου χρόνια νεφρική ανεπάρκεια.

Η ΤΣΧΝΑ ορίζεται είτε από το επίπεδο του ρυθμού της σπειραματικής διήθησης  $<15\text{ ml}/\text{min}/1,73\text{m}^2$  που τις περισσότερες φορές συνοδεύεται από σημεία και συμπτώματα ουραιμίας, διότι δεν επιτελείται καμία από τις φυσιολογικές λειτουργίες των νεφρών, είτε από την ανάγκη έναρξης θεραπείας υποκατάστασης για την αντιμετώπιση επιπλοκών που μπορεί να αυξήσουν τον κίνδυνο νοσηρότητας και θνητότητας (National Kidney Foundation, 2002).

## 2.2. Σταδιοποίηση της χρόνιας νεφρικής νόσου

Η ΧΝΝ ταξινομείται θεωρητικά σε πέντε κατηγορίες σύμφωνα με τις προτάσεις του National Kidney Foundation(2002) ανάλογα με το βαθμό ελάττωσης της σπειραματικής διήθησης. Τα στάδια της χρόνιας νεφρικής νόσου είναι τα εξής:

- Στάδιο 1: Αποδεδειγμένη νεφρική βλάβη σύμφωνα με τα κριτήρια της χρόνιας νεφρικής νόσου με φυσιολογική ή αυξημένη σπειραματική διήθηση  $GFR(>90\text{ml}/\text{min}/1,73\text{m}^2)$
- Στάδιο 2: Μειωμένη σπειραματική διήθηση( $60-89\text{ml}/\text{min}/1,73\text{m}^2$ ) με ένδειξη νεφρικής βλάβης.
- Στάδιο3:Σπειραματική διήθηση η οποία κυμαίνεται μεταξύ  $30-59\text{ml}/\text{min}/1,73\text{m}^2$ .
- Στάδιο 4:Χαμηλή σπειραματική διήθηση η οποία βρίσκεται μεταξύ  $15-29\text{ml}/\text{min}/1,73\text{m}^2$ .
- Στάδιο5: Νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου με σπειραματική διήθηση  $< 15\text{ml}/\text{min}/1,73\text{m}^2$ .

Η σταδιοποίηση της ΧΝΝ είναι μια απαραίτητη διαδικασία που είναι χρήσιμη για τη λήψη αποφάσεων όσο αφορά τη θεραπευτική αντιμετώπιση της (Παναγοπούλου ,2009).

## 2.3. Αιτίες εμφάνισης Χρόνιας Νεφρικής Ανεπάρκειας

Η ΧΝΑ προκαλείται από βλάβη των νεφρών ποικίλης αιτιολογίας. Η αναγνώριση της αιτίας που προκάλεσε τη χρόνια νεφρική βλάβη, δεν είναι πάντα εύκολη. Συχνά χρειάζεται συνεκτίμηση διαφόρων στοιχείων από το ιστορικό του ασθενούς, την κλινική εξέταση και τον εργαστηριακό έλεγχο, ενώ πολλές φορές είναι απαραίτητη και η διενέργεια βιοψίας. Η σημασία της αιτιολογικής διερεύνησης της ΧΝΑ έγκειται στην πιθανότητα ανεύρεσης αιτιών της νόσου που ενδεχομένως επιδέχονται θεραπεία. Οι κυριότερες αιτίες που μπορούν να προκαλέσουν ΧΝΑ είναι οι εξής (Παναγοπούλου, 2009):

1. Πρωτοπαθείς σπειραματικές νόσοι
2. Πρωτοπαθείς σωληναριακές νόσοι
3. Αποφρακτικές νεφροπάθειες
4. Συγγενείς ανωμαλίες των νεφρών
5. Νόσοι του κολλαγόνου

6. Μεταβολικές νόσοι

7. Λοιμώξεις

8. Αγγειακές νόσοι

#### 2.4.Κλινική εικόνα ασθενών με Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια

Ανεξαρτήτου αιτίας, η εμφάνιση της ΧΝΑ στα αρχικά στάδια μπορεί να είναι ασυμπτωματική, γιατί η έκπτωση της λειτουργίας των νεφρώνων είναι σταδιακή και οι υγιείς νεφρώνες εξαιτίας της αξιοθαύμαστης προσαρμογή τους, μπορούν να διατηρήσουν την ομοιόσταση του οργανισμού σταθερή, για μεγάλο χρονικό διάστημα, ωστόσο χαθεί το 85-90% της νεφρικής λειτουργίας. Όταν η νεφρική λειτουργία ελαττωθεί ακόμη περισσότερο GFR μεταξύ 15-29ml/min/1,73m<sup>2</sup>, συνήθως τότε εμφανίζονται στον πάσχοντα συμπτώματα και σημεία από όλα τα συστήματα. Συγκεκριμένα, οι ασθενείς παραπονούνται συχνά για γενικά συμπτώματα όπως καταβολή και απώλεια δυνάμεων, ενώ αργότερα μπορεί να εμφανισθεί ανορεξία, ναυτία, τάση για εμετό και απώλεια βάρους. Επίσης, είναι δυνατόν να παρουσιαστούν δύσπνοια στην προσπάθεια, προκάρδιο άλγος, υπέρταση και αρρυθμίες. Ο πτερυγοειδής τρόμος, οι μυοκλονίες, οι σπασμοί και τελικά το κώμα αποτελούν νευρολογικές εκδηλώσεις της προχωρημένης νόσου. Το «σύνδρομο ανήσυχων ποδιών», οι κράμπες, ο έντονος γενικευμένος κνησμός και η ξηρότητα του δέρματος αποτελούν κυρίαρχα συμπτώματα ακόμη και σε μέτριου βαθμού χρόνια νεφρική ανεπάρκεια. Τέλος σε ότι αφορά την ψυχική σφαίρα, παρουσιάζονται διαταραχές της προσωπικότητας, ανώμαλη συμπεριφορά, κατάθλιψη ή ακόμη και οργανική ψύχωση (Μέμμος, 1988).

#### 2.5.Θεραπευτική αντιμετώπιση της νόσου

Η θεραπευτική αντιμετώπιση της ΧΝΑ στα τέσσερα πρώτα στάδια της νόσου, δηλ. σε ασθενείς που διατηρούν σχετικά ικανοποιητική υπολειπόμενη νεφρική λειτουργία είναι συντηρητική και αφορά την ανεύρεση και αποκατάσταση των δυνητικά αναστρέψιμων αιτίων επιδεινώσεως της νεφρικής λειτουργίας όπως (π.χ θεραπεία λοιμώξεων, αντιμετώπιση αφυδάτωσης, απομάκρυνση νεφροτοξικών φαρμάκων κ.α) και την αντιμετώπιση της πρωτοπαθούς αιτίας μέσω της εφαρμογής της κατάλληλης αγωγής.

Επίσης, σημαντικό στοιχείο της θεραπείας των ασθενών με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια θεωρείται η χορήγηση ειδικής διαίτας που περιλαμβάνει περιορισμό των πρωτεϊνών. Σύμφωνα με κατευθυντήριες οδηγίες που εξέδωσε το EDTNA/ERCA (Vennegoor, 2003), σε ασθενείς με προχωρημένη νεφρική ανεπάρκεια -προτελικού και τελικού σταδίου- που δεν υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση, με ρυθμό σπειραματικής διήθησης >25ml/min, προτείνεται

διατροφή με μειωμένη πρόσληψη πρωτεϊνών, με 0,6gr πρωτεΐνης και 35Kcal/ Kgr σωματικού βάρους. Η χρήση διαιτολογίου πτωχού σε λεύκωμα, έχει αποδειχθεί ότι έχει ευεργετικά αποτελέσματα στην καθυστέρηση της εξέλιξης της διαβητικής και μη διαβητικής νεφροπάθειας .

Στο τελικό στάδιο της νόσου ο πάσχοντας μπορεί να διατηρηθεί στη ζωή με Αιμοκάθαρση, με Περιτοναϊκή κάθαρση και με Μεταμόσχευση νεφρού, η οποία αποτελεί και την καλύτερη μέθοδο αντιμετώπισης της ΧΝΑ, όσο αφορά το προσδόκιμο επιβίωσης αλλά και την ποιότητα ζωής (Βλαχογιάννης,1999).Το κυριότερο πρόβλημα για την εφαρμογή αυτής της μεθόδου είναι η έλλειψη μοσχευμάτων (Doyle, Lechler et al, 2004).

### **2.5.1. Στατιστικά δεδομένα των μεθόδων θεραπευτικής υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας στην Ελλάδα**

Όπως σε ολόκληρο τον κόσμο, έτσι και στην Ελλάδα ο αριθμός των ασθενών που βρίσκονται σε ΤΣΧΝΑ αυξάνει συνεχώς. Την τελευταία δεκαετία ο αριθμός των ασθενών που υποβάλλονται σε θεραπεία υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας στη χώρα μας παρουσιάζει δραματική αύξηση. Ειδικότερα, το 2000 ο αριθμός των ζώντων ασθενών σε ΘΥΝΑ ήταν 8.431, το 2001 ανήλθε στους 8.890 (Ιωαννίδης, Παπαδάκη και συν, 2005) και στο τέλος του 2008 υπολογίστηκε σε 11.630 (Ιωαννίδης, Παπαδάκη και συν, 2010). Από αυτούς 8.471 υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση (753,7 ασθενείς / εκατομμύριο πληθυσμού), 764 ασθενείς σε περιτοναϊκή κάθαρση (67,98 ασθενείς / εκατομμύριο πληθυσμού) και 2395 ασθενείς ήταν μεταμοσχευμένοι (213,13 ασθενείς / εκατομμύριο πληθυσμού).

Ο αριθμός των νέων ασθενών που άρχισαν θεραπεία υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας το έτος 2008, ήταν 2.245 ασθενείς (1998 ασθενείς/ εκατομμύριο πληθυσμού). Από αυτούς οι 2075 ασθενείς με ΤΣΧΝΑ τέθηκαν σε αιμοκάθαρση, οι 168 σε περιτοναϊκή κάθαρση και οι 5 ασθενείς υποβλήθηκαν σε μεταμόσχευση νεφρού. Επιπρόσθετα, από το 2000 ως το 2008 παρατηρήθηκε μια αύξηση της δεξαμενής των νεφροπαθών που χρειάζονται υποκατάσταση της νεφρικής τους λειτουργίας κατά 8% (Ιωαννίδης, Παπαδάκη και συν., 2010).

Στην Ελλάδα κατά το έτος 2008 υπήρχαν 145 μονάδες τεχνητού νεφρού. Από αυτές 90 ήταν δημόσιες και 65 ιδιωτικές. Επίσης υπήρχαν 38 μονάδες περιτοναϊκής κάθαρσης και 4 μεταμοσχευτικά κέντρα. Στις κρατικές μονάδες τεχνητού νεφρού υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση 4.343 ασθενείς, ενώ στις ιδιωτικές 4.121 (Ιωαννίδης, Παπαδάκη και συν, 2010).

### 2.5.2. Αιμοκάθαρση

Η αιμοκάθαρση εξασφαλίζει την επιβίωση των ουραιμικών ασθενών και αποτελεί την συχνότερη μέθοδο υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας. Αξίζει να αναφερθεί ότι είναι μέθοδος μερικής υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας, διότι με αυτή δεν αποκαθίστανται πλήρως όλες οι λειτουργίες των νεφρών. Ρυθμίζονται μερικά μόνο, οι διαταραχές ύδατος, ηλεκτρολυτών και απομακρύνονται τα άχρηστα προϊόντα του μεταβολισμού, ενώ οι ορμονικές και μεταβολικές δυσλειτουργίες δεν μπορούν να αποκατασταθούν με αυτή, αφού για αυτές είναι απαραίτητο να υπάρχει υγιής νεφρικός ιστός.

Η μέθοδος της αιμοκάθαρσης στηρίζεται στην αρχή της ανταλλαγής ουσιών μεταξύ δύο διαλυμάτων δια μέσου μίας ημιπερατής μεμβράνης. Η ανταλλαγή αυτή γίνεται με απλή διάχυση, με ώσμωση και με διήθηση. Στην περίπτωση της αιμοκάθαρσης τα δύο διαλύματα είναι το αίμα και το διάλυμα αιμοκάθαρσης.

Στην πράξη το αίμα, βγαίνοντας από ένα αγγείο υψηλής παροχής (fistula, μόσχευμα, καθετήρας μεγάλου εύρους), κυκλοφορεί σε ένα εξωσωματικό κύκλωμα σωλήνων και περνάει μέσα από ένα φίλτρο το οποίο περιέχει την ημιπερατή μεμβράνη. Μέσα στο φίλτρο, από την άλλη πλευρά της μεμβράνης κυκλοφορεί το διάλυμα αιμοκάθαρσης το οποίο κυρίως περιέχει ηλεκτρολύτες στις επιθυμητές συγκεντρώσεις. Εκεί γίνεται η ανταλλαγή των ουσιών, από το αίμα προς το διάλυμα. Ουσίες μικρού μοριακού βάρους καθαρίζονται γρήγορα από το φίλτρο. Στη συνέχεια το αίμα επιστρέφει στην συστηματική κυκλοφορία, ενώ το διάλυμα καταλήγει στην αποχέτευση. Εκτός από την κλασσική αιμοκάθαρση, άλλες τεχνικές αιμοδιύλισης που χρησιμοποιούνται σήμερα είναι αυτές της αιμοδιήθησης και της αιμοδιαδιήθησης.

Η αιμοδιήθηση είναι μια παραλλαγή της κλασσικής αιμοκάθαρσης, κατά την οποία απομακρύνεται με διήθηση, μεγάλη ποσότητα ύδατος η οποία συμπαρασύρει και διαλυμένες ουσίες από το αίμα του ασθενή, με παράλληλη αντικατάστασή του από διάλυμα παρόμοιας σύστασης με αυτή του εξωκυττάριου υγρού (Σταυριανού, 2007).

Η αιμοδιαδιήθηση είναι μία τρίτη παραλλαγή η οποία συνδυάζει την κλασσική αιμοκάθαρση και την αιμοδιήθηση. Απομακρύνονται ουσίες μικρού και μέσου μοριακού βάρους με ταυτόχρονη χρήση των μεθόδων της διάχυσης και της διήθησης, ενώ ο όγκος του υγρού που απομακρύνεται, ο οποίος είναι μικρότερος από αυτόν της αιμοδιήθησης, αντικαθίσταται από ανάλογη ποσότητα υγρού αντικατάστασης (Γεωργακοπούλου, 2000).

Επιπρόσθετα, ανάλογα με τον τόπο που πραγματοποιείται η αιμοκάθαρση διακρίνεται σε ενδονοσοκομειακή, σε κατ' οίκον και δορυφορική αιμοκάθαρση. Η πρώτη μέθοδος όπως

είναι φανερό πραγματοποιείται εντός του νοσοκομείου ή των ιδιωτικών κλινικών, ενώ η δεύτερη στο σπίτι. Η δορυφορική αιμοκάθαρση πραγματοποιείται σε μια μονάδα αιμοκάθαρσης ή σε ένα κέντρο υγείας τα οποία βρίσκονται μακριά από νοσοκομείο με νεφρολογική κλινική και μονάδα αιμοκάθαρσης, αλλά συνδέονται οργανωτικά και επιστημονικά με αυτό.

Μία τυπική συνεδρία αιμοκάθαρσης διαρκεί 4 περίπου ώρες. Στο διάστημα αυτό όπως αναφέρθηκε, αποβάλλεται το πλεόνασμα ύδατος καθώς και ικανοποιητικές ποσότητες από τοξικές ουσίες έτσι ώστε ο ασθενής να είναι απαλλαγμένος από αυτές για 2-3 ημέρες. Συνήθως γίνονται 3 τέτοιες συνεδρίες ανά εβδομάδα.

#### *2.5.2.1. Κόστος της αιμοκάθαρσης*

Η αιμοκάθαρση αποτελεί μια ιδιαίτερα ακριβή μέθοδο αντιμετώπισης των πασχόντων με ΤΣΧΝΑ, δεδομένου ότι στηρίζεται κυρίως στη χρήση καινοτόμων τεχνολογιών και ακριβών φαρμάκων, όπως φύσιγγες διττανθρακικών, βιοσυμβατές μεμβράνες, ερυθροποιητίνη κ.ά. Συγκεκριμένα, για το έτος 2001 υπολογίστηκε ότι το κόστος για κάθε ασφαλισμένο αιμοκαθαιρόμενο του ΙΚΑ ανερχόταν περίπου σε 30.000 ευρώ. Για το σύνολο των ασφαλισμένων ασθενών κατά το ίδιο έτος, το ΙΚΑ δαπάνησε περίπου 134 εκατομμύρια ευρώ και αν στο ποσό αυτό συμπεριληφθούν και τα έξοδα μετακίνησης καθώς και οι συντάξεις αναπηρίας, η δαπάνη ξεπερνά τα 171 εκατομμύρια ευρώ το χρόνο. Με δεδομένο ότι οι ασφαλισμένοι αιμοκαθαιρόμενοι στο ΙΚΑ αποτελούν το 50% του συνόλου των ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση, υπολογίζεται ότι η δαπάνη για το σύνολο των Ελλήνων αιμοκαθαιρόμενων το έτος 2001, ήταν περίπου 340 εκατομμύρια ευρώ, ενώ σήμερα το κόστος υπολογίζεται ότι θα είναι αρκετά υψηλότερο. Το κόστος της θεραπείας των ασθενών αυτών αντιπροσωπεύει το 2% του συνολικού προϋπολογισμού για την υγεία στην Ελλάδα (Σταυριανού, 2007).

Μελέτες αποτίμησης του κόστους της αιμοκάθαρσης που πραγματοποιήθηκαν τα επόμενα έτη επιβεβαίωσαν σε μεγάλο βαθμό τα παραπάνω στοιχεία (Καϊτελίδου, 2002, Κοντοδημόπουλος, 2006). Το σημαντικότερο μέρος της δαπάνης για την αιμοκάθαρση αντιστοιχεί στο κόστος του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, ενώ μόνο το 10% δαπανάται για τα μηχανήματα (Κοντοδημόπουλος, 2006).

Αξίζει να τονισθεί ότι από 1/3/2012, το κόστος της αιμοκάθαρσης καθορίζεται στα 136 ευρώ σύμφωνα με την Υ4α/οικ.85649/27-7-11 κοινή υπουργική απόφαση «Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια και ημερήσιο νοσήλιο Ε.Σ.Υ»(ΦΕΚ 1702/Β/2011), όπως αυτή

τροποποιήθηκε με την υπ' αριθμόν Υ4α/οικ.105604/27-9-11 κοινή υπουργική απόφαση (ΦΕΚ 2150/Β/2011).

## 2.6. Περιτοναϊκή κάθαρση

Σε αυτή τη μέθοδο τον ρόλο του φίλτρου παίζει η περιτοναϊκή μεμβράνη. Το αίμα που καθαρίζεται είναι αυτό που κυκλοφορεί μέσα στα αγγεία του περιτοναίου. Το διάλυμα κάθαρσης μπαίνει μέσα στην περιτοναϊκή κοιλότητα μέσα από ειδικό καθετήρα που τοποθετείται χειρουργικά. Το διάλυμα, όγκου περίπου 2 λίτρων, παραμένει μέσα στην κοιλιά για 4-5 ώρες και μετά αφαιρείται για να εγχυθεί νέο. Η διαδικασία επαναλαμβάνεται τέσσερις με πέντε φορές την ημέρα, κάθε τέσσερις ώρες. Μετά την τελευταία αλλαγή ο ασθενής κοιμάται με την περιτοναϊκή κοιλότητα πλήρη υγρών, ώστε να συνεχίζεται η ανταλλαγή ουσιών και κατά την διάρκεια της νύκτας. Η μέθοδος αυτή γίνεται από τον ίδιο τον ασθενή ή από κάποιον συγγενή στο σπίτι του, απαιτεί όμως την τήρηση κανόνων αντισηψίας.

Η μέθοδος αυτή επιτρέπει την ανεξαρτησία και την αποδέσμευση του ασθενή από το περιβάλλον του νοσοκομείου, απαιτεί λιγότερους διαιτητικούς περιορισμούς σε σχέση με την αιμοκάθαρση, έχει χαμηλότερο κόστος, εξασφαλίζει σχετικά σταθερή κατάσταση υγείας για όλο το εικοσιτετράωρο, έχει υψηλότερα ποσοστά αποκατάστασης και επιστροφής στην πλήρη απασχόληση και προσφέρει γενικά, καλύτερη ποιότητα ζωής στους ασθενείς. (Andreoli, Carpenter, et al, 2010).

## 2.7. Μεταμόσχευση

Η μεταμόσχευση αποτελεί οριστική απαλλαγή από την αιμοκάθαρση ή την περιτοναϊκή κάθαρση. Η μεταμόσχευση νεφρού αναφέρεται στη χειρουργική τοποθέτηση ενός νεφρού από ένα άτομο (δότης) σε ένα άλλο (λήπτης). Οι δότες μπορούν να είναι είτε ζώντες είτε πτωματικοί. Για να πραγματοποιηθεί μια μεταμόσχευση απαιτείται μεγάλος αριθμός από εργαστηριακές εξετάσεις, ο λεγόμενος «προμεταμοσχευτικός έλεγχος».

Προκειμένου η μεταμόσχευση να είναι επιτυχής θα πρέπει να υπάρχει ιστοσυμβατότητα δότη-λήπτη, ενώ την περίοδο μετά τη μεταμόσχευση ο λήπτης θα πρέπει μεταξύ άλλων, να λάβει ισχυρή ανοσοκατασταλτική αγωγή προκειμένου να μην υπάρξει απόρριψη του μοσχεύματος.

Η μεταμόσχευση σήμερα αποτελεί την καλύτερη μορφή θεραπείας της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας τελικού σταδίου, γιατί εκτός της ανεξαρτησίας και της πολύ καλής ποιότητας ζωής που προσφέρει στο νεφροπαθή, προσφέρει λύση και σε άλλα προβλήματα όπως τις ενδοκρινολογικές διαταραχές του νεφροπαθή και συγκεκριμένα τη νεφρική οστεοδυστροφία,



την αναιμία, τις διαταραχές της έμμηνης ρύσης και τη σεξουαλική δυσλειτουργία που οι δύο άλλες μέθοδοι αδυνατούν να επιλύσουν (Βεργεμέζης και συν., 2002).

### 3. ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

#### 3.1. Ορισμός της Υγείας

Η υγεία θεωρείται ένα από τα σημαντικότερα στοιχεία μιας πλήρους και ευτυχισμένης ζωής. Η έννοια της αποκτά διαφορετικό περιεχόμενο ανά πολιτισμό και εποχή, βάσει τις εκάστοτε αντιμετώπισεις του ζωντανού οργανισμού και των σχέσεων του με το περιβάλλον (Παπαδάτου,1993).

Στην ιστορία της ιατρικής κυριαρχούν σήμερα δύο θεωρητικές προσεγγίσεις για την υγεία: α) το βιοϊατρικό μοντέλο, στο οποίο στηρίζεται η άσκηση της σύγχρονης ιατρικής και β) το ολιστικό μοντέλο υγείας ή βιοψυχοκοινωνικό, το οποίο αποτελεί μια νέα προσέγγιση στον τομέα της υγείας. Σύμφωνα με το βιοϊατρικό υπόδειγμα, το ανθρώπινο σώμα θεωρείται μια μηχανή, η οποία αποτελείται από επιμέρους τμήματα, τα οποία αλληλεπιδρούν μεταξύ τους και λειτουργούν βάση ορισμένων νόμων. Στο πλαίσιο αυτό, η φυσιολογική λειτουργία θεωρείται «υγεία», ενώ οποιαδήποτε παρέκκλιση από το νόμο αυτόν, που πηγάζει από την δυσλειτουργία κάποιου τμήματος του σώματος θεωρείται «νόσος», την οποία μπορεί να διαγνώσει και να θεραπεύσει ο γιατρός. Αυτή η προσέγγιση όμως, αναφέρεται μόνο στη σωματική διάσταση της υγείας και όχι στην ψυχική και κοινωνική (Τούντας, 2004).

Το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο ερμηνεύει την υγεία και την αρρώστια ως δυο αλληλοσυμπληρούμενες όψεις ενός ενιαίου συστήματος. Η υγεία εμφανίζεται ως μια ολότητα όπου η σωματική, διανοητική και συναισθηματική υπόσταση του ατόμου λειτουργούν συνολικά, αλληλεπιδρούν μεταξύ τους και παράλληλα βρίσκονται σε δυναμική ισορροπία με το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον.

Στα πλαίσια αυτού του μοντέλου, όλες οι αρρώστιες θεωρούνται ψυχοσωματικές και κάθε αρρώστια αφορά το νου και το σώμα, ανεξάρτητα από τα αίτια και τις εκδηλώσεις της (Παπαδάτου,1993).

Επιπρόσθετα, ο Π.Ο.Υ. το 1946, όρισε την υγεία ως «την κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνον ως την απουσία νόσου ή αναπηρίας». Σ' αυτόν τον ορισμό, γίνεται φανερός ο διαχωρισμός της υγείας σε «θετική υγεία» η οποία περιλαμβάνει την «πλήρη σωματική, ψυχική και κοινωνική ευεξία» και σε «αρνητική» η οποία αναφέρεται στην «απουσία αρρώστιας ή αναπηρίας». Αυτός ο ορισμός όμως, δέχτηκε έντονη κριτική στα χρόνια που ακολούθησαν, με την αιτιολογία ότι δέχεται

την υγεία ως μία κατάσταση πληρότητας, η οποία χαρακτηρίζεται ως ουτοπική (Λοποτατζίδης, Ιωαννίδη και συν, 1999).

Στη διακήρυξη της Οτάβα το 1986, η υγεία ορίστηκε εκ νέου ως «η ικανότητα του ατόμου, της ομάδας ή της κοινότητας να αναγνωρίζει και να κατανοεί φιλοδοξίες, να ικανοποιεί ανάγκες και να τροποποιεί ή να συμβιβάζεται με το περιβάλλον» (Αλετράς, Μασσαγγάνης και συν, 2002).

### 3.2.Ορισμός της ποιότητας ζωής .

Ο όρος «ποιότητα ζωής» είναι μια πολυπαραγοντική και πολυδιάστατη έννοια, η οποία λαμβάνει διαφορετικό περιεχόμενο στο χώρο και στο χρόνο. Είναι μια ανθρώπινη αναζήτηση. Στους αρχαίους χρόνους, ο όρος αυτός ήταν συνώνυμος με την αρετή όπως και με την συνεχή βελτίωση του εαυτού. Στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής τη δεκαετία του 1950, είχε ταυτιστεί με το βιοτικό επίπεδο, καθώς περιλάμβανε έννοιες που είχαν να κάνουν με την καταναλωτική κοινωνία, δηλαδή την ιδιοκτησία αγαθών, ενώ αργότερα προστέθηκαν ο ελεύθερος χρόνος και οι ευκαιρίες για διακοπές και αναψυχή. Το 1960 ο όρος διευρύνθηκε, για να περιλάβει την παιδεία, την υγεία και ευεξία, την κοινωνική πρόνοια και την οικονομική ανάπτυξη. Στη δεκαετία του 1970 συνδέεται με την προσωπική ελευθερία, την ψυχοσυναισθηματική ισορροπία και την παροχή ποιοτικής ιατρικής φροντίδας (Θεοδώρου, Σαρρής και συν, 2001).

Το 1979 οι Zautra και Goodhart, υποστήριξαν ότι για να δοθεί ένας πλήρης ορισμός στην έννοια της ποιότητας ζωής, είναι απαραίτητος ο προσδιορισμός υποκειμενικών και αντικειμενικών παραγόντων που τη συνοδεύουν.

Οι αντικειμενικοί παράγοντες αφορούν στην πρόσβαση του ατόμου σε πόρους και ευκαιρίες και στην ικανότητα που αυτό έχει ώστε να μπορεί να τους χρησιμοποιήσει για την επίτευξη των στόχων του, ενώ οι υποκειμενικοί παράγοντες αναφέρονται στο αίσθημα ψυχικής ευεξίας που βιώνει το άτομο.

Το 1991, ο ΠΟΥ δίνει το δικό του ορισμό για την ποιότητα ζωής: «Η ποιότητα ζωής καθορίζεται από το πώς αντιλαμβάνεται το άτομο τη θέση του στη ζωή, στο πολιτισμικό πλαίσιο και στο σύστημα αξιών μέσα στο οποίο ζει, από του στόχους, τις προσδοκίες, το επίπεδο διαβίωσης και τα ενδιαφέροντα του. Είναι μια ευρεία έννοια που επηρεάζεται ποικιλότροπα από τη φυσική και ψυχολογική κατάσταση του ατόμου, το επίπεδο ανεξαρτησίας του, τις κοινωνικές του σχέσεις και τις σχέσεις του με το περιβάλλον του » (WHO,1996).

Στα πλαίσια της οικονομικής προσέγγισης αναφέρεται ότι, η ποιότητα ζωής αφορά την ικανοποίηση που αντλεί το άτομο από το επίπεδο διαβίωσης του, το οποίο διαμορφώνεται από τις προσδοκίες του και τα μέσα που αυτό διαθέτει (Κυριόπουλος, Οικονόμου και συν., 1999).

Από την ποικιλομορφία των ορισμών και των απόψεων για την ποιότητα ζωής καθίσταται σαφές ότι κάθε άνθρωπος αναφέρεται σε αυτή με το δικό του τρόπο, υπάρχει δηλ. μια υποκειμενικότητα στον προσδιορισμό της έννοιας. Αξίζει να σημειωθεί ότι, ενώ μέχρι σήμερα έχουν πραγματοποιηθεί πολλές προσπάθειες ορισμού της ποιότητας ζωής, εντούτοις δεν υπάρχει ένας κοινά αποδεκτός ορισμός.

### **3.2.1. Διαστάσεις της ποιότητας ζωής**

Στην προσπάθεια να προσδιοριστεί η έννοια της ποιότητας ζωής, προκειμένου να καταστεί δυνατή η εκτίμηση και η μέτρηση της, τις αποδίδονται τουλάχιστον τρεις κύριες διαστάσεις:

- Φυσική διάσταση, η οποία αντιστοιχεί στη λειτουργική ικανότητα του ατόμου. Περιλαμβάνει την παρουσία ή απουσία συμπτωμάτων, κινητικότητας, ικανότητας εκτέλεσης καθημερινών δραστηριοτήτων, εργασιακής ικανότητας και αυτοεξυπηρέτησης.
- Ψυχική διάσταση, η οποία περιλαμβάνει την παρουσία ή την απουσία άγχους, κατάθλιψης, θυμού, απελπισίας, προσωπικού ελέγχου, αυτοεκτίμησης και ικανοποίησης από τη ζωή.
- Κοινωνική διάσταση, η οποία αντιπροσωπεύεται από την παρουσία ή απουσία κοινωνικής υποστήριξης, οικογενειακής ζωής, σεξουαλικής δραστηριότητας, κοινωνικών ή διαπροσωπικών σχέσεων και οικονομικών επιπτώσεων από τη νόσο και τη θεραπεία (Υφαντόπουλος, 2006).

### **3.2.2. Παράγοντες που καθορίζουν και επηρεάζουν την ποιότητα ζωής.**

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, η υγεία αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες που καθορίζουν και επηρεάζουν την ποιότητα ζωής. Πέρα όμως από αυτή, υπάρχει ένα σύνολο από προσδιοριστικούς παράγοντες, οι οποίοι πρέπει να συνεκτιμούνται στην προσπάθεια αποτίμησής της. Οι σημαντικότεροι από αυτούς είναι οι εξής (Σούλης, 1987):

- Το εισόδημα και ο τρόπος διανομής του
- Το επίπεδο κοινωνικο-οικονομικής ανάπτυξης
- Το εκπαιδευτικό- μορφωτικό επίπεδο

- Ο τρόπος ζωής που αναφέρεται στη διατροφή, στο κάπνισμα, στη χρήση αλκοόλ, την άσκηση, κ.α.
- Η ποιότητα κατοικίας
- Οι συνθήκες εργασίες
- Οι κοινωνικές σχέσεις
- Το επίπεδο ιατροφαρμακευτικής και νοσοκομειακής περίθαλψης.
- Οι κλιματολογικές συνθήκες και το επίπεδο διαταραχής της οικολογικής ισορροπίας.

### 3.3.Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής

Προκειμένου να περιοριστεί το εύρος της έννοιας «Ποιότητα Ζωής», ώστε να μπορεί να χρησιμοποιηθεί στην επιστημονική έρευνα στον τομέα της υγείας, πολλοί μελετητές επικεντρώνονται στη «Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής». Ο όρος αυτός εμφανίστηκε για πρώτη φορά το 1982 και σύμφωνα με τους Kaplan και Bush (1982), περιλαμβάνει τρεις βασικές διαστάσεις:

- Την υποκειμενική εκτίμηση της σωματικής και ψυχικής λειτουργικότητας του ατόμου.
- Την επίδραση της κατάστασης υγείας στη λειτουργικότητα του ατόμου.
- Τον περιορισμό της λειτουργικότητας στους τομείς εκείνους, που είναι απαραίτητοι ώστε το άτομο να μπορεί να πραγματοποιήσει τους στόχους που έχει θέσει .

Σύμφωνα με άλλους ερευνητές, η ΣΥΠΖ ορίζεται ως η «απάντηση του ατόμου στην επίδραση που έχει η νόσος πάνω στη σωματική, ψυχολογική και κοινωνική διάσταση της ζωής του και η οποία επηρεάζει το βαθμό στον οποίο μπορεί το άτομο να νιώθει ικανοποίηση με τις συνθήκες της ζωής του» ( Bullinger, Hastord, 1991).

Οι Patrick και Erickson (1994), συνδέουν τη ΣΥΠΖ με την πολιτική υγείας και αναφέρονται σε αυτήν ως «την αξία που σχετίζεται με τη διάρκεια της ζωής, όπως αυτή διαμορφώνεται από τις μειονεξίες, τις προσωπικές αντιλήψεις και τις κοινωνικές ευκαιρίες που επηρεάζονται από την ασθένεια, τον τραυματισμό, τη θεραπεία και την πολιτική υγείας».

Οι παράγοντες από τους οποίους εξαρτάται η ΣΥΠΖ, είναι: η ασθένεια και η θεραπευτική της αντιμετώπιση, η λειτουργικότητα του ατόμου, το μορφωτικό του επίπεδο και οι γνώσεις του για τη νόσο, το κοινωνικό υποστηρικτικό σύστημα, η ικανότητα

προσαρμογής του, η οικονομική και επαγγελματική κατάσταση του καθώς και η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών (Οικονομάκης., 2006).

Εν κατακλείδι, μπορεί να ειπωθεί ότι η ΣΥΠΖ εκφράζει «το επίπεδο της πνευματικής, ψυχικής, σωματικής, κοινωνικής λειτουργικότητας, των σχέσεων και των αντιλήψεων για την υγεία, την φυσική κατάσταση, την ικανοποίηση από την ζωή και την ευεξία» (Παπαδόπουλος, Φρυδάς, 2006). Κατά συνέπεια αποτελεί μια δυναμική και ευμετάβλητη έννοια, τροποποιούμενη ανάλογα με τις μεταβολές στο επίπεδο υγείας και στις σχέσεις, εμπειρίες και ρόλους του ατόμου (Γείτονα, Κάβουρα και συν, 2004).

### 3.4. Συστήματα μέτρησης της Σχετιζόμενης με την Υγεία Ποιότητα Ζωής.

Λόγω της δυσκολίας ύπαρξης ενός ακριβούς προσδιορισμού του εννοιολογικού περιεχομένου της ΣΥΠΖ, είναι πολύ δύσκολο να επιτευχθεί μια ακριβής μέτρηση της που να χαρακτηρίζεται από αξιοπιστία και εγκυρότητα. Ωστόσο, η αποτίμησή της είναι απαραίτητη, καθώς χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση των αναγκών στις υπηρεσίες υγείας, την παρακολούθηση της κατάστασης υγείας του πληθυσμού, την εκτίμηση της αποτελεσματικότητας των θεραπειών και των πολιτικών υγείας που εφαρμόζονται.

Για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής χρησιμοποιούνται αντικειμενικοί και υποκειμενικοί δείκτες. Οι αντικειμενικοί δείκτες παρουσιάζουν τη σχέση διαφόρων κοινωνικοοικονομικών και δημογραφικών παραμέτρων με συγκεκριμένους υγειονομικούς παράγοντες και με τους δείκτες υγείας του πληθυσμού.

Οι υποκειμενικοί δείκτες ποιότητας ζωής, καταγράφουν τις μεταβολές στη φυσική, στην ψυχική και στην κοινωνική διάσταση της. Στον τομέα της φυσικής διάστασης, συνήθως εξετάζονται η ύπαρξη νόσου, ο πόνος, η ικανότητα του ατόμου να ανταπεξέλθει σε αμειβόμενη εργασία καθώς και το επίπεδο της σωματικής λειτουργικότητας του. Στον τομέα της ψυχικής διάστασης, εξετάζεται η ύπαρξη άγχους, κατάθλιψης και η ικανότητα προσαρμογής του πάσχοντα στο νέο τρόπο ζωής. Στον τομέα της κοινωνικής διάστασης διερευνούνται κυρίως οι διαπροσωπικές σχέσεις, η ικανότητα για συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες καθώς και η ικανότητα εκτέλεσης καθημερινών οικιακών εργασιών (Θεοδώρου, Σαρρής και συν., 2001).

Οι πρώτες εμπειρικές προσπάθειες για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής στο χώρο της υγείας άρχισαν το 1970. Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής υπολογίζεται με τη χρήση σταθμισμένων ερωτηματολογίων, τα οποία επικεντρώνονται στις επιπτώσεις συγκεκριμένων ασθενειών στην ποιότητα ζωής του πάσχοντα αλλά και στη γενική κατάσταση υγείας του ατόμου (Drummond, Stoddart et al, 1987).

Τα ερωτηματολόγια παρέχουν πληροφορίες που προέρχονται τόσο από το ίδιο το άτομο και σχετίζονται με την υποκειμενική αντίληψή του για το πώς αυτό αξιολογεί τον τρόπο ζωής του όσο και από διάφορους εξωτερικούς παράγοντες που επηρεάζουν τεκμηριωμένα την ποιότητα ζωής του ατόμου (Υφαντόπουλος, Σαρρής., 2001). Τα ερωτηματολόγια συμπληρώνονται από τους ίδιους τους ασθενείς ή από τον ερευνητή και μπορούν να διακριθούν σε:

- Γενικά, τα οποία επιτρέπουν τη σύγκριση μεταξύ υγιών ατόμων με ασθενείς ή διαφορετικών ομάδων ασθενών μεταξύ τους
- Ειδικά για ένα συγκεκριμένο νόσημα, τα οποία περιλαμβάνουν ερωτήσεις σχετικές με την επίπτωση του νοσήματος αυτού στη γενική κατάσταση υγείας (Μερκούρης, Αποστολάκης, 2003).

#### **3.4.1. Ανασκόπηση γενικών εργαλείων μέτρησης της Ποιότητας Ζωής.**

Τα γενικά εργαλεία αξιολογούν πολλαπλές πλευρές του επιπέδου υγείας και μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε όλο το πληθυσμό. Επίσης επιτρέπουν τη σύγκριση μεταξύ διάφορων κοινωνικών και πολιτιστικών ομάδων. Παράλληλα όμως, κάποια από αυτά χρησιμοποιούνται για την μέτρηση ανικανοτήτων, ψυχοσωματικών διαταραχών, ασθενειών και ιατρικών θεραπειών (Υφαντόπουλος, 2006). Στη συνέχεια, παρατίθενται ορισμένα από τα γενικά εργαλεία μέτρησης της ΣΥΠΖ που χρησιμοποιούνται πιο συχνά:

*Η Επισκόπηση Υγείας SF-36 (Short-Form-36 Health Survey)*, δημιουργήθηκε στη Βοστώνη το 1992 από τους Ware και Shelbourne. Χρησιμοποιείται στην έρευνα, στην κλινική πρακτική και στην αξιολόγηση πολιτικών υγείας καθώς και σε έρευνες που αφορούν το γενικό πληθυσμό (McHorney,1994). Συνολικά εμπεριέχει 36 ερωτήσεις, οι οποίες κατηγοριοποιούνται σε οχτώ θεματικές κλίμακες, οι οποίες βαθμολογούνται από το 0 έως το 100. Οι οχτώ αυτές κλίμακες με τη σειρά τους, συνοψίζονται σε δύο γενικότερες: α) στη σύνοψη συνιστωσών σωματικής υγείας, που περιλαμβάνει τις έννοιες της σωματικής λειτουργικότητας, του σωματικού ρόλου και πόνου, της γενικής υγείας και μέρος της ζωτικότητας και (β) στην σύνοψη συνιστωσών ψυχικής υγείας, που περιλαμβάνει τις έννοιες της γενικής υγείας, του κοινωνικού και του συναισθηματικού ρόλου, της ψυχικής υγείας και μέρους της ζωτικότητας. Αυτές οι δύο περιληπτικές κλίμακες επιτρέπουν την ταυτόχρονη μέτρηση και αξιολόγηση των επιπέδων σωματικής και ψυχικής υγείας (Ware, Snow et al, 1993, Ware, Kosinski et al,1994). Οι οχτώ κλίμακες υγείας του SF-36 είναι οι ακόλουθες:

1. Σωματική Λειτουργικότητα: προσδιορίζει την ικανότητα του ατόμου για την εκτέλεση σωματικών δραστηριοτήτων όπως το περπάτημα, το ανέβασμα σκαλοπατιών, το τρέξιμο, κ.α.

2. Σωματικός Ρόλος: προσδιορίζει την θετική ή αρνητική επιρροή του επιπέδου σωματικής υγείας στην εργασία και στις καθημερινές δραστηριότητες.
3. Σωματικός πόνος: αφορά την ένταση του πόνου και την επίδραση του στην εκτέλεση δραστηριοτήτων εντός και εκτός του σπιτιού.
4. Γενική υγεία: προσδιορίζει την κατάσταση της υγείας του ατόμου τη χρονική στιγμή της συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου και την σύγκριση της με το προηγούμενο χρονικό διάστημα.
5. Ζωτικότητα: αναφέρεται στο αίσθημα της ενεργητικότητας, της ζωντάνιας ή αντίστοιχα της κούρασης και της εξάντλησης.
6. Κοινωνική Λειτουργικότητα: προσδιορίζει το βαθμό στον οποίο επηρεάζονται οι κοινωνικές δραστηριότητες από τη σωματική υγεία και τα συναισθηματικά προβλήματα.
7. Συναισθηματικός ρόλος: προσδιορίζει το βαθμό επηρεασμού των καθημερινών δραστηριοτήτων αλλά και της εργασίας από τα συναισθηματικά προβλήματα.
8. Ψυχική Υγεία: προσδιορίζει τη γενική διανοητική υγεία συμπεριλαμβάνοντας το βαθμό του άγχους, της απελπισίας και της κατάθλιψης(Ware, Sherbourne,1992).

Το SF- 36 είναι ένα ερευνητικό εργαλείο το οποίο έχει τη δυνατότητα να καταγραφεί ένα ευρύ φάσμα προβλημάτων με σχετικά σύντομο και εύκολο τρόπο και έτσι χρησιμοποιείται και στον τομέα των χρόνιων νοσημάτων, όπως η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια. Αξίζει επίσης να αναφερθεί, ότι καλύπτει θετικές και αρνητικές πλευρές της υγείας, γεγονός που θεωρείται σημαντικό πλεονέκτημα για ένα σύστημα αξιολόγησης της ποιότητας ζωής (Βραχωρίτη,2009). Το ερωτηματολόγιο αυτό έχει εγκυροποιηθεί στον ελληνικό πληθυσμό και τα αποτελέσματά του είναι συγκρίσιμα με άλλες διεθνείς έρευνες ( Παππά, Κοντοδημόπουλος και συν ,2006)

*Η Επισκόπηση Υγείας του Nottingham (The Nottingham Health Profile - NHP).* Σχεδιάστηκε το 1980 με στόχο την καταγραφή των σωματικών, κοινωνικών και συναισθηματικών διαστάσεων της κατάστασης υγείας του ατόμου. Αποτελείται από δύο μέρη. Το πρώτο μέρος του, αναφέρεται σε 38 καταστάσεις υγείας ομαδοποιημένες σε έξι κατηγορίες προβλημάτων που αφορούν την ενεργητικότητα, τον πόνο, τις συναισθηματικές αντιδράσεις, τον ύπνο, την κοινωνική απομόνωση και τη σωματική κίνηση. Το δεύτερο μέρος του αναφέρεται σε επτά τομείς της καθημερινής ζωής: στην αμειβόμενη εργασία, στην οικιακή εργασία, στην κοινωνική ζωή, στις προσωπικές σχέσεις, στη σεξουαλική ζωή, στον ελεύθερο χρόνο και στα ενδιαφέροντα. Οι απαντήσεις στην κάθε

ερώτηση πολλαπλασιάζονται με ειδικό συντελεστή βαρύτητας και έτσι προκύπτει η τελική βαθμολογία (Hunt, McEwen et al, 1985; Μπαντής,2009).

*Η Επισκόπηση Επιπτώσεων της Ασθένειας (Sickness Impact Profile)*. Δημιουργήθηκε το 1976 με σκοπό τη μέτρηση της ΣΥΠΖ και της υποκειμενικής κατάστασης της υγείας του ατόμου, με έμφαση στην αλλαγή της συμπεριφοράς λόγω της ασθένειας. Περιλαμβάνει 136 ερωτήσεις ομαδοποιημένες σε 12 κατηγορίες, που τελικά συνθέτουν δύο τελικές ανεξάρτητες κατηγορίες: α) της σωματικής λειτουργικότητας και β) της ψυχοκοινωνικής λειτουργικότητας. Έχει υψηλή αξιοπιστία και εγκυρότητα, αλλά μειονεκτεί στο μεγάλο αριθμό ερωτήσεων, γεγονός που καθιστά τη συμπλήρωσή του χρονοβόρα και κουραστική (Υφαντόπουλος, 2006).

*Η Επισκόπηση Υγείας EQ-15D* είναι ένα εργαλείο το οποίο μετρά την ΣΥΠΖ και τις μεταβολές της στο γενικό πληθυσμό ή σε ειδικές κοινωνικο-οικονομικές και πολιτισμικές ομάδες, όπως επίσης και σε ομάδες ασθενών που πάσχουν από κάποιο χρόνιο νόσημα. Αποτελείται από 15 ερωτήσεις που αναφέρονται σε 15 διαστάσεις όπως: κινητικότητα, όραση, ακοή, αναπνοή, ποιότητα του ύπνου, ικανότητα για διατροφή, ικανότητα για ομιλία, ούρηση και αφόδευση, ικανότητα εκτέλεσης των καθημερινών δραστηριοτήτων, νοητική λειτουργία, ύπαρξη ή μη ενοχλημάτων και συμπτωμάτων, κατάθλιψη, άγχος, αίσθηση ζωντάνιας, σεξουαλική δραστηριότητα. Πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο που εξετάζει όλες τις πτυχές της λειτουργικότητας του ανθρώπου, τις αισθήσεις, τις ζωτικές λειτουργίες, τις καθημερινές δραστηριότητες, τη νοημοσύνη, τα σωματικά συμπτώματα, την ψυχολογική κατάσταση και επιτρέπει στον ασθενή να εκφράσει την αυτοεκτίμηση για την κατάσταση της υγείας του και τη σεξουαλική του δραστηριότητα. (Υφαντόπουλος, 2006).

*Ο Δείκτης λειτουργικότητας Karnofsky (Karnofsky Performance Index, KPI)*. Ο δείκτης αυτός επικεντρώνεται στον προσδιορισμό της σωματικής λειτουργικότητας και δεν αναφέρεται καθόλου στην ψυχοκοινωνική σφαίρα του αρρώστου (Δημητρόπουλος, 2009).

Στην παραπάνω λίστα μπορούν να προστεθούν και: η επισκόπηση υγείας SF-12 (Health Survey)- Short Form 12, το Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (General Health Questionnaire – GHQ), το Πολυδιάστατο Ερωτηματολόγιο Εστίασης Ελέγχου για την Υγεία (MHLC), το Ερωτηματολόγιο Mc Gill για τον πόνο, ο Δείκτης Katz των δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής, ο Δείκτης Spitzer για την ποιότητα ζωής, ο Δείκτης λειτουργικότητας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, ο Δείκτης Ωφελιμότητας Υγείας, ο Γενικός Δείκτης Κατάταξης Υγείας (General Health Rating Index - GHRI), η Κλίμακα Ψυχολογικής Προσαρμογής στην Αρρώστια (Psychological Adjustment to Illness Scale), η Κλίμακα ευεξίας (quality of well-



being scale, QWB), τα Ποιοτικά Προσαρμοσμένα Έτη Ζωής (Quality Adjusted Life Years – QALYs), τα Έτη Ζωής Χωρίς Αναπηρία (Disability Adjusted Life Years - DALYs), ο Rosser Index, κ.α.

### **3.4.2. Εργαλεία συγκεκριμένων ασθενειών- Εργαλεία εξειδικευμένα στη νεφροπάθεια.**

Τα εργαλεία συγκεκριμένων ασθενειών χρησιμοποιούνται για να μετρούν το επίπεδο υγείας ατόμων που πάσχουν από συγκεκριμένα νοσήματα. Χαρακτηριστικό αυτών των ερευνητικών εργαλείων είναι ότι παρουσιάζουν μεγάλη ευαισθησία και μπορούν να ανιχνεύουν αλλαγές της κατάστασης υγείας των ασθενών. Τα πρώτα εργαλεία μέτρησης της ποιότητας ζωής των νεφροπαθών ασθενών εμφανίστηκαν την τελευταία εικοσαετία (Υφαντόπουλος, 2006). Τα πιο συχνά χρησιμοποιούμενα είναι:

Το ψυχομετρικό εργαλείο *Kidney Disease Quality of Life (KDQOL)* το οποίο δημιουργήθηκε το 1994 και αποτελείται από 134 ερωτήσεις (Hays, Kallich et al, 1994). Αναφέρεται στα ιδιαίτερα προβλήματα και στις ανησυχίες των νεφροπαθών ασθενών και ειδικά στα οργανικά τους συμπτώματα, στις επιδράσεις της νεφρικής νόσου στην καθημερινή ζωή, στη γνωσιακή λειτουργία, στην κατάσταση εργασίας, στη σεξουαλική λειτουργία, στην ποιότητα των κοινωνικών συναναστροφών και του ύπνου, στην υποστήριξη που λαμβάνουν από τους συγγενείς και από το προσωπικό των μονάδων τεχνητού νεφρού, στη γενικότερη ικανοποίηση των ασθενών, αλλά και σε μια προσωπική εκτίμηση της ποιότητας ζωής τους από τους ίδιους τους ασθενείς. Χαρακτηρίζεται από πολλούς ερευνητές ως κουραστικό και χρονοβόρο αφού αποτελείται από 134 ερωτήσεις και απευθύνεται σε ασθενείς ΤΣΧΝΑ, οι οποίοι είναι ήδη επιφορτισμένοι με το πρόβλημα της υγείας τους αλλά κατέχει υψηλή αξιοπιστία και εγκυρότητα.

Ένα ακόμη εργαλείο εξειδικευμένο στη νεφροπάθεια είναι το *Renal Quality of Life Profile (RQLP)*. Αυτό περιλαμβάνει 43 ερωτήσεις, βάσει των οποίων αξιολογούνται συμπεριφορές δυσλειτουργίας για ασθενείς με ΤΣΧΝΑ που ταξινομούνται σε 5 κατηγορίες: α) συνήθειες διατροφής, β) σωματική δραστηριότητα, γ) αναψυχή και αξιοποίηση ελεύθερου χρόνου, δ) ψυχοκοινωνικές αντιλήψεις και ε) εκτίμηση θεραπευτικών παρεμβάσεων. Το ερωτηματολόγιο αυτό είναι κατανοητό, σύντομο και χαρακτηρίζεται από αξιοπιστία, εγκυρότητα και καλή ευαισθησία στις αλλαγές της υγείας (Salek, 1996).

Επιπρόσθετα, για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής των νεφροπαθών χρησιμοποιείται και το *Kidney Disease Questionnaire (KDQ)*. Το ερωτηματολόγιο αυτό δημιουργήθηκε από τους Lauracis, Muirhead και τους συνεργάτες τους το 1992 και περιλαμβάνει 26 ερωτήματα

ταξινομημένα σε πέντε κατηγορίες: α) φυσικά συμπτώματα β) κόπωση γ) κατάθλιψη δ) σχέσεις με το περιβάλλον και ε) ψυχολογική πίεση. Χαρακτηρίζεται από εγκυρότητα και αξιοπιστία ενώ η ευαισθησία του ελέγχτηκε σε άτομα που ελάμβαναν ερυθροποιητίνη (Laupacis, Muierhead, et al, 1992).

#### 4. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΕ ΕΞΩΝΕΦΡΙΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ.

Η ποιότητα ζωής των ασθενών που πάσχουν από χρόνια νεφρική ανεπάρκεια εξαρτάται από τις στρατηγικές αντιμετώπισης που αυτοί θα ενεργοποιήσουν προκειμένου να ανταπεξέλθουν στους ρόλους της καθημερινής τους ζωής καθώς και από ορισμένους άλλους παράγοντες ανεξάρτητους από την κοσμοθεωρία τους. Οι σημαντικότεροι από αυτούς τους παράγοντες είναι: η ηλικία, το φύλο, το μορφωτικό επίπεδο, η κοινωνική κατάσταση και το οικονομικό εισόδημα. Επιπρόσθετα, η ποιότητα ζωής επηρεάζεται από παράγοντες που σχετίζονται με την ασθένεια τους, όπως η εμφάνιση αναιμίας, η εξέλιξη της βλάβης, η έγκαιρη παραπομπή σε νεφρολόγο και η τακτική παρακολούθηση.

Τέλος σημαντική επίδραση στην ποιότητα ζωής έχει η μέθοδος υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας καθώς και ο χώρος που πραγματοποιείται αυτή, αν δηλαδή πραγματοποιείται στο νοσοκομείο ή στο σπίτι (Kutner, Zhang et al, 2005).

Ως προς τους παράγοντες που επιδρούν και στη ζωή του γενικού πληθυσμού, όπως η ηλικία, αξίζει να σημειωθεί ότι στο γενικό πληθυσμό, η προχωρημένη ηλικία συσχετίζεται αρνητικά με την ποιότητα ζωής καθώς οι σωματικές και πνευματικές ικανότητες του ατόμου μειώνονται με το πέρασμα του χρόνου. Έρευνες σε αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς, έχουν δείξει ότι αυτή η αρνητική συσχέτιση ηλικίας και ποιότητας ζωής, ισχύει και για μικρότερες ηλικίες και η ποιότητα ζωής των αιμοκαθαιρόμενων υπολείπεται αυτής του γενικού πληθυσμού, για κάθε ηλικία. (Hays, Kallich et al, 1994, Kutner, Zhang, et al, 2000)

Επίσης, ως προς το φύλο έχει παρατηρηθεί, ότι η ποιότητα ζωής των γυναικών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση υπολείπεται αυτής των ανδρών ασθενών, γεγονός που πιθανά σχετίζεται με την ψυχολογία της γυναίκας, τις περιορισμένες κοινωνικές της δραστηριότητες, την όχι εύκολη αποδοχή της κατάστασής της και τους αυξημένους ρόλους που αναλαμβάνει, όπως την ευθύνη της οικογένειας και του νοικοκυριού (Lopes, Bragg et al, 2002; Kontodimopoulos, Pappa et al, 2009).

Επιπρόσθετα, ως προς το μορφωτικό επίπεδο αναφέρεται ότι, οι νεφροπαθείς με υψηλό μορφωτικό επίπεδο δείχνουν να κατανοούν καλύτερα τα θέματα που αφορούν τη νόσο από την οποία πάσχουν όπως π.χ τις επιπτώσεις, τα συμπτώματα, τη διαιτητική και θεραπευτική αγωγή. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να συμμορφώνονται πιο πρόθυμα με τις ιατρικές οδηγίες, εξασφαλίζοντας έτσι καλύτερο έλεγχο της υγείας τους και καλύτερη ποιότητα ζωής (Τσιολάκη, 2009).

Ως προς τη οικονομική κατάσταση, η οποία καθορίζεται από την επαγγελματική απασχόληση και το εισόδημα γενικότερα, έχει διαπιστωθεί ότι μεταξύ των ατόμων με χαμηλά και υψηλά εισοδήματα υπάρχει μια διαφορά επτά ετών στο προσδόκιμο επιβίωσης (Υφαντόπουλος, 1986). Είναι σαφές ότι η ένταξη του ασθενούς στην αιμοκάθαρση, δημιουργεί οικονομικές δυσκολίες που συνήθως συνεπάγονται τη δημιουργία άγχους, νευρικότητας ή και κατάθλιψης, γεγονός που έχει αρνητική επίδραση στην ποιότητα ζωής του (Lambert, 1987).

Τέλος, ως προς την οικογενειακή κατάσταση, αναφέρεται ότι οι έγγαμοι ασθενείς σε σχέση με τους άγαμους βιώνουν πιο θετικά την ασθένεια και τις επιπτώσεις της, γεγονός που οφείλεται στην υποστήριξη και τη φροντίδα που δέχονται από το οικογενειακό τους περιβάλλον (Θεοφίλου, Παναγιωτάκη, 2010). Σύμφωνα με τους Chiang, Peng et. al., (2004), η ύπαρξη οικογενειακής υποστήριξης επιδρά θετικά στην ψυχολογική και την κοινωνική διάσταση της ποιότητας ζωής του πάσχοντα

Ως προς τους παράγοντες που σχετίζονται με τη μέθοδο της θεραπείας από πλήθος ερευνητικών μελετών έχουν βγει συμπεράσματα που φανερώνουν ότι η εξωνεφρική κάθαρση και ιδιαίτερα η ενδονοσοκομειακή αιμοκάθαρση, δημιουργεί σοβαρές επιπλοκές και αντικειμενικά φαίνεται να έχει τα χειρότερα αποτελέσματα στην ποιότητα ζωής σε σχέση με τους ασθενείς που υποβάλλονται σε περιτοναϊκή κάθαρση ή έχουν μεταμοσχευθεί (Evans, 1985, Παναγοπούλου, 2009). Επίσης, χαμηλότερη ποιότητα ζωής παρατηρείται στους ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση για μεγάλο χρονικό διάστημα (Θεοφίλου, Παναγιωτάκη, 2010)

#### 4.1. Ψυχολογικά και κοινωνικοοικονομικά προβλήματα αιμοκαθαιρόμενων ασθενών.

Η νεφρική ανεπάρκεια στη ζωή ενός ανθρώπου, εξαιτίας των απωλειών και των αλλαγών που επιφέρει, προκαλεί αναπόφευκτα σοβαρά προβλήματα σε όλα τα επίπεδα της ανθρώπινης ζωής και έχει αρνητική επίδραση στην ποιότητα της. Η ποιότητα ζωής των νεφροπαθών ασθενών επηρεάζεται σε τρεις κυρίως τομείς:

- Τη φυσική δραστηριότητα, η οποία περιλαμβάνει τη σωματική λειτουργικότητα, την ικανότητα να αυτοεξηγηρηθούν και την ικανότητα για εργασία.
- Την ψυχολογική λειτουργία, η οποία εμπεριέχει το αίσθημα της ικανοποίησης, την αυτοεκτίμηση, την ευημερία αλλά και την ύπαρξη άγχους, κατάθλιψης, και ανησυχίας.
- Την κοινωνική προσαρμογή, η οποία περιλαμβάνει τις δραστηριότητες του ελεύθερου χρόνου, την ψυχαγωγία, και τις κοινωνικές και οικογενειακές υποχρεώσεις και δραστηριότητες (Creary, Drennan, 2005).

Όπως αναφέρθηκε, οι ασθενείς που υποβάλλονται σε θεραπεία υποκατάστασης με τεχνητό νεφρό έχουν χαμηλή ποιότητα ζωής εξαιτίας τόσο της νόσου όσο και της μεθόδου θεραπείας και παρουσιάζουν πλήθος σωματικών προβλημάτων, όπως κεφαλαλγία, ζάλη, ναυτία, αίσθημα αιμοδιών, πόνο στα οστά και στις αρθρώσεις καθώς και σημαντικού βαθμού κόπωση.

Το αίσθημα της κόπωσης αποτελεί ιδιαίτερο χαρακτηριστικό των ασθενών αυτών και βρίσκεται ανάμεσα στους πρώτους δέκα παράγοντες με στρεσογόνο επίδραση (Anger, 1975, Foster, 1973). Στους αιμοκαθαρόμενους ασθενείς η έννοια της κόπωσης περιλαμβάνει: (i) τη φυσική κόπωση, στην οποία εντάσσεται η καθημερινή κόπωση από την ασθένεια ή τη θεραπεία (ii) την επιβαρυντική κόπωση η οποία περιλαμβάνει την απέχθεια για τη χρόνια θεραπεία, την κατάθλιψη και την εξάντληση και (iii) τη γνωσιακή κόπωση, η οποία αφορά τη θλίψη για την απώλεια της πνευματικής οξύτητας και τη σκόπιμη απομόνωση (Lee, Lin et al, 2000). Η μεγάλη συχνότητα εμφάνισης των ενεργών κλινικών προβλημάτων που αναφέρθηκαν, επηρεάζει την ικανότητα για ανεξάρτητη καθημερινή δραστηριότητα. Αρκετοί από αυτούς χρειάζονται βοήθεια για να μετακινηθούν, για να περπατήσουν και να αυτοεξηγηρηθούν (Ifudu, 1998). Αξίζει επίσης, να σημειωθεί ότι οι περισσότεροι από τους αιμοκαθαρόμενους χρειάζονται νοσηλεία τουλάχιστον μια φορά το χρόνο για την αντιμετώπιση προβλημάτων που προκύπτουν και αποτελούν ανεπιθύμητες εκδηλώσεις της αιμοκάθαρσης ή επιπλοκές της νόσου (Σταυριανού, 2007, Καϊτελίδου, Λιαρόπουλος και συν., 2007).

Η ένταξη των νεφροπαθών στην αιμοκάθαρση, η εξάρτησή τους από ένα μηχάνημα, τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν και ο περιορισμός του διαθέσιμου χρόνου τους, δημιουργούν κοινωνικοοικονομικές μεταβολές στη ζωή τους που είναι πολύ σημαντικές.

Ειδικότερα, ένα υψηλό ποσοστό νεφροπαθών αναγκάζεται είτε να σταματήσει την εργασία του είτε να υποαπασχολείται είτε να αλλάξει χώρο και αντικείμενο απασχόλησης (Gutman, Stead et al, 1981, Καϊτελίδου, Λιαρόπουλος και συν., 2007). Αποτελέσματα ερευνών δείχνουν ότι το πρόβλημα της εργασίας ουσιαστικά υφίσταται για νεαρά και μέσης ηλικίας άτομα (Σταυριανού,2007). Το οικονομικό πρόβλημα των νεφροπαθών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση γίνεται οξύτερο καθώς συχνά μερικοί από αυτούς αναγκάζονται να εγκαταλείψουν τη μόνιμη κατοικία τους και να ενοικιάσουν κάποιο διαμέρισμα στην περιοχή που βρίσκεται η μονάδα στην οποία υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση.

Πέρα όμως από τα προβλήματα που προκύπτουν από την αναγκαστική μετοίκιση και μετακίνηση σε μεγάλες αποστάσεις, η εξάρτηση από την μονάδα αιμοκάθαρσης προκαλεί στους αιμοκαθαρόμενους ασθενείς αντικειμενικά μεγάλες δυσκολίες τόσο σε σύντομες όσο και μακροχρόνιες διακοπές και ταξίδια (Παναγοπούλου, 2009).

Επιπρόσθετα, κάτω από τις πιέσεις των νέων συνθηκών οι ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση παρουσιάζουν ποικίλες ψυχολογικές και ψυχικές διαταραχές με κυριότερες αυτές του στρες και της κατάθλιψης. Μελέτες αναφέρουν ότι μεγάλο ποσοστό των αιμοκαθαρόμενων ασθενών παρουσιάζει κάποιου βαθμού κατάθλιψη (Valderrabano, Jofre et al, 2001, Lopes, Bragg et al, 2002). Η κατάθλιψη μπορεί να εμφανιστεί ως συνεχή θλίψη, κόπωση, απώλεια ενέργειας, αϋπνία ή υπερβολική υπνηλία κατά τη διάρκεια της μέρας, αίσθημα αναξιοσύνης και μειωμένο σεξουαλικό ενδιαφέρον. Αξίζει να τονισθεί, ότι οι διαταραχές του ύπνου είναι αποτέλεσμα τόσο της ύπαρξης κατάθλιψης όσο και του φόρτου της ασθένειας. Επίσης, η μείωση της σεξουαλικής δραστηριότητας, που αναφέρεται ως σεξουαλική δυσλειτουργία, είναι πολύ συχνή σε άνδρες και γυναίκες ασθενείς, γεγονός που μπορεί να οφείλεται τόσο σε οργανικά αίτια όσο και σε ψυχολογικούς παράγοντες όπως η κατάθλιψη που προαναφέρθηκε, αλλά και σε παράγοντες ανεξάρτητους όπως η προχωρημένη ηλικία. Εντούτοις ο ρόλος των ψυχολογικών παραγόντων σε αυτό τον τομέα είναι ακόμα ασαφής (Peng et al, 2007).

Στην πληρέστερη κατανόηση των προβλημάτων τόσο της σωματικής υγείας όσο και της συναισθηματικής κατάστασης των νεφροπαθών βοηθούν τα αποτελέσματα που έχουν βγει από διάφορες έρευνες. Οι ίδιοι οι αιμοκαθαίρομενοι ασθενείς παρατήρησαν ότι αισθάνονται φόβο και αγωνία για το εξέλιξη της ασθένειας τους καθώς οι ίδιοι είναι ανίσχυροι για την βελτίωσή της, αφού εξαρτάται από παράγοντες που δεν μπορούν να επηρεάσουν (Iordanidis, Alivanis et al, 1993). Φόβο και ανησυχία αισθάνονται επίσης και για τη μοναξιά, για τον πόνο, για την απώλεια της οικογένειας, των φίλων, των σωματικών ικανοτήτων και του ελέγχου.

Παραδέχτηκαν ότι παρουσίασαν αλλαγές στη συμπεριφορά τους εξαιτίας του θυμού και της ζήλιας που ένοιωθαν και έγιναν νευρικοί, ευερέθιστοι, απότομοι και αγχώδεις με αποτέλεσμα να δημιουργούνται προβλήματα τόσο στις οικογενειακές και φιλικές τους σχέσεις όσο και στις σχέσεις με τους παρόχους φροντίδας. Μερικοί από αυτούς προτίμησαν να απομονωθούν και να μη συμμετάσχουν σε διάφορες κοινωνικές εκδηλώσεις, αφού όταν επιχείρησαν να ενσωματωθούν, ένοιωσαν μειονεκτικά εξαιτίας της αλλαγής της σωματικής τους εικόνας αλλά και λόγω των περιορισμών στην πόση υγρών και στη διατροφή.

Η ύπαρξη οικογενειακής υποστήριξης, η ανάπτυξη φιλικών σχέσεων με το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, η στήριξη από ψυχολόγο και η δημιουργική απασχόληση είναι μερικοί τρόποι για την αντιμετώπιση των ψυχολογικών τους προβλημάτων.

#### 4.2. Η ποιότητα ζωής ως προγνωστικός παράγοντας νοσηρότητας και θνητότητας.

Τα τελευταία χρόνια συντελείται μια διαρκής βελτίωση σε ότι αφορά τα μηχανήματα αιμοκάθαρσης, τα διαλύματα, τα φίλτρα και τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση της ΧΝΑ. Οι εξελίξεις αυτές στην τεχνολογία και στη φαρμακολογία οδήγησαν σε αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης των νεφροπαθών ασθενών. Παρόλα αυτά, η νοσηρότητα και η θνησιμότητα των αιμοκαθαιρόμενων παραμένει υψηλότερη από την αντίστοιχη του γενικού πληθυσμού και το προσδόκιμο επιβίωσης των πασχόντων από χρόνια νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου είναι σημαντικά χαμηλότερο σε σχέση με το αντίστοιχο υγιών ατόμων ίδιας ηλικίας, φύλου και φυλής. Υπολογίζεται συγκεκριμένα, ότι η ετήσια θνησιμότητα των ασθενών αυτών κυμαίνεται κάθε χρόνο κατά προσέγγιση σε 10-20%. Πρόσφατα στοιχεία, δείχνουν ότι η μέση υπολειπόμενη διάρκεια ζωής σε άτομα 49 ετών στις ΗΠΑ, είναι 30 χρόνια για τον γενικό πληθυσμό και μόνο 6-10 χρόνια σε ασθενείς που υποβάλλονται σε χρόνια περιοδική αιμοκάθαρση (URSDS, 2009).

Στους σημαντικότερους παράγοντες που ευθύνονται για την υψηλή νοσηρότητα και θνησιμότητα των ασθενών με τελικό στάδιο χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας συγκαταλέγονται η ηλικία, η ύπαρξη αναιμίας, η μειωμένη φυσική δραστηριότητα, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, η μη αποδοχή της νόσου, το χαμηλό επίπεδο κοινωνικής υποστήριξης και η πρωτοπαθής αιτία της νόσου. Στους παραπάνω παράγοντες προστίθενται η μη έγκαιρη διάγνωση και έναρξη θεραπείας, η επάρκεια της αιμοκάθαρσης, η σταθερή αρτηριακή πίεση κατά τη διάρκεια της συνεδρίας και η καλή διατροφική κατάσταση του ασθενή (Samaai, Uys, 2005).

### 4.3. Βιβλιογραφική ανασκόπηση

Τελευταία, η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των νεφροπαθών ασθενών και ειδικά αυτών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση, έχει γίνει μια πολύ ενδιαφέρουσα περιοχή μελέτης για επιστήμονες από διάφορους τομείς. Μια σύντομη ανασκόπηση στη διεθνή βιβλιογραφία αποκαλύπτει ότι οι αιμοκαθαιρόμενοι παρουσιάζουν χαμηλές τιμές στις περισσότερες διαστάσεις της ποιότητας ζωής και εμφανίζουν χειρότερη ποιότητα ζωής σε σύγκριση με τους ασθενείς που υποβάλλονται σε περιτοναϊκή κάθαρση ή έχουν μεταμοσχευθεί.

Ειδικότερα, οι Gutman, Stead et al (1981) μελέτησαν ένα δείγμα 2481 ασθενών με ΧΝΑ και βρήκαν ότι μόνο το ένα τέταρτο από αυτούς ήταν ικανοί για εργασία.

Οι Evans, Manninen et al (1985) μελέτησαν την ποιότητα της ζωής ασθενών που είχαν υποβληθεί σε μεταμόσχευση, ασθενών που βρίσκονταν σε αιμοκάθαρση και ασθενών που βρίσκονταν σε περιτοναϊκή κάθαρση, στο Ηνωμένο Βασίλειο και από τα αποτελέσματα της έρευνας τους φάνηκε, ότι οι ασθενείς που βρίσκονταν σε αιμοκάθαρση εμφάνιζαν χειρότερη ποιότητα ζωής, σε σχέση με τις άλλες ομάδες.

Σε έρευνα των Hays, Kallich et al (1994), βρέθηκε ότι τα μέσα σκορ για το ερωτηματολόγιο KDQOL ήταν χαμηλότερα στους ασθενείς με ΧΝΑ κατά ένα τέταρτο (25%) σε σχέση με την συναισθηματική ισορροπία και κατά 100% σε σχέση με τη φυσική κατάσταση και τη γενική υγεία με τον γενικό πληθυσμό.

Ο Ifudu (1998), παρατήρησε ότι το 36% των ασθενών που υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση χρειάζονταν κάποιου είδους σωματική βοήθεια για να πραγματοποιήσουν τις καθημερινές δραστηριότητές τους.

Οι Valderrabano, Jofre et al, σε μελέτη τους το 2001, συμπέραναν ότι το 70% των αιμοκαθαρόμενων ασθενών που παρακολούθησαν, παρουσίαζε κάποιου βαθμού κατάθλιψη.

Επίσης, οι Lopes, Bragg et al, (2002) σε μια ερευνητική μελέτη 5256 αιμοκαθαιρόμενων ασθενών από την Αμερική και την Ευρώπη παρατήρησαν κατάθλιψη σε ένα ποσοστό 30%.

Οι Thong, Karptein, et al (2007) κατέληξαν ότι ένα ποσοστό 45-80% των αιμοκαθαίρομένων, παρουσιάζει διαταραχές στο ύπνο εξαιτίας της ύπαρξης κατάθλιψης και του φόρτου της ασθένειας.

Στη μελέτη DOPPS (Hayassino, Fukuhara et al., 2009), που μελετήθηκαν 537 αιμοκαθαιρόμενοι διαπιστώνεται ότι η σωματική και η ψυχική υγεία των ασθενών αυτών,

είναι χαμηλότερη από του γενικού πληθυσμού, ενώ το χαμηλό άθροισμα των συνιστωσών της σωματικής υγείας σχετίζεται με αυξημένη θνησιμότητα.

Τέλος, σε μια μελέτη των Clement, Klarenbach et al., (2009), που χρησιμοποίησαν το ερευνητικό εργαλείο SF-36 εμφανίστηκαν επηρεασμένες οι εξής διαστάσεις της ποιότητας ζωής: η σωματική υγεία, η ψυχική υγεία, η κοινωνική λειτουργικότητα και η γενική υγεία.

Η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των νεφροπαθών έχει απασχολήσει και μερικούς ερευνητές στον Ελλαδικό χώρο, οι οποίοι έχουν πραγματοποιήσει μελέτες με τη χρήση διαφόρων εργαλείων μέτρησης και κατέληξαν σε συμπεράσματα παρόμοια με αυτά της διεθνούς βιβλιογραφίας. Οι αναφορές όμως είναι περιορισμένες.

Συγκεκριμένα, οι Καϊτελίδου και οι συνεργάτες της, (2007) αφού μελέτησαν 200 νεφροπαθείς ασθενείς, βρήκαν πως η αιμοκάθαρση συνδέεται με υψηλή απώλεια παραγωγικότητας καθώς επίσης διαπιστώθηκε ότι επέφερε ορισμένες αλλαγές στην καθημερινή ζωή των ασθενών. Συγκεκριμένα το 60,2% των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών αναγκάστηκε να αλλάξει επάγγελμα και το 36,7% συνταξιοδοτήθηκε πρόωρα. Επίσης, κάποιιοι αναγκάστηκαν να αλλάξουν τόπο διαμονής προκειμένου να βρίσκονται πλησιέστερα στη μονάδα αιμοκάθαρσης. Τέλος, ένα ποσοστό (19%) δήλωσε ότι λόγω της περιορισμένης σωματικής του λειτουργικότητας αναγκάστηκε να προσλάβει οικιακή βοηθό με αποτέλεσμα να επιβαρυνθεί ακόμη περισσότερο η οικονομική του κατάσταση.

Οι Καστρούνη και Σαραντοπούλου (2008), μελέτησαν 93 αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς για τους οποίους κατέληξαν ότι παρουσιάζουν χαμηλή ποιότητα ζωής ειδικά στις κλίμακες που αναφέρονται στην επιβάρυνση από τη χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, στην εργασιακή κατάσταση και στη σεξουαλική λειτουργία.

Στην έρευνα της Παναγοπούλου (2009) μετρήθηκε η ποιότητα ζωής σε 48 μεταμοσχευμένους ασθενείς, σε 36 ασθενείς που ήταν σε περιτοναϊκή κάθαρση και σε 40 ασθενείς που βρίσκονταν σε αιμοκάθαρση. Οι μεταμοσχευμένοι ασθενείς αποδείχθηκε ότι είχαν καλύτερη ποιότητα ζωής σε σχέση με τις δύο άλλες ομάδες. Οι ασθενείς σε αιμοκάθαρση σημείωσαν τις χαμηλότερες τιμές σε όλους τις διαστάσεις της ποιότητας ζωής.

Ο Παπαδάκης (2010) κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η σωματική λειτουργικότητα των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών επηρεάζεται από την ηλικία, τη συνοσηρότητα, το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο και τη διάρκεια του χρόνου υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας. Επίσης, παρατήρησε χαμηλή τιμή στην κοινωνική λειτουργικότητα και την ψυχική υγεία των ασθενών του δείγματος του.



Σε μια άλλη μελέτη των Θεοφίλου και Παναγιωτάκη (2010) όπου μελετήθηκε η ποιότητα ζωής σε 135 ασθενείς με ΤΣΧΝΑ, διαπιστώθηκε ότι οι ασθενείς που υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση για περισσότερα έτη, είχαν σημαντικά χαμηλότερες τιμές στις κλίμακες ποιότητας ζωής. Επίσης στην ίδια μελέτη βρέθηκε ότι οι ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας είχαν χαμηλότερα επίπεδα σωματικής και ψυχολογικής υγείας.

Επιπρόσθετα, οι γυναίκες όπως και οι χήροι ή διαζευγμένοι ασθενείς αξιολογούσαν πιο αρνητικά την ψυχική τους υγεία καθώς και τις σχέσεις με το περιβάλλον τους.

Αξίζει να τονισθεί, ότι το εξειδικευμένο για τη νεφροπάθεια ερευνητικό εργαλείο KDQOL-SF συναντάται σε ελάχιστες ερευνητικές μελέτες στον Ελλαδικό χώρο. Η επιλογή του συγκεκριμένου ερευνητικού εργαλείου στην παρούσα μελέτη έγινε με γνώμονα αυτή τη διαπίστωση. Τα αποτελέσματα αυτών των ερευνητικών προσπαθειών παρατίθενται συνοπτικά παρακάτω.

Σε ερευνητική εργασία που πραγματοποιήθηκε από το Μότσιο (2004), παρατηρήθηκε ότι οι 50 αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς που συμμετείχαν στην έρευνά του είχαν υψηλή βαθμολογία στις κλίμακες που αφορούσαν την σεξουαλική λειτουργία, την ενθάρρυνση από το προσωπικό και το σωματικό πόνο, αλλά παρουσίαζαν χαμηλή βαθμολογία στις κλίμακες του σωματικού ρόλου και της εργασίας.

Ο Κοντοδημόπουλος (2006), σε δείγμα 874 ασθενών, από τους οποίους οι 642 ήταν σε αιμοκάθαρση, οι 65 σε περιτοναϊκή κάθαρση και οι 167 μεταμοσχευμένοι, κατέγραψε τις χαμηλότερες τιμές στις διαστάσεις που αφορούσαν τη γενική υγεία και την εργασία στους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς, το σωματικό ρόλο και την εργασία στους περιτοναϊκούς και τη γενική υγεία και την εργασία σε αυτούς που είχαν υποβληθεί σε μεταμόσχευση.

Επίσης, βρήκε πως το φύλο και η ηλικία αποτελούν παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής. Συγκεκριμένα, οι άνδρες καθώς και οι νεότεροι σε ηλικία ασθενείς με ΧΝΑ, ανέφεραν καλύτερη ποιότητα ζωής, η οποία όμως ήταν πάντα χαμηλότερη σε σχέση με το γενικό πληθυσμό.

Η Σταυριανού (2007) στη διατριβή της διερεύνησε την ποιότητα ζωής 146 ασθενών που βρίσκονταν σε θεραπεία αιμοκάθαρσης σε διάφορες μονάδες τεχνητού νεφρού σε όλη την Ελλάδα και διαπίστωσε χαμηλές τιμές στις κλίμακες που αφορούσαν την εργασία, τη σεξουαλική λειτουργικότητα, το φόρτο και τις επιδράσεις της ασθένειας καθώς επίσης και στις κλίμακες που αφορούσαν τη σωματική λειτουργικότητα, τη γενική υγεία, τη ζωτικότητα και την ψυχική υγεία. Επιπρόσθετα, παρατήρησε ότι παρόλο που το 61% των συμμετεχόντων ήταν σε παραγωγική ηλικία μόνο το 23% είχαν παραμείνει στη θέση τους, ενώ οι υπόλοιποι ήταν είτε άνεργοι, είτε σε άδεια ασθένειας, είτε είχαν συνταξιοδοτηθεί λόγω μερικής

αναπηρίας. Τέλος, συγκρίνοντας το δείγμα της έρευνας της με τον Ελληνικό γενικό πληθυσμό, βρήκε ότι οι αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς αντιλαμβάνονταν την ΣΥΠΖ τους ως χειρότερη σε σχέση με του γενικού Ελληνικού πληθυσμού σε όλες τις κλίμακες του SF-36, εκτός του σωματικού πόνου.

Η Διαμαντοπούλου (2008) στην έρευνα της παρατήρησε ότι οι αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς είχαν χαμηλή σωματική λειτουργικότητα, ψυχική υγεία και ζωτικότητα, αντιμετώπιζαν προβλήματα στον ύπνο, την κοινωνική αλληλεπίδραση, τη σεξουαλική ζωή, σταμάτησαν την εργασία τους και ενοχλούνταν πολύ από τους καθημερινούς περιορισμούς που βίωναν.

## **ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

## 5. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Η εκπόνηση της παρούσας μεταπτυχιακής διατριβής στηρίζεται σε δεδομένα που προέρχονται τόσο από την πρωτογενή έρευνα όσο και από δευτερογενείς πηγές πληροφόρησης. Τα πρωτογενή δεδομένα προέρχονται από τους ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση σε δυο ιδιωτικές και δύο δημόσιες μονάδες τεχνητού νεφρού του νομού Αχαΐας, μέσω της συμπλήρωσης ερωτηματολογίων, βάση των οποίων αξιολογούνται οι διάφορες συνιστώσες της ποιότητας ζωής τους.

Δευτερογενείς πηγές πληροφόρησης αποτελούν τα στοιχεία που προέρχονται από τη διεθνή και ελληνική βιβλιογραφική ανασκόπηση (δημοσιευμένες μελέτες, άρθρα κ.ά) καθώς και στατιστικά στοιχεία από υπηρεσίες και φορείς σχετικά με τους πάσχοντες από χρόνια νεφρική ανεπάρκεια και τους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς (Υπηρεσία Συντονισμού και Ελέγχου ΤΣΧΝΑ, European Renal Association, United States Renal Data System).

### 5.1. Σκοπός της έρευνας- Βασικά ερευνητικά ερωτήματα

Σκοπός της ερευνητικής αυτής μελέτης είναι η εκτίμηση της ποιότητας ζωής των ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση στο νομό Αχαΐας. Επίσης, διερευνήθηκε κατά πόσο ορισμένοι παράγοντες όπως η ηλικία, το φύλο, το μορφωτικό επίπεδο, το επάγγελμα, η οικογενειακή κατάσταση και ο χρόνος που υποβάλλεται ένας ασθενής σε αιμοκάθαρση σχετίζονται με τις διαστάσεις της ποιότητας ζωής του.

Οι αντικειμενικοί στόχοι της έρευνας είναι:

- Η περιγραφή των χαρακτηριστικών των ασθενών που πάσχουν από χρόνια νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου και υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση στο νομό Αχαΐας.
- Η αποτύπωση της υποκειμενικής αντίληψης των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών για την ποιότητα ζωής τους.
- Ο προσδιορισμός των παραγόντων που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών.

Τα βασικά ερευνητικά ερωτήματα είναι:

- Ποια είναι τα κοινωνικά-δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση στο νομό Αχαΐας;
- Ποια είναι η ποιότητα ζωής των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών;

- Η ηλικία, το φύλο, το μορφωτικό επίπεδο, η επαγγελματική και η οικογενειακή κατάσταση των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών σχετίζεται με την ποιότητα ζωής τους;
- Το χρονικό διάστημα παραμονής των ασθενών σε πρόγραμμα αιμοκάθαρσης, σχετίζεται με την ποιότητα ζωής τους;

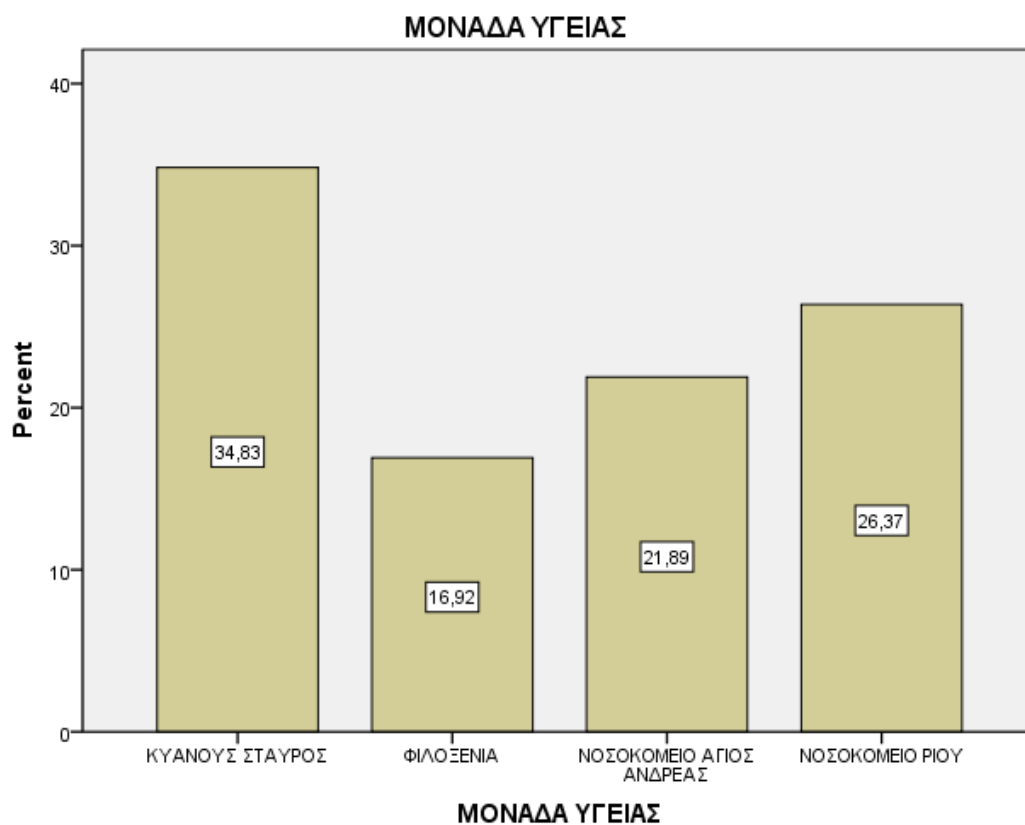
## 5.2. Υλικό και μέθοδος

### 5.2.1. Πληθυσμός και δείγμα της έρευνας.

Ο πληθυσμός από τον οποίο καταρτίστηκε το δείγμα για την προτεινόμενη μελέτη αποτελούνταν από ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου που ήταν ενταγμένοι σε πρόγραμμα αιμοκάθαρσης στις 4 από τις 5 ιδιωτικού και δημόσιου χαρακτήρα μονάδες τεχνητού νεφρού στο νομό Αχαΐας. Συγκεκριμένα στην παρούσα έρευνα συμμετείχαν αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς από 2 ιδιωτικές μονάδες τεχνητού νεφρού: «Κυανούς Σταυρός» στην Πάτρα και «Φιλοξένια» στη Ροδοδάφνη Αιγίου και από τις 2 δημόσιες: Γενικό Νοσοκομείο Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας» και Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ρίου «Παναγία η Βοήθεια».

Ο αριθμός των πασχόντων που ήταν καταγεγραμμένοι στα μητρώα των αντίστοιχων μονάδων και ακολουθούσαν το θεραπευτικό πρόγραμμα της αιμοκάθαρσης την περίοδο διεξαγωγής της έρευνας ήταν 244. Από αυτούς τα κριτήρια εισαγωγής στην μελέτη πληρούσαν οι 220 ασθενείς. Τελικά αποδέχθηκαν να απαντήσουν στα ερωτηματολόγια, οι 201 ασθενείς. Οι υπόλοιποι για διάφορους προσωπικούς λόγους αρνήθηκαν να συμμετάσχουν στην έρευνα.

Αναλυτικότερα, το 48,3% των ερωτηματολογίων συμπληρώθηκε από τους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς των δημόσιων μονάδων υγείας- Νοσοκομείο Άγιος Ανδρέας 21,89% και Νοσοκομείο Ρίου 26,37%, ενώ το 51,7% των ερωτηματολογίων συμπληρώθηκε από τους ασθενείς των ιδιωτικών μονάδων-Κυανούς Σταυρός 34,83% και Φιλοξενία 16,92%. (γράφημα 5.1)



**Γράφημα 5.1: Μονάδες Υγείας στις οποίες συμπληρώθηκαν τα ερωτηματολόγια.**

Ως κριτήρια εισαγωγής στο δείγμα της έρευνας τέθηκαν τα εξής:

1. Ηλικία άνω των 18
2. Ικανότητα επικοινωνίας στην ελληνική γλώσσα
3. Διάγνωση ΧΝΑ τελικού σταδίου
4. Παρακολούθηση προγράμματος αιμοκάθαρσης
5. Ικανοποιητικό επίπεδο συνεργασίας και αντιληπτικής ικανότητας

### **5.2.2. Περιγραφή ερευνητικού εργαλείου**

Ως ερευνητικό εργαλείο στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκε ένα ερωτηματολόγιο το οποίο αποτελούνταν από τρία μέρη.

Στο πρώτο μέρος περιλαμβάνονταν ερωτήσεις που αφορούσαν τα κοινωνικο-δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων ασθενών. Αναλυτικότερα, τα ερωτήματα των κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών αφορούσαν τα εξής:

(1) το φύλο, (2) την ηλικία, (3) το επίπεδο σπουδών, (4) την οικογενειακή κατάσταση, (5) την επαγγελματική κατάσταση, (6) τη διακοπή ή αλλαγή επαγγέλματος εξαιτίας της ένταξης σε αιμοκάθαρση, (7) τον τόπο κατοικίας, δηλ. αν ο ασθενής έμενε σε αστική, ημιαστική ή αγροτική περιοχή καθώς οι ασθενείς ήταν άτομα από την ευρύτερη περιοχή της Δυτικής Ελλάδας που υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση στις μονάδες τεχνητού νεφρού του νομού Αχαΐας, (8) την αλλαγή κατοικίας μετά την ένταξη τους στην αιμοκάθαρση, ώστε να βρίσκονται κοντά στη μονάδα τεχνητού νεφρού, (9) την συγκατοίκηση ή όχι με άλλα άτομα, (10) το χρονικό διάστημα σε θεραπεία υποκατάστασης με αιμοκάθαρση, (11) πόσες φορές την εβδομάδα υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση και (12) πόσες ώρες διαρκεί η συνεδρία τους.

Στο δεύτερο μέρος περιλαμβάνονταν οι ερωτήσεις του EQ-5D, δηλαδή του γενικού εργαλείου μέτρησης της ΣΥΠΖ. Πιο συγκεκριμένα το ερωτηματολόγιο αυτό αποτελείται από 4 μέρη:

1. Το σύστημα ταξινόμησης ή περιγραφής της κατάστασης της υγείας του ερωτώμενου. Αυτό περιλαμβάνει πέντε βασικές ερωτήσεις, οι οποίες αναφέρονται σε πέντε διαστάσεις της ΣΥΠΖ : (α) κινητικότητα, (β) αυτοεξυπηρέτηση, (γ) εκτέλεση των συνήθων δραστηριοτήτων, (δ) πόνος και δυσφορία και (ε) άγχος και κατάθλιψη. Η κάθε διάσταση εκτιμάται σε τρία επίπεδα, με δυνατότητα επιλογής μεταξύ τριών απαντήσεων που ταξινομούν τη λειτουργικότητα του ερωτώμενου ως προς αυτή τη διάσταση, σε πλήρη, μέσου ή μικρού βαθμού. Το ερωτηματολόγιο διαθέτει και μία έκτη ερώτηση που διερευνά τη σχέση μεταξύ της σημερινής κατάστασης υγείας και της αντίστοιχης με ένα χρόνο πριν, όπως την αισθάνεται ο συμμετέχοντας στην έρευνα .

2. Το θερμόμετρο: Είναι μια οπτική αναλογική κλίμακα, με βαθμολόγηση μεταξύ του 0 (το οποίο αντιστοιχεί στη χειρότερη κατάσταση υγείας) και του 100 (που αντιστοιχεί στην καλύτερη κατάσταση υγείας). Οι συμμετέχοντες στην έρευνα καλούνται να τραβήξουν μια γραμμή στο σημείο της κλίμακας που θεωρούν ότι αντιστοιχεί στη κατάσταση της υγείας τους. Ο αριθμός που αντιστοιχεί στο σημείο που υπέδειξαν οι ερωτώμενοι είναι ο βαθμός υγείας τους.

3. Το σύστημα αξιολόγησης ενός τυπικού συνόλου καταστάσεων υγείας με τη βοήθεια της οπτικής κλίμακας, για την εύρεση τιμών με κοινωνική προτίμηση, το οποίο είναι απαραίτητο μόνο στις έρευνες που διεξάγονται με σκοπό τη δημιουργία πινάκων τιμών αξιολόγησης

4. Τη φόρμα, η οποία περιλαμβάνει δημογραφικές και άλλες προσωπικές πληροφορίες (Brooks, 1996, Brooks, Rabin et al, 2003).

Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο παρουσιάζει ορισμένα μειονεκτήματα, όπως η έλλειψη ευαισθησίας και το «φαινόμενο οροφής» ή «πατώματος», με καταγραφή υψηλών ποσοστών στις ανώτερες διαβαθμίσεις και πολύ χαμηλών ποσοστών στις κατώτερες διαβαθμίσεις των κλιμάκων του αντίστοιχα (Brazier, Jones et al, 1993, Hurst, Jobanputra et al, 1994, Bosch, Hunink, 2000, Holland, Smith et al, 2004). Πλεονέκτημά του θεωρείται ο χρόνος που απαιτείται για τη συμπλήρωσή του, που σπάνια υπερβαίνει το 1 λεπτό περίπου. Αξίζει να σημειωθεί ότι εξαιτίας της μειωμένης ευαισθησίας του, το EQ-5D πρέπει να συνοδεύεται από άλλα πιο αναλυτικά, γενικά ή και ειδικά όργανα (Δημητρόπουλος, 2009).

Τέλος, το τρίτο μέρος του ερωτηματολογίου περιείχε τις ερωτήσεις του ειδικού ερευνητικού εργαλείου μέτρησης της ποιότητας ζωής των νεφροπαθών που υποβάλλονται σε εξωνεφρική κάθαρση KDQOL-SF. Το ερευνητικό αυτό εργαλείο περιέχει 80 ερωτήσεις και αποτελείται από 2 μέρη. Το πρώτο μέρος περιλαμβάνει 36 ερωτήσεις που συνθέτουν 8 κλίμακες, καθεμία από τις οποίες περιέχει από 2-10 ερωτήσεις. Το δεύτερο μέρος περιλαμβάνει 43 ερωτήσεις που συνθέτουν 11 κλίμακες, καθεμία από τις οποίες έχει από 1 μέχρι 13 ερωτήσεις (πίνακας 5.1). Υπάρχει και μια 44η ερώτηση η οποία αντιστοιχεί σε μία βαθμονομημένη κλίμακα βαθμολόγησης της συνολικής υγείας. Το πρώτο μέρος αντιστοιχεί στο γενικό μέρος της Επισκόπησης Υγείας SF-36 και οι κλίμακες που συνθέτουν οι ερωτήσεις είναι: (α) σωματική λειτουργικότητα, (β) σωματικός ρόλος, (γ) σωματικός πόνος, (δ) γενική υγεία, (ε) ζωτικότητα, (στ) κοινωνική λειτουργικότητα, (ζ) συναισθηματικός ρόλος και (η) ψυχική υγεία. Στο δεύτερο μέρος οι κλίμακες που εξετάζονται είναι: (α) συμπτώματα ασθένειας, (β) αποτελέσματα ασθένειας (γ) φόρτος ασθένειας (δ) εργασία (ε) γνωστική λειτουργικότητα (στ) κοινωνική αλληλεπίδραση (ζ) σεξουαλική λειτουργικότητα (η) ποιότητα ύπνου (θ) κοινωνική υποστήριξη (ι) ενθάρρυνση από το προσωπικό και (ια) ικανοποίηση ασθενών.

**Πίνακας 5.1: Ερωτήσεις και κλίμακες μέτρησης του KDQOL-SF**

Ερευνητικό εργαλείο KDQOL-SF	Πλήθος ερωτήσεων	Αριθμός Ερώτησης
<b>Κλίμακες SF-36</b>		
Σωματική λειτουργικότητα	10	3α-3ι
Ρόλος σωματικός	4	4α-4δ
Σωματικός πόνος	2	7, 8
Γενική υγεία	5	1, 11α-11δ



Ψυχική υγεία	5	9β,9γ,9δ,9στ, 9η
Ρόλος συναισθηματικός	3	5α-5γ
Κοινωνική λειτουργικότητα	2	6, 10
Ζωτικότητα	4	9α, 9ε,9ζ, 9θ
Μεταβολή υγείας*	1	2
<b>Εξειδικευμένες στην νεφροπάθεια κλίμακες (KDQOL)</b>		
Λίστα συμπτωμάτων	12	14 <sup>α</sup> -14ιβ
Συνέπειες νεφροπάθειας	8	15 <sup>α</sup> -15η
Φόρτος της νεφροπάθειας	4	12 <sup>α</sup> -12δ
Εργασία	2	20,21
Γνωστική λειτουργία	3	13β,13δ,13στ
Κοινωνική αλληλεπίδραση	3	13 <sup>α</sup> ,13γ,13ε
Σεξουαλική λειτουργία	2	16 <sup>α</sup> ,16β
Ποιότητα ύπνου	4	17,18α-18γ
Κοινωνική υποστήριξη	2	19 <sup>α</sup> ,19β
Ενθάρρυνση προσωπικού	2	24 <sup>α</sup> ,24β
Ικανοποίηση ασθενούς	1	23

\* Η ερώτηση δεν συμπεριλαμβάνεται σε καμία κλίμακα

Αξίζει όμως να σημειωθεί, ότι η μορφή του ερωτηματολογίου KDQOL-SF δεν προσφέρει την άμεση αξιοποίηση των απαντήσεων, τουλάχιστον σε βάθος στατιστικής ανάλυσης. Για το λόγο αυτό απαιτείται η κατάλληλη κωδικοποίηση των απαντήσεων σε κλίμακα βαθμολογίας 0-100 και η δημιουργία κλιμάκων μέτρησης που να οδηγούν στην κατάλληλη μορφοποίηση των δεδομένων για την ουσιαστική ανάλυση αυτών και τελικά την εξαγωγή αποτελεσμάτων (Hays, Kallich et al., 1995).

Η προ- κωδικοποίησης αριθμητικές τιμές των απαντήσεων σε 38 από τις 80 ερωτήσεις είναι στην κατεύθυνση όπου η υψηλότερη τιμή αντιστοιχεί σε ευνοϊκότερη κατάσταση υγείας του ασθενούς. Για παράδειγμα η απάντηση «Καθόλου» στην ερώτηση Γ9β αντιστοιχεί στην τιμή 6. Εντούτοις, η αριθμητική τιμή στις υπόλοιπες ερωτήσεις του KDQOL-SF είναι στην κατεύθυνση όπου η χαμηλότερη τιμή αντιστοιχεί σε ευνοϊκότερη κατάσταση της υγείας του

ασθενούς. Για παράδειγμα η απάντηση «Καθόλου» στην ερώτηση Γ6 αντιστοιχεί στην τιμή 1 (Hays, Kallich, et al, 1997). Η διαδικασία της κωδικοποίησης του KDQOL-SF πρώτα μετατρέπει τις αρχικές τιμές των ερωτήσεων σε μια δυνατή διακύμανση βαθμολογίας από 0 ως 100, έτσι ώστε η υψηλότερη βαθμολογία κάθε φορά να αντιστοιχεί σε καλύτερη ποιότητα ζωής. Η απάντηση κάθε ερώτησης κυμαίνεται στο εύρος βαθμολογίας από 0-100, έτσι ώστε οι χαμηλότερες και οι υψηλότερες βαθμολογίες να είναι σε σειρά από το 0 ως το 100, αντίστοιχα. Οι βαθμολογίες αντιπροσωπεύουν το ποσοστό όλων των πιθανών βαθμολογιών που μπορούν να επιτευχθούν. Ο πίνακας (5.2) επιδεικνύει την απαιτούμενη διαδικασία κωδικοποίησης για την συντριπτική πλειονότητα των ερωτήσεων του KDQOL-SF.

**Πίνακας 5.2: Κωδικοποίηση που χρησιμοποιήθηκε στην ανάλυση**

Αριθμός Ερώτησης	Αρχική αριθμητική αντιπροσώπευση της απάντησης	Κωδικοποίηση σε κλίμακα 0-100
4 α-δ, 5α-γ, 21	1	0
	2	100
3 α-ι	1	0
	2	50
	3	100
19α, β	1	0
	2	33,33
	3	66,66
	4	100
10,11 α, γ, 12 α-δ	1	0
	2	25
	3	50
	4	75
	5	100
9β,γ,στ,ζ,θ, 13ε,18β	1	0
	2	20
	3	40
	4	60

	5	80
	6	100
20	1	100
	2	0
1-2, 6, 8, 11 β, δ, 14 α- γ, 15α-η, 16 α-β. 24 α-β	1	100
	2	75
	3	50
	4	25
	5	0
7, 9 α, δ, ε, η, 13 α-δ, στ, 18 α, γ	1	100
	2	80
	3	60
	4	40
	5	20
	6	0

Πηγή: Hays, Kallich et al., 1997

Για τις τρεις από τις ερωτήσεις του KDQOL- SF που δεν φαίνονται στον πίνακα 5.2, εφαρμόστηκε διαφορετική κωδικοποίηση. Έτσι στις ερωτήσεις 17 και 22 πολλαπλασιάστηκαν οι αριθμητικές τιμές των απαντήσεων με το 10. Στην ερώτηση 23 οι πιθανές απαντήσεις κυμαίνονται στο εύρος 1-7. Για να κωδικοποιηθούν οι απαντήσεις αυτής της ερώτησης αφαιρείται το 1 από όλες τις τιμές, διαιρείται η διαφορά με 6 και πολλαπλασιάζεται με 100 (Hays, Kallich, et al., 1995).

Το ερευνητικό αυτό εργαλείο έχει μεταφραστεί στα Ελληνικά, βάσει τεκμηριωμένων διαδικασιών της ομάδας εργασίας KDQOL και σύμφωνα με διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες για τη μετάφραση ερωτηματολογίων (Μότσιο, 2004). Επίσης το ερωτηματολόγιο έχει εγκυροποιηθεί στον ελληνικό πληθυσμό και η χρήση του είναι συγκρίσιμη με άλλες διεθνείς έρευνες (Κοντοδημόπουλος, Νιάκας, 2007).

### 5.2.3. Συλλογή δεδομένων ερωτηματολογίων.

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε το χρονικό διάστημα Ιανουαρίου - Απριλίου 2012. Τα ερωτηματολόγια, συμπληρώθηκαν με επί τόπου προσωπική συνέντευξη της ερευνήτριας στους πάσχοντες αιμοκαθαρόμενους ασθενείς είτε στο χώρο αιμοκάθαρσης κατά την διάρκεια της συνεδρίας είτε στο χώρο αναμονής πριν την έναρξη της.

Ακολουθήθηκε αυτή η διαδικασία κυρίως, γιατί οι περισσότεροι ασθενείς δεν μπορούσαν να συμπληρώσουν ιδιοχείρως τα ερωτηματολόγια λόγω περιορισμού του ενός χεριού τους, το οποίο έπρεπε να είναι ακίνητο, όσο ήταν συνδεδεμένοι στο μηχάνημα αιμοκάθαρσης αλλά και λόγω αδυναμίας ανάγνωσης και κατανόησης του γραπτού λόγου. Επίσης, αρκετοί από αυτούς δήλωσαν ότι επιθυμούσαν την συνέντευξη, επειδή ένοιωθαν την ανάγκη «να μιλήσουν σε κάποιον για να περάσει η ώρα τους» όπως χαρακτηριστικά ανέφεραν. Συνολικά μόνο, πέντε ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν ιδιοχείρως από ασθενείς. Κατά τη διάρκεια της συνέντευξης διαβάζονταν αυτολεξεί οι ερωτήσεις και οι απαντήσεις που περιέχονταν στο ερωτηματολόγιο και έτσι δινόταν η δυνατότητα στον ασθενή να επιλέξει την απάντηση που τον αντιπροσώπευε περισσότερο, προκειμένου να επιτευχθεί η αντικειμενικότητα. Στις περισσότερες περιπτώσεις οι ασθενείς παράλληλα με τις απαντήσεις που έδιναν, εξέφραζαν διάφορους προβληματισμούς και απορίες και έτσι ο μέσος χρόνος συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων κυμάνθηκε περίπου στα τριάντα λεπτά της ώρας.

Αξίζει να σημειωθεί ότι, πριν την έναρξη της έρευνας εξασφαλίστηκε η απαραίτητη άδεια της επιτροπής ηθικής και δεοντολογίας και των επιστημονικών συμβουλίων των δημόσιων μονάδων υγείας. Όσο αφορά τις ιδιωτικές μονάδες, άδεια εκτέλεσης της έρευνας έδωσαν οι υπεύθυνοι ιατροί. Επιπρόσθετα για να διασφαλιστεί και η συναίνεση των ασθενών διανεμήθηκε μαζί με το ερωτηματολόγιο, έντυπο που περιέγραφε τον τίτλο και τον σκοπό της έρευνας. Επίσης στην συνοδευτική αυτή επιστολή αναφερόταν ότι το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο και τα αποτελέσματα της έρευνας θα χρησιμοποιούνταν αποκλειστικά μόνο για την ερευνητική αυτή εργασία.

Τέλος, τα χρησιμοποιούμενα ερευνητικά εργαλεία EQ-5D και KDQOL-SF έχουν επαληθευτεί ως προς την αξιοπιστία και εγκυρότητα τους και στον ελληνικό πληθυσμό (Υφαντόπουλος, 2006, Κοντοδημόπουλος, Νιάκας, 2007). Επίσης, αυτά διατίθενται ελεύθερα. Πιο συγκεκριμένα το ερωτηματολόγιο KDQOL-SF είναι αναρτημένο στον παρακάτω σύνδεσμο <http://gim.med.ucla.edu/kdqol/>, ενώ το ερωτηματολόγιο EQ-5D βρίσκεται στο βιβλίο του Υφαντόπουλου: «Τα Οικονομικά της Υγείας, Θεωρία και Πολιτική».

### 5.3. Στατιστική Ανάλυση

Μεθοδολογικά η ακολουθούμενη στατιστική ανάλυση εντάσσεται κυρίως στην κατηγορία πολυμεταβλητής ανάλυσης (Multivariate Statistical Analysis) και πιο συγκεκριμένα στην εξέταση στατιστικά σημαντικών διαφοροποιήσεων μεταξύ δυο ομάδων ή περισσότερων (Comparisons of Several Groups) αναφορικά πάντοτε με τα επιμέρους

εξεταζόμενα χαρακτηριστικά τους. Εφαρμόζονται εναλλακτικά πίνακες συχνοτήτων (Frequencies Tables) και πίνακες διασταυρώσεων (Cross - Classification Tables).

Η διαφοροποίηση των μέσων τιμών μεταξύ των ομάδων ελέγχεται με εφαρμογή αντίστοιχων μη παραμετρικών τεχνικών (Non Parametric test, Mann-Whitney and Wilcoxon Rank Sum test), εφόσον πληρούνται προϋποθέσεις κανονικότητας ή όχι των υπό θεώρηση κατανομών (Kolmogorov-Smirnov test). Για διαφοροποιήσεις μεταξύ περισσότερων των δύο ομάδων εφαρμόστηκαν οι τεχνικές ανάλυσης διασπορών (Analysis of Variance, ANOVA), η αντιστοίχων μη παραμετρικών τεχνικών (Kruskal - Wallis 1-way ANOVA), ανάλογα με την ικανοποίηση των αρχικών συνθηκών που απαιτούν οι παραπάνω τεχνικές (κανονικότητα Kolmogorov-Smirnov test, ομοσκεδαστικότητα Levin test κ.λ.π.). Επίσης για τη διερεύνηση της συνολικής αποτίμησης δημιουργήθηκαν αθροιστικές μεταβλητές ανά διάσταση με μέσες βαθμολογίες (mean score) από την σταθμισμένη άθροιση των επιμέρους ερωτήσεων. Οι εν λόγω μεταβλητές συσχετίστηκαν μέσω του συντελεστή συσχέτισης Kendall's tau\_b με χαρακτηριστικά, προκειμένου να διερευνηθεί η ύπαρξη αλλά και βαθμός επίδρασής τους .

Ως επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας θεωρείται το 95% (Significance  $p < 0,05$ ) διάστημα εμπιστοσύνης (Confidence Interval, C.I. > 95%), το οποίο θεωρείται ιδιαίτερα ικανοποιητικό για μετρήσεις τέτοιου είδους. Για διαφοροποιήσεις με στατιστική σημαντικότητα σε διάστημα εμπιστοσύνης 85% έως 95% ( $85\% < C.I. < 95\%$ ) χρησιμοποιείται ο χαρακτηρισμός τάση, σε συμφωνία με την διεθνή στατιστική πρακτική. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS ver. 17.0.

#### 5.4. Περιορισμοί της έρευνας

Στην παρούσα ερευνητική μελέτη η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη συμπλήρωση ερωτηματολογίων μέσω δομημένων συνεντεύξεων. Η διαδικασία της συνέντευξης ενδεχόμενα να δημιουργεί προβλήματα στην ελεύθερη καταγραφή των απόψεων των ασθενών και επομένως να μειώνει την αξιοπιστία της μέτρησης. Ένας άλλος σημαντικός περιορισμός ήταν το γεγονός ότι οι συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν μέσα στο χώρο των μονάδων αιμοκάθαρσης και αυτό ίσως να μην επέτρεψε στους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς να εκφράσουν όλη την αλήθεια για τα προβλήματά τους και την πραγματική κατάσταση της υγείας τους.

## 6. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Στην ενότητα αυτή παρουσιάζονται αρχικά τα αποτελέσματα που αφορούν τα κοινωνικο-δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά των υποκειμένων της έρευνας. Στη συνέχεια παρουσιάζονται αναλυτικά οι μετρήσεις της ΠΖ των ασθενών σύμφωνα με τα δυο ερευνητικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν.

### 6.1. Χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων αιμοκαθαιρόμενων ασθενών

#### 6.1.1. Κοινωνικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων

Όπως φαίνεται στον πίνακα 6.1 από τους 201 συμμετέχοντες ασθενείς, το 71,2% ήταν άντρες και το 28,8% γυναίκες. Οι ασθενείς είχαν ηλικίες μεταξύ των 28 και 92 ετών, με μέσο όρο ηλικίας τα 67 περίπου έτη (μ. τ. = 66,46 έτη και τ.α =12,93).

Όσο αφορά στο επίπεδο εκπαίδευσης, 11 ασθενείς δήλωσαν απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (5,5%), 68 απόφοιτοι Γυμνασίου και Λυκείου (33,8%), 70 δημοτικού(34,8%) και 52 δήλωσαν ότι δεν έχουν λάβει σχεδόν καμία εκπαίδευση, παρά μόνο κάποιες τάξεις του δημοτικού (25,9%).

Αναφορικά με την οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων ασθενών παρατηρείται ότι η πλειονότητα αυτών (70,55%) είναι έγγαμοι, το 13% είναι σε χηρεία, το 3% είναι διαζευγμένοι και το 13,40% είναι άγαμοι.

Στη διαμονή με άλλα άτομα στο ίδιο σπίτι παρατηρείται ότι η πλειονότητα των συμμετεχόντων (90,5%) συγκατοικεί με άλλους και συγκεκριμένα, διαμένει με τον/την σύζυγο το 67,8%, μόνο με τα παιδιά τους το 10,1% και με άλλα μέλη της οικογένειας το 12,6%. Ωστόσο αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι 19 αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς (9,5%) ζουν μόνοι τους (πίνακας 6.1).

Όσο αφορά στην περιοχή διαμονής, οι περισσότεροι συμμετέχοντες ασθενείς (61,1%) δήλωσαν ότι διαμένουν σε αστική περιοχή. Επίσης, παρατηρείται ότι 34 από τους συμμετέχοντες ασθενείς αναγκάστηκαν να μετοικήσουν, έτσι ώστε να βρίσκονται κοντά σε μονάδα τεχνητού νεφρού.

Τέλος, όσο αφορά στον τομέα της εργασίας μόνο το 24,4% των συμμετεχόντων στην έρευνα αυτή, δήλωσαν εργαζόμενοι σε αμειβόμενη εργασία. Η πλειονότητα των συμμετεχόντων (61,70%) δήλωσε ότι είναι συνταξιούχοι.

Εντύπωση προκαλεί το γεγονός ότι 58 ασθενείς δηλαδή ποσοστό 29,6% δήλωσαν ότι αναγκάστηκαν να διακόψουν ή να αλλάξουν επάγγελμα εξαιτίας της αιμοκάθαρσης.

**Πίνακας 6.1: Κοινωνικά και Δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων**

		Συχνότητα	Ποσοστό
Φύλο	Άνδρες	141	71,2%
	Γυναίκες	57	28,8%
Ηλικιακές Ομάδες	<65 ετών	103	51,5%
	>=65 ετών	97	48,5%
Επίπεδο Εκπαίδευσης	Έως Δημοτικό	122	60,7%
	Έως Γυμνάσιο ή και Λύκειο	68	33,8%
	Τριτοβάθμια	11	5,5%
Οικογενειακή Κατάσταση	Έγγαμος	141	70,10%
	Άγαμος/η	27	13,40%
	Χήρος	26	13%
	Διαζευγμένος	6	3%
Επαγγελματική Κατάσταση	Συνταξιούχος	124	61,70%
	Ελεύθερος Επαγγελματίας	26	12,90%
	Οικιακά	20	10%
	Ιδιωτικός Υπάλληλος	10	5%
	Δημόσιος Υπάλληλος	8	4%
	Άνεργος	7	3,50%
	Αγρότης	5	2,50%
Αλλαγή Επαγγέλματος λόγω ασθένειας	Όχι	138	70,40%
	Ναι	58	29,60%
Περιοχή Διαμονής	Αστική περιοχή	121	61,10%
	Αγροτική	39	19,70%
	Ημιαστική	38	19,20%
Αλλαγή Διαμονής λόγω ασθένειας	Όχι	164	82,80%
	Ναι	34	17,20%
Άτομα με τα οποία κατοικεί	Με την σύζυγο	135	67,80%
	Με άλλα μέλη της οικογένειας	25	12,60%

στο ίδιο σπίτι	Με παιδιά	20	10,10%
	Ζει Μόνος	19	9,50%

### 6.1.2. Κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών.

Οι συμμετέχοντες ασθενείς βρίσκονται σε διαδικασία αιμοκάθαρσης κατά μέσο όρο πέντε χρόνια (μ. τ. = 5,07 και τ. α. = 4,22). Επίσης, σχεδόν όλοι οι ασθενείς (98,5%) δήλωσαν ότι συμμετέχουν κάθε δύο μέρες στην διαδικασία αυτή, η οποία διαρκεί από τρεις έως και τέσσερις ώρες (Πίνακας 6.2).

**Πίνακας 6.2: Κλινικά Χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων**

	Συχνότητα	Μέση τιμή	Τυπική Απόκλιση	Επικρατούσα Τιμή	Ελάχιστη	Μέγιστη
Χρονικό διάστημα που είναι σε Αιμοκάθαρση (έτη)	201	5,072	4,22	1	1	18
Συχνότητα Αιμοκάθαρσης την εβδομάδα	201	3	0,173	3	2	4
Διάρκεια Αιμοκάθαρσης (ώρες)	201	3,925	0,238	4	3	4,5

### 6.2. Η ποιότητα ζωής των ασθενών με ΤΣΧΝΑ

Τα επόμενα αποτελέσματα προέκυψαν από την ανάλυση των δεδομένων που συλλέχθηκαν από τα δύο ερευνητικά εργαλεία μέτρησης της Ποιότητας Ζωής που χρησιμοποιήθηκαν στην έρευνα. Τα εργαλεία αυτά είναι: το EQ-5D και KDQOL-SF. Υπενθυμίζεται ότι το πρώτο ερευνητικό εργαλείο είναι εργαλείο μέτρησης γενικού τύπου, ενώ το δεύτερο είναι ειδικού τύπου, αφού μετρά την ΠΖ των ασθενών με Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια Τελικού Σταδίου.

Σε κάθε ερευνητικό εργαλείο, η παρουσίαση της ΠΖ των ασθενών γίνεται με τη σειρά των διαστάσεων της ΠΖ που μετρά αυτό. Για να διευκολύνεται η κατανόηση της ΠΖ των ασθενών, παρουσιάζονται και συνοπτικοί πίνακες συχνοτήτων και σχετικών συχνοτήτων (ποσοστών) των απαντήσεων των υποκειμένων για τις ομάδες ερωτήσεων που συγκροτούν τις κλίμακες της ΠΖ σε κάθε ερευνητικό εργαλείο. Στις περιπτώσεις που η κλίμακα μέτρησης είναι πάνω από δύο σημεία παρουσιάζονται επίσης, μέσοι όροι (mean), τυπικές αποκλίσεις (standard deviation) και σε κάποιες περιπτώσεις διάμεσοι (median). Τέλος, οι μικρότερες



τιμές της κλίμακας που παρουσιάζεται σε κάθε πίνακα υποδεικνύουν κακή ΠΖ ενώ οι μεγαλύτερες τιμές καλύτερη.

### 6.2.1. Η Ποιότητα Ζωής των ασθενών σύμφωνα με το ερευνητικό εργαλείο EQ-5D

Με το ερευνητικό εργαλείο EQ-5D, οι ασθενείς εκτιμούν την ΠΖ τους σε πέντε διαστάσεις. Οι πρώτες δύο διαστάσεις αφορούν στην κινητικότητα και στην αυτοεξυπηρέτηση, η τρίτη διάσταση αφορά στην κοινωνική λειτουργικότητα, η τέταρτη στον πόνο ή στη δυσφορία που νοιώθουν και η πέμπτη διάσταση αφορά στο άγχος ή στην κατάθλιψη από την οποία διακατέχονται. Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων σχετικά με την κινητικότητα των ασθενών (πίνακας 6.3) διαπιστώθηκε ότι η πλειονότητα τους (66,5%) αντιμετωπίζει λίγα κινητικά προβλήματα κατά το περπάτημα, ενώ ένα μικρό ποσοστό (4,5%) των ασθενών είναι κατάκοιτοι. Όσον αφορά στην αυτοεξυπηρέτηση τους, η πλειονότητα των ασθενών (67,5%) δεν αντιμετωπίζει πρόβλημα να αυτοεξυπηρετηθεί. Υπάρχει όμως και ένα μικρό ποσοστό (13% ) που δεν μπορεί να πλυθεί και να ντυθεί μόνο του. Για την εκτέλεση των καθημερινών δραστηριοτήτων τους όπως: εργασία, σπουδές, οικιακές δουλειές, οικογενειακές ή κοινωνικές ασχολίες παρατηρείται ότι λίγο περισσότεροι από τους μισούς ασθενείς (55,1%), έχουν κάποια προβλήματα κατά την εκτέλεση τους και ένα ποσοστό 17,2% είναι ανίκανο να τις εκτελέσει.

Όσο αφορά στην διάσταση του πόνου ή της δυσφορίας διαπιστώνεται ότι η συντριπτική πλειοψηφία των ασθενών (87,9%) αισθάνονται μέτριο ή καθόλου πόνο. Στο ερώτημα αν αισθάνονται άγχος ή κατάθλιψη, η συντριπτική πλειονότητα (77,4%) δηλώνει ότι αισθάνεται άγχος ή κατάθλιψη από μέτριο βαθμό (45,6%) έως υπερβολικό βαθμό (31,8%).

Τέλος, όσον αφορά στην τωρινή κατάσταση της υγείας των ασθενών σε σχέση με τους τελευταίους δώδεκα μήνες, διαπιστώνεται ότι το 41% των ασθενών εκτιμούν ότι η υγεία τους παραμένει ίδια, το 39,5% ότι είναι χειρότερη ενώ το υπόλοιπο 19,5% των ασθενών εκτιμούν ότι η υγεία τους είναι καλύτερη.

**Πίνακας 6.3:Ερευνητικό Εργαλείο EQ-5D: Διαστάσεις της ΠΖ των ασθενών**

Διαστάσεις	Τιμές*	Συχνότητα	Ποσοστό	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	Διάμεσος
Κινητικότητα *	1	9	4,5	2,25	0,526	2
	2	133	66,5			
	3	58	29			

Αυτοεξυπηρέτηση *	1	26	13	2,55	0,715	3
	2	39	19,5			
	3	135	67,5			
Καθημερινές* Δραστηριότητες	1	34	17,2	2,11	0,664	2
	2	109	55,1			
	3	55	27,8			
Πόνος / Δυσφορία**	1	24	12,1	2,35	0,687	2
	2	81	40,7			
	3	94	47,2			
Άγχος / Κατάθλιψη**	1	62	31,8	1,91	0,733	2
	2	89	45,6			
	3	44	22,6			

- Κλίμακα τριών σημείων\* : 1-πολλά προβλήματα, 2- λίγα προβλήματα και 3- καθόλου προβλήματα
- Κλίμακα τριών σημείων\*\* :1- υπερβολικά, 2- μέτρια, 3- καθόλου

### 6.2.2. Η Ποιότητα ζωής των ασθενών σύμφωνα με το ψυχομετρικό εργαλείο KDQOL-SF

Στην ενότητα αυτή παρουσιάζονται αναλυτικά τα αποτελέσματα για κάθε μια από τις δεκαεννέα κλίμακες (διαστάσεις) του εξειδικευμένου για την νεφροπάθεια KDQOL-SF.

#### *Σωματική Λειτουργικότητα (ΣΛ)*

Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων σχετικά με τη σωματική λειτουργικότητα των ασθενών (πίνακας 6.4: Παράρτημα, πίνακες ανάλυσης), η πλειονότητα των ασθενών (63,2%), δηλώνει ότι η τωρινή κατάσταση της υγείας τους, τους περιορίζει πολύ σε κουραστικές δραστηριότητες όπως το τρέξιμο, το σήκωμα βαριών αντικειμένων ή οι δραστηριότητες δύσκολων αθλημάτων (ερώτηση Γ3.α). Μικρότερο αλλά επίσης σημαντικό ποσοστό ασθενών (46%), δηλώνει ότι η τωρινή κατάσταση της υγείας τους, τους περιορίζει πολύ και σε μέτριας έντασης δραστηριότητες, όπως η μετακίνηση ενός τραπεζιού, το σπρώξιμο μιας ηλεκτρικής σκούπας, ο περίπατος στην εξοχή ή όταν παίζει ρακέτες στην παραλία (ερώτηση Γ3.β).

Επιπρόσθετα, ποσοστό (30,7%) των ασθενών, δηλώνει ότι η τωρινή κατάσταση της υγείας τους, τους περιορίζει πολύ όταν σηκώνει ή μεταφέρει ψώνια από την αγορά, ενώ ένα σημαντικό ποσοστό ασθενών (40,2%) δηλώνει ότι δεν περιορίζεται καθόλου (ερώτηση Γ3.γ).

Ένα ποσοστό (40,8%) δηλώνει ότι η τωρινή κατάσταση της υγείας τους, τους περιορίζει λίγο όταν ανεβαίνουν μερικές σκάλες (ερώτηση Γ3.δ), ενώ πάνω από τους μισούς ασθενείς (54,5%) δηλώνουν ότι η τωρινή κατάσταση της υγείας τους, δεν τους περιορίζει καθόλου όταν ανεβαίνουν μία σκάλα (ερώτηση Γ3.ε).

Σχεδόν οι μισοί ασθενείς (49,7%) δηλώνουν ότι η τωρινή κατάσταση της υγείας τους, δεν τους περιορίζει καθόλου στο λύγισμα του σώματος, στο γονάτισμα ή στο σκύψιμο (ερώτηση Γ3.στ).

Όσον αφορά στον πιθανό περιορισμό τους στο περπάτημα, η σχετική πλειονότητα (37,8%) δηλώνει ότι περιορίζεται πολύ όταν περπατάει ένα χιλιόμετρο (ερώτηση Γ3.ζ), ενώ το ποσοστό μειώνεται στο 21,4% για περπάτημα μερικών εκατοντάδων μέτρων. Εδώ η πλειονότητα των ασθενών (58,7%) δηλώνει ότι δεν περιορίζεται καθόλου όταν περπατάει μερικές εκατοντάδες μέτρα (ερώτηση Γ3.η). Επίσης, η συντριπτική πλειονότητα των ασθενών (70,6%) δηλώνει ότι δεν περιορίζεται καθόλου για περπάτημα εκατό περίπου μέτρων (ερώτηση Γ3.θ). Τέλος, η πλειονότητα των ασθενών (68,7%) δηλώνει ότι η τωρινή κατάσταση της υγείας τους δεν τους περιορίζει καθόλου όταν κάνουν μπάνιο ή όταν ντύνονται (ερώτηση Γ3.ι).

#### *Σωματικός Ρόλος (ΣΡ)*

Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων σχετικά με το σωματικό ρόλο των ασθενών (πίνακας 6.5: Παράρτημα, πίνακες ανάλυσης), η πλειονότητα των ασθενών (64,2%) δηλώνει ότι τις τελευταίες τέσσερις εβδομάδες δε μείωσε το χρόνο που συνήθως ξοδεύει στη δουλειά ή σε άλλες εργασίες εξαιτίας της κατάστασης της σωματικής του υγείας (ερώτηση Γ4.α). Αντίστοιχο ποσοστό των ασθενών (62,2%), δηλώνει ότι τις τελευταίες τέσσερις εβδομάδες δεν επιτέλεσε λιγότερα από όσα θα ήθελε εξαιτίας της κατάστασης της σωματικής του υγείας (ερώτηση Γ4.β). Παράλληλα, η πλειονότητα των ασθενών (64,2%), δηλώνει ότι τις τελευταίες τέσσερις εβδομάδες δεν περιόρισε τα είδη της δουλειάς ή τα είδη άλλων δραστηριοτήτων του, εξαιτίας της κατάστασης της σωματικής του υγείας (ερώτηση Γ4.γ). Τέλος η πλειονότητα των ασθενών (61,5%), δηλώνει ότι τις τελευταίες τέσσερις εβδομάδες δεν δυσκολεύτηκε να εκτελέσει τη δουλειά ή άλλες δραστηριότητες του εξαιτίας της κατάστασης της σωματικής του υγείας (ερώτηση Γ4.δ).

#### *Σωματικός Πόνος (ΣΠ)*

Όσον αφορά το σωματικό πόνο (πίνακας 6.6: Παράρτημα, πίνακες ανάλυσης), βρέθηκε ότι η πλειονότητα των ασθενών (84,2%) ένιωσε από μέτριο ως καθόλου σωματικό πόνο τις τελευταίες τέσσερις εβδομάδες, ενώ οι υπόλοιποι ασθενείς σε ποσοστό 14,9% ένιωσαν από

έντονο ως πολύ έντονο πόνο. Αναλυτικότερα το 24,3% ένοιωσε πολύ ήπιο ή ήπιο πόνο, το 15,4% μέτριο πόνο και μόνο το 14,9% των ασθενών ένοιωσε έντονο ή πολύ έντονο πόνο (ερώτηση Γ7). Οι μισοί σχεδόν ασθενείς (49,8%) δήλωσαν ότι τις τελευταίες τέσσερις εβδομάδες, ο σωματικός πόνος δεν επηρέασε καθόλου τη συνηθισμένη εργασία τους (τόσο έξω από το σπίτι όσο και μέσα σε αυτό), το 30,3% ότι την επηρέασε λίγο ή μέτρια, ενώ το υπόλοιπο 19,9% των ασθενών δήλωσε ότι τους επηρέασε αρκετά ή πάρα πολύ (ερώτηση Γ8).

#### *Γενική Υγεία (ΓΥ)*

Για τη γενική κατάσταση της υγείας τους (πίνακας 6.7: Παράρτημα, πίνακες ανάλυσης), οι μισοί σχεδόν ασθενείς (48,7%) πιστεύουν ότι είναι μέτρια ως κακή (ερώτηση Γ1). Τα αποτελέσματα ισοκατανέμονται στην ερώτηση αν πιστεύουν πως αρρωσταίνουν λίγο ευκολότερα από άλλους ανθρώπους, καθώς οι μισοί σχεδόν (47,3%) απαντούν πως η παραπάνω πρόταση είναι αληθής και αντίστοιχο ποσοστό ότι δεν είναι αληθής (οι υπόλοιποι 5,4% απαντούν πως δεν ξέρουν) (ερώτηση Γ11.α). Στην ερώτηση αν είναι τόσο υγιείς όσο και όλοι οι γνωστοί τους, το 39,8% των ασθενών απαντά πως η παραπάνω πρόταση είναι αληθής, ενώ το 45,8% ότι είναι ψευδής (ερώτηση Γ11.β).

Στην ερώτηση αν περιμένουν η υγεία τους να χειροτερεύσει, η πλειονότητα των ασθενών (58,7%) πιστεύει πως η παραπάνω πρόταση είναι αληθής (ερώτηση Γ11.γ). Τέλος, στην ερώτηση του αν η υγεία τους είναι εξαιρετική, η μεγάλη πλειονότητα των ασθενών (72,3%), απαντά ότι κάτι τέτοιο είναι ψευδές (ερώτηση Γ11.δ).

#### *Ζωτικότητα (ΖΤ)*

Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων που αφορούν τη ζωτικότητα των ασθενών (πίνακας 6.8: Παράρτημα, πίνακες ανάλυσης), οι μισοί σχεδόν ασθενείς (50,8%) δηλώνουν ότι τις τελευταίες τέσσερις εβδομάδες αισθάνονταν γεμάτοι ζωντάνια συνεχώς, το μεγαλύτερο ή ένα σημαντικό χρονικό διάστημα, ενώ οι υπόλοιποι μισοί (49,2%) αισθάνονταν ζωντάνια από μερικές φορές ως καθόλου (ερώτηση Γ9.α). Ανάλογα οι μισοί ασθενείς (50%) δηλώνουν ότι τις τελευταίες τέσσερις εβδομάδες είχαν πολύ ενεργητικότητα συνεχώς, το μεγαλύτερο ή ένα σημαντικό χρονικό διάστημα, ενώ οι άλλοι μισοί δηλώνουν ότι είχαν πολύ ενεργητικότητα μερικές φορές, μικρό διάστημα και καθόλου (ερώτηση Γ9.ε). Στην ερώτηση για πόσο χρονικό διάστημα αισθάνθηκαν εξάντληση τις τελευταίες τέσσερις εβδομάδες, το 32,4% των ασθενών δηλώνει μικρό χρονικό διάστημα ή καθόλου, το 35,3% μερικές φορές και οι υπόλοιποι ασθενείς ότι αισθάνθηκαν εξάντληση σημαντικό χρονικό διάστημα, το μεγαλύτερο ή συνεχώς (ερώτηση Γ9.ζ). Τέλος, στην ερώτηση για πόσο χρονικό διάστημα αισθάνθηκαν κούραση τις τελευταίες τέσσερις εβδομάδες, το 29,9% των ασθενών δηλώνει

μικρό χρονικό διάστημα ή καθόλου, το 34,3% μερικές φορές και οι υπόλοιποι ασθενείς ότι αισθάνθηκαν κούραση, σημαντικό χρονικό διάστημα, το μεγαλύτερο ή συνεχώς (ερώτηση Γ9.θ).

#### *Κοινωνική λειτουργικότητα (ΚΛ)*

Όσον αφορά στην κοινωνική λειτουργικότητα (πίνακας 6.9: Παράρτημα, πίνακες ανάλυσης), η πλειονότητα των ασθενών (55,2%), δηλώνει ότι τις τελευταίες τέσσερις εβδομάδες η κατάσταση της σωματικής τους υγείας ή κάποια συναισθηματικά προβλήματα δεν επηρέασαν καθόλου ή επηρέασαν ελάχιστα τις συνηθισμένες κοινωνικές τους δραστηριότητες με την οικογένεια, τους φίλους, τους γείτονες ή άλλες κοινωνικές ομάδες (ερώτηση Γ6). Ανάλογα στην ερώτηση τις τελευταίες τέσσερις εβδομάδες για πόσο χρονικό διάστημα η κατάσταση της σωματικής τους υγείας ή κάποια συναισθηματικά προβλήματα επηρέασαν τις κοινωνικές τους δραστηριότητες, το 50,8% των ασθενών απαντά καθόλου ή μικρό διάστημα ενώ το 25,9% μερικές φορές και το υπόλοιπο 23,4% απαντά το μεγαλύτερο διάστημα ή συνεχώς (ερώτηση Γ10).

#### *Συναισθηματικός Ρόλος (ΣΥΡ)*

Για το συναισθηματικό ρόλο (πίνακας 6.10: Παράρτημα, πίνακες ανάλυσης), η πλειονότητα των ασθενών (75,5%) δηλώνει ότι τις τελευταίες τέσσερις εβδομάδες δεν μείωσε το χρόνο που συνήθως ξοδεύει στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες εξαιτίας οποιουδήποτε συναισθηματικού προβλήματος (π.χ. επειδή ένιωσε μελαγχολία ή άγχος) (ερώτηση Γ5.α). Ανάλογα η μεγάλη πλειονότητα των ασθενών (76%), δηλώνει ότι τις τελευταίες τέσσερις εβδομάδες δεν επιτέλεσε λιγότερα από ό,τι θα ήθελε εξαιτίας οποιουδήποτε συναισθηματικού προβλήματος (ερώτηση Γ5.β). Τέλος ακόμα μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών (81,5%), δηλώνει ότι τις τελευταίες τέσσερις εβδομάδες εξαιτίας οποιουδήποτε συναισθηματικού προβλήματος (π.χ. επειδή ένιωσε μελαγχολία ή άγχος) δεν επηρεάστηκε ώστε να κάνει τη δουλειά του ή και άλλες δραστηριότητες λιγότερο προσεκτικά από ό,τι συνήθως (ερώτηση Γ5.γ).

#### *Ψυχική Υγεία (ΨΥ)*

Για την ψυχική υγεία (πίνακας 6.11: Παράρτημα, πίνακες ανάλυσης), στην ερώτηση τις τελευταίες τέσσερις εβδομάδες για πόσο χρονικό διάστημα είχαν πολύ εκνευρισμό, το 42,5% των ασθενών απαντά μικρό διάστημα ή καθόλου, το 33% απαντά μερικές φορές και το υπόλοιπο 24,5% απαντά σημαντικό διάστημα, το μεγαλύτερο ή συνεχώς (ερώτηση Γ9.β). Στην ερώτηση τις τελευταίες τέσσερις εβδομάδες για πόσο χρονικό διάστημα αισθάνονταν τόσο πολύ πεσμένοι ψυχολογικά που τίποτα δεν μπορούσε να τους φτιάξει το κέφι, το 45,8%

των ασθενών απαντά μικρό διάστημα ή καθόλου, το 24,4% απαντά μερικές φορές και το υπόλοιπο 29,8% απαντά σημαντικό διάστημα, το μεγαλύτερο ή συνεχώς (ερώτηση Γ9.γ). Στην ερώτηση τις τελευταίες τέσσερις εβδομάδες για πόσο χρονικό διάστημα αισθάνονταν ηρεμία ή γαλήνη, το 40,5% των ασθενών απαντά μικρό διάστημα ή καθόλου, το 25,5% απαντά μερικές φορές και το υπόλοιπο 34% απαντά σημαντικό διάστημα, το μεγαλύτερο ή συνεχώς (ερώτηση Γ9.δ). Στην ερώτηση τις τελευταίες τέσσερις εβδομάδες για πόσο χρονικό διάστημα αισθάνθηκαν απελπισία και μελαγχολία, το 49,2% των ασθενών απαντά μικρό διάστημα ή καθόλου, το 21,9% απαντά μερικές φορές και το υπόλοιπο 28,8% απαντά σημαντικό διάστημα, το μεγαλύτερο ή συνεχώς (ερώτηση Γ9.στ). Τέλος στην ερώτηση τις τελευταίες τέσσερις εβδομάδες για πόσο χρονικό διάστημα ήταν ευτυχισμένοι, το 50,8% των ασθενών απαντά μικρό διάστημα ή καθόλου, το 20,9% απαντά μερικές φορές και το υπόλοιπο 28,3% απαντά σημαντικό διάστημα ή το μεγαλύτερο διάστημα. (ερώτηση Γ9.η).

#### *Συμπτώματα Ασθένειας (ΣΑ)*

Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων σχετικά με τα συμπτώματα ασθένειας (πίνακας 6.12: Παράρτημα, πίνακες ανάλυσης), βρέθηκε ότι τις τελευταίες τέσσερις εβδομάδες η πλειονότητα των ασθενών (65,7%) δεν ενοχλήθηκε καθόλου από πόνους στους μύες ή ενοχλήθηκε λίγο (ερώτηση Γ14.α). Επίσης, η συντριπτική πλειονότητα (94,5%) δεν ενοχλήθηκε καθόλου από πόνους στο στήθος ή ενοχλήθηκε λίγο (ερώτηση Γ14.β). Όσον αφορά πιθανή ενόχληση από κράμπες, τις τελευταίες τέσσερις εβδομάδες, το 49,2% των ασθενών δεν ενοχλήθηκε καθόλου ή ενοχλήθηκε κάπως, ενώ το 50,8% ενοχλήθηκε από μέτρια έως πολύ (ερώτηση Γ14.γ). Για ενόχληση από φαγούρα, η πλειονότητα των ασθενών (59,8%), δηλώνει ότι δεν ενοχλήθηκε καθόλου ή ενοχλήθηκε λίγο (ερώτηση Γ14.δ). Ανάλογα το 60,2% των ασθενών δηλώνει ότι τις τελευταίες τέσσερις εβδομάδες δεν ενοχλήθηκε καθόλου από ξηρό δέρμα ή ενοχλήθηκε κάπως (ερώτηση Γ14.ε).

Η πλειονότητα των ασθενών (67,8%) δηλώνει ότι τις τελευταίες τέσσερις εβδομάδες δεν ενοχλήθηκε καθόλου από λαχάνιασμα ή ενοχλήθηκε κάπως (ερώτηση Γ14.στ). Επίσης, το 77,7% των ασθενών δηλώνει ότι τις τελευταίες τέσσερις εβδομάδες δεν ενοχλήθηκε καθόλου από λιποθυμία ή ζαλάδα ή ενοχλήθηκε κάπως (ερώτηση Γ14.ζ). Ανάλογα ποσοστό 77,4% των ασθενών δηλώνει ότι δεν ενοχλήθηκε καθόλου από έλλειψη όρεξης ή ενοχλήθηκε κάπως (ερώτηση Γ14.η). Όσον αφορά το κατά πόσο τις τελευταίες τέσσερις εβδομάδες ενοχλήθηκαν από εξασθένηση ή υπερβολική κόπωση, το 44,5% των ασθενών δηλώνει ότι δεν ενοχλήθηκε καθόλου ή ενοχλήθηκε κάπως, ενώ το 55,5% δηλώνει ότι ενοχλήθηκε από μέτρια έως πολύ (ερώτηση Γ14.θ). Η πλειονότητα των ασθενών (73,6%) δηλώνει ότι τις τελευταίες τέσσερις εβδομάδες δεν ενοχλήθηκε καθόλου από μούδιασμα στα χέρια ή στα πόδια ή ενοχλήθηκε

κάπως (ερώτηση Γ14.ι). Επίσης, οι περισσότεροι ασθενείς (91,4%) δεν ενοχλήθηκαν καθόλου από ναυτία ή στοματικές διαταραχές (ερώτηση Γ14.ια). Τέλος, η συντριπτική πλειονότητα των αιμοκαθαιρόμενων (93,5%) δηλώνει ότι τις τελευταίες τέσσερις εβδομάδες δεν ενοχλήθηκε καθόλου από προβλήματα με το σημείο φλεβοκέντησης ή ενοχλήθηκε κάπως (ερώτηση Γ14.β).

#### *Επιδράσεις Ασθένειας (EA)*

Όσον αφορά στις επιδράσεις υγείας, δηλαδή το κατά πόσο επηρεάζει αρνητικά η νεφροπάθεια διάφορους τομείς της ζωής των ασθενών (πίνακας 6.13: Παράρτημα, πίνακες ανάλυσης) σχετικά με τον περιορισμό υγρών, το 49,3% των ασθενών απαντά ότι τους επηρεάζει εξαιρετικά πολύ, το 33,3% πάρα πολύ, ενώ το υπόλοιπο 17,5% των ασθενών απαντά ότι τους επηρεάζει μέτρια, λίγο ή καθόλου (ερώτηση Γ15.α). Σχετικά με τους περιορισμούς στη διατροφή τους, το 41,5% των ασθενών απαντά ότι τους επηρεάζει εξαιρετικά πολύ ή πάρα πολύ, το 36,5% ότι τους επηρεάζει μέτρια, ενώ το υπόλοιπο 22% των ασθενών απαντά ότι τους επηρεάζει κάπως ή καθόλου, (ερώτηση Γ15.β).

Σχετικά με την ικανότητα τους να κάνουν δουλειές στο σπίτι τους, το 56,3% των ασθενών απαντά ότι τους επηρεάζει εξαιρετικά πολύ ή πάρα πολύ, το 24,1% ότι τους επηρεάζει μέτρια, ενώ το υπόλοιπο 17,6% των ασθενών απαντά ότι τους επηρεάζει κάπως ή καθόλου (ερώτηση Γ15.γ). Σχετικά με την ικανότητα τους να ταξιδεύουν, τη μεγάλη πλειονότητα των ασθενών (82,1%) απαντά ότι τους επηρεάζει εξαιρετικά πολύ ή πάρα πολύ (ερώτηση Γ15.δ). Σχετικά με την εξάρτηση τους από γιατρούς ή ιατρικό προσωπικό, το 31,6% των ασθενών απαντά ότι τους επηρεάζει εξαιρετικά πολύ ή πάρα πολύ, το 26,5% ότι τους επηρεάζει μέτρια, ενώ η πλειονότητα, δηλαδή το υπόλοιπο 41,9% των ασθενών, απαντά ότι τους επηρεάζει κάπως ή καθόλου (ερώτηση Γ15.ε). Σχετικά με το πιθανό άγχος ή τις ανησυχίες τους λόγω της νεφρικής ασθένειας τους, το 36,9% των ασθενών απαντά ότι τους επηρεάζει εξαιρετικά πολύ ή πάρα πολύ, το 23,9% ότι τους επηρεάζει μέτρια, ενώ το υπόλοιπο 39,3% των ασθενών απαντά ότι τους επηρεάζει κάπως ή καθόλου (ερώτηση Γ15.στ).

Σχετικά με την επιρροή στη σεξουαλική τους ζωή, το 65,6% των ασθενών απαντά ότι τους επηρεάζει εξαιρετικά πολύ ή πάρα πολύ, το 22,9% ότι τους επηρεάζει μέτρια, ενώ μόνο το 11,5% των ασθενών απαντά ότι τους επηρεάζει κάπως ή καθόλου (ερώτηση Γ15.ζ). Σχετικά με την πιθανή επιρροή στην προσωπική τους εμφάνιση, μόνο το 8,5% των ασθενών απαντά ότι τους επηρεάζει εξαιρετικά πολύ ή πάρα πολύ, το 19,4% ότι τους επηρεάζει

μέτρια, ενώ η μεγάλη πλειονότητα των ασθενών (72,1%) απαντά ότι τους επηρεάζει κάπως ή καθόλου (ερώτηση Γ15.η).

#### *Φόρτος Ασθένειας (ΦΑ)*

Από τα αποτελέσματα σχετικά με το φόρτο της ασθένειας (πίνακας 6.14: Παράρτημα, πίνακες ανάλυσης), διαπιστώθηκε ότι η μεγάλη πλειονότητα των ασθενών (79,6%) συμφωνούν απόλυτα ή συμφωνούν επί το πλείστον με τη δήλωση ότι η νεφροπάθεια εμποδίζει τη ζωή τους σε υπερβολικό βαθμό (ερώτηση Γ12.α). Σχετικά με τη δήλωση ότι καταναλώνουν υπερβολικά πολύ χρόνο στην προσπάθεια αντιμετώπισης της νεφροπάθειας τους, η πλειονότητα των ασθενών (68,6%), δηλώνουν ότι συμφωνούν απόλυτα ή συμφωνούν επί το πλείστον (ερώτηση Γ12.β).

Σχετικά με τη δήλωση ότι νευριάζουν συχνά στην προσπάθεια τους να αντιμετωπίσουν την ασθένεια τους, το 54,3% των ασθενών δηλώνει ότι συμφωνεί απόλυτα ή συμφωνεί επί το πλείστον, ενώ το 45,3% διαφωνεί απολύτως ή διαφωνεί επί το πλείστον (ερώτηση Γ12.γ). Τέλος, σχετικά με τη δήλωση ότι νιώθουν πως είναι βάρος για την οικογένεια τους, το 39,8% των ασθενών δηλώνει ότι συμφωνεί απόλυτα ή συμφωνεί επί το πλείστον, ενώ η πλειονότητα (59,2%) διαφωνεί απολύτως ή διαφωνεί επί το πλείστον (ερώτηση Γ12.δ).

#### *Εργασία (ΕΡΓ)*

Όσον αφορά στην εργασία (πίνακας 6.15: Παράρτημα, πίνακες ανάλυσης), η συντριπτική πλειονότητα των ασθενών (90,5%) απαντά ότι τις περασμένες τέσσερις εβδομάδες δεν εργάστηκε σε κάποια αμειβόμενη εργασία (ερώτηση Γ20). Ανάλογο ποσοστό ασθενών (86%), απαντούν ότι η κατάσταση της υγείας τους εμποδίζει να εργαστούν σε κάποια αμειβόμενη εργασία (ερώτηση Γ21).

#### *Γνωστική Λειτουργικότητα (ΓΛ)*

Σχετικά με τη γνωστική λειτουργικότητα (πίνακας 6.16: Παράρτημα, πίνακες ανάλυσης), η μεγάλη πλειονότητα των ασθενών (74,6%) απάντησε ότι τις τελευταίες τέσσερις εβδομάδες αντέδρασε με καθυστέρηση σε λόγια ή πράξεις των γύρω του σπάνια ή καθόλου (ερώτηση Γ13.β). Για το αν δυσκολεύτηκαν να οργανώσουν τις σκέψεις τους ή να συγκεντρωθούν τις τελευταίες τέσσερις εβδομάδες, το 50,5% απάντησε σπάνια ή καθόλου, το 42% απάντησε ορισμένες φορές και μόνο το 8% απάντησε συχνά ή πολύ συχνά (ερώτηση Γ13.δ). Τέλος, για το αν ένιωσαν σαστισμένοι τις τελευταίες τέσσερις εβδομάδες, η συντριπτική πλειονότητα των ασθενών (89,1%) απάντησε σπάνια ή καθόλου (ερώτηση Γ13.στ).



### *Κοινωνική Αλληλεπίδραση (ΚΑ)*

Σχετικά με την κοινωνική αλληλεπίδραση (πίνακας 6.17: Παράρτημα, πίνακες ανάλυσης), η πλειονότητα των ασθενών (56,3%) απάντησε ότι τις τελευταίες τέσσερις εβδομάδες σπάνια ή και καθόλου δεν απομονώθηκε από τους γύρω του, το 27,4% ότι απομονώθηκε ορισμένες φορές, ενώ το υπόλοιπο 16,4% ότι απομονώθηκε συχνά, πολύ συχνά ή συνέχεια (ερώτηση Γ13.α). Για το αν συμπεριφέρθηκαν στους γύρω τους με εκνευρισμό τις τελευταίες τέσσερις εβδομάδες, το 51,7% απάντησε σπάνια ή καθόλου, το 39,8% απάντησε ορισμένες φορές και μόνο το 8,5% απάντησε συχνά, πολύ συχνά ή συνέχεια (ερώτηση Γ13.γ)

Τέλος, για το αν είχαν καλές σχέσεις με τους γύρω τους τις τελευταίες τέσσερις εβδομάδες, η συντριπτική πλειονότητα των ασθενών (το 96,5%) απάντησε συχνά, πολύ συχνά ή συνέχεια (ερώτηση Γ13.ε).

### *Σεξουαλική Λειτουργικότητα (ΣΞΛ)*

Σχετικά με τη σεξουαλική λειτουργικότητα (πίνακας 6.18: Παράρτημα, πίνακες ανάλυσης), η πλειονότητα των ασθενών (70,8%) δήλωσε ότι τις περασμένες τέσσερις εβδομάδες η σεξουαλική ευχαρίστηση αποτέλεσε σοβαρό ή μεγάλο πρόβλημα, το 17,7% δήλωσε ότι αποτέλεσε μέτριο πρόβλημα και μόνο το 11,5% των ασθενών ανέφερε ότι αποτέλεσε μικρό πρόβλημα ή ότι δεν είχαν κανένα πρόβλημα (ερώτηση Γ16.α). Ακριβώς ίδια ποσοστά καταγράφηκαν στην ερώτηση κατά πόσο τις περασμένες τέσσερις εβδομάδες αποτέλεσε πρόβλημα η σεξουαλική τους διέγερση, αφού το 70,8% των ασθενών απάντησε ότι αποτέλεσε σοβαρό ή μεγάλο πρόβλημα, το 17,7% ότι αποτέλεσε μέτριο πρόβλημα και μόνο το 11,5% των ασθενών απάντησε ότι αποτέλεσε μικρό πρόβλημα ή ότι δεν είχαν κανένα πρόβλημα (ερώτηση Γ16.β).

### *Ποιότητα Ύπνου (ΠΥ)*

Σχετικά με τη ποιότητα ύπνου τους (πίνακας 6.19: Παράρτημα, πίνακες ανάλυσης), είναι πάνω του μετρίου, αφού οι ασθενείς τη βαθμολογούν σε κλίμακα από το 0 έως το 10 με μέσο όρο 6,49 (ερώτηση Γ17). Σχετικά με το κατά πόσο συχνά τις περασμένες τέσσερις εβδομάδες, ξύπνησαν κατά τη διάρκεια της νύχτας και δυσκολεύτηκαν να ξανακοιμηθούν, το 26,4% απάντησε σπάνια ή ποτέ, το 26,4% ανέφερε ορισμένες φορές. Ωστόσο, το 47,3% των συμμετεχόντων στην έρευνα ασθενών, δήλωσαν ότι δυσκολεύονταν συνέχεια ή πολύ συχνά, να ξανακοιμηθούν (ερώτηση Γ18.α). Για το πόσο συχνά κοιμήθηκαν όσο χρειαζόνταν, τις περασμένες τέσσερις εβδομάδες, το 22,4% απάντησε σπάνια ή ποτέ, το 20,4% ορισμένες φορές, το 30,3% συχνά και το υπόλοιπο 26,9% πολύ συχνά ή συνέχεια (ερώτηση Γ18.β) Τέλος, για το κατά πόσο συχνά τις περασμένες τέσσερις εβδομάδες δυσκολεύτηκαν να

κρατηθούν ξύπνιοι κατά την διάρκεια της ημέρας, η πλειονότητα των ασθενών (52,2%) απάντησε σπάνια ή ποτέ, το 28,9% ορισμένες φορές, ενώ το 18,9% συχνά, πολύ συχνά ή συνέχεια (ερώτηση Γ13.γ).

#### *Κοινωνική Υποστήριξη (ΚΥ)*

Σχετικά με την κοινωνική υποστήριξη (πίνακας 6.20: Παράρτημα, πίνακες ανάλυσης) στην ερώτηση κατά πόσο είναι ικανοποιημένοι οι ασθενείς από το χρόνο που μπορούν να περάσουν με την οικογένεια και τους φίλους τους, η συντριπτική πλειονότητα των ασθενών (93,5%) είναι ικανοποιημένοι από λίγο έως πολύ (ερώτηση Γ19.α). Για το κατά πόσο είναι ικανοποιημένοι με την υποστήριξη που τους παρέχει η οικογένεια και οι φίλοι τους και πάλι η συντριπτική πλειονότητα των ασθενών (97,6%) είναι ικανοποιημένοι από λίγο έως πολύ (ερώτηση Γ19.β).

#### *Ενθάρρυνση από το προσωπικό (ΕΠ)*

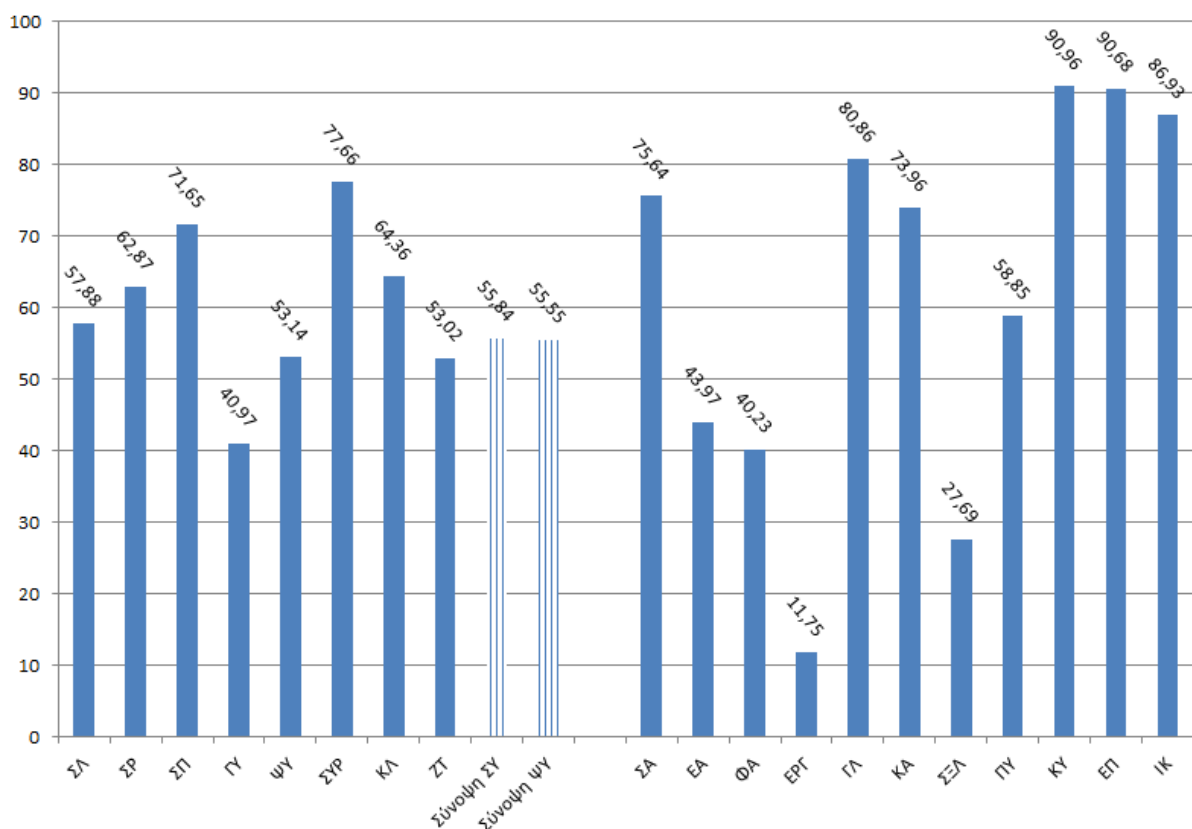
Σχετικά με την ενθάρρυνση από το προσωπικό (πίνακας 6.21: Παράρτημα, πίνακες ανάλυσης), η συντριπτική πλειονότητα των ασθενών (92%), συμφωνούν απόλυτα ή επί το πλείστον με τη δήλωση ότι το προσωπικό αιμοκάθαρσης τους ενθαρρύνει να είναι όσο πιο ανεξάρτητοι γίνεται (ερώτηση Γ24.α). Ανάλογα σχεδόν όλοι οι ασθενείς (το 98%) συμφωνούν απόλυτα ή επί το πλείστον με τη δήλωση ότι το προσωπικό αιμοκάθαρσης τους στηρίζει στην αντιμετώπιση της ασθένειάς τους (ερώτηση Γ24.β).

#### *Ικανοποίηση Ασθενών (ΙΑ)*

Σχετικά με την ικανοποίηση τους (πίνακας 6.22: Παράρτημα, πίνακες ανάλυσης) οι ασθενείς απαντώντας στην ερώτηση Γ23, αναλογιζόμενοι την περίθαλψη που τους παρέχεται στην αιμοκάθαρση και όσον αφορά το πόσο ευχαριστημένοι είναι, πως θα περιέγραφαν τη φιλικότητα και το ανθρώπινο ενδιαφέρον που τους δείχνει το προσωπικό, ως άτομα, απαντούν κατά 56,3% άριστο, κατά 28,1% υπέροχο, κατά 10,6% πολύ καλό και μόνο το υπόλοιπο 5% απαντά καλό ή απλώς ικανοποιητικό.

#### **6.2.2.1. Συνοπτική παρουσίαση της ΠΖ των ασθενών με την κλίμακα KDQOL-SF**

Τα στατιστικά αποτελέσματα του ερευνητικού εργαλείου KDQOL-SF που περιγράφηκαν παραπάνω, συνοψίζονται στον πίνακα 6.23 (Παράρτημα, πίνακες ανάλυσης) και παρουσιάζονται στην παράγραφο αυτή με το γράφημα 6.1.



Γράφημα 6.1:Σύννοψη των διαστάσεων της ΠΖ των ασθενών με το ψυχομετρικό εργαλείο: KDQOL-SF

Η χαμηλότερη τιμή ανάμεσα στις κλίμακες που είναι εξειδικευμένες στη νεφροπάθεια, ανήκει στην εργασία (ΕΡΓ: μ. τ. = 11,75). Η αμέσως επόμενη χαμηλότερη τιμή αφορά την σεξουαλική λειτουργικότητα (ΣΞΛ: μ.τ. = 27,69). Πρέπει να τονιστεί ότι οι 71 από τους 201 συμμετέχοντες αρνήθηκαν να απαντήσουν στα ερωτήματα που αφορούσαν την σεξουαλική τους ζωή, αλλά οι υπόλοιποι 130 ασθενείς απάντησαν χωρίς υπεκφυγές. Η τρίτη χαμηλότερη τιμή αφορά την κλίμακα του φόρτου της νεφροπάθειας (ΦΑ: μ. τ.= 40,23) που φανερώνει ότι οι ασθενείς της έρευνας αντιλαμβάνονται τη νεφροπάθεια τους ως μεγάλο φορτίο στη ζωή τους. Στη συνέχεια, με την τέταρτη χαμηλότερη τιμή ακολουθεί η κλίμακα που αφορά τις επιδράσεις της ασθένειας (ΕΑ: μ. τ.= 43,97), που αποκαλύπτει ότι οι περισσότεροι ασθενείς (82,6%) ενοχλούνται ιδιαίτερα από τον περιορισμό στην πόση των υγρών και την δυσκολία πραγματοποίησης ταξιδιών ή διακοπών. Όσο αφορά στην κλίμακα που αναφέρεται στην ποιότητα του ύπνου (ΠΥ: μ. τ=58,85 αυτή φαίνεται να κινείται σε μέτριο επίπεδο.

Στις υπόλοιπες κλίμακες τις εξειδικευμένες στη νεφροπάθεια, διαπιστώνεται ικανοποιητικό ή πολύ ικανοποιητικό επίπεδο της ποιότητας ζωής των ασθενών με ΤΣΧΝΑ. Ειδικότερα παρατηρούνται τα εξής: συμπτώματα ασθένειας (ΣΑ:μ. τ.= 75,64), γνωστική

λειτουργικότητα (ΓΛ: μ. τ.= 80,86), κοινωνική αλληλεπίδραση (ΚΑ: μ.τ. = 73,96), κοινωνική υποστήριξη (ΚΥ: μ.τ.= 90,96), ενθάρρυνση από το προσωπικό ( ΕΠ: μ. τ.= 90,68) και ικανοποίηση ασθενών (ΙΑ: μ.τ.= 86,93).

Παρατηρώντας το πρώτο μέρος του γραφήματος και συγκεκριμένα τις τέσσερις πρώτες κλίμακες του KDQOL-SF, που αφορούν στην σωματική υγεία των ασθενών, διαπιστώνεται από τη μία, ότι η γενική υγεία των ασθενών και η σωματική λειτουργικότητα τους βρίσκονται σε χαμηλά και μέτρια επίπεδα αντίστοιχα, αφού οι αντίστοιχες μέσες τιμές βρίσκονται ελάχιστα κάτω ή ελάχιστα πάνω από το μέσο της κλίμακας (ΓΥ: μ.τ.= 40,23 και ΣΛ: μ.τ.= 57,88). Από την άλλη, ο σωματικός ρόλος και ο σωματικός πόνος των ασθενών βρίσκονται σε ικανοποιητικά επίπεδα, αφού οι αντίστοιχοι μέσοι όροι ξεπερνούν αρκετά το μέσο της κλίμακας (ΣΡ: μ.τ. = 62,87 και ΣΠ: μ.τ. =71,65). Όσο αφορά στην ψυχική υγεία των ασθενών, δηλαδή τις επόμενες τέσσερις κλίμακες (γράφημα 6.1), παρατηρούνται ικανοποιητικά επίπεδα στις διαστάσεις: κοινωνική λειτουργικότητα και συναισθηματικός ρόλος των ασθενών (ΚΛ: μ. τ. = 64,36 και ΣΥΡ: μ.τ. =77,66) και μέτρια επίπεδα στις διαστάσεις: ζωτικότητα και ψυχική υγεία (ΖΤ: μ.τ. =53,02 και ΨΥ: μ. τ. = 53,14). Τέλος, παρατηρώντας τη μέση τιμή της σύνοψης των συνιστωσών της σωματικής υγείας διαπιστώνεται ότι κυμαίνεται σε μέτρια επίπεδα όπως και η σύνοψη των συνιστωσών της ψυχικής υγείας (Σύνοψη ΨΥ: μ.τ.=55,55 και Σύνοψη ΣΥ: μ.τ.=55,84).

### 6.3. Παράγοντες που επηρεάζουν την ΠΖ των ασθενών

Στα επόμενα παρουσιάζεται η διερεύνηση των παραγόντων που επιδρούν στην ΠΖ των ασθενών με ΧΝΑ. Στην εργασία αυτή, οι παράγοντες για τους οποίους διερευνάται η επίδραση τους στην ΠΖ των ασθενών είναι: το φύλο, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, η επαγγελματική κατάσταση αλλά και κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών, όπως το χρονικό διάστημα σε έτη που οι ασθενείς πραγματοποιούν αιμοκάθαρση.

Συγκεκριμένα, παρουσιάζονται μόνο οι στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ των παραπάνω παραγόντων και των διαστάσεων της ΠΖ των ασθενών, όπως αυτή μετρήθηκε από τα ερευνητικά εργαλεία KDQOL-SF και EQ-5D.

#### 6.3.1. Σχέση φύλου των ασθενών με την ΠΖ τους

Αναλυτικότερα και για τις οχτώ κλίμακες του πρώτου μέρους του KDQOL-SF, βρέθηκε ότι οι άνδρες ασθενείς σε σχέση με τις γυναίκες δηλώνουν ότι έχουν καλύτερη σωματική λειτουργικότητα, διευρυμένο σωματικό ρόλο και μικρότερης έντασης σωματικό πόνο. Οι

κλίμακες γενική υγεία, ζωτικότητα, κοινωνική λειτουργικότητα, συναισθηματικός ρόλος και ψυχική υγεία, δεν φαίνεται να σχετίζονται με το φύλο.

Όσον αφορά το δεύτερο μέρος και ειδικότερα τις έντεκα εξειδικευμένες κλίμακες του KDQOL-SF, παρατηρείται ότι οι άνδρες ασθενείς σε σχέση με τις αντίστοιχες γυναίκες, δηλώνουν ότι έχουν λιγότερα συμπτώματα ασθένειας και οι όποιες επιδράσεις της ασθένειας γίνονται λιγότερο αισθητές. Οι υπόλοιπες κλίμακες της ΠΖ των ασθενών: φόρτος ασθένειας, εργασία, γνωστική λειτουργικότητα, κοινωνική αλληλεπίδραση, σεξουαλική λειτουργικότητα, ποιότητα ύπνου, κοινωνική υποστήριξη, ενθάρρυνση από το προσωπικό και ικανοποίηση ασθενών, δεν σχετίζονται με το φύλο.

Τέλος και όσον αφορά στις διαστάσεις του ερωτηματολογίου EQ-5D, οι άνδρες ασθενείς δηλώνουν ότι έχουν λιγότερα προβλήματα αυτοεξυπηρέτησης και αντιλαμβάνονται λιγότερο πόνο ή δυσφορία. Οι διαστάσεις: κινητικότητα, καθημερινές δραστηριότητες και άγχος ή κατάθλιψη δε σχετίζονται με το φύλο.

### **6.3.2. Σχέση ηλικίας των ασθενών με την ΠΖ τους**

Συσχετίζοντας τις οχτώ πρώτες κλίμακες του KDQOL-SF με την ηλικία, διαπιστώθηκε ότι οι νεότεροι ασθενείς σε σχέση με τους μεγαλύτερους σε ηλικία ασθενείς δηλώνουν ότι έχουν καλύτερη σωματική λειτουργικότητα, διευρυμένο σωματικό ρόλο, μικρότερης έντασης σωματικό πόνο, εντονότερη κοινωνική λειτουργικότητα και ότι έχουν περισσότερη ενέργεια (ζωτικότητα). Οι τρεις υπόλοιπες κλίμακες: γενική υγεία, συναισθηματικός ρόλος και ψυχική υγεία, δε σχετίζονται με την ηλικία, (πίνακας 6.25).

Όσον αφορά στις υπόλοιπες έντεκα κλίμακες του ειδικού ερωτηματολογίου, διαπιστώνεται ότι, οι νεώτεροι ασθενείς σε σχέση με τους αντίστοιχους ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας δηλώνουν ότι έχουν λιγότερα συμπτώματα ασθένειας, οι όποιες επιδράσεις της ασθένειας γίνονται λιγότερο αισθητές, έχουν λιγότερα προβλήματα σχετικά με την εργασία τους, έχουν εντονότερη γνωστική και σεξουαλική λειτουργικότητα και καλύτερη ποιότητα ύπνου. Οι κλίμακες της ΠΖ των ασθενών: φόρτος ασθένειας, κοινωνική αλληλεπίδραση, κοινωνική υποστήριξη, ενθάρρυνση από το προσωπικό και ικανοποίηση ασθενών, δε σχετίζονται με την ηλικία των ασθενών (πίνακας 6.25).

Τέλος και όσον αφορά στις διαστάσεις που αναφέρονται στο EQ-5D, οι νεώτεροι ασθενείς σε σχέση με τους μεγαλύτερους σε ηλικία δηλώνουν ότι έχουν λιγότερα κινητικά προβλήματα, αισθάνονται ότι μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν περισσότερο, έχουν λιγότερα

προβλήματα στις καθημερινές δραστηριότητες τους και αντιλαμβάνονται λιγότερο πόνο ή δυσφορία (πίνακας 6.25).

Πίνακας 6.25: Συσχέτιση της ηλικίας με τις κλίμακες της ΠΖ των ασθενών.

Ερευνητικά εργαλεία	Κλίμακες- Διαστάσεις	Συντελεστής συσχέτισης
<b>KDQOL-SF</b>	Σωματική Λειτουργικότητα	-,505**
	Σωματικός Ρόλος	-,150*
	Σωματικός Πόνος	-,165*
	Γενική Υγεία	-,109
	Ζωτικότητα	-,213**
	Κοινωνική λειτουργικότητα	-,212**
	Συναισθηματικός Ρόλος	-,014
	Ψυχική Υγεία	,005
	Συμπτώματα Ασθένειας	-,282**
	Επιδράσεις Ασθένειας	-,331**
	Φόρτος Ασθένειας	,006
	Εργασία	-,391**
	Γνωστική Λειτουργικότητα	-,323**
	Κοινωνική Αλληλεπίδραση	,043
	Σεξουαλική Λειτουργικότητα	-,554**
	Ποιότητα Ύπνου	-,233**
	Κοινωνική Υποστήριξη	,001
	Ενθάρρυνση από το προσωπικό	,037
	Ικανοποίηση Ασθενών	,086
<b>EQ-5D</b>	Κινητικότητα	-,380**
	Αυτοεξυπηρέτηση	-,409**
	Καθημερινές Δραστηριότητες	-,394**
	Πόνος / Δυσφορία	-,23**
	Άγχος / Κατάθλιψη	,054

\*\* Στατιστικά σημαντικές σχέσεις σε επίπεδο  $\alpha=0,01$

### 6.3.3. Σχέση επιπέδου σπουδών των ασθενών με την ΠΖ τους

Το επίπεδο εκπαίδευσης επηρεάζει σημαντικά τις περισσότερες διαστάσεις τις ποιότητας ζωής. Ειδικότερα, διαπιστώνεται ότι οι ασθενείς με υψηλότερο επίπεδο σπουδών σε σχέση με τους ασθενείς με χαμηλότερο επίπεδο σπουδών δηλώνουν ότι έχουν καλύτερη σωματική λειτουργικότητα, διευρυμένο σωματικό ρόλο, μικρότερης έντασης σωματικό πόνο, εντονότερη κοινωνική λειτουργικότητα, περισσότερη ενέργεια (ζωτικότητα), με καλύτερη γενική υγεία, έντονο συναισθηματικό ρόλο και γενικότερη ψυχική υγεία.

Επίσης και όσον αφορά στις υπόλοιπες κλίμακες του KDQOL -SF παρατηρείται ότι, οι ασθενείς με υψηλότερο επίπεδο σπουδών σε σχέση με τους ασθενείς με χαμηλότερο επίπεδο σπουδών δηλώνουν ότι έχουν λιγότερα συμπτώματα ασθένειας, οι όποιες επιδράσεις της ασθένειας γίνονται λιγότερο αισθητές, λιγότερο φόρτο ασθένειας, έχουν λιγότερα προβλήματα σχετικά με την εργασία τους και έχουν εντονότερη γνωστική και σεξουαλική λειτουργικότητα. Οι διαστάσεις της ΠΖ των ασθενών: ποιότητα ύπνου, κοινωνική αλληλεπίδραση, κοινωνική υποστήριξη, ενθάρρυνση από το προσωπικό και ικανοποίηση ασθενών, δε σχετίζονται με το επίπεδο σπουδών των ασθενών.

Τέλος και όσον αφορά στις διαστάσεις της ΠΖ των ασθενών που μετρήθηκαν με το ερευνητικό εργαλείο EQ-5D, οι ασθενείς με υψηλότερο επίπεδο σπουδών σε σχέση με τους ασθενείς με χαμηλότερο επίπεδο σπουδών δηλώνουν ότι έχουν λιγότερα κινητικά προβλήματα, αισθάνονται ότι μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν περισσότερο, έχουν λιγότερα προβλήματα στις καθημερινές δραστηριότητες τους και αντιλαμβάνονται λιγότερο πόνο ή δυσφορία. Η μόνη διάσταση που δε σχετίζεται με το επίπεδο σπουδών είναι το άγχος ή κατάθλιψη των ασθενών.

#### **6.3.4. Σχέση οικογενειακής κατάστασης των ασθενών με την ΠΖ τους**

Η οικογενειακή κατάσταση των ασθενών στην ανάλυση αυτή, χωρίζει το δείγμα σε δύο ομάδες: α) έγγαμους και β) άλλους (ασθενείς σε χηρεία, άγαμοι και διαζευγμένοι). Η οικογενειακή κατάσταση των ασθενών δε σχετίζεται με: τη-σωματική λειτουργικότητα, το σωματικό ρόλο, το σωματικό πόνο, τη γενική υγεία, τη ζωτικότητα, την κοινωνική λειτουργικότητα, το συναισθηματικό ρόλο και την ψυχική υγεία. Επομένως, δεν διαφοροποιούνται οι δηλώσεις των έγγαμων ασθενών σε σχέση με τους άλλους(άγαμους, χήρους/χήρες και διαζευγμένους/ διαζευγμένες) για την ΠΖ τους όσο αφορά στις συγκεκριμένες κλίμακες.

Όσον αφορά στις υπόλοιπες κλίμακες του KDQOL-SF παρατηρείται ότι, οι έγγαμοι ασθενείς σε σχέση με τους άλλους, δηλώνουν ότι έχουν εντονότερη κοινωνική υποστήριξη. Οι υπόλοιπες κλίμακες της ΠΖ των ασθενών: συμπτώματα ασθένειας, επιδράσεις της ασθένειας, φόρτος ασθένειας, γνωστική και σεξουαλική λειτουργικότητα, ποιότητα ύπνου, εργασία, κοινωνική αλληλεπίδραση, ενθάρρυνση από το προσωπικό και ικανοποίηση ασθενών, δε-σχετίζονται με την οικογενειακή κατάσταση των ασθενών.

Από τη συσχέτιση των πέντε διαστάσεων της ΠΖ των ασθενών που αναφέρονται στο EQ-5D με την οικογενειακή κατάσταση, φαίνεται ότι οι έγγαμοι ασθενείς σε σχέση με τους υπόλοιπους, δηλώνουν ότι μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν περισσότερο και έχουν λιγότερα

προβλήματα στις καθημερινές τους δραστηριότητες. Οι διαστάσεις που δε σχετίζονται με την οικογενειακή κατάσταση των ασθενών είναι: η κινητικότητα, ο πόνος ή δυσφορία και το άγχος ή κατάθλιψη των ασθενών.

### **6.3.5. Σχέση επαγγελματικής κατάστασης των ασθενών με την ΠΖ**

Για τη συσχέτιση της επαγγελματικής κατάστασης με τις κλίμακες της ποιότητας ζωής το δείγμα χωρίστηκε σε δύο ομάδες ασθενών: α) εργαζόμενοι (ιδιωτικοί υπάλληλοι, δημόσιοι υπάλληλοι, οικιακά, ελεύθεροι επαγγελματίες και άλλοι, β) συνταξιούχοι. Στην ανάλυση δεν συμπεριλήφθηκαν οι άνεργοι με το σκεπτικό ότι ήταν μια πολύ μικρή ομάδα, επτά μόλις ατόμων και τα αποτελέσματα από την ανάλυση θα είχαν μικρή γενικευσιμότητα.

Στις κλίμακες του πρώτου μέρους, οι εργαζόμενοι ασθενείς σε σχέση με τους συνταξιούχους ασθενείς δηλώνουν ότι έχουν καλύτερη σωματική λειτουργικότητα, διευρυμένο σωματικό ρόλο, μικρότερης έντασης σωματικό πόνο, αντιλαμβάνονται ότι έχουν καλύτερη γενική υγεία, εντονότερη κοινωνική λειτουργικότητα και ότι έχουν περισσότερη ενέργεια (ζωτικότητα). Οι διαστάσεις, συναισθηματικός ρόλος και ψυχική υγεία, δε σχετίζονται με την επαγγελματική κατάσταση των ασθενών.

Όσον αφορά τις εξειδικευμένες κλίμακες του KDQOL-SF παρατηρείται ότι, οι εργαζόμενοι ασθενείς σε σχέση με τους συνταξιούχους ασθενείς δηλώνουν ότι έχουν λιγότερα συμπτώματα ασθένειας, έχουν λιγότερα προβλήματα σχετικά με την εργασία τους, έχουν εντονότερη γνωστική και σεξουαλική λειτουργικότητα και καλύτερη ποιότητα ύπνου. Οι κλίμακες της ΠΖ των ασθενών: επιδράσεις της ασθένειας, φόρτος ασθένειας, κοινωνική αλληλεπίδραση, κοινωνική υποστήριξη, ενθάρρυνση από το προσωπικό και ικανοποίηση ασθενών, δε σχετίζονται με την επαγγελματική κατάσταση των ασθενών.

Συσχετίζοντας, την επαγγελματική κατάσταση με τις διαστάσεις της ΠΖ των ασθενών που αναφέρονται στο EQ-5D, οι εργαζόμενοι ασθενείς σε σχέση με τους συνταξιούχους ασθενείς δηλώνουν ότι έχουν λιγότερα κινητικά προβλήματα, αισθάνονται ότι μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν περισσότερο, έχουν λιγότερα προβλήματα στις καθημερινές δραστηριότητες τους και αντιλαμβάνονται λιγότερο πόνο ή δυσφορία. Η μόνη διάσταση που δε σχετίζεται με την επαγγελματική κατάσταση των ασθενών είναι το άγχος ή κατάθλιψη τους.



### 6.3.6. Σχέση χρονικού διαστήματος που οι ασθενείς βρίσκονται σε αιμοκάθαρση και της ΠΖ τους

Από τη συσχέτιση του χρονικού διαστήματος με τις οχτώ πρώτες κλίμακες του KDQOL-SF, οι ασθενείς που βρίσκονται σε αιμοκάθαρση για περισσότερα έτη, από τους υπόλοιπους, δηλώνουν ότι έχουν μικρότερο σωματικό ρόλο και εντονότερο σωματικό πόνο. Οι διαστάσεις, σωματική λειτουργικότητα, συναισθηματικός ρόλος και ψυχική υγεία, γενική υγεία, κοινωνική λειτουργικότητα και ζωτικότητα, δε σχετίζονται με το χρονικό διάστημα που βρίσκονται σε αιμοκάθαρση οι ασθενείς, (πίνακας 6.26).

Επιπρόσθετα, και όσον αφορά στη συσχέτιση με τις εξειδικευμένες κλίμακες, παρατηρείται ότι οι ασθενείς που βρίσκονται σε αιμοκάθαρση για περισσότερα έτη από τους υπόλοιπους, δηλώνουν ότι έχουν χειρότερη ποιότητα ύπνου από τους άλλους ασθενείς με λιγότερα χρόνια σε αιμοκάθαρση. Οι υπόλοιπες εξειδικευμένες δε-σχετίζονται με το χρονικό διάστημα που βρίσκονται σε αιμοκάθαρση οι ασθενείς, (πίνακας 6.26).

Τέλος και όσον αφορά στις διαστάσεις του EQ-5D, οι ασθενείς που βρίσκονται σε αιμοκάθαρση για περισσότερα έτη σε σχέση με τους άλλους, δηλώνουν ότι μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν λιγότερο από τους άλλους και αντιλαμβάνονται περισσότερο πόνο ή δυσφορία. Οι διαστάσεις της ΠΖ των ασθενών: κινητικότητα, άγχος ή κατάθλιψη και καθημερινές δραστηριότητες, δε σχετίζονται με το χρονικό διάστημα που βρίσκονται σε αιμοκάθαρση οι ασθενείς (πίνακας 6.26).

Πίνακας 6.26:Συσχέτιση χρονικού διαστήματος παραμονής σε αιμοκάθαρση με τις κλίμακες της ΠΖ .

Ερευνητικά εργαλεία	Κλίμακες-Διαστάσεις	Συντελεστής συσχέτισης
KDQOL-SF	Σωματική Λειτουργικότητα	-,097
	Σωματικός Ρόλος	-,145*
	Σωματικός Πόνος	-,220**
	Γενική Υγεία	-,032
	Ζωτικότητα	0,007
	Κοινωνική λειτουργικότητα	-,042
	Συναισθηματικός Ρόλος	,043
	Ψυχική Υγεία	,65
	Συμπτώματα Ασθένειας	-,124
	Επιδράσεις Ασθένειας	-,009
	Φόρτος Ασθένειας	-,044
	Εργασία	,081
	Γνωστική Λειτουργικότητα	-,054
	Κοινωνική Αλληλεπίδραση	-,031
	Σεξουαλική Λειτουργικότητα	,023
	Ποιότητα Ύπνου	-,170*
Κοινωνική Υποστήριξη	,040	

	Ενθάρρυνση από το προσωπικό	-,052
	Ικανοποίηση Ασθενών	-,099
<b>EQ-5D</b>	Κινητικότητα	-,08
	Αυτοεξυπηρέτηση	-,145*
	Καθημερινές Δραστηριότητες	-,06
	Πόνος / Δυσφορία	-,196**
	Άγχος / Κατάθλιψη	,089

\* Στατιστικά σημαντικές σχέσεις σε επίπεδο  $\alpha=0,05$

\*\* Στατιστικά σημαντικές σχέσεις σε επίπεδο  $\alpha=0,01$

## 7. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η μέτρηση της ποιότητας ζωής των ασθενών με ΤΣΧΝΑ που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση αποτελεί θέμα υψίστης σπουδαιότητας γιατί η χρονιότητα της ασθένειας και η φύση της θεραπείας επιδρούν σημαντικά στον τρόπο ζωής τους. Οι αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς καλούνται καθημερινά να αντιμετωπίσουν πολλά προβλήματα τόσο σε σωματικό όσο και σε ψυχολογικό, κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο.

Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων της παρούσας μελέτης διαπιστώθηκε ότι οι ασθενείς με Τελικού Σταδίου Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση στο νομό Αχαΐας έχουν μέσο όρο ηλικίας 66,4 έτη και βρίσκονται σε διαδικασία αιμοκάθαρσης κατά μέσο όρο πέντε έτη. Παρατηρώντας την ηλικιακή σύνθεση και με βάση προηγούμενη μελέτη (Σταυριανού, 2007), παρατηρείται βελτίωση του προσδόκιμου επιβίωσης. Ο μέσος όρος για το έτος 2007 ήταν τα  $57 \pm 15,7$  έτη και σήμερα στο δείγμα της παρούσας μελέτης είναι  $66,4 \pm 12,9$  έτη. Αξιοσημείωτη βελτίωση παρατηρείται στο προσδόκιμο επιβίωσης όλων των ηλικιών από το έτος 2000 και έπειτα, από ότι αναφέρουν και άλλοι ερευνητές (Ιωαννίδης, Παπαδάκη και συν., 2005). Επίσης, παρατηρείται ότι ποσοστό 51,5% των συμμετεχόντων ασθενών, είναι ηλικίας μεγαλύτερης των 65 ετών, εύρημα που συμφωνεί με τη σύγχρονη βιβλιογραφία, η οποία υποστηρίζει ότι ο επιπολασμός της νόσου αυξάνεται με την ηλικία. Εξάλλου, πιστεύεται ότι η προοδευτική γήρανση του πληθυσμού, θα επηρεάσει την επίπτωση της ΧΝΑ τα επόμενα έτη (Σταυριανού, 2007).

Όσον αφορά στο φύλο, οι περισσότεροι συμμετέχοντες ασθενείς είναι άνδρες. Το επίπεδο των γραμματικών γνώσεων των συμμετεχόντων είναι κυρίως δημοτικής εκπαίδευσης, ενώ υπάρχουν και 11 ασθενείς που δήλωσαν απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης.

Όσον αφορά στην οικογενειακή τους κατάσταση, οι περισσότεροι ασθενείς είναι έγγαμοι και συγκατοικούν με άλλα μέλη της οικογένειάς τους σε αστική περιοχή. Όσον αφορά στην αλλαγή κατοικίας μετά την ένταξη στην αιμοκάθαρση, ώστε να είναι κοντά στην μονάδα τεχνητού νεφρού, παρατηρείται ότι υπάρχουν 34 αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς που αναγκάστηκαν να αλλάξουν τον τόπο διαμονής τους. Οι περισσότεροι ασθενείς από αυτούς που αναγκάστηκαν να αλλάξουν κατοικία έμεναν σε ορεινές περιοχές του νομού Αχαΐας ή σε αγροτικές περιοχές του κάμπου της Ηλείας. Αξίζει να σημειωθεί ότι η ανάγκη για αλλαγή κατοικίας των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών, είναι ένα εύρημα σε αρκετές μελέτες (Καϊτελίδου, 2007, Διαμαντοπούλου, 2008), που πιθανόν να σημαίνει ότι σε κάποιες περιοχές, υπάρχει ελλιπής υποδομή ή δεν υπάρχει καθόλου μονάδα τεχνητού νεφρού.

Όσον αφορά την επαγγελματική τους κατάσταση, τα αποτελέσματα είναι αναμενόμενα λόγω της ηλικίας αλλά και των περιορισμών που θέτει η αιμοκάθαρση στην καθημερινή ζωή των ασθενών. Μόνο το 24,4% των συμμετεχόντων στην έρευνα αυτή, δήλωσαν εργαζόμενοι σε αμειβόμενη εργασία. Η πλειονότητα των συμμετεχόντων (61,7%) δήλωσε ότι είναι συνταξιούχοι είτε λόγω ηλικίας είτε λόγω της ασθένειάς τους. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι 58 ασθενείς, δηλαδή ποσοστό 29,6% δήλωσαν ότι αναγκάστηκαν να διακόψουν ή να αλλάξουν επάγγελμα, λόγω των συνεπειών της ασθένειας και των περιορισμών που θέτει η αιμοκάθαρση. Παρόμοια ήταν τα ευρήματα στην μελέτη της Καϊτελίδου και των συνεργατών της (2007), οι οποίοι παρατήρησαν ότι ένα μεγάλο ποσοστό (60,2%) των Ελλήνων αιμοκαθαιρόμενων, αναγκάστηκαν να αλλάξουν επάγγελμα ή να συνταξιοδοτηθούν μετά την ένταξη τους στην αιμοκάθαρση, ενώ μόλις το 39,8% των ασθενών διατήρησαν το αρχικό τους επάγγελμα. Άμεση σύνδεση με την απώλεια ή την αλλαγή του επαγγέλματος φαίνεται να έχει σύμφωνα με ορισμένους μελετητές, η αδυναμία επιλογής του ωραρίου της ενδονοσοκομειακής αιμοκάθαρσης, γιατί ασθενείς που υποβάλλονται σε κατ' οίκον ή δορυφορική αιμοκάθαρση διατηρούν την ικανότητα να εργάζονται εξαιτίας της ευελιξίας του προγραμματισμού των συνεδριών τους (Oberley, Schatell, 1996).

Σε ότι αφορά στην αυτοεκτίμηση της ποιότητας ζωής των ασθενών που συμμετείχαν στην έρευνα, με το ερωτηματολόγιο EQ-5D, τα περισσότερα προβλήματα των ασθενών σχετίζονται με την κινητικότητα, την ικανότητα για εκτέλεση των καθημερινών δραστηριοτήτων και την ύπαρξη άγχους για την πορεία της υγείας τους.

Επιπρόσθετα, από την επιμέρους ανάλυση των κλιμάκων του KDQOL-SF διαπιστώνεται ότι, οι συμμετέχοντες ασθενείς αντιλαμβάνονται γενικά τη νεφρική τους ανεπάρκεια αλλά και την αιμοκάθαρση σαν μεγάλη επιβάρυνση στη ζωή τους. Οι κλίμακες της ΠΖ που εμφανίζονται σε χαμηλότερα επίπεδα αφορούν όπως ήταν αναμενόμενο, την εργασία, τη σεξουαλική λειτουργικότητα, το φόρτο της ασθένειας και τη γενική υγεία. Ακολουθούν οι επιδράσεις της ασθένειας, η ζωτικότητα, η ψυχική υγεία και η σωματική λειτουργικότητα. Η κλίμακα της ποιότητας του ύπνου κυμαίνεται σε μέτρια επίπεδα. Ωστόσο, αξίζει να αναφερθεί ότι στις κλίμακες της κοινωνικής υποστήριξης, της ενθάρρυνσης από το προσωπικό και της ικανοποίησης των ασθενών, στη συγκεκριμένη μελέτη παρατηρούνται υψηλές τιμές.

Επομένως, οι αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς έχουν χαμηλή σωματική λειτουργικότητα, ζωτικότητα και ψυχική υγεία, αντιμετωπίζουν μεγάλα προβλήματα στη διατήρηση της εργασίας τους, στη σεξουαλική τους ζωή, ενοχλούνται εξαιρετικά πολύ από τις επιδράσεις της ασθένειας και τους περιορισμούς τόσο στην πόση των υγρών όσο και της διατροφής,

των εκδρομών και των διακοπών. Επιπρόσθετα, αντιμετωπίζουν κάποια προβλήματα και στον ύπνο τους, ενώ είναι ιδιαίτερα ικανοποιημένοι από την υποστήριξη που τους προσφέρει η οικογένεια τους και το προσωπικό των μονάδων αιμοκάθαρσης.

Επιχειρώντας συσχέτιση των κλινικών και κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών των ασθενών με τις μεταβολές της ποιότητας ζωής προσδιορίστηκαν ορισμένοι παράγοντες που φαίνεται να ερμηνεύουν την διακύμανση των τιμών της ΠΖ των ασθενών.

Συγκεκριμένα, οι άνδρες δηλώνουν ότι βιώνουν καλύτερα τη νόσο και τις συνέπειές της σε σχέση με τις γυναίκες ασθενείς Αυτό συνάγεται, γιατί δηλώνουν ότι έχουν καλύτερη σωματική λειτουργικότητα, διευρυμένο σωματικό ρόλο, μικρότερης έντασης σωματικό πόνο, λιγότερα συμπτώματα ασθένειας και ενοχλούνται λιγότερο από τους περιορισμούς που τους επιβάλλει η νεφροπάθεια τους.

Επιπρόσθετα, η ηλικία επηρεάζει την ΠΖ, αφού οι νεότεροι ασθενείς σε σχέση με τους μεγαλύτερους σε ηλικία, δηλώνουν ότι έχουν καλύτερη σωματική λειτουργικότητα, σωματικό ρόλο, νοιώθουν μικρότερης έντασης σωματικό πόνο και έχουν εντονότερη κοινωνική λειτουργικότητα και περισσότερη ζωντάνια και ενεργητικότητα.

Επιπλέον, το επίπεδο εκπαίδευσης διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην ΠΖ των ασθενών. Συγκεκριμένα, οι ασθενείς με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο, φαίνεται να έχουν καλύτερη σωματική λειτουργικότητα, καλύτερο σωματικό και συναισθηματικό ρόλο, λιγότερο σωματικό πόνο, εντονότερη κοινωνική λειτουργικότητα, περισσότερη ενέργεια και καλύτερη γενική και ψυχική υγεία. Επίσης, αντιλαμβάνονται λιγότερο τα συμπτώματα και τις επιδράσεις της ασθένειας σε σχέση με τους άλλους, αισθάνονται λιγότερο φόρτο ασθένειας, παρουσιάζουν λιγότερα προβλήματα σχετικά με την εργασία τους, έχουν καλύτερη γνωστική και σεξουαλική λειτουργικότητα.

Η οικογενειακή κατάσταση των ασθενών επηρεάζει την ΠΖ ως προς τη διάσταση της κοινωνικής υποστήριξης, με τους έγγαμους ασθενείς να βρίσκονται σε πλεονεκτική θέση έναντι των άλλων ασθενών, αυτών δηλαδή που βρίσκονται σε χηρεία, είναι διαζευγμένοι ή είναι άγαμοι. Επίσης, οι έγγαμοι ασθενείς δηλώνουν ότι μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν περισσότερο και έχουν λιγότερα προβλήματα στις καθημερινές τους δραστηριότητες.

Οι εργαζόμενοι ασθενείς διαπιστώνεται ότι βιώνουν καλύτερη ποιότητα ζωής, γιατί δηλώνουν ότι έχουν καλύτερη σωματική λειτουργικότητα, διευρυμένο σωματικό ρόλο, μικρότερης έντασης σωματικό πόνο, αντιλαμβάνονται ότι έχουν καλύτερη γενική υγεία, εντονότερη κοινωνική λειτουργικότητα και περισσότερη ενεργητικότητα. Επίσης, αντιλαμβάνονται σε μικρότερο βαθμό τα συμπτώματα της ασθένειας, έχουν λιγότερα

προβλήματα σχετικά με την εργασία τους, έχουν εντονότερη γνωστική και σεξουαλική λειτουργικότητα και καλύτερη ποιότητα ύπνου.

Ο χρόνος παραμονής στην αιμοκάθαρση επιδρά στη διαμόρφωση της ΠΖ, καθώς οι ασθενείς που βρίσκονται σε αιμοκάθαρση για περισσότερα έτη, δηλώνουν ότι μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν λιγότερο, έχουν μικρότερο σωματικό ρόλο, εντονότερο σωματικό πόνο και χειρότερη ποιότητα ύπνου από τους άλλους ασθενείς με λιγότερα χρόνια σε αιμοκάθαρση.

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας είναι συγκρίσιμα με τα αποτελέσματα άλλων ερευνών που έχουν χρησιμοποιήσει το ίδιο ερευνητικό εργαλείο (KDQOL-SF) στην Ελλάδα. Συγκεκριμένα και αναφερόμενοι στις εξειδικευμένες για την νεφροπάθεια κλίμακες του KDQOL-SF, παρατηρείται ότι στην ερευνητική μελέτη του Κοντοδημόπουλου και των συνεργατών του (2007), σε ένα δείγμα 642 αιμοκαθαιρόμενων ασθενών που υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση σε 32 κέντρα αιμοκάθαρσης, οι χαμηλότερες τιμές καταγράφηκαν στις κλίμακες της εργασίας, της σεξουαλικής λειτουργικότητας, του φόρτου της ασθένειας και των επιδράσεων αυτής στην καθημερινή ζωή των ασθενών. Όσο αφορά στις κλίμακες του πρώτου μέρους του ερωτηματολογίου, προβλήματα εντοπίστηκαν στις κλίμακες της γενικής υγείας, του σωματικού ρόλου, της ζωτικότητας και της σωματικής λειτουργικότητας.

Ανάλογα αποτελέσματα ανακοίνωσε και η Σταυριανού (2007), σε δείγμα 146 ασθενών με ΤΣΧΝΑ που υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση σε 10 μονάδες αιμοκάθαρσης σε όλη την Ελλάδα, στο οποίο βρήκε ότι οι κλίμακες που επηρεάζονται περισσότερο είναι αυτές της εργασίας, του σωματικού ρόλου, της γενικής υγείας, της σεξουαλικής λειτουργικότητας, του φόρτου της ασθένειας, του συναισθηματικού ρόλου, της ζωτικότητας και της σωματικής λειτουργικότητας.

Τέλος και από τη σύγκριση των αποτελεσμάτων της παρούσας έρευνας με ένα δείγμα του Ελληνικού γενικού πληθυσμού (Παππά και συν, 2005), όσο αφορά στις κλίμακες του SF-36 (πίνακας 6.24: Παράρτημα, πίνακες ανάλυσης), προκύπτει το συμπέρασμα ότι η γενική κατάσταση της υγείας των αιμοκαθαρόμενων ασθενών, όπως την αντιλαμβάνονται οι ίδιοι, διαφέρει από την αντίστοιχη αντίληψη του γενικού πληθυσμού, αφού σημειώνονται στατιστικά σημαντικές διαφορές στις έξι από τις οχτώ κλίμακες. Ειδικότερα, οι αιμοκαθαιρόμενοι σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό βιώνουν φτωχότερη σωματική λειτουργικότητα, γενική υγεία, ζωτικότητα, ψυχική υγεία έχουν μειωμένο σωματικό ρόλο και αντιμετωπίζουν προβλήματα στην κοινωνική λειτουργικότητά τους. Αξίζει να σημειωθεί, ότι

δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά των δύο δειγμάτων στην κλίμακα του σωματικού πόνου και του συναισθηματικού ρόλου (Παράρτημα, γράφημα 6.2).

## 8. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ- ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Στην παρούσα ερευνητική μελέτη οι 201 αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς του δείγματος συμπλήρωσαν, μέσω δομημένης συνέντευξης που πραγματοποιήθηκε ως επί το πλείστον κατά την διάρκεια της αιμοκάθαρσης, το γενικού τύπου ερευνητικό εργαλείο EQ-5D και το εξειδικευμένο στη νεφροπάθεια KDQOL-SF καθώς επίσης απάντησαν και σε ορισμένες ερωτήσεις για τη συγκέντρωση των κοινωνικών, δημογραφικών και κλινικών τους στοιχείων με σκοπό την εκτίμηση της ποιότητα ζωής τους.

Από την ανάλυση των δηλώσεων των ασθενών διαπιστώθηκε ότι, η ποιότητα ζωής των ασθενών με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση υπολείπεται του Ελληνικού γενικού πληθυσμού.

Το εξειδικευμένο για τη νεφροπάθεια ερευνητικό εργαλείο KDQOL-SF, προσδιόρισε τόσο σωματικά και κινητικά προβλήματα στους ασθενείς όσο και προβλήματα που αφορούν την ψυχική τους υγεία. Παρόμοια ευρήματα διαπιστώθηκαν και από την υποκειμενική μέτρηση της σωματικής και της ψυχικής υγείας με το εργαλείο EQ-5D. .

Τα ευρήματα της συγκεκριμένης ερευνητικής εργασίας αποδεικνύουν ότι η ΤΣΧΝΑ και η μέθοδος της αιμοκάθαρσης, επηρεάζουν καταλυτικά σχεδόν όλες τις διαστάσεις της ποιότητας ζωής των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών. Επίσης, η ηλικία, το φύλο, το μορφωτικό επίπεδο, η οικογενειακή κατάσταση, το επάγγελμα και ο χρόνος παραμονής στην αιμοκάθαρση συσχετίζονται με τις διαστάσεις της ποιότητας ζωής των ασθενών. Υπό το πρίσμα αυτό, οι επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι ασχολούνται με την ιδιαίτερη αυτή κατηγορία πασχόντων θα πρέπει να έχουν την κατάλληλη εκπαίδευση αλλά και τις δεξιότητες, ώστε να μπορούν έγκαιρα να αντιμετωπίσουν τα πολλαπλά προβλήματα των αιμοκαθαιρόμενων καθώς επίσης θα πρέπει να λαμβάνουν τακτική ενημέρωση και να γνωρίζουν όλους τους παράγοντες που επιδρούν αρνητικά στην ποιότητα ζωής των ασθενών και να τους αντιμετωπίζουν με τις ανάλογες παρεμβάσεις.

Επίσης, θα μπορούσαν να υποστηριχθούν με περισσότερο εξατομικευμένες ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις, οι γυναίκες, οι ηλικιακά μεγαλύτεροι ασθενείς, οι αιμοκαθαιρόμενοι που ζουν μόνοι τους και δεν έχουν υποστηρικτικό περιβάλλον και οι ασθενείς με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο. Η πρόταση αυτή αφορά στην ενίσχυση των μονάδων αιμοκάθαρσης, με ψυχολόγους αλλά και κοινωνικούς λειτουργούς, οι οποίοι θα δίνουν την

ευκαιρία στους ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση να εκφράζουν τις όποιες ανησυχίες και φόβους μπορεί να έχουν ή που ενδεχομένως θα εμφανιστούν στην πορεία της θεραπείας, βοηθώντας τους έτσι σε ψυχολογικό επίπεδο.

Ιδιαίτερη σημασία θα πρέπει να δοθεί και στον τομέα της εργασίας και ο στόχος θα πρέπει να είναι ένας. Να συνεχίσει ο αιμοκαθαιρόμενος ασθενής να εργάζεται, να μην νοιώσει ότι περιθωριοποιείται, γιατί η παραμονή στην παραγωγική διαδικασία και η αίσθηση διατήρησης των δραστηριοτήτων του συντελεί στη βελτίωση τόσο της ψυχολογικής όσο και της οικονομικής του κατάστασης και κατ' επέκταση και της ποιότητας ζωής του. Στην κατεύθυνση της διατήρησης του επαγγέλματος των αιμοκαθαιρομένων, ενδεχομένως θα βοηθούσε η δυνατότητα επιλογής ενός πιο ευέλικτου προγράμματος συνεδριών αιμοκάθαρσης, κυρίως για τους ασθενείς που υποβάλλονται σε ενδονοσοκομειακή αιμοκάθαρση. Ωστόσο, στο σημείο αυτό θα πρέπει να τονισθεί, ότι θα πρέπει να προωθηθούν άλλες μορφές αιμοκάθαρσης, όπως η κατ' οίκον και η δορυφορική αιμοκάθαρση καθώς και η περιτοναϊκή κάθαρση που επιτρέπουν σε μεγαλύτερο ποσοστό ασθενών να εργάζονται από τη μια, αλλά και που συμβάλλουν στη μείωση του κόστους θεραπείας από την άλλη. Οριστική όμως λύση των περισσότερων προβλημάτων των αιμοκαθαιρομένων ασθενών, αποτελεί η μεταμόσχευση νεφρού, προς την κατεύθυνση της οποίας θα πρέπει να γίνουν συνειδητές προσπάθειες ενημέρωσης του πληθυσμού για τη δωρεά οργάνων. Επιπρόσθετα, η υιοθέτηση στρατηγικών πρόληψης της ΧΝΑ θα μπορούσε να περιορίσει την επίπτωση της νόσου.

Εν κατακλείδι, στη χάραξη υγειονομικών πολιτικών θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη τα προβλήματα και οι ανάγκες των ασθενών, προκειμένου να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής τους.



## 9. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

- Anger, D. (1975), The psychologic stress of chronic renal failure and long-term hemodialysis. *Nurs North Am* 10:449-460
- Bosch, J., Hunink, M. (2000), Comparison of the Health Utilities Index Mark 3 HUI3 and the EuroQol EQ-5D in patients treated for intermittent claudication. *Quality of Life Research* 9:591-601
- Brazier, J., Jones, N., Kind, P. (1993), Testing the validity of the EuroQol and comparing it with the SF-36 Health Survey Questionnaire. *Quality of Life Research* 2:169-180
- Brooks, R. (1996), The current State Of Play. *Health Policy* 37:53-72
- Brooks, R., Rabin, R., Charro, F. (2003), The measurement and valuation of health status using EQ-5D: A European perspective, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht, Netherlands
- Bullinger, M., Hasford, J. (1991), Evaluating quality of life measures in German clinical trials. *Controlled Clinical Trials* 12:915-1055
- Chiang, CK., Peng, YS., Chiang, SS., Yang, CS., et al (2004), Health-related quality of life of hemodialysis patients in Taiwan: A multicenter study. *Blood Purif* 22:490-498
- Clement, F., Klarenbach, S., Tonelli, M., Johnson, J., et al (2009), The Impact of Selecting a High Hemoglobin Target Level on Health-Related Quality of Life for Patients With Chronic Kidney Disease: Title and subTitle Break A Systematic Review and Meta-analysis. *Arch Intern Med.* 169(12):1104-1112
- Creary, J., Drennan, J. (2005), Quality of life patients on haemodialysis for end-stage renal disease. *Journal of advanced nursing*, 51(6):577-586
- Doyle, A. M., Lechler, R.I. (2004), Organ Transplantation: halfway through the first century. *J Am Soc Nephrol* 15(12):2965-71
- Drummond, M., Stoddart, G., Torrance, G. (1987), *Methods for the economic evaluation of health care programmes*, Oxford Medical Publ. Oxford

- Evans, RW., Manninen, DL., Garrison, LP., Jr. Hart, LG., et al (1985), The quality of life of patients with end-stage renal disease. *New England Journal of Medicine*, 312(9):553-559
- Foster, FG. (1973), Psychological adjustment of family to maintenance hemodialysis-A two year follow up. Part I. *Psychosom Med*, 35: 64-82
- Gutman, RA., Stead, WW., Robinson, RR. (1981), Physical activity and employment status of patients on maintenance dialysis. *The New England Journal of Medicine*, 304:309-313
- Hayashino, Y., Fukuhara, S., Akiba, T., Akizawa, T., et al (2009), Low health-related quality of life is associated with all-cause mortality in patients with diabetes on haemodialysis: the Japan Dialysis Outcomes and Practice Pattern Study. *Diabet Med* 26(9):921-927
- Hays, R.D., Kallich, JD., Mapes, DL., Coons, SJ., et al (1994), Development of the Kidney Disease Quality Of Life (KDQOL) Instrument. *Quality of Life Research* 3:329-338
- Hays, RD., Kallich, JD., Mapes, DL., Coons, SJ., Amin, N., Carter, WB., et al (1995), Kidney disease quality of life short form (KDQOL-SF) instrument, version 1.2: a manual for use and scoring, Santa Monica, CA: RAND
- Hays, RD., Kallich, JD., Mapes, DL., Coons, SJ., Amin, N., Carter, WB., et al (1997), Kidney disease quality of life short form(KDQOL-SF) instrument, version 1.3: a manual for use and scoring, Santa Monica, CA: RAND
- Holland, R., Smith, RD., Harvey, I., Swift, L., et al (2004), Assessing quality of life in the elderly: a direct comparison of the EQ-5D and AqoL. *Health Economics* 13:793-805
- Hunt, S., McEwen, J., Mckenna, S. (1985), Measuring health Status: A new tool for clinicians sand epidemiologists. *Jroy Coll Sen Pract.* 35:185-188
- Hurst, NP., Jobanputra, P., Hunter, M., Lambert, M., et al (1994), Validity of EuroQol – A Generic health status instrument in patients with rheumatoid arthritis. *British Journal of Rheumatology* 33(2):655-662
- Ifudu, O. (1998), Care of patients undergoing hemodialysis. *New England Journal of Medicine*, 339:1054-1062
- Iordanidis, P., Alivanis, P., Iakovidis, A. (1993), Psychiatric and psychosocial status of elderly patients undergoing dialysis. *Peritoneal. Dialysis International* 13:192-195

- Kaplan, RM., Bush, JW. (1982), Health-related quality of life measurement for evaluation research and policy analysis. *Health Psychology* 1:61-80
- Kontodimopoulos N., Pappa E., Niakas D. (2009), «Gender- and age- related benefit of renal replacement therapy on health-related quality of life», *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23 (4),721-729
- Kutner, NG., Zhang, R., McClellan, WM. (2000), Patient-reported quality of life early in dialysis treatment: effects associated with usual exercise activity. *Nephrol Nurs J.*, 27 (4), 357-67
- Kutner, NG., Zhang, R., Barnhart, H., Collins, AJ.(2005), Health status and quality of life reported by incident patients after 1 year on haemodialysis or peritoneal dialysis. *Nephrol Dial Transplant* 20(10): 2159-67
- Lambert, C., Lambert, V. (1987), Psychosocial impacts created by chronic illness. *Nursing Clinics of North America* 22(3):527-533
- Laupacis, A., Muirhead, N., Keown, P., Wong, C. (1992), A disease-specific questionnaire for assessing quality of life in patients on hemodialysis. *Nephron* 60(3):302-306
- Lee, BO., Lin, CC., Chaboyer, W., Chiang, CL., et al (2007), The fatigue experience of haemodialysis patients in Taiwan. *J Clin Nurs* 16(2):407-413
- Lopes, A., Bragg, J., Young, E., Goodkin, D., et al (2002), Depression as a predictor of mortality and hospitalization among hemodialysis patients in the United States and Europe, *Kidney International*, 62, 199–207.
- McHorney, C., Ware, Jr., Lu, J., Sherbourne, C. (1994), The MOS 36-item Short-Form Health Survey(SF-36):III. Tests of data quality, Scaling assumptions, and reliability across diverse patient groups. *Med Care* 32(1):40-46
- National Kidney Foundation (2002), K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification. *Am J Kidney Dis.* 39(2 Suppl 1):1-266
- Oberley, ET., Schatell, DR.(1996), Home hemodialysis: survival, quality of life and rehabilitation. *Adv Ren Replace Ther* , 3:147-1531985
- Patrick, D., Erickson, P. (1994), Health Status and Health Policy. Allocating Resources to Health Care. *American Journal of Epidemiology*, 139(12):1226-1228

- Peng, Y.S. (2007), The association of higher depressive symptoms and sexual dysfunction in male haemodialysis patients, *Nephrol Dial Transplant*, 22:857-861
- Salek, S. (1996), Quality of life assessment in patients on peritoneal dialysis: a review of the state of the art. *Peritoneal Dialysis International*, 16(1):398-401
- Samaai, R., Uys, H. (2005), Morbidity and mortality: Profile of patients on renal replacement therapy in the private sector. *Hemodialysis International* 9(1):88-89
- Thong, M., Kaptein, A., Krediet, R., Boeschoten, E., et al (2007), Social support predicts survival in dialysis patients. *Nephrol Dial Transplant* 22:845–850
- USRDS (United States Renal Data System), National Institutes of Health, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Disease (2009), Annual Data Report, Bethesda
- Valderrabano, F., Jofre, R., Lopez-Gomez, J. (2001), Quality of life in End-Stage Renal Disease Patients. *Am J Kidney Dis.* 38(3):443-464
- Ware, JE., Sherbourne, CD. (1992), The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36®): I. conceptual framework and item selection. *Med Care*, 30 (6):73-483.
- Ware, JE., Snow, KK., Kosinski, M., Gandek, B.(1993), SF-36 Health survey manual and interpretation guide. Boston, Mass: New England Medical Center, The Health Institute
- Ware, JE., Kosinski, M., Keller, SD.(1994), SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: A User's Manual. Boston, Mass: New England Medical Center, The Health Institute
- World Health Organization (1946) International Health Conference, New York
- World Health Organization Quality of Life Assessment Group (1996), What quality of life?, *World Health Forum*, 17 (4): 354-356
- Zautra, A., Goodhart, D.(1979), Quality of life indicators: a review of the literature. *Commun Mental Health Rev* 4:1-10

## ΕΛΛΗΝΙΚΗ

- Andreoli, T.E., Carpenter, C.J., Griggs, R.C., Loscalzo, J. (2010), Cecil Βασική Παθολογία, (επιμέλεια Μουτσόπουλος Χ.), Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα
- Vennegoor, M. (2003), «Διατροφή στη νεφροπάθεια», στο: Thomas N. (επιμ.), *Νεφρολογική Νοσηλευτική*, University Studio Press, Θεσσαλονίκη, σ. 381- 418
- Αλετράς, Β., Ματσαγγάνης, Μ., Νιάκας, Δ. (2002), Θέματα Οικονομικής και Χρηματοδοτικής Διαχείρισης Υπηρεσιών Υγείας, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα
- Αποστόλου, Θ. (2000), Ποιότητα ζωής: Μία παραμελημένη παράμετρος αξιολόγησης θεραπευτικών αποφάσεων, *Ελληνική Νεφρολογία*, 12 (1): 28-33
- Βεργεμέζης, Β., και μέλη ΔΕΠ (2002), Βασικές Αρχές Νεφρολογίας, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Αλεξανδρούπολη
- Βλαχογιάννης, Ι. (1999), Στοιχεία Κλινικής Νεφρολογίας, Πανεπιστήμιο Πατρών, Πάτρα
- Βραχωρίτη, Α. (2009), Εκτίμηση της ποιότητας ζωής ασθενών με καρδιαγγειακά νοσήματα με τη χρήση των ερωτηματολογίων SF-36 και EQ-5D, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα, Μεταπτυχιακή εργασία.
- Γείτονα, Μ., Κάβουρα, Μ., Βανδώρου, Χ., Κυριόπουλος, Γ. (2004), «Οικονομική Αξιολόγηση και Ποιότητα Ζωής» στο: Γείτονα Μ. (επιμέλεια) *Οικονομική Αξιολόγηση της Τεχνολογίας Υγείας: Φαρμακοοικονομία και Λήψη Αποφάσεων*, Βόλος: Πανεπιστημιακές εκδόσεις Θεσσαλίας, σ. 130-146
- Γεωργακοπούλου, Σ.(2000), Μέθοδοι Εξωνεφρικής Κάθαρσης. *Επιθεώρηση* 25:6-9
- Δημητρόπουλος, Χ. (2009), Ποιότητα ζωής ασθενών με Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα, Μεταπτυχιακή εργασία
- Διαμαντοπούλου, Ι. (2008), Μέτρηση της ικανοποίησης και της ποιότητας ζωής των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών στο Γ.Ν.Ν. Ξάνθης, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα, Μεταπτυχιακή εργασία
- Ζέρβας, Κ. (2003), Η φαινομενολογία της χρόνιας ασθένειας. Η παραδειγματική μελέτη της σκλήρυνσης κατά πλάκας, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα, Μεταπτυχιακή εργασία
- Θεοδώρου, Μ., Σαρρής, Μ., Σούλης, Σ. (2001), «Υγεία και αρρώστια» στο: Θεοδώρου Μ, Σαρρής Μ., Σούλης Σ. (επιμ.), *Συστήματα υγείας*, εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, σ. 31- 60

- Θεοφίλου, Π., Παναγιωτάκη, Ε. (2010), Ποιότητα Ζωής σε Ασθενείς με Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια: Διαφορές μεταξύ Ασθενών με Λιγότερα και Περισσότερα Χρόνια Θεραπείας. *Νοσηλευτική* 49 (3): 295–304
- Ιωαννίδης, Γ., Παπαδάκη, Ο., Ξυλογιάννη, Μ, Μπότσας, Π., και συν. (2005), Θεραπεία υποκατάστασης νεφρικής λειτουργίας. Στατιστικά και επιδημιολογικά δεδομένα 2003. 69<sup>η</sup> επιστημονική συνάντηση ΕΝΕ, 15-17. Έκθεση εθνικού αρχείου καταγραφής νεφροπαθών. *Ελληνική Νεφρολογία*, 14: 525-548
- Ιωαννίδης, Γ., Παπαδάκη, Ο., Ρούσσοι, Φ. (2010), Στατιστικά και επιδημιολογικά δεδομένα θεραπείας υποκατάστασης νεφρικής λειτουργίας. Έκθεση Εθνικού Αρχείου καταγραφής νεφροπαθών 2008 /2010, Πρακτικά 16<sup>ου</sup> Πανελληνίου Συνεδρίου Νεφρολογίας, Κως
- Καϊτελίδου, Δ.(2002), Οικονομική αποτίμηση του κόστους της ενδονοσοκομειακής αιμοκάθαρσης. Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα , Διδακτορική διατριβή
- Καϊτελίδου, Δ. Λιαρόπουλος, Λ. Σίσκου, Ο. Θεοδώρου, Μ. και συν. (2007), Κοινωνικές και οικονομικές συνέπειες της αιμοκάθαρσης στη ζωή των ασθενών με χρόνια νεφρική νόσο. *Νοσηλευτική*, 46(2): 246-255.
- Καστρούνη, Μ. Σαραντοπούλου, Ε. (2008), Μελέτη ποιότητας ζωής ασθενών που πάσχουν από Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια, Ανώτατο Τεχνολογικό Ίδρυμα Ηρακλείου Κρήτης, Πτυχιακή εργασία
- Κοντοδημόπουλος Ν. (2006), Μέτρηση αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας στις υπηρεσίες υγείας. Εφαρμογή στον τομέα της νεφροπάθειας στην Ελλάδα, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα, Διδακτορική διατριβή.
- Κοντοδημόπουλος, Ν. Νιάκας, Δ. (2007), Η χρήση του KDQOL-SF™ για μέτρηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής Ελλήνων αιμοκαθαιρομένων, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 24 (6): 590–599
- Κυριόπουλος, Γ., Οικονόμου, Χ., Γεωργούση, Ε., Γείτονα, Μ. (1999), Τα οικονομικά της υγείας από το Α ως το Ω, εκδόσεις Εξάντας, Αθήνα
- Λοποτατζίδης, Α., Ιωαννίδη, Ε., Μάντη, Π.( (1999), «Δημόσια Υγεία- Επιδημιολογία (θέματα και στοιχεία)», στο: *Υπηρεσίες υγείας/Νοσοκομείο Ιδιοτυπίες και προκλήσεις. Υγεία: Οριοθετήσεις και προοπτικές*, εκδόσεις Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα, σ. 59-69

- Μέμμος, Δ. (1988), «Κλινική εικόνα-Επιπλοκές της ουραιμίας», στο Μ. Παπαδημητρίου και συν. (επιμέλεια) *Νεφρολογία*, : Ιατρικές εκδόσεις Αλ. Σιώκη, Θεσσαλονίκη
- Μερκούρης Α., Αποστολάκης Ε. (2003), *Αορτοστεφανιαία παράκαμψη & ποιότητα ζωής*, Αυτοέκδοση, Αθήνα
- Μηνασίδου, Ε., Λεμονίδου, Χ. (2005), Ποιότητα ζωής ατόμων με χρόνια νοσήματα και η θεωρία της Κοινωνικής Παραγωγής Λειτουργιών. *Νοσηλευτική*, 44(2): 202-211
- Μότσιος, Ν. (2004), Εκτίμηση του κόστους αιμοκάθαρσης και της ποιότητα ζωής, ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση, σε Μονάδα Τεχνητού Νεφρού Ιδιωτικής Κλινικής, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα, Μεταπτυχιακή εργασία.
- Μπαντής, Α. (2009), Μέτρηση της ποιότητας ζωής ασθενών με καρκίνο του προστάτη, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα, Μεταπτυχιακή εργασία.
- Οικονομάκης, Μ. (2006), Εκτίμηση της ποιότητας ζωής διαβητικών ασθενών με χρήση του γενικού ερωτηματολογίου EuroQol EQ-5D, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα, Μεταπτυχιακή εργασία.
- Παναγοπούλου, Α. (2009), Χαρακτηριστικά του τρόπου ζωής των ασθενών με Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια που υποβάλλονται σε θεραπεία υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας με αιμοκάθαρση, περιτοναϊκή κάθαρση ή έχουν υποβληθεί σε επιτυχή μεταμόσχευση νεφρού, Πανεπιστήμιο Πατρών, Πάτρα, Διδακτορική Διατριβή
- Παπαδάκης, Ε. (2010), Προσέγγιση των αιμοκαθαιρόμενων νεφροπαθών και των πασχόντων με β-μεσογειακή αναιμία, σε ένα γενικό νοσοκομείο της Κρήτης και διερεύνηση της ποιότητας ζωής τους, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ηράκλειο, Μεταπτυχιακή εργασία
- Παπαδάτου, Δανάη. (1993), *Εισαγωγή στην Ψυχολογία* , Διδακτικές σημειώσεις, Εκδόσεις Ζήτα, Αθήνα
- Παπαδόπουλος, Α., Φρυδάς, Α. (2006), Εκτίμηση της ποιότητας ζωής διαβητικών ασθενών με χρήση ερωτηματολογίου SF-36, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Μεταπτυχιακή εργασία.
- Παππά, Ε., Κοντοδημόπουλος, Ν., Νιάκας Δ. (2006), Εγκυροποίηση και προτυποποίηση της επισκόπησης υγείας SF-36 με αντιπροσωπευτικό δείγμα του ελληνικού αστικού πληθυσμού. *Αρχ. Ελλ. Ιατρ.*, 23:159–166
- Σούλης, Σ. (1987), Εισαγωγή στην οικονομική της υγείας, Προσυνεδριακό Σεμινάριο, 1<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Οικονομικών της Υγείας, Αθήνα

Σταυριανού, Κ. (2007), Αποτίμηση τεχνολογίας κατ' οίκον αιμοκάθαρσης, μελέτη των παραγόντων που επιδρούν στην υιοθέτησή της και αξιολόγηση ποιότητας ζωής των αιμοκαθαιρόμενων στην Ελλάδα, Πανεπιστήμιο Πατρών, Πάτρα, Διδακτορική διατριβή

Τούντας, Γ. (2004), Κοινωνία και Υγεία, Εκδόσεις Οδυσσέας / Νέα Υγεία, Αθήνα

Τσιολάκη, Κ. (2009), Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των νεφροπαθών ασθενών, σε σχέση με τα συνοδά νοσήματα, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα, Μεταπτυχιακή εργασία

Υπουργική απόφαση αρ. Υ4α/οικ.85649, αριθμός φύλλου 1702/1-8-11. Κλειστά ενοποιημένα νοσήλια και ημερήσιο νοσήλιο στο ΕΣΥ.

Υφαντόπουλος, Γ. (1986), Κοινωνικο-οικονομική ανάπτυξη και Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Ιατρική, 50, σ. 33-46

Υφαντόπουλος, Γ., Σαρρής, Μ. (2001), Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής (μεθοδολογία μέτρησης). Αρχ. Ελλ. Ιατρικής, 18(3): 218-229

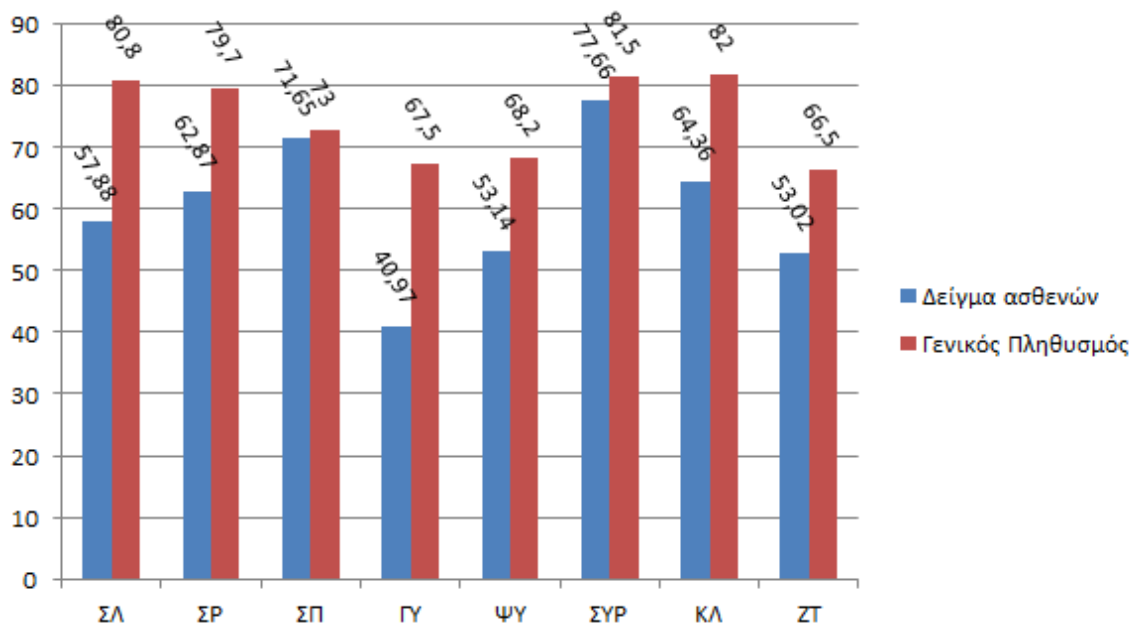
Υφαντόπουλος, Γ. (2006), «Η ποιότητα ζωής και τα ποιοτικώς σταθμισμένα έτη επιβίωσης ως παράμετροι μέτρησης της υγείας» στο: Υφαντόπουλος Γ,(επιμ.), *Τα οικονομικά της υγείας, θεωρία και πολιτική*, εκδόσεις τυπωθήτω, Αθήνα, σ. 549-587.



## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

### Γραφήματα

Γράφημα 6.2: Σύγκριση του δείγματος της έρευνας στις κλίμακες SF-36 με τον Ελληνικό γενικό πληθυσμό



### Πίνακες ανάλυσης

Πίνακας 6.4: Κλίμακες του KDQOL- SF: Σωματική Λειτουργικότητα

Ερωτήσεις του KDQOL-SF:	Τιμές	Συχνότητα	Ποσοστό	Διάμεσος	Τυπική απόκλιση
ερώτηση Γ3.α*	1	127	63,2	1,49	0,708
	2	49	24,4		
	3	25	12,4		
ερώτηση Γ3.β*	1	92	46	1,76	0,786
	2	65	32,5		
	3	43	21,5		

ερώτηση Γ3.γ*	1	61	30,7	2,1	0,838
	2	58	29,1		
	3	80	40,2		
ερώτηση Γ3.δ*	1	67	33,3	1,93	0,768
	2	82	40,8		
	3	52	25,9		
ερώτηση Γ3.ε*	1	43	21,5	2,33	0,809
	2	48	24		
	3	109	54,5		
ερώτηση Γ3.στ*	1	34	17,3	4	0,753
	2	65	33		
	3	98	49,7		
ερώτηση Γ3.ζ*	1	76	37,8	1,98	0,857
	2	54	26,9		
	3	71	35,3		
ερώτηση Γ3.η*	1	43	21,4	2,37	0,816
	2	40	19,9		
	3	118	58,7		
ερώτηση Γ3.θ*	1	19	9,5	2,61	0,655
	2	40	19,9		
	3	142	70,6		
ερώτηση Γ3.ι*	1	23	11,4	2,57	0,69
	2	40	19,9		
	3	138	68,7		

- Κλίμακα τριών σημείων. Με περιορίζει: 1-πολύ, 2- λίγο και 3- καθόλου

**Πίνακας 6.5: Κλίμακες του KDQOL-SF: Σωματικός Ρόλος**

Ερωτήσεις του KDQOL-SF	Τιμές	Συχνότητα	Ποσοστό
ερώτηση Γ4.α*	1	72	35,8
	2	129	64,2
ερώτηση Γ4.β*	1	76	37,8
	2	125	62,2
ερώτηση Γ4.γ*	1	72	35,8
	2	129	64,2
ερώτηση Γ4.δ*	1	77	38,5
	2	123	61,5

\*Κλίμακα δύο σημείων: 1-Ναι και 2-Όχι

**Πίνακας 6.6: Κλίμακες του KDQOL-SF: Σωματικός Πόνος**

Ερωτήσεις του KDQOL-SF	Τιμές	Συχνότητα	Ποσοστό	Διάμεσος	Τυπική απόκλιση
ερώτηση Γ7*	1	7	3,5	4,53	1,606
	2	23	11,4		
	3	31	15,4		
	4	27	13,4		
	5	22	10,9		
	6	91	45,3		
ερώτηση Γ8**	1	11	5,5	3,91	1,305
	2	29	14,4		
	3	27	13,4		
	4	34	16,9		
	5	100	49,8		

\* Κλίμακα έξι σημείων: 1-Πολύ έντονο, 2-Έντονο, 3-Μέτριο, 4-Ήπιο, 5-Πολύ ήπιο, 6- Καθόλου

\*\*Κλίμακα πέντε σημείων: 1-Πάρα πολύ, 2- Αρκετά, 3-Μέτρια, 4-Λίγο, 5- Καθόλου

**Πίνακας 6.7: Κλίμακες του KDQOL-SF: Γενική Υγεία**

Ερωτήσεις του KDQOL-SF	Τιμές	Συχνότητα	Ποσοστό	Διάμεσος	Τυπική απόκλιση
ερώτηση Γ1*	1	23	11,4	2,48	0,807
	2	75	37,3		
	3	86	42,8		
	4	17	8,5		
	5	0	0		
ερώτηση Γ11.α**	1	18	9	2,99	1,202
	2	77	38,3		
	3	11	5,5		
	4	80	39,8		
	5	15	7,5		
ερώτηση Γ11.γ**	1	29	14,4	2,53	1,044
	2	89	44,3		
	3	34	16,9		
	4	46	22,9		
	5	3	1,5		
ερώτηση Γ11.β***	1	16	8	2,88	1,07
	2	76	37,8		
	3	29	14,4		
	4	76	37,8		
	5	4	2		
ερώτηση Γ11.δ***	1	33	16,4	2,32	0,989
	2	112	55,7		
	3	17	8,5		
	4	37	18,4		
	5	2	1		

\* Κλίμακα πέντε σημείων: 1-κακή, 2- Μέτρια, 3-Καλή, 4- Πολύ καλή, 5- Εξαιρετική

\*\*Κλίμακα πέντε σημείων: 1-Εντελώς Αλήθεια, 2-Μάλλον Αλήθεια, 3-Δεν ξέρω, 4- Μάλλον ψέμα, 5- Εντελώς Ψέμα

\*\*Κλίμακα πέντε σημείων: 1-Εντελώς Ψέμα, 2-Μάλλον ψέμα, 3- Δεν ξέρω, 4- Μάλλον Αλήθεια, 5- Εντελώς Αλήθεια

**Πίνακας 6.8: Κλίμακες του KDQOL-SF: Ζωτικότητα**

Ερωτήσεις του KDQOL-SF	Τιμές	Συχνότητα	Ποσοστό	Διάμεσος	Τυπική απόκλιση
ερώτηση Γ9.α*	1	8	4	3,53	1,233
	2	37	18,4		
	3	54	26,9		
	4	52	25,9		
	5	42	20,9		
	6	8	4		
ερώτηση Γ9.ε*	1	11	5,5	3,43	1,221
	2	40	20		
	3	49	24,5		
	4	57	28,5		
	5	39	19,5		
	6	4	2		
ερώτηση Γ9.ζ**	1	8	4	3,87	1,203
	2	22	10,9		
	3	35	17,4		
	4	71	35,3		
	5	54	26,9		
	6	11	5,5		
ερώτηση Γ9.θ**	1	11	5,5	3,77	1,217
	2	21	10,4		
	3	40	19,9		
	4	69	34,3		
	5	52	25,9		
	6	8	4		

\* Κλίμακα έξι σημείων: 1-καθόλου, 2- Μικρό διάστημα, 3- Μερικές φορές, 4- Σημαντικό διάστημα, 5- Το μεγαλύτερο διάστημα, 6- Συνεχώς

\*\* Κλίμακα έξι σημείων: 1-Συνεχώς, 2- Το μεγαλύτερο διάστημα, 3- Σημαντικό διάστημα, 4-Μερικές φορές, 5-Μικρό διάστημα, 6- Καθόλου

**Πίνακας 6.9: Κλίμακες του KDQOL-SF: Κοινωνική λειτουργικότητα**

Ερωτήσεις του KDQOL-SF	Τιμές	Συχνότητα	Ποσοστό	Διάμεσος	Τυπική απόκλιση
ερώτηση Γ6*	1	6	3	3,63	1,247
	2	43	21,4		
	3	41	20,4		
	4	40	19,9		
	5	71	35,3		
ερώτηση Γ10**	1	8	4	3,52	1,205
	2	39	19,4		
	3	52	25,9		
	4	45	22,4		
	5	57	28,4		

\*\* Κλίμακα πέντε σημείων: 1-Πάρα πολύ, 2- Αρκετά, 3-Μέτρια, 4- Ελάχιστα, 5- Καθόλου

\*\* Κλίμακα πέντε σημείων: 1-Συνεχώς, 2-Το μεγαλύτερο διάστημα, 3-Μερικές φορές, 4-Μικρό διάστημα, 5- Καθόλου

**Πίνακας 6.10: Κλίμακες του KDQOL-SF: Συναισθηματικός Ρόλος**

Ερωτήσεις του KDQOL-SF	Τιμές	Συχνότητα	Ποσοστό
ερώτηση Γ5.α*	1	49	24,4
	2	151	75,1
ερώτηση Γ5.β*	1	48	23,9
	2	152	75,6
ερώτηση Γ5.γ*	1	37	18,5
	2	163	81,5

\* κλίμακα 2 σημείων: 1-Ναι και 2- Όχι

**Πίνακας 6.11: Κλίμακες του KDQOL-SF: Ψυχική Υγεία**

Ερωτήσεις του KDQOL-SF	Τιμές	Συχνότητα	Ποσοστό	Διάμεσος	Τυπική απόκλιση
ερώτηση Γ9.β*	1	7	3,5	4,19	1,339
	2	21	10,5		
	3	21	10,5		
	4	66	33		
	5	48	24		
	6	37	18,5		
ερώτηση Γ9.γ*	1	13	6,5	4,17	1,531
	2	22	10,9		
	3	25	12,4		
	4	49	24,4		
	5	41	20,4		
	6	51	25,4		
ερώτηση Γ9.στ*	1	13	6,5	4,28	1,572
	2	21	10,4		
	3	24	11,9		
	4	44	21,9		
	5	37	18,4		
	6	62	30,8		
ερώτηση Γ9.δ**	1	19	9,5	2,98	1,215
	2	62	31		
	3	51	25,5		
	4	42	21		
	5	24	12		
	6	2	1		
ερώτηση Γ9.η**	1	44	21,9	2,66	1,286
	2	58	28,9		
	3	42	20,9		

4	36	17,9
5	21	10,4
6	0	0

\* Κλίμακα έξι σημείων: 1-Συνεχώς, 2-το μεγαλύτερο διάστημα,3-Σημαντικό διάστημα, 4-Μερικές φορές, 5-Μικρό διάστημα, 6- Καθόλου.

\*\*Κλίμακα έξι σημείων: 1-καθόλου, 2- Μικρό διάστημα, 3- Μερικές φορές, 4- Σημαντικό διάστημα, 5-Το μεγαλύτερο διάστημα, 6- Συνεχώς

**Πίνακας 6.12: Κλίμακες του KDQOL-SF: Συμπτώματα Ασθένειας**

Ερωτήσεις του KDQOL-SF	Τιμές	Συχνότητα	Ποσοστό	Διάμεσος	Τυπική απόκλιση
ερώτηση Γ14.α*	1	6	3	3,92	1,124
	2	18	9		
	3	45	22,4		
	4	49	24,4		
	5	83	41,3		
ερώτηση Γ14.β*	1	1	0,5	4,7	0,656
	2	3	1,5		
	3	7	3,5		
	4	33	16,4		
	5	157	78,1		
ερώτηση Γ14.γ*	1	6	3	3,46	1,053
	2	31	15,4		
	3	65	32,3		
	4	62	30,8		
	5	37	18,4		
ερώτηση Γ14.δ*	1	20	10	3,57	1,302
	2	25	12,4		
	3	36	17,9		
	4	60	29,9		
	5	60	29,9		
ερώτηση Γ14.ε*	1	10	5	3,66	1,202



	2	30	14,9		
	3	40	19,9		
	4	59	29,4		
	5	62	30,8		
ερώτηση Γ14.στ*	1	5	2,5	3,75	1,007
	2	21	10,4		
	3	38	18,9		
	4	89	44,3		
	5	46	22,9		
ερώτηση Γ14.ζ*	1	3	1,5	4,18	0,994
	2	12	6		
	3	30	14,9		
	4	57	28,4		
	5	99	49,3		
ερώτηση Γ14.η*	1	1	0,5	4,25	1,037
	2	19	9,5		
	3	25	12,4		
	4	39	19,4		
	5	115	57,2		
ερώτηση Γ14.θ*	1	4	2	3,38	1
	2	35	17,5		
	3	72	36		
	4	60	30		
	5	29	14,5		
ερώτηση Γ14.ι*	1	7	3,5	4,04	1,067
	2	11	5,5		
	3	35	17,4		
	4	62	30,8		
	5	86	42,8		
ερώτηση Γ14.ια*	1	1	0,5	4,58	0,769
	2	6	3		

	3	10	5,1		
	4	42	21,2		
	5	139	70,2		
ερώτηση Γ14.ιβ*	1	2	1	4,66	0,734
<i>Δεν υπάρχουν ασθενείς που υποβάλλονται σε περιτοναϊκή, "ερώτηση Γ14.13"</i>	2	4	2		
	3	7	3,5		
	4	35	17,5		
	5	152	76		

\* Κλίμακα πέντε σημείων: 1-Ενοχλήθηκα Υπερβολικά, 2- Ενοχλήθηκα πάρα πολύ,3-Ενοχλήθηκα μέτρια, 4-Ενοχλήθηκα κάπως, 5- Δεν ενοχλήθηκα καθόλου.

**Πίνακας 6.13: Κλίμακες του KDQOL-SF: Επιδράσεις Ασθένειας**

Ερωτήσεις του KDQOL	Τιμές	Συχνότητα	Ποσοστό	Διάμεσος	Τυπική απόκλιση
ερώτηση Γ15.α*	1	99	49,3	1,77	0,958
	2	67	33,3		
	3	20	10		
	4	12	6		
	5	3	1,5		
ερώτηση Γ15.β*	1	36	18	2,7	1,147
	2	47	23,5		
	3	73	36,5		
	4	29	14,5		
	5	15	7,5		
ερώτηση Γ15.γ*	1	24	12,1	2,58	1,079
	2	88	44,2		
	3	48	24,1		
	4	25	12,6		
	5	14	7		
ερώτηση Γ15.δ*	1	99	49,3	1,81	1,013

	2	66	32,8		
	3	15	7,5		
	4	18	9		
	5	3	1,5		
ερώτηση Γ15.ε*	1	9	4,6	3,23	1,166
	2	53	27		
	3	52	26,5		
	4	47	24		
	5	35	17,9		
ερώτηση Γ15.στ*	1	18	9	3,11	1,25
	2	56	27,9		
	3	48	23,9		
	4	43	21,4		
	5	36	17,9		
ερώτηση Γ15.ζ*	1	24	18,3	2,32	1,002
<i>Δεν απάντησαν 71</i>	2	62	47,3		
	3	30	22,9		
	4	9	6,9		
	5	6	4,6		
ερώτηση Γ15.η*	1	1	0,5	3,95	0,937
	2	16	8		
	3	39	19,4		
	4	81	40,3		
	5	64	31,8		

\*Κλίμακα πέντε σημείων: 1-Εξαιρετικά Πολύ, 2-Πάρα πολύ, 3- Μέτρια, 4- Κάπως, 5- Καθόλου

**Πίνακας 6.14: Κλίμακες του KDQOL-SF: Φόρτος Ασθένειας**

Ερωτήσεις του KDQOL-SF	Τιμές	Συχνότητα	Ποσοστό	Διάμεσος	Τυπική απόκλιση
ερώτηση Γ12.α*	1	85	42,3	1,99	1,127

	2	75	37,3		
	3	0	0		
	4	40	19,9		
	5	1	0,5		
ερώτηση Γ12.β*	1	69	34,3	2,29	1,264
	2	69	34,3		
	3	3	1,5		
	4	55	27,4		
	5	5	2,5		
ερώτηση Γ12.γ*	1	49	24,4	2,72	1,343
	2	60	29,9		
	3	1	0,5		
	4	81	40,3		
	5	10	5		
ερώτηση Γ12.δ*	1	45	22,4	3,44	1,699
	2	35	17,4		
	3	2	1		
	4	25	12,4		
	5	94	46,8		

\* Κλίμακα πέντε σημείων: 1-Συμφωνώ απολύτως, 2-Συμφωνώ ως επί το πλείστον, 3- Δεν γνωρίζω, 4- Διαφωνώ ως επί το πλείστον, 5- Διαφωνώ Απολύτως

#### Πίνακας 6.15 :Κλίμακες του KDQOL-SF: Εργασία

Ερωτήσεις της KDQOL-SF	Τιμές	Συχνότητα	Ποσοστό
ερώτηση Γ20	OXI	181	90,5
	NAI	19	9,5
ερώτηση Γ21	NAI	172	86
	OXI	28	14

**Πίνακας 6.16:Κλίμακες του KDQOL-SF: Γνωστική Λειτουργικότητα**

Ερωτήσεις του KDQOL-SF	Τιμές	Συχνότητα	Ποσοστό	Διάμεσος	Τυπική απόκλιση
ερώτηση Γ13.β*	1	0	0	5,09	0,844
	2	0	0		
	3	6	3		
	4	45	22,4		
	5	75	37,3		
	6	75	37,3		
ερώτηση Γ13.δ*	1	0	0	4,69	0,958
	2	1	0,5		
	3	14	7		
	4	84	42		
	5	48	24		
	6	53	26,5		
ερώτηση Γ13.στ*	1	0	0	5,35	0,767
	2	2	1		
	3	2	1		
	4	18	9		
	5	81	40,3		
	6	98	48,8		

\* Κλίμακα έξι σημείων: 1-Συνέχεια, 2- Πολύ συχνά, 3- Συχνά, 4-Ορισμένες φορές, 5- Σπάνια, 6- Καθόλου

**Πίνακας 6.17:Κλίμακες του KDQOL-SF: Κοινωνική Αλληλεπίδραση**

Ερωτήσεις του KDQOL-SF	Τιμές	Συχνότητα	Ποσοστό	Διάμεσος	Τυπική απόκλιση
ερώτηση Γ13.α*	1	3	1,5	4,62	1,182
	2	6	3		
	3	24	11,9		
	4	55	27,4		
	5	57	28,4		

	6	56	27,9		
ερώτηση Γ13.γ*	1	3	1,5	4,55	0,959
	2	2	1		
	3	12	6		
	4	80	39,8		
	5	73	36,3		
	6	31	15,4		
ερώτηση Γ13.ε**	1	1	0,5	4,93	0,784
	2	1	0,5		
	3	5	2,5		
	4	38	18,9		
	5	115	57,2		
	6	41	20,4		

\* Κλίμακα έξι σημείων: 1-Συνέχεια, 2-Πολύ συχνά, 3- Συχνά, 4- Ορισμένες φορές, 5- Σπάνια, 6- Καθόλου

\*\* Κλίμακα έξι σημείων: 1-Καθόλου, 2-Σπάνια, 3-Ορισμένες φορές,4- Συχνά, 5- Πολύ συχνά, 6-Συνέχεια

**Πίνακας 6.18:Κλίμακες του KDQOL-SF: Σεξουαλική Λειτουργικότητα**

Ερωτήσεις του KDQOL-SF	Τιμές	Συχνότητα	Ποσοστό	Διάμεσος	Τυπική απόκλιση
ερώτηση Γ16.α*  <i>Δεν απάντησαν 71</i>	1	45	34,6	2,11	1,101
	2	47	36,2		
	3	23	17,7		
	4	9	6,9		
	5	6	4,6		
ερώτηση Γ16.β  <i>Δεν απάντησαν 71</i>	1	45	34,6	2,11	1,101
	2	47	36,2		
	3	23	17,7		
	4	9	6,9		
	5	6	4,6		

\* Κλίμακα πέντε σημείων: 1-Σοβαρό πρόβλημα, 2-Μεγάλο πρόβλημα, 3-Μέτριο

**Πίνακας 6.19: Κλίμακες του KDQOL-SF: Ποιότητα Ύπνου**

Ερωτήσεις του KDQOL-SF	Τιμές	Συχνότητα	Ποσοστό	Διάμεσος	Τυπική απόκλιση
Ερώτηση Γ17*	1..10	201	-----	6,49	2,133
ερώτηση Γ18.α**	1	16	8	3,5	1,32
	2	34	16,9		
	3	45	22,4		
	4	53	26,4		
	5	46	22,9		
	6	7	3,5		
ερώτηση Γ18.γ**	1	2	1	4,43	1,112
	2	9	4,5		
	3	27	13,4		
	4	58	28,9		
	5	72	35,8		
	6	33	16,4		
ερώτηση Γ18.β***	1	10	5	3,6	1,246
	2	35	17,4		
	3	41	20,4		
	4	61	30,3		
	5	48	23,9		
	6	6	3		

\* Κλίμακα δέκα σημείων: 1-Πολύ άσχημος έως και 10-Πολύ καλός

\*\* Κλίμακα έξι σημείων: 1-Συνέχεια, 2- Πολύ συχνά, 3- Συχνά, 4- Ορισμένες φορές, 5-Σπάνια, 6-Ποτέ

\*\*\* Κλίμακα έξι σημείων: 1-Ποτέ, 2- Σπάνια, 3- Ορισμένες φορές, 4- Συχνά, 5-Πολύ συχνά, 6-Συνέχεια

**Πίνακας 6.20:Κλίμακες του KDQOL-SF: Κοινωνική Υποστήριξη**

Ερωτήσεις του KDQOL-SF	Τιμές	Συχνότητα	Ποσοστό	Διάμεσος	Τυπική απόκλιση
ερώτηση Γ19.α*	1	4	2	3,62	0,669
	2	9	4,5		
	3	47	23,4		
	4	141	70,1		
ερώτηση Γ19.β*	1	4	2	3,84	0,514
	2	1	0,5		
	3	18	9		
	4	178	88,6		

\* Κλίμακα τεσσάρων σημείων: 1-Πολύ δυσαρεστημένος,2- Λίγο δυσαρεστημένος, 3- Λίγο ευχαριστημένος, 4-Πολύ ευχαριστημένος.

**Πίνακας 6.21:Κλίμακες του KDQOL-SF: Ενθάρρυνση προσωπικού**

Ερωτήσεις του KDQOL-SF	Τιμές	Συχνότητα	Ποσοστό	Διάμεσος	Τυπική απόκλιση
ερώτηση Γ24.α*	1	0	0	4,47	0,686
	2	3	1,5		
	3	13	6,5		
	4	72	36		
	5	112	56		
ερώτηση Γ24.β*	1	0	0	4,79	0,476
	2	1	0,5		
	3	3	1,5		
	4	33	16,5		
	5	163	81,5		

- Κλίμακα πέντε σημείων: 1-Συμφωνώ απολύτως, 2- Συμφωνώ ως επί το πλείστον, 3-Δεν γνωρίζω, 4-Διαφωνώ ως επί το πλείστον, 5- Διαφωνώ απολύτως



**Πίνακας 6.22: Κλίμακες του KDQOL-SF: Ικανοποίηση Ασθενών**

Ερωτήσεις του KDQOL-SF	Τιμές	Συχνότητα	Ποσοστό	Διάμεσος	Τυπική απόκλιση
ερώτηση Γ23*	1	0	0	6,35	0,896
	2	0	0		
	3	2	1		
	4	8	4		
	5	21	10,6		
	6	56	28,1		
	7	112	56,3		

\* Κλίμακα επτά σημείων: 1-Πολύ άσχημο, 2- Άσχημο, 3- Ικανοποιητικό, 4- Καλό, 5-Πολύ καλό, 6- Υπέροχο, 7- Άριστο

**Πίνακας 6.23: :Μέσες τιμές, τυπικές αποκλίσεις, έκταση και ποσοστώσεις ελάχιστης και μέγιστης βαθμολογίας τιμών για κάθε κλίμακα του KDQOL-SF για τους 201 ασθενείς με ΤΣΧΝΑ.**

Περιγραφή Στατιστικών	Μέση Τιμή	Τυπική απόκλιση	Έκταση	Ελάχιστη Βαθμ (%)	Μέγιστη Βαθμ (%)	95%Δ.Ε. Του Μέσου
<b>Κλίμακες SF – 36</b>						
Σωματική Λειτουργικότητα	57,88	31,41	0-100	6,2	9,8	53,43-62,33
Σωματικός Ρόλος	62,87	46,88	0-100	33,5	59,5	56,33-69,41
Σωματικός Πόνος	71,65	31,79	0-100	3	44,8	67,23-76,07
Γενική Υγεία	40,97	18,40	0-85	0,5	1	38,41-43,52
Ψυχική Υγεία	53,14	22,24	4-92	1,5	4,5	50,03-56,25

Συναισθηματικός Ρόλος	77,66	39,55	0-100	17,5	74,5	72,15-83,18
Κοινωνική Λειτουργικότητα	64,36	28,49	0-100	1	24,9	60,40-68,32
Ζωτικότητα	53,02	19,74	0-100	1	0,5	50,27-55,77
Σύνοψη Συνιστωσών Σωματικής Υγείας	55,84	22,69	7-95	0,5	0,5	52,61-59,07
Σύνοψη Συνιστωσών Ψυχικής Υγείας	55,55	19,76	10-90,67	0,5	0,5	52,78-58,32
<b>Κλίμακες εξειδικευμένες στη νεφροπάθεια</b>						
Συμπτώματα ασθένειας	75,64	15,27	25-100	0,5	2,1	73,48-77,79
Επιδράσεις ασθένειας	43,97	15,86	3,13-87,5	0,8	1,6	41,16-46,78
Φόρτος νεφροπάθειας	40,23	26,96	0-93,75	9,5	1	36,48-43,98
Εργασία	11,75	28,34	0-100	83,5	7	7,79-15,70
Γνωστική Λειτουργικότητα	80,86	14,43	26,67-100	0,5	17,5	78,85-82,87
Κοινωνική Αλληλεπίδραση	73,96	14,59	26,67-100	0,5	4,5	71,93-75,99
Σεξουαλική Λειτουργικότητα	27,69	27,53	0-100	34,6	4,6	22,91-32,47
Ποιότητα Ύπνου	58,85	19,22	7,5-100	0,5	0,5	56,18-61,52
Κοινωνική Υποστήριξη	90,96	17,15	0-100	0,5	69,7	88,57-93,34
Ενθάρρυνση Προσωπικού	90,68	12,77	37,5-100	0,5	55,5	88,90-92,46
Ικανοποίηση ασθενών	86,93	17,92	20-100	1	56,3	84,42-89,44

**Πίνακας 6.24: Σύγκριση του δείγματος της έρευνας στις κλίμακες SF-36 με τον Ελληνικό γενικό πληθυσμό**

Περιγραφή Στατιστικών	ΔΕΙΓΜΑ ΑΣΘΕΝΩΝ		ΕΛΛΗΝΙΚΟΣ ΓΕΝΙΚΟΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ	
	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση
Κλίμακες εξειδικευμένες στη νεφροπάθεια				
<b>Κλίμακες SF – 36</b>				
Σωματική Λειτουργικότητα	57,88*	31,41	80,8	25,6
Σωματικός Ρόλος	62,87*	46,88	79,7	37,7
Σωματικός Πόνος	71,65	31,79	73	31,7
Γενική Υγεία	40,97*	18,40	67,5	23,5
Ψυχική Υγεία	53,14*	22,24	68,2	21,3
Συναισθηματικός Ρόλος	77,66	39,55	81,5	36,3
Κοινωνική Λειτουργικότητα	64,36*	28,49	82	28,1
Ζωτικότητα	53,02*	19,74	66,5	22,4

\*p<0,01

## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Αγαπητέ/ή ασθενή,

Η παρούσα έρευνα διενεργείται στο πλαίσιο Διπλωματικής εργασίας του Ανοιχτού Πανεπιστημίου Κύπρου.

Σκοπός της έρευνας είναι η εκτίμηση της ποιότητας ζωής των ασθενών με χρόνια νόσο και ειδικότερα των ασθενών με νεφρική ανεπάρκεια που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση.

Το ερωτηματολόγιο είναι **ανώνυμο και τα στοιχεία της έρευνας θα χρησιμοποιηθούν αυστηρά και μόνο για τις ανάγκες της διατριβής αυτής.**

Για το λόγο αυτό θα σας ζητηθεί να απαντήσετε **σε όλες** τις ερωτήσεις, βάζοντας ένα **x** στην απάντηση που σας αντιπροσωπεύει καλύτερα.

Σας ευχαριστώ εκ των προτέρων για τη συνεργασία σας.

### A ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Ημερομηνία.....

Αρχικά Ασθενή.....

Τόπος συνέντευξης:

Δημόσια Μονάδα Υγείας:

Ιδιωτική Μονάδα Υγείας:

### ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

A 1. Φύλο

Ανδρας 1

Γυναίκα 2

## **A 2. Ηλικία**

---

### **A 3. Επίπεδο σπουδών:**

Κάποιες τάξεις Δημοτικού  1

Δημοτικό  2

Γυμνάσιο  3

Λύκειο  4

Τριτοβάθμια Εκπαίδευση  5

### **A 4. Οικογενειακή κατάσταση**

Άγαμος/η  1

Έγγαμος/η  2

Διαζευγμένος/η  3

Χήρος/α  4

### **A 5. Επαγγελματική κατάσταση**

Άνεργος  1

Ελεύθερος επαγγελματίας  2

Ιδιωτικός υπάλληλος  3

Δημόσιος υπάλληλος  4

Οικιακά  5

Συνταξιούχος  6

Άλλο  7..... **A 6. Διακόψατε ή αλλάξατε επάγγελμα εξαιτίας της ένταξής σας σε αιμοκάθαρση;**

Ναι  1 Όχι  2

**A 7. Η κατοικία σας βρίσκεται σε:**

Αγροτική  1

Ημιαστική  2

Αστική περιοχή  3

**A 8. Αλλάξατε κατοικία μετά την ένταξή σας στο πρόγραμμα της αιμοκάθαρσης, έτσι ώστε να είστε πιο κοντά στη Μονάδα Τεχνητού Νεφρού;**

Ναι  1 Όχι  2

**A 9. Με ποιον/ποιους κατοικείτε στο σπίτι;**

Ζείτε μόνος  1

Με τον/την σύζυγο  2

Με τα παιδιά σας  3

Με άλλα μέλη της οικογένειας  4

**A 10. Πόσο χρονικό διάστημα βρίσκεστε σε αιμοκάθαρση;**

.....

**A.11. Πόσες φορές την εβδομάδα κάνετε αιμοκάθαρση;**

.....

**A 12. Πόσες ώρες διαρκεί η κάθε συνεδρία αιμοκάθαρσης;**

..... ώρες

## B. EQ-5-D

<b>Αυτοεκτίμηση του Επιπέδου Υγείας</b>			
<p>Ποια από τις παρακάτω προτάσεις περιγράφει καλύτερα την κατάσταση της υγείας σας σήμερα; <b>ΔΙΑΒΑΣΕ - ΜΙΑ ΑΠΑΝΤΗΣΗ ΣΕ ΚΑΘΕ ΤΟΜΕΑ</b></p>			
<b>1</b>	<p><b>Κινητικότητα</b></p> <p>1. Δεν έχω κανένα πρόβλημα στο περπάτημα <input type="checkbox"/></p> <p>2. Έχω κάποια προβλήματα στο περπάτημα <input type="checkbox"/></p> <p>3. Είμαι κατάκοιτος στο κρεβάτι <input type="checkbox"/></p>	<p><b>(ΔΕΙΞΕ ΚΑΡΤΑ ΜΕ ΘΕΡΜΟΜΕΤΡΟ)</b>            Για να σας βοηθήσουμε να εκφράσετε πόσο καλή ή άσχημη είναι η κατάσταση της υγείας σας, τοποθετήσαμε μία κλίμακα (που μοιάζει με θερμόμετρο) στην οποία η καλύτερη κατάσταση που μπορείτε να φανταστείτε βρίσκετε στο 100 και η χειρότερη που μπορείτε να φανταστείτε βρίσκετε στο 0. Θα θέλαμε από σας να σημειώσετε στην κλίμακα <b>πόσο καλή ή άσχημη είναι η σημερινή κατάσταση της υγείας σας</b>, σύμφωνα με την δική σας εκτίμηση, με μια γραμμή προς εκείνο το σημείο της κλίμακας που προσδιορίζει πόσο καλή ή άσχημη είναι η τωρινή κατάσταση της υγείας σας.  <b>ΣΗΜΕΙΩΣΕ ΑΚΡΙΒΩΣ ΤΗΝ ΘΕΣΗ ΝΟΥΜΕΡΟ ΠΟΥ ΕΔΕΙΞΕ</b></p>	
<b>2</b>	<p><b>Αυτοεξυπηρέτηση</b></p> <p>1. Δεν έχω κανένα πρόβλημα στην αυτοεξυπηρέτησή μου <input type="checkbox"/></p> <p>2. Έχω κάποια προβλήματα στο να πλένομαι και να ντύνομαι <input type="checkbox"/></p> <p>3. Είμαι ανίκανος να πλυθώ ή να ντυθώ μόνος/η μου <input type="checkbox"/></p>		
<b>3</b>	<p><b>Καθημερινές Δραστηριότητες</b> (π.χ. εργασία, σπουδές, οικιακές δουλειές, οικογενειακές ή κοινωνικές ασχολίες)</p> <p>1. Δεν έχω κανένα πρόβλημα στο να εκτελώ τις συνήθεις δραστηριότητες μου <input type="checkbox"/></p> <p>2. Έχω κάποια προβλήματα στο να εκτελώ τις συνήθεις δραστηριότητες μου <input type="checkbox"/></p> <p>3. Είμαι ανίκανος στο να εκτελώ τις συνήθεις δραστηριότητες μου <input type="checkbox"/></p>		
<b>4</b>	<p><b>Πόνος / Δυσφορία</b></p> <p>1. Δεν αισθάνομαι καθόλου πόνο ή δυσφορία <input type="checkbox"/></p> <p>2. Αισθάνομαι μέτριο πόνο ή δυσφορία <input type="checkbox"/></p>		



	3. Αισθάνομαι υπερβολικό πόνο ή δυσφορία <input type="checkbox"/>		
5	<b>Άγχος / Κατάθλιψη</b> 1. Δεν αισθάνομαι άγχος ή κατάθλιψη <input type="checkbox"/> 2. Αισθάνομαι μέτριο άγχος ή κατάθλιψη <input type="checkbox"/> 3. Αισθάνομαι υπερβολικό άγχος ή κατάθλιψη <input type="checkbox"/>		
6	Συγκριτικά με την κατάσταση της υγείας μου τους τελευταίους 12 μήνες, η σημερινή μου κατάσταση είναι: <b>(ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ ΜΟΝΟ ΕΝΑ ΚΟΥΤΑΚΙ)</b>	1. Καλύτερη <input type="checkbox"/> 2. Παραμένει ίδια <input type="checkbox"/> 3. Χειρότερη <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

**Η Υγεία σας**

**Γ1. Γενικά, θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι: [Σημειώστε Χ  στο τετράγωνο που περιγράφει καλύτερα την απάντησή σας.]**

Εξαιρετική	Πολύ καλή	Καλή	Μέτρια	Κακή
↓	↓	↓	↓	↓
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Γ2. 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**Γ3. 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 X  στο τετράγωνο που περιγράφει καλύτερα την απάντησή σας.]**

Ναι, με Πολύ περιορίζει	Ναι, με Λίγο περιορίζει	Όχι, δεν με Καθόλου περιορίζει
----------------------------------	----------------------------------	---

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

**Γ4. 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 <u>το χρόνο</u> που συνήθως ξοδεύετε στη δουλειά ή σε άλλες .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- μ. Επιτελέσατε λιγότερα από όσα θα θέλατε ..... 1..... 2
- ν. Περιορίσατε τα είδη της δουλειάς ή τα είδη άλλων δραστηριοτήτων σας ..... 1..... 2
- ξ. Δυσκολευτήκατε να εκτελέσετε τη δουλειά ή άλλες δραστηριότητές σας..... 1..... 2

Γ5. 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<br>↓                   | Όχι<br>↓                   |
|---|----------------------------|----------------------------|
| α. Μειώσατε <u>το χρόνο</u> που συνήθως ξοδεύετε στη δουλειά ή σε άλλες ..... <input type="checkbox"/> 1..... <input type="checkbox"/> 2                        | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| β. <u>Επιτελέσατε λιγότερα</u> από όσα θα θέλατε ..... <input type="checkbox"/> 1..... <input type="checkbox"/> 2   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| γ. Δεν κάνατε τη δουλειά ή και άλλες δραστηριότητες <u>λιγότερο προσεκτικά</u> απ' ό,τι συνήθως..... <input type="checkbox"/> 1..... <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |

Γ6. 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

Γ7. Πόσο σωματικό πόνο νιώσατε τις τελευταίες 4 εβδομάδες;

Καθόλου	Πολύ ήπιο	Ήπιο	Μέτριο	Έντονο	Πολύ έντονο
↓	↓	↓	↓	↓	↓
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Γ8. 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

□

**Γ9. 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 γενάτος/γεμάτη ζωντάνια; .....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5.....	<input type="checkbox"/> 6.....
β. Είχατε πολύ εκνευρισμό;...	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5.....	<input type="checkbox"/> 6.....
γ. Αισθανόσαστε τόσο πολύ πεσμένος/πεσμένη ψυχολογικά, που τίποτε δεν μπορούσε να σας φτιάξει το κέφι; .....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5.....	<input type="checkbox"/> 6.....
δ. Αισθανόσαστε ηρεμία και γαλήνη; .....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5.....	<input type="checkbox"/> 6.....
ε. Είχατε πολλή ενεργητικότητα; .....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5.....	<input type="checkbox"/> 6.....
στ. Αισθανόσαστε απελπισία και μελαγχολίας;.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5.....	<input type="checkbox"/> 6.....
ζ. Αισθανόσαστε εξάντληση; .....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5.....	<input type="checkbox"/> 6.....
η. Ήσαστε ευτυχισμένος/ευτυχισμένη; .....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5.....	<input type="checkbox"/> 6.....
θ. Αισθανόσαστε κούραση; .....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5.....	<input type="checkbox"/> 6.....

Γ10. 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;

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

Γ11. 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	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5.....
β. Είμαι τόσο υγιής όσο όλοι οι γνωστοί μου	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5.....
γ. Περιμένω ότι η υγεία μου θα χαροτερεύσει	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5.....
δ. Η υγεία μου είναι εξαιρετική	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5.....



## Η νεφροπάθειά σας

Γ12. Κατά πόσο η κάθε μία από τις ακόλουθες δηλώσεις είναι αλήθεια ή ψέματα;

- |   | Συμφωνώ<br>απολύτως<br>↓         | Συμφωνώ<br>ως επί το<br>πλείστον<br>↓ | Δεν<br>γνωρίζω<br>↓              | Διαφωνώ<br>ως επί το<br>πλείστον<br>↓ | Διαφωνώ<br>απολύτως<br>↓         |
|---|----------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|
| α. Η νεφροπάθειά μου<br>εμποδίζει τη ζωή μου<br>σε υπερβολικό βαθμό                                   | + <input type="checkbox"/> ..... | ± <input type="checkbox"/> .....      | ± <input type="checkbox"/> ..... | ± <input type="checkbox"/> .....      | ± <input type="checkbox"/> ..... |
| β. Καταναλώνω<br>υπερβολικά πολύ<br>χρόνο στην<br>προσπάθεια<br>αντιμέτωπισης της<br>νεφροπάθειάς μου | + <input type="checkbox"/> ..... | ± <input type="checkbox"/> .....      | ± <input type="checkbox"/> ..... | ± <input type="checkbox"/> .....      | ± <input type="checkbox"/> ..... |
| γ. Συχνά νευριάζω στην<br>προσπάθεια<br>αντιμέτωπισης της<br>ασθένειάς μου                            | + <input type="checkbox"/> ..... | ± <input type="checkbox"/> .....      | ± <input type="checkbox"/> ..... | ± <input type="checkbox"/> .....      | ± <input type="checkbox"/> ..... |
| δ. Νιώθω πως είμαι βάρος<br>στην οικογένειά μου   | + <input type="checkbox"/> ..... | ± <input type="checkbox"/> .....      | ± <input type="checkbox"/> ..... | ± <input type="checkbox"/> .....      | ± <input type="checkbox"/> ..... |

Γ13. Οι ακόλουθες ερωτήσεις αφορούν το πώς αισθάνεστε και το πώς τα πήγατε τις προσμενόμενες 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	+ <input type="checkbox"/> .....	± <input type="checkbox"/> .....	± <input type="checkbox"/> .....	± <input type="checkbox"/> .....	± <input type="checkbox"/> .....	± <input type="checkbox"/> .....
β. Αντιδράσατε με καθυστέρηση σε λόγια ή πράξεις των γύρω σας;	+ <input type="checkbox"/> .....	± <input type="checkbox"/> .....	± <input type="checkbox"/> .....	± <input type="checkbox"/> .....	± <input type="checkbox"/> .....	± <input type="checkbox"/> .....
γ. Συμπεριφερθήκατε στους γύρω σας με εκνευρισμό;	+ <input type="checkbox"/> .....	± <input type="checkbox"/> .....	± <input type="checkbox"/> .....	± <input type="checkbox"/> .....	± <input type="checkbox"/> .....	± <input type="checkbox"/> .....
δ. Δυσκολευθήκατε να οργανώσετε τις σκέψεις σας ή να συγκεντρωθείτε;	+ <input type="checkbox"/> .....	± <input type="checkbox"/> .....	± <input type="checkbox"/> .....	± <input type="checkbox"/> .....	± <input type="checkbox"/> .....	± <input type="checkbox"/> .....
ε. Είχατε καλές σχέσεις με τους γύρω σας;	+ <input type="checkbox"/> .....	± <input type="checkbox"/> .....	± <input type="checkbox"/> .....	± <input type="checkbox"/> .....	± <input type="checkbox"/> .....	± <input type="checkbox"/> .....
στ. Νιώσατε οσαστισμένοι;	+ <input type="checkbox"/> .....	± <input type="checkbox"/> .....	± <input type="checkbox"/> .....	± <input type="checkbox"/> .....	± <input type="checkbox"/> .....	± <input type="checkbox"/> .....

**Γ14. Τις περασμένες 4 εβδομάδες κατά πόσο ενοχληθήκατε από τα ακόλουθα:**


	Δεν ενοχλήθηκα καθόλου	Ενοχλήθηκα ακάπως	Ενοχλήθηκα αμέτρια	Ενοχλήθηκα από πάρα πολύ	Ενοχλήθηκα από υπερβολικά
	↓	↓	↓	↓	↓
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"/> .....
ιβ. (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  
καθιτήρα σας;

1 □ ..... 2 □ ..... 3 □ ..... 4 □ ..... 5 □ .....

## Οι Επιδράσεις της Νεφροπάθειας στην Καθημερινή Σας Ζωή

Γ15. 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;	1 □ .....	2 □ .....	3 □ .....	4 □ .....	5 □ .....
β. Περιορισμοί στη διατροφή;	1 □ .....	2 □ .....	3 □ .....	4 □ .....	5 □ .....
γ. Την ικανότητά σας να κάνετε δουλειές στο σπίτι;	1 □ .....	2 □ .....	3 □ .....	4 □ .....	5 □ .....
δ. Την ικανότητά σας να ταξιδεύετε;	1 □ .....	2 □ .....	3 □ .....	4 □ .....	5 □ .....
ε. Εξάρτηση από ιατρούς και νοσηλευτικό προσωπικό;	1 □ .....	2 □ .....	3 □ .....	4 □ .....	5 □ .....
στ. Άγχος ή ανησυχίες λόγω της νεφρικής ασθένειάς σας;	1 □ .....	2 □ .....	3 □ .....	4 □ .....	5 □ .....
ζ. Τη σεξουαλική σας ζωή;	1 □ .....	2 □ .....	3 □ .....	4 □ .....	5 □ .....
η. Την προσωπική εμφάνισή σας;	1 □ .....	2 □ .....	3 □ .....	4 □ .....	5 □ .....

□

Γ16. 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 παρασπασμένες 4 εβδομάδες:

	Κανένα πρόβλημα	Μικρό πρόβλημα	Μέτριο πρόβλημα	Μεγάλο πρόβλημα	Σοβαρό πρόβλημα
α. Σεξουαλική ευχαρίστηση:	:□.....	:□.....	:□.....	:□.....	:□.....
β. Σεξουαλική διέγερση:	:□.....	:□.....	:□.....	:□.....	:□.....

Γ17. Στην επόμενη ερώτηση παρακαλούμε βαθμολογήστε 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, η ρυθμιστική σας ικανότητα 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	
□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	

**Γ18. 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;	+□.....	□.....	□.....	□.....	□.....	□.....
β. Κοιμηθήκατε όσο χρειαζόσασταν	+□.....	□.....	□.....	□.....	□.....	□.....
γ. Δυσκολευτήκατε να κρατηθείτε ξύπνιοι κατά τη διάρκεια της ημέρας;	+□.....	□.....	□.....	□.....	□.....	□.....

**Γ19. Όσον αφορά την οικονόμεια και τους φίλους σας, πόσο ικανοποιημένος /η είστε με...**

	Πολύ <u>δυσμενέως</u> ένας/η ↓	Λίγο <u>δυσμενέως</u> ένας/η ↓	Λίγο <u>ευχαριστωμέ</u> νος/η ↓	Πολύ <u>ευχαριστωμέ</u> νος/η ↓
α. Το χρόνο που μπορείτε να περάσετε με την οικογένεια και τους φίλους σας;	+□.....	□.....	□.....	□.....
β. Την υποστήριξη που σας προσφέρουν η οικογένεια και οι φίλοι σας;	+□.....	□.....	□.....	□.....

Γ20. Τις παρασμένες 4 εβδομάδες εργαστήκατε σε αμοιβόμενη εργασία;

Ναι	Όχι
↓	↓
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Γ21. Η κατάσταση της υγείας σας σας εμποδίζει να εργασθείτε σε αμοιβόμενη εργασία;

Ναι	Όχι
↓	↓
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Γ22. Συνολικά, πώς θα βαθμολογούσατε την υγεία σας;

Χείριστη (σα να πεθαίνω ή και χαρότερα)					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"/>	<input type="checkbox"/>

## Ικανοποίηση με την περίθαλψη

Γ23. 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	Ικανοποιητικά	Καλό	Πολύ καλό	Υπέροχο	Άριστο
↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Γ24. Κατά πόσο οι ακόλουθες προτάσεις είναι αλήθεια ή ψεύματα:

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
- .....    ·  .....    ·  .....    ·  .....    ·  .....
- β. Το προσωπικό αιμοκάθαρσης με στηρίζει στην αντιμετώπιση της ασθένειάς
- .....    ·  .....    ·  .....    ·  .....    ·  .....