



**ΑΝΟΙΚΤΟ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΚΥΠΡΟΥ**

## **ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ  
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

### **ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ**

**Η ποιότητα ζωής Κύπριων ασθενών με τελικού σταδίου  
νεφρική νόσο  
που υποβάλλονται  
σε περιοδικό πρόγραμμα αιμοκάθαρσης.  
Η επίδραση του άγχους και της κατάθλιψης.**

**Μαρία Ευθυμίου**

**Επιβλέπων Καθηγητής  
Νίκος Κοντοδημόπουλος**

**Ιούνιος, 2015**

# **Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου**

Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης

**Η ποιότητα ζωής Κύπριων ασθενών με τελικού σταδίου  
νεφρική νόσο  
που υποβάλλονται  
σε περιοδικό πρόγραμμα αιμοκάθαρσης.  
Η επίδραση του άγχους και της κατάθλιψης.**

**Μαρία Ευθυμίου**

**Επιβλέπων Καθηγητής  
Νίκος Κοντοδημόπουλος**

**Ιούνιος, 2015**

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Κεφάλαιο 1: Εισαγωγή .....	1
1.1. Εισαγωγή .....	1
1.2. Καταγραφή Προβλήματος .....	2
1.3. Σημαντικότητα και Αναγκαιότητα της Μελέτης.....	3
1.4. Σκοπός της Έρευνας .....	4
1.5. Ερευνητικά Ερωτήματα .....	5
1.6. Ορισμοί .....	5
Κεφάλαιο 2: Ανασκόπηση Ερευνών .....	6
2.1. Χρόνια Νεφρική Νόσος.....	6
2.1.1. Η Λειτουργία του Νεφρού .....	7
2.1.2. Περιγραφή της Νόσου .....	7
2.1.3. Επιδημιολογία της Χρόνιας Νεφρικής Νόσου .....	8
2.1.4. Κοινωνικοοικονομικές και οικονομικές επιπτώσεις της ΧΝΝ.....	15
2.2. Τελικού Σταδίου Χρόνια Νεφρική Νόσος.....	16
2.2.1. Ορισμός.....	16
2.2.2. Θεραπείες Υποκατάστασης της Νεφρικής Λειτουργίας σε ΤΣΧΝΝ .....	16
2.3. Ποιότητα Ζωής.....	21
2.3.1. Ψυχολογικοί Παράγοντες και Ποιότητα Ζωής.....	27
2.3.2. Εργαλεία Μέτρησης της Ποιότητας Ζωής.....	31
2.4. Η Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής.....	33
Κεφάλαιο 3: Μεθοδολογία .....	35
3.1. Μεθοδολογία της Έρευνας .....	36
3.1.1. Πληθυσμός.....	36
3.1.2. Δείγμα .....	37
3.1.3. Μέθοδος Συλλογής Δεδομένων .....	38
3.1.4. Ερωτηματολόγιο KDQOL-SF.....	38
3.1.5. Κλίμακα Hospital Anxiety and Depression (HADS) .....	40
3.2. Ηθικές Προεκτάσεις.....	41
3.3. Στατιστική Ανάλυση και Επεξεργασία Δεδομένων.....	42
Κεφάλαιο 4: Αποτελέσματα .....	43
4.1. Δημογραφικά – Κοινωνικά χαρακτηριστικά Δείγματος.....	43
4.2. Παρουσίαση Αποτελεσμάτων της Κλίμακας KDQOL-SF .....	49
4.3. Παρουσίαση Αποτελεσμάτων της κλίμακας HADS - Anxiety.....	53
4.4. Παρουσίαση Αποτελεσμάτων της κλίμακας HADS - Depression .....	55
4.5. Συσχέτιση της KDQOL-SF και HADS – Anxiety/Depression .....	57
Κεφάλαιο 5: Συζήτηση - Συμπεράσματα.....	59
Βιβλιογραφία ξενόγλωσση.....	64
Βιβλιογραφία Ελληνική.....	76

Παράρτημα 1: Έγκριση Επιτροπής Βιοηθικής Κύπρου.....	77
Παράρτημα 2: Εξουσιοδότηση Επιτρόπου Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα.....	83
Παράρτημα 3: Άδεια διεξαγωγής έρευνας... ..	84
Παράρτημα 4,5,6: Συγκατάθεση Προϊστάμενων ιατρών των μονάδων αιμοκάθαρσης Λευκωσίας, Λάρνακας και Λεμεσού.....	85
Παράρτημα 7,8: Έντυπο συγκατάθεσης ασθενών και ενημερωτικό έντυπο .....	88
Παράρτημα 9: Καταγραφή συχνότητας διαστάσεων ποιότητας ζωής-Γενικό μέρος	92
Παράρτημα 10: Καταγραφή συχνότητας διαστάσεων ποιότητας ζωής –Ειδικό μέρος	96
Παράρτημα 11: Ερωτηματολόγιο.....	101

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με την ολοκλήρωση της παρούσας διατριβής θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα καθηγητή μου κ. Νίκο Κοντοδημόπουλο που επέβλεπε την εκπόνηση της, καθώς επίσης και τους κυρίους Μιχάλη Τάλια και Ανδρέα Παυλάκη, Ακαδημαϊκούς Υπεύθυνους του τμήματος μου για την καθοδήγηση τους.

Ιδιαίτερα ευχαριστώ την φοιτήτρια Γεωργία Φιλίππου που με πολλή προθυμία μου έδειξε την χρήση του SPSS για να καταφέρω να διεκπεραιώσω την στατιστική ανάλυση των δεδομένων και την εξαγωγή των αποτελεσμάτων της έρευνας αυτής.

Ευχαριστίες εκφράζω επίσης, στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό όλων των μονάδων Αιμοκάθαρσης για τη άψογη συνεργασία και την πολύτιμη βοήθεια τους, καθώς και τους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς και τις οικογένειες τους που δέχτηκαν να συμμετάσχουν στην έρευνα αυτή, παρά τα πολλαπλά προβλήματα που αντιμετωπίζουν.

Τέλος, ένα μεγάλο ευχαριστώ στην οικογένεια μου, για την υπομονή και την ηθική υποστήριξη τους ώστε να φέρω εις πέρας τον στόχο μου αυτό.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Εισαγωγή:** Η χρόνια νεφρική νόσος είναι μία από τις πιο σοβαρές νόσους στη σύγχρονη δημόσια υγεία και χαρακτηρίζεται από νεφρική βλάβη ή μειωμένη νεφρική λειτουργία για τουλάχιστον 3 μήνες η οποία καταλήγει σε τελικού σταδίου χρόνια νεφρική νόσο (ΤΣΧΝΝ). Το άγχος και η κατάθλιψη είναι συχνές στους ασθενείς με ΤΣΧΝΝ και πιθανόν να επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα ζωής των ασθενών σε βαθμό που να αυξάνει την θνησιμότητα. Παρά ταύτα, δεν έχει δοθεί η δέουσα ερευνητική προσοχή στην διερεύνηση των επιπτώσεων του άγχους και της κατάθλιψης στην ποιότητα ζωής των ασθενών με ΤΣΧΝΝ.

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας ποσοτικής έρευνας συσχέτισης, ήταν να διερευνηθεί κατά πόσο το άγχος και η κατάθλιψη, επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ασθενών με ΤΣΧΝΝ.

**Μεθοδολογία:** Η έρευνα συμπεριέλαβε τα Δημόσια Νοσηλευτήρια της Κύπρου. Το δείγμα που έχει χρησιμοποιηθεί αποτελείται από ενήλικες με ΤΣΧΝΝ οι οποίοι έχουν συμπληρώσει το 18<sup>ο</sup> έτος της ηλικίας τους, είναι μόνιμοι κάτοικοι Κύπρου και κατέχουν την ελληνική γλώσσα. Για την συλλογή δεδομένων έχει χρησιμοποιηθεί το ερωτηματολόγιο KDQOL-SF το οποίο αφορά στη μέτρηση της ποιότητας ζωής των ασθενών με ΤΣΧΝΝ και η κλίμακα HADS η οποία καταγράφει τη νοσοκομειακή μέτρηση του άγχους και της κατάθλιψης.

Για τον υπολογισμό των δεδομένων και της συσχέτισης με την μέτρηση της ποιότητας ζωής έχει χρησιμοποιηθεί ο συντελεστής συσχέτισης Pearson(*r*) για να διερευνηθεί η συσχέτιση μεταξύ των διαστάσεων των δύο ερωτηματολογίων

**Αποτελέσματα:** Ο μέσος όρος των ασθενών με ΤΣΧΝΝ που έπασχε από άγχος ήταν 8.10 (*SD* = 5.40). Ο μέσος όρος των ασθενών με ΤΣΧΝΝ που έπασχε από κατάθλιψη ήταν 9.05 (*SD* = 5.1), ένδειξη ότι οι ασθενείς με ΤΣΧΝΝ παρουσίαζαν αμφίβολα αποτελέσματα για τεκμηρίωση της πιθανότητας παρουσίας άγχους ή κατάθλιψης. Η συσχέτιση μεταξύ της ποιότητας ζωής, και του άγχους/κατάθλιψης ήταν στατιστικά σημαντική επηρεάζοντας αρνητικά την ποιότητα ζωής των ασθενών με ΤΣΧΝΝ.

**Συμπεράσματα:** Σύμφωνα με τα ευρήματα της έρευνας η ποιότητα ζωής των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών με ΤΣΧΝΝ επηρεάζεται σημαντικά. Από τη συσχέτιση της

ποιότητας ζωής και της κατάθλιψης και του άγχους διαφάνηκε ότι τόσο η κατάθλιψη όσο και το άγχος επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα ζωής των ασθενών με ΤΣΧΝΝ και την προσαρμογή τους στην θεραπεία και κατ' επέκταση την επιβίωση τους.

Λόγω της περιπλοκότητας μεταξύ των προβλημάτων της ποιότητας ζωής του άγχους και της κατάθλιψης, οι ερευνητές θα πρέπει να στοχεύσουν σε μελλοντικές κλινικές δοκιμές οι οποίες θα προσδιορίσουν συγκεκριμένους παρεμβατικούς στόχους για να μειωθεί η παρουσία συμπτωμάτων άγχους κατάθλιψης και να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής των ασθενών με ΤΣΧΝΝ.

## SUMMARY

**Introduction:** Chronic kidney disease is one of the most severe diseases in public health. Chronic kidney disease is characterized by kidney failure or impaired kidney function for a period of at least 3 months resulting in end-stage chronic renal disease. Anxiety, and depression are common in patients with end-stage chronic kidney disease and may negatively affect the quality of life to an extent which increases mortality. Nevertheless, attention has not been given in research investigating the effects of anxiety and depression on the quality of life of patients with end-stage kidney disease.

**Purpose:** The purpose of this quantitative correlational study was to investigate the effect of anxiety and depression on the quality of life of patients with end-stage kidney disease.

**Method:** Data were collected from the public hospitals in Cyprus. The sample included adults older than 18 years of age, diagnosed with end-stage kidney disease that lived in Cyprus and spoke Greek. Collection of data was performed using the KDQOL-SF, a scale that measures the quality of life of patients with end-stage kidney disease and the HADS scale was used to measure anxiety and depression. Descriptive statistics were used to analyze demographics and a Pearson's *r* correlation was performed to analyze data.

**Results:** The mean number of patients with end-stage chronic kidney disease that suffered from anxiety was 8.10 ( $SD = 5.40$ ), and the mean number of patients with end-stage chronic kidney disease that suffered from depression was 9.05 ( $SD = 5.1$ ). This indicated that the patients with end-stage kidney disease have questionable results regarding the possible diagnosis of anxiety disorder and depression. Pearson's *r* correlation between quality of life, anxiety and depression was statistically significant thus negatively affecting the quality of life of patients with end-stage chronic kidney disease.

**Conclusions:** The quality of life of patients with end-stage chronic kidney disease is negatively affected. The correlation of quality of life with depression and anxiety indicated that both depression and anxiety negatively affect the quality of life of patients with end stage chronic kidney disease as well as their adaptation in therapy and consequently their survival. Due to the complexity of quality of life, anxiety and depression problems, future

research should concentrate on clinical trials of interventions that would prevent the presence of symptoms of anxiety, and depression and improve the quality of life of patients with end-stage chronic kidney disease.

## ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

XNN: Χρόνια νεφρική νόσος

ΤΣΧΝΝ: Τελικού σταδίου χρόνια νεφρική νόσος

AIS: Athens Insomnia Scale

eGFR: εκτιμώμενος ρυθμός σπειραματικής διήθησης

HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale

HRQOL: Health Related Quality of Life

KDQOL-SF: Kidney Disease Quality of Life- Short Form

NHANES: National Health and Nutritional Survey

pmp: per million people

QOL: Quality of Life

## ΠΙΝΑΚΕΣ

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΧΝΝ	13
ΠΙΝΑΚΑΣ 2: ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ	17
ΠΙΝΑΚΑΣ 3: ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗΣ ΚΑΘΑΡΣΗΣ	17
ΠΙΝΑΚΑΣ 4: ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΟΥΡΑΙΜΙΑΣ	28
ΠΙΝΑΚΑΣ 5: ΚΑΤΑΧΩΡΗΜΕΝΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΑ ΜΗΤΡΩΑ ΤΩΝ ΤΜΗΜΑΤΩΝ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ	36
ΠΙΝΑΚΑΣ 6: ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΕΛΑΒΑΝ ΜΕΡΟΣ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ	37
ΠΙΝΑΚΑΣ 7: ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΚΑΤΑ ΕΠΑΡΧΙΑ, ΦΥΛΟ ΚΑΙ ΗΛΙΚΙΑ	37
ΠΙΝΑΚΑΣ 8: ΓΕΝΙΚΕΣ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ	39
ΠΙΝΑΚΑΣ 9: ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΤΗ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟ	39
ΠΙΝΑΚΑΣ 10: ΚΛΙΜΑΚΑ ΒΑΘΜΟΛΟΓΗΣΗΣ ΓΕΝΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	40
ΠΙΝΑΚΑΣ 11: ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΕΣ ΚΑΤΑ ΦΥΛΟ	43
ΠΙΝΑΚΑΣ 12: ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ	44
ΠΙΝΑΚΑΣ 13: ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	45
ΠΙΝΑΚΑΣ 14: ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	46
ΠΙΝΑΚΑΣ 15: ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ ΚΑΤΑ ΕΙΔΟΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ	47
ΠΙΝΑΚΑΣ 16: ΕΤΗΣΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ	48
ΠΙΝΑΚΑΣ 17: ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ- ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	49
ΠΙΝΑΚΑΣ 18: ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ-ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΣΤΗ ΝΟΣΟ ΤΟΥΣ	50
ΠΙΝΑΚΑΣ 19: ΚΛΙΜΑΚΑ ΒΑΘΜΟΛΟΓΗΣΗΣ ΓΕΝΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	51
ΠΙΝΑΚΑΣ 20: ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΤΑ ΦΥΛΟ	52
ΠΙΝΑΚΑΣ 21: ΚΛΙΜΑΚΕΣ HADS-anxiety ΚΑΙ HADS-depression	53
ΠΙΝΑΚΑΣ 22: ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ HADS-anxiety	54
ΠΙΝΑΚΑΣ 23: ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ HADS-depression	56
ΠΙΝΑΚΑΣ 24: ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ HADS(anxiety/depression) ΜΕ ΤΗ ΚΛΙΜΑΚΑ ΚDQOL-SF (ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ)	57
ΠΙΝΑΚΑΣ 25: ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ HADS( anxiety/depression) ΜΕ ΤΗ ΚΛΙΜΑΚΑ ΚDQOL-SF (ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ)	58

## ΕΙΚΟΝΕΣ

ΣΧΗΜΑ 1: ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΘΕΣΗ ΝΕΦΡΩΝ	6
ΣΧΗΜΑ 2: ΕΠΙΜΗΚΗΣ ΔΙΑΤΟΜΗ ΝΕΦΡΟΥ	6

## ΓΡΑΦΗΜΑΤΑ

ΓΡΑΦΗΜΑ 1: ΠΟΣΟΣΤΑ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΤΑ ΠΕΡΙΟΧΗ	9
ΓΡΑΦΗΜΑ 2: ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΤΣΧΝΝ ΚΑΤΑ ΕΙΔΟΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	10
ΓΡΑΦΗΜΑ 3: ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΕΣ ΚΑΤΑ ΦΥΛΟ	43
ΓΡΑΦΗΜΑ 4: ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΚΑΤΑ ΗΛΙΚΙΑ	44
ΓΡΑΦΗΜΑ 5: ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΚΑΤΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	45
ΓΡΑΦΗΜΑ 6: ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	46
ΓΡΑΦΗΜΑ 7: ΕΙΔΟΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ	47
ΓΡΑΦΗΜΑ 8: ΕΤΗΣΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ	48
ΓΡΑΦΗΜΑ 9: ΒΑΘΜΟΛΟΓΗΣΗ ΥΓΕΙΑΣ	52
ΓΡΑΦΗΜΑ 10: HADS-anxiety	53
ΓΡΑΦΗΜΑ 11:HADS-depression	55

# Κεφάλαιο Πρώτο

## 1.1. Εισαγωγή

Η χρόνια νεφρική νόσος (XNN) είναι μία από τις πιο σοβαρές ασθένειες στη δημόσια υγεία. Η XNN ορίζεται ως η παρουσία νεφρικής βλάβης ή μειωμένης νεφρικής λειτουργίας για χρονικό διάστημα  $\geq 3$  μηνών, ανεξαρτήτως της διάγνωσης (NKF, 2012). Στο προχωρημένο της στάδιο η XNN είναι γνωστή ως τελικού σταδίου χρόνια νεφρική νόσος (ΤΣΧΝΝ), η οποία χαρακτηρίζεται από την προοδευτική και μη αναστρέψιμη απώλεια της νεφρικής λειτουργίας με αποτέλεσμα να προκύπτει η άμεση ανάγκη για μόνιμη θεραπεία της νεφρικής δυσλειτουργίας με θεραπευτικές παρεμβάσεις όπως είναι η αιμοκάθαρση ή η μεταμόσχευση νεφρού (AKF, 2012, Gusbeth-Tatomir et al, 2007).

Η ανοδική πορεία της XNN στις αναπτυγμένες και αναπτυσσόμενες χώρες έχει οδηγήσει σε μια παγκόσμια επιδημία. Τρέχουσες επιδημιολογικές έρευνες έχουν δείξει ότι περίπου ένα εκατομμύριο άτομα με ΤΣΧΝΝ έχουν υποβληθεί σε θεραπεία υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας σε όλο τον κόσμο. Εκτιμάται ότι στις Ηνωμένες Πολιτείες ( ΗΠΑ ) υπάρχουν περίπου 26 εκατομμύρια ενήλικες που ζουν με κάποιο βαθμό XNN (NKF, 2012). Την τελευταία δεκαετία ο επιπολασμός των ατόμων που διαγνώστηκαν με XNN έχει φτάσει από 10 τοις εκατό, σε 13 τοις εκατό στις ΗΠΑ (Coresh et al, 2007). Αν και η αύξηση στην συχνότητα της ΤΣΧΝΝ έχει παραμείνει σταθερή, ο ρυθμός ανάπτυξης της XNN ευθύνεται για την αύξηση των περιστατικών υπέρτασης και διαβήτη, καθώς και στην αύξηση της γήρανσης του πληθυσμού των ΗΠΑ (Fields et al, 2004, Gregg et al, 2005, Hajjar, 2003, Mokdad et al, 2003, USRDS, 2011).

Στην Κύπρο σήμερα, σύμφωνα με τα δεδομένα που καταγράφονται στα νεφρολογικά τμήματα και τις μονάδες αιμοκάθαρσης παγκυπρίως, υπάρχουν στα διάφορα κρατικά νεφρολογικά τμήματα 502 αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς, 71 ασθενείς σε περιτοναϊκή κάθαρση και περίπου 580 μεταμοσχευμένοι ασθενείς.

Η XNN και οι μέθοδοι θεραπείας της επιφέρουν σημαντική πίεση και άγχος στους ασθενείς με αποτέλεσμα να απαιτείται σημαντική κοινωνική προσαρμογή. Πολλοί παράγοντες που σχετίζονται με την υγεία επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ασθενών με ΤΣΧΝΝ δύο εκ

των οποίων είναι το άγχος και η κατάθλιψη (Franke et al, 2003, Matas et al, 2002, Prihodova et al, 2009).

Η κατάθλιψη είναι η πιο συχνά αναφερόμενη ψυχολογική διαταραχή σε ασθενείς με ΤΣΧΝΝ και συνδέεται με υψηλότερο ποσοστό νοσηλείας και θνησιμότητας σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό (Chilcot et al, 2008, Riezebos et al, 2010).

Από όλα τα προαναφερόμενα, αναφύεται η ανάγκη να διερευνηθεί κατά πόσον επηρεάζεται η ποιότητα ζωής των ασθενών με ΤΣΧΝΝ, και αν υπάρχουν ανεπιθύμητες ή επιβλαβείς επιδράσεις στην υγεία των ασθενών αυτών που να σχετίζονται με το άγχος και τη κατάθλιψη. Στόχος είναι η δημιουργία τέτοιων συνθηκών ώστε η συγκεκριμένη κατηγορία ασθενών να είναι άνθρωποι λειτουργικοί και παραγωγικοί τόσο στην οικογένεια τους όσο και στο ευρύτερο κοινωνικό σύνολο.

## **1.2. Καταγραφή του προβλήματος**

Η ΧΝΝ είναι μία από τις πιο σοβαρές νόσους στη δημόσια υγεία και χαρακτηρίζεται από νεφρική βλάβη ή μειωμένη νεφρική λειτουργία για τουλάχιστον 3 μήνες, ανεξαρτήτως της διάγνωσης (NKF, 2012). Σε προχωρημένο στάδιο η ΧΝΝ δύναται να εξελιχθεί σε νεφρική ανεπάρκεια ή ΤΣΧΝΝ, η οποία καταλήγει σε μη αναστρέψιμη απώλεια της νεφρικής λειτουργίας με αποτέλεσμα να προκύπτει η άμεση ανάγκη για αιμοκάθαρση ή μεταμόσχευση νεφρού (AKF, 2012, Gusbeth-Tatomir et al, 2007).

Το άγχος και η κατάθλιψη είναι συχνές στους ασθενείς με ΤΣΧΝΝ και πιθανόν να επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα ζωής των ασθενών (Pierratos & Hanly, 2011, Iliescu et al, 2003, Halen et al, 2012) σε βαθμό που να αυξάνει την θνησιμότητα (Elder et al, 2008). Παρά ταύτα, δεν έχει δοθεί η δέουσα ερευνητική προσοχή στην διερεύνηση των επιπτώσεων του άγχους και της κατάθλιψης στην ποιότητα ζωής των ασθενών με ΤΣΧΝΝ (Gusbeth-Tatomir et al, 2007 ). Είναι κατ' επέκταση σημαντικό να διερευνηθεί κατά πόσο το άγχος και η κατάθλιψη επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ασθενών με ΤΣΧΝΝ.

### **1.3. Σημαντικότητα και αναγκαιότητα της μελέτης**

Η υγεία και ποιότητα ζωής αποτελούν ένα πολυδιάστατο κοινωνικό φαινόμενο των οποίων οι σημαντικότεροι προσδιοριστές αφορούν τόσο στις κοινωνικό-οικονομικές συνθήκες ανάπτυξης και ευημερίας όσο και στη σωματική και ψυχοκοινωνική ευεξία του ανθρώπου (Andrews & Whitney 1974, Campel et al, 1976)

Η χρόνια νεφρική νόσος επιφέρει σημαντικές επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής των ασθενών, τόσο στην κοινωνική όσο και στην ψυχολογική και οικονομική πτυχή της.

Πιο αναλυτικά, η επίδραση της χρόνιας νεφρικής νόσου σε οργανικό και ψυχοκοινωνικό επίπεδο επηρεάζει σημαντικά τόσο την ποιότητα ζωής του ασθενούς όσο και την προσωπική ικανοποίηση από την καθημερινότητα του. Η χρόνια νεφρική νόσος και ο τρόπος θεραπείας της μπορεί να αποτελέσουν αιτίες απώλειας του επαγγέλματος ή του εισοδήματος ή ακόμα και της κοινωνικής θέσης του πάσχοντος ή να δημιουργούν το άγχος και την ανασφάλεια που η πιθανότητα αυτή υπάρχει ως ενδεχόμενο.

Οι ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο τελικού σταδίου υφίστανται περιορισμούς στη διατροφή τους ενώ είναι πολλές φορές αναγκασμένοι να τροποποιούν την επαγγελματική δραστηριότητα και τη ψυχαγωγία τους, γεγονός που επιβαρύνει σημαντικά τόσο την κοινωνική ζωή τους όσο και τις διαπροσωπικές τους σχέσεις. (Perlman et al, 2005, Gayle et al, 2009, Λένη και συν, 2013)

Από όλα τα προαναφερόμενα διαφαίνεται η ανάγκη για βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών και κυρίως για βελτίωση του τρόπου που οι ασθενείς αντιλαμβάνονται την ποιότητα ζωής τους.

Η διεξαγωγή της συγκεκριμένης έρευνας θα συνεισφέρει στην διαπίστωση όλων αυτών των παραγόντων που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ασθενών και στη βελτίωση των συνθηκών από τις οποίες αυτοί επηρεάζονται, δημιουργώντας έτσι το έναυσμα για ανάπτυξη πολιτικών υγείας από πλευράς πολιτικής ηγεσίας με ανθρωποκεντρικά στοιχεία, βασιζόμενα στις ανάγκες των ασθενών έτσι όπως αυτοί τις εκφράζουν.

## 1.4. Σκοπός της έρευνας

Ο σκοπός της παρούσας έρευνας συσχέτισης, είναι να διερευνηθεί κατά πόσο το άγχος και η κατάθλιψη, επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ασθενών με ΤΣΧΝΝ. Για τον σκοπό αυτό έχει χρησιμοποιηθεί ως δείγμα μέρος των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών σε νοσοκομεία της Κύπρου. Η συγκεκριμένη μέθοδος επιλέχθηκε εξαιτίας του χαμηλού κόστους και της αυξημένης και ευκολότερης πρόσβασης στις πληροφορίες. Το δείγμα που έχει χρησιμοποιηθεί αποτελείται από ενήλικες με ΤΣΧΝΝ οι οποίοι έχουν συμπληρώσει το 18<sup>ο</sup> έτος της ηλικίας τους, είναι μόνιμοι κάτοικοι Κύπρου και κατέχουν την ελληνική γλώσσα. Για την συλλογή δεδομένων έχουν χρησιμοποιηθεί το ερωτηματολόγιο KDQOL-SF, το οποίο έχει σταθμιστεί στην ελληνική γλώσσα από τον Ν. Κοντοδημόπουλο και συνεργάτες (Kontodimopoulos & Niakas, 2005) και αφορά στη μέτρηση της ποιότητας ζωής των ασθενών με ΤΣΧΝΝ και η κλίμακα HADS η οποία καταγράφει τη νοσοκομειακή μέτρηση του άγχους και κατάθλιψης, η οποία έχει σταθμιστεί στην ελληνική γλώσσα από τον Ι. Μιχόπουλο και συνεργάτες (Michopoulos et al, 2008). Τα ερωτηματολόγια βρίσκονται ελεύθερα για χρήση στο διαδίκτυο.

Για τον υπολογισμό των δεδομένων και της συσχέτισης με την μέτρηση της ποιότητας ζωής έχει χρησιμοποιηθεί ο συντελεστής συσχέτισης Pearson  $r$ . Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας αναμένεται να αποτυπώσουν την ποιότητα ζωής των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών σε Νοσοκομεία της Κύπρου. Παράλληλα, αναμένεται να εντοπιστεί κατά πόσο το άγχος και η κατάθλιψη επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ασθενών με ΤΣΧΝΝ.

Πέραν αυτού τα αποτελέσματα της έρευνας αναμένεται να χρησιμοποιηθούν ως ένα χρήσιμο εργαλείο στα χέρια των υπεύθυνων λειτουργιών των νοσηλευτικών μονάδων, του Υπουργείου Υγείας και των άλλων αρμόδιων υπουργείων, ως πηγή προβληματισμού με βάση το οποίο θα έχουν τη δυνατότητα να διαμορφώσουν πολιτικές υγείας και να οδηγήσουν στη λήψη αποφάσεων τέτοιων ώστε να βελτιώσουν όλους εκείνους τους παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών.

## 1.5. Ερευνητικά ερωτήματα

Η παρούσα μελέτη θα προσπαθήσει να απαντήσει στα ακόλουθα ερωτήματα:

1. Η νεφρική ανεπάρκεια επηρεάζει την ποιότητα ζωής των ασθενών με ΤΣΧΝΝ;
2. Υπάρχουν ανεπιθύμητες ή επιβλαβείς επιδράσεις στην υγεία των ασθενών με ΤΣΧΝΝ που να σχετίζονται με το άγχος ;
3. Υπάρχουν ανεπιθύμητες ή επιβλαβείς επιδράσεις στην υγεία των ασθενών με ΤΣΧΝΝ που να σχετίζονται με τη κατάθλιψη;

## 1.6. Ορισμοί

**Χρόνια νεφρική νόσος (ΧΝΝ).** Η χρόνια νεφρική νόσος είναι η προοδευτική, μη αναστρέψιμη μείωση της νεφρικής λειτουργίας, η οποία προκαλείται από βλάβη του νεφρού ποικίλης αιτιολογίας (Ελληνική νεφρολογική Εταιρεία, 2015).

**ΤΣΧΝΝ.** Το στάδιο της νεφρικής νόσου για το οποίο απαιτείται θεραπεία υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας για θεραπεία και αντιμετώπιση των επιπλοκών της νεφρικής δυσλειτουργίας με σκοπό τη μείωση της νοσηρότητας και θνητότητας (Ελληνική νεφρολογική Εταιρεία ,2015).

**Ποιότητα ζωής (QOL).** Η ποιότητα ζωής ορίζεται ως η αντίληψη του ατόμου για τη θέση του στη ζωή, μέσα στα πλαίσια του πολιτισμικού συστήματος και του συστήματος αξιών όπου ζει, σε συνάρτηση πάντα με τους προσωπικούς στόχους και προσδοκίες και συνυφασμένα με τα πρότυπα και τις ανησυχίες του (Bonomi et al, 2000, The WHOQOL Group,1995).

**Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής (HRQoL).** Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής (HRQoL) ορίζεται ως «η διαφορά μεταξύ της πραγματικής και επιθυμητής λειτουργικότητας» σε ένα δεδομένο ασθενή με χρόνια νόσο (Rumsfeld, 2002).

**Κατάθλιψη.** Η κατάθλιψη είναι η συναισθηματική κατάσταση έντονης και επίμονης θλίψης που συνοδεύεται από σημαντική μείωση του αισθήματος προσωπικής αξίας και από την επώδυνη συνείδηση της επιβράδυνσης των νοητικών, ψυχοκινητικών και οργανικών διαδικασιών (American Psychiatric Association, 2013).

# Κεφάλαιο Δεύτερο

## Ανασκόπηση ερευνών

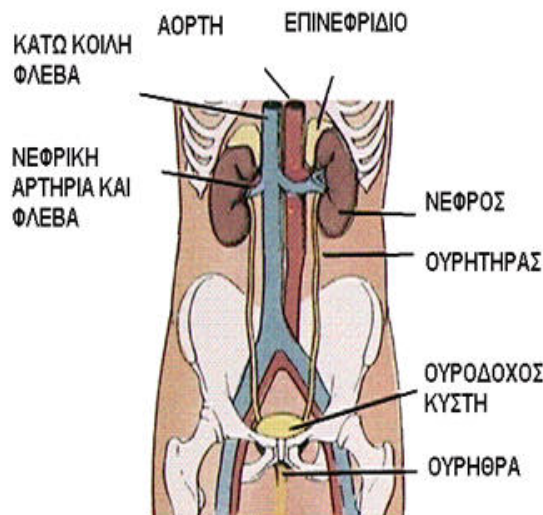
### 2.1. Χρόνια νεφρική νόσος

#### 2.1.1. Η λειτουργία των νεφρών

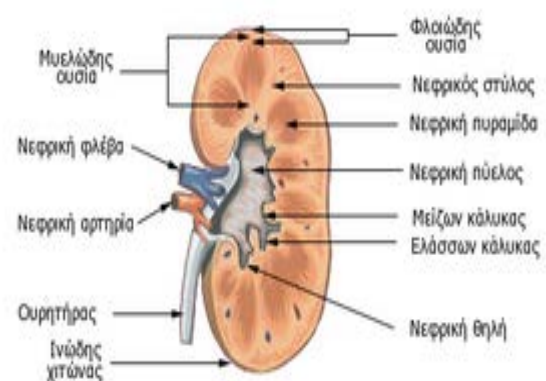
Οι νεφροί είναι τα όργανα που είναι υπεύθυνα για τη ρύθμιση της ισορροπίας της ομοιόστασης του οργανισμού και της ισορροπίας των υγρών και των ηλεκτρολυτών στο σώμα. Πρόκειται για δύο, συνήθως, όργανα σε σχήμα φασολιού και σε μέγεθος γροθιάς που εδράζονται στον οπισθοπεριτοναϊκό χώρο εκατέρωθεν της σπονδυλικής στήλης (Κουτσίκος, 1996) (Σχήμα 1).

Στην επιμήκη διατομή του (Σχήμα 2), ο νεφρός φαίνεται να παρουσιάζει δύο μοίρες οι οποίες διαχωρίζονται σαφώς μεταξύ τους, τη φλοιώδη μοίρα που βρίσκεται στην επιφανειακή περιοχή του νεφρού και τη μυελώδη μοίρα στην έσω επιφάνεια του (Κουτσίκος, 1996)

Ο κάθε νεφρός αποτελείται από χιλιάδες λειτουργικές ανατομικές μονάδες, τους νεφρώνες, οι οποίοι αποτελούνται από την αγγειακή - διηθητική μοίρα, το σπείραμα ή νεφρικό σωματίο, και από την σωληναριακή - απεκκριτική μοίρα, τα σωληνάκια (Ζηρογιάννης, 2005).



Σχήμα 1. Ανατομική θέση νεφρών



Σχήμα 2. Επιμήκης διατομή νεφρού

Λειτουργικά οι νεφροί επιτελούν σημαντικές ρυθμιστικές, απεκκριτικές και ενδοκρινικές-μεταβολικές δράσεις:

- Αποβάλλουν με τα ούρα ή κατακρατούν στον οργανισμό όσο νερό είναι απαραίτητο για να υπάρχει ισορροπία.
- Αποβάλλουν με τα ούρα την περίσσεια κάθε συστατικού του αίματος, ώστε η περιεκτικότητά του να βρίσκεται σε φυσιολογικά επίπεδα.
- Παράγουν όξινα, ουδέτερα ή αλκαλικά ούρα ανάλογα με την περίπτωση, με συνέπεια τη διατήρηση της οξύτητας ή της αλκαλικότητας του υγρού των ιστών, σε φυσιολογικά επίπεδα.
- Απαλλάσσουν συνεχώς τον οργανισμό από όλες τις βλαβερές ουσίες και κατά κύριο λόγο από την ουρία και το ουρικό οξύ, που προέρχονται από τον μεταβολισμό της τροφής.
- Αποβάλλουν από το σώμα μέσω της παραγωγής ούρων, όλες τις ξένες προς τον οργανισμό ουσίες, όπως για παράδειγμα τα φάρμακα. Οι ουσίες αυτές αποβάλλονται είτε αυτούσιες στη μορφή με την οποία προσλαμβάνονται, ή μετά από τροποποιήσεις του μορίου τους, μετά από μεταβολικές διεργασίες.
- Παράγουν την ορμόνη ερυθροποιητίνη, χάρη στην οποία ελέγχουν με απόλυτα δραστικό και αποτελεσματικό μηχανισμό, το ρυθμό της παραγωγής των ερυθρών αιμοσφαιρίων του αίματος.
- Είναι υπεύθυνοι για την ενεργοποίηση της βιταμίνης D, κατά τέτοιο τρόπο, ώστε αυτή να γίνει δραστική για τον οργανισμό.
- Ελέγχουν την αρτηριακή πίεση καθώς και την έκκριση διάφορων ορμονών, που με τη σειρά τους ρυθμίζουν την ισορροπία των ηλεκτρολυτών του σώματος (Guiton, 1992).

### **2.1.2. Περιγραφή της νόσου**

Η ΧΝΝ χαρακτηρίζεται από μειωμένη νεφρική λειτουργία λόγω δομικών ή λειτουργικών ανωμαλιών, που επιμένει για τουλάχιστον 3 μήνες (NKF, 2012). Επί του παρόντος, οι πιο ευρέως διαδεδομένοι δείκτες για την λειτουργία των νεφρών στην κλινική πρακτική είναι ο εκτιμώμενος Ρυθμός Σπειραματικής Διήθησης (eGFR).

Η ΧΝΝ διαχωρίζεται επί του παρόντος σε πέντε στάδια όπως αυτά αναφέρονται στο National Kidney Foundation (2002):

Στάδιο 1: Νεφρική βλάβη με  $eGFR \geq 90 \text{ mL/min/1.73 m}^2$

Στάδιο 2: Νεφρική βλάβη με  $eGFR 60\text{--}89 \text{ mL/min/1.73 m}^2$

Στάδιο 3:  $eGFR 30\text{--}59 \text{ mL/min/1.73m}^2$  (ασχέτως νεφρικής βλάβης )

Στάδιο 4:  $eGFR 15\text{--}29 \text{ mL/min/1.73m}^2$  (ασχέτως νεφρικής βλάβης)

Στάδιο 5:  $eGFR < 15 \text{ mL/min/1.73m}^2$

Μια μειωμένη τιμή στο  $eGFR$  μπορεί να οδηγήσει σε ένα ευρύ φάσμα κλινικών επιπλοκών. Οι καρδιαγγειακές παθήσεις, η υψηλή πίεση, και η αναιμία είναι οι πιο κοινές επιπλοκές ενός χαμηλού  $eGFR$ . Όταν η τιμή του  $eGFR$  είναι χαμηλότερη από  $15 \text{ mL/min/1.73 m}^2$ , πολλοί ασθενείς παρουσιάζουν συμπτώματα νεφρικής ανεπάρκειας ή ΤΣΧΝΝ, όπως είναι η κόπωση, η αδυναμία, ο κνησμός, η μειωμένη όρεξη και η ναυτία (Levey & Coresh, 2012). Οι ασθενείς με ΤΣΧΝΝ χρειάζονται μακρόχρονη θεραπεία όπως αιμοκάθαρση, περιτοναϊκή κάθαρση ή μεταμόσχευση νεφρού για να επιζήσουν.

### **2.1.3. Επιδημιολογία της ΧΝΝ**

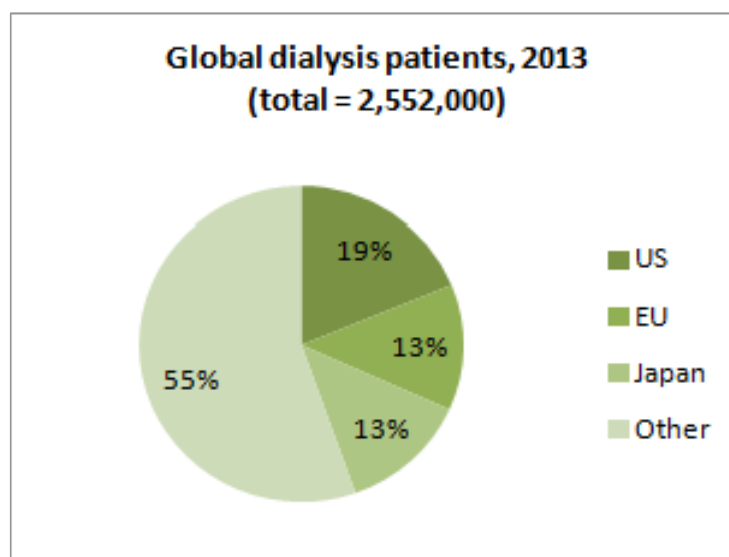
Σύμφωνα με την μελέτη Global Burden of Disease-2010 (Lozano et al. 2013), η ΧΝΝ κατατασσόταν στην 27<sup>η</sup> θέση στον κατάλογο των αιτιών του συνολικού αριθμού των θανάτων παγκοσμίως για το έτος 1990 (ετήσιο ποσοστό θανάτου 15.7 ανά 100.000), αλλά ανέβηκε στην 18<sup>η</sup> θέση το 2010 (ετήσιος ρυθμός θανάτων 16.3 ανά 100.000) (Lozano et al. 2013). Η ανάλυση των δεδομένων στην αιτία θανάτου στις ΗΠΑ και την Αυστραλία από τον Rao και τους συνεργάτες του (2012), έδειξαν ότι ένα σημαντικό ποσοστό των ατόμων που είχαν πεθάνει από διαβήτη είχαν νεφρική ανεπάρκεια, αλλά η αιτία του θανάτου είχε κωδικοποιηθεί ως διαβήτης χωρίς επιπλοκές. Ο αναφερόμενος αριθμός της θνησιμότητας από ΧΝΝ λόγω διαβήτη, υπολογίζεται από τέσσερεις μέχρι εννέα φορές λιγότερη από την πραγματική τιμή.

Στις ΗΠΑ, τα επιδημιολογικά στοιχεία της ΧΝΝ που προέρχονται από την National Health and Nutritional Survey (NHANES) αναφέρουν 15% επιπολασμό για την περίοδο 1988 – 2004 και συμπεριλαμβάνει 28721 άτομα άνω των 20 ετών (Coresh. et al. 2007). Στη Νορβηγία, βάσει της NHANES αναφέρονται 10% των ενηλίκων με ΧΝΝ άνω των 20 ετών (Hallan, et al. 2006). Μελέτες που έγιναν στο Ηνωμένο Βασίλειο (Stevens et al. 2007), την

Ιαπωνία (Imai, et al. 2007) και την Αυστραλία επιβεβαίωσαν παρόμοιου ύψους επιπολασμό ή υψηλότερο από αυτό (Chadban, et al., 2003).

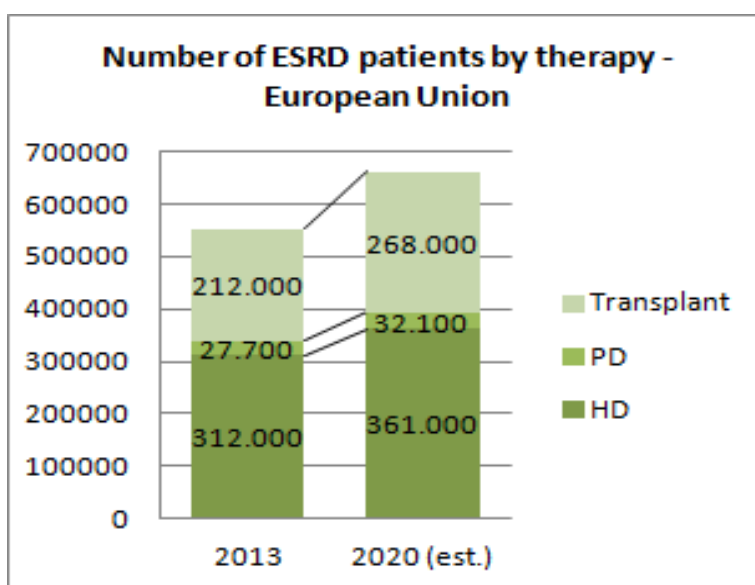
Μέχρι το τέλος του 2013, αναφέρονται 3.2 εκατομμύρια ασθενείς που τυγχάνουν θεραπευτικής αντιμετώπισης για ΤΣΧΝΝ ανά το παγκόσμιο, αριθμός ο οποίος αναλογεί στο 6% ετησίως. Αυτό το ποσοστό είναι σημαντικά υψηλότερο από αυτό του ρυθμού ανάπτυξης του πληθυσμού. Από αυτούς, τα 2.5 εκατομμύρια υποβάλλονταν σε θεραπεία, είτε με αιμοκάθαρση ή περιτοναϊκή κάθαρση και οι υπόλοιποι (678,000) είχαν υποβληθεί σε μεταμόσχευση νεφρού (ERCPA, 2015).

Ο πληθυσμός που υποβάλλεται σε θεραπεία αιμοκάθαρσης διαφέρει από χώρα σε χώρα. Για παράδειγμα στην Ταιβάν υπάρχουν 3,170 ασθενείς ανά εκατομμύριο πληθυσμού (rpm) , 2,620rpm στην Ιαπωνία και 2080rpm στις ΗΠΑ. Στην Ευρωπαϊκή Ένωση περίπου 1090rpm νοσούν από ΤΣΧΝΝ και υποβάλλονται σε κάποιας μορφής κάθαρση. Οι χώρες με τον υψηλότερο επιπολασμό της νόσου είναι η Γερμανία, η Πορτογαλία, η Κύπρος, η Ισπανία και η Ιταλία. Ο μέσος όρος παγκοσμίως είναι πολύ χαμηλότερος και αντιστοιχεί σε 450rpm γεγονός που αποδίδεται στους περιορισμούς στη θεραπεία από οικονομικούς παράγοντες, καθώς σε μερικές χώρες η πρόσβαση στη θεραπεία είναι δυσχερής και περιορισμένη με αποτέλεσμα μεγάλος αριθμός ασθενών να μην λαμβάνουν θεραπεία. (ERCPA,2015). Οι ασθενείς που υποβάλλονται σε θεραπεία αιμοκάθαρσης στο μεγαλύτερο ποσοστό τους βρίσκονται στις ΗΠΑ (19%), την Ευρωπαϊκή ένωση (13%) και την Ιαπωνία (13%) δηλαδή σε συνολικό ποσοστό 45% ενώ το υπόλοιπο 55% αφορά τον υπόλοιπο κόσμο (Γράφημα 1).



Γράφημα 1. Ποσοστά αιμοκαθαιρόμενων ασθενών κατά περιοχή (ERCPA, 2015)

Η πιο κοινή μέθοδος θεραπείας της ΤΣΧΝΝ είναι η αιμοκάθαρση σε ποσοστό περίπου 89% ενώ η περιτοναϊκή κάθαρση αντιπροσωπεύει το 11% των ασθενών (272,000 ασθενείς). Για το έτος 2013, στην Ευρώπη , από τους 552,000 ασθενείς με ΤΣΧΝΝ, 57% έχουν λάβει θεραπεία αιμοκάθαρσης, 5% περιτοναϊκή κάθαρση και 39% έχουν υποβληθεί σε μεταμόσχευση νεφρού (Γράφημα 2).



Γράφημα 2. Αριθμός ασθενών με ΤΣΧΝΝ κατά είδος θεραπείας (ERCPA,2015)

Η εμφάνιση και η επικράτηση της ΤΣΧΝΝ διαφέρει σημαντικά μεταξύ των χωρών. Περισσότερο από το 80% του συνόλου των ασθενών που έλαβαν θεραπεία για ΤΣΧΝΝ εκτιμάται ότι είναι σε χώρες υψηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου με τους ηλικιωμένους να αποτελούν το μεγαλύτερο ποσοστό του πληθυσμού οι οποίοι έχουν άμεση πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας (White et al, 2008).

Οι χαμηλές τιμές που αναφέρονται από τις φτωχές χώρες οφείλονται στο γεγονός ότι οι ασθενείς δεν έχουν γίνει δεκτοί σε προγράμματα μεταμόσχευσης νεφρών, σε αντίθεση με τις αναπτυσσόμενες οικονομίες όπου ο αριθμός των ασθενών που γίνονται δεκτοί για μεταμόσχευση νεφρών αυξάνεται δραστικά (Jha, 2009). Οι προβλεπόμενες αλλαγές στον πληθυσμό ανά το παγκόσμιο συνιστούν ότι ο αριθμός των ασθενών με ΤΣΧΝΝ θα αυξηθεί ανομοιόμορφα στις αναπτυσσόμενες χώρες όπως η Κίνα και η Ινδία όπου ο αριθμός των ηλικιωμένων αναμένεται να αυξηθεί περισσότερο. Αυτό το αποτέλεσμα θα ενισχυθεί ακόμη

πιο πολύ εάν οι τάσεις αύξησης της υπέρτασης και του επιπολασμού του διαβήτη επιμένουν, σε αντίθεση με άλλες αιτίες θανάτου, όπως τα εγκεφαλικά επεισόδια και τις καρδιαγγειακές παθήσεις οι οποίες μειώνονται, καθώς και την πρόσβαση στη θεραπεία η οποία βελτιώνεται. Όσον αφορά τους ασθενείς με κλινικά εμφανές προχωρημένο στάδιο χρόνιας νεφρικής νόσου, είναι δύσκολο να υπολογιστεί ο ακριβής αριθμός με λιγότερο συμπτωματική ή ασυμπτωματική πρώιμου σταδίου χρόνια νεφρική νόσο, η οποία αντιπροσωπεύει το 80-90% του συνόλου των περιπτώσεων ( International Society of Nephrology/KDIGO, 2013).

### **Δημογραφικά χαρακτηριστικά της ΧΝΝ**

Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών με ΧΝΝ διαφέρουν ανά τον κόσμο. Η μέση ηλικία 9.614 ασθενών στην Ινδία ήταν 51.0 έτη (SD = 13.6) , (Rajapurkar et al, 2012) ενώ η μέση ηλικία 1.185 ασθενών στην Κίνα ήταν 63.6 έτη (SD = 14.7), (Zhang, et al. 2012). Στην Ινδία οι ασθενείς με ΧΝΝ αγνώστου αιτίας ήταν νεότεροι, φτωχότεροι και με περισσότερη πιθανότητα να παρουσιάσουν προχωρημένου σταδίου ΧΝΝ από τους ασθενείς με ΧΝΝ με γνωστά αίτια (Rajapurkar et al, 2012). Οι νεαροί ενήλικες ηλικίας 20–50 ετών στην Αφρικανική Σαχάρα κυρίως αναπτύσσουν ΧΝΝ λόγω υπέρτασης και σπειραματονεφρίτιδας (Arogundade & Barsoum, 2008).

Στις ΗΠΑ, οι Άφρο-αμερικανοί και οι Ισπανόφωνοι καταλήγουν με ΤΣΧΝΝ σε μικρότερη ηλικία από τους λευκούς ασθενείς (μέση ηλικία 57 και 58 σε αντίθεση με 63 έτη) (Feehally, 2005). Ο διαβήτης και η υπέρταση ως κύριες αιτίες της ΧΝΝ είναι κοινές σε όλες τις αναπτυγμένες χώρες και σε πολλές αναπτυσσόμενες, αλλά η σπειραματονεφρίτιδα και οι άγνωστες αιτίες είναι πιο κοινές αιτίες ΧΝΝ σε χώρες όπως η Ασία και η Αφρικανική Σαχάρα. Αυτές οι διαφορές κυρίως, σχετίζονται με την σοβαρότητα της νόσου η οποία πλέον αρχίζει να επικεντρώνεται στον τρόπο ζωής και την αύξηση του προσδόκιμου ζωής στις αναπτυγμένες χώρες (Engelgau et al, 2011). Σε αντίθεση, οι μολυσματικές ασθένειες συνεχίζουν να υπάρχουν στις χαμηλού οικονομικού επιπέδου χώρες, λόγω φτωχής υγιεινής, ανεπαρκούς παροχής ασφαλούς νερού και υψηλών συγκεντρώσεων μεταδοτικών νόσων (Ayodele & Alebiosu, 2010). Η περιβαλλοντική ρύπανση, τα φυτοφάρμακα, οι καταχρήσεις αναλγητικών φαρμάκων και η χρήση των μη ελεγχόμενων συντηρητικών στα τρόφιμα, συμβάλλουν επίσης στην ανάπτυξη ΧΝΝ στις αναπτυσσόμενες χώρες (Jha, 2004).

Οι γρήγοροι ρυθμοί της αστικοποίησης και η παγκοσμιοποίηση έχουν επιταχύνει την μετάβαση στις χώρες της Νότιας Ασίας και της Λατινικής Αμερικής από αναπτυσσόμενες σε ανεπτυγμένες με αποτέλεσμα αυτή η ξαφνική μετάβαση να οδηγήσει σε μια επικάλυψη της νόσου, με την επικράτηση των μολυσματικών ασθενειών να παραμένουν ως κύριες νόσοι και να αυξάνεται η συχνότητα και η σοβαρότητα των διαταραχών που αφορούν τον τρόπο ζωής, όπως ο διαβήτης και η υπέρταση (Agyei- Mensah & de-GraftAikins, 2010, Frenk et al, 1994).

### **Διάγνωση της ΧΝΝ**

Για να διαγνωστεί και να ταξινομηθεί σε στάδια η ΧΝΝ, απαιτείται η μέτρηση του ρυθμού σπειραματικής διήθησης και της λευκωματουρίας. Ο τρόπος για τον υπολογισμό του ποσοστού της πραγματικής σπειραματικής διήθησης χρησιμοποιώντας ουσίες εξωγενούς διήθησης είναι ακατάλληλος και ανακριβής. Ως εκ τούτου, οι τιμές της σπειραματικής διήθησης εκτιμούνται βάσει της συγκέντρωσης της κρεατινίνης στο πλάσμα δηλαδή μιας ουσίας ενδογενούς διήθησης. Η συγκέντρωση της κρεατινίνης στον ορό θα μπορούσε επίσης να επηρεαστεί από την παραγωγή κρεατινίνης (βασίζεται στην μυϊκή μάζα και την πρόσληψη τροφής), την σωληναριακή απέκκριση και την εξωνεφρική αποβολή της (ISN/KDIGO, 2013). Κατ' επέκταση οι διαφορές μεταξύ των πληθυσμών είναι αναμενόμενες.

Αρκετές είναι οι μετρήσεις που γίνονται σε εργαστήρια σε όλο τον κόσμο, αλλά οι περισσότερες δεν πληρούν τις απαιτούμενες προδιαγραφές και πιθανότατα να οδηγούν τα αποτελέσματα σε ανακρίβειες, ασυνέπειες, ή και τα δύο. Αυτό οδήγησε στη δημιουργία εξισώσεων μέτρησης της σπειραματικής διήθησης όπως η CKD-EPI (ISN/KDIGO, 2013) αναγνωρίζοντας την πιθανότητα του εσφαλμένου υπολογισμού και κατ' επέκταση της κατηγοριοποίησης σε ορισμένους πληθυσμούς (Levey et al., 2009).

### **Παράγοντες επικινδυνότητας**

Συνήθως η ΧΝΝ προκαλείται από άλλες συστηματικές νόσους όπως διαβήτης και υπέρταση (Fink et al, 2012). Σύμφωνα με τον McClellan (2005) η υψηλή πίεση είναι παράγοντας κινδύνου για την ΧΝΝ αλλά και συνέπεια της νόσου, επιπρόσθετα δε, προάγει επιπλοκές στους ασθενείς όπως οι καρδιαγγειακές νόσοι (McClellan, 2005). Στο εγχειρίδιο “Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease” (National Kidney Foundation, 2002), εισάγονται τρεις τύποι παραγόντων κινδύνου που σχετίζονται με την ΧΝΝ: οι παράγοντες ευαισθησίας, οι παράγοντες έναρξης και οι παράγοντες εξέλιξης. Η ηλικία και το

οικογενειακό ιστορικό περιλαμβάνονται στον παράγοντα ευαισθησίας, ενώ ο διαβήτης, η υπέρταση, οι λοιμώξεις του ουροποιητικού συστήματος και οι αυτοάνοσες νόσοι αναγνωρίζονται ως παράγοντες κινδύνου κατά την έναρξη (Πίνακας 1).

Πίνακας 1. Παράγοντες κινδύνου ΧΝΝ

Παράγοντες Ευαισθησίας	Αυξάνουν την ευαισθησία για νεφρική βλάβη	Ηλικία, οικογενειακό ιστορικό
Παράγοντες Έναρξης	Άμεση έναρξη της νεφρικής βλάβης	Διαβήτης, υπέρταση
Παράγοντες εξέλιξης	Προκαλούν επιδείνωση της νεφρικής βλάβης	Υψηλή πρωτεϊνουρία, παχυσαρκία, διαβήτης

Σε πολλές βιομηχανικές χώρες, όπως οι Ηνωμένες Πολιτείες, η συσχέτιση με τις μη μεταδοτικές παθήσεις όπως η υπέρταση, ο διαβήτης και η παχυσαρκία μετατρέπουν την ΧΝΝ σε επείγουσα κατάσταση στη δημόσια υγεία. Εκτός από τον αυξημένο αριθμό ασθενών με ΧΝΝ, έχουν αναφερθεί επαχθείς επιπτώσεις σε ολόκληρο το σύστημα υγείας. Όπως αναφέρουν οι Levey και Coresh (2012), το 2008 στις ΗΠΑ το κόστος για τις αιμοκαθάρσεις έφτασε τις \$77,506 το χρόνο ανά ασθενή και το κόστος για τις μεταμοσχεύσεις τα \$26,668 το χρόνο ανά άτομο. Στις αναπτυσσόμενες χώρες όπου ο τρόπος ζωής και οι αλλαγές στην διατροφή αυξάνουν την παρουσία μη μεταδοτικών ασθενειών, η κατάσταση είναι ακόμα πιο δραματική, δεδομένης της ανικανότητας του συστήματος υγείας να προσφέρει μεγάλου κόστους θεραπείες όπως είναι η αιμοκάθαρση και οι μεταμοσχεύσεις.

Η ΧΝΝ θεωρείται ως η αναδυόμενη στον κόσμο μη μεταδοτική νόσος. Η υπέρταση, ο διαβήτης και η παχυσαρκία βρίσκονται ανάμεσα στις εξελισσόμενες μη μεταδοτικές ασθένειες και είναι επίσης, σημαντικοί παράγοντες κινδύνου για την ΧΝΝ. Ο επιπολασμός της υπέρτασης σε ενήλικες ανά το παγκόσμιο υπολογίζεται περίπου στο 26% (972 εκατομμύρια περιπτώσεις) για το 2000 (Kearney et al, 2005), με τις περισσότερες περιπτώσεις (639 εκατομμύρια, 66%) να εμφανίζονται στις αναπτυσσόμενες χώρες. Σε χώρες όπως η Ινδία και η Κίνα ο επιπολασμός ήταν 37% και 21%, αντίστοιχα. Στην Λατινική Αμερική 40.7% των ανδρών και 34.8% των γυναικών υπέφεραν από υπέρταση, ενώ στην Αφρικανική Σαχάρα οι τιμές ήταν 27% για τους άνδρες και 28% για τις γυναίκες (Kearney et al, 2005). Στις αναπτυσσόμενες χώρες ο επιπολασμός της υπέρτασης είναι σε υψηλότερα επίπεδα στους αστικούς πληθυσμούς παρά σε πληθυσμούς στην ύπαιθρο (Ibrahim & Damasceno, 2012). Ο επιπολασμός της υπέρτασης ανά το παγκόσμιο αναμένεται να αυξηθεί

στα 1.56 δισεκατομμύρια μέχρι το 2025 (Kearney et al, 2005). Όπως έχει αναφερθεί από την ομάδα δράσης του Καναδικού προγράμματος εκπαίδευσης για την υπέρταση (Tu et al, 2008) ο πραγματικός αριθμός πολύ πιθανόν να ξεπεράσει αυτή την πρόβλεψη λαμβάνοντας υπόψη τις τιμές από το 1995 μέχρι το 2005 με επιπολασμό 25.7% και 60% αντίστοιχα. Επιπλέον, τα ποσοστά των ασθενών των οποίων η υπέρταση είναι ελεγχόμενη είναι αποθαρρυντικά. Ο Pereira και συνεργάτες (Pereira et al, 2009) βρήκαν ότι μόνο 9.8% των ανδρών και 16.2% των γυναικών στις αναπτυσσόμενες χώρες και 10.8% των ανδρών και 17.3% των γυναικών στις ανεπτυγμένες χώρες είχαν ελεγχόμενη υπέρταση.

Παρόμοιες τάσεις όπως αυτές της υπέρτασης είναι εμφανείς και στον διαβήτη. Ο επιπολασμός του διαβήτη στους ενήλικες ανά το παγκόσμιο υπολογίζεται περίπου στο 6.4% επηρεάζοντας γύρω στα 285 εκατομμύρια ανθρώπους και αναμένεται να αυξηθεί στο 7.7% μέχρι το 2030 (439 εκατομμύρια περιπτώσεις)(Shaw et al, 2010). Η μεγαλύτερη αύξηση στον επιπολασμό του διαβήτη αναμένεται να παρουσιαστεί στις αναπτυσσόμενες χώρες όπως η Μέση Ανατολή με 163%, η Αφρικανική Σαχάρα με 161%, η Ινδία με 151%, η Λατινική Αμερική με 148% και η Κίνα με 104% (Wild et al, 2004). Αν και προβλέπεται ότι οι περιπτώσεις διαβήτη θα αυξηθούν σε όλα τα ηλικιακά στρώματα, το γήρας και η στροφή προς την αστικοποίηση θα συμβάλουν σε αυτή την αύξηση σημαντικά. Οι προβλέψεις αυτές πιθανόν να είναι συντηρητικές και ίσως ξεπεραστούν με την πραγματική ανάπτυξη με τον ίδιο τρόπο όπως και στην υπέρταση (Lipscombe & Hux , 2007).

Ο επιπολασμός της παχυσαρκίας ανά το παγκόσμιο επίσης αυξάνεται. Περίπου 312 εκατομμύρια ενήλικες ανά το παγκόσμιο υπολογίζεται ότι θα είναι παχύσαρκοι στις αρχές του 21<sup>ου</sup> αιώνα. Ιδιαίτερα ανησυχητική είναι η αύξηση των υπέρβαρων και παχύσαρκων παιδιών. Στην Κίνα ο επιπολασμός των ατόμων που έχουν καταγραφεί ως υπέρβαροι ή παχύσαρκοι αυξήθηκε κατά 49.3% από το 1992 μέχρι το 2002 (Wang et al, 2007). Σε αντίθεση με τις ανεπτυγμένες χώρες η παχυσαρκία στις αναπτυσσόμενες χώρες αυξάνεται στον ευκατάστατο και μορφωμένο πληθυσμό (Dinsa et al, 2012).

Τα αποτελέσματα ερευνών έχουν δείξει ότι η παχυσαρκία μπορεί να συμβάλει άμεσα στην νεφρική βλάβη μέσω της σπειραματοπάθειας η οποία έχει προκληθεί από την παχυσαρκία, την μηχανική συμπίεση και άλλους αιμοδυναμικούς και μεταβολικούς μηχανισμούς. Ως εκ τούτου, επηρεάζουν αρνητικά την εξέλιξη της νεφρικής νόσου σε άτομα με ΧΝΝ (Fox et al, 1980, Hallan et al, 2006, Hsu et al, 2003).

Σε μία μέτα-ανάλυση, οι Wang et al. (2007) μελέτησαν τον κίνδυνο ανάπτυξης της ΧΝΝ σε άτομα με φυσιολογικό βάρος σε σχέση με άτομα διαφορετικής σωματικής μάζας (BMI) και βρήκαν ότι ένα σημαντικό ποσοστό της ΧΝΝ οφειλόταν στο αυξημένο βάρος και την παχυσαρκία. Επομένως, είναι σημαντικό να υπάρξει κατανόηση των παραγόντων που επηρεάζουν την ικανότητα των ασθενών με ΧΝΝ να αντιληφθούν ορθά πόσο επικίνδυνη είναι η ΧΝΝ.

### **ΧΝΝ αγνώστου αιτιολογίας**

Αν και στις αναπτυγμένες χώρες, ο διαβήτης και η υπέρταση είναι οι δύο πιο σημαντικές ασθένειες οι οποίες οδηγούν στην ΧΝΝ, αρκετές χώρες χαμηλού και μέτριου οικονομικού επιπέδου αντιμετωπίζουν υψηλή συχνότητα στην ΧΝΝ η οποία δεν σχετίζεται με τους παραδοσιακούς παράγοντες, τον διαβήτη και την υπέρταση. Για παράδειγμα στην Σρι Λάνκα, την Ινδία, την Αίγυπτο και την Κεντρική Αμερική έχει παρατηρηθεί μια σημαντική και σταθερή αύξηση της ΧΝΝ τις τελευταίες δύο δεκαετίες (Athuraliya et al, 2011; Machiraju et al, 2009, Kamel et al, 2010). Πρόσφατες έρευνες σε αυτές τις χώρες έχουν δείξει ότι οι περισσότεροι άνθρωποι με ΧΝΝ παρουσιάζουν μη-σπειραματική νόσο και καθόλου νοσηρότητα υπέρτασης και διαβήτη. Επειδή τα αίτια παραμένουν άγνωστα, ο επιστημονικός και ιατρικός κόσμος έχει υιοθετήσει τον όρο ΧΝΝ αγνώστου αιτιολογίας (CKDu) για να περιγράψουν την συγκεκριμένη μορφή ΧΝΝ.

Οι πιθανοί παράγοντες κινδύνου της ΧΝΝ αγνώστου αιτιολογίας συμπεριλαμβάνουν την έκθεση σε βαριά μέταλλα όπως ο μόλυβδος και το κάδμιο, τα οποία είναι γνωστά ως νεφροτοξικοί παράγοντες και συχνά βρίσκονται στα εντομοκτόνα και τα λιπάσματα.

Δεδομένου του γεγονότος ότι η ΧΝΝ αγνώστου αιτιολογίας έχει παρατηρηθεί σε χώρες με ζεστά και ξηρά κλίματα, συνήθως κοντά στον Ισημερινό, η θερμική καταπόνηση και η έλλειψη υγρών έχουν επίσης περιληφθεί στον κατάλογο των πιθανών παραγόντων κινδύνου. Εικάζεται ότι η θερμική καταπόνηση και η έλλειψη υγρών σε συνδυασμό με την σκληρή εργασία πιθανόν να έχουν καταστροφικές συνέπειες στα νεφρά, καθώς δεν υπάρχει η δυνατότητα για ικανοποιητική ενυδάτωση και αποκατάσταση.

#### **2.1.4. Κοινωνικοοικονομικές και οικονομικές επιπτώσεις της ΧΝΝ**

Ο κίνδυνος για ΧΝΝ επηρεάζεται από το ύψος της οικονομικής ανάπτυξης. Η φτώχεια αυξάνει τον κίνδυνο διαταραχών που προδιαθέτουν στην ανάπτυξη ή εξέλιξη της ΧΝΝ και επιδεινώνει τα αποτελέσματα σε όσους έχουν ήδη ΧΝΝ. Η ευημερία αυξάνει την πρόσβαση σε προγράμματα θεραπειών υποκατάστασης των νεφρών. Στις χώρες της Ανατολικής Ευρώπης, ο αριθμός των κέντρων παροχής αιμοκάθαρσης και μεταμόσχευσης έχει αυξηθεί ραγδαία, όπως έχει αυξηθεί και ο αριθμός των ασθενών που γίνονται δεκτοί σε τέτοιου τύπου προγράμματα σε χώρες ή περιοχές που έχουν υποστεί πολιτική και οικονομική απελευθέρωση (Rutkowski & Ritz, 2006).

## **2.2. Τελικού Σταδίου Χρόνια Νεφρική Νόσος**

### **2.2.1. Ορισμός**

Ως χρόνια νεφρική ανεπάρκεια ή τελικού σταδίου χρόνια νεφρική νόσος καλείται το στάδιο αυτό νεφρικής νόσου το οποίο έχει επίπεδο του  $GFR < 15 \text{ ml/min/1.73m}^2$  ή η κατάσταση του ασθενούς επιβάλλει την έναρξη θεραπείας υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας για θεραπεία και αντιμετώπιση επιπλοκών της νεφρικής δυσλειτουργίας ανεξαρτήτως του GFR, με σκοπό τη μείωση της νοσηρότητας και θνητότητας (ENE, 2015, ISN/KDIGO, 2013)

### **2.2.2. Θεραπείες υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας σε ΤΣΧΝΝ**

Σήμερα, έχουν αναπτυχθεί ως θεραπείες για την ΤΣΧΝΝ, οι μέθοδοι της αιμοκάθαρσης, της περιτοναϊκής κάθαρσης και η μεταμόσχευση νεφρού.

**Αιμοκάθαρση.** Η αιμοκάθαρση είναι θεραπευτική διαδικασία κατά την οποία οι άχρηστες ουσίες οι οποίες παράγονται καθημερινά στον οργανισμό, μεταφέρονται εκτός σώματος χρησιμοποιώντας φίλτρα τα οποία διυλίζουν το αίμα και διαχωρίζουν τις χρήσιμες ουσίες από τις άχρηστες. Η διαδικασία αυτή διαρκεί περίπου 4-5 ώρες και διεξάγεται ημέρα παρά ημέρα χρησιμοποιώντας ένα μηχάνημα το οποίο συνδέεται με τον άρρωστο. Για την διεξαγωγή της θεραπείας, απαιτείται η παρουσία νοσηλευτικού προσωπικού. (Μαυροματίδης) . Η θεραπεία μέσω αιμοκάθαρσης παρουσιάζει και θετικά και αρνητικά σε ένα ασθενή και παρουσιάζονται στον Πίνακα 2:

Πίνακας 2. Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα αιμοκάθαρσης

<b>ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ</b>	<b>ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ</b>
Υπάρχει συνεχής επαφή με το γιατρό	Χρειάζεται ημέρα παρά ημέρα μετακίνηση στη Μονάδα Τεχνητού Νεφρού
Αρκούν 3 θεραπείες ανά εβδομάδα	Χρειάζεται μόνιμη εσωτερική αγγειακή αναστόμωση
Δεν υπάρχει εξωτερικός καθετήρας (συνήθως)	Χρειάζονται δύο τσιμπήματα ημέρα παρά ημέρα
Δε χρειάζεται εξοπλισμός στο σπίτι	Η δίαιτα (τροφές, νερό) είναι αυστηρή

**Περιτοναϊκή κάθαρση.** Η περιτοναϊκή κάθαρση χρησιμοποιείται για το καθάρισμα του αίματος των ασθενών με ΤΣΧΝΝ. Η κάθαρση γίνεται με καθετήρα ο οποίος τοποθετείται στην κοιλιά του ασθενή. Μέσω του καθετήρα γίνεται προστίθεται ένα συγκεκριμένης σύστασης υγρό το οποίο αφαιρείται μετά από 6 ώρες. Με την διύλιση, οι άχρηστες ουσίες από το αίμα μαζεύονται στο υγρό και οι χρήσιμες μπαίνουν στο αίμα. Το υγρό αφαιρείται μετά από 6 ώρες μαζί με τις άχρηστες ουσίες. Αυτή η μέθοδος θεραπείας γίνεται από τον ίδιο τον ασθενή στο σπίτι μετά από ειδική εκπαίδευση (Μαυροματίδης). Αυτή η θεραπεία δίνει στον ασθενή περισσότερη ανεξαρτησία, παράλληλα όμως εγκυμονεί κινδύνους. Τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα της μεθόδου παρουσιάζονται στον Πίνακα 3:

Πίνακας 3 Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα περιτοναϊκής κάθαρσης

<b>ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ</b>	<b>ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ</b>
Ο άρρωστος κάνει μόνος του τη θεραπεία	Χρειάζονται 4 αλλαγές/24ωρο
Η δίαιτα του είναι λιγότερο αυστηρή	Υπάρχει μόνιμος καθετήρας στην κοιλιά
Χρειάζεται μία επίσκεψη/μήνα στο νοσοκομείο	Υπάρχει μεγαλύτερος κίνδυνος για λοιμώξεις
Δε τσιμπιέται ημέρα παρά ημέρα	Κερδίζει εύκολα βάρος (κίνδυνος παχυσαρκίας)
Μοιάζει περισσότερο με τη λειτουργία του νεφρού	Χρειάζεται χώρος στο σπίτι για μέθοδο και υλικά
	Αλλάζει η εικόνα του σώματός του (μεγάλη κοιλιά)

**Μεταμόσχευση νεφρών.** Η μεταμόσχευση νεφρού είναι μια καθ' εαυτόν χειρουργική επέμβαση κατά την οποία τοποθετείται καινούργιος νεφρός στον ΤΣΧΝΝ ασθενή ο οποίος έχει γίνει δωρεά από κάποιο άλλο εν ζωή άτομο στον ΤΣΧΝΝ ασθενή ή από πτωματικό δότη. Με αυτό τον τρόπο δίνεται μία ολοκληρωτική λύση στο πρόβλημα της νεφρικής ανεπάρκειας (Μαυροματίδης). Η κατάλληλη μέθοδος θεραπείας επιλέγεται μετά από αξιολόγηση της κλινικής κατάστασης του ασθενή.

### **Ιστορία της αιμοκάθαρσης.**

Πριν από το 1960, δεν υπήρχε καμία θεραπεία για την ΤΣΧΝΝ με αποτέλεσμα τα άτομα τα οποία ανέπτυσαν την νόσο πέθαιναν. Κατά την δεκαετία του 1960 μερικοί παθολόγοι στις ΗΠΑ άρχισαν να εστιάζουν τις προσπάθειές τους στη θεραπεία ασθενών που είχαν διαγνωστεί με ΧΝΝ (Tannen, 1992).

Στόχος της θεραπείας της νεφρικής ανεπάρκειας ήταν να διατηρηθεί η υπόλοιπη λειτουργία των νεφρών του ασθενούς σε μια προσπάθεια να παραταθεί η ζωή του. Οι γιατροί συνιστούσαν στους ασθενείς τους να περιορίζουν την πρόσληψη πρωτεΐνης. Παρά ταύτα, η νόσος εξελισσόταν σε ΤΣΧΝΝ και κατέληγε στον θάνατο. Το 1960, ο Dr. Belding H. Scribner, χειρουργός, ανέφερε την εφεύρεση ενός τρόπου πρόσβασης στο αίμα, η οποία επέτρεπε την αιμοκάθαρση και μπορούσε να χρησιμοποιηθεί ως μέθοδος για να διατηρηθούν στην ζωή οι ασθενείς που έπασχαν από νεφρική ανεπάρκεια. Το λεγόμενο "Scribner shunt" άνοιξε τον δρόμο για την θεραπεία η οποία έδινε παράταση ζωής στα άτομα με ΤΣΧΝΝ (Levy, 1979).

Κατά τα τέλη της δεκαετίας του '60 μια νέα ειδικότητα εισήχθηκε στον τομέα της ιατρικής – η νεφρολογία. Οι ειδικοί στην νεφρολογία, οι οποίοι ονομάζονταν πλέον νεφρολόγοι, δημιούργησαν προγράμματα εκπαίδευσης τα οποία επικεντρώνονταν στην θεραπεία των ασθενών με νεφρική νόσο και αφορούσαν τους απλούς παθολόγους. Το 1966, ιδρύθηκε η Αμερικανική Νεφρολογική Κοινότητα η οποία αποτελείτο από 18 νεφρολόγους. Σκοπός τους ήταν να προωθήσουν την γνώση για την νεφρική νόσο, να εδραιώσουν αυτές τις γνώσεις ειδικά για την φροντίδα των ασθενών με νεφρική νόσο, όπως και να προωθήσουν την διάδοση της γνώσης μέσω των εθνικών επιστημονικών συναντήσεων και μέσω της συνεργασίας με άλλες εθνικές οργανώσεις που επικεντρώνονταν στην νεφρική νόσο. Η Αμερικανική Νεφρολογική Κοινότητα άλλαξε την ιστορία της ιατρικής και της θεραπείας της ΤΣΧΝΝ (Tannen, 1992).

Με τις εξελίξεις στον τομέα της θεραπείας των ΤΣΧΝΝ ασθενών, ο πληθυσμός των ασθενών που είχαν διαγνωστεί με ΤΣΧΝΝ αυξήθηκε σε 976 περιπτώσεις. Όμως η θεραπεία ήταν δαπανηρή και οι χώροι στους οποίους γίνονταν αιμοκαθάρσεις ήταν περιορισμένοι (United States Renal Data, 2001). Όσοι ασθενείς ήταν ασφαλισμένοι είχαν και την ευκαιρία να επιβιώσουν. Όσοι όμως δεν είχαν την οικονομική δυνατότητα να πληρώσουν για την θεραπεία τους θα έπρεπε να εμπίπτουν σε συγκεκριμένα κριτήρια τα οποία θα τους ενέτασσαν σε πρόγραμμα θεραπείας για το οποίο δεν θα πλήρωναν (Tannen, 1992). Στην περίπτωση που ο ασθενής δεν ανταποκρινόταν στα κριτήρια, απλά πέθαινε. Τα κριτήρια αυτά είχαν συσταθεί από την Αμερικανική Νεφρολογική Εταιρία το 1968 και κάθε ασθενής θα μπορούσε να υποβληθεί στην νέα για τα τότε δεδομένα θεραπεία η οποία ονομαζόταν «αιμοκάθαρση».

Τα κριτήρια ήταν τα ακόλουθα:

1. Η παρουσία τελικού σταδίου και μη αναστρέψιμη νεφρική ανεπάρκεια για την οποία η συντηρητική θεραπεία δεν θα διατηρήσει τον ασθενή στην ζωή.
2. Η απουσία άλλων χρόνιων νόσων που θα έβαζαν την ζωή του ασθενή σε κίνδυνο.
3. Η προτεινόμενη ηλικία του ασθενή θα πρέπει να είναι από 18 μέχρι 50 χρόνων.
4. Η παρουσία ενός υπεύθυνου μέλους της οικογένειας που θα ήταν πρόθυμο να βοηθήσει στην φροντίδα του ασθενή.
5. Ασθενείς οι οποίοι δεν θα παραμελούσαν την αρτηριοφλεβική αναστόμωση (Arterial-Venous shunt) η οποία χρησιμοποιείται για την αιμοκάθαρση, και θα μπορούν να συμμορφωθούν με τις εισηγήσεις των θεραπειών τους ειδικά όσον αφορά την διατροφή και τον περιορισμό πρόσληψης υγρών.
6. Απορρίπτονται οι ασθενείς οι οποίοι έχουν μεγάλη πιθανότητα να αναπτύξουν ψυχιατρικές διαταραχές οι οποίες θα μείωναν την διάρκεια ζωής τους λόγω αυτοκτονικών τάσεων ή λόγω ανικανότητας να συνεργαστούν μέσα σε ένα πρόγραμμα χρόνιας φροντίδας λόγω ψύχωσης.
7. Είναι αποδεκτοί οι ασθενείς οι οποίοι έχουν υψηλό δυναμικό για αποκατάσταση (Tannen, 1992).

Κατά την δεκαετία του 1960 οι ΤΣΧΝΝ ασθενείς που έκαναν αιμοκάθαρση είχαν μέση ηλικία 30 χρόνων ή ήταν νεότεροι. Ήταν μορφωμένοι, οικονομικά εξασφαλισμένοι, ενεργητικοί, ιδιαίτερα δραστήριοι άνθρωποι με εξαιρετικές οικογενειακές σχέσεις (Fox et.al., 1980).

Ωστόσο, τη δεκαετία του 1970, οι επιτροπές οι οποίες επέλεγαν τους ασθενείς με ΤΣΧΝΝ για θεραπεία είχαν καταργηθεί φέρνοντας δραματικές αλλαγές στην δομή και το μέγεθος του πληθυσμού των ΤΣΧΝΝ ασθενών. Αιτία ήταν ο Νόμος Δημοσίου Δικαίου 92 έως 603, ο οποίος είχε ως αποτέλεσμα τη δημιουργία των ομοσπονδιακών προγραμμάτων Medicare για ΤΣΧΝΝ (Fox et al, 1984).

Η κυβέρνηση των ΗΠΑ άρχισε να χρηματοδοτεί την φροντίδα και τα φάρμακα για τους ασθενείς με ΤΣΧΝΝ. Η έλευση της χρηματοδότησης άλλαξε την σύνθεση και το μέγεθος των ασθενών αυτών, αυξάνοντας έτσι την πρόσβαση στην θεραπεία αιμοκάθαρσης για τον οποιοδήποτε είχε αυτή την διάγνωση. Αυτόματα, ο πληθυσμός των ασθενών με ΤΣΧΝΝ έφτασε στις 3,639 και η ηλικία άλλαξε από τους νεαρούς ενήλικες στους ηλικιωμένους. Η μέση ηλικία πλέον έφτανε τα 50 χρόνια (United States Renal Data, 2001). Επιπρόσθετα, οι ΤΣΧΝΝ ασθενείς είχαν περισσότερες επιπλοκές κατά την έναρξη της αιμοδιάλυσης σε σχέση με τους ασθενείς με πολλαπλές συνυπάρχουσες νόσους όπως διαβήτης, καρδιακές νόσους, καρκίνο, νοητική καθυστέρηση.

Την δεκαετία του 1970 τα χαρακτηριστικά των ασθενών με ΤΣΧΝΝ άλλαξαν. Οι ασθενείς με ΤΣΧΝΝ δεν ήταν πλέον η αφρόκρεμα της ανώτερης κοινωνικής και οικονομικής τάξης, με αποτέλεσμα να προκύψουν και θέματα εκπαίδευσης των ασθενών (Fox et al, 1984). Ο πληθυσμός των ασθενών αυτών συνέχισε να πληθαίνει με πολύ γοργούς ρυθμούς. Δημιουργήθηκαν περισσότερα κέντρα αιμοκάθαρσης για να ανταποκριθούν στις ανάγκες του πληθυσμού. Μέχρι το 2000, το Εθνικό Ίδρυμα Νεφρού ανέφερε άνω των 340.000 Αμερικανών με ΤΣΧΝΝ. Ο αριθμός των νεοδιαγνωσθέντων έφτανε κατά μέσο όρο τις 80.000 ετησίως.

## 2.3. Ποιότητα ζωής

Παρά την πρόοδο στην ιατρική, η ποιότητα ζωής (QOL) στα άτομα με ΤΣΧΝΝ είναι πολύ χαμηλότερη από ότι στο γενικό πληθυσμό (Gorodetskaya et al, 2005, Fukuhara et al., 2003). Σύμφωνα με τους Lopes et al (2006), το κλειδί για να αποκτήσει ο ασθενής με ΤΣΧΝΝ μια πιο ικανοποιητική εμπειρία της θεραπείας της αιμοκάθαρσης είναι η βελτίωση της QOL του ασθενή. Η ταυτοποίηση των παραγόντων που συμβάλλουν αρνητικά στην QOL των ασθενών με ΤΣΧΝΝ είναι σημαντικοί.

Έρευνες έχουν δείξει ότι για τους ασθενείς οι οποίοι υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση και που ανέφεραν κακή QOL είχε προβλεφθεί νοσηρότητα και θνησιμότητα (Fukuhara et al, 2007). Επιπλέον, τα άτομα που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση είναι πιο πιθανό να έχουν κακή QOL σε «σωματική υγεία, ψυχολογική υγεία και στις κοινωνικές σχέσεις» (Anees et al, 2011, σ. 12).

Για να κατανοήσουμε τη σημασία της QOL στη βελτίωση της επιβίωσης των ατόμων με ΤΣΧΝΝ, είναι σημαντικό να κατανοήσουμε τον ορισμό της QOL. Η ποιότητα ζωής είναι μια πολυδιάστατη έννοια αποτελούμενη από τα σωματικά, πνευματικά, κοινωνικά και οικονομικά επιμέρους στοιχεία που σχετίζονται με την αντίληψη του ατόμου για την θέση της/του στη ζωή (Kuyken, et al, 1995). Μια παρόμοια έννοια που χρησιμοποιείται στην σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής (HRQoL) είναι «η ευημερία, η οποία αξιολογεί τις θετικές πτυχές της ζωής ενός ατόμου, όπως τα θετικά συναισθήματα και την ικανοποίηση από τη ζωή» (healthypeople.gov, 2010).

Πρόσφατες μελέτες έχουν αναφέρει ότι οι δείκτες της QOL είναι σημαντικοί προγνωστικοί παράγοντες για την θνησιμότητα και για άλλες επιπτώσεις στην υγεία των ασθενών με ΤΣΧΝΝ (Griva et al, 2009, Morsch et al, 2006, Hayashino et al, 2009). Λόγω της χρόνιας φύσης της ΤΣΧΝΝ, οι κύριοι θεραπευτικοί στόχοι των θεραπειών υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας είναι να παρέχουν τη μέγιστη άνεση, να βελτιώσουν τη συνολική ευεξία και το προσδόκιμο ζωής (Kuyken et al, 1995). Για τους περισσότερους ασθενείς η μεταμόσχευση νεφρού είναι πρώτη επιλογή γιατί παρέχει το καλύτερο αποτέλεσμα όσον αφορά την νοσηρότητα, την επιβίωση και την ποιότητας ζωής, σε σύγκριση με τις μεθόδους κάθαρσης (αιμοκάθαρση ή περιτοναϊκή κάθαρση). Επιπλέον, η μεταμόσχευση νεφρού είναι

λιγότερο ακριβή από την αιμοκάθαρση σε σχέση με τον μέσο όρο διάρκειας ζωής των ασθενών με ΤΣΧΝΝ (Kimmel, & Patel, 2006, Perovic, & Jankovic, 2009, White et al, 2008).

Η μεταμόσχευση δίνει τη δυνατότητα στους ασθενείς να έχουν μια πλήρη ανάκαμψη παρά τις δυσμενείς επιπτώσεις που προκαλούνται από τη χρήση των ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων. Η πλήρης αποκατάσταση βελτιώνει την ψυχολογική κατάσταση ενός ατόμου (Franke et al, 2000).

Η QOL σχετίζεται με τη θνησιμότητα και τη νοσηρότητα των ασθενών. Σε μερικές περιπτώσεις, οι μετρήσεις της QOL έχουν χρησιμοποιηθεί για να προβλεφθούν φτωχά αποτελέσματα στη θεραπεία. Μελέτες που πραγματοποιήθηκαν σε αρκετές χώρες έχουν εξετάσει τους παράγοντες που επηρεάζουν την QOL των ασθενών οι οποίοι ακολουθούν θεραπεία υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας (Griva et al, 2009, Morsch et al, 2006, Hayashino et al, 2009, Kimmel et al, 2000). Παρά τα αντικρουόμενα αποτελέσματα, έχει παρατηρηθεί ένας αριθμός των παραγόντων οι οποίοι επηρεάζουν την QOL των ασθενών. Για παράδειγμα, (1) σωματικοί παράγοντες όπως είναι η συγκέντρωση της αιμοσφαιρίνης, το επίπεδο λευκωματίνης και η κάθαρση της κρεατινίνης (2) ψυχοκοινωνικοί παράγοντες όπως η οικογενειακή κατάσταση, η κατάθλιψη, το επίπεδο άγχους, κοινωνικο-οικονομικοί και δημογραφικοί παράγοντες όπως η ηλικία, το φύλο, το επίπεδο εκπαίδευσης και (3) κλινικοί παράγοντες όπως διάρκεια της νεφρικής νόσου, διάρκεια συνεδρίας αιμοκάθαρσης, ο αριθμός συνοδών νοσημάτων και νοσηλειών (Hayashino et al, 2009, Wight et al, 1998, Sesso et al, 2003, Bohlke et al, 2008).

Το 2008, είχε εκτιμηθεί ότι περίπου 87.000 ασθενείς ακολουθούσαν θεραπεία κάθαρσης στη Βραζιλία, και το 90% αυτών των ασθενών υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση. Η πλειοψηφία της εν λόγω θεραπείας συνήθως παρέχεται από το εθνικό σύστημα υγείας. Περίπου 37.000 άνθρωποι περιμένουν για μεταμόσχευση νεφρού, έστω και αν η Βραζιλία θεωρείται η πρώτη χώρα ανά το παγκόσμιο στον τομέα της μεταμόσχευσης οργάνων (Bohlke et al, 2008, Brazilian Society of Nephrology, 2008).

Ένας από τους σημαντικότερους περιορισμούς των μελετών που ερευνούν την QOL των ασθενών που έλαβαν θεραπείες υποκατάστασης είναι ότι μόνο λίγες μελέτες περιλαμβάνουν ασθενείς από τις τρεις πιθανές θεραπείες ταυτόχρονα (αιμοκάθαρση, περιτοναϊκή κάθαρση και μεταμόσχευση) (Sayin et al, 2007, Fujisawa et al, 2000, Noshad et al, 2009).

Κατά τον Ferrans (1996), υπάρχουν έξι έννοιες της QOL οι οποίες αφορούν: την ικανότητα να ζήσει μια «φυσιολογική» ζωή, την ικανότητα να ζήσει μια κοινωνικά ωφέλιμη ζωή, τα φυσικά ταλέντα, την επίτευξη των προσωπικών στόχων, την ευτυχία και την αντιληπτή ικανοποίηση στη ζωή. Ο Ferrans πίστευε ότι ο καλύτερος τρόπος για να αντιληφθεί κάποιος την ποιότητα ζωής ενός ατόμου ήταν να επικεντρωθεί σε αυτά που το άτομο έδινε αξία και σε ποια ήταν περισσότερο ικανοποιημένο. Η ικανοποίηση βασίζεται πάνω στην «αξιολόγηση που κάνει ο καθένας για την ζωή στο σύνολο της, λαμβάνοντας υπόψη, τους προσωπικούς στόχους και τα επιτεύγματα» (Ferrans & Powers, 1993). Ο ορισμός της QOL που έχει δώσει ο Ferrans, (1990, σελ. 15) αναφέρει ότι «η ποιότητα ζωής ορίζεται ως η αίσθηση που έχει ένα άτομο για την ευεξία, η οποία πηγάζει από την ικανοποίηση ή την δυσαρέσκεια του ατόμου σε σχέση με τους τομείς στην ζωή που θεωρεί σημαντικούς γι' αυτόν/αυτήν». Αυτός ο ορισμός λαμβάνει υπόψη ότι οι βιολογικοί, ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες επηρεάζουν τις αξίες του καθενός που τελικά επηρεάζει την ποιότητα ζωής.

Σε μια από τις μελέτες τους οι Ferrans και Powers (1993) αξιολόγησαν την ποιότητα ζωής των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών. Η μελέτη αφορούσε ένα δείγμα 349 ασθενών. Οι ερευνητές χρησιμοποίησαν ένα δικό τους εργαλείο αξιολόγησης, το Quality of Life Index (QLI), για να αξιολογήσουν τους ασθενείς. Το QLI είναι ένα υποκειμενικό εργαλείο μέτρησης της ποιότητας ζωής σε σχέση με την ικανοποίηση δίνοντας παράλληλα σημασία και σε άλλες πτυχές της ζωής. Οι Ferrans και Powers βρήκαν ότι οι αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς σκόραραν ελαφρώς χαμηλότερα απ' ότι οι υγιείς ομόλογοι τους, χωρίς όμως ο λόγος για αυτό το αποτέλεσμα να ήταν σαφής. Η εξήγηση που δόθηκε ήταν ότι τα άτομα έχουν την τάση να προσαρμόζονται και να αλλάζουν ανάλογα με τις περιστάσεις που αντιμετωπίζουν για να αποκαταστήσουν την σωματική και ψυχική τους υγεία. Οι Ferrans και Powers (1993) αξιολόγησαν την συνολική ποιότητα ζωής του δείγματος όπως και τέσσερις άλλους τομείς: υγεία και λειτουργικότητα, κοινωνικοποίηση και οικονομικά, ψυχολογία/πνευματικότητα και οικογένεια. Επιπρόσθετα, η συγκεκριμένη μελέτη έδειξε ότι το δείγμα ήταν λιγότερο ικανοποιημένο στον τομέα της υγείας και λειτουργικότητας σε σύγκριση με τους άλλους τρεις τομείς. Η υγεία και η λειτουργικότητα φάνηκε να επηρεάζει την ποιότητα ζωής των συμμετεχόντων, επειδή η υγεία τους, τους απέτρεπε να κάνουν ότι ήθελαν. Τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής έδωσαν μια λογική εικόνα των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών. Τα αποτελέσματα της έρευνας υποστηρίχτηκαν και από άλλες παρόμοιες μελέτες.

Αρκετές μελέτες, του παρελθόντος και του παρόντος, έχουν διεξαχθεί σε μια προσπάθεια να γίνουν κατανοητοί οι παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση, με την ελπίδα να βελτιωθεί η ποιότητα της φροντίδας. Οι Lopes et al (2007) διεξήγαγαν μία μελέτη για να αναγνωρίσουν τους τροποποιήσιμους παράγοντες που σχετίζονται με την HRQoL των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών. Η έρευνα αυτή, όπως και άλλες έρευνες παρόμοιου τύπου που χρησιμοποίησαν το Kidney Disease Quality of Life Short Form (KDQOL-SF) ανέφεραν ότι οι χαμηλές βαθμολογίες που αναφέρονται στους σωματικούς και πνευματικούς τομείς πρόβλεψαν χαμηλότερη ποιότητα ζωής όπως και υψηλότερο κίνδυνο θανάτου και νοσηλείας. Οι Lopes et al (2007) βρήκαν ότι ορισμένα χαρακτηριστικά μείωσαν την αντίληψη που είχαν οι ασθενείς για την ποιότητα ζωής των ασθενών, όπως η ανεργία, το χαμηλό εισόδημα, η υπερβολική ιατρική φροντίδα, η χρήση καθετήρα, όπως και άλλες συννοσηρότητες. Οι ερευνητές ανέφεραν ότι μερικά από αυτά τα χαρακτηριστικά θα μπορούσαν να διαμορφωθούν κοινωνικά και ιατρικά ώστε να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών, όπως για παράδειγμα, να βελτιωθούν οι ευκαιρίες εργοδότησης για τα άτομα με ΧΝΝ και να μειωθεί ο αριθμός καθετήρων που χρησιμοποιείτε στην αιμοκάθαρση ώστε να μειωθούν τα ποσοστά μολύνσεων και οι νοσηλείες εντός των νοσοκομείων. Τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής επικεντρώνουν την προσοχή στον σημαντικό ρόλο των ψυχοκοινωνικών και ιατρικών παρεμβάσεων σε σχέση με την ευεξία των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών.

Σε μια συγχρονική μελέτη οι Anees et al (2011) μελέτησαν ποιοι παράγοντες που σχετίζονται με την αιμοκάθαρση επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών. Η μελέτη διεξήχθη για περίοδο τριών μηνών στο Πακιστάν. Τα αποτελέσματα της μελέτης των Anees et al ήταν παρόμοια με τα αποτελέσματα ερευνών που διεξήχθησαν σε δυτικές χώρες. Οι ερευνητές βρήκαν ότι η ποιότητα ζωής των ασθενών ήταν φτωχή, όσον αφορά την σωματική υγεία, την ψυχική υγεία και τις διαπροσωπικές σχέσεις, σε σύγκριση με τους φροντιστές τους. Οι υποκειμενικές εμπειρίες των ασθενών και των φροντιστών σε σχέση με τους κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες ήταν παρόμοιες και δεν είχαν επηρεαστεί από την διάγνωση ΤΣΧΝΝ του ασθενή. Η κατάθλιψη ήταν ακόμα ένας παράγοντας που φάνηκε να επηρεάζει την ποιότητα ζωής των ασθενών και να αυξάνει την θνησιμότητα. Ο τρίτος παράγοντας αφορούσε τον αδιάγνωστο, αθεράπευτο διαβήτη, ο οποίος οδηγεί σε διαταραχή της σωματικής υγείας και ΤΣΧΝΝ. Οι ερευνητές υπέδειξαν ότι η έρευνα τους απέτυχε να υποστηρίξει τα αποτελέσματα άλλων παγκόσμιων ερευνών, οι οποίες έδειξαν ότι οι συχνές αιμοκαθάρσεις αυξάνουν την ποιότητα ζωής των ασθενών. Οι ασθενείς με ΤΣΧΝΝ στο

Πακιστάν λάμβαναν θεραπεία νεφρικής υποκατάστασης μία ή δύο φορές την εβδομάδα, αλλά η θεραπεία αυτή συνιστάται τρεις φορές την εβδομάδα σε άλλες χώρες. Το δείγμα που χρησιμοποιήθηκε στην συγκεκριμένη μελέτη ήταν σχετικά μικρό (89 ασθενείς) και πιθανόν τα νέα νοσοκομεία και οι νέες θεραπείες να επηρέασαν τις απαντήσεις των ασθενών.

Οι Fukuhara et al. (2003) μελέτησαν την σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής σε αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς σε τρεις ηπείρους: στις ΗΠΑ, την Ευρώπη και την Ιαπωνία χρησιμοποιώντας την KDQOL-SF. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών ήταν χαμηλότερη σε σχέση με τους ομόλογους τους. Επίσης, η ΤΣΧΝΝ και η αιμοκάθαρση έπαιξαν σημαντικό ρόλο στην αντίληψη της ποιότητας ζωής. Αξιοσημείωτο ήταν το γεγονός ότι ο μέσος όρος στον τομέα ψυχική υγεία των ασθενών στις ΗΠΑ, ήταν στατιστικά υψηλότερος από αυτόν στην Ευρώπη. Αντίθετα, ο μέσος όρος των ασθενών στην Ιαπωνία ήταν υψηλότερος στην σωματική υγεία απ' ότι στις άλλες δύο ηπείρους, αλλά η αντίληψη των ασθενών για την επιβάρυνση της νεφρικής νόσου ήταν μεγαλύτερη σε σύγκριση με τις άλλες ηπείρους. Οι Fukuhara et al. (2003) δήλωσαν ότι οι διαφορές που παρουσιάστηκαν στα ευρήματα της μελέτης πιθανόν να έχουν επηρεαστεί από τις διάφορες εκδόσεις του εργαλείου KDQOL-SF, όπως και από την ηλικία των συμμετεχόντων, το φύλο και τα εθνικά πρότυπα. Οι ερευνητές συνέστησαν όπως οι μελλοντικές μελέτες να επικεντρωθούν στην αντίληψη της επιβάρυνσης της ΤΣΧΝΝ, όπως και στους τρόπους βελτίωσης της σωματικής λειτουργίας αλλάζοντας τις κλινικές πρακτικές και πολιτικές.

Γενικά, οι έρευνες είναι ξεκάθαρες για το γεγονός ότι η επιβάρυνση της νεφρικής νόσου και η θεραπεία νεφρικής υποκατάστασης έχουν αρνητικό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής ενός ατόμου, τόσο σωματικά όσο και ψυχικά.

Οι Franke et al, (2003) παρατήρησαν ασθενείς οι οποίοι βρίσκονταν σε διάφορα στάδια της ΧΝΝ και πως επηρεαζόταν η ποιότητα ζωής τους. Οι ερευνητές βρήκαν ότι οι ασθενείς στο στάδιο προ της αιμοκάθαρσης είχαν παρόμοια ποιότητα ζωής με τους ασθενείς στο στάδιο της αιμοκάθαρσης, αλλά δεν τους δόθηκε στήριξη όσον αφορά την ψυχική τους υγεία μέχρι να αρχίσουν θεραπεία. Τα αποτελέσματα της έρευνας ήταν σύμφωνα με αυτά προηγούμενων ερευνών τα οποία έδειξαν ότι οι ασθενείς με ΤΣΧΝΝ είχαν χαμηλότερη ποιότητα ζωής από τον υπόλοιπο πληθυσμό και ότι η ΤΣΧΝΝ είναι μια εξουθενωτική νόσος. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι η έρευνα αυτή επεξήγησε ότι όταν ένας ασθενής συζητά την επιβάρυνση

της νεφρικής νόσου, περιγράφει πολύ πιο εύκολα τα σωματικά συμπτώματα απ' ό,τι τα ψυχικά. Οι ερευνητές εξήγησαν ότι είναι πολύ πιο εύκολο να αρνηθεί κανείς την ψυχική οδύνη που προκαλεί η ΤΣΧΝΝ απ' ό,τι την προφανή σωματική επιβάρυνση. Ως εκ τούτου, η άρνηση λειτουργεί ως μηχανισμός αντιμετώπισης για τους ασθενείς με ΤΣΧΝΝ έστω και αν αυτοί βρίσκονται στο στάδιο προ της αιμοκάθαρσης, τα οποία υποδεικνύουν την ανάγκη για στήριξη της ψυχικής υγείας πριν από την έναρξη της θεραπείας.

Αν και πολλές έρευνες έχουν διεξαχθεί στο θέμα της νεφρικής ανεπάρκειας και της σωματικής και ψυχικής ευεξίας, λίγες ήταν αυτές που ασχολήθηκαν και περιέγραψαν την ζωή και τις εμπειρίες των ασθενών από ποιοτικής πλευράς (Polashek, 2003). Σε ποιοτικές έρευνες που έχουν διεξαχθεί και που ασχολήθηκαν με τις εμπειρίες των ασθενών με νεφρική ανεπάρκεια, δεν αναφέρεται συχνά η απειλή για την ζωή. Για παράδειγμα, σε μια φαινομενολογική έρευνα, οι Rittman et al, (1993) προσδιόρισαν τρία θέματα: «αποκτώντας μια νέα αντίληψη της ύπαρξης», «διατηρώντας την ελπίδα» και «κατοικώ στην αιμοκάθαρση». Σε μια ποιοτική ερμηνευτική έρευνα, οι Hagren et al (2001) προσδιόρισαν δύο θέματα τα οποία σχετίζονταν με την ταλαιπωρία: (1) «η μηχανή αιμοκάθαρσης ως γραμμή ζωής» με τρία υποθέματα – «απώλεια της ελευθερίας», «εξαρτώμενοι από τον φροντιστή» και «διατάραξη της συζυγικής, οικογενειακής και κοινωνικής ζωής», (2) «ανακούφιση του πόνου», η οποία συμπεριλάμβανε δύο υποθέματα – «κερδίζοντας την αίσθηση της υπαρξιακής αισιοδοξίας» και «επίτευξη της αίσθησης της προσωπικής αυτονομίας». Οι Tanyi και Werner (2008) χρησιμοποίησαν περιγραφική φαινομενολογία για να μελετήσουν την προσαρμογή των γυναικών με ΤΣΧΝΝ που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση. Οι ερευνητές βρήκαν ότι η πορεία των ασθενών δεν ήταν ομαλή, αλλά συμπεριλάμβανε φάσεις προσαρμογής, εκτίμησης και αγώνα κατά των ανεπιθύμητων γεγονότων που βίωναν. Αυτά τα θέματα είναι μεν ένδειξη μετάβασης και προσαρμογής, αλλά ρητή εκτίμηση του κινδύνου θανάτου ή της ανησυχίας για θάνατο ή και ο ίδιος ο θάνατος δεν είναι εμφανής. Σε μια ανάλυση των αφηγήσεων ασθενών με ΧΝΝ, οι Molzahn, Bruce, και Sheilds (2008) ανέφεραν ότι οι ασθενείς αναγνώρισαν ότι είναι αβέβαιη η ζωή έστω και αν ακολουθούν θεραπεία αιμοκάθαρσης ή αν έχουν κάνει μεταμόσχευση νεφρού και ο θάνατος είναι μια πιθανότητα για τους ασθενείς αυτούς.

### **2.3.1. Ψυχολογικοί παράγοντες και ποιότητα ζωής**

#### **Κατάθλιψη**

Η κατάθλιψη ορίζεται ως η συναισθηματική κατάσταση έντονης και επίμονης θλίψης που συνοδεύεται από σημαντική μείωση του αισθήματος προσωπικής αξίας και από την επώδυνη συνείδηση της επιβράδυνσης των νοητικών, ψυχοκινητικών και οργανικών διαδικασιών (American Psychiatric Association, 2013).

Η κατάθλιψη είναι η συχνότερη ψυχική διαταραχή ανά το παγκόσμιο με εκατομμύρια ανθρώπους να νοσούν από αυτήν. Σύμφωνα με εκτιμήσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας το έτος 2020 θα αποτελεί παγκοσμίως τη δεύτερη σε συχνότητα αιτία θανάτου και αναπηρίας.

Οι διαταραχές της διάθεσης όπως η κατάθλιψη και το άγχος είναι ακόμη ένας παράγοντας ο οποίος επηρεάζει την ποιότητα ζωής των ασθενών με ΤΣΧΝΝ και αυξάνει την θνησιμότητα. Έχει παρατηρηθεί ότι η παρουσία της κατάθλιψης τα τελευταία 15 χρόνια είναι πλέον συχνή (Williams et al, 2007).

Η κατάθλιψη είναι η πιο κοινή ψυχοπαθολογική διαταραχή στους ασθενείς με ΤΣΧΝΝ, αλλά τις πλείστες φορές μένει αδιάγνωστη λόγω του ότι οι ψυχολογικές αξιολογήσεις δεν είναι ρουτίνα για τους ασθενείς με ΤΣΧΝΝ (Killingworth, & van den Akker, 1996; As cited in Chilcot et al., 2008, p. 256). Σύμφωνα με τους Chilcot et al. (2008), 20-30% των ασθενών με ΤΣΧΝΝ υποφέρει από κατάθλιψη. Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας των Chilco et al, φάνηκε ότι τα υψηλά ποσοστά κατάθλιψης στους ασθενείς με χρόνια νόσο οφείλονταν στις αλλαγές βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων που βίωσε ο κάθε ασθενής. Επίσης, υπάρχει σημαντική αλληλεπίδραση μεταξύ των συμπτωμάτων της ουραιμίας και της κατάθλιψης (Israel, 1986, Kimmel, 2002, Cukor et.al, 2006, Brunori et al, 2007) ενώ παράλληλα, ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων τα οποία χρησιμοποιούνται στη ΤΣΧΝΝ μπορεί να προκαλέσουν κατάθλιψη ή να μιμηθούν τη συμπτωματολογία της (Kimmel, 2002). Η σύγκριση της συμπτωματολογίας της κατάθλιψης με αυτή της ουραιμίας παρουσιάζονται συνοπτικά στον Πίνακα 4:

Πίνακας 4 Σύγκριση των συμπτωμάτων της κατάθλιψης και της ουραιμίας

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ	ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΟΥΡΑΙΜΙΑΣ
Καταθλιπτική διάθεση	
Ψυχοκινητική διέγερση ή επιβράδυνση	Εγκεφαλοπάθεια
Απώλεια ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης Δυσκολία συγκέντρωσης	
Μειωμένη όρεξη ή αλλαγή βάρους	Ανορεξία / Οίδημα
Διαταραχές ύπνου / Κόπωση	Άπνοια ύπνου, αναιμία, υπερφόρτωση όγκου, συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια
Πόνος	Νευροπάθεια / Αρθροπάθεια
Αίσθημα ευτέλειας ή ενοχής Ενασχόληση με το θάνατο	
Αυτοκτονικός ιδεασμός	

Πηγή : Kimmel, 2002.

Πολλοί ασθενείς με ΤΣΧΝΝ αντιμετωπίζουν συναισθήματα απελπισίας και ταλαιπωρίας λόγω πολλαπλών απωλειών, συμπεριλαμβανομένης της απώλειας νεφρικής λειτουργίας, κάποιου οικογενειακού ρόλου, εργασιακού ρόλου, σεξουαλικής λειτουργίας, κινητικότητας, οι οποίες επηρεάζουν σημαντικά τη καθημερινότητα τους (Chilcot et al, 2008). Σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποιήθηκε στη Κύπρο (Κωνσταντίνου, 2011) οι ασθενείς χαρακτήρισαν την εμπειρία αυτή ως να μετατρέπονται σε μισοί άνθρωποι βιολογικά και κοινωνικά, περιγράφοντας την ως «μαρτύριο». Ως εκ τούτου, οι συννοσηρές καταθλιπτικές ασθένειες ενισχύουν τις επιπτώσεις που προκαλούνται από τις χρόνιες ασθένειες και αυξάνουν την λειτουργική ανικανότητα και τη χρήση των υπηρεσιών υγείας (Stein et al., 2006; As cited in Chilcot et al., 2008, p. 256). Κατά τον Weil (2000), οι ασθενείς με ΤΣΧΝΝ πρέπει να μάθουν να προσαρμόζονται με την χρόνια νόσο, η οποία πιθανόν να περιλαμβάνει απρόσμενες αρνητικές αλλαγές στην κατάσταση της υγείας και να συνεχίσουν να είναι κινητοποιημένοι ώστε να μπορούν παράλληλα να τηρούν τους τρόπους θεραπείας τους, νοουμένου ότι θέλουν να διατηρήσουν μια θετική σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής.

Ωστόσο, η αδυναμία των ασθενών να προσαρμοστούν σε μια χρόνια ασθένεια οδηγεί σε καταθλιπτική διάθεση και συναισθήματα εξάρτησης. Οι Chilcot et al. (2008) ανέφεραν ότι οι ψυχολογικές και σωματικές επιδράσεις της κατάθλιψης κάνουν τις χρόνιες νόσους ακόμη πιο περίπλοκες, μειώνουν την ποιότητα ζωής, μειώνουν το κίνητρο των ασθενών να διατηρήσουν την ικανότητα αυτοσυντήρησης τους και αυξάνουν τα ποσοστά εισδοχής σε νοσηλευτήρια.

Οι Patel, Peterson, και Kimmel (2005) ανέφεραν ότι η αντίληψη του κάθε ατόμου για το κοινωνικό του δίκτυο μειώνει σημαντικά τα συμπτώματα κατάθλιψης.

Στην έρευνα τους η οποία σχετιζόταν με την ψυχική προσαρμογή, τις στρατηγικές αντιμετώπισης, καθώς και την ψυχολογική καταπόνηση σε ασθενείς με ΤΣΧΝΝ οι Gilbar, Or-Han, και Plivazky's (2005) βρήκαν ότι οι ασθενείς με ΤΣΧΝΝ οι οποίοι διακατέχονται από ισχυρό μαχητικό πνεύμα, τείνουν να χρησιμοποιούν στρατηγικές περισσότερο εστιασμένες στο πρόβλημα τους, ενώ οι ασθενείς εκείνοι οι οποίοι εμφανίζουν άγχος, ανησυχία, αδυναμία, απελπισία, ή μοιρολατρία, τείνουν να χρησιμοποιούν μια στρατηγική εστιασμένη στα συναισθήματα. Στην ίδια έρευνα διεφάνη επίσης ότι οι ασθενείς οι οποίοι χρησιμοποιούσαν στρατηγική εστιασμένη στο πρόβλημα τους για να χειριστούν την καθημερινότητά τους, είχαν επίσης την ικανότητα να παλέψουν για καλύτερη ποιότητα ζωής (Gilbar et al, 2005). Επιπρόσθετα, οι ερευνητές ανέφεραν ότι οι ασθενείς με ΤΣΧΝΝ οι οποίοι διακατέχονται από μαχητικό πνεύμα θα αντιμετωπίσουν λιγότερο ψυχικό πόνο και φαίνεται να έχουν καλύτερη ποιότητα ζωής τόσο σωματικά όσο και ψυχολογικά.

Έρευνες έχουν δείξει ότι οι ασθενείς με ΤΣΧΝΝ που χρησιμοποίησαν τον μηχανισμό άμυνας για να αντεπεξέλθουν, βίωσαν υψηλό βαθμό συναισθηματικού πόνου. Συνεπώς, ένας ασθενής με ΤΣΧΝΝ πιθανόν να δηλώσει αρνητική ποιότητα ζωής λόγω της παρουσίας χρόνιας νόσου και καταθλιπτικών συναισθημάτων (Sensky, 1993).

Σημαντική αναφορά υπάρχει από πολλές έρευνες και για τη συσχέτιση της κατάθλιψης και των δημογραφικών και κοινωνικών χαρακτηριστικών των ασθενών. Ειδικότερα φαίνεται ότι το φύλο έχει σημαντική επίδραση καθώς οι γυναίκες εμφανίζουν υψηλότερο βαθμό κατάθλιψης από ότι οι άνδρες (Vasquez et al, 2004, DiMarco et.al., 2006). Οι άντρες παρουσιάζουν περισσότερες κοινωνικές δραστηριότητες και κοινωνικά ενδιαφέροντα από τις γυναίκες ενώ δεν υπάρχουν διαφορές σε σχέση με το φύλο όσον αφορά στην προσωπική φροντίδα, συνεργασιμότητα και ευερεθιστότητα (Οικονομίδου και συν., 2005). Η ηλικία φαίνεται να έχει σημαντικό ρόλο, καθώς αποτελέσματα ερευνών δηλώνουν ότι οι ηλικιωμένοι ασθενείς έχουν χαμηλότερα ποσοστά ευεξίας και πιο ψηλά επίπεδα κατάθλιψης (Οικονομίδου και συν, 2005, Vasilieva, 2006) όπως επίσης και η κοινωνικο-οικονομική κατάσταση, αφού ασθενείς που βρίσκονται σε χαμηλά επίπεδα εμφανίζουν πολλά σωματικά και κοινωνικά προβλήματα (Ελληνικού και Ζήση, 2002, Sesso et.al, 2003).

Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι οι ασθενείς με ΤΣΧΝΝ βιώνουν ένα ευρύ φάσμα ψυχικών και σωματικών συμπτωμάτων, τα οποία κυμαίνονται από μικρά παράπονα σε σοβαρές εξουθενωτικές ανησυχίες, και επηρεάζουν την ποιότητα ζωής. Οι Curtin et al, (2002) ερεύνησαν τις εμπειρίες που είχαν οι ασθενείς ΤΣΧΝΝ με διάφορα συμπτώματα και πως αυτά επηρέαζαν την σωματική και ψυχική λειτουργία των ασθενών χρησιμοποιώντας το Medical Outcome Studies-Short-Form (MOS). Η έρευνα επικεντρώθηκε σε τρεις δείκτες: κόπωση/ύπνος, σεξουαλικές ανησυχίες και κινητικότητα. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η κόπωση/ διαταραχή ύπνου σχετιζόταν με την σωματική και ψυχική υγεία του συγκεκριμένου πληθυσμού. Η φτωχή ποιότητα ζωής μειώνει το ανοσοποιητικό σύστημα ενός ασθενή και παράλληλα αυξάνει τα συμπτώματα κατάθλιψης και την χρήση υπνωτικών σκευασμάτων. Επίσης, τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι παράπονα σχετιζόμενα με την σεξουαλική λειτουργία ήταν περισσότερο σωματικά παρά ψυχικά και η κινητικότητα επηρέαζε την σωματική και ψυχολογική ευεξία με τον ίδιο τρόπο. Αν και σε όλες τις έρευνες υπάρχουν μειονεκτήματα, η συγκεκριμένη έρευνα έδωσε μια προκαταρκτική εικόνα για το πώς τα συνήθη παράπονα των ασθενών που σχετίζονται με τα συμπτώματα που βιώνουν, επηρεάζουν την ποιότητα ζωής.

Οι Vazquez et al. (2005) οι οποίοι ερεύνησαν τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες και την σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των ασθενών ΤΣΧΝΝ βρήκαν ότι το άγχος (trait anxiety) και τα συμπτώματα κατάθλιψης επηρέαζαν σημαντικά την αντίληψη των ατόμων για την σωματική τους κατάσταση, την λειτουργικότητα και την κοινωνική λειτουργικότητα, η οποία καταλήγει στην μείωση της λειτουργικότητας σε όλους τους τομείς. Οι ερευνητές χρησιμοποίησαν το εργαλείο KDQOL για να αξιολογήσουν 193 ασθενείς στην Ισπανία. Βρήκαν ότι το άγχος (trait anxiety) σχετιζόταν με την επιβάρυνση της νεφρικής νόσου, την γνωστική λειτουργία, τα αποτελέσματα της νεφρικής νόσου, την σεξουαλική λειτουργία, την κοινωνική στήριξη, το εργασιακό καθεστώς, την ποιότητα κοινωνικής αλληλεπίδρασης και την ικανοποίηση του ασθενή, ενώ τα συμπτώματα κατάθλιψης συσχετιζόνταν με την επιβάρυνση της νεφρικής νόσου, συμπτώματα/προβλήματα, τον ύπνο και την ποιότητα κοινωνικής αλληλεπίδρασης. Οι Vazquez et al. (2005) εισηγήθηκαν όπως χρησιμοποιηθούν ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις για την βελτίωση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής των ασθενών με ΤΣΧΝΝ. Παρόλα αυτά, τα αποτελέσματα της έρευνας δεν μπορούν να γενικευθούν αφού το δείγμα αποτελείτο από σχετικά νεαρό πληθυσμό (48 χρόνων) ενώ οι ασθενείς δεν υπέφεραν από διαβήτη και αγγειακά προβλήματα.

Άλλοι ερευνητές διεξήγαγαν μελέτες που αφορούσαν ασθενείς με ΤΣΧΝΝ οι οποίοι χρησιμοποιούσαν ως μέσο θεραπείας την περιτοναϊκή κάθαρση (CAPD). Η συγκεκριμένη μέθοδος εκτελείται στο σπίτι όπου ο ασθενής και η οικογένεια του είναι εκπαιδευμένοι να χρησιμοποιούν ένα καθετήρα για να διεξάγουν ανταλλαγή υγρών στην περιτοναϊκή κοιλότητα. Η διαδικασία αυτή εκτελείται περίπου τρεις με τέσσερις φορές, μέσα σε διάστημα 24 ωρών για την αποβολή των υγρών και άχρηστων-τοξικών ουσιών από το σώμα. Λόγω του ότι η θεραπεία γίνεται στο σπίτι και σε σταθερή βάση, οι ασθενείς που χρησιμοποιούν την μέθοδο CAPD δεν έχουν τόσους περιορισμούς στο χρόνο τους και την διατροφή τους όσο οι αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς. Ενώ η συγκεκριμένη θεραπεία αυτοφροντίδας αποκαθιστά την ανεξαρτησία του ασθενή, οι Martin και Thompson (2000) στην έρευνα τους βρήκαν ότι οι ψυχολογικοί παράγοντες σχετίζονταν σημαντικά με την ποιότητα ζωής των ασθενών που χρησιμοποιούσαν CAPD με τον ίδιο τρόπο όπως και με τους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς που χρησιμοποιούσαν τις υπηρεσίες υγείας στα διάφορα νοσηλευτήρια. Οι Martin και Thompson (2000) χρησιμοποίησαν 76 CAPD ασθενείς οι οποίοι αξιολογήθηκαν με το εργαλείο KDQOL-SF. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν υψηλά επίπεδα κατάθλιψης και άγχους τα οποία σχετίζονταν με χαμηλή ποιότητα ζωής, η οποία θα επηρέαζε τελικά την επιβίωση του ασθενή. Τα ευρήματα των Martin και Thompson (2000) ήταν σύμφωνα με έρευνες που διεξήχθησαν στο παρελθόν, που και αυτές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η γνώση και η αναγνώριση των ψυχολογικών αναγκών των ασθενών, είναι πολύ σημαντικό για τη θεραπευτική αγωγή.

### **2.3.2. Εργαλεία μέτρησης της ποιότητας ζωής**

Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής (HRQOL) «είναι το επακόλουθο μιας χρόνιας ασθένειας και των σχετιζόμενων θεραπειών της, βάσει των αντιλήψεων των ασθενών σχετικά με την σωματική και ψυχική τους λειτουργικότητα» (Joshi et al, 2010). Η αξιολόγηση της HRQOL είναι δύσκολη λόγω της υποκειμενικής φύσης της αξιολόγησης αφού η άποψη του κάθε ατόμου για την ευημερία και την ικανοποίηση στη ζωή διαφέρει. Για να γίνει πιο κατανοητός ο τρόπος με τον οποίο η ΤΣΧΝΝ επηρεάζει την ποιότητα ζωής, έχουν δημιουργηθεί συγκεκριμένα εργαλεία για καλύτερη αξιολόγηση των ασθενών με ΤΣΧΝΝ. Τα πιο διαδεδομένα εργαλεία τα οποία μετρούν την ποιότητα ζωής στις μονάδες αιμοκάθαρσης είναι το Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36) και το Kidney Disease QoL questionnaire (KDQOL). Αν και η κλίμακα SF-36 χρησιμοποιείται ευρέως δεν δίνει ολοκληρωμένη εικόνα της αντίληψης της ποιότητας ζωής

του ασθενή και δεν αξιολογεί όλους τους τομείς της ποιότητας ζωής (Hays et al., 1994, Kimmel et al., 2003). Συγκεκριμένα, η «SF-36 δεν μετρά τους τομείς της γενικής ικανοποίησης της ζωής, την κοινωνική στήριξη και τα πνευματικά πιστεύω, οι οποίοι σε άλλες ομάδες ασθενών με χρόνια νόσο είναι πολύ σημαντικοί.» (Kimmel et al., 2003, p.713).

Η κλίμακα KDQOL, η οποία συμπεριλαμβάνει και επιμέρους στοιχεία της κλίμακας SF-36, είναι ένα εργαλείο το οποίο μετρά συγκεκριμένα την ποιότητα ζωής των ατόμων με ΤΣΧΝΝ. Η κλίμακα KDQOL χρησιμοποιείται ευρέως ανά ο παγκόσμιο. Από έρευνες που έχουν χρησιμοποιήσει την κλίμακα KDQOL, φάνηκε ότι η κλίμακα μπορεί να προβλέψει την θνησιμότητα και την αύξηση της παραμονής σε νοσηλευτήρια, όμως απέτυχε να ενσωματώσει μεμονωμένες αξίες και τις προτιμήσεις του ασθενή» (Mucsi et.al, 2005). Τα εργαλεία που χρησιμοποιούνται σήμερα δεν επικεντρώνονται στον ασθενή, κατ' επέκταση τα αποτελέσματα τέτοιων εργαλείων δεν αναγνωρίζουν τους σημαντικούς, για τους ασθενείς, τομείς.

Οι Saban et al (2008) είχαν συγκρίνει την ποιότητα ζωής των ασθενών με ΤΣΧΝΝ χρησιμοποιώντας τρία διαφορετικά εργαλεία. Χρησιμοποίησαν το Quality of life Well-Being Self-Administered (QWB-SA), το οποίο αποτελείται από 76 ερωτήματα και μετρά την αντικειμενική λειτουργικότητα σε τρεις τομείς: την κινητικότητα, την σωματική δραστηριότητα, και την κοινωνική δραστηριότητα. Το δεύτερο εργαλείο που χρησιμοποίησαν ήταν το short-form -6D (SF-6D), το οποίο μετρά προεκτάσεις της υγείας. Το τρίτο εργαλείο είναι το Kidney Disease Component Summary (KDSC), το οποίο είναι πιο μικρή μορφή του εργαλείου KDQOL και μετρά έντεκα τομείς της νεφρικής νόσου. Αρχικά, οι ερευνητές υπέθεσαν ότι τα τρία εργαλεία ήταν εναλλάξιμα, όμως από την ανάλυση που έκαναν διεφάνει ότι το QWB-SA μετρούσε καλύτερα την αντίληψη του ασθενή για την υγεία παρά την ποιότητα ζωής και τα εργαλεία SF-6D και KDSC μετρούσαν την ποιότητα ζωής.

Σε άλλη έρευνα οι Neto et al. (2000) σύγκριναν τα εργαλεία SF-36 και KDQ. Το SF-36 είναι ένα πολυδιάστατο εργαλείο και το Kidney Disease Questionnaire (KDQ) αποτελείται από 26 ερωτήματα. Οι ερευνητές δήλωσαν ότι τα εργαλεία αυτά ήταν καλά δομημένα αλλά δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των δεδομένων. Οι ερευνητές εισηγήθηκαν ότι το SF-36 ήταν ένα πολύ γενικό εργαλείο μέτρησης της ποιότητας ζωής και απέτυχε να μετρήσει πλήρως τον πληθυσμό ασθενών με ΤΣΧΝΝ, σε αντίθεση με το KDQ το οποίο μετρά την συγκεκριμένη νόσο. Οι ερευνητές υπέδειξαν επίσης ότι το δείγμα που χρησιμοποίησαν ήταν πολύ μικρό και

η στατιστική του δυναμική ήταν περιορισμένη. Οι Neto et al. (2000) εισηγήθηκαν όπως γίνει συλλογή δεδομένων για την μέτρηση της ποιότητας ζωής κατά την φάση προ της αιμοκάθαρσης ώστε να γίνει σύγκριση με την ποιότητα ζωής όταν το δείγμα βρίσκεται στην φάση της αιμοκάθαρσης.

Ακόμα ένα γενικό εργαλείο το οποίο μετρά την ποιότητα ζωής είναι το World Health Organization Quality of Life-abbreviated (WHOQOL- Bref). Το WHOQOL- Bref αποτελείται από 26 ερωτήματα και είναι έγκυρο σε αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς. Το WHOQOL- Bref αξιολογεί την συνολική ποιότητα ζωής ενός ατόμου όπως και το Quality of Life Index questionnaire (QLI) των Ferrans και Powers (1984 & 1998), αλλά μόνο με δύο ερωτήματα. Επίσης, το εργαλείο επικεντρώνεται στην ικανοποίηση του ατόμου για την υγεία του, σε αντίθεση με το QLI το οποίο αξιολογεί την ικανοποίηση του ατόμου για την ζωή του. Οι Ramirez et al. (2012) χρησιμοποίησαν το WHOQOL-Bref για να μελετήσουν την σχέση μεταξύ της αντιμετώπισης της θρησκείας, της ψυχολογικής καταπόνησης και της ποιότητας ζωής. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι τα συμπτώματα κατάθλιψης ήταν ανεξάρτητα της HRQoL, ενώ το άγχος σχετιζόταν με την ψυχική και σωματική HRQoL.

## **2.4. Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής**

Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής (HRQoL) ορίζεται ως «η διαφορά μεταξύ της πραγματικής και επιθυμητής λειτουργικότητας» σε ένα δεδομένο ασθενή με χρόνια νόσο (Rumsfeld, 2002). Η HRQoL είναι ο εναλλακτικός ορισμός της κατάστασης της υγείας και η μεταβλητή από επιδημιολογικές, κλινικές και άλλες έρευνες στον τομέα της υγείας. Είναι επίσης ένας ανεξάρτητος προγνωστικός παράγοντας για την ανάλυση της χρήσης και του κόστους των υπηρεσιών της υγείας (Rumsfeld, 2002). Η αξιολόγηση της HRQoL σε διαφορετικούς πληθυσμούς μπορεί να προσδιορίσει υποομάδες ασθενών με κακή σωματική ή ψυχική υγεία και μπορεί να βοηθήσει στον προσανατολισμό των πολιτικών ή σε παρεμβάσεις για τη βελτίωση της υγείας.

Στην δημόσια υγεία και την ιατρική η έννοια της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής (HRQOL) ορίζεται ως «η αντίληψη ενός ατόμου για την θέση του στη ζωή στο πλαίσιο των συστημάτων του πολιτισμού και των αξιών στον οποίο ζουν και σε σχέση με τους στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες τους» (Stewart et al., 1992). Αρκετά συχνά, ο ιατρικός κόσμος είχε χρησιμοποιήσει την HRQOL για να μετρήσει τις επιδράσεις της

χρόνιας νόσου στους ασθενείς τους με σκοπό να κατανοήσουν καλύτερα πως μια ασθένεια παρεμβαίνει την καθημερινότητα ενός ατόμου (Jay et al., 2009, Ortega, 2009). Παρόλο που τα πλεονεκτήματα της μέτρησης της HRQOL σε ασθενείς με ΤΣΧΝΝ είναι αναγνωρισμένα, (Fujisawa et al., 2000, Maglakelidze et al., 2011, Rebollo et al., 2000) συχνά παρατηρούνται σημαντικές διαφορές στην μέτρηση της ποιότητας ζωής ανάλογα με την μέθοδο (Dew et al., 1997, Landreneau et al., 2010).

Η ζωή μετά την μεταμόσχευση νεφρού παρουσιάζει αρκετά αρνητικά στοιχεία όπως η αυστηρή φαρμακοθεραπεία και οι σχετιζόμενες με αυτήν παρενέργειες, οι συχνές επισκέψεις στον γιατρό, οι λοιμώξεις, η αβεβαιότητα και το άγχος της απόρριψης του μοσχεύματος (Alavi et al., 2009, Baguelin-Pinaud et al., 2009, Tavallaii et al., 2009). Για το λόγο αυτό ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO) έχει δώσει προτεραιότητα στην βελτίωση της HRQOL των ατόμων με χρόνιες νόσους και ειδικά των ατόμων με ΤΣΧΝΝ.

Στην έρευνα τους οι Kim et al. (2013) μέτρησαν την HRQOL σε μια προσπάθεια να εντοπίσουν την σχέση της αυτοαποτελεσματικότητας με την ικανοποίηση από τη θεραπεία σε αιμοκαθαιρόμενους Κορεάτες ασθενείς. Στην έρευνα έλαβαν μέρος 237 ασθενείς οι οποίοι είτε ήταν σε αιμοκάθαρση ή περιτοναϊκή κάθαρση. Για την αξιολόγηση της HRQOL χρησιμοποιήθηκε η Κορεάτικη στάθμιση της κλίμακας Kidney Disease Quality of Life Short Form 36 (KDQOL-36). Για την αξιολόγηση της αυτοαποτελεσματικότητας και της ικανοποίησης της θεραπείας χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο το οποίο συμπληρώθηκε από τους συμμετέχοντες, όπως και πληροφορίες από τους ιατρικούς φακέλους των ασθενών. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η ικανοποίηση των ασθενών σε σχέση με την θεραπεία τους και την αυτοαποτελεσματικότητα μπορούν να επηρεάσουν την HRQOL. Οι Kim et al. (2013) εισηγήθηκαν ότι η τακτική και συστηματική παρακολούθηση μέσω της κλίμακας KDQOL-36, όπως και παρεμβάσεις για να αυξηθεί η αυτοαποτελεσματικότητα και η ικανοποίηση της θεραπείας θα πρέπει να ληφθούν υπόψη.

Παρόμοια αποτελέσματα είχαν και οι Urzua et al. (2015) οι οποίοι χρησιμοποίησαν την κλίμακα Kidney Disease Quality of Life Survey και την Chronic Illness Resources Survey για να διευκρινίσουν τους προσωπικούς πόρους οι οποίοι επηρεάζουν την HRQOL. Οι ερευνητές χρησιμοποίησαν 128 με ασθενείς με ΤΣΧΝΝ. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι προσωπικοί και κοινοτικοί πόροι προστατεύουν ενάντια στην αναπηρία και την σωματική φθορά τους αιμοκαθαιρόμενους. Επίσης αυτοί οι πόροι είχαν άμεση επιρροή στην HRQOL,

ειδικά σε σχέση με τον φόρτο της ασθένειας και για αυτούς που δεν εργάζονται με αμοιβή. Τα αποτελέσματα επίσης, τόνισαν πόσο σημαντικό είναι να υπάρχουν διαθέσιμα μέσα μέτρησης στην κοινότητα τα οποία θα βοηθήσουν στην βελτίωση της HRQOL, και θα προστατέψουν την σωματική υγεία των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών.

## Κεφάλαιο Τρίτο

### 3. Μεθοδολογία

Ο σκοπός της παρούσας ποσοτικής έρευνας συσχέτισης, είναι να διερευνηθεί κατά πόσο το άγχος και κατάθλιψη, επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ασθενών με ΤΣΧΝΝ. Για τον σκοπό αυτό έχει χρησιμοποιηθεί ως δείγμα μέρος των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών σε νοσοκομεία της Κύπρου. Η συγκεκριμένη μέθοδος επιλέχθηκε εξαιτίας του χαμηλού κόστους και της αυξημένης και ευκολότερης πρόσβασης στις πληροφορίες. Το δείγμα που έχει χρησιμοποιηθεί αποτελείται από ενήλικες με ΤΣΧΝΝ οι οποίοι έχουν συμπληρώσει το 18<sup>ο</sup> έτος της ηλικίας τους, είναι μόνιμοι κάτοικοι Κύπρου και κατέχουν την ελληνική γλώσσα. Για την συλλογή δεδομένων έχει χρησιμοποιηθεί το ερωτηματολόγιο KDQOL-SF, το οποίο έχει σταθμιστεί στην ελληνική γλώσσα από τον Κοντοδημόπουλο και συνεργάτες (Kontodimopoulos & Niakas, 2005) και αφορά στη μέτρηση της ποιότητας ζωής των ασθενών με ΤΣΧΝΝ και η κλίμακα HADS η οποία καταγράφει τη νοσοκομειακή μέτρηση του άγχους και της κατάθλιψης, η οποία έχει σταθμιστεί στην ελληνική γλώσσα από τον Ι. Μιχόπουλο και συνεργάτες (Michopoulos et al, 2008). Για τον υπολογισμό των δεδομένων και της συσχέτισης με την μέτρηση της ποιότητας ζωής έχει χρησιμοποιηθεί ο συντελεστής συσχέτισης Pearson ( $r$ ).

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας αναμένεται να αποτυπώσουν την ποιότητα ζωής των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών σε Νοσοκομεία της Κύπρου. Παράλληλα, αναμένεται να

εντοπιστεί κατά πόσο το άγχος και η κατάθλιψη επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ασθενών με ΤΣΧΝΝ.

Τα αποτελέσματα της έρευνας αναμένεται να απαντήσουν τα ακόλουθα ερευνητικά ερωτήματα:

1. Η νεφρική ανεπάρκεια επηρεάζει την ποιότητα ζωής των ασθενών με ΤΣΧΝΝ;
2. Υπάρχουν ανεπιθύμητες ή επιβλαβείς επιδράσεις στην υγεία των ασθενών με ΤΣΧΝΝ που να σχετίζονται με το άγχος;
3. Υπάρχουν ανεπιθύμητες ή επιβλαβείς επιδράσεις στην υγεία των ασθενών με ΤΣΧΝΝ που να σχετίζονται με τη κατάθλιψη;

### **3.1. Μεθοδολογία της έρευνας**

Η ποσοτική έρευνα συσχέτισης είναι η πιο κατάλληλη μέθοδος για να καθοριστεί αν οι μεταβλητές της μελέτης σχετίζονται, να διευκρινιστεί η δυναμική των υφιστάμενων σχέσεων, καθώς και οι μηχανισμοί με τους οποίους σχετίζονται (Aiken & West, 1991, Miles & Shevlin, 2001). Ως εκ τούτου, η μέθοδος συσχετισμού θα χρησιμοποιηθεί για να επεξηγηθούν οι μεταβλητές που αφορούν την συγκεκριμένη έρευνα (Licht, 1995). Η ποσοτική έρευνα συσχέτισης είναι η κατάλληλη για να αξιολογηθεί η συσχέτιση των μεταβλητών της ποιότητας ζωής, του άγχους και της κατάθλιψης στους ασθενείς με ΤΣΧΝΝ. Οι έρευνες συσχέτισης είναι ιδιαίτερα χρήσιμες σε περιπτώσεις όπου απαιτείται η πρόβλεψη των επιδράσεων μεταξύ των μεταβλητών. Ως εκ τούτου η συγκεκριμένη μέθοδος κρίνεται ως η καταλληλότερη για την τρέχουσα μελέτη (Aiken & West, 1991)

#### **3.1.1. Πληθυσμός**

Πληθυσμός αναφοράς της έρευνας ήταν μέρος των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών των 3 μεγαλύτερων νοσοκομείων της Κύπρου, Γενικών νοσοκομείων Λευκωσίας, Λεμεσού και Λάρνακας οι οποίοι προσήλθαν για αιμοκάθαρση κατά τη χρονική περίοδο 10/1/2015 - 4/3/2015 (Πίνακες 5 & 6).

Πίνακας 5. Καταχωρημένος αριθμός ασθενών στα μητρώα των τμημάτων αιμοκάθαρσης

Γ.Ν.ΛΕΥΚΩΣΙΑΣ	Γ.Ν. ΛΕΜΕΣΟΥ	Γ.Ν. ΛΑΡΝΑΚΑΣ	ΣΥΝΟΛΟ
212	164	58	434

Πίνακας 6. Αριθμός ασθενών που έλαβαν μέρος στην έρευνα

Γ.Ν.ΛΕΥΚΩΣΙΑΣ	Γ.Ν. ΛΕΜΕΣΟΥ	Γ.Ν. ΛΑΡΝΑΚΑΣ	ΣΥΝΟΛΟ
82	64	28	174

### 3.1.2. Δείγμα

Οι υποψήφιοι συμμετέχοντες ήταν αρχικά 200, αριθμός που αποτελούσε το 40% του συνόλου των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών του κάθε νοσοκομείου και επιλέγηκαν μετά από τυχαία δειγματοληψία. Στη μελέτη δέχτηκαν τελικά να λάβουν μέρος οι 174 ασθενείς, ενώ οι υπόλοιποι 26 αρνήθηκαν για προσωπικούς ή άλλους λόγους με αποτέλεσμα η συμμετοχή να φτάσει στο 87%. Τα κριτήρια ένταξης των συμμετεχόντων στην έρευνα ήταν η συμπλήρωση του 18<sup>ου</sup> έτους ηλικίας, να είναι διαγνωσμένοι με τελικού σταδίου ΧΝΑ σε αιμοκάθαρση, να είναι μόνιμοι κάτοικοι Κύπρου και να υπάρχει καλή χρήση της ελληνικής γλώσσας (Πίνακας 7).

Πίνακας 7 Κατανομή δείγματος κατά επαρχία, φύλο και ηλικία.

Κατανομή του δείγματος κατά επαρχία				
	Λευκωσία	Λεμεσός	Λάρνακα	Σύνολο:
<b>Φύλο:</b>				
Γυναίκες	26 14,94%	13 7,47%	12 6,9%	<b>51 29,31%</b>
Άνδρες	54 31,03%	50 28,74%	15 8,62%	<b>119 68,39%</b>
Δεν απάντησαν	2 1,15%	1 0,58%	1 0,58%	<b>4 2,3%</b>
<b>Σύνολο:</b>	<b>82 47,12%</b>	<b>64 36,79%</b>	<b>28 16,1%</b>	<b>174 100,0%</b>
<b>Ηλικία:</b>				
31-40	1 0,58%	1 0,58%	2 1,15%	<b>4 2,3%</b>
41-50	8 4,6%	5 2,87%	7 4,02%	<b>20 11,49%</b>
51-60	9 5,17%	8 4,6%	9 5,17%	<b>26 14,94%</b>
>60	61 35,06%	49 28,16%	10 5,75%	<b>120 68,97%</b>
Δεν απάντησαν	3 1,73%	1 0,58%	0 0%	<b>4 2,3%</b>
<b>Σύνολο:</b>	<b>82 47,12%</b>	<b>64 36,79%</b>	<b>28 16,1%</b>	<b>174 100,0%</b>

### **3.1.3. Μέθοδος συλλογής δεδομένων**

Η συλλογή δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση τριών ερωτηματολογίων τα οποία δίνονταν στους αιμοκαθαιρόμενους με την προσέλευση τους στη μονάδα εξωνεφρικής κάθαρσης, κατά τη διάρκεια της συνεδρίας, είτε πριν την έναρξη της, είτε με επί τόπου προσωπικές συνεντεύξεις των ερευνητριών, καθώς αρκετοί από τους ασθενείς δεν μπορούσαν να συμπληρώσουν ιδιοχείρως τα ερωτηματολόγια λόγω περιορισμού του ενός χεριού τους το οποίο έπρεπε να μένει ακίνητο κατά τη διάρκεια της αιμοκάθαρσης.

Τα ερωτηματολόγια είναι:

1. KDQOL-SF, το οποίο έχει σταθμιστεί στην ελληνική γλώσσα από τον Ν. Κοντοδημόπουλο και συνεργάτες (Kontodimopoulos & Niakas, 2005).
2. HADS, κλίμακα για τη νοσοκομειακή μέτρηση του άγχους και κατάθλιψης, η οποία έχει σταθμιστεί στην ελληνική γλώσσα από τον Ι. Μιχόπουλο και συνεργάτες. (Michopoulos et al, 2008).
3. Δημογραφικές πληροφορίες των ασθενών.

### **3.1.4. Ερωτηματολόγιο KDQOL-SF ( Kidney Disease Quality of Life Short Form)**

Αρχικά, στις διάφορες μελέτες που γίνονταν για τη μέτρηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών, δημιουργήθηκε στο Πανεπιστήμιο της Αριζόνα στις Η.Π.Α. το 1992 (Ware et.al,1992) το ερωτηματολόγιο KDQOL, ψυχομετρικό όργανο το οποίο είχε επιδείξει εξαιρετική εγκυρότητα και αξιοπιστία (Hays et. al, 1994). Ωστόσο επειδή οι 134 ερωτήσεις του το καθιστούσαν ιδιαίτερα κουραστικό και χρονοβόρο στη συμπλήρωση, δημιουργήθηκε ένα όργανο μικρότερης έκτασης αλλά με εξίσου καλές ψυχομετρικές ιδιότητες το KDQOL-SF (Hays et. al, 1995).

Το ερωτηματολόγιο KDQOL-SF συνδυάζει το γενικό μέρος, το γνωστό SF 36 που αποτελείται από 36 ερωτήσεις οι οποίες συνθέτουν 8 κλίμακες από 2-10 ερωτήσεις η καθεμιά (Πίνακας 8), και ένα ειδικό μέρος το οποίο αποτελείται από 43 ερωτήσεις που συνοψίζονται σε 11 ειδικές κλίμακες (Πίνακας 9), απευθυνόμενο σε αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς. Η 44<sup>η</sup> ερώτηση του ειδικού μέρους είναι μια βαθμονομημένη κλίμακα

βαθμολόγησης της συνολικής υγείας (Κοντοδημόπουλος & Νιάκας, 2007)(Πίνακας 10). Σε κάθε κλίμακα του ερωτηματολογίου υπάρχει διακύμανση στις τιμές από 0-100, όπου όσο υψηλότερες είναι οι τιμές τόσο καλύτερη είναι η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής. Έχει μεταφραστεί σε πολλές γλώσσες μεταξύ άλλων και στην ελληνική, και οι στατιστικοί έλεγχοι εγκυρότητας και αξιοπιστίας ήταν επιτυχημένοι (Κοντοδημόπουλος και συν., 2004. Pappa et al, 2005). Έχει μεταφραστεί στα ελληνικά με βάση τεκμηριωμένες διαδικασίες της ομάδας εργασίας KDQOL και σύμφωνα με διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες (Guillemin et.al, 1993. Bullinger et al, 1998). Σε μελέτη του Κοντοδημόπουλου και Νιάκα (2007) ενισχύθηκε η εμπιστοσύνη χρήσης του σε μελέτες ποιότητας ζωής σε ασθενείς με τελικού σταδίου ΧΝΝ στην Ελλάδα, προσδιορίζοντας την εγκυρότητα και την αξιοπιστία των ψυχομετρικών ιδιοτήτων του. Το ερωτηματολόγιο διατίθεται δωρεάν στο διαδίκτυο (Κοντοδημόπουλος & Νιάκας, 2007).

Πίνακας 8 Γενικές διαστάσεις ποιότητας ζωής των ασθενών

<b>ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ</b>	<b>ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ</b>
ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ	3 α-ι
ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ	4 α-δ
ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ	7, 8
ΓΕΝΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	1,11 α-δ
ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	9 β, γ, δ, στ, η
ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ	5 α-γ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ	6, 10
ΖΩΤΙΚΟΤΗΤΑ	9 α, ε, ζ, θ

Πίνακας 9. Διαστάσεις ποιότητας ζωής που αφορούν τη νεφρική νόσο

<b>ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ</b>	<b>ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ</b>
ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	14 α-λ
ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΑΣ	15 α-η
ΦΟΡΤΟΣ ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΑΣ	12 α-δ
ΕΡΓΑΣΙΑ	20,21
ΓΝΩΣΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ	13 β, δ, στ
ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΠΙΔΡΑΣΗΣ	13 α, γ, ε

ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ	16 α, β
ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΝΟΥ	17, 18 α-γ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ	19 α, β
ΕΝΘΑΡΡΥΝΣΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	24 α, β
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΑΠΟ ΤΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	23

Πηγή: ( Hays et.al, 1995)

Πίνακας 10. Κλίμακα βαθμολόγησης γενικής υγείας

ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ	ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ
ΒΑΘΜΟΛΟΓΗΣΗ ΓΕΝΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	22

### 3.1.5. Κλίμακα Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

Αναπτύχθηκε από τους Zigmond και Snaith (1983) ως ένα πρακτικό, εύχρηστο και αξιόπιστο εργαλείο για την αναγνώριση του άγχους και της κατάθλιψης. Μπορεί να προσδιορίσει και να ποσοτικοποιήσει τα αγχώδη και καταθλιπτικά συμπτώματα σε εξωτερικούς ψυχιατρικούς και παθολογικούς ασθενείς αλλά και σε άτομα του γενικού πληθυσμού ( Christodoulou et.al, 2010) . Έχει μεταφραστεί και χρησιμοποιηθεί ευρέως σε περισσότερες από 25 χώρες με πολύ καλά αποτελέσματα (Zigmond et al, 1983; Moorey et.al,1991., Μιχόπουλος και συν, 2007).

Η κλίμακα HADS αποτελείται από 14 ερωτήματα κάθε ένα από τα οποία έχει 4 δυνατές απαντήσεις. Τα 7 ερωτήματα εκτιμούν το άγχος (HADS A) και τα άλλα 7 ερωτήματα εκτιμούν τη κατάθλιψη (HADS D). Το κάθε υποερώτημα περιλαμβάνει 4 επιλογές οι οποίες βαθμολογούνται από 0-3, και το συνολικό αποτέλεσμα κάθε διαταραχής ξεχωριστά μπορεί να κυμαίνεται από 0-21. Παθολογικές χαρακτηρίζονται οι περιπτώσεις με βαθμολογία >11, μη παθολογικές οι περιπτώσεις με βαθμολογία <7 ενώ αμφίβολες οι περιπτώσεις με βαθμολογία 8-10. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι τα ερωτήματα που διερευνούν την κατάθλιψη δεν περιλαμβάνουν ερωτήσεις για σωματικά συμπτώματα (π.χ. αϋπνία, ανορεξία) καθώς μπορούν να αλλοιώσουν το αποτέλεσμα της κλίμακας αφού μπορεί να εμφανιστούν ως αποτέλεσμα της θεραπείας και χωρίς ο ασθενής να έχει κατάθλιψη (Mystakidou et al, 2004, Μιχόπουλος και συν, 2007).

Έχει μεταφραστεί στα ελληνικά και έχει σταθμιστεί με πολύ καλά αποτελέσματα. Μέσα από μελέτες, η μετάφραση χαρακτηρίζεται έγκυρη, αξιόπιστη και εύχρηστη (Mystakidou et al, 2004, Μιχόπουλος και συν, 2007, Michopoulos et al, 2008). Οι ψυχομετρικές ιδιότητες της ελληνικής μετάφρασης της HADS είναι παρόμοιες με αυτές των μεταφράσεων της κλίμακας σε άλλες χώρες και είναι διαθέσιμη διαδικτυακά (Michopoulos et al, 2008).

### **3.2. Ηθικές προεκτάσεις**

Η διασφάλιση των δικαιωμάτων και η προστασία των ασθενών ήταν πρωταρχικής σημασίας. Η μελέτη ξεκίνησε αφού εξασφαλίστηκε έγκριση από την Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου (Παράρτημα 1) και από τον Επίτροπο Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων (Παράρτημα 2).

Εξασφαλίστηκε επίσης άδεια διεξαγωγής έρευνας από το αρμόδιο υπουργείο (Υπουργείο Υγείας) (Παράρτημα 3) καθώς επίσης και γραπτή άδεια/συγκατάθεση από τον προϊστάμενο κάθε μονάδας αιμοκάθαρσης. (Παραρτήματα 4, 5, 6).

Προτού δοθούν τα ερωτηματολόγια στους πιθανούς συμμετέχοντες, δόθηκε γραπτό έντυπο ενημέρωσης στο οποίο περιλαμβάνονταν οι σκοποί, η φύση και τα αναμενόμενα αποτελέσματα, η εξασφάλιση της ανωνυμίας και η εμπιστευτικότητα των δεδομένων και η διαδικασία παραπόνων ή καταγγελιών από μέρους τους (Παράρτημα 7) Επίσης τους δόθηκε έντυπο συγκατάθεσης συμμετοχής στη μελέτη το οποίο συμπλήρωσαν προτού τους δοθούν τα ερωτηματολόγια (Παράρτημα 8). Τονίστηκε η εθελοντική φύση της συμμετοχής και η δυνατότητα του να μη λάβουν μέρος ή και να αποχωρήσουν από τη μελέτη χωρίς αντίκτυπο στη ποιότητα φροντίδας που λαμβάνουν. Η ανωνυμία των συμμετεχόντων διασφαλίστηκε μέσω της κωδικοποίησης των ερωτηματολογίων από τις ερευνήτριες, και σφράγισης τους σε ξεχωριστούς φακέλους τους οποίους παραλάμβαναν και ήταν και οι μόνες που είχαν πρόσβαση στα ερευνητικά δεδομένα. Η βάση δεδομένων δεν περιείχε το όνομα του ασθενή έτσι ώστε τα προσωπικά δεδομένα να διασφαλίζονται. Όλες οι πληροφορίες σε έντυπη ή ηλεκτρονική μορφή θα καταστραφούν με την ολοκλήρωση της έρευνας.

### **3.3. Στατιστική ανάλυση και επεξεργασία δεδομένων**

Χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS 20.0 (Statistical Package for Social Service), το οποίο καλύπτει το σύνολο των τεχνικών πινακοποίησης και ανάλυσης δεδομένων, ώστε να γίνουν οι στατιστικές μετρήσεις, οι κατανομές, οι μέσες τιμές και ο έλεγχος του βαθμού σημαντικότητας για τις υποθέσεις που απαιτούν τη σύγκριση ομάδων. Έγινε επίσης χρήση του προγράμματος Microsoft Office Excel 2007.

Για τη περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκαν οι μέσες τιμές ( $M = mean$ ) και οι τυπικές αποκλίσεις ( $SD = Standard Deviation$ ) ενώ για τη περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκαν οι απόλυτες και οι σχετικές συχνότητες.

Για τον έλεγχο της σχέσης δύο ποιοτικών μεταβλητών μεταξύ τους χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson( $r$ ). Η συσχέτιση θεωρείται υψηλή όταν ο συντελεστής είναι μεγαλύτερος από 0.05.

# Κεφάλαιο Τέσσερα

## 4. Αποτελέσματα

Το κεφάλαιο αυτό ασχολείται με την παρουσίαση και ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας. Γίνεται αναφορά στα δημογραφικά στοιχεία του δείγματος και στη συνέχεια αναλύονται τα αποτελέσματα της μέτρησης των μεταβλητών της ποιότητας ζωής των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών, του άγχους και της κατάθλιψης, συμπεριλαμβανομένης και της συσχέτισης των μεταβλητών.

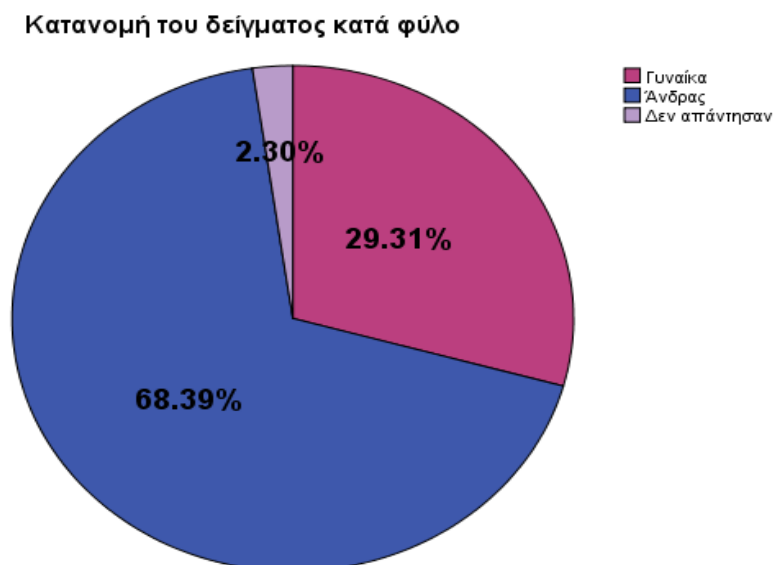
### 4.1. Δημογραφικά – Κοινωνικά χαρακτηριστικά του δείγματος

Από τους 174 συμμετέχοντες που μελετήθηκαν, 51 ήταν γυναίκες (29.3%) και 119 (68.4 %) ήταν άνδρες (Πίνακας 11, Γράφημα 3).

Πίνακας 11. Συμμετέχοντες κατά φύλο

	<i>F</i>	<i>%</i>
Γυναίκες	51	29.3
Άνδρες	119	68.4
Δεν απάντησαν	4	2.3
Σύνολο	174	100.0

Γράφημα 3. Συμμετέχοντες κατά φύλο

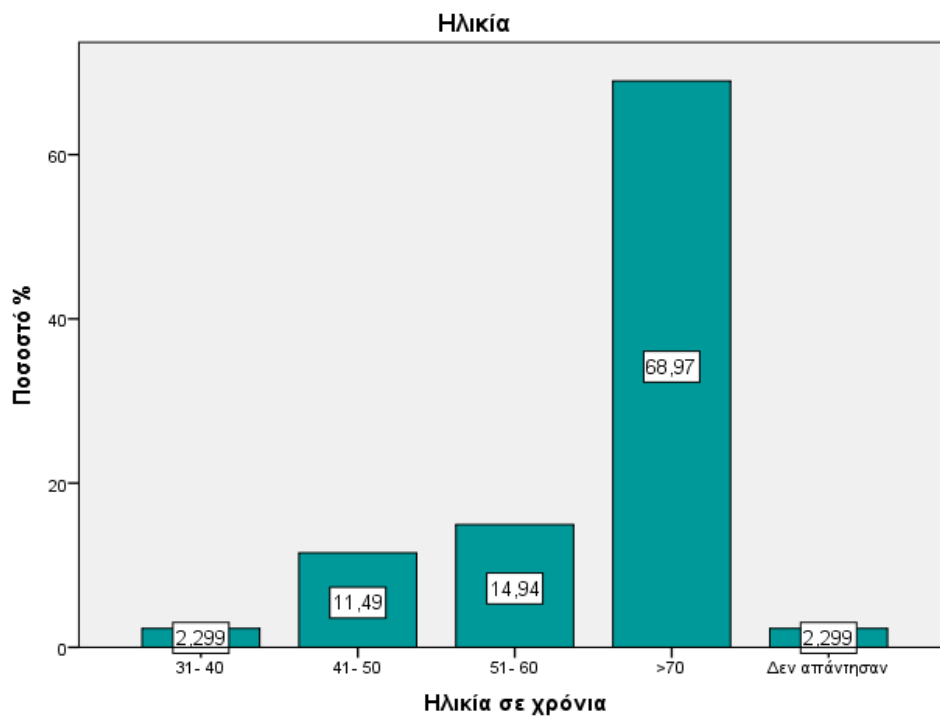


Το εύρος ηλικιών συμπεριλάμβανε τις ομάδες 31 – 40, 41 – 50, 51 – 60 και άνω των 60 (Πίνακας 12, Γράφημα 4).

Πίνακας 12. Ηλικιακές ομάδες συμμετεχόντων

	<i>F</i>	<i>%</i>
31-40	4	2.3
41-50	20	11.5
51-60	26	14.9
>60	120	69.0
Δεν απάντησαν	4	2.3
Σύνολο	174	100.0

Γράφημα 4. Κατανομή του δείγματος κατά ηλικία

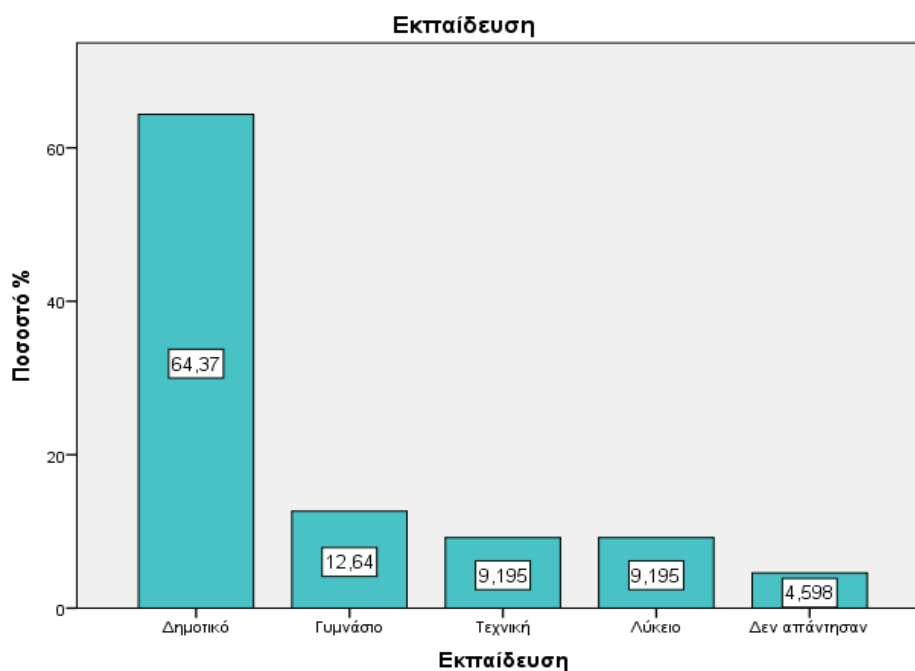


Το μορφωτικό επίπεδο- επίπεδο εκπαίδευσης των συμμετεχόντων στις εξεταζόμενες ομάδες ήταν: 112 (64.4%) απόφοιτοι Δημοτικού Σχολείου ( ≤ 6 χρόνια), 22 (12.6%) απόφοιτοι Γυμνασίου, 16 (9.2%) Τεχνικής Σχολής (7-12 χρόνια), 16 (9.2%) Λυκείου (7-12 χρόνια) (Πίνακας 13, Γράφημα 5).

Πίνακας 13. Εκπαίδευση

<i>f %</i>		
Δημοτικό	112	64.4
Γυμνάσιο	22	12.6
Τεχνική Σχολή	16	9.2
Λύκειο	16	9.2
Δεν απάντησαν	8	4.6
Σύνολο	174	100.0

Γράφημα 5. Κατανομή δείγματος κατά επίπεδο εκπαίδευσης

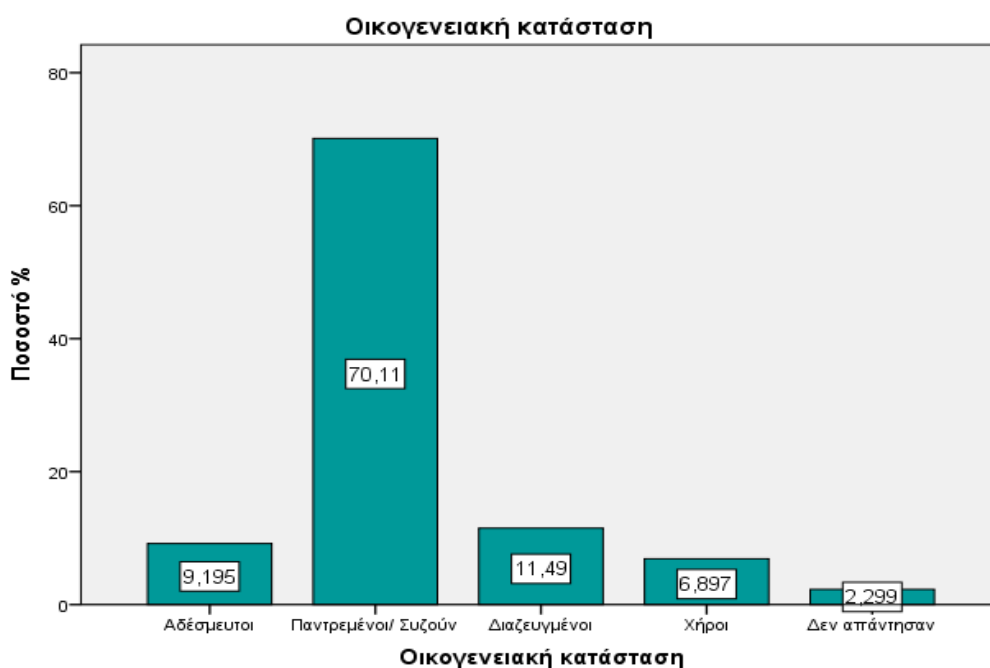


Από τους 174 συμμετέχοντες οι 16 (9.2%) δεν ήταν δεσμευμένοι, 122 (70.1%) ήταν παντρεμένοι ή συζούσαν με τον σύντροφο τους, 20 (11.5%) ήταν διαζευγμένοι και 12 (6.9%) ήταν χήροι/ες (Πίνακας 14, Γράφημα 6).

Πίνακας 14. Οικογενειακή κατάσταση

	<i>F</i>	<i>%</i>
Αδέσμευτοι	16	9.2
Παντρεμένοι/συζούν	122	70.1
Διαζευγμένοι	20	11.5
Χήροι	12	6.9
Δεν απάντησαν	4	2.3
Σύνολο	174	100.0

Γράφημα 6. Κατανομή δείγματος κατά οικογενειακή κατάσταση

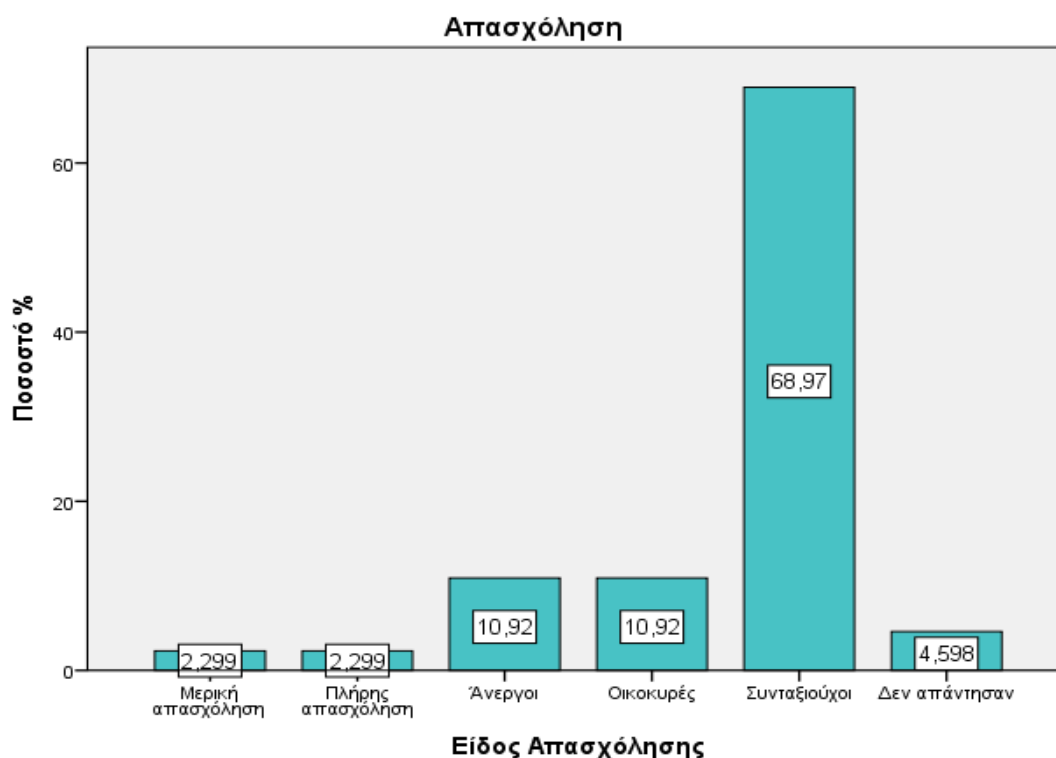


Οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες ήταν συνταξιούχοι (69%). Οι οικοκυρές αντιστοιχούσαν στο 10.9% και το ίδιο ποσοστό κατείχαν και οι άνεργοι. Από αυτούς που εργάζονταν 2.3% ήταν απασχολημένοι σε πλήρη απασχόληση και 2.3% σε μερική απασχόληση. Δεν είχαν απαντήσει 4.6% των συμμετεχόντων. (Πίνακας 15, Γράφημα 7)

Πίνακας 15. Κατανομή συμμετεχόντων κατά είδος απασχόλησης

	<i>F</i>	%
Μερική απασχόληση	4	2.3
Πλήρης απασχόληση	4	2.3
Άνεργοι	19	10.9
Συνταξιούχοι	120	69.0
Οικοκυρές	19	10.9
Δεν απάντησαν	8	4.6
Σύνολο	174	100.0

Γράφημα 7. Κατανομή δείγματος κατά είδος απασχόλησης

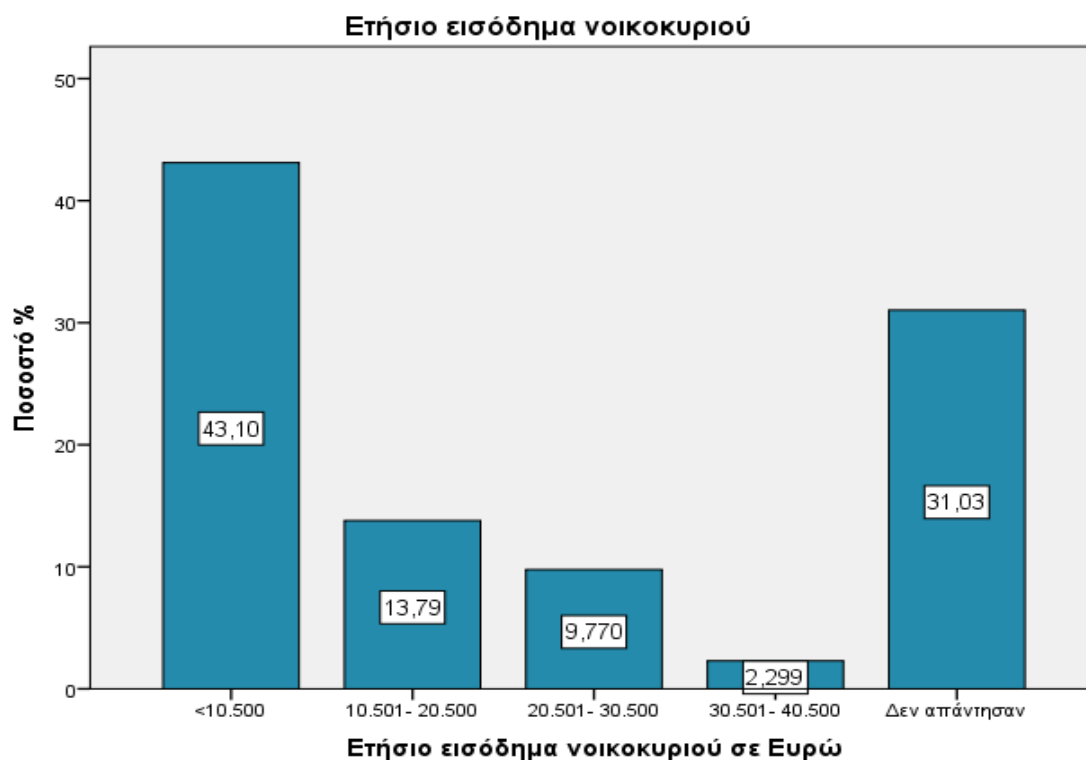


Όταν υπολογίστηκε το ετήσιο εισόδημα των συμμετεχόντων, 43.10% δήλωσαν ότι το εισόδημα τους ήταν χαμηλότερο από €10.500. Υψηλότερο εισόδημα κατείχε το 2.3% των συμμετεχόντων οι οποίοι δήλωσαν ότι κέρδιζαν €30.501 – €40.500 ετησίως. 31.03% δεν απάντησαν στην ερώτηση που αφορούσε στο ετήσιο εισόδημα. (Πίνακας 16, Γράφημα 8).

Πίνακας 16. Ετήσιο Εισόδημα συμμετεχόντων

	<i>F</i>	%
<10.500	75	43.1
10.501- 20.500	24	13.8
20.501- 30.500	17	9.8
30.501- 40.500	4	2.3
Δεν απάντησαν	54	31
Σύνολο	174	100.0

Γράφημα 8. Κατανομή δείγματος κατά ετήσιο εισόδημα νοικοκυριού



## 4.2 Παρουσίαση των αποτελεσμάτων της κλίμακας Kidney Disease and Quality of Life (KDQOL-SF)

Τα αποτελέσματα της κλίμακας KDQOL-SF βασίζονται στα ερωτήματα που τέθηκαν στους συμμετέχοντες όσον αφορά τις απόψεις τους για την υγεία τους, ώστε να αξιολογηθεί η ικανότητα τους να εκτελούν τις συνηθισμένες τους δραστηριότητες (Πίνακας 17). Τα γραφήματα που αφορούν στη ανάλυση του γενικού μέρους των διαστάσεων ποιότητας ζωής παρουσιάζονται στο Παράρτημα 9.

Πίνακας 17. Διαστάσεις ποιότητας ζωής ασθενών – Γενικό μέρος

	<i>N</i>	<i>Ελάχιστη τιμή</i>	<i>Μέγιστη τιμή</i>	<i>Μέση τιμή</i>	<i>SD</i>
ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ	174	.00	95.00	28.41	29.24
ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ	174	.00	100.00	9.48	26.26
ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ	174	.00	100.00	39.77	29.89
ΓΕΝΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	174	5.00	70.00	43.43	14.17
ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	174	.00	90.00	58.26	19.79
ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ	174	.00	100.00	16.47	32.40
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ	174	.00	100.00	77.24	26.41
ΖΩΤΙΚΟΤΗΤΑ	174	.00	85.00	50.85	17.79
Valid N (listwise)	174				

Η μέση τιμή της βαθμολογίας των ασθενών στη διάσταση «ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ» ήταν 28,4 μονάδες ( $\pm 29.24$  μονάδες), στη διάσταση «ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ» ήταν 9,48 μονάδες ( $\pm 26,2$  μονάδες) και στη διάσταση «ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ» ήταν 39.7 μονάδες ( $\pm 29.8$  μονάδες). Επίσης, η μέση τιμή της βαθμολογίας των ασθενών στη διάσταση «ΓΕΝΙΚΗ ΥΓΕΙΑ» ήταν 43.4 μονάδες ( $\pm 14.1$  μονάδες) και στη διάσταση «ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ» ήταν 58,2 μονάδες ( $\pm 19.7$  μονάδες). Ακόμα, η μέση τιμή της βαθμολογίας των ασθενών στη διάσταση «ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ» ήταν 16.4

μονάδες ( $\pm 32.4$  μονάδες), στη διάσταση «ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ» ήταν 77.2 μονάδες ( $\pm 26.4$  μονάδες) και στη διάσταση «ΖΩΤΙΚΟΤΗΤΑ» ήταν 50.8 μονάδες ( $\pm 17.7$  μονάδες).

Καταγράφεται η μεγαλύτερη βαθμολόγηση στη διάσταση «ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ» με δεύτερη την διάσταση «ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ» ενώ τη μικρότερη βαθμολογία είχαν οι διαστάσεις «ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ» και «ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ»

Στον πίνακα 18 δίνονται οι διαστάσεις της ποιότητας ζωής των ασθενών που αφορούν στη νόσο τους. Τα γραφήματα που αφορούν στη ανάλυση των διαστάσεων ποιότητας ζωής που αφορούν στη νεφροπάθεια παρουσιάζονται στο Παράρτημα 10.

Πίνακας 18. Διαστάσεις ποιότητας ζωής ασθενών- Ειδικό μέρος που αφορούν στη νόσο τους.

	<i>N</i>	<i>Ελάχιστη τιμή</i>	<i>Μέγιστη τιμή</i>	<i>Μέση τιμή</i>	<i>SD</i>
ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	174	.00	100.00	60.70	22.01
ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΑΣ	174	.00	100.00	41.88	20.99
ΦΟΡΤΟΣ ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΑΣ	174	.00	81.25	41.23	20.52
ΕΡΓΑΣΙΑ	174	.00	100.00	6.60	20.10
ΓΝΩΣΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ	174	.00	100.00	29.42	27.09
ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΠΙΔΡΑΣΗΣ	174	.00	93.33	39.42	18.57
ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ	174	.00	100.00	36.33	42.33
ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΝΟΥ	174	10.00	80.00	53.19	13.55
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ	174	.00	100.00	81.06	31.17
ΕΝΘΑΡΡΥΝΣΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	174	.00	100.00	89.15	18.95
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΑΠΟ ΤΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	174	.00	100.00	77.24	26.41
Valid N (listwise)	174				

Η μέση τιμή στη βαθμολογία των ασθενών στη διάσταση «ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ» ήταν 60.70 μονάδες ( $\pm 22.01$  μονάδες) και στη διάσταση «ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΑΣ» ήταν 41.88 μονάδες ( $\pm 20,99$  μονάδες). Επίσης, η μέση τιμή στη βαθμολογία της διάστασης «ΦΟΡΤΟΣ ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΑΣ» ήταν 41.23 μονάδες ( $\pm 20.52$  μονάδες), της διάστασης

«ΕΡΓΑΣΙΑ» ήταν 6.60 μονάδες ( $\pm 20.10$  μονάδες) και της διάστασης «ΓΝΩΣΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ» ήταν 29.42 μονάδες ( $\pm 27.09$  μονάδες). Ακόμα, η μέση τιμή των ασθενών στη βαθμολογία της διάστασης «ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΠΙΔΡΑΣΗΣ» ήταν 39.42 μονάδες ( $\pm 18.57$  μονάδες), της διάστασης «ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ» ήταν 36.33 μονάδες ( $\pm 42.33$  μονάδες) και της διάστασης «ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΝΟΥ» ήταν 53,19 μονάδες ( $\pm 13.55$  μονάδες). Τέλος, η μέση τιμή των ασθενών στη βαθμολογία της διάστασης «ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ» ήταν 81,06 μονάδες ( $\pm 31.17$  μονάδες), της διάστασης «ΕΝΘΑΡΡΥΝΣΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ» (Dialysis staff encouragement) ήταν 89.15 μονάδες ( $\pm 18.95$  μονάδες) και της διάστασης «ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΑΠΟ ΤΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ» (Patient satisfaction) ήταν 77.24 μονάδες ( $\pm 26.41$  μονάδες).

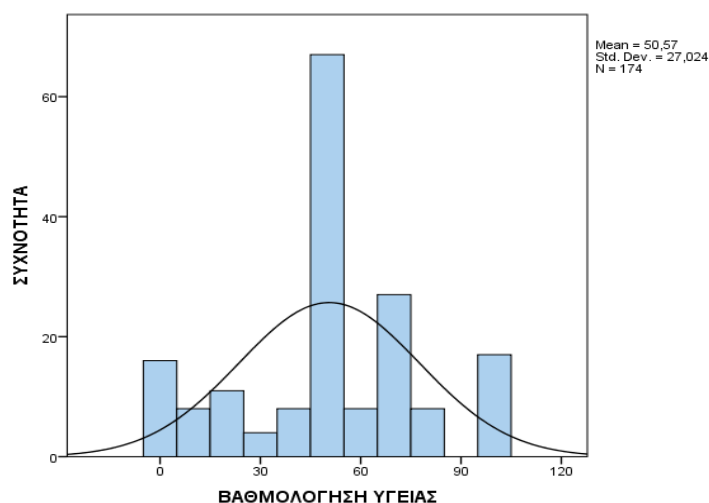
Στις διαστάσεις «ΕΝΘΑΡΡΥΝΣΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ», «ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ» και «ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΑΠΟ ΤΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ» δόθηκαν οι υψηλότερες βαθμολογίες με σκορ που κυμάνθηκε από 77-89 μονάδες. Αντίθετα η διάσταση «ΕΡΓΑΣΙΑ» είχε τη χαμηλότερη βαθμολόγηση με σκορ 6.6 μονάδες.

Στον πίνακα 19 παρουσιάζονται οι τιμές της κλίμακας βαθμολόγησης γενικής υγείας που αποτελεί χωριστή βαθμολογική μονάδα του ερωτηματολογίου. Στη διάσταση αυτή ο μέσος όρος της βαθμολογίας ήταν 50.57 μονάδες ( $\pm 27.02$  μονάδες). (Γράφημα 9)

Πίνακας 19. Κλίμακα βαθμολόγησης γενικής υγείας

	<i>N</i>	<i>Ελάχιστη τιμή</i>	<i>Μέγιστη τιμή</i>	<i>Μέση τιμή</i>	<i>SD</i>
ΒΑΘΜΟΛΟΓΗΣΗ ΥΓΕΙΑΣ	174	.00	100.00	50.57	27.02

Γράφημα 9. Βαθμολόγηση Υγείας



Όταν οι συμμετέχοντες ερωτήθηκαν πως αξιολογούσαν οι ίδιοι την υγεία τους, 7.5% των γυναικών απάντησαν ότι η υγεία τους ήταν καλή, 13.8% απάντησαν ότι η υγεία τους ήταν μέτρια και 8% αξιολόγησαν την υγεία τους ως κακή. Καμία από τις γυναίκες δεν αξιολόγησε την υγεία της ως πολύ καλή, σε αντίθεση με τους άνδρες που 6.9% αξιολόγησαν την υγεία τους ως πολύ καλή. Το ίδιο ποσοστό (6.9%) παρατηρήθηκε όταν οι άνδρες αξιολόγησαν την υγεία τους ως καλή. 29.3% των ανδρών αξιολόγησαν την υγεία τους ως μέτρια και 20.7% ως κακή. Συνολικά, 45.4% των ανδρών και των γυναικών απάντησαν ότι η υγεία τους ήταν μέτρια, και αυτό ήταν το υψηλότερο ποσοστό σε σχέση με τις άλλες κατηγορίες αξιολόγησης της υγείας (Πίνακας 20).

Πίνακας 20. Αξιολόγηση της υγείας κατά φύλο

			Φύλο			
			Γυναίκες	Άνδρες	Δεν απάντησαν	Σύνολο
Υγεία	Πολύ καλή	N	0	12	0	12
		% of Total	0.0%	6.9%	0.0%	6.9%
	Καλή	N	13	12	0	25
		% of Total	7.5%	6.9%	0.0%	14.4%
	Μέτρια	N	24	51	4	79
		% of Total	13.8%	29.3%	2.3%	45.4%
	Κακή	N	14	36	0	50
		% of Total	8.0%	20.7%	0.0%	28.7%
	Δεν απάντησαν	N	0	8	0	8
		% of Total	0.0%	4.6%	0.0%	4.6%
Σύνολο	N		51	119	4	174
	% of Total		29.3%	68.4%	2.3%	100.0%

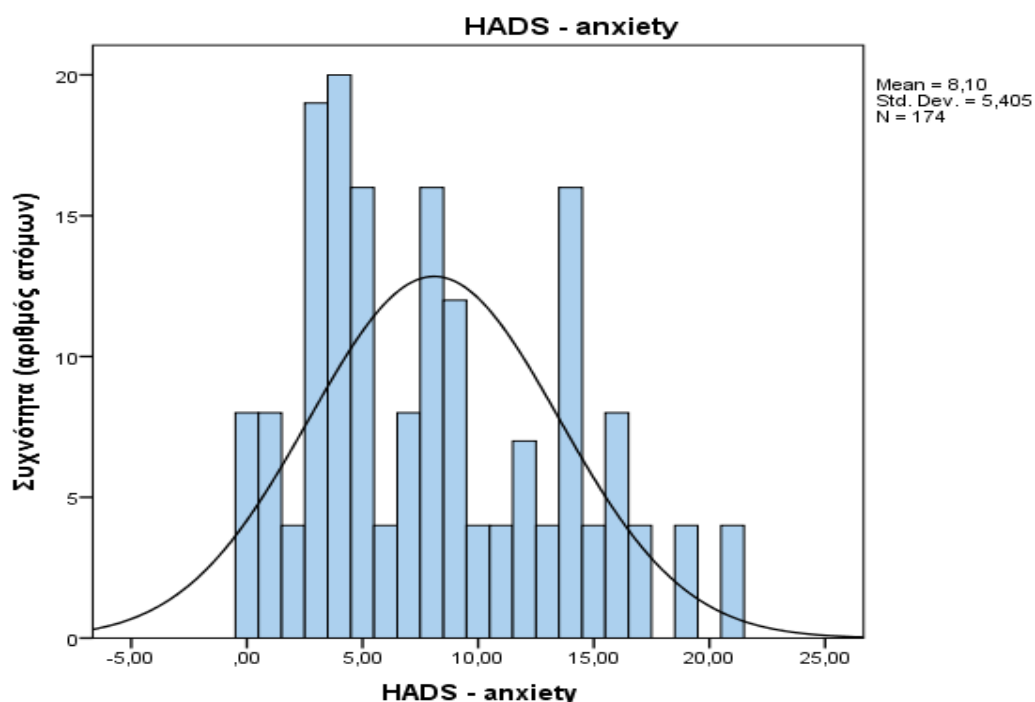
### 4.3 Παρουσίαση αποτελεσμάτων κλίμακας HADS-Anxiety

Η μέση τιμή του βαθμού άγχους όλων των συμμετεχόντων ήταν 8.1 ( $SD = 5.40$ ) (Πίνακας 21, Γράφημα 10) με κανονική κατανομή του δείγματος, ένδειξη ότι οι αρκετοί συμμετέχοντες έπασχαν από άγχος. Στον πίνακα 22 φαίνεται η καταγραφή των απαντήσεων της κλίμακας HADS-anxiety όπου διαπιστώνεται ότι 29.3% των ερωτηθέντων έδωσαν βαθμολογία μεγαλύτερη ή ίση με 11 μονάδες, βαθμολογία που υποδεικνύει υψηλά ποσοστά άγχους.

Πίνακας 21. Κλίμακες HADS-anxiety και HADS-depression

	<i>N</i>	<i>Ελάχιστη τιμή</i>	<i>Μέγιστη τιμή</i>	<i>Μέση τιμή</i>	<i>SD</i>
HADS-anxiety	174	.00	21.00	8.097	5.40
HADS-depression	174	.00	19.00	9.046	5.18

Γράφημα 10. Καταγραφή συχνότητας άγχους



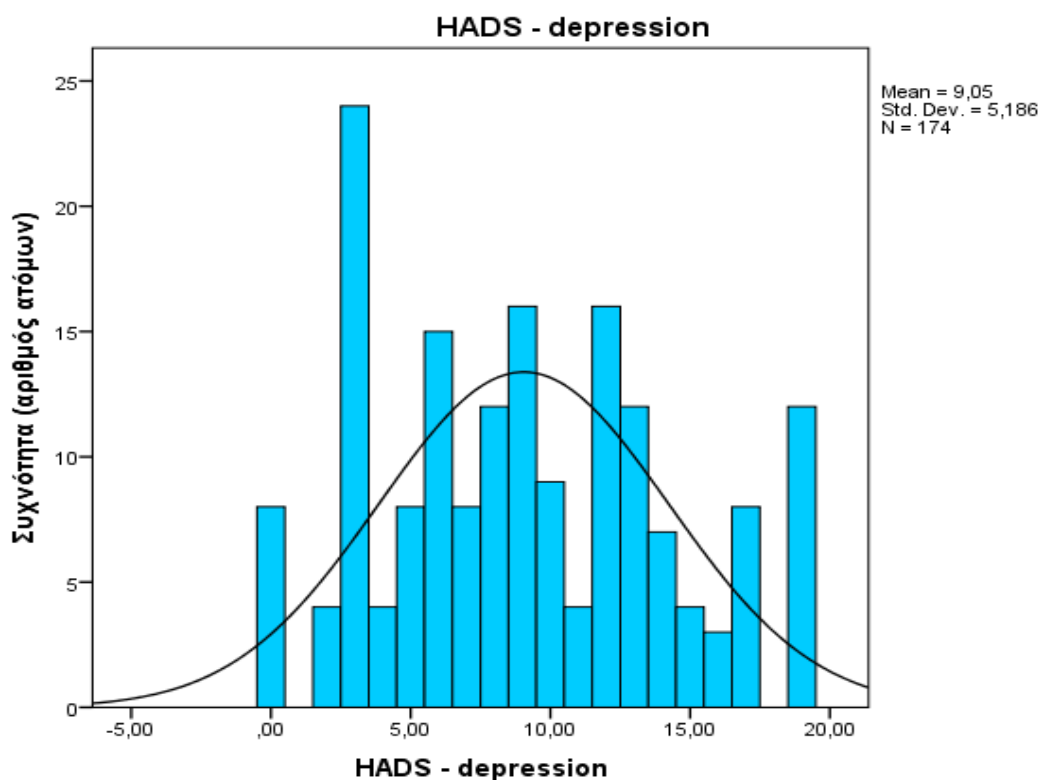
Πίνακας 22. Καταγραφή συχνότητας HADS- anxiety

Βαθμολόγηση		Αριθμός ατόμων	Ποσοστό %	Αθροιστικό ποσοστό %
Τιμή	.00	8	4,6	4,6
	1,00	8	4,6	9,2
	2,00	4	2,3	11,5
	3,00	19	10,9	22,4
	4,00	20	11,5	33,9
	5,00	16	9,2	43,1
	6,00	4	2,3	45,4
	7,00	8	4,6	50,0
	8,00	16	9,2	59,2
	9,00	12	6,9	66,1
	10,00	4	2,3	68,4
	11,00	4	2,3	70,7
	12,00	7	4,0	74,7
	13,00	4	2,3	77,0
	14,00	16	9,2	86,2
	15,00	4	2,3	88,5
	16,00	8	4,6	93,1
	17,00	4	2,3	95,4
	19,00	4	2,3	97,7
	21,00	4	2,3	100,0
Total		174	100,0	

## 4.4 Παρουσίαση αποτελεσμάτων κλίμακας HADS-Depression

Ο μέσος όρος της βαθμολογίας όλων των συμμετεχόντων για την κατάθλιψη ήταν 9.05 (SD =5.18) (Πίνακας 21, Γράφημα 11).

Γράφημα 11. Καταγραφή συχνότητας κατάθλιψης



Η καταγραφή της συχνότητας για την κλίμακα HADS- depression(Πίνακας 23) δεικνύει ότι 35.6% των ερωτηθέντων είχαν βαθμολόγηση για την κατάθλιψη μεγαλύτερη ή ίση του 11. Μόνο σε ποσοστό 39.2% η βαθμολογία ήταν κάτω από 7, δηλαδή μη παθολογική για κατάθλιψη.

Και οι δύο μετρήσεις της κλίμακας HADS (Άγχος/ Κατάθλιψη) παρουσιάζουν αμφίβολα αποτελέσματα, μη διαγνωστικά για άγχος ή κατάθλιψη, αφού ο μέσος όρος των διαταραχών αυτών κυμαίνεται μεταξύ 8 – 10 μονάδες. (Πίνακας 21).

Πίνακας 23. Καταγραφή συχνότητας HADS- depression

Βαθμολόγηση		Αριθμός ατόμων	Ποσοστό %	Αθροιστικό ποσοστό %
Τιμή	,00	8	4,6	4,6
	2,00	4	2,3	6,9
	3,00	24	13,8	20,7
	4,00	4	2,3	23,0
	5,00	8	4,6	27,6
	6,00	15	8,6	36,2
	7,00	8	4,6	40,8
	8,00	12	6,9	47,7
	9,00	16	9,2	56,9
	10,00	9	5,2	62,1
	11,00	4	2,3	64,4
	12,00	16	9,2	73,6
	13,00	12	6,9	80,5
	14,00	7	4,0	84,5
	15,00	4	2,3	86,8
	16,00	3	1,7	88,5
	17,00	8	4,6	93,1
	19,00	12	6,9	100,0
	Total	174	100,0	

## 4.5 Συσχέτιση των αποτελεσμάτων της κλίμακας HADS - anxiety και της HADS - depression με την κλίμακα KDQOL-SF

Στον Πίνακα 24 παρουσιάζεται η συσχέτιση των αποτελεσμάτων της κλίμακας HADS - anxiety και της HADS - depression με την κλίμακα KDQOL-SF.

Αρνητική συσχέτιση του άγχους και της κατάθλιψης παρουσιάζεται σε όλους τους τομείς των διαστάσεων του γενικού μέρους για την ποιότητα ζωής δεικνύοντας ότι το άγχος και η κατάθλιψη επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα ζωής των ατόμων με ΤΣΧΝΝ.

Πίνακας 24. Συσχέτιση HADS(anxiety/depression) με την κλίμακα KDQOL-SF (Γενικό μέρος)

KDQOL-SF/ ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	HADS – anxiety <i>R</i>	HADS – depression <i>R</i>
ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ	-.386**	-.490**
ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ	-.292**	-.372**
ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ	-.386**	-.431**
ΓΕΝΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	-.109	-.222**
ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	-.324**	-.373**
ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ	-.278**	-.354**
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ	-.373**	-.459**
ΖΩΤΙΚΟΤΗΤΑ	-.137	-.178*

\*.Σημαντική συσχέτιση στο 0.05 (2-tailed).

\*\* .Σημαντική συσχέτιση στο 0.01 (2-tailed).

Η συσχέτιση HADS – anxiety/depression με την κλίμακα KDQOL-SF (Ειδικό μέρος) είναι αρνητική σε όλους τους τομείς για την ποιότητα ζωής εκτός από την ΓΝΩΣΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ( $r = .660$ ,  $r = .668$  αντίστοιχα) και την ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ( $r = .384$ ,  $r = .411$  αντίστοιχα) (Πίνακας 25)

Πίνακας 25. Συσχέτιση HADS – anxiety/depression με την κλίμακα KDQOL-SF (Ειδικό μέρος)

KDQOL-SF/ ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	HADS - anxiety	HADS - depression
ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	-.491**	-.503**
ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΑΣ	-.454**	-.450**
ΦΟΡΤΟΣ ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΑΣ	-.546**	-.583**
ΕΡΓΑΣΙΑ	-.134	-.130
ΓΝΩΣΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ	.660**	.668**
ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΠΙΔΡΑΣΗΣ	.384**	.411**
ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ	-.163*	-.306**
ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΝΟΥ	-.134	-.349**
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ	-.125	-.232**
ΕΝΘΑΡΡΥΝΣΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	.012	-.006
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΑΠΟ ΤΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	-.260**	-.370**

\*.Σημαντική συσχέτιση στο 0.05 (2-tailed).

\*\*..Σημαντική συσχέτιση στο 0.01 (2-tailed).

### Συζήτηση - Συμπεράσματα

Ο σκοπός της παρούσας ποσοτικής έρευνας συσχέτισης, ήταν να διερευνηθεί κατά πόσο το άγχος και η κατάθλιψη, επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ασθενών με ΤΣΧΝΝ. Για τον σκοπό αυτό έχει χρησιμοποιηθεί ως δείγμα μέρος των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών σε νοσοκομεία της Κύπρου. Η συγκεκριμένη μέθοδος επιλέχθηκε εξαιτίας του χαμηλού κόστους και της αυξημένης και ευκολότερης πρόσβασης στις πληροφορίες. Το δείγμα που έχει χρησιμοποιηθεί αποτελείται από ενήλικες με ΤΣΧΝΝ οι οποίοι είχαν συμπληρώσει το 18<sup>ο</sup> έτος της ηλικίας τους, ήταν μόνιμοι κάτοικοι Κύπρου και κατείχαν την ελληνική γλώσσα. Για την συλλογή δεδομένων είχε χρησιμοποιηθεί το ερωτηματολόγιο KDQOL-SF, το οποίο έχει σταθμιστεί στην ελληνική γλώσσα από τον Κοντοδημόπουλο και συνεργάτες (Kontodimopoulos & Niakas, 2005) και αφορά την μέτρηση ποιότητας ζωής των ασθενών με ΤΣΧΝΝ και η κλίμακα HADS η οποία καταγράφει τη νοσοκομειακή μέτρηση του άγχους και κατάθλιψης, η οποία έχει σταθμιστεί στην ελληνική γλώσσα από τον Ι. Μιχόπουλο και συνεργάτες (Michopoulos et al, 2008). Για τον υπολογισμό των δεδομένων και της συσχέτισης με την μέτρηση της ποιότητας ζωής έχει χρησιμοποιηθεί ο συντελεστής συσχέτισης Pearson(*r*).

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας έχουν απαντήσει τα ερευνητικά ερωτήματα που τέθηκαν εξ αρχής:

1. Η νεφρική ανεπάρκεια επηρεάζει την ποιότητα ζωής των ασθενών με ΤΣΧΝΝ;
2. Υπάρχουν ανεπιθύμητες ή επιβλαβείς επιδράσεις στην υγεία των ασθενών με ΤΣΧΝΝ που να σχετίζονται με το άγχος;
3. Υπάρχουν ανεπιθύμητες ή επιβλαβείς επιδράσεις στην υγεία των ασθενών με ΤΣΧΝΝ που να σχετίζονται με και την κατάθλιψη ;

Έτσι, η έρευνα κατέδειξε ότι η βαθμολόγηση στις διαστάσεις ποιότητας ζωής τόσο του γενικού μέρους όσο και του ειδικού για τη νεφροπάθεια μέρους ήταν χαμηλή σχεδόν σε όλους τους τομείς που αφορούσαν τη γενική υγεία, λόγω χάριν τη λειτουργικότητα και τις σωματικές λειτουργίες, αλλά οι ασθενείς ανέφεραν ικανοποιητική ποιότητα ζωής στις διαστάσεις που αφορούσαν την κοινωνική υποστήριξη και τη στήριξη από το προσωπικό.

Αυτό θα μπορούσε να ερμηνευτεί πιθανόν από τη δεδομένη κοινωνική δομή της Κύπρου, όπου υπάρχει έντονο το στοιχείο της οικογένειας και της οικογενειακής στήριξης όπως επίσης και η παρουσία μικρών μονάδων αιμοκάθαρσης με ανάπτυξη διαπροσωπικών σχέσεων μεταξύ ασθενών και προσωπικού.

Σύμφωνα με τα ευρήματα της έρευνας η ποιότητα ζωής των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών με ΤΣΧΝΝ επηρεάζεται σημαντικά. Τα ευρήματα αυτά όπως έχουν παρουσιαστεί στις μετρήσεις της κλίμακας KDQOL-SF συνάδουν με έρευνες που έχουν δείξει ότι οι ασθενείς με ΤΣΧΝΝ παρουσιάζουν σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα λειτουργικότητας της υγείας τους λόγω των σωματικών αλλαγών που επέρχονται από την ΤΣΧΝΝ, την παρέμβαση της θεραπευτικής μεθόδου και των διατροφικών περιορισμών στην ζωή τους (Coelho-Marque, Wagner, Figueiredo, & d'Avila, 2006).

Η ΤΣΧΝΝ δεν επηρεάζει μόνο την σωματική υγεία αλλά και την ψυχική υγεία επηρεάζοντας αρνητικά την ποιότητα ζωής. Οι Campel, Converse, και Rodgers (1976) υποστήριξαν ότι η φτωχή υγεία επηρέασε σημαντικά την ποιότητα ζωής όταν παρέμβαινε στην καθημερινότητα του ατόμου. Η παρουσία της ΤΣΧΝΝ και της θεραπευτικής διαδικασίας της αιμοκάθαρσης, απαιτεί αρκετό χρόνο από την καθημερινότητα ενός ατόμου και είναι επίσης μια συστηματική υπενθύμιση της κατάστασης της υγείας του ατόμου. Ένα άτομο με ΤΣΧΝΝ, για να είναι ικανοποιημένο με την υγεία και την λειτουργικότητα του απαιτείται χρόνος, ποιοτική ιατρική φροντίδα και ψυχική υγεία.

Ακόμη μία πτυχή της υγείας και της λειτουργικότητας ενός ασθενή με ΤΣΧΝΝ είναι η σεξουαλική δραστηριότητα. Έρευνες έχουν δείξει ότι η σεξουαλική δραστηριότητα στα άτομα με ΤΣΧΝΝ μειώνεται με την έναρξη θεραπείας. Η σεξουαλική δυσλειτουργία είναι συχνό φαινόμενο στους ασθενείς με ΤΣΧΝΝ. Οι Yazici et al. (2009), ανέφεραν ότι «50% των ουραιμικών ανδρών παραπονούνται για προβλήματα στην στύση, ενώ, ακόμη μεγαλύτερο ποσοστό ανδρών και γυναικών δηλώνουν μειωμένη λίμπιντο και σημαντική μείωση στην συχνότητα σεξουαλικής επαφής» με αποτέλεσμα να επηρεάζεται η ποιότητα ζωής των ασθενών με ΤΣΧΝΝ και να παρουσιάζουν κατάθλιψη.

Από τη συσχέτιση της ποιότητας ζωής, του άγχους και της κατάθλιψης διαφάνηκε ότι τόσο η κατάθλιψη όσο και το άγχος επηρεάζουν αρνητικά όχι μόνο την ποιότητα ζωής των ασθενών με ΤΣΧΝΝ αλλά και την προσαρμογή τους στην θεραπεία και κατ' επέκταση την επιβίωση

τους (Martin & Thompson, 2000). Γενικά η ψυχική υγεία είναι ένα εμπόδιο στην ομαλή προσαρμογή των ατόμων με ΤΣΧΝΝ στην θεραπεία τους. Ο επιπολασμός της κατάθλιψης στους ασθενείς με ΤΣΧΝΝ είναι υψηλός αφού 12 – 40% των ασθενών με ΤΣΧΝΝ ανταποκρίνονται στα διαγνωστικά κριτήρια των διαταραχών της διάθεσης με τα συμπτώματα κατάθλιψης να υπερτερούν (Christensen et al., 2002). Επομένως, θεωρείται σημαντική η έγκαιρη διάγνωση των διαταραχών ψυχικής υγείας και η έγκαιρη παρέμβαση ώστε να διασφαλιστεί ότι οι ασθενείς με ΤΣΧΝΝ θα επιβιώσουν και θα ζήσουν μια υγιή ζωή. Με το ίδιο τρόπο και το άγχος επηρεάζει την ποιότητα ζωής των ασθενών με ΤΣΧΝΝ. Οι ασθενείς με ΤΣΧΝΝ είναι συνεχώς σε αναμονή να αντεπεξέλθουν σε κάθε απρόβλεπτη τροπή της υγείας τους (Juneau, 1995). Οι Pelletier-Hibbert και Sohi (2001) βρήκαν ότι η αβεβαιότητα για το μέλλον είναι μια τεράστια πηγή άγχους για τους ασθενείς με ΤΣΧΝΝ. Το ίδιο και οι Starzomski και Hilton (2000), οι οποίοι δήλωσαν ότι η διαχείριση της αβεβαιότητας όταν κάποιος νοσεί είναι άθλος. Όταν τα γεγονότα αρχίσουν να γίνονται πιο οικεία τότε η αβεβαιότητα μπορεί να προληφθεί ή να μειωθεί (Starzomski & Hilton, 2000). Κατ' επέκταση, όσο περισσότερο καιρό ο ασθενής βιώνει την ασθένεια του, τόσο λιγότερο θα νιώθει την αβεβαιότητα. Κατά τους Starzomski και Hilton (2000) η ενημέρωση και η στήριξη βοηθούν στην μείωση της αβεβαιότητας. Οι Lindqvist et al. (2000) συμπέραναν ότι οι πιο συχνοί παράγοντες άγχους που βιώνουν οι ασθενείς με ΤΣΧΝΝ είναι το κόστος νοσηλείας, η αύξηση βάρους, οι μακροχρόνιες αντενδείξεις των φαρμάκων, οι αλλαγές στο παρουσιαστικό που πιθανόν να επηρεάσουν την κοινωνική ζωή, η μείωση της σωματικής δραστηριότητας, ο φόβος για επαναλαμβανόμενες νοσηλείες, ο φόβος των λοιμώξεων, και η αβεβαιότητα για το μέλλον. Οι Monroe και Raiz (2005) ανέφεραν άλλες επιπρόσθετες ανησυχίες όπως η σεξουαλική δυσλειτουργία και η κατάθλιψη. Οι Achille et al., (2004) ανέφεραν πέντε κατηγορίες ως παράγοντες άγχους: την αβεβαιότητα για το μέλλον, τα οικονομικά, τις αντενδείξεις της φαρμακοθεραπείας και τον σωματικό περιορισμό, τις διαπροσωπικές σχέσεις και την ιατρική φροντίδα και τις σχέσεις με το ιατρικό προσωπικό.

### **Περιορισμοί της μελέτης**

Μεθοδολογικά προβλήματα τα οποία πιθανόν να έχουν επηρεάσει τα αποτελέσματα της έρευνας περιλαμβάνουν την απουσία ελέγχου των κοινωνικό-δημογραφικών παραγόντων, της χρονικής διάρκειας της θεραπείας, της αιτίας της νεφρικής ανεπάρκειας, των συναφών παθήσεων και της σοβαρότητας της νόσου.

Ένας επιπλέον παράγοντας που δυνατόν να επηρεάσει τα αποτελέσματα αφορά το γεγονός ότι όλοι οι συμμετέχοντες ήταν Κύπριοι. Η νεφρική νόσος επηρεάζει όλες τις εθνικότητες, κατ' επέκταση θα ήταν ιδανικό να διερευνηθούν και άλλες εθνικότητες πέραν της Κυπριακής. Ως εκ τούτου, τα δεδομένα ενδέχεται να μην αντικατοπτρίζουν τις εμπειρίες όλων των ασθενών με ΤΣΧΝΝ.

## **Εισηγήσεις**

Έχει παρατηρηθεί ότι ο επιπολασμός της ΤΣΧΝΝ έχει αυξηθεί ανά το παγκόσμιο και εν μέρει οφείλεται στην αύξηση του επιπολασμού του σακχαρώδη διαβήτη και της υπέρτασης. Είναι επομένως επάναγκες να γίνει σε επίπεδο πολιτικής ηγεσίας εφαρμογή προγραμμάτων διαφώτισης, πρόληψης και έγκαιρης θεραπείας των συγκεκριμένων παθήσεων, με στόχο την πρόληψη και της ΧΝΝ.

Η ανάπτυξη και η προαγωγή των μεθόδων της περιτοναϊκής κάθαρσης και της μεταμόσχευσης θα επιφέρει επωφελή αποτελέσματα τόσο στα συστήματα υγείας λόγω της εξοικονόμησης πόρων, όσο και στους ασθενείς λόγω βελτίωσης της ποιότητας ζωής τους.

Η ανάπτυξη μονάδων ψυχολογικής υποστήριξης για τους ασθενείς και το περιβάλλον τους πριν ακόμη αυτοί ενταχθούν σε πρόγραμμα υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας, δηλαδή η έγκαιρη ενημέρωση και ψυχολογική παρέμβαση, δυνατόν να επιφέρει βελτίωση της ποιότητας ζωής, δεδομένης της ανάγκης για προσαρμογή. Επειδή η προσαρμογή είναι μια διαδικασία που εξελίσσεται κατά την πάροδο του χρόνου, θα ήταν ενδιαφέρον να χρησιμοποιηθεί ένα διάμηκες σχέδιο για τη μελέτη της προσαρμογής των ασθενών με ΧΝΝ, καθώς εξελίσσεται μέσα από τα στάδια της νεφρικής νόσου και της θεραπείας της. Η ανάπτυξη ενός ολιστικού τρόπου αξιολόγησης της προσαρμογής των ασθενών με ΤΣΧΝΝ θα είναι αποτελεσματική για την έγκαιρη ανίχνευση και θεραπεία των απαιτήσεων της προσαρμογής.

Λίγες έρευνες έχουν μελετήσει την ΤΣΧΝΝ στις γυναίκες, γι' αυτό και απαιτείται περαιτέρω διερεύνηση του γυναικείου πληθυσμού σε σχέση με την ποιότητα ζωής του άγχους και της

κατάθλιψης (Lew & Patel, 2007). Επίσης, απαιτείται όπως διερευνηθούν περισσότερο οι διάφορες παρεμβατικές μέθοδοι οι οποίες βοηθούν το κάθε φύλο ξεχωριστά να αντεπεξέλθει με την ΤΣΧΝΝ. Στην παρούσα μελέτη δεν έχουν μελετηθεί ασθενείς με τελικού σταδίου χρόνια νεφρική νόσο που ακολούθησαν άλλη μέθοδο υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας (περιτοναϊκή κάθαρση ή μεταμόσχευση) και η συσχέτιση της ποιότητας ζωής τους με την κατάθλιψη και το άγχος . Η διερεύνηση και δημοσιοποίηση αυτών των ερωτημάτων πιθανόν να δώσει επιπλέον κίνητρο τόσο στον ιατρικό κόσμο να προωθεί τις θεραπείες αυτές όσο και τους ασθενείς να τις επιλέγουν αλλά και στα θεσμικά όργανα του κράτους να τις προάγουν και να τις διευρύνουν.

Δεδομένου ότι οι επιπτώσεις της νεφρικής νόσου και η θεραπεία της επηρεάζουν ολόκληρη την οικογένεια, η συμπερίληψη των μελών της οικογένειας σε μελλοντικές μελέτες θα ήταν πολύτιμη.

# Βιβλιογραφία – Ξενόγλωσση

- Achille M. A., Oullette A., Fournier S., Hebert M. J., Girardin C., & Paquet M. (2004), Impact of transplant-related stressors and feelings of indebtedness on psychosocial adjustment following kidney transplantation. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings* 11: 63-73.
- Agyei-Mensah, S., & de-Graft Aikins, A. (2010), Epidemiological transition and the double burden of disease in Accra, Ghana. *J Urban Health* 87: 879–97.
- Aiken, L. S., & West, S. G. (1991). *Multiple regression: Testing and interpreting interactions*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- AKF (2012). End Stage Renal Disease. Retrieved from <http://www.kidneyfund.org/kidney-health/kidney-failure/end-stage-renal-disease.html>
- Alavi, N. M., Aliakbarzadeh, Z., Sharifi, K. (2009), Depression, anxiety, activities of daily living, and quality of life scores in patients undergoing renal replacement therapies. *Transplant Proc* 41 (9): 3693–3696.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fifth Edition*. Arlington VA. American Psychiatric Publishing
- Andrews, F., Whitney, S. B. (1974), *Social indicators of Well-being: Americans Perceptions of Life Quality*. New York: Plenum Press.
- Anees, M., Hameed, F., Mumtaz, A., Ibrahim, M., & Khan, M. (2011), Dialysis-related factors affecting quality of life in patients on haemodialysis. *Iranian Journal of Kidney Diseases* 5 (1): 9-14.
- Arogundade, F. A., Barsoum, R. S. (2008), CKD prevention in sub-Saharan Africa: a call for governmental, nongovernmental, and community support. *Am J Kidney Dis* 51: 515–23.
- Athuraliya, N. T., Abeysekera, T. D., Amerasinghe, P. H., Kumarasiri, R., Bandara, P., Karunaratne, U., Milton, A. H., Jones, A. L. (2011), Uncertain aetiologies of proteinuric-chronic kidney disease in rural Sri Lanka. *Kidney Int* 80 (11): 1212-21. <http://dx.doi.org/10.1038/ki.2011.258>.
- Ayodele, O. E., Alebiosu, C. O. (2010), Burden of chronic kidney disease: an international perspective. *Adv Chronic Kidney Dis* 17: 215–24.
- Baguelin-Pinaud A, Moinier D, Fouldrin G, Le Roy F, Etienne I, Godin M, et al.(2009), Renal transplantation, anxiety and depressive disorders and quality of life. *Encéphale*, 35(5):429–435.
- Bohlke M., Nunes D. L., Marini S. S., Kitamura C., Andrade M., & Von-Gysel M. P. O. (2008), Predictors of quality of life among patients on dialysis in southern Brazil. *Sao Paulo Medical Journal* 126 (5): 252-256.

- Bonomi, A. E., Patrick, D. L., Bushnell, D. M. (2000), Validation of the United States' version of the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) instrument. *J Clin Epidem* 53: 19-23.
- Brazilian Society of Nephrology (2008). Retrieved from:  
<http://ghdx.healthdata.org/record/brazilian-society-nephrology-dialysis-census-2008>
- Brunori,G., Viola,B.F., Parrinello,G et.al. (2007) Efficacy and Safety of a Very Low Protein Diet When postponing Dialysis in the Elderly: a prospective Randomized Multicenter Controlled Study. *Am. J. Kidney. Disease* 49:569-580.
- Bullinger, M., Alonso, J. Apolone, G., Leplege, A., Sullivan, M., Wood-Dauphinee, S. et.al (1998), Translating health status questionnaires and evaluating their quality: The IQOLA project approach. *Journal Clin. Epidemiol* 51: 913-923.
- Campel, A., Converse, P. E., Rodgers, W. L. (1976), *The quality of American life:perceptions, evaluations and satisfactions*. New York: Russel Sage Foundation.
- Chadban, S. J., et al. (2003), Prevalence of kidney damage in Australian adults: the AusDiab kidney study. *J Am Soc Nephrol* 14 (7 Suppl 2): S131–8.
- Chilcot, J., Wellsted, D., Da Silva-Gane, M., & Farrington, K. (2008), Depression on dialysis. *Nephron Clinical Practice* 108: c256–c264.
- Christensen A. J., Ehlers S. L., Wiebe J. S., Moran P. J., Raichle K., Ferneyhough K., & Lawton W. J. (2002), Patient personality and mortality: a 4-year prospective examination of chronic renal insufficiency. *Health Psychology* 21 (4): 315.
- Christodoulou C, Michopoulos J, Tournikioti K, Douzenis A, Bouras G, Seretis D, Kontaxakis V, Lykouras L.(2010). Hospital anxiety and depression scale. A quantitative analysis in medical outpatients, psychiatric outpatients and normal subjects. *Psychiatriki*. 2010 Oct-Dec;21(4):279-86.
- Coelho-Marques F. Z., Wagner M. B., Poli de Figueiredo C. E., & d'Avila D. O. (2006) Quality of life and sexuality in chronic dialysis female patients. *Int J Impot Res* 18 (6): 539-43
- Coresh, J, & et al. (2007). Prevalence of chronic kidney disease in the United States. *JAMA: The Journal of the American Medical Association* 298 (17): 2038-2047. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.298.17.2038>
- Cukor, D., Coplan, J., Brown, C. et.al.(2006) Depression and Anxiety in Urban Haemodialysis Patients. *Nat. Clin. Pract. Nephrol.* :678-687.
- Curtin R. B., Bultman D. C., Thomas-Hawkins C., Walters B. A., & Schatell D. (2002), Hemodialysis patients' symptom experiences: Effects on physical and mental functioning. *Nephrology Nursing Journal* 29 (6): 562-574.

- Dew, M. A., Switzer G. E., Goycoolea, J. M., Allen, A. S., DiMartini, A., Kormos, R. L., et al. (1997), Does transplantation produce quality of life benefits? A quantitative analysis of the literature. *Transplantation* 64 (9): 1261–1273.
- Di Marco, F., Verga, M., Reggeta, M. M., Casanova, F., Santus, P., Blasi, F. (2006) Anxiety and Depression in COPD Patients: The Role of Gender and Disease Severity. *Respiratory Medicine* 100 (10): 1767-1774.
- Dinsa, G. D., Goryakin, Y., Fumagalli, E., Suhrcke, M. (2012), Obesity and socioeconomic status in developing countries: a systematic review. *Obesity Rev* 13: 1067–79.
- Elder, S. J., Pisoni, R. L., Akizawa, T., Fissell, R., Andreucci, V. E., Fukuhara, S., Kurokawa, K., Rayner, H. C., Furniss, A. L., Port, F. K., Saran, R. (2008), Sleep quality predicts quality of life and mortality risk in haemodialysis patients: results from the Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS). *Nephrol Dial Transplant* 23: 998-1004.
- Engelgau, M. M., El-Saharty, S., Kudesia, P., Rajan, V., Rosenhouse, S., Okamoto K. (2011), Regional aging and disease burden. In: *Capitalizing on the demographic transition: tackling noncommunicable diseases in South Asia*. Washington, DC: World Bank 15–40.
- ERCPA (2015), ERCPA facts and figures. Retrieved from <http://ercpa.eu/facts-figures/>
- Feehally J. (2005), Ethnicity and renal disease. *Kidney International* 68: 414–24.
- Ferrans C. E. (1990), Development of a quality of life index for patients with cancer. *Oncology Nursing Forum* 17 (3): 15-19.
- Ferrans, C. E. (1996), Development of a conceptual model of quality of life. *Research and Theory for Nursing Practice*, 10 (3), 293-304.
- Ferrans, C. & Powers, M. (1993), Quality of life of hemodialysis patients. *American Nephrology Nurse's Association Journal* 20 (5): 575-581.
- Fields, L. E., Burt, V. L., Cutler, J. A., Hughes, J., Roccella, E. J., & Sorlie, P. (2004), The Burden of Adult Hypertension in the United States 1999 to 2000. *Hypertension* 44 (4): 398-404. <http://dx.doi.org/10.1161/01.hyp.0000142248.54761.56>
- Fink, H. A., Ishani, A., Taylor, B. C., et al. (2012), Chronic Kidney Disease Stages 1–3: Screening, Monitoring, and Treatment [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2012 Jan. (Comparative Effectiveness Reviews, No. 37.) Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK84564/>
- Fox, R. C., Swazey, J. P., & Cameron, E. M. (1980), Social and ethical problems in the treatment of end-stage renal disease patients. In *Controversies in Nephrology and Hypertension*, Ed. R. G. Narins. New York: Churchill Livingstone, 45-70.
- Fox R. I., Howell F. V., Bone R. C., & Michelson P. E. (1984), Primary Sjogren syndrome: clinical and immunopathologic features. In *Seminars in arthritis and rheumatism* (Vol. 14, No. 2, pp. 77-105). WB Saunders.

- Franke, G. H., Heemann, U., Kohnle, M., et al. (2000) Quality of life in patients before and after kidney transplantation. *Psychology Health* 14: 1037–1049.
- Franke, G. H., Reimer, J., Philipp, T., & Heemann, U. (2003), Aspects of quality of life through end-stage renal disease. *Quality of Life Research* 12: 103–115.
- Frenk, J., Lozano, R., Bobadilla, J. L. (1994), The epidemiological transition in Latin America. *Notas Poblacion* 22: 79–101 (in Spanish).
- Fujisawa, M., Ichikawa, Y., Yoshiya, K., Isotani, S., Higuchi, A., Nagano, S. et al. (2000), Assessment of health-related quality of life in renal transplant and hemodialysis patients using the SF-36 health survey. *Urology* 56 (2): 201–206.
- Fukuhara, S., Lopes, A., Bragg-Gresham, J., Kurokawa, K., Mapes, D., Akizawa, T., Bommer, J., Canaud, B., Port, F., & Held, P. (2003). Health-related quality of life among dialysis patients on three continents: The dialysis outcomes and practice patterns study. *Kidney International*, 64: 1903-1910.
- Fukuhara, S., Yamazaki, S., Marumo, F., Akiba, T., Akizawa, T. Fujimi, S., Haruki, S., Kawaguhi, Y., Nihei, H., Shoji, T., & Maeda, T. (2007), Health-related quality of life of pre-dialysis patients with chronic renal failure. *Nephron Clinical Practice* 105: cl-c8.
- Gayle F, Soyibo AK, Gilbert DT, Manzanares J, Barton EN.(2009) Quality of life in end stage renal disease: A multicentre comparative study. *West Indian Med J.* 2009; 58(3):235–242.
- Gilbar O., Or-Han K., & Plivazky N. (2005), Mental adjustment, coping strategies, and psychological distress among end-stage renal disease patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 58 (6): 471-476.
- Gorodetskaya, I., Zenios, S., McCulloch, C. E., Bostrom, A., Hsu, C., Bindman, A. B., Go, A. S., & Chertow, G. M. (2005), Health-related quality of life and estimates of utility in chronic kidney disease. *Kidney International* 68: 2801-2808.
- Gregg, Ew., & et al. (2005), Secular trends in cardiovascular disease risk factors according to body mass index in us adults. *JAMA: The Journal of the American Medical Association* 293 (15): 1868-1874. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.293.15.1868>
- Griva, K., Jayasena, D., Davenport, A., et al. (2009), Illness and treatment cognitions and health related quality of life in end stage renal disease. *British Journal of Health Psychology* 14 (1): 17–34.
- Guillemin, F., Bombardier, C., Beaton, D. (1993), Cross-cultural adaptation of health related quality of life measures: Literature review and proposed guidelines. *Journal Clin Epidemiol* 46:1417-1432.
- Guiton, A. (1992) *Human Physiology and Mechanisms of disease*(5<sup>th</sup> Ed). W.B. Saunders Company: Philadelphia.

- Gusbeth-Tatomir P, Boisteanu D, Seica A, Buga C, Covic A. (2007), Sleep disorders: a systematic review of an emerging major clinical issue in renal patients. *Int Urol Nephrol* 39: 1217-1226.
- Hagren B., Pettersen I. M., Severinsson E., Lützén K., & Clyne N. (2001), The haemodialysis machine as a lifeline: experiences of suffering from end-stage renal disease. *Journal of advanced nursing* 34 (2): 196-202.
- Hajjar I, K. T. A. (2003), Trends in prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in the united states, 1988-2000. *JAMA: The Journal of the American Medical Association* 290 (2): 199-206. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.290.2.199>
- Hallan, S. I., et al. (2006), International comparison of the relationship of chronic kidney disease prevalence and ESRD risk. *J Am Soc Nephrol* 17 (8) : 2275–84.
- Halen, N. V., Cukor, D., Constantiner, M., Kimmel, P. L. (2012), Depression and mortality in end-stage renal disease. *Curr Psychiatry Rep* 14: 36-44.
- Hayashino, Y., Fukuhara, S., Akiba, 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. *Diabetic Medicine* 26 (9): 921–927.
- Hays,R. Kallich,JD., Mapes,DL., Coons,SJ., Carter,WB.(1994) Development of the Kidney Disease Quality of Life ( KDQOL) Instrument. *Qual Life Res.*3:329-338.
- Hays, R., Kallich, J. D., Mapes, D. L., Coons,S. J., Amin, N., Carter,W. B. (1995), Development of the Kidney Disease Quality of Life Short Form (KDQOL-SF)Version 1.3: A Manual for Use and Scoring. Santa Monica, CA: RAND Corporation.
- Healthpeople.gov. (2010).
- Hsu C. Y., Lin F., Vittinghoff E., & Shlipak M. G. (2003), Racial differences in the progression from chronic renal insufficiency to end-stage renal disease in the United States. *Journal of the American Society of Nephrology* 14 (11): 2902-2907.
- Ibrahim, M. M., Damasceno, A. (2012), Hypertension in developing countries. *Lancet* 380: 611–19.
- Iliescu, E. A., Coo, H., McMurray, M. H., Meers, C. L., Quinn, M. M., Singer, M. A., Hopman, W. M. (2003), Quality of sleep and health-related quality of life in haemodialysis patients. *Nephrol Dial Transplant* 18: 126-132.
- International Society of Nephrology (2013). KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. Vol 3: issue 1 Retrieved from : <http://www.kidney-international.org>  
[http://www.kdigo.org/clinical\\_practice\\_guidelines/pdf/CKD/KDIGO\\_2012\\_CKD\\_GL.pdf](http://www.kdigo.org/clinical_practice_guidelines/pdf/CKD/KDIGO_2012_CKD_GL.pdf)
- Israel, M. (1986) Depression in Dialysis Patients: A Review of Psychological Factors. *Can. J. Psychiatry* 31:445-451.

- Jay, C. L., Butt, Z., Ladner, D. P., Skaro, A. I., Abecassis, M. M. (2009), A review of quality of life instruments used in liver transplantation. *J Hepatol* 51 (5): 949–959.
- Jha, V. (2004), End-stage renal care in developing countries: the India experience. *Ren Fail* 26: 201–08.
- Jha V. (2009), Current status of chronic kidney disease care in southeast Asia. *Semin Nephrol* 29: 487–96.
- Joshi, V. D., (Mooppil, N., & Lim, F. Y. L. (2010), Validation of the Kidney Disease Quality of Life-Short Form: a cross-sectional study of a dialysis-targeted health measure in Singapore. *BMC Nephrology* 11: 36. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2369-11-36>
- Juneau B. (1995), Psychologic and psychosocial aspects of renal transplantation. *Critical Care Nursing Quarterly* 17 (4).
- Kamel, E. G. & El-Minshawy, O. (2010), Environmental Factors Incriminated in the Development of End Stage Renal Disease in El-Minia Governorate, Upper Egypt. *Int J Nephrol Urol*, 2 (3): 431-437
- Kearney, P. M., Whelton, M., Reynolds, K., Muntner, P., Whelton, P. K., He, J. (2005), Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. *Lancet* 365: 217–23.
- Kim, J. Y., Kim, B., Park, K. S., Choi, J. Y., Seo, J. J., Park, S. H., & Kim, C. H., Kim, Y. L. (2013), Health-related quality of life with KDQOL-36 and its association with self-efficacy and treatment satisfaction in Korean dialysis patients. *Qual Life Res* 22: 753–758. <http://dx.doi.org/10.1007/s11136-012-0203-x>
- Kimmel, P. (2002) Depression in Patients With Chronic Renal Disease: What we Know and What we Need to Know. *Journal of Psychosomatic Research* 53:951-956
- Kimmel, P. L., Emont, S. L., Newmann, J. M., Danko, H., & Moss, A. H. (2003). ESRD patient quality of life: symptoms, spiritual beliefs, psychosocial factors, and ethnicity. *American Journal of Kidney Diseases* 42 (4): 713-721.
- Kimmel, P. L., Patel, S. S. (2006), Quality of life in patients with chronic kidney disease: Focus on end-stage renal disease treated with hemodialysis. *Seminars in Nephrology* 26: 68.
- Kimmel P. L., Peterson R. A., Weihs K. L., Simmens S. J., Alleyne S., Cruz I., & Veis J. H. (2000), Multiple measurements of depression predict mortality in a longitudinal study of chronic hemodialysis outpatients. *Kidney international*, 57 (5): 2093-2098.
- Kimmel, P. L., Weihs, K., & Peterson, R. A. (1993), Survival in haemodialysis patients: the role of depression. *Journal of American Social Nephrology* 4: 12-27. In Chilcot, J., Wellsted, D., Silva-Gane, M., & Farrington, K. (2008), Depression on dialysis. *Nephron Clinical Practice* 108: c256-c264.

- Kontodimopoulos ,N., Niakas, D. (2005) Determining the basic psychometric properties of the Greek KDQOL-SF. *Quality of Life Research* (2005) 14: 1967–1975.
- Kuyken, W., Orley, J., Power, M., et al. (1995), The world health organization Quality of Life assessment (WHOQOL): Position paper from the world health organization. *Social Science and Medicine* 41: 1403–1409.
- Landreneau, K., Lee, K., Landreneau, M. D. (2010), Quality of life in patients undergoing hemodialysis and renal transplantation—a meta-analytic review. *Nephrol Nurs J* 37 (1): 37–44.
- Levey, A. & Coresh, J. (2012), Chronic kidney disease. *The Lancet* 379 (9811): 165-180.
- Levey A. S., Stevens L. A., Schmid C. H., Zhang Y. L., Castro A. F. 3rd, Feldman H. I., Kusek J. W., Eggers P., Van Lente F., Greene T., Coresh J. (2009), A new equation to estimate glomerular filtration rate. CKD-EPI (Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration). *Ann Intern Med.* 150 (9): 604-12.
- Levy, N. B. (1979), The chronically ill patient. *Psychiatry Quarterly* 51: 189-197.
- Lew S.Q., Patel S. S. (2007), Psychosocial and quality of life issues in women with end-stage renal disease. *Advances in chronic kidney disease* 14 (4): 358-363.
- Licht, M. H. (1995). Multiple regression and correlation. In L. G. Grimm and P. R. Yarnold (Eds.), *Reading and understanding multivariate statistics* (pp. 19-64). Washington, DC: American Psychological Association.
- Lindqvist R., Carlsson M., & Sjöden P. O. (2000), Coping strategies and health-related quality of life among spouses of continuous ambulatory peritoneal dialysis, haemodialysis, and transplant patients. *Journal of Advanced Nursing*, 31 (6): 1398-1408.
- Lipscombe, L. L., & Hux, J. E.(2007) Trends in diabetes prevalence, incidence, and mortality in Ontario, Canada 1995–2005: a population-based study. *Lancet* ; 369: 750–56.
- Lopes, A., Bragg-Gresham, J., Goodkin, D., Fukuhara, S., Mapes, D., Young, E., Gillespie, B., Akizawa, T., Greenwood, R., Andreucci, V., Akiba, T., Held, P., & Port, F. (2006), Factors associated with health-related quality of life among hemodialysis patients in the DOPPS. *Quality Life Res* 16: 545-557.
- Lopes J. A., Jorge S., Resina C., Santos C., Pereira Á., Neves J., Prata M. M. (2007), Acute renal failure in patients with sepsis. *Crit Care* 11 (2): 411.
- Lozano, R., Naghavi, M., Foreman, K., et al. ( 2013) Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*; 380: 2095–128.
- Machiraju, R. S., Yaradi, K., Gowrishankar, S., Edwards, K. L., Attaluri, S., Miller, F. et al. (2009), Epidemiology of Udhanam Endemic Nephropathy. *J Am Soc Nephrol* 20: 643A.

- Maglakelidze, N., Pantsulaia, T., Tchokhanelidze, I., Managadze, L., Chkhotua, A. (2011), Assessment of health-related quality of life in renal transplant recipients and dialysis patients. *Transplant Proc* 43 (1): 376–379.
- Martin C. R., & Thompson D. R. (2000), Prediction of quality of life in patients with end-stage renal disease. *British Journal of Health Psychology* 5 (1): 41-55.
- Matas, A. J., Halbert, R. J., Barr, M. L., Helderman, J. H., Hricik, D. E., Pirsch, J. D., ... Ferguson, R. M. (2002), Life satisfaction and adverse effects in renal transplant recipients: A longitudinal analysis. *Clinical Transplantation* 16:113 –121.
- Matsushita K., Selvin E., Bash L. D., Astor B. C., & Coresh J. (2010), Risk implications of the new CKD Epidemiology Collaboration (CKD-EPI) equation compared with the MDRD Study equation for estimated GFR: the Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) Study. *American journal of kidney diseases* 55 (4): 648-659.
- McClellan W. M. (2005), Epidemiology and risk factors for chronic kidney disease. *Med Clin North Am* 89 (3): 419-45.
- Michopoulos, I., Douzenis, A., Kalkavoura, C., Christodoulou, C., Michalopoulou, P., Kalemi, G., et.al. (2008), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS): Validation in a Greek General Hospital Sample. *Annals of General Psychiatry* 7: 4.
- Michopoulos I., Kalkavoura C., Michalopoulou P., Fineti K., Kalemi G., Psarra M., Gournellis R., Christodoulou C., Douzenis A., Patapis P., Protopapas K., & Lykouras L. (2007), Hospital anxiety and depression scale (HADS): Validation in a Greek general hospital sample. *Psychiatriki*, 18 (3): 217-24
- Miles, J., Shevlin, M. (2001). *Applying regression & correlation: A guide for students and researchers*. Los Angeles, CA: Sage.
- Mokdad Ah, & et al. (2003). Prevalence of obesity, diabetes, and obesity-related health risk factors. *JAMA: The Journal of the American Medical Association* 289 (1): 76-79. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.289.1.76>
- Monroe J., & Raiz L. (2005), Barriers to employment following renal transplantation: implications for the social work professional. *Social work in health care*, 40 (4): 61-81.
- Moorey, S., et.al. (1991), The factor structure and g-factor stability of the Hospital Anxiety and Depression Scale in patients with cancer. *British Journal of Psychiatry* 158: 255-259.
- Morsch, C. M., Gonçalves, L. F., & Barros, E. (2006), Healthrelated quality of life among haemodialysis patients—relationship with clinical indicators, morbidity and mortality. *Journal of Clinical Nursing* 15 (4): 498–504.
- Molzahn A. E., Bruce A., & Shields L. (2008), Learning from stories of people with chronic kidney disease. *Nephrology Nursing Journal* 35 (1): 13.

- Mucsi, I., Molnar, M. Z., & Ambrus, C. (2005), Restless legs syndrome, insomnia and quality of life in patients on maintenance dialysis. *Nephrology Dialysis Transplantation* 20: 571–577.
- Mystakidou, K., Tsilika, E., Parpa, E., Katsouka, E., Galanos, A., Vlahos, L. (2004), The Hospital Anxiety and Depression Scale in Greek cancer patients: Psychometric analyses and applicability. *Supportive Care in Cancer* 12: 821-825.
- Neto, J. F. R., Ferraz, M. B., Cendoroglo, M., Draibe, S., Yu, L. & Sesso, R. (2000), Quality of life at the initiation of maintenance dialysis treatment—a comparison between the SF-36 and the KDQ questionnaires. *Quality of Life Research* 9: 101-107.
- NKF. (2002). KDOQI Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification, and Stratification. Retrieved from: [http://www2.kidney.org/professionals/KDOQI/guidelines\\_ckd/toc.htm](http://www2.kidney.org/professionals/KDOQI/guidelines_ckd/toc.htm)
- NKF. (2012) About Chronic Kidney Disease. Retrieved from: <http://www.kidney.org/kidneydisease/aboutckd.cfm>
- Noshad H., Argani H., Nezami N., Ghojzadeh M., Zomorodi A., Bohlouli A., ... & Sadreddini, S. (2009), Arterial atherosclerosis in patients with chronic kidney disease and its relationship with serum and tissue. *Iran J Kidney Dis*, 3 (4), 203-209.
- Ortega, T., Deulofeu, R., Salamero, P., Roman, A., Masnou, N., Rubio, S., et al. (2009), Health-related quality of life before and after a solid organ transplantation (kidney, liver, and lung) of four Catalonia hospitals. *Transplant Proc* 41 (6): 2265–2267.
- Pappa, E., Kontodimopoulos, N., Niakas, D. (2005), Validating and norming of the Greek SF-36 Health Survey. *Qual Life Res*.
- Patel S. S., Peterson R. A., Kimmel P. L. (2005), The impact of social support on end stage renal disease. *Semin Dial* 18: 98-102.
- Pelletier-Hibbert M., & Sohi P. (2001), Sources of uncertainty and coping strategies used by family members of individuals living with end stage renal disease. *Nephrology Nursing Journal*, 28 (4): 411-417.
- Perlman, R. L., Finkelstein, F. O., Liu, L., Roys, E., Kiser, M., Eisele, G. et al. (2005), Quality of life in chronic kidney disease (CKD): A cross-sectional analysis in the Renal Research Institute-CKD study. *Am J Kidney Dis* 45: 658–666.
- Pereira, M., Lunet, N., Azevedo, A., Barros, H. (2009), Differences in prevalence, awareness, treatment and control of hypertension between developing and developed countries. *J Hypertens* 27: 963–75.
- Perovic, S., & Jankovic, S. (2009), Renal transplantation vs hemodialysis: Cost-effectiveness analysis. *Vojnosanitetski Pregled* 66 (8): 639–644.

- Pierratos A, & Hanly P. J. (2011), Sleep disorders over the full range of chronic kidney disease. *Blood Purif* 31: 146-150.
- Polaschek N. (2003), The experience of living on dialysis: A literature review. *Nephrology Nursing Journal*, 30 (3): 303-313.
- Prihodova, L., Nagyova, I., Rosenberger, J., Roland, R., van Dijk, J. P., & Groothoff, J. W. (2009), Impact of personality and psychological distress on health-related quality of life in kidney transplant recipients. *Transplant International* 23: 484–492.
- Ramirez, S. P., Macedo, D. S., Sales, P. M., Figueiredo, S. M., Daher, E. F., Araujo, S., M., Pargament, K. I., Hyphantis, T. N., & Carvalho, A. F. (2012), The relationship between religious coping, psychological distress and quality of life in hemodialysis patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 72: 129- 135.
- Rao, C., Adair, T., Bain, C., Doi, S. A. (2012), Mortality from diabetic renal disease: a hidden epidemic. *Eur J Public Health* 22: 280–84.
- Rajapurkar, M. M., John, G. T., Kirpalani, A. L., et al. (2012), What do we know about chronic kidney disease in India: first report of the Indian CKD registry. *BMC Nephrol* 13: 10.
- Rebollo, P., Ortega, F., Baltar, J. M., Badía, X., Alvarez-Ude, F., Díaz-Corte, C., et al. (2000), Health related quality of life (HRQOL) of kidney transplanted patients: variables that influence it. *Clin Transplant* 14 (3): 199–207.
- Riezebos, R. K., Nauta, K. J., Honig, A., Dekker, F. W., & Siegert, C.E. (2010), The association of depressive symptoms with survival in a Dutch cohort of patients with end-stage renal disease. *Nephrology Dialysis Transplantation* 25: 231–236.
- Rittman M., Northsea C., Hausauer N., Green C., & Swanson L. (1993), Living with renal failure. Commentary by Allen, M., with author response. *ANNA Journal* 20 (3): 327-331.
- Rumsfeld, J. S. (2002), Health status and clinical practice: When will they meet? *Circulation* 106: 5-7. <http://dx.doi.org/10.1161/01.cir0000020805.31531.48>
- Rutkowski B., & Ritz E. (2006) Explosion of renal replacement therapy after the implosion of the Soviet Empire. *Ethn Dis*. 16 (2 Suppl 2): S2-17-9.
- Saban, K. L. L., Stroupe, K. T., Bryant, F. B., Reda, D. J., Browning, M. M. & Hynes, D. M. (2008), Comparison of health-related quality of life measures for chronic renal failure: Quality of well-being scale, short-form-6D, and the kidney disease quality of life instrument. *Quality of Life Research* 17: 1103-1115.
- Sayin A., Mutluay R., & Sindel S. (2007), Quality of life in hemodialysis, peritoneal dialysis, and transplantation patients. In *Transplantation proceedings* (Vol. 39, No. 10, pp. 3047-3053). Elsevier.
- Sensky T. (1993), Psychosomatic aspects of end-stage renal failure. *Psychother Psychosom*. 59 (2): 56–68

- Sesso, R., Rontrigues-Netto, J., Ferraz, M. (2003) Impact of Socioeconomic Status on the Quality of Life of ESRD Patients. *American Journal of Kidney Disease* 41:186-195.
- Shaw, J. E., Sicree, R. A., Zimmet, P. Z. (2010) Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030. *Diabetes Res Clin Pract* 87: 4–14.
- Starzomski R., Hilton A., & Kleindienst M. J. (2000), Patient and family adjustment to kidney transplantation with and without an interim period of dialysis/commentary and response. *Nephrology Nursing Journal* 27 (1): 17.
- Stevens, P. E. et al. (2007), Chronic kidney disease management in the United Kingdom: NEOERICA project results. *Kidney Int* 72 (1): 92–9.
- Stewart AL, Hays RD, Ware JE. (1992) Methods of validating MOS health Measures. In *Measuring functioning and well-being: the medical outcomes study approach*. Edited by Stewart AL, Ware JE. Durham, NC: Duke University Press; 1992:309–324.
- Tannen, R. L. (1992), A quarter century of nephrology: Commemorating the American Society of Nephrology's 25th Anniversary. Baltimore: ASN Historical Society, 1-50.
- Tanyi R. A., & Werner J. S. (2008), Women's experience of spirituality within end-stage renal disease and hemodialysis. *Clinical Nursing Research*, 17 (1): 32-49.
- Tavallaii SA, Einollahi B, Azizabadi Farahani M, Namdari M (2009): Socioeconomic links to health-related quality of life, anxiety, and depression in kidney transplant recipients. *Iran J Kidney Dis*, 3(1):40–44.
- THE WHOQOL GROUP (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the Health Organization. *Social Science and Medicine*: 41: 1403-1409.
- Tu, K., Chen, Z., Lipscombe, L. L. (2008), Prevalence and incidence of hypertension from 1995 to 2005: a population-based study. *CMAJ* 178: 1429–35.
- United States Renal Data (2001), Annual Data Report. Bethesda, M.D: The National Institutes of Health: 300, 394, 525. Retrieved from [http://www.usrds.org/atlas\\_2001](http://www.usrds.org/atlas_2001)
- U.S. Renal Data System: USRDS (2011), Annual data report: Atlas of chronic kidney disease and endstage renal disease in the United States. Retrieved from [http://www.usrds.org/atlas\\_2011](http://www.usrds.org/atlas_2011)
- USRDS. (2011), Annual Data Report: Atlas of Chronic Kidney Disease and End Stage Renal Disease in the United States. Bethesda, MD: National Institutes of Health, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases.

- Urzúa, A., Caqueo-Urizar, A., Quiceno, J. M., Alpi, S. V., Pavlov, N. (2015) Do personal resources influence health-related quality of life for people receiving hemodialysis treatment in latin america? *Social Behavior and Personality* 43 (3): 367-382. <http://dx.doi.org/10.2224/sbp.2015.43.3.367>
- Vasilieva, I.A. (2006) Quality of Life in Chronic Haemodialysis Patients in Russia. *Haemodialysis International* 10(3):274-278).
- Vasquez,L.,Valderrabano,F.,Jofre,R.,Lopez-Gomez,J.M.,Moreno,F. (2004) Differences in Health-Related Quality of Life Between Male and Female Haemodialysis Patients. *Nefrologia* 24(2):167-178
- Vazquez I., Valderrábano F., Fort J., Jofré R., López-Gómez J. M., Moreno F., & Sanz-Guajardo D. (2005), Psychosocial Factors and Health-Related Quality of Life in Hemodialysis Patients. *Quality of Life Research* 14 (1): 179-190.
- Wang, Y., Mi, J., Shan, X. Y., Wang, Q. J., Ge, K. Y. (2007), Is China facing an obesity epidemic and the consequences? The trends in obesity and chronic disease in China. *Int J Obes (Lond)* 31: 177–88.
- Ware,JE., Sherbourne CD.(1992) The MOS 36-item Short-form Health Survey(SF-36).I. Conceptual Framework and Item Selection. *Med. Care* 30:473-483.
- Weil C. M. (2000), Exploring hope in patients with end stage renal disease on chronic hemodialysis. *Nephrology Nursing Journal* 27 (2): 219-226.
- White, S. L., Chadban, S. J., Jan, S., Chapman, J. R., & Cass, A. (2008) How can we achieve global equity in provision of renal replacement therapy? *Bulletin of the World Health Organization* 86 (3): 229–237.
- WHO, (1993). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders Diagnostic criteria for research*. Geneva, 1993.
- Wight J. P., Edwards L., Brazier J., Walters S., Payne J. N., & Brown C. B. (1998), The SF36 as an outcome measure of services for end stage renal failure. *Quality in Health Care*, 7 (4): 209-221.
- Wild, S., Roglic, G., Green, A., Sicree, R., King, H. (2004), Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care* 27: 1047–53.
- Williams A., Dunning T., & Manias E. (2007), Continuity of care and general wellbeing of patients with comorbidities requiring joint replacement. *Journal of advanced nursing*, 57(3), 244-256.
- Yazici R., Altintepe L., Guney I., Yeksan M., Atalay H., Turk S., ... & Selcuk N. Y. (2009), Female sexual dysfunction in peritoneal dialysis and hemodialysis patients. *Renal failure*, 31 (5): 360-364.

Zhang L, Wang F, Wang L, et al. (2012), Prevalence of chronic kidney disease in China: a cross-sectional survey. *Lancet* 379: 815–22.

Zigmond,AS., Snaith, RP.(1983) The Hospital Anxiety and Depression Scale(validity and reliability) *Act Psychiatr. Scand* 67:361-3710.

## Βιβλιογραφία - Ελληνική

Ελληνική Νεφρολογική Εταιρεία (2015). Κλινικές οδηγίες για τη ΧΝΝ. Ανακτήθηκε από: [http://www.ene.gr/THERAPEFTIKA\\_PROROKOLLA/TP11\\_1.pdf](http://www.ene.gr/THERAPEFTIKA_PROROKOLLA/TP11_1.pdf)

Ελληνικού, Μ.Ι., Ζήση,Α.(2002) Ποιότητα Ζωής και Χρόνιες Νόσοι. Προγνωστικές Μεταβλητές για τη Ψυχική και Κοινωνική Προσαρμογή των Πασχόντων με Χρόνια Ασθένεια. *Ιατρική* 82(2):124-131.

Ζηρογιάννης Π.Ν (2005) Ο νεφρός: Ανατομία, Ιστολογία. Κλινική Νεφρολογία. Τεχνόγραμμα. Αθήνα.

Κοντοδημόπουλος,Ν., Νιάκας,Δ. (2007). Η Χρήση του KDQOL-SF για Μέτρηση της Σχετιζόμενης με την Υγεία Ποιότητας Ζωής Ελλήνων Αιμοκαθαιρόμενων. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 24(6):590-599.

Κοντοδημόπουλος,Ν., Φραγκούλη,Δ., Παππα,Ε., Νιάκας,Δ. (2004) Στατιστικοί έλεγχοι της εγκυρότητας και της Αξιοπιστίας του Ελληνικού SF-36. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 21:451-462.

Κουτσίκος Δ.Κ (1996) Νοσήματα των νεφρών και των ουροφόρων οδών. Σωτήριου Α.Ράπτη Εσωτερική Παθολογία, Τόμος 2:859-1004. Επιστημονικές Εκδόσεις «Γρηγόριος Παρισιάνος», Αθήνα

Κωνσταντίνου Κ. (2011) Η Αιμοκάθαρση και η Μεταμόσχευση Νεφρού στη Κύπρο: Εμπειρίες των Ασθενών. *Healthnews*, Τεύχος 3:78-79.

Λένη, Α.Ε., Τουρκογιάννη, Μ., Σταυροπούλου, Α., Ζηδινάκης, Ζ. (2013) Ποιότητα Ζωής Ασθενών με Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια, Προεγχειρητική Νοσηλευτική, Τόμος 2, Τεύχος 2: 84-92.

Μαυροματίδης, Κ., Η νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου και πως αντιμετωπίζεται. Ανακτήθηκε από: <http://img.pathfinder.gr/clubs/files/14669/9.dat>

Μιχόπουλος,Ι., Καλκαβούρα, Χ., Μιχαλοπούλου, Π.,Φινέτη,Κ., Καλέμη,Γ., Ψαρρά,ΜΛ., Γουρνέλλης, Ρ., Χριστοδούλου,Χ., Δουζένης,Α., Πατάπης,Π., Πρωτόπαππας,Κ., Λύκουρας,Ε. (2007) Η Κλίμακα Άγχους και Κατάθλιψης στο Γενικό Νοσοκομείο (HADS): Στάθμιση σε Ελληνικό Πληθυσμό. *Ψυχιατρική* 18:217-224.

Οικονομίδου,Γ.,Ζλατάνος,Δ.,Βαιόπουλος,Χ.,Χατζηδημητρίου,Χ. (2005) Κατάθλιψη Ασθενών με Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια. *Dialysis Living* 14:24-32.

## Παράρτημα 1: Έγκριση Επιτροπής Βιοηθικής Κύπρου



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΕΘΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΒΙΟΗΘΙΚΗΣ ΚΥΠΡΟΥ

Αρ. Φακ.: ΕΕΒΚ/ΕΠ /2014/30  
Αρ. Τηλ.: 22809038 / 22809039  
Αρ. Φαξ: 22353878

22 Ιανουαρίου 2015

Δρ. Μιχάλη Τάλια  
Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου  
Τ.Θ. 12794  
2252 Λευκωσία

### Ερευνητική πρόταση με τίτλο:

**«Η ποιότητα ζωής Κυπρίων ασθενών με τελικού σταδίου νεφρική νόσο που υποβάλλονται σε περιοδικό πρόγραμμα αιμοκάθαρσης. Η επίδραση της κατάθλιψης και της ποιότητας ύπνου»**

Σε σχέση με τη πιο πάνω ερευνητική πρόταση, επιθυμώ να σας πληροφορήσω ότι η Επιτροπή Βιοηθικής Αξιολόγησης Βιοϊατρικής και Κλινικής Έρευνας, ενεργώντας με βάση την εκχωρηθείσα σ' αυτήν αρμοδιότητα από την Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου, να αξιολογεί βιοηθικά ερευνητικές προτάσεις που αφορούν την βιοϊατρική και κλινική έρευνα στον άνθρωπο, έχει πραγματοποιήσει την βιοηθική αξιολόγηση της πιο πάνω ερευνητικής σας πρότασης, η οποία σας αποστέλλεται συνημμένα.

Με εκτίμηση,

Δρ. Βάσος Νεοκλέους  
Πρόεδρος  
Επιτροπή Βιοηθικής Αξιολόγησης  
Βιοϊατρικής και Κλινικής Έρευνας

ΕΕΒΚ/ΕΠ/2014/30

ΕΜΠΙΣΤΕΥΤΙΚΑ ΕΓΓΡΑΦΑ

**ΑΠΟΦΑΣΗ  
ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ ΒΙΟΗΘΙΚΗΣ  
ΓΙΑ  
ΕΓΚΡΙΣΗ Ή ΑΠΟΡΡΙΨΗ  
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ**

*Η απόφαση της Επιτροπής Βιοηθικής θα πρέπει να κοινοποιηθεί προς την Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου μαζί με όλα τα υπόλοιπα έντυπα που αφορούν το πρόγραμμα για το οποίο λήφθηκε σχετική απόφαση.*

### Συμπληρώνεται από την Επιτροπή Βιοηθικής

Τίτλος Προγράμματος για το οποίο γίνεται η αίτηση
«Η ποιότητα ζωής Κυπρίων ασθενών με τελικού σταδίου νεφρική νόσο που υποβάλλονται σε περιοδικό πρόγραμμα αιμοκάθαρσης. Η επίδραση της κατάθλιψης και της ποιότητας ύπνου»
Επιστημονικός Υπεύθυνος του Προγράμματος
Δρ. Μιχάλης Τάλιας

Όνομα Επιτροπής Βιοηθικής
Επιτροπή Βιοηθικής Αξιολόγησης Βιοϊατρικής Έρευνας στον Άνθρωπο και Κλινικής Έρευνας στα Φάρμακα Ανθρώπινης Χρήσης

Μέλη της Επιτροπής Βιοηθικής	
Όνομα	Επίθετο
κ. Αντωνία	Σολέα
Δρ. Βάσος	Νεοκλέους
Δρ. Βάσω	Παπαβασιλείου
Δρ. Έλενα	Φιλίππου
κ. Έφη	Βουρκίδου-Λιασίδη
Δρ. Κωνσταντία	Βωνιάτη
π. Νικόλαος	Χριστοδούλου
κ. Ρίτα	Πανταζή
κ. Φρειδερίκη	Τερζιάν

Σχόλια από την Επιτροπή Βιοηθικής με βάση τα οποία λήφθηκε η απόφαση για την αίτηση που υποβλήθηκε

**Η Επιτροπή κατά τη σημερινή της συνεδρίαση ημερομηνίας 22/01/2015, μελέτησε το περιεχόμενο της επιστολής και των συνημμένων εγγράφων που κατατέθηκαν στις 18/12/2014, σε συνέχεια προηγούμενης βιοηθικής αξιολόγησης από την Επιτροπή ημερομηνίας 08/12/2014. Τα σχόλια της Επιτροπής κατά τη σημερινή συνεδρίαση παρουσιάζονται με έντονα γράμματα.**

#### **ΣΧΟΛΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΕΝΤΥΠΟ ΕΕΒΚ02:**

1. Σελ. 6/17 στο πεδίο για τον τρόπο στρατολόγησης, η Επιτροπή ζητεί όπως το συγκεκριμένο πεδίο συμπληρωθεί με λεπτομέρεια (τρόπος και αριθμός). **Απαντήθηκε.**




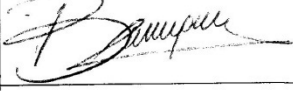
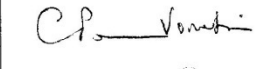
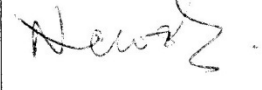
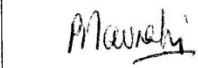
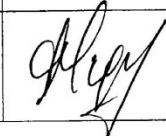
#### **ΓΕΝΙΚΑ ΣΧΟΛΙΑ:**


1. Η Επιτροπή ζητεί την γραπτή έγκριση από τους Διευθυντές των Νεφρολογικών κλινικών για το ότι είναι εις γνώση τους η συγκεκριμένη έρευνα και ότι συμφωνούν. **Απαντήθηκε.**
2. Η Επιτροπή παρακαλεί όπως διασαφηνιστεί το θέμα του χρονοδιαγράμματος (σελ. 8 στο πρωτόκολλο). **Απαντήθηκε.**

**Συμπληρώνεται από την Επιτροπή Βιοηθικής**

Έχουν δοθεί λεπτομέρειες στην Επιτροπή Βιοηθικής ή/και η Επιτροπή Βιοηθικής *έκρινε ικανοποιητικά τα κάτωθι:		
Στοιχεία	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Βιογραφικά Στοιχεία ΟΛΩΝ των ερευνητών και των συνεργατών τους	✓	
Δήλωση μη συγκρουόμενων συμφερόντων	✓	
Περιγραφή του είδους του Προγράμματος	✓	
Περιγραφή του πληθυσμού που θα μελετηθεί	✓	
Ο τρόπος με τον οποίο θα στρατολογηθούν άτομα για το Πρόγραμμα	✓	
Μελετήθηκαν προσεκτικά τα έντυπα συγκατάθεσης (ΕΕΒΚ03);	✓	
Τα έντυπα που θα χρησιμοποιηθούν για την στρατολόγηση ατόμων	✓	
Ολόκληρο το πρωτόκολλο του Προγράμματος	✓	
Δικαιολόγηση για την χρήση εικονικής φαρμακευτικής αγωγής	ΔΙ	
Υπεύθυνη δήλωση από όλους τους ερευνητές και συνεργάτες τους ότι τα έντυπα πληροφόρησης και συναίνεσης τους δεσμεύουν	✓	
Διασφάλιση της προστασίας των δεδομένων που αφορούν τα άτομα που θα λάβουν μέρος στο Πρόγραμμα	✓	
Λεπτομέρειες για την χρηματοδότηση του Προγράμματος	✓	
Έχουν εκδοθεί ειδικά συμβόλαια σε σχέση με αμοιβές ;		✓
Θα δίδονται αμοιβές στα άτομα που θα συμμετάσχουν στο Πρόγραμμα ;		✓
Θα υπάρξουν οποιοσδήποτε οικονομικές επιβαρύνσεις για τα άτομα που θα συμμετάσχουν στο Πρόγραμμα ;		✓
Οι ερευνητές ή/και συνεργάτες τους θα παίρνουν αμοιβές ;		✓
Έχουν περιγραφεί τα αναμενόμενα οφέλη του Προγράμματος ;	✓	
Έχει διαφανεί ότι προκύπτουν οποιαδήποτε οφέλη προς τον χρηματοδότη, τους ερευνητές και τους συνεργάτες τους από το Πρόγραμμα; ΝΑΙ	✓	
Εάν πιο πάνω είναι ΝΑΙ, να εξηγηθεί: Δημοσιεύσεις, καλύτερος προγραμματισμός υπηρεσιών υγείας	✓	
Έχουν τεκμηριωθεί όλες οι διευθετήσεις που έγιναν σε σχέση με τις υπηρεσίες που τυχόν θα παρασχεθούν για το Πρόγραμμα ;	✓	
Θα υπάρχει συνεχής ενημέρωση για την ασφάλεια των ατόμων που θα λαμβάνουν μέρος στο Πρόγραμμα ;	✓	
Υπάρχουν διαδικασίες για την υποβολή παραπόνων/καταγγελιών;	✓	
Διασφαλίζονται επαρκώς τα δικαιώματα των ερευνητών για τις δημοσιεύσεις των αποτελεσμάτων ;	✓	
Έχει δεσμευθεί ο/η Επιστημονικός Υπεύθυνος ότι δεν θα γίνουν οποιοσδήποτε αλλαγές στο Πρόγραμμα από την ημέρα που θα εγκριθεί από την Επιτροπή Βιοηθικής ;	✓	

**\*Αποτελεί ευθύνη της Επιτροπής Βιοηθικής να σταθμίσει όλα τα στοιχεία που έχουν δοθεί, να δώσει την απαραίτητη βαρύτητα εκεί που χρειάζεται και να λάβει απόφαση ως προς το κατά πόσον έχουν δοθεί ικανοποιητικές επεξηγήσεις σε σχέση με το προτεινόμενο Πρόγραμμα.**

Δήλωση για «μη συγκρουόμενα συμφέροντα» από την Επιτροπή Βιοηθικής		
Εμείς τα μέλη της Επιτροπής Βιοηθικής που λάβαμε μέρος στις συνεδρίες σε σχέση με την παρούσα αίτηση, υπογράφοντας πιο κάτω δηλώνουμε υπεύθυνα ότι δεν έχουμε οποιαδήποτε άμεσα ή έμμεσα συγκρουόμενα συμφέροντα σε σχέση με το Πρόγραμμα που μελετήσαμε και εκδώσαμε σχετική απόφαση.		
Όνοματεπώνυμο	Υπογραφή	Ημερομηνία
κ. Αντωνία Σολέα		22/01/2015
Δρ. Βάσος Νεοκλέους		22/01/2015
Δρ. Βάσω Παπαβασιλείου	ΑΠΟΥΣΑ	22/01/2015
Δρ. Έλενα Φιλίππου		22/01/2015
κ. Έφη Βουρκίδου-Λιασίδα		22/01/2015
Δρ. Κωνσταντία Βωνιάτη		22/01/2015
π. Νικόλαος Χριστοδούλου		22/01/2015
κ. Ρίτα Πανταζή		22/01/2015
κ. Φρειδερίκη Τερζιάν		22/01/2015

<p>Τίτλος Προγράμματος          «Η ποιότητα ζωής Κυπρίων ασθενών με τελικού σταδίου νεφρική νόσο που υποβάλλονται σε περιοδικό πρόγραμμα αιμοκάθαρσης. Η επίδραση της κατάθλιψης και της ποιότητας ύπνου»</p>			
<p>Αριθμός Πρωτοκόλλου Επιτροπής Βιοηθικής          ΕΕΒΚ/ΕΠ/2014/30</p>			
<p>Απόφαση της Επιτροπής Βιοηθικής          (Εγκρίνεται, Ζητούνται επιπρόσθετα στοιχεία, Απορρίπτεται)</p>			
<p><b>Εγκρίνεται.</b></p> <p>1. Νοείται ότι την νομική ευθύνη της επιστημονικής εγκυρότητας, αναγκαιότητας, πληρότητας και της συνολικής επιστημονικής αξίας της προτεινόμενης έρευνας έχουν οι επιστημονικοί υπεύθυνοι της έρευνας και ο Φορέας του επιστημονικού υπεύθυνου. Όλοι οι πιο πάνω έχουν επίσης την νομική ευθύνη της διεξαγωγής της έρευνας με την δέουσα επιστημονική επιμέλεια και φροντίδα.</p> <p>2. Από 01/8/2012 η Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου διενεργεί δειγματοληπτικό έλεγχο σε ερευνητικές προτάσεις που λαμβάνουν έγκριση. Περισσότερες λεπτομέρειες είναι διαθέσιμες στην ιστοσελίδα της Επιτροπής σε σχετική ανακοίνωση.</p> <p>3. Το παρόν έντυπο απόφασης κοινοποιείται και στον χρηματοδότη της ερευνητικής πρότασης.</p> <p>4. Οι ερευνητές υποχρεούνται να υποβάλλουν προς την Επιτροπή ανά εξάμηνο από σήμερα έκθεση για την εξέλιξη της έρευνας μέσω του εντύπου ΕΕΒΚ05.</p> <p>5. Με το πέρας της έρευνας, οι ερευνητές υποχρεούνται όπως υποβάλουν στην Επιτροπή αναφορά μέσω του Εντύπου ΕΕΒΚ06.</p> <p>6. Τονίζεται στους ερευνητές η υποχρέωσή τους να τηρούν τις εκάστοτε υποχρεώσεις τους με βάση την κείμενη νομοθεσία και κανονισμούς και ιδιαιτέρως η υποχρέωσή τους να ενημερώνουν άμεσα την Επιτροπή για οποιοδήποτε έκτακτο συμβάν ή οποιαδήποτε τροποποίηση στην πρόταση ως εγκρίθηκε, με την υποβολή των προνοουμένων εντύπων.</p>			
<p>Μέλη που ήταν παρόντα στην λήψη απόφασης/Αποτέλεσμα Ψηφοφορίας</p>			
<p>Ως αναφέρεται στην σελίδα 4 ανωτέρω και η απόφαση ήταν ομόφωνη.</p>			
<p>Ημερομηνία έκδοσης απόφασης</p>			
<p>Ημέρα: .....22..... Μήνας: .....Ιανουάριος..... Έτος: .....2015.....</p>			
<p>Υπογράφει ο Πρόεδρος της Επιτροπής Βιοηθικής και ο Αναπληρωτής Πρόεδρος</p>			
Αξίωμα	Όνομα	Επίθετο	Υπογραφή
Πρόεδρος	Δρ. Βάσος	Νεοκλέους	
Αντιπρόεδρος	Δρ. Βάσω	Παπαβασιλείου	ΑΠΟΥΣΑ

## Παράρτημα 2: Εξουσιοδότηση Επιτρόπου Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ



ΓΡΑΦΕΙΟ ΕΠΙΤΡΟΠΟΥ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ  
ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ  
ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ

Αρ. Φακ.: 3.28.250  
Αρ. Τηλ. : 22818303

3 Απριλίου 2014

Κυρία Μαρία Κκολού και κυρία Μαρία Ευθυμίου  
Ηλία Παπακυριακού 31  
2003 Λευκωσία

Γνωστοποίηση Σύστασης και Λειτουργίας Αρχείου/ Έναρξης Επεξεργασίας μεταπτυχιακής έρευνας της κ. Μαρίας Κκολού, ιατρού-νεφρολόγου και της κ. Μαρίας Ευθυμίου, ανώτερης νοσηλευτικής λειτουργού και φοιτητριών στο Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου με τίτλο: «Η ποιότητα ζωής Κυπρίων ασθενών με τελικού σταδίου νεφρική νόσο που υποβάλλονται σε περιοδικό πρόγραμμα αιμοκάθαρσης. Η επίδραση της κατάθλιψης και της ποιότητας ύπνου», με εθελοντική συμμετοχή με τη χρήση ανώνυμου ερωτηματολογίου.

Αναφέρομαι στη Γνωστοποίηση που υποβάλατε στο Γραφείο Επιτρόπου Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα με ημερομηνία 14.3.2014, που αφορά το πιο πάνω Αρχείο, καθώς και στο ηλεκτρονικό μήνυμα σας ημερομηνίας 3.4.2014 με το οποίο συμπληρώνετε και ή διορθώνετε τα σημεία «Ε» και «Η» της εν λόγω Γνωστοποίησης, και σας πληροφορώ ότι φαίνεται να είναι σύμφωνη με τις διατάξεις των περί Επεξεργασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (Προστασία του Ατόμου) Νόμων του 2001 μέχρι 2012 (Ν. 138(I)/2001 όπως τροποποιήθηκε με τους Ν. 37(I)/2003 και Ν. 105(I)/2012), στο εξής «ο Νόμος», και, ως εκ τούτου, έχει καταχωριστεί στο Μητρώο Αρχείων και Επεξεργασιών που τηρεί ο Επίτροπος δυνάμει των διατάξεων των άρθρων 7(4) και 24(1)(α) του Νόμου. Το πιο πάνω Μητρώο είναι προσβάσιμο στο κοινό, σύμφωνα με το άρθρο 24(2) του Νόμου.

(Μάριος Παπαχριστοδούλου)  
για Επίτροπο Προστασίας Δεδομένων  
Προσωπικού Χαρακτήρα

ΜΠσττ

## Παράρτημα 3: Άδεια διεξαγωγής έρευνας - Υπουργείο Υγείας



Αρ. φακ: 5.34.01.7.2Ε /5.34.01.7.3  
Αρ. τηλ:22605738  
Αρ. φαξ: 2260529  
Email:igeorgiou@moh.gov.cy

Αρ. Πρωτοκόλλου:0288/2015

3 Απριλίου 2015

Δρ. Μαρία Κκολού  
Κ. Μαρία Ευθυμίου  
Ηλία Παπακυριάκου 31,  
2003 Στρόβολος

### Θέμα: Αίτημα για παραχώρηση άδειας διεξαγωγής έρευνας

Έχω οδηγίες να αναφερθώ στο αίτημα σας για παραχώρηση άδειας διεξαγωγής έρευνας με τίτλο «Η ποιότητα ζωής Κυπρίων ασθενών με τελικού σταδίου νεφρική νόσο που υποβάλλονται σε περιοδικό πρόγραμμα αιμοκάθαρσης. Η επίδραση της καταθλιψης και της ποιότητας ύπνου» που υποβλήθηκε στην γραμματεία της επιτροπής με ημερομηνία 30 Ιανουαρίου 2015 και να σας ενημερώσω ότι το αίτημα σας έχει εγκριθεί.

Νοείται ότι θα πρέπει να προβείτε σε ενημέρωση των προϊσταμένων των τμημάτων /υπηρεσιών για την διεξαγωγή της σχετικής έρευνας. Επισημαίνεται ότι σε καμία περίπτωση δεν θα πρέπει να διαταράσσεται η ομαλή λειτουργία των τμημάτων όπου θα διεξαχθεί η έρευνα.

Παράκληση όπως σε κατοπινό στάδιο υποβάλετε ειδικά μεση εκθέσης συμπληρωμένα κατάλληλα το επισυνημμένο έντυπο «Παρακολούθηση Έρευνας από την Επιστημονική Επιτροπή Προώθησης Έρευνών» στο οποίο αναφέρεται η εξέλιξη και το στάδιο στο οποίο βρίσκεται η έρευνά σας.

Επίσης, με την ολοκλήρωση της έρευνας σας θα πρέπει να παραδώσετε στην γραμματεία της επιτροπής τα ακόλουθα:

- Αντίγραφα ολοκληρωμένης έρευνας σε ηλεκτρονική και έντυπη μορφή
- γραπτή συγκατάθεση σας για την Διαχείριση των αποτελεσμάτων της έρευνας από το Υπουργείο Υγείας.
- περίληψη της έρευνας σε συγκεκριμένη μορφή καθώς και τα στοιχεία επικοινωνίας σας τα οποία θα αναρτούνται στην ιστοσελίδα του Υπουργείου Υγείας.

(Ειρήνη Γεωργίου- Καττιρτζή)  
για Γενική Διευθύντρια

Κοιν: ΠΛΥ  
Διευθνή ΙΥ&ΥΔΥ  
Διευθνή Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας



Υπουργείο Υγείας 1448 Λευκωσία  
Τηλ: 22605300, Ιστοσελίδα:<http://www.moh.gov.cy>

## Παραρτήματα 4,5,6: Συγκατάθεση Προϊστάμενων ιατρών των μονάδων αιμοκάθαρσης Λευκωσίας, Λάρνακας και Λεμεσού

18/12/14

**ΘΕΜΑ: Ερευνητική πρόταση με τίτλο « Η ποιότητα ζωής Κυπρίων ασθενών με τελικού σταδίου νεφρική νόσο που υποβάλλονται σε περιοδικό πρόγραμμα αιμοκάθαρσης. Η επίδραση της κατάθλιψης και της ποιότητας ύπνου»**

Με την παρούσα επιστολή βεβαιώνω ότι έλαβα γνώση για τη διενέργεια της ως άνω έρευνας που θα διεξαχθεί στους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς του τμήματός μου και εγκρίνω την διενέργεια της έρευνας με την χρήση ερωτηματολογίων.

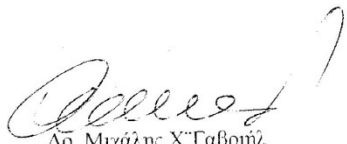


Δρ. Μιχάλης Ζαβρός  
Διευθυντής Νεφρολογικής Κλινικής,  
Γ.Ν. Λευκωσίας

18/12/14

**ΘΕΜΑ:** Ερευνητική πρόταση με τίτλο « Η ποιότητα ζωής Κυπρίων ασθενών με τελικού σταδίου νεφρική νόσο που υποβάλλονται σε περιοδικό πρόγραμμα αιμκάθαρσης. Η επίδραση της κατάθλιψης και της ποιότητας ύπνου»

Με την παρούσα επιστολή βεβαιώνω ότι έλαβα γνώση για τη διενέργεια της ως άνω έρευνας που θα διεξαχθεί στους αιμοκαθαρόμενους ασθενείς του τμήματος μου και εγκρίνω την διενέργεια της έρευνας με την χρήση ερωτηματολογίων.



Δρ. Μιχάλης Χ. Γαβριήλ

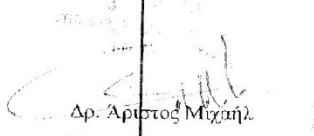
Βοηθός Διευθυντής Νεφρολογικής Κλινικής

Γ.Ν. Λάρνακας

18/12/14

**ΘΕΜΑ:** Ερευνητική πρόταση με τίτλο « Η ποιότητα ζωής Κυπρίων ασθενών με τελικού σταδίου νεφρική νόσο που υποβάλλονται σε περιοδικό πρόγραμμα αιμοκάθαρσης. Η επίδραση της κατάθλιψης και της ποιότητας ύπνου»

Με την παρούσα επιστολή βεβαιώνω ότι έλαβα γνώση για τη διενέργεια της ως άνω έρευνας που θα διεξαχθεί στους αιμοκαθαίρουμενους ασθενείς του τμήματός μου και εγκρίνω την διενέργειά της έρευνας με την χρήση ερωτηματολογίων.



Δρ. Αρίστος Μιχαήλ

Νεφρολόγος

Γ.Ν. Λαϊκού

## Παραρτήματα 7,8: Έντυπο συγκατάθεσης ασθενών και ενημερωτικό έντυπο

### ΕΝΤΥΠΑ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

για συμμετοχή σε πρόγραμμα έρευνας  
(Τα έντυπα αποτελούνται συνολικά από ...4... σελίδες)

Καλείστε να συμμετάσχετε σε ένα ερευνητικό πρόγραμμα. Πιο κάτω (βλ. **«Πληροφορίες για Ασθενείς ή/και Εθελοντές»**) θα σας δοθούν εξηγήσεις σε απλή γλώσσα σχετικά με το τι θα ζητηθεί από εσάς ή/και τι θα σας συμβεί σε εσάς, εάν συμφωνήσετε να συμμετάσχετε στο πρόγραμμα. Θα σας περιγραφούν οποιοδήποτε κίνδυνοι μπορεί να υπάρξουν ή ταλαιπωρία που τυχόν θα υποστείτε από την συμμετοχή σας στο πρόγραμμα. Θα σας εξηγηθεί με κάθε λεπτομέρεια τι θα ζητηθεί από εσάς και ποιος ή ποιοι θα έχουν πρόσβαση στις πληροφορίες ή/και άλλο υλικό που εθελοντικά θα δώσετε για το πρόγραμμα. Θα σας δοθεί η χρονική περίοδος για την οποία οι υπεύθυνοι του προγράμματος θα έχουν πρόσβαση στις πληροφορίες ή/και υλικό που θα δώσετε. Θα σας εξηγηθεί τι ελπίζουμε να μάθουμε από το πρόγραμμα σαν αποτέλεσμα και της δικής σας συμμετοχής. Επίσης, θα σας δοθεί μία εκτίμηση για το όφελος που μπορεί να υπάρξει για τους ερευνητές ή/και χρηματοδότες αυτού του προγράμματος. **Δεν πρέπει να συμμετάσχετε, εάν δεν επιθυμείτε ή εάν έχετε οποιουδήποτε ενδοιασμούς που αφορούν την συμμετοχή σας στο πρόγραμμα.** Εάν αποφασίσετε να συμμετάσχετε, πρέπει να αναφέρετε εάν είχατε συμμετάσχει σε οποιοδήποτε άλλο πρόγραμμα έρευνας μέσα στους τελευταίους 12 μήνες. Εάν αποφασίσετε να μην συμμετάσχετε και είστε ασθενής, η θεραπεία σας δεν θα επηρεαστεί από την απόφασή σας. **Είστε ελεύθεροι να αποσύρετε οποιαδήποτε στιγμή εσείς επιθυμείτε την συγκατάθεση για την συμμετοχή σας στο πρόγραμμα.** Εάν είστε ασθενής, η απόφασή σας να αποσύρετε την συγκατάθεση σας, δεν θα έχει οποιοδήποτε επιπτώσεις στην θεραπεία σας. Έχετε το δικαίωμα να υποβάλετε τυχόν παράπονα ή καταγγελίες, που αφορούν το πρόγραμμα στο οποίο συμμετέχετε, προς την Επιτροπή Βιοηθικής που ενέκρινε το πρόγραμμα ή ακόμη και στην Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου.

Πρέπει όλες οι σελίδες των εντύπων συγκατάθεσης να φέρουν το ονοματεπώνυμο και την υπογραφή σας.

Σύντομος Τίτλος του Προγράμματος στο οποίο καλείστε να συμμετάσχετε

Υπεύθυνος του Προγράμματος στο οποίο καλείστε να συμμετάσχετε

Επίθετο:	.....	Όνομα:	.....
Υπογραφή:		Ημερομηνία:	

## ΕΝΤΥΠΑ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

για συμμετοχή σε πρόγραμμα έρευνας  
(Τα έντυπα αποτελούνται συνολικά από ..... σελίδες)

Σύντομος Τίτλος του Προγράμματος στο οποίο καλείστε να συμμετάσχετε

**Η ποιότητα ζωής Κύπριων ασθενών με τελικού σταδίου νεφρική νόσο που υποβάλλονται σε περιοδικό πρόγραμμα αιμοκάθαρσης. Η επίδραση της κατάθλιψης και της ποιότητας ύπνου.**

Δίδετε συγκατάθεση για τον εαυτό σας ή για κάποιο άλλο άτομο;

Εάν πιο πάνω απαντήσατε για κάποιον άλλο, τότε δώσετε λεπτομέρειες και το όνομα του.

Ερώτηση	ΝΑΙ ή ΟΧΙ
Συμπληρώσατε τα έντυπα συγκατάθεσης εσείς προσωπικά;	
Τους τελευταίους 12 μήνες έχετε συμμετάσχει σε οποιοδήποτε άλλο ερευνητικό πρόγραμμα;	
Διαβάσατε και καταλάβατε τις πληροφορίες για ασθενείς ή/και εθελοντές;	
Είχατε την ευκαιρία να ρωτήσετε ερωτήσεις και να συζητήσετε το Πρόγραμμα;	
Δόθηκαν ικανοποιητικές απαντήσεις και εξηγήσεις στα τυχόν ερωτήματά σας;	
Καταλαβαίνετε ότι μπορείτε να αποσυρθείτε από το πρόγραμμα, όποτε θέλετε;	
Καταλαβαίνετε ότι, εάν αποσυρθείτε, δεν είναι αναγκαίο να δώσετε οποιοδήποτε εξηγήσεις για την απόφαση που πήρατε;	
(Για ασθενείς) καταλαβαίνετε ότι, εάν αποσυρθείτε, δεν θα υπάρξουν επιπτώσεις στην τυχόν θεραπεία που παίρνετε ή που μπορεί να πάρετε μελλοντικά;	
<b>Συμφωνείτε να συμμετάσχετε στο πρόγραμμα;</b>	
Με ποιόν υπεύθυνο μιλήσατε;	

Επίθετο:	.....	Όνομα:	.....
Υπογραφή:		Ημερομηνία:	

## ΕΝΤΥΠΑ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

για συμμετοχή σε πρόγραμμα έρευνας  
(Τα έντυπα αποτελούνται συνολικά από ..... σελίδες)

Σύντομος Τίτλος του Προγράμματος στο οποίο καλείστε να συμμετάσχετε

### ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ή/και ΕΘΕΛΟΝΤΕΣ

Το έντυπο αυτό περιέχει πληροφορίες που αφορούν ερευνητική μελέτη που διεξάγεται στο πλαίσιο του μεταπτυχιακού προγράμματος 'Διοίκηση Μονάδων Υγείας' του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου.

Η Δρ. Μαρία Κκολού και η κα.Μαρία Ευθυμίου, στα πλαίσια της ολοκλήρωσης των μεταπτυχιακών σπουδών μας στο Πρόγραμμα Σπουδών «Διοίκηση Μονάδων Υγείας» του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου, βρισκόμαστε στη διαδικασία σχεδιασμού έρευνας , με επιβλέποντα καθηγητή - καθοδηγητή τον κ. ΜιχαηλΤάλια , Λέκτορα Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου.

Η συγκεκριμένη έρευνα έχει σκοπό τη διερεύνηση της ποιότητας ζωής έτσι όπως εσύ την αντιλαμβάνεσαι και τη διαπίστωση των παραγόντων που δυνητικά την επηρεάζουν. Ως συσχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής, ορίζεται η επίδραση που έχει η νόσος στη σωματική, ψυχολογική και κοινωνική διάσταση της ζωής, επηρεάζοντας το βαθμό στον οποίο το άτομο νοιώθει ικανοποιημένο με τις συνθήκες της ζωής του.

Όπως γνωρίζεις, η χρόνια νεφρική νόσος επιφέρει σημαντικές επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής, επιδρώντας σε οργανικό και ψυχοκοινωνικό επίπεδο τόσο στην κοινωνική όσο και στην ψυχολογική και οικονομική πτυχή της. Η μελέτη αυτή απευθύνεται σε όλους τους ασθενείς με Χρόνια νεφρική νόσο τελικού σταδίου. Για τους σκοπούς της μελέτης θα ληφθούν στοιχεία που αφορούν το άγχος, τη κατάθλιψη, την επίδραση της κατάθλιψης και της ποιότητας ύπνου,την εξωνεφρική υποστήριξη, τη γενική υγεία σου, την επίδραση της Νεφρικής νόσου στη καθημερινή ζωή,την ικανοποίηση από τη εφαρμοσμένη αγωγήκαθώς καιδημογραφικές πληροφορίες.

Επίθετο:	.....	Όνομα:	.....
Υπογραφή:		Ημερομηνία:	

## ΕΝΤΥΠΑ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

για συμμετοχή σε πρόγραμμα έρευνας  
(Τα έντυπα αποτελούνται συνολικά από ..... σελίδες)

Σύντομος Τίτλος του Προγράμματος στο οποίο καλείστε να συμμετάσχετε

### ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ή/και ΕΘΕΛΟΝΤΕΣ, συνέχεια:

Οι πληροφορίες που θα συλλεγούν από την έρευνα αυτή θα συνεισφέρουν στην διαπίστωση όλων αυτών των παραγόντων που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής σου και στη βελτίωση των συνθηκών από τις οποίες αυτοί επηρεάζονται, δημιουργώντας και το έναυσμα για ανάπτυξη πολιτικών υγείας από πλευράς πολιτικής ηγεσίας με ανθρωποκεντρικά στοιχεία και βασιζόμενων στις ανάγκες σου έτσι όπως εσύ τις εκφράζεις.

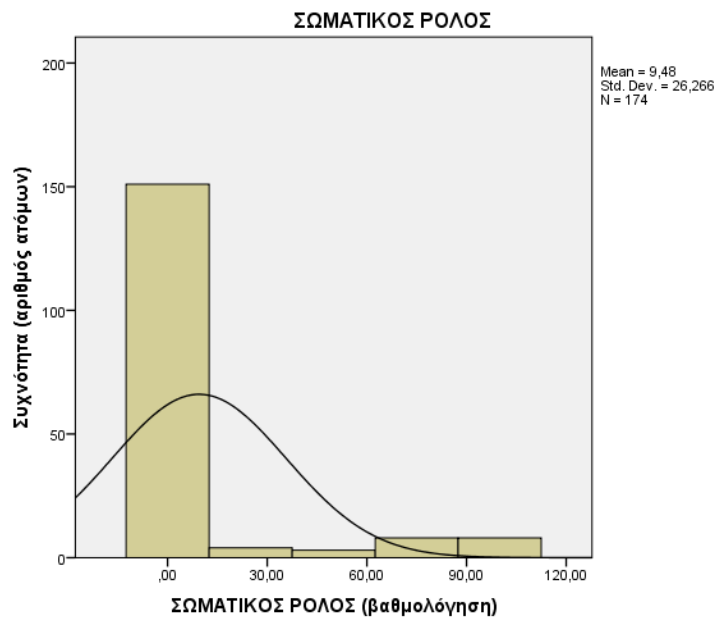
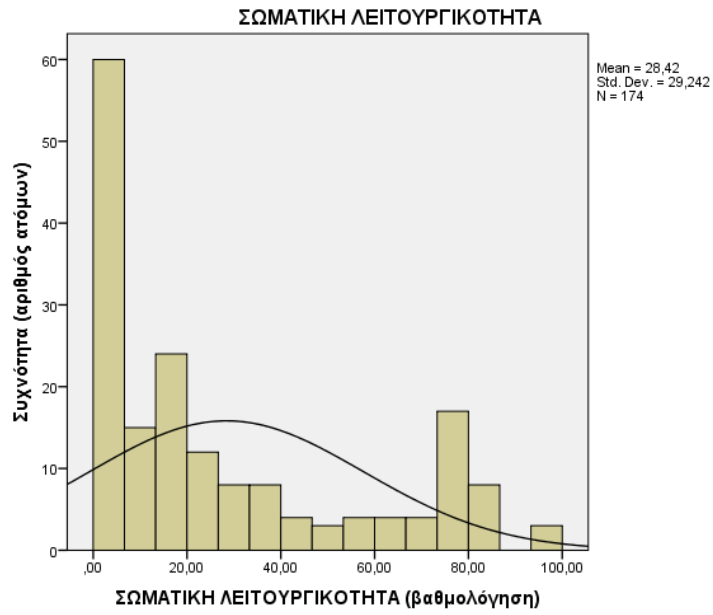
Αν, αφού διαβάσεις αυτό το φυλλάδιο, αποφασίσεις να λάβεις μέρος στην έρευνα, τότε μπορείς να διαβάσεις και να συμπληρώσεις το έντυπο συγκατάθεσης και το ερωτηματολόγιο που θα σου δοθούν. Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο, δηλαδή δεν θα περιλαμβάνει πουθενά το όνομα σου και δεν θα γνωρίζει κανείς ότι το έχεις συμπληρώσει εσύ. Το έντυπο συγκατάθεσης σου θα βρίσκεται κλειδωμένο σε συρτάρι του γραφείου της Δρ. Κκολού και της Α.Ν.Λ. Ευθυμίου και δεν θα είναι προσβάσιμο σε κανένα εκτός από τις ίδιες .

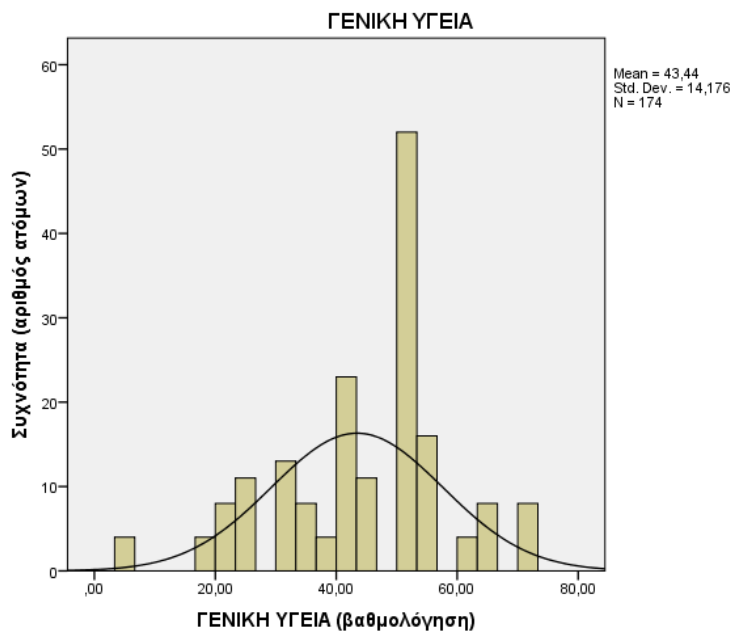
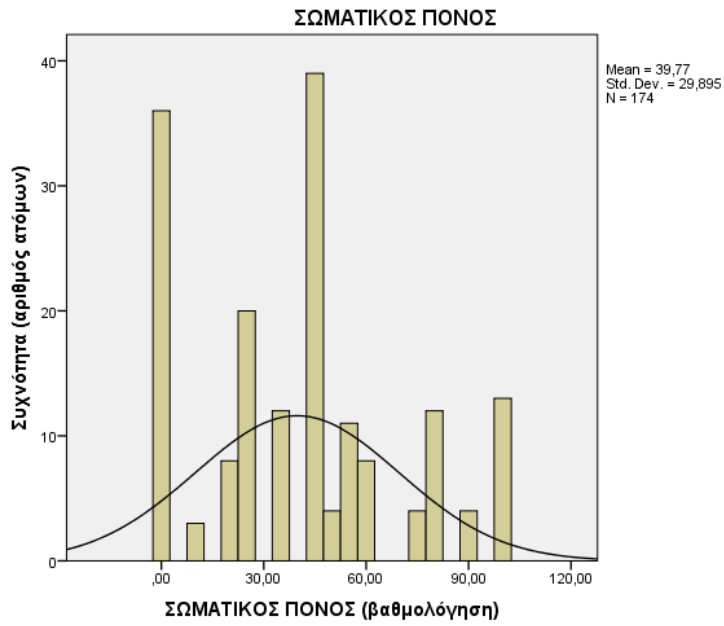
Είναι πολύ σημαντικό να είσαι ειλικρινής όταν συμπληρώνεις το ερωτηματολόγιο ώστε να διευκολύνεις το προσωπικό υγείας να βρει τρόπους να βοηθήσει όσο το δυνατόν περισσότερο στη βελτίωση της ποιότητας ζωής τόσο της δικής σου αλλά και του συνόλου των ασθενών με τελικού σταδίου χρόνια νεφρική νόσο.

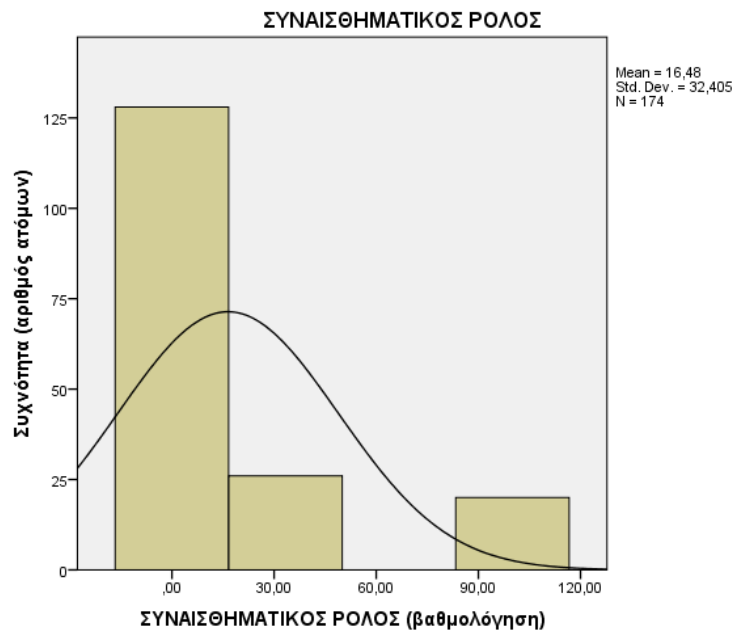
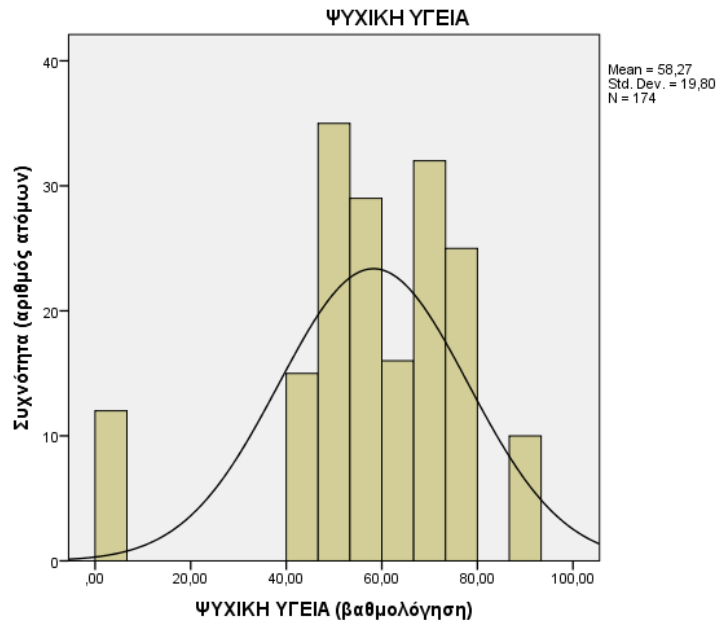
Η συμμετοχή σου στη μελέτη είναι απολύτως εθελοντική και η απόφαση σου να συμμετάσχεις δεν θα επηρεάσει με οποιοδήποτε τρόπο την ποιότητα της φροντίδας που σου παρέχεται τόσο από το γιατρό σου όσο και από το υπόλοιπο προσωπικό υγείας που σε παρακολουθεί.

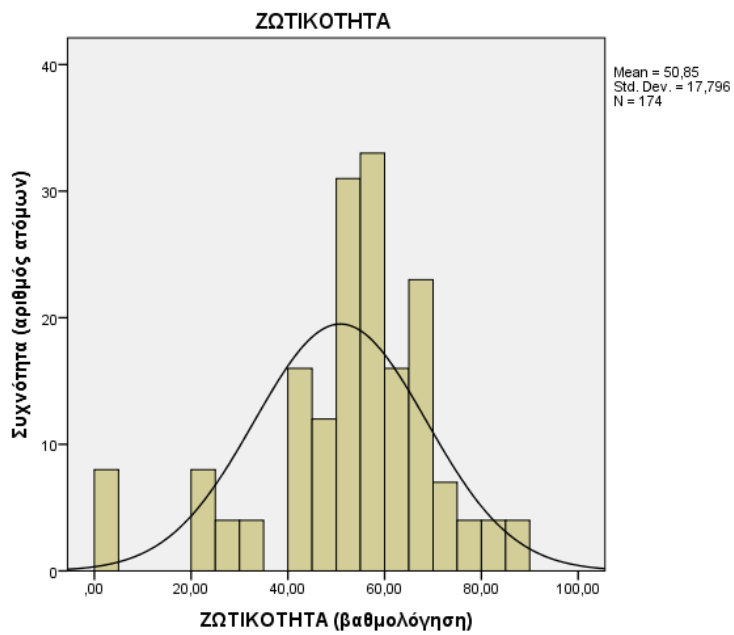
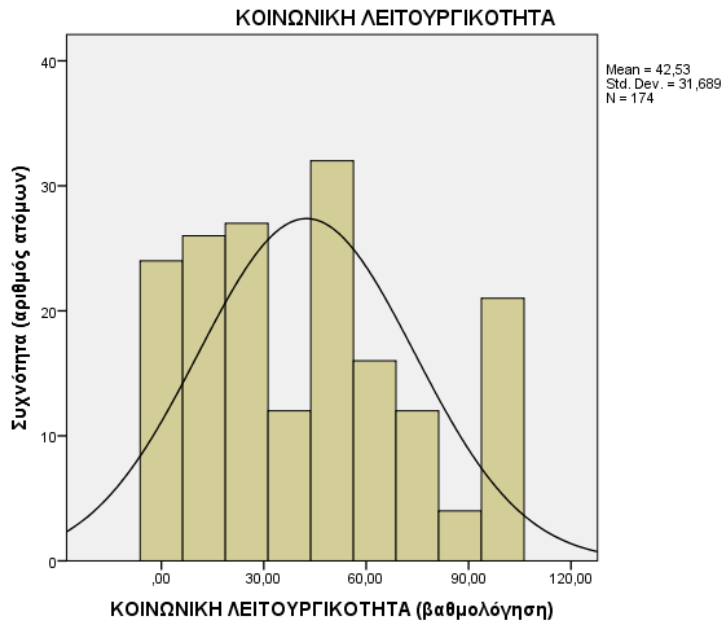
Επίθετο:	.....	Όνομα:	.....
Υπογραφή:		Ημερομηνία:	

## Παράρτημα 9: Καταγραφή συχνότητας διαστάσεων ποιότητας ζωής-Γενικό μέρος

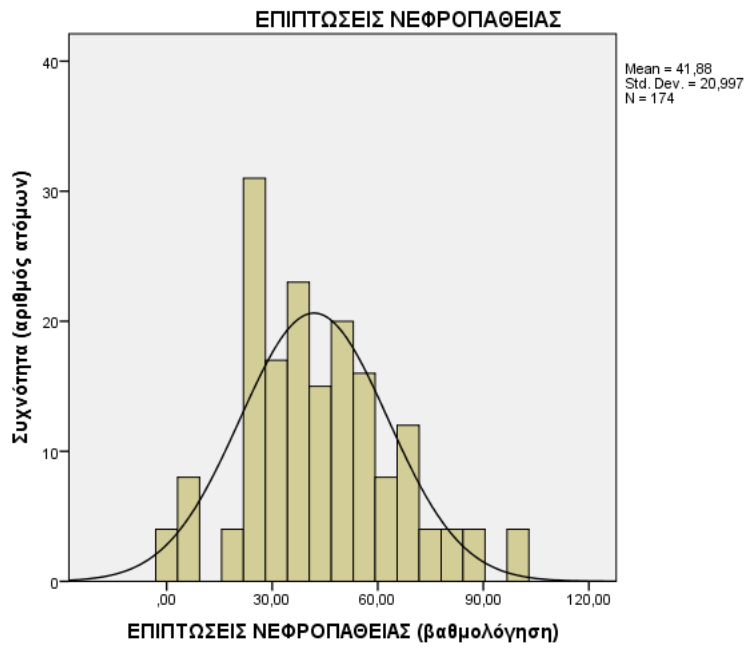
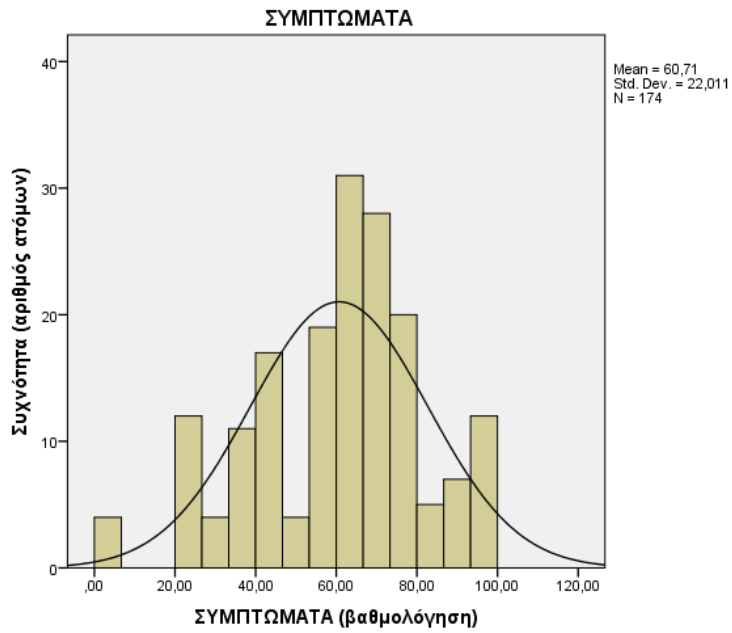


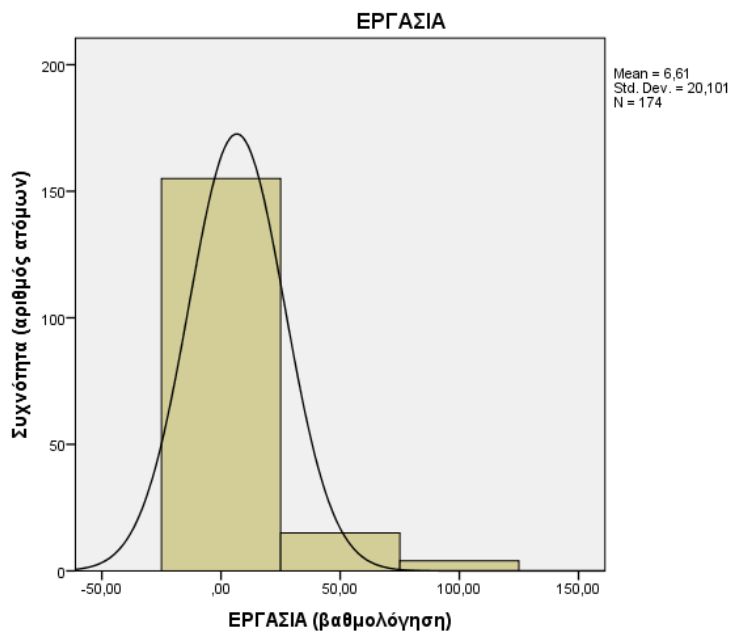
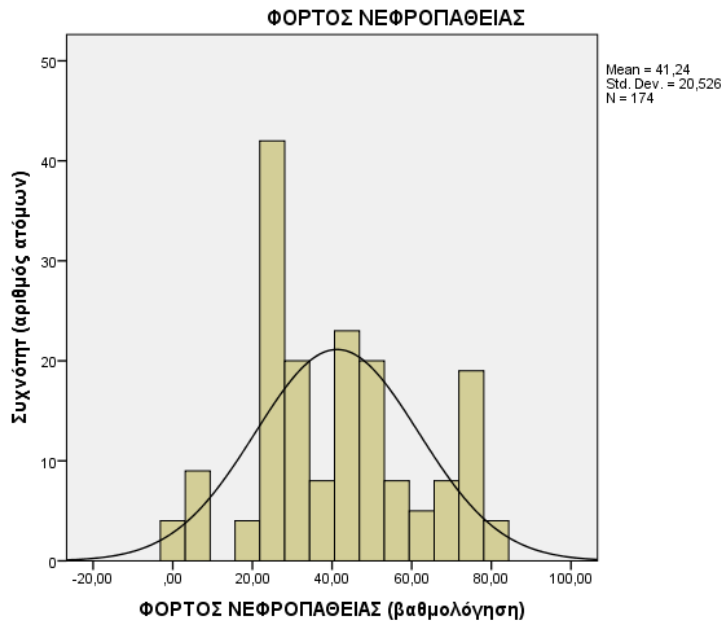


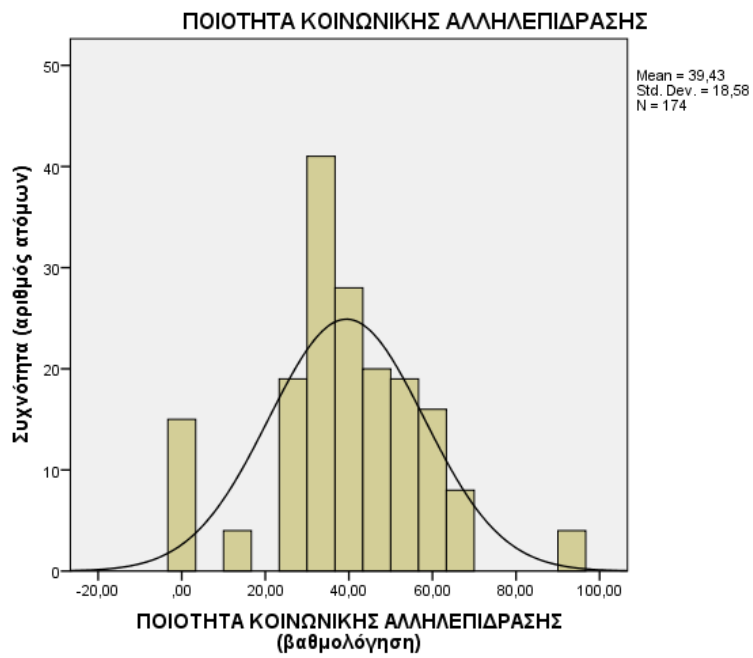
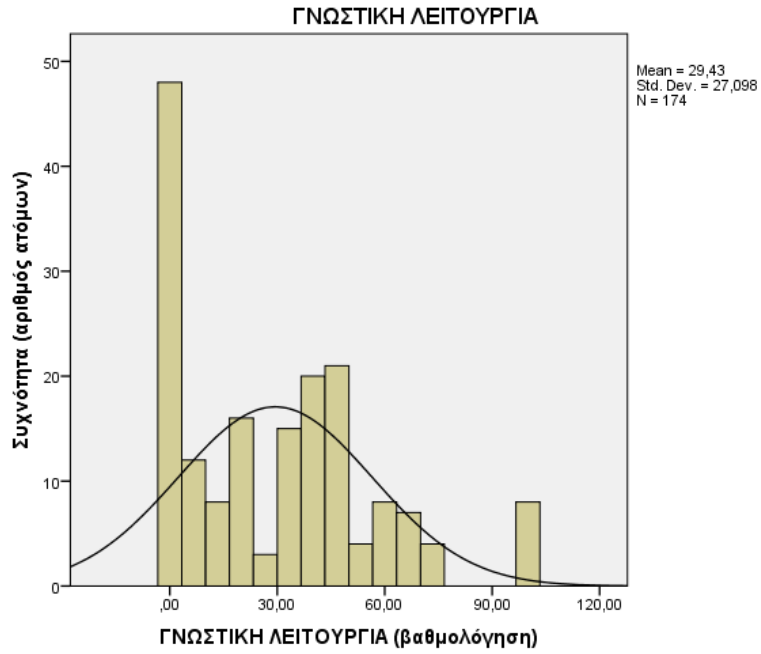


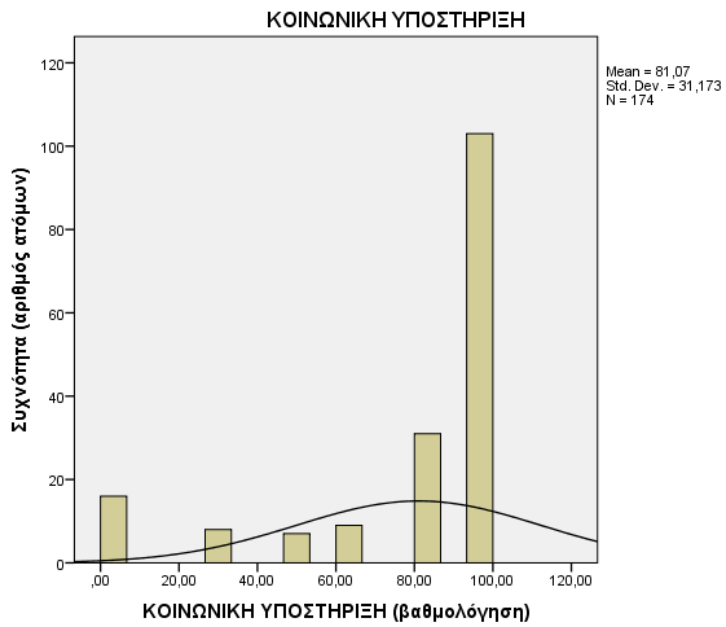
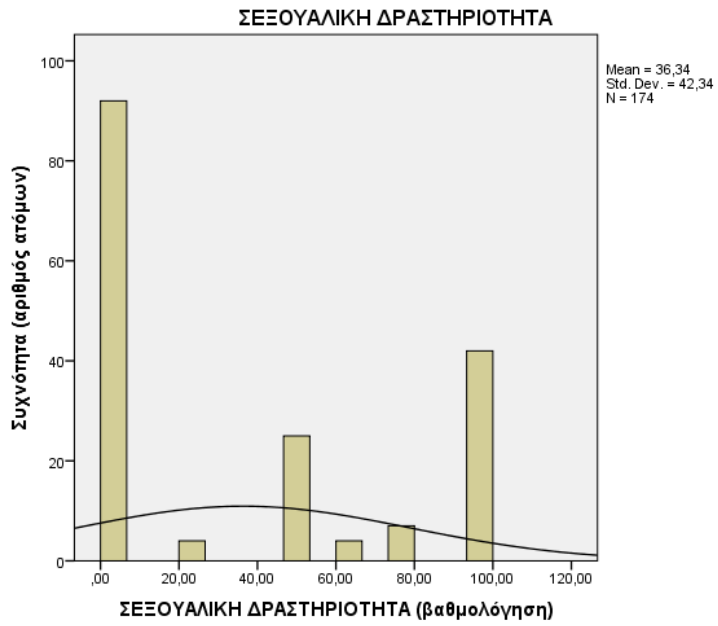


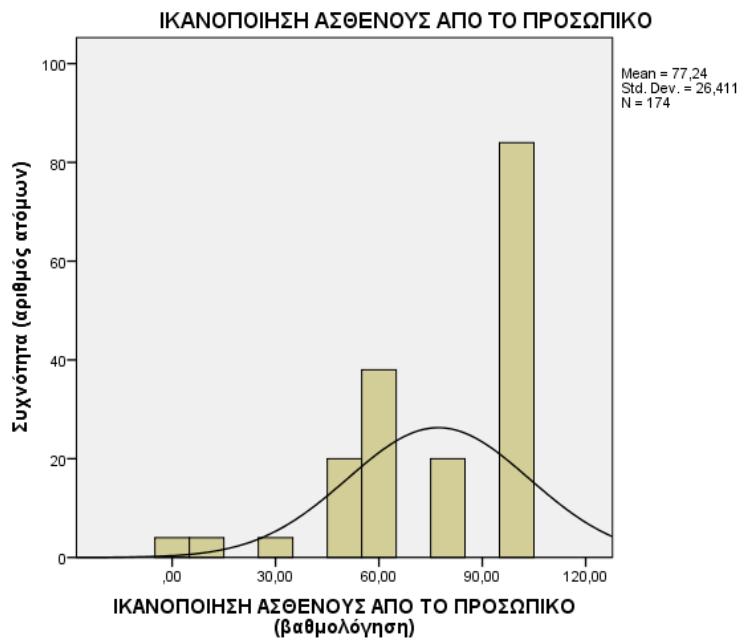
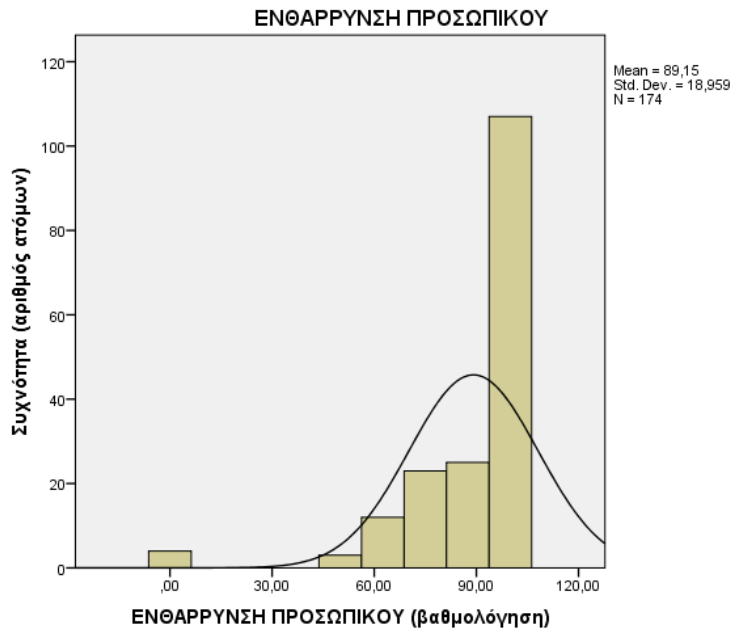
## Παράρτημα 10: Καταγραφή συχνότητας διαστάσεων ποιότητας ζωής –Ειδικό μέρος











## Παράρτημα 11 : Ερωτηματολόγιο

### ΜΕΛΕΤΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΓΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΠΑΣΧΟΥΝ ΑΠΟ ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΤΩΝ ΝΕΦΡΩΝ

#### ΜΕΡΟΣ Α

##### A. Η ΥΓΕΙΑ ΣΑΣ

1. Γενικά, θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι:

Εξαιρετική  Πολύ καλή  Καλή  Μέτρια  Κακή

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

Πολύ καλύτερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν	Κάπως καλύτερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν	Περίπου η ίδια όπως ένα χρόνο πριν	Κάπως χειρότερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν	Πολύ χειρότερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

	Ναι, με περιορίζει πολύ	Ναι, με περιορίζει λίγο	Όχι, δεν με περιορίζει καθόλου
α. Σε κουραστικές δραστηριότητες, όπως το τρέξιμο, το σήκωμα βαριών αντικειμένων, η δραστηριότητες δύσκολων αθλημάτων	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
β. Σε μέτριας έντασης δραστηριότητες, όπως η μετακίνηση ενός τραπεζιού, το σπρώξιμο μιας ηλεκτρικής σκούπας, ο περίπατος στην εξοχή ή όταν παίζετε ρακέτες στην παραλία	<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 μερικές σκάλες	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ε. Όταν ανεβαίνετε μία σκάλα	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

- στ. Στο λύγισμα του σώματος, στο γονάτισμα ή στο σκύψιμο
- 
- ζ. Όταν περπατάτε περίπου ένα χιλιόμετρο
- 
- η. Όταν περπατάτε μερικές εκατοντάδες μέτρα
- 
- θ. Όταν περπατάτε περίπου εκατό μέτρα
- 
- ι. Όταν κάνετε μπάνιο ή όταν ντύνεστε
- 

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

- |   | Ναι                      | Όχι                      |
|---|--------------------------|--------------------------|
| α. Μειώσατε <u>το χρόνο</u> που συνήθως ξοδεύετε στη δουλειά ή σε άλλες <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| β. Επιτελέσατε <u>λιγότερα</u> από όσα θα θέλατε <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| γ. Περιορίσατε <u>τα είδη</u> της δουλειάς η τα είδη άλλων δραστηριοτήτων σας <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| δ. <u>Δυσκολευτήκατε</u> να εκτελέσετε τη δουλειά ή άλλες δραστηριότητές σας <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

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

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

Καθόλου       Ελάχιστα       Μέτρια       Αρκετά       Πάρα πολύ

7. Πόσο σωματικό πόνο νιώσατε τις τελευταίες 4 εβδομάδες;

Καθόλου  Πολύ ήπιο  Ήπιο  Μέτριο  Έντονο  Πολύ έντονο

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

Καθόλου  Λίγο  Μέτρια  Αρκετά  Πάρα πολύ

9. Οι παρακάτω ερωτήσεις αναφέρονται στο πως αισθανόσαστε και στο πως ήταν γενικά η διάθεσή σας τις τελευταίες 4 εβδομάδες. Για κάθε ερώτηση, παρακαλείστε να δώσετε εκείνη την απάντηση

που πλησιάζει περισσότερο σε ότι αισθανθήκατε.

Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, για πόσο χρονικό διάστημα:

Καθόλου	Συνεχώς διάστημα	Το μεγαλύτερο Σημαντικό διάστημα	Μερικές φορές	Μικρό διάστημα
α. Αισθανόσαστε γεμάτος/ γεμάτη ζωντάνια; <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
β. Είχατε πολύ εκνευρισμό; <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
γ. Αισθανόσαστε τόσο πολύ <input type="checkbox"/> πεσμένος/πεσμένη ψυχολογικά, που τίποτε δεν μπορούσε να σας φτιάξει το κέφι;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
δ. Αισθανόσαστε ηρεμία <input type="checkbox"/> και γαλήνη;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ε. Είχατε πολλή <input type="checkbox"/> ενεργητικότητα;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
στ. Αισθανόσαστε <input type="checkbox"/> απελπισία και μελαγχολία;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ζ. Αισθανόσαστε       
 εξάντληση;

η. Ησαστε ευτυχισμένος/  
 ευτυχισμένη;

θ. Αισθανόσαστε       
 κούραση;

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

Συνεχώς   Το  Μερικές  Μικρό  Καθόλου  
  μεγαλύτερο  φορές  διάστημα

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

	Εντελώς	Μάλλον	Δεν ξέρω	Μάλλον
	Αλήθεια	Αλήθεια		Ψέμα
α. Μου φαίνεται ότι αρρωσταίνω λίγο <input type="checkbox"/> ευκολότερα από άλλους ανθρώπους	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
β. Είμαι τόσο υγιής όσο όλοι οι γνωστοί μου <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
γ. Περιμένω ότι η υγεία <input type="checkbox"/> μου θα χειροτερεύσει	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
δ. Η υγεία μου είναι <input type="checkbox"/> εξαιρετική	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## **B. Η ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΑ ΣΑΣ**

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

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

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

Συνέχεια	Καθόλου	Σπάνια	Ορισμένες Φορές	Συχνά συχνά	Πολύ
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 <input type="checkbox"/> ή πράξεις των γύρω σας;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
γ. Συμπεριφερθήκατε στους γύρω σας με <input type="checkbox"/> εκνευρισμό;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
δ. Δυσκολευθήκατε να οργανώσετε τις <input type="checkbox"/> σκέψεις σας ή να συγκεντρωθείτε;	<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 σαστισμένοι;

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

Ενοχλήθηκα υπερβολικά	Δεν	Ενοχλήθηκα	Ενοχλήθηκα	Ενοχλήθηκα	
	ενοχλήθηκα καθόλου	κάπως	μέτρια	πάρα πολύ	
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. Λυποθυμία 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 καθετήρα σας;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

16. Οι δύο ακόλουθες ερωτήσεις είναι αρκετά προσωπικές και αφορούν τη σεξουαλική σας δραστηριότητα. Οι απαντήσεις σας ωστόσο είναι ιδιαίτερα σημαντικές προκειμένου να καταλάβουμε πώς επηρεάζει η νεφροπάθεια τη ζωή των ασθενών. Κατά πόσο αποτέλεσε πρόβλημα καθένα από τα παρακάτω τις περασμένες 4 εβδομάδες:

Σοβαρό πρόβλημα	Κανένα πρόβλημα	Μικρό πρόβλημα	Μέτριο πρόβλημα	Μεγάλο πρόβλημα
α. Σεξουαλική ευχαρίστηση; <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
β. Σεξουαλική διέγερση; <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Στην επόμενη ερώτηση παρακαλούμε βαθμολογήσετε τον ύπνο σας από 0 έως 10. Το 0 αντιστοιχεί σε "πολύ άσχημο" και το 10 σε "πολύ καλό". Αν πιστεύετε ότι ο ύπνος σας είναι ακριβώς στη μέση μεταξύ "πολύ άσχημου" (0) και "πολύ καλού" (10) τότε σημειώστε το τετράγωνο κάτω από το 5. Αν πιστεύετε ότι ο ύπνος σας είναι ένα βαθμό καλύτερος από το 5, τότε σημειώστε το τετράγωνο κάτω από το 6. Αν πιστεύετε πως είναι ένα βαθμό χειρότερος από

το 5, τότε σημειώστε το τετράγωνο κάτω από το 4 και ούτω καθεξής. Σε κλίμακα από 0 έως 10, τι βαθμό θα δίνετε για τον ύπνο σας συνολικά; [Σημειώστε Χ ☒ σε ένα από τα τετράγωνα]

Πολύ άσχημος	Πολύ καλός
↓	↓
0	10
□	□
1	9
□	□
2	8
□	□
3	7
□	□
4	6
□	□
5	5
□	□
6	4
□	□
7	3
□	□
8	2
□	□
9	1
□	□
10	0
□	□

18. Τις περασμένες 4 εβδομάδες πόσο συχνά ...

	Ποτέ	Σπάνια	Ορισμένες φορές	Συχνά	Πολύ συχνά
<b>Συνέχεια</b>					
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;	□	□	□	□	□

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

	Πολύ Δυσανεστημένος/η	Λίγο Δυσανεστημένος/η	Λίγο ευχαριστημένος/η	Πολύ ευχαριστημένος/η
<b>ευχαριστημένος/η</b>				
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;	□	□	□	□

20. Τις περασμένες 4 εβδομάδες εργαστήκατε σε αμοιβόμενη εργασία;

Ναι  Όχι

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

Ναι  Όχι

22. Συνολικά, πώς θα βαθμολογούσατε την υγεία σας;

Χείριστη (σα να  
πεθαίνω ή και  
χειρότερα)

Μεταξύ της  
χειρότερης και  
καλύτερης

Καλύτερη  
Δυνατή



0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

## Γ. Ικανοποίηση με την περίθαλψη

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

Πολύ Άριστο άσχημο	Άσχημο	Ικανοποιητικό	Καλό	Πολύ καλό	Υπέροχο
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>					

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

	Συμφωνώ απολύτως	Συμφωνώ ως επί το πλείστον	Δεν γνωρίζω	Διαφωνώ ως επί το πλείστον	Διαφωνώ
απολύτως					
α. Το προσωπικό αιμοκάθαρσης με ενθαρρύνει να είμαι όσο πιο ανεξάρτητος/η γίνεται	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
β. Το προσωπικό αιμοκάθαρσης με στηρίζει στην αντιμετώπιση της ασθένειάς μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**25. Διάβασε κάθε ένα από τα παρακάτω ερωτήματα και επέλεξε την απάντηση η οποία είναι πιο κοντά στο πως αισθάνεσαι τις τελευταίες επτά μέρες**

<b>Νιώθω ανήσυχος/η ή εκνευρισμένος/η</b>	
<input type="checkbox"/>	Σχεδόν πάντα
<input type="checkbox"/>	Συχνά
<input type="checkbox"/>	Μερικές φορές
<input type="checkbox"/>	Ποτέ

<b>Νιώθω σαν να έχουν πέσει οι ρυθμοί μου</b>	
<input type="checkbox"/>	Σχεδόν πάντα
<input type="checkbox"/>	Πολύ συχνά
<input type="checkbox"/>	Μερικές φορές
<input type="checkbox"/>	Ποτέ

<b>Εξακολουθώ να απολαμβάνω τα πράγματα που απολάμβανα και παλιότερα</b>	
<input type="checkbox"/>	Σίγουρα το ίδιο όσο και παλιά
<input type="checkbox"/>	Όχι τόσο όσο παλιά
<input type="checkbox"/>	Πολύ λίγο
<input type="checkbox"/>	Σχεδόν καθόλου

<b>Με πιάνει κάτι σαν φόβος, σαν να έχω ένα κόμπο στο στομάχι</b>	
<input type="checkbox"/>	Ποτέ
<input type="checkbox"/>	Μερικές φορές
<input type="checkbox"/>	Συχνά
<input type="checkbox"/>	Πολύ συχνά

<b>Με πιάνει κάτι σαν φόβος σαν να πρόκειται να συμβεί κάτι απείσιο</b>	
<input type="checkbox"/>	Ακριβώς, μάλιστα πολύ έντονα
<input type="checkbox"/>	Ναι, αλλά όχι τόσο έντονα
<input type="checkbox"/>	Λίγο, αλλά δεν με ανησυχεί
<input type="checkbox"/>	Καθόλου

<b>Έχω χάσει το ενδιαφέρον για την εμφάνιση μου</b>	
<input type="checkbox"/>	Σίγουρα
<input type="checkbox"/>	Τη φροντίζω πολύ λιγότερο απ' όσο πρέπει
<input type="checkbox"/>	Μάλλον τη φροντίζω λιγότερο απ' όσο πρέπει
<input type="checkbox"/>	Τη φροντίζω όπως πάντοτε

<b>Μπορώ να γελώ και να βλέπω την αστεία πλευρά των πραγμάτων</b>	
<input type="checkbox"/>	Το ίδιο όσο και παλιά
<input type="checkbox"/>	Όχι τόσο όσο παλιά
<input type="checkbox"/>	Σίγουρα όχι τόσο πολύ τώρα
<input type="checkbox"/>	Καθόλου

<b>Νιώθω νευρικός/η και ανήσυχος/η, σαν να πρέπει συνέχεια να είμαι σε κίνηση</b>	
<input type="checkbox"/>	Σε πολύ μεγάλο βαθμό μάλιστα
<input type="checkbox"/>	Σε αρκετά μεγάλο βαθμό
<input type="checkbox"/>	Όχι πάρα πολύ
<input type="checkbox"/>	Καθόλου

<b>Ανήσυχες σκέψεις περνούν από το μυαλό μου</b>	
<input type="checkbox"/>	Σχεδόν πάντα
<input type="checkbox"/>	Συχνά
<input type="checkbox"/>	Μερικές φορές
<input type="checkbox"/>	Σχεδόν ποτέ

<b>Περιμένω με χαρά διάφορα πράγματα</b>	
<input type="checkbox"/>	Το ίδιο όπως και παλιά
<input type="checkbox"/>	Μάλλον λιγότερο από ότι παλιά
<input type="checkbox"/>	Σίγουρα λιγότερο από ότι παλιά
<input type="checkbox"/>	Καθόλου

<b>Νιώθω κεφάτος/η</b>	
<input type="checkbox"/>	Ποτέ
<input type="checkbox"/>	Σπάνια
<input type="checkbox"/>	Μερικές φορές
<input type="checkbox"/>	Σχεδόν πάντα

<b>Με πιάνουν ξαφνικά συναισθήματα πανικού</b>	
<input type="checkbox"/>	Πολύ συχνά
<input type="checkbox"/>	Συχνά
<input type="checkbox"/>	Σπάνια
<input type="checkbox"/>	Ποτέ

<b>Μπορώ να κάθωμαι ήρεμος/η και να νιώθω χαλαρός/η</b>	
<input type="checkbox"/>	Πάντα
<input type="checkbox"/>	Συνήθως
<input type="checkbox"/>	Όχι συχνά
<input type="checkbox"/>	Ποτέ

<b>Μπορώ να απολαμβάνω ένα ενδιαφέρον βιβλίο ή ραδιοφωνικό/τηλεοπτικό πρόγραμμα</b>	
<input type="checkbox"/>	Συχνά
<input type="checkbox"/>	Μερικές φορές
<input type="checkbox"/>	Σπάνια
<input type="checkbox"/>	Σχεδόν ποτέ

26. Τουλάχιστον 3 μέρες την εβδομάδα κατά μέσον όρο για τον τελευταίο μήνα, παρουσιάστηκαν ένα ή περισσότερα από τα παρακάτω: (η αξιολόγηση αναφέρεται στο νυκτερινό ύπνο και βασίζεται στην υποκειμενική εκτίμησή σας).

Επέλευση ύπνου	
	Πολύ γρήγορη
	Ελαφρώς καθυστερημένη
	Καθυστερημένη
	Πολύ καθυστερημένη ή δεν κοιμήθηκα καθόλου

Ποιότητα ύπνου	
	Ικανοποιητική
	Μέτρια
	Μη ικανοποιητική
	Κακή

Αφυπνίσεις κατά τη διάρκεια της νύκτας	
	Κανένα πρόβλημα
	Μικρό πρόβλημα
	Μέτριο πρόβλημα
	Έντονο πρόβλημα ή δεν κοιμήθηκα καθόλου

Ευεξία κατά την επόμενη μέρα	
	Πλήρης
	Ελαφρώς μειωμένη
	Αρκετά μειωμένη
	Πολύ μειωμένη ή απύσασα

Τελική αφύπνιση σε σχέση με τον επιθυμητό χρόνο	
	Στον επιθυμητό χρόνο
	Λίγο νωρίτερα
	Αρκετά νωρίτερα
	Πολύ νωρίτερα ή δεν κοιμήθηκα καθόλου

Λειτουργικότητα κατά την επόμενη μέρα	
	Πλήρης
	Ελαφρώς μειωμένη
	Αρκετά μειωμένη
	Πολύ μειωμένη ή απύσασα

Συνολική διάρκεια ύπνου	
	Επαρκής
	Μάλλον ανεπαρκής
	Ανεπαρκής
	Πολύ ανεπαρκής ή δεν κοιμήθηκα καθόλου

Υπνηλία κατά την επόμενη μέρα	
	Καμία
	Ελαφρά
	Μέτρια
	Έντονη

## ΜΕΡΟΣ Β

<b>Φύλο:</b>	Γυναίκα <input type="checkbox"/>	Άνδρας <input type="checkbox"/>					
<b>Ηλικία:</b>	15-20 <input type="checkbox"/>	21-25 <input type="checkbox"/>	26-30 <input type="checkbox"/>	31-40 <input type="checkbox"/>	41-50 <input type="checkbox"/>	51-60 <input type="checkbox"/>	>60 <input type="checkbox"/>
<b>Εκπαίδευση:</b>	Δημοτικό <input type="checkbox"/>	Γυμνάσιο <input type="checkbox"/>	Τεχνική Σχολή <input type="checkbox"/>				
	Λύκειο <input type="checkbox"/>	Κολλέγιο <input type="checkbox"/>	Πανεπιστήμιο <input type="checkbox"/>				
<b>Απασχόληση:</b>	Μερική απασχόληση <input type="checkbox"/>	Πλήρης απασχόληση <input type="checkbox"/>					
	Αυτοεργοδοτούμενος <input type="checkbox"/>	Άνεργος <input type="checkbox"/>					
	Συνταξιούχος <input type="checkbox"/>	Οικιακά <input type="checkbox"/>					
<b>Ετήσιο εισόδημα νοικοκυριού:</b>	Μέχρι €10.500 <input type="checkbox"/>	€10.501-€20.500 <input type="checkbox"/>	€20.501-€30.500 <input type="checkbox"/>				
	€30.501-€40.500 <input type="checkbox"/>	€40.501-€50.500 <input type="checkbox"/>	€50.501 και πάνω <input type="checkbox"/>				
<b>Οικογενειακή Κατάσταση:</b>	Άγαμος/η <input type="checkbox"/>	Έγγαμος/η ή Συζώ <input type="checkbox"/>					
	Διαζευγμένος/η <input type="checkbox"/>	Χήρος/α <input type="checkbox"/>					

Έχεις φτάσει στο τέλος του ερωτηματολογίου. Σε ευχαριστώ για τη συμμετοχή σου στην έρευνα αυτή. Παρακαλώ έλεγξε τις απαντήσεις σου προσεκτικά προτού επιστρέψεις το ερωτηματολόγιο στον ερευνητή.