

«Σχολή Κοινωνικών Επιστημών & Επιστημών Υγείας  
(Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας), Τμήμα Ιατρικής.»

«Διαχείριση Γήρανσης και Χρόνιων Νοσημάτων (Γ.Χ.Ν)»

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

«Αξιολόγηση ποιότητας ζωής, κόπωσης και κοινωνικής  
υποστήριξης των αιμοκαθαρόμενων ασθενών: Η επίδραση της  
ικανοποίησης από το νοσηλευτικό προσωπικό»

«Χριστίνα Βασιλοπούλου»

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: «Θεοφίλου Παρασκευή»

Πάτρα, Φεβρουάριος 2021

Η παρούσα εργασία αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία του/της φοιτητή («συγγραφέας/δημιουργός») που την εκπόνησε. Στο πλαίσιο της πολιτικής ανοικτής πρόσβασης ο/η συγγραφέας/δημιουργός εκχωρεί στο ΕΑΠ, μη αποκλειστική άδεια χρήσης του δικαιώματος αναπαραγωγής, προσαρμογής, δημόσιου δανεισμού, παρουσίασης στο κοινό και ψηφιακής διάχυσής τους διεθνώς, σε ηλεκτρονική μορφή και σε οποιοδήποτε μέσο, για διδακτικούς και ερευνητικούς σκοπούς, άνευ ανταλλάγματος και για όλο το χρόνο διάρκειας των δικαιωμάτων πνευματικής ιδιοκτησίας. Η ανοικτή πρόσβαση στο πλήρες κείμενο για μελέτη και ανάγνωση δεν σημαίνει καθ' οιονδήποτε τρόπο παραχώρηση δικαιωμάτων διανοητικής ιδιοκτησίας του/της συγγραφέα/δημιουργού ούτε επιτρέπει την αναπαραγωγή, αναδημοσίευση, αντιγραφή, αποθήκευση, πώληση, εμπορική χρήση, μετάδοση, διανομή, έκδοση, εκτέλεση, «μεταφόρτωση» (downloading), «ανάρτηση» (uploading), μετάφραση, τροποποίηση με οποιονδήποτε τρόπο, τμηματικά ή περιληπτικά της εργασίας, χωρίς τη ρητή προηγούμενη έγγραφη συναίνεση του/της συγγραφέα/δημιουργού. Ο/Η συγγραφέας/δημιουργός διατηρεί το σύνολο των ηθικών και περιουσιακών του δικαιωμάτων.

«Αξιολόγηση ποιότητας ζωής, κόπωσης και κοινωνικής  
υποστήριξης των αιμοκαθαρόμενων ασθενών: Η επίδραση της  
ικανοποίησης από το νοσηλευτικό προσωπικό»

«Χριστίνα Βασιλοπούλου»

Επιτροπή Κρίσης

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια:

«Θεοφίλου Παρασκευή»

«MSc, PhD Ψυχολογία Υγείας, Γενική  
Διευθύντρια Υπηρεσιών Υγείας του  
Υπουργείου Υγείας»

Συν-Επιβλέπουσα Καθηγήτρια:

«Φλωρά Κατερίνα»

«Phd, Κλινική Ψυχολόγος»

Πάτρα, Φεβρουάριος 2021

*«Ευχαριστίες ή Αφιέρωση»*

## Περίληψη

**Εισαγωγή:** Η χρόνια νεφρική νόσος αποτελεί ένα παγκόσμιο πρόβλημα δημόσιας υγείας, το οποίο, σε συνδυασμό με τη γήρανση του πληθυσμού, προβλέπεται να αυξήσει τις επιπτώσεις της τα επόμενα χρόνια. Η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία σε ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση μειώνεται με την πάροδο του χρόνου, όχι μόνο λόγω της αντιμετώπισης της ασθένειας, και της αποτελεσματικότητας της φροντίδας, αλλά και λόγω της μείωσης της φυσιολογικής, ψυχολογικής και κοινωνικής ευημερίας.

**Σκοπός:** Σκοπός της έρευνας είναι να μελετήσει την κοινωνική υποστήριξη και νοσηλευτική φροντίδα που λαμβάνουν οι ασθενείς με αιμοκάθαρση, τα επίπεδα κόπωσης τους καθώς και την ποιότητα ζωής τους. Επιπλέον μελετάται η επίδραση της κοινωνικής υποστήριξης και νοσηλευτικής φροντίδας στα επίπεδα κόπωσης και ποιότητας ζωής των ασθενών. Τέλος, διερευνάται η επίδραση του δημογραφικού προφίλ στους παράγοντες της έρευνας.

**Μεθοδολογία:** Πραγματοποιήθηκε μία ποσοτική έρευνα, πρωτογενής, μη πειραματική με χρήση των ερωτηματολογίων “Multidimensional Scale of Perceived Social Support” ( $\alpha \geq 0,908$ ), FAS ( $\alpha \geq 0,658$ ), Missoula-VITAS Quality of Life ( $\alpha \geq 0,622$ ) και νοσηλευτικής φροντίδας ( $\alpha = 0,944$ ). Στην έρευνα συμμετείχαν 69 ασθενείς με αιμοκάθαρση, του Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ρίου, με τους περισσότερους να έχουν την ασθένεια 0-10 χρόνια. Η πλειοψηφία των ασθενών της έρευνας είναι άντρες, ηλικίας 51-80 ετών, έγγαμοι με 1-2 παιδιά, με εκπαιδευτικό επίπεδο έως αυτό του Λυκείου, που διαμένουν σε πόλη και λαμβάνουν εισόδημα 500-1.500 ευρώ. Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε σε στάθμη σημαντικότητας 5%, χρησιμοποιώντας τα παραμετρικά κριτήρια independent samples t-test, ANOVA και τα μη παραμετρικά Mann Whitney, Kruskal Wallis και Spearman. Τηρήθηκαν τα απαραίτητα ηθικά ζητήματα.

**Αποτελέσματα:** Η ηλικία επηρέασε την κοινωνική υποστήριξη ( $p < 0,05$ ) και την κόπωση ( $p < 0,05$ ). Το εκπαιδευτικό επίπεδο επηρέασε την σωματική κόπωση ( $p = 0,040$ ) και την πνευματικότητα ( $p = 0,037$ ). Ο τόπος διαμονής κατοικίας επηρέασε την πνευματικότητα ( $p = 0,036$ ) και την νοσηλευτική φροντίδα ( $p = 0,039$ ). Η επαγγελματική κατάσταση επηρέασε την κοινωνική υποστήριξη από φίλους ( $p = 0,001$ ). Τα χρόνια στην αιμοκάθαρση επηρέασαν την κοινωνική υποστήριξη ( $p \leq 0,027$ ), τις διαπροσωπικές σχέσεις ( $p = 0,013$ ) και την σωματική κόπωση ( $p = 0,027$ ). Οι διαπροσωπικές σχέσεις σχετίστηκαν με την κοινωνική υποστήριξη ( $p < 0,01$ ). Η ποιότητα ζωής σχετίστηκε με την κοινωνική υποστήριξη ( $p < 0,05$ ).

**Συμπεράσματα:** Η ηλικία, το εκπαιδευτικό επίπεδο, ο τόπος διαμονής, η επαγγελματική κατάσταση και τα χρόνια στην αιμοκάθαρση επηρέασαν τους παράγοντες της έρευνας. Παρατηρήθηκαν πολύ υψηλά επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης. Μέτρια χαρακτηρίστηκαν τα επίπεδα σωματικής κόπωσης και χαμηλά τα επίπεδα ψυχικής. Αναδείχθηκαν υψηλά επίπεδα ποιότητας ζωής ως προς τις διαπροσωπικές σχέσεις, μέτρια προς υψηλά ως προς τα συμπτώματα και την πνευματικότητα, μέτρια ως προς την λειτουργικότητα και χαμηλά ως προς την ευεξία. Οι ασθενείς έδειξαν πολύ ικανοποιημένοι από την νοσηλευτική φροντίδα που λαμβάνουν. Η κοινωνική υποστήριξη διακρίθηκε ως η καλύτερη στρατηγική για την βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών.

**Λέξεις κλειδιά:** Αιμοκάθαρση, ποιότητα ζωής, κόπωση, κοινωνική υποστήριξη, νοσηλευτική φροντίδα

## "Evaluation of quality of life, fatigue and social support of dialysis patients: The effect of satisfaction by nursing staff"

"Christina Vassilopoulou"

### Abstract

**Introduction:** Chronic kidney disease is a global public health problem, which, in combination with an aging population, is expected to increase its impact in the coming years. The health related quality of life in patients undergoing dialysis, decreases over time, not only due to the treatment of the disease, and the effectiveness of medical care, but also due to the reduction of physiological, psychological and social well-being.

**Aim:** The aim of the research is to study the social support and nursing care that patients with dialysis receive, their levels of fatigue and their quality of life. In addition, the effect of the social support and nursing care that patients receive on the patients' levels of fatigue and quality of life is examined. Finally, the effect of the demographic profile is investigated on the factors of research.

**Methodology:** A quantitative, primary, non-experimental survey was conducted using the questionnaires "Multidimensional Scale of Perceived Social Support" ( $\alpha \geq 0.908$ ), FAS ( $\alpha \geq 0.658$ ), Missoula-VITAS Quality of Life ( $\alpha \geq 0.622$ ) and nursing care ( $\alpha = 0.944$ ). The study involved 69 patients with dialysis of the Rio Regional University Hospital, with most having the disease for 0-10 years. The majority of the patients in the research are men, aged 51-80, married with 1-2 children, with an educational level up to that of High school, who live in a city and receive an income of 500-1,500 euros. Data analysis was performed at a significance level of 5%, using the parametric criteria independent samples t-test, ANOVA and the non-parametric Mann Whitney, Kruskal Wallis and Spearman. The necessary ethical issues were observed.

**Results:** Age affected social support ( $p < 0.05$ ) and fatigue ( $p < 0.05$ ). The educational level affected physical fatigue ( $p = 0.040$ ) and spirituality ( $p = 0.037$ ). Residence affected spirituality ( $p = 0.036$ ) and nursing care ( $p = 0.039$ ). Occupational status influenced social support from friends ( $p = 0.001$ ). Years in dialysis affected social support ( $p \leq 0.027$ ), interpersonal relationships ( $p = 0.013$ ) and physical fatigue ( $p = 0.027$ ). Interpersonal relationships were associated with social support ( $p < 0.01$ ). Quality of life was associated with social support ( $p < 0.05$ ).

**Conclusions:** Age, educational level, place of residence, professional status and years of dialysis influenced the research factors. Very high levels of social support were observed. Moderate levels of physical fatigue and low levels of mental fatigue were noticed. High levels of quality of life in interpersonal relationships, moderate to high in symptoms and spirituality, moderate in functionality and low in well-being were found. Patients showed great satisfaction with the nursing care they receive. Social support was distinguished as the best strategy to improve the quality of life of patients.

**Keywords:** Dialysis, quality of life, fatigue, social support, nursing care

## Περιεχόμενα

|                                                                   |    |
|-------------------------------------------------------------------|----|
| Περίληψη .....                                                    | v  |
| Abstract .....                                                    | vi |
| Κατάλογος Εικόνων.....                                            | ix |
| Κατάλογος Σχημάτων.....                                           | x  |
| Κατάλογος Γραφημάτων.....                                         | 1  |
| Εισαγωγή.....                                                     | 3  |
| 1 Κεφάλαιο. Η νεφρική ανεπάρκεια.....                             | 5  |
| 1.1 Ορισμός.....                                                  | 5  |
| 1.2 Σύντομη Ιστορική Αναδρομή .....                               | 6  |
| 1.3 Αίτια .....                                                   | 10 |
| 1.4 Συμπτώματα .....                                              | 13 |
| 1.5 Αντιμετώπιση .....                                            | 16 |
| 2 Κεφάλαιο. Αιμοκάθαρση.....                                      | 17 |
| 2.1 Η αιμοκάθαρση .....                                           | 17 |
| 2.2 Επιπλοκές αιμοκάθαρσης .....                                  | 19 |
| 2.2.1 Καρδιαγγειακές επιπλοκές και αιμοκάθαρση .....              | 19 |
| 2.2.2 Δυσλειτουργία του θυρεοειδούς και αιμοκάθαρση.....          | 20 |
| 2.2.3 Φλεγμονή και αιμοκάθαρση.....                               | 21 |
| 2.3 Ψυχολογία αιμοκαθαρούμενων ασθενών .....                      | 23 |
| 3 Κεφάλαιο. Ποιότητα ζωής .....                                   | 25 |
| 3.1 Η έννοια της ποιότητας ζωής.....                              | 25 |
| 3.2 Παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής .....             | 27 |
| 3.3 Αξιολόγηση ποιότητας ζωής .....                               | 29 |
| 3.4 Σημασία ποιότητας ζωής .....                                  | 31 |
| 3.5 Ποιότητα ζωής στην αιμοκάθαρση .....                          | 33 |
| 4 Κεφάλαιο. Η Κόπωση .....                                        | 35 |
| 4.1 Η σωματική κόπωση .....                                       | 35 |
| 4.2 Η ψυχική κόπωση .....                                         | 36 |
| 4.3 Η κόπωση και η υγεία.....                                     | 37 |
| 4.4 Η αιμοκάθαρση και η κόπωση .....                              | 38 |
| 5 Κεφάλαιο. Κοινωνική υποστήριξη .....                            | 40 |
| 5.1 Η έννοια της κοινωνικής υποστήριξης .....                     | 40 |
| 5.2 Ενίσχυση κοινωνικής υποστήριξης.....                          | 41 |
| 5.3 Σημασία κοινωνικής υποστήριξης.....                           | 42 |
| 5.4 Κοινωνική υποστήριξη και χρόνιες παθήσεις.....                | 43 |
| 6 Κεφάλαιο. Η Ικανοποίηση .....                                   | 45 |
| 6.1 Η έννοια της ικανοποίησης.....                                | 45 |
| 6.2 Νοσηλευτικό Προσωπικό.....                                    | 46 |
| 6.3 Σχέσεις με νοσηλευτικό προσωπικό και ικανοποίηση ασθενών..... | 47 |
| 7 Κεφάλαιο. Μεθοδολογία έρευνας .....                             | 50 |
| 7.1 Ερευνητικός σκοπός-ερωτήματα .....                            | 50 |

|       |                                           |     |
|-------|-------------------------------------------|-----|
| 7.2   | Σχεδιασμός έρευνας .....                  | 50  |
| 7.3   | Πληθυσμός-Δείγμα .....                    | 51  |
| 7.4   | Εργαλείο .....                            | 51  |
| 7.5   | Στατιστική ανάλυση .....                  | 53  |
| 7.6   | Αξιοπιστία δεδομένων .....                | 54  |
| 7.7   | Ηθικά Ζητήματα .....                      | 54  |
| 8     | Κεφάλαιο. Αποτελέσματα έρευνας .....      | 56  |
| 8.1   | Δημογραφικά στοιχεία .....                | 56  |
| 8.2   | Αντιληπτή κοινωνική υποστήριξη .....      | 61  |
| 8.2.1 | Κοινωνική υποστήριξη από άλλους .....     | 61  |
| 8.2.2 | Κοινωνική υποστήριξη από οικογένεια ..... | 62  |
| 8.2.3 | Κοινωνική υποστήριξη από φίλους .....     | 62  |
| 8.3   | Κόπωση .....                              | 63  |
| 8.3.1 | Σωματική κόπωση .....                     | 63  |
| 8.3.2 | Ψυχική κόπωση .....                       | 64  |
| 8.4   | Ποιότητα ζωής .....                       | 65  |
| 8.4.1 | Σφαιρική ποιότητα ζωής .....              | 65  |
| 8.4.2 | Συμπτώματα .....                          | 66  |
| 8.4.3 | Λειτουργικότητα .....                     | 67  |
| 8.4.4 | Διαπροσωπικές σχέσεις .....               | 68  |
| 8.4.5 | Ευεξία .....                              | 69  |
| 8.4.6 | Πνευματικότητα .....                      | 70  |
| 8.5   | Νοσηλευτική φροντίδα .....                | 71  |
| 8.6   | Ερευνητικά ερωτήματα .....                | 73  |
| 8.6.1 | 1 <sup>ο</sup> ερευνητικό ερώτημα .....   | 73  |
| 8.6.2 | 2 <sup>ο</sup> ερευνητικό ερώτημα .....   | 76  |
| 8.6.3 | 3 <sup>ο</sup> ερευνητικό ερώτημα .....   | 86  |
| 9     | Κεφάλαιο. Συμπεράσματα .....              | 88  |
| 9.1   | Συζήτηση - Συμπεράσματα .....             | 88  |
| 9.2   | Περιορισμοί .....                         | 95  |
| 9.3   | Προτάσεις .....                           | 95  |
|       | Βιβλιογραφία .....                        | 96  |
|       | Ξενόγλωσση .....                          | 96  |
|       | Ελληνόγλωσση .....                        | 104 |
|       | Παράρτημα .....                           | 105 |
|       | Ερωτηματολόγιο .....                      | 105 |

## Κατάλογος Εικόνων

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Εικόνα 1. Χειρόγραφο της «Διάλεξης Bakerian» του Thomas Graham για την «Οσμωτική Δύναμη» στη Βασιλική Εταιρεία του Λονδίνου το 1854. ....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 7  |
| Εικόνα 2: Ο Δρ Georg Haas πραγματοποιεί αιμοκάθαρση σε έναν ασθενή στο Πανεπιστήμιο του Giessen.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 9  |
| Εικόνα 3:Nils Alwall το 1946 με ένα πρώιμο μοντέλο της μηχανής αιμοκάθαρσης .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 10 |
| Εικόνα 4: Οι παθοφυσιολογικές διεργασίες που συνδέονται με νεφρική νόσο. (Α) Ένα φυσιολογικό, υγιές νεφρό (αριστερά) και μια μεγεθυμένη άποψη της δομής ενός σωληναρίου και της σχετιζόμενης αγγείωσης (δεξιά). Β (C, D) Ιστολογικές ενότητες του νεφρού ενήλικου αρουραίου ενήλικου, χρωματισμένο με τρίχρωμο Masson (μεγέθυνση 20 × · ράβδοι κλίμακας: 50 μm). (C) Η πειραματική και σωληνοειδής αρχιτεκτονική ενός κανονικού νεφρού ενήλικου αρουραίου, και (D) πειραματοσκλήρωση (#) και σωληνοειδής ίνωση (*) σε νεφρική νόσο τελικού σταδίου. Ανατύπωση από (Mullins et al, 2016)..... | 11 |

## Κατάλογος Σχημάτων

- Σχήμα 1: Διαγραμματική αναπαράσταση Αιμοκάθαρσης.  $\text{NaHCO}_3$ : όξινο ανθρακικό νάτριο;  $\text{NaCl}$ : χλωριούχο νάτριο. Ανατύπωση από Vadakedath & Kandi, (2017). ..... 18
- Σχήμα 2: Διάγραμμα ροής που δείχνει τα στάδια και τον ρόλο της αιμοκάθαρσης. Ανατύπωση από Vadakedath & Kandi, (2017). ..... 19
- Σχήμα 3: Διάγραμμα ροής που δείχνει υπέρταση που σχετίζεται με τη νεφρική δυσλειτουργία και την επίδρασή της σε διάφορους μεταβολίτες. ADMA: ασύμμετρη διμεθυλ αργινίνη; HDL: λιποπρωτεΐνες υψηλής πυκνότητας. OXI: μονοξείδιο του αζώτου; apo A1: απολιποπρωτεΐνη A1. Ανατύπωση από Vadakedath & Kandi, (2017). ..... 22

## Κατάλογος Πινάκων

|                                                                                                                                               |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Πίνακας 1: Ανάλυση αξιοπιστίας .....                                                                                                          | 54 |
| Πίνακας 2: Δημογραφικά στοιχεία .....                                                                                                         | 57 |
| Πίνακας 3: Κοινωνική υποστήριξη από άλλους.....                                                                                               | 61 |
| Πίνακας 4: Κοινωνική υποστήριξη από οικογένεια .....                                                                                          | 62 |
| Πίνακας 5: Κοινωνική υποστήριξη από φίλους .....                                                                                              | 63 |
| Πίνακας 6: Σωματική κόπωση.....                                                                                                               | 64 |
| Πίνακας 7: Ψυχική κόπωση .....                                                                                                                | 65 |
| Πίνακας 8: Πώς θα βαθμολογούσατε τη συνολική ποιότητα ζωής σας; .....                                                                         | 65 |
| Πίνακας 9: Συμπτώματα .....                                                                                                                   | 66 |
| Πίνακας 10: Λειτουργικότητα.....                                                                                                              | 67 |
| Πίνακας 11: Διαπροσωπικές σχέσεις.....                                                                                                        | 68 |
| Πίνακας 12: Ευεξία.....                                                                                                                       | 69 |
| Πίνακας 13: Πνευματικότητα.....                                                                                                               | 70 |
| Πίνακας 14: Νοσηλευτική φροντίδα .....                                                                                                        | 72 |
| Πίνακας 15: Περιγραφικά στοιχεία για τους παράγοντες κοινωνικής υποστήριξης.....                                                              | 73 |
| Πίνακας 16: Περιγραφικά στοιχεία για τους παράγοντες κόπωσης.....                                                                             | 74 |
| Πίνακας 17: Περιγραφικά στοιχεία για τους παράγοντες ποιότητας ζωής.....                                                                      | 75 |
| Πίνακας 18: Περιγραφικά στοιχεία για τον παράγοντα της νοσηλευτικής φροντίδας.....                                                            | 75 |
| Πίνακας 19: Στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις Spearman της ηλικίας με τους παράγοντες της έρευνας .....                                       | 76 |
| Πίνακας 20: Στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα ελέγχων ANOVA και Kruskal Wallis των παραγόντων της έρευνας με το εκπαιδευτικό επίπεδο .....    | 77 |
| Πίνακας 21: Post hoc analysis LSD για «Σωματική κόπωση» * Εκπαιδευτικό επίπεδο....                                                            | 78 |
| Πίνακας 22: Post hoc analysis Bonferonni για «Ποιότητα ζωής-Πνευματικότητα» * Εκπαιδευτικό επίπεδο .....                                      | 79 |
| Πίνακας 23: Στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα ελέγχων ANOVA και Kruskal Wallis των παραγόντων της έρευνας με τον τόπο διαμονής κατοικίας..... | 80 |
| Πίνακας 24: Post hoc analysis LSD για «Ποιότητα ζωής-πνευματικότητα» * Τόπος διαμονής κατοικίας .....                                         | 80 |

|                                                                                                                                                                        |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Πίνακας 25: Post hoc analysis Bonferonni για «Ποιότητα ζωής-Πνευματικότητα» * Εκπαιδευτικό επίπεδο * Τόπος διαμονής κατοικίας.....                                     | 81 |
| Πίνακας 26: Στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα ελέγχων Kruskal Wallis των παραγόντων της έρευνας με την απασχόληση .....                                                | 82 |
| Πίνακας 27: Post hoc analysis Bonferonni για «Κοινωνική υποστήριξη από φίλους» * Απασχόληση.....                                                                       | 82 |
| Πίνακας 28: Στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα ελέγχων Kruskal Wallis και ANOVA των παραγόντων της έρευνας με τα χρόνια στην αιμοκάθαρση .....                          | 83 |
| Πίνακας 29: Post hoc analysis Bonferonni για «Κοινωνική υποστήριξη από άλλους» * Χρόνια στην αιμοκάθαρση.....                                                          | 83 |
| Πίνακας 30: Post hoc analysis Bonferonni για «Κοινωνική υποστήριξη από οικογένεια» * Χρόνια στην αιμοκάθαρση.....                                                      | 84 |
| Πίνακας 31: Post hoc analysis Bonferonni «Ποιότητα ζωής-διαπροσωπικές σχέσεις»* Χρόνια στην αιμοκάθαρση.....                                                           | 85 |
| Πίνακας 32: Post hoc analysis Bonferonni «Σωματική κόπωση»* Χρόνια στην αιμοκάθαρση .....                                                                              | 86 |
| Πίνακας 32: Συσχετίσεις Spearman για τους παράγοντες της κοινωνικής υποστήριξης και νοσηλευτικής φροντίδας με τους παράγοντες της κόπωσης και της ποιότητας ζωής ..... | 87 |

## Κατάλογος Γραφημάτων

|                                                                                     |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Γράφημα 1:Φύλο .....                                                                | 58 |
| Γράφημα 2:Ηλικία .....                                                              | 58 |
| Γράφημα 3:Οικογενειακή κατάσταση .....                                              | 58 |
| Γράφημα 4:Αριθμός παιδιών .....                                                     | 59 |
| Γράφημα 5: Εκπαιδευτικό επίπεδο.....                                                | 59 |
| Γράφημα 6: Τόπος διαμονής κατοικίας.....                                            | 59 |
| Γράφημα 7: Απασχόληση .....                                                         | 60 |
| Γράφημα 8: Μηνιαίο εισόδημα.....                                                    | 60 |
| Γράφημα 9: Χρόνια στην Αιμοκάθαρση .....                                            | 60 |
| Γράφημα 10: Κοινωνική υποστήριξη από άλλους.....                                    | 61 |
| Γράφημα 11: Κοινωνική υποστήριξη από οικογένεια .....                               | 62 |
| Γράφημα 12: Κοινωνική υποστήριξη από φίλους.....                                    | 63 |
| Γράφημα 13: Σωματική κόπωση.....                                                    | 64 |
| Γράφημα 14: Ψυχική κόπωση.....                                                      | 65 |
| Γράφημα 15: Πώς θα βαθμολογούσατε τη συνολική ποιότητα ζωής σας;.....               | 66 |
| Γράφημα 16: Συμπτώματα.....                                                         | 67 |
| Γράφημα 17: Λειτουργικότητα .....                                                   | 68 |
| Γράφημα 18: Διαπροσωπικές σχέσεις .....                                             | 69 |
| Γράφημα 19: Ευεξία.....                                                             | 70 |
| Γράφημα 20: Πνευματικότητα.....                                                     | 71 |
| Γράφημα 21:Νοσηλευτική φροντίδα.....                                                | 72 |
| Γράφημα 22:Μέσες τιμές και 95% δ.ε. για τους παράγοντες κοινωνικής υποστήριξης .... | 73 |
| Γράφημα 23:Μέσες τιμές και 95% δ.ε. για τους παράγοντες κόπωσης.....                | 74 |
| Γράφημα 24:Μέσες τιμές για τους παράγοντες ποιότητας ζωής .....                     | 75 |
| Γράφημα 25: Ιστόγραμμα για τον παράγοντα της νοσηλευτικής φροντίδας .....           | 76 |
| Γράφημα 26: «Σωματική κόπωση» * Εκπαιδευτικό επίπεδο .....                          | 78 |
| Γράφημα 27: «Ποιότητα ζωής-Πνευματικότητα» * Εκπαιδευτικό επίπεδο.....              | 79 |
| Γράφημα 28: «Ποιότητα ζωής-Πνευματικότητα» * Τόπος διαμονής κατοικίας.....          | 81 |

|                                                                                 |    |
|---------------------------------------------------------------------------------|----|
| Γράφημα 29: «Νοσηλευτική φροντίδα» * Τόπος διαμονής κατοικίας .....             | 81 |
| Γράφημα 30: «Κοινωνική υποστήριξη από φίλους» * Απασχόληση.....                 | 82 |
| Γράφημα 31: «Κοινωνική υποστήριξη από άλλους» * Χρόνια στην Αιμοκάθαρση .....   | 84 |
| Γράφημα 32: «Κοινωνική υποστήριξη από οικογένεια» * Χρόνια στην Αιμοκάθαρση ... | 84 |
| Γράφημα 33: «Ποιότητα ζωής-διαπροσωπικές σχέσεις» * Χρόνια στην Αιμοκάθαρση ... | 85 |
| Γράφημα 34: «Σωματική κόπωση» * Χρόνια στην Αιμοκάθαρση .....                   | 86 |

## Εισαγωγή

Η χρόνια νεφρική νόσος (XNN) δεν είναι μόνο ένα παγκόσμιο πρόβλημα δημόσιας υγείας, αλλά και μια παγκόσμια κοινωνικοοικονομική ανησυχία με δυσμενή αποτελέσματα όπως νεφρική ανεπάρκεια, καρδιαγγειακές παθήσεις και πρόωρος θάνατος. Ο ταχέως αυξανόμενος επιπολασμός χρόνιων παθήσεων, σε συνδυασμό με τη γήρανση του πληθυσμού, έχει γίνει μία από τις σημαντικές ανησυχίες που σχετίζονται με την υγειονομική περίθαλψη στις βιομηχανικές χώρες. Η νεφρική νόσος τελικού σταδίου (End stage kidney disease-ESKD) είναι ένα παράδειγμα χρόνιας ιατρικής κατάστασης. Ο επιπολασμός της αυξάνεται σταθερά και προβλέπεται ότι θα συνεχίσει να αυξάνεται κατά τη διάρκεια των επόμενων δεκαετιών (Mujais et al, 2009).

Παράλληλα με τη βελτίωση της θεραπείας και τη βελτίωση της επιβίωσης των ασθενών αιμοκάθαρσης, ο γνωστός επιπολασμός της ESKD συνεχίζει να αυξάνεται στις περισσότερες χώρες. Η χρόνια νεφρική νόσος έχει αποδειχθεί περαιτέρω ότι επηρεάζει κάθε πτυχή της ζωής ενός ατόμου - τη σωματική, ψυχική και κοινωνική του υγεία (Yang et al, 2020).

Έχει τεκμηριωθεί ότι η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία (health -related quality of life- HRQOL) σε ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση, είναι σημαντικά μειωμένη σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό. Η χρόνια νεφρική νόσος είναι επομένως, όχι μόνο ένα ζήτημα δημόσιας υγείας, αλλά και ένα κοινωνικοοικονομικό πρόβλημα και μια πηγή αναπηρίας (Wyld et al, 2012).

Έχει αποδειχθεί ξεκάθαρα ότι η ποιότητα ζωής (QOL) μειώνεται με την εξέλιξη των σταδίων XNN και / ή την παρουσία αναιμίας, τον υποσιτισμό ή ιστορικό καρδιακής ασκικής νόσου. Περαιτέρω αναφορές έχουν δείξει μείωση με την πάροδο του χρόνου στην QOL σε ασθενείς που υποβάλλονται σε περιτοναϊκή αιμοκάθαρση (peritoneal dialysis - PD). Με την πάροδο του χρόνου οι ασθενείς που επιβαρύνονται περισσότερο από τη νεφρική τους νόσο, αισθάνονται πιο απογοητευμένοι από τον χρόνο που αφιερώνεται για την αντιμετώπιση της ασθένειάς τους και τον τρόπο με τον οποίο παρεμβαίνει στις ζωές τους (Fassbinder et al, 2015).

Οι θεραπείες μεταμόσχευσης νεφρών είναι θαύματα της ιατρικής τεχνολογίας και η ικανότητα αυτών των τεχνολογιών να διατηρήσουν και να αναβαθμίσουν ζωές είναι

αναμφισβήτητης σημασίας. Ωστόσο, η ιατρική αποτελεσματικότητα προβάλλεται όλο και περισσότερο από πολλές προοπτικές που περιλαμβάνουν τα ποσοστά επιβίωσης και το κλινικό αποτέλεσμα. Παρ' όλα αυτά η λειτουργική κατάσταση των ασθενών, η ευεξία και ικανοποίηση, μαζί με το κόστος θεραπείας, επίσης προσδιορίζουν την αποτελεσματικότητα της φροντίδας (Valderrábano et al, 2001).

Μαζί με αντικειμενικά μέτρα υγείας, υποκειμενική βαθμολογία HRQOL είναι σημαντική στην αξιολόγηση της θεραπείας ασθενών με χρόνια νόσο (Boini et al, 2011). Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO), η «κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχοκοινωνικής και κοινωνικής ευημερίας ορίζεται όχι απλώς ως η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας». Ο WHO ορίζει περαιτέρω την ποιότητα ζωής (QOL) ως την αντίληψη ενός ατόμου για τη θέση του στη ζωή στο πλαίσιο του πολιτισμού και των συστημάτων αξίας στα οποία ζει και σε σχέση με τους στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες» (Finkelstein et al, 2009).

Η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία (HRQOL) ορίζεται περαιτέρω από τους Finkelstein et al (2009) ως ο βαθμός στον οποίο ή αναμενόμενη σωματική, κοινωνική ή συναισθηματική ευεξία (ποιότητα ζωής) επηρεάζεται από ιατρική κατάσταση και / ή θεραπεία. Η ποιότητα ζωής πρέπει να εξελιχθεί από ένα πολυδιάστατο πλαίσιο το οποίο περιλαμβάνει επίσης τη φυσιολογική, ψυχολογική και κοινωνική ευημερία ως κεντρική, βασική ιδέα (Pei et al, 2019).

## 1 Κεφάλαιο. Η νεφρική ανεπάρκεια

### 1.1 Ορισμός

Ο όρος νεφρική ανεπάρκεια υποδηλώνει την αδυναμία των νεφρών να εκτελέσουν την απέκκριση που οδηγεί σε κατακράτηση αζωτούχων αποβλήτων από το αίμα. Οι λειτουργίες του νεφρού είναι οι εξής:

- Ρύθμιση ηλεκτρολυτών και ρύθμιση όγκου αίματος.
- Έκκριση αζωτούχων αποβλήτων.
- Εξάλειψη εξωγενών μορίων, για παράδειγμα, πολλά φαρμάκων.
- Σύνθεση μιας ποικιλίας ορμονών, για παράδειγμα, ερυθροποιητίνη.
- Μεταβολισμός πρωτεϊνών χαμηλού μοριακού βάρους, για παράδειγμα, ινσουλίνη.

Οξεία και χρόνια νεφρική ανεπάρκεια είναι δύο είδη νεφρικής ανεπάρκειας (Chertow et al, 2005).

#### Η οξεία νεφρική ανεπάρκεια (Acute Renal Failure-ARF)

Το ARF είναι το σύνδρομο στο οποίο η σπειραματική διήθηση μειώνεται απότομα (ώρες μέχρι ημέρες) και είναι συνήθως αναστρέψιμη. Σύμφωνα με τα κριτήρια του KDIGO το 2012, η ARF μπορεί να διαγνωστεί με οποιοδήποτε από τα ακόλουθα:

- (1) αύξηση κρεατινίνης 0,3 mg / dL σε 48 ώρες,
- (2) αύξηση της κρεατινίνης σε 1,5 φορές την αρχική τιμή κατά τις τελευταίες 7 ημέρες
- (3) ούρα χωρίς όγκο από 0,5 mL / kg ανά ώρα για 6 ώρες (Chertow et al, 2005). Πρόσφατα ο όρος οξεία νεφρική βλάβη (acute kidney injury -AKI) αντικατέστησε την ARF επειδή η AKI υποδηλώνει ολόκληρο το κλινικό φάσμα από ήπια αύξηση της κρεατινίνης στον ορό έως εμφανή νεφρική ανεπάρκεια (Luo et al, 2014).

#### Η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια (Chronic Renal Failure -CRF)

CRF ή η χρόνια νεφρική νόσος (chronic kidney disease -CKD) ορίζεται ως επίμονη βλάβη της νεφρικής λειτουργίας, με άλλα λόγια, ασυνήθιστα αυξημένη κρεατινίνη ορού για περισσότερο από 3 μήνες ή υπολογισμένος ρυθμός σπειραματικής διήθησης (GFR) μικρότερος από 60 ml ανά λεπτό / 1,73m<sup>2</sup>. Συχνά συνεπάγεται προοδευτική απώλεια της

νεφρικής λειτουργίας που απαιτεί θεραπεία νεφρικής υποκατάστασης (αιμοκάθαρση ή μεταμόσχευση). Όταν ένας ασθενής χρειάζεται θεραπεία υποκατάστασης νεφρού, η πάθηση ονομάζεται τελική-νεφρική νόσος (end-stage renal disease-ESRD) (Chertow et al, 2005).

CKD ταξινομημένη με βάση τον Βαθμό:

Βαθμός 1: GFR μεγαλύτερο από 90

Βαθμός 2: 60 έως 89

Βαθμός 3a: 45 έως 59

Βαθμός 3b: 30 έως 44

Βαθμός 4: 15 έως 29

Βαθμός 5: Λιγότερο από 15

CKD ταξινομημένη με βάση το στάδιο

Στάδιο 1: GFR μεγαλύτερο από 90

Στάδιο 2: 60 έως 89

Στάδιο 3: 30 έως 59

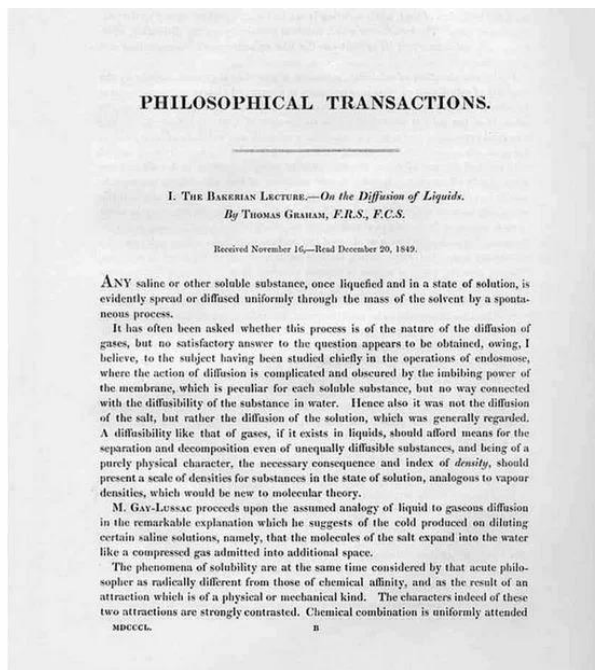
Στάδιο 4: 15 έως 29

Στάδιο 5: Λιγότερο από 15

## 1.2 Σύντομη Ιστορική Αναδρομή

Όλο το παρακάτω ιστορικό ανακτήθηκε από το

<https://www.freseniusmedicalcare.com/en/media/insights/company-features/the-history-of-dialysis/>



**Εικόνα 1.** Χειρόγραφο της «Διάλεξης Bakerian» του Thomas Graham για την «Οσμωτική Δύναμη» στη Βασιλική Εταιρεία του Λονδίνου το 1854.

Η οξεία και χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε θάνατο εάν δεν αντιμετωπιστεί για αρκετές ημέρες ή εβδομάδες, είναι μια ασθένεια που είναι τόσο παλιά όσο και η ίδια η ανθρωπότητα. Στην αρχαία Ρώμη και αργότερα στον Μεσαίωνα, οι θεραπείες για την ουραιμία περιελάμβαναν τη χρήση ζεστών λουτρών, θεραπείες εφίδρωσης, αιματοχυσία και κλύσματα.

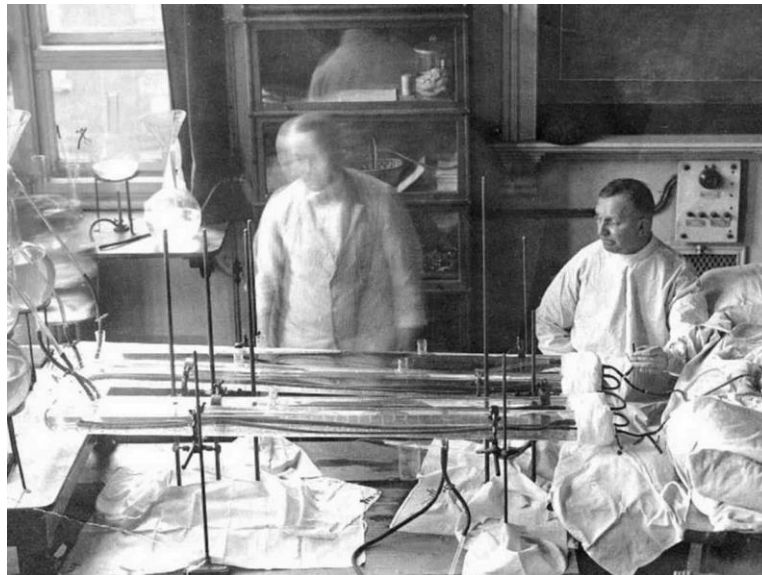
Οι πρώτες επιστημονικές περιγραφές των διαδικασιών αιμοκάθαρσης χρονολογούνται από τον 19ο αιώνα και προήλθαν από τον σκωτσέζο χημικό Thomas Graham, ο οποίος έγινε γνωστός ως «Πατέρας της αιμοκάθαρσης». Αρχικά, η όσμωση και η αιμοκάθαρση έγιναν δημοφιλείς ως μέθοδοι που χρησιμοποιούνται σε χημικά εργαστήρια, και που επέτρεψαν το διαχωρισμό των διαλυμένων ουσιών ή την απομάκρυνση του νερού από διαλύματα μέσω ημιπερατών μεμβρανών. Πολύ προστά από την εποχή του, ο Γκράχαμ ανέφερε στο έργο του τις πιθανές χρήσεις αυτών των διαδικασιών στην ιατρική. Σήμερα η αιμοκάθαρση περιγράφει μια εξωσωματική διαδικασία για το φιλτράρισμα ουραιμικών ουσιών από το αίμα ασθενών που πάσχουν από νεφρική νόσο.

Η πρώτη ιστορική περιγραφή αυτού του τύπου διαδικασίας δημοσιεύθηκε το 1913. Οι Abel, Rowntree και Turner πραγματοποίησαν «αιμοδιάλυση» σε αναισθητοποιημένα ζώα, κατευθύνοντας το αίμα τους έξω από το σώμα και μέσω σωλήνων ημιδιαπερατών

μεμβρανών κατασκευασμένων από Collodion, ένα υλικό βασισμένο στην κυτταρίνη. Είναι αδύνατο να πούμε με βεβαιότητα αν ο Άμπελ και οι συνάδελφοί του σκόπευαν να χρησιμοποιήσουν αυτή τη διαδικασία για τη θεραπεία της νεφρικής ανεπάρκειας από την αρχή. Δεν υπάρχει αμφιβολία, ωστόσο, ότι η θεραπεία αιμοκάθαρσης συνεχίζει να χρησιμοποιεί βασικά στοιχεία της μηχανής vividiffusion του Abel. Προτού μπορέσει το αίμα να διοχετευτεί μέσω του «διαλυτή», η ικανότητά του να πήζει ή να σχηματίζει θρόμβους, έπρεπε τουλάχιστον να ανασταλεί προσωρινά. Ο Abel και οι συνεργάτες του χρησιμοποίησαν μια ουσία γνωστή ως ιρουδίνη, η οποία είχε αναγνωριστεί ως αντιπηκτικό στοιχείο στο σάλιο των βδέλλων το 1880.

Ένας Γερμανός γιατρός με το όνομα Georg Haas, πραγματοποίησε τις πρώτες θεραπείες αιμοκάθαρσης που αφορούσαν ανθρώπους. Πιστεύεται ότι ο Haas υπέβαλε σε αιμοκάθαρση τον πρώτο ασθενή με νεφρική ανεπάρκεια στο Πανεπιστήμιο του Giessen το καλοκαίρι του 1924, αφού πραγματοποίησε προπαρασκευαστικά πειράματα. Μέχρι το 1928, ο Haas είχε υποβάλει σε αιμοκάθαρση έξι επιπλέον ασθενείς, κανέναν από τους οποίους δεν επέζησε, πιθανώς λόγω της κρίσιμης κατάστασης των ασθενών και της ανεπαρκούς αποτελεσματικότητας της θεραπείας αιμοκάθαρσης. Το Haas Dialyzer, το οποίο χρησιμοποίησε επίσης μεμβράνη Collodion, κατασκευάστηκε σε διάφορα μοντέλα και μεγέθη.

Ο Haas, όπως και ο Abel, χρησιμοποίησε επίσης την ιρουδίνη ως αντιπηκτικό στις πρώτες θεραπείες αιμοκάθαρσης. Ωστόσο, αυτή η ουσία συχνά οδήγησε σε μαζικές επιπλοκές που προέκυψαν από αλλεργικές αντιδράσεις επειδή δεν καθαρίστηκε επαρκώς και προήλθε από ένα είδος πολύ μακρινό από τον άνθρωπο. Στο τέλος, ο Haas χρησιμοποίησε ηπαρίνη στο έβδομο και τελευταίο του πείραμα. Η ηπαρίνη είναι το καθολικό αντιπηκτικό στα θηλαστικά. Αυτή η ουσία προκάλεσε σημαντικά λιγότερες επιπλοκές από την ιρουδίνη - ακόμη και όταν καθαρίστηκε ανεπαρκώς - και θα μπορούσε να παραχθεί σε πολύ μεγαλύτερες ποσότητες. Μετά την ανάπτυξη καλύτερων μεθόδων καθαρισμού το 1937, η ηπαρίνη υιοθετήθηκε ως το απαραίτητο αντιπηκτικό και συνεχίζει να χρησιμοποιείται σήμερα.



**Εικόνα 2:** Ο Δρ Georg Haas πραγματοποιεί αιμοκάθαρση σε έναν ασθενή στο Πανεπιστήμιο του Giessen

Το φθινόπωρο του 1945, ο Willem Kolff από την Ολλανδία, έκανε την ανακάλυψη που είχε ξεφύγει πεισματικά από τον Haas. Ο Κολφ χρησιμοποίησε ένα περιστρεφόμενο τεχνητό νεφρό που είχε αναπτύξει για να κάνει μια θεραπεία αιμοκάθαρσης διάρκειας μιας εβδομάδας σε έναν 67χρονο ασθενή που είχε εισαχθεί στο νοσοκομείο με οξεία νεφρική ανεπάρκεια. Ο ασθενής στη συνέχεια έφυγε από το νοσοκομείο με φυσιολογική νεφρική λειτουργία. Αυτός ο ασθενής απέδειξε ότι η ιδέα που αναπτύχθηκε από τους Abel και Haas θα μπορούσε να εφαρμοστεί στην πράξη και έτσι αντιπροσωπεύει την πρώτη σημαντική ανακάλυψη στη θεραπεία ασθενών με νεφρική νόσο. Η επιτυχία οφείλεται εν μέρει στις τεχνικές βελτιώσεις στον πραγματικό εξοπλισμό που χρησιμοποιήθηκε για τη θεραπεία. Ο περιστροφικός νεφρός του Kolff χρησιμοποίησε μεμβρανικούς σωλήνες κατασκευασμένους από ένα νέο υλικό με βάση την κυτταρίνη, γνωστό ως σελοφάν, το οποίο στην πραγματικότητα χρησιμοποιήθηκε στη συσκευασία των τροφίμων.

Κατά τη διάρκεια της θεραπείας, οι γεμάτοι αίμα σωλήνες τυλίχθηκαν γύρω από ένα ξύλινο «βαρέλι» που περιστράφηκε μέσω ενός διαλύματος ηλεκτρολύτη γνωστού ως «διαλυτή». Καθώς οι μεμβρανώδεις σωλήνες διέρχονταν από το λουτρό, οι νόμοι της φυσικής προκάλεσαν τις ουρεμικές τοξίνες να περάσουν σε αυτό το υγρό έκπλυσης.

Μία από τις πιο σημαντικές λειτουργίες του φυσικού νεφρού, εκτός από το φιλτράρισμα των ουραιμικών τοξινών, είναι η απομάκρυνση της περίσσειας νερού. Όταν τα νεφρά σταματήσουν να λειτουργούν, αυτή η λειτουργία πρέπει να αναληφθεί από τον τεχνητό

νεφρό, το οποίο είναι επίσης γνωστό ως συσκευή διαπίδυσης. Η διαδικασία με την οποία το νερό πλάσματος από τον ασθενή συμπιέζεται μέσω της μεμβράνης διάλυσης χρησιμοποιώντας πίεση ονομάζεται υπερδιήθηση.

Το 1947, ο Σουηδός Nils Alwall δημοσίευσε ένα επιστημονικό έργο που περιγράφει έναν τροποποιημένο διαλυτή που θα μπορούσε να κάνει τον απαραίτητο συνδυασμό αιμοκάθαρσης και υπερδιήθησης καλύτερα από τον αρχικό νεφρό Kolff. Οι μεμβράνες σελοφάν που χρησιμοποιούνται σε αυτήν τη συσκευή διάλυσης θα μπορούσαν να αντέξουν υψηλότερη πίεση λόγω της θέσης τους μεταξύ δύο προστατευτικών μεταλλικών σχαρών. Όλες οι μεμβράνες ήταν σε έναν σφικτά σφραγισμένο κύλινδρο έτσι ώστε να μπορούσαν να δημιουργηθούν διαφορετικές αναλογίες πίεσης.

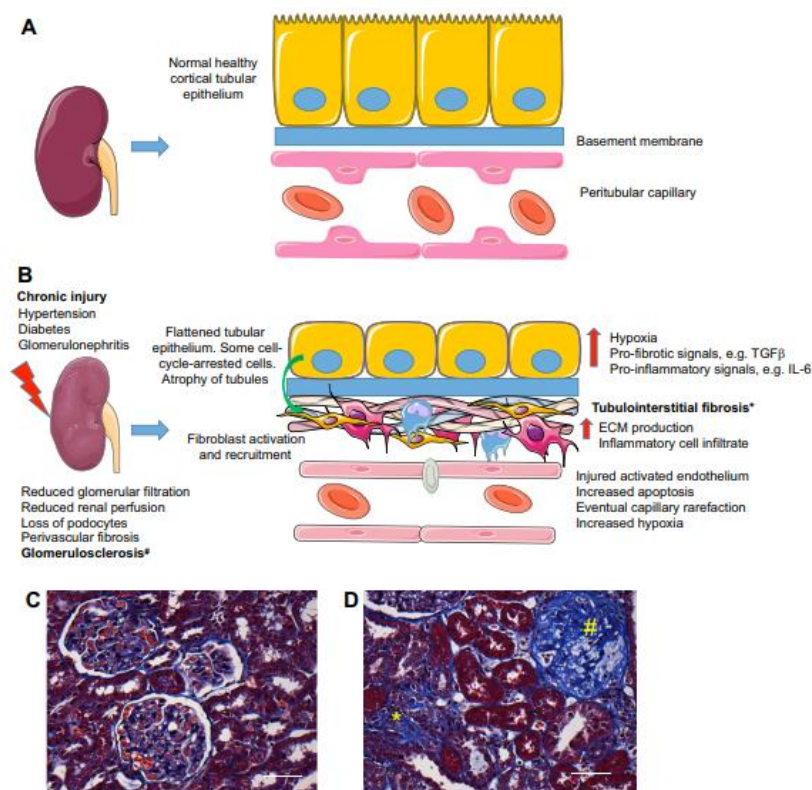


**Εικόνα 3:** Nils Alwall το 1946 με ένα πρώιμο μοντέλο της μηχανής αιμοκάθαρσης

### 1.3 Αίτια

Η CKD είναι ένας γενικός όρος για οποιαδήποτε νεφρική νόσο που έχει ως αποτέλεσμα προοδευτική απώλεια νεφρικής λειτουργίας με την πάροδο του χρόνου. Ο νεφρός διαθέτει μόνο μια περιορισμένη ικανότητα για αναγέννηση και επαναλαμβανόμενος ή διατηρούμενος τραυματισμός στα νεφρά οδηγεί σε ακατάλληλη ανταπόκριση συμπεριλαμβανομένης της απόθεσης υπερβολικής εξωκυτταρικής μήτρας (ECM, μια πρωτεϊνική μήτρα που βρίσκεται έξω από το κύτταρο), ιδιαίτερα κολλαγόνο, στα σπειράματα και τα σωληνάκια του νεφρού (Mullins et al, 2016) (Εικόνα 4).

Οι παθολογικές αλλαγές που σχετίζονται με την CKD περιλαμβάνουν σπειραματοσκλήρωση και ίνωση του σωληνοειδούς διάμεσου, το οποίο έχει ως αποτέλεσμα την απώλεια της φυσιολογικής νεφρικής αρχιτεκτονικής, μικροαγγειακή ανεπάρκεια τριχοειδών, υποξία και ατροφία σωληναρίων. Αυτές οι αλλαγές οδηγούν στην απώλεια της νεφρικής διηθητικής ικανότητας και τελικά σε νεφρική νόσο τελικού σταδίου (Mullins et al, 2016).



**Εικόνα 4:** Οι παθοφυσιολογικές διεργασίες που συνδέονται με νεφρική νόσο. (Α) Ένα φυσιολογικό, υγιές νεφρό (αριστερά) και μια μεγεθυμένη άποψη της δομής ενός σωληναρίου και της σχετιζόμενης αγγείωσης (δεξιά). Β (C, D) Ιστολογικές ενότητες του νεφρού ενήλικου αρουραίου ενήλικου, χρωματισμένο με τρίχρωμο Masson (μεγέθυνση 20 × · ράβδοι κλίμακας: 50 μm). (C) Η σπειραματική και σωληνοειδής αρχιτεκτονική ενός κανονικού νεφρού ενήλικου αρουραίου, και (D) σπειραματοσκλήρωση (#) και σωληνοειδής ίνωση (\*) σε νεφρική νόσο τελικού σταδίου. Ανατύπωση από (Mullins et al, 2016).

Η παθοφυσιολογία της νεφρικής ανεπάρκειας μπορεί να περιγραφεί από μια ακολουθία συμβάντων που συμβαίνουν κατά τη διάρκεια οξείας προσβολής κατά τον καθορισμό της οξείας νεφρικής ανεπάρκειας και επίσης σταδιακά σε μια περίοδο σε περιπτώσεις χρόνιων νεφρικών παθήσεων. Γενικά, η AKI μπορεί να ταξινομηθεί σε τρεις ομάδες:

1. Η μείωση της ροής του νεφρικού αίματος (προνεφρική αζωθαιμία): Η προνεφρική ΑΚΙ εμφανίζεται δευτερογενώς, είτε σε μια απόλυτη μείωση στον όγκο του εξωκυτταρικού υγρού είτε στη μείωση του κυκλοφορικού όγκου παρά τον κανονικό συνολικό όγκο υγρού, π.χ., σε προχωρημένη κίρρωση, καρδιακή ανεπάρκεια και σήψη. Κανονικά, ο αυτορρυθμιστικός μηχανισμός των νεφρών διατηρεί την ενδο-τριχοειδή πίεση κατά την αρχική φάση προκαλώντας διαστολή των προσαγωγών αρτηριδίων και συστολή των απαγωγών αρτηριδίων. Όταν οι προνεφρικές καταστάσεις γίνονται σοβαρές, οι νεφρικοί προσαρμοστικοί μηχανισμοί αποτυγχάνουν να αντισταθμίσουν την απελευθέρωση της πτώσης του GFR και την αύξηση των επιπέδων BUN και κρεατινίνης.
2. Ενδογενείς νεφρικές παρεγχυματικές παθήσεις (νεφρική αζωθαιμία): Οι ενδογενείς διαταραχές μπορούν να υποδιαιρεθούν σε αυτές που περιλαμβάνουν τα σπειράματα, τα αγγεία ή το σωληνοειδές δίκτυο αντίστοιχα.
3. Απόφραξη εκροής ούρων (μετανεφρική αζωθαιμία). Η παθοφυσιολογία του CRF σχετίζεται κυρίως με συγκεκριμένους μηχανισμούς έναρξης. Κατά το πέρασμα του χρόνου, η προσαρμοστική φυσιολογία παίζει ρόλο που οδηγεί σε αντισταθμιστική υπερδιήθηση και υπερτροφία των εναπομείναντων βιώσιμων νεφρώνων. Καθώς η προσβολή συνεχίζεται, συμβαίνουν υποδιαδοχικά ιστοπαθολογικές αλλαγές που περιλαμβάνουν παραμόρφωση της σπειραματικής αρχιτεκτονικής, μη φυσιολογική λειτουργία ποδοκυττάρων και διακοπή της διήθησης που οδηγεί σε σκλήρυνση (Almirall, 2016).

Οι αιτίες που μπορεί να οδηγήσουν σε Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια μπορεί να είναι:

- Ο σακχαρώδης διαβήτης, ειδικά ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2, είναι η πιο συχνή αιτία της ESRD.
- Η υπέρταση είναι η δεύτερη πιο συχνή αιτία.
- Οξεία νεφρίτιδα (λοιμώξεις ή αυτοάνοσα νοσήματα)
- Πολυκυστικές παθήσεις των νεφρών.
- Νεφρική αγγειακή νόσος
- Άλλες γνωστές αιτίες, όπως παρατεταμένη απόφραξη του ουροποιητικού συστήματος.
- Νεφρολιθίαση μια κατάσταση κατά την οποία τα ούρα παλινδρομούν στα νεφρά.

- Επαναλαμβανόμενες λοιμώξεις των νεφρών / πυελονεφρίτιδα
- Άγνωστη αιτιολογία (Weiner, 2007).

## 1.4 Συμπτώματα

Απαραίτητη για τη θεραπεία ασθενών με CKD είναι η αναγνώριση και η διαχείριση των συνεπειών της προοδευτικής νεφρικής ανεπάρκειας. Αυτή η διαδικασία ξεκινά με την αναγνώριση της CKD όπως περιγράφεται παραπάνω, και όπως περιγράφεται στο σχέδιο δράσης για τη CKD, συνεχίζεται με την εκτίμηση του CKD για συγκεκριμένους παράγοντες κινδύνου. Κατά την έναρξη του σταδίου 3 CKD ( $GFR < 60 \text{ mL} / \text{min} / 1,73 \text{ m}^2$ ), πολλές από αυτές τις επιπλοκές μπορεί να αρχίσουν να αναπτύσσονται. Τα κυριότερα επακόλουθα της CKD περιλαμβάνουν (1) συνεχιζόμενη πρόοδο της CKD και ανάπτυξη νεφρικής ανεπάρκειας που απαιτεί θεραπεία υποκατάστασης νεφρού, (2) ανάπτυξη και / ή εξέλιξη καρδιαγγειακών παθήσεων, (3) αναιμία και (4) οστική νόσο (Weiner, 2007).

Η βλάβη των νεφρών μπορεί να ανιχνευθεί άμεσα ή έμμεσα. Άμεσα αποδεικτικά στοιχεία μπορούν να ανιχνευθούν σε απεικόνιση ή σε ιστοπαθολογική εξέταση νεφρικής βιοψίας. Μια σειρά από τρόπους απεικόνισης συμπεριλαμβανομένων των υπερήχων, της υπολογιστικής τομογραφίας (CT), της μαγνητικής τομογραφίας (MRI) και της σάρωσης ισοτόπων, μπορούν να ανιχνεύσουν έναν αριθμό δομικών ανωμαλιών, συμπεριλαμβανομένων της πολυκυστικής νεφρικής νόσου, της νεφροπάθειας παλινδρόμησης, της χρόνιας πυελονεφρίτιδας και της νεφροαγγειακής νόσου (NHS QIS, 2008).

Η νεφροπάθεια IgA (νεφροπάθεια με μεσαγγειακές εναποθέσεις IgA και IgG, η λεγόμενη νόσος του Berger στη Γαλλία) είναι η πιο κοινή πρωτογενής χρόνια σπειραματονεφρίτιδα στον κόσμο που περιγράφεται για πρώτη φορά από τους J. Berger και τους συνεργάτες του το 1968. Ιστοπαθολογικά, η νεφροπάθεια IgA χαρακτηρίζεται από επέκταση της σπειραματικής μεσαγγειακής μήτρας με πολλαπλασιασμό μεσαγγειακών κυττάρων και / ή διήθηση μονοκυτταρικών κυττάρων. Τα σπειράματα συνήθως περιέχουν γενικευμένες-διάχυτες κοκκώδεις μεσαγγειακές εναποθέσεις IgA (κυρίως πολυμερές IgA1), IgG και συμπλήρωμα 3 (C3). Έτσι, αυτή η ασθένεια θεωρείται γενικά ότι είναι μια μεσολαβούμενη από ανοσοσύμπλοκο σπειραματονεφρίτιδα αν και οι αντιγονικές ουσίες είναι ακόμη

άγνωστες. Κλινικά, ασθενείς με νεφροπάθεια IgA παρουσιάζουν μικροσκοπική και μακροσκοπική αιματουρία και / ή πρωτεϊνουρία. Οι ασθενείς με προχωρημένη νόσο προχωρούν σε νεφρική υπέρταση, νεφρική αναιμία και ESKD. Εφόσον η ακριβής παθογένεση δεν έχει ακόμη τεκμηριωθεί και δεν υπάρχει αποτελεσματική θεραπεία για τη νεφροπάθεια IgA (Tomino, 2014).

Απαιτείται ανάλυση ούρων τουλάχιστον τρεις φορές για τη διάγνωση ανωμαλιών του ουροποιητικού συστήματος και τουλάχιστον δύο από τις εξετάσεις πρέπει να περιλαμβάνουν μικροσκοπική εξέταση των ουροποιητικών ιζημάτων εκτός από τη συνηθισμένη ούρηση. Οι ασθενείς με νεφροπάθεια IgA παρουσιάζουν μικροσκοπική και μακροσκοπική αιματουρία και / ή πρωτεϊνουρία. Η μακροσκοπική αιματουρία παρατηρείται περιστασιακά μετά από λοιμώξεις του ανώτερου αναπνευστικού, συμπεριλαμβανομένης της οξείας αμυγδαλίτιδας και / ή της φαρυγγίτιδας. Η IgA νεφροπάθεια προηγείται συχνά από επεισόδια λοιμώξεων του ανώτερου αναπνευστικού ή του γαστρεντερικού, τα οποία υποτίθεται ότι έχουν ιογενή ή βακτηριακή αιτιολογία. Πολλά δυσμορφικά ερυθρά αιμοσφαίρια (RBCs), διάφορα κυτταρικά ικρίωματα και ενεργοποιημένα αιμοπετάλια στα ιζήματα των ούρων παρατηρούνται συχνά σε προχωρημένα στάδια αυτής της νόσου (Tomino, 2014).

Η ιστοπαθολογία νεφρικής βιοψίας είναι πιο χρήσιμη για τον προσδιορισμό της υποκείμενης σπειραματικής νόσου όπως νεφροπάθεια ανοσοσφαιρίνης Α (IgA) ή εστιακή σπειραματοσκλήρωση. Έμμεσες ενδείξεις για νεφρική βλάβη μπορεί να συναχθούν από την ούρηση. Η σπειραματική φλεγμονή ή η μη φυσιολογική λειτουργία μπορεί να οδηγήσουν σε διαρροή ερυθρών αιμοσφαιρίων ή πρωτεΐνης στα ούρα που με τη σειρά τους μπορεί να ανιχνευθούν ως πρωτεϊνουρία ή αιματουρία. Οι ουρητικές ανωμαλίες μπορεί να έχουν εναλλακτικές αιτίες που δεν σχετίζονται με τη νεφρική δυσλειτουργία και υπάρχουν μεθοδολογικά ζητήματα που σχετίζονται με τη μέτρησή τους. Η πρωτεϊνουρία σχετίζεται με καρδιαγγειακές και νεφρικές παθήσεις και αποτελεί πρόβλεψη της βλάβης του τελικού οργάνου σε ασθενείς με υπέρταση. Η ανίχνευση αύξησης της απέκκρισης πρωτεΐνης είναι γνωστή να έχει τόσο διαγνωστική όσο και προγνωστική αξία στην αρχική ανίχνευση και επιβεβαίωση νεφρικής ασθένειας. Κατά την αξιολόγηση της διαγνωστικής ακρίβειας των δοκιμών πρωτεϊνουρίας, μέτρησης πρωτεΐνης (ή λευκωματίνης), η απέκκριση σε μια

χρονομετρημένη συλλογή ούρων πάνω από 24 ώρες έχει χρησιμοποιηθεί ως πρότυπο αναφοράς (NHS QIS, 2008).

Ο ρυθμός σπειραματικής διήθησης (GFR - glomerular filtration rate) ορίζεται ως ο όγκος του πλάσματος που διηθείται από τα σπειράματα ανά μονάδα χρόνου, και συνήθως μετράται με εκτίμηση του ρυθμού κάθαρσης μιας ουσίας από το πλάσμα. Ο ρυθμός σπειραματικής διήθησης ποικίλλει ανάλογα με το μέγεθος του σώματος και συμβατικά συσχετίζεται με μια επιφάνεια σώματος (body surface area -BSA)  $1,73 \text{ m}^2$ , το μέσο BSA ενός πληθυσμού νέων ανδρών και γυναικών που μελετήθηκαν στα μέσα της δεκαετίας του 1920 (NHS QIS, 2008).

Ιστορικά, η μέτρηση της κρεατινίνης ή της ουρίας στον ορό ή στο πλάσμα έχει χρησιμοποιηθεί για την αξιολόγηση της νεφρικής λειτουργίας. Και οι δύο είναι βολικές αλλά χωρίς ευαισθησία (η GFR πρέπει να μειωθεί στο ήμισυ πριν από μια σημαντική άνοδο κρεατινίνης στον ορό γίνεται εμφανής). Επιπλέον, οι συγκεντρώσεις κρεατινίνης στον ορό επηρεάζονται από διάφορες αναλυτικές παρεμβολές και εξαρτώνται κριτικά από τη μυϊκή μάζα, για παράδειγμα, μια συγκέντρωση κρεατινίνης ορού  $130 \text{ μικρογραμμομόρια / λίτρο}$  μπορεί να είναι φυσιολογική σε ένα άτομο αλλά να απαιτεί περαιτέρω έρευνα σε άλλο. Άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν τις συγκεντρώσεις κρεατινίνης περιλαμβάνουν την ηλικία, το φύλο, την εθνικότητα, τις συνήθειες του σώματος και τη διαίτα. Η διαίτα μπορεί να έχει γρήγορη και παροδική επίδραση στη συγκέντρωση κρεατινίνης και υπάρχουν ενδείξεις ότι η κατανάλωση μαγειρεμένου κρέατος, ειδικότερα, μπορεί να επηρεάσει την κατηγοριοποίηση της CKD με βάση τον εκτιμώμενο ρυθμό σπειραματικής διήθησης (eGFR) (Preiss et al, 2007).

Μια μελέτη ανέφερε ότι μπορεί η καθυστέρηση του διαχωρισμού του ορού από τα δείγματα φλεβικού αίματος να επηρεάζει ορισμένες μετρήσεις κρεατινίνης και έχει ως αποτέλεσμα εσφαλμένη ταξινόμηση CKD. Αφήνοντας θρομβωμένο αίμα μη διαχωρισμένο, αυξάνει τη συγκέντρωση κρεατινίνης σημαντικά μετά από 16 ώρες ( $p < 0,001$ ) (Ford & Berg, 2008).

## 1.5 Αντιμετώπιση

Η αιμοδιύλιση είναι ο πρώτος τύπος θεραπείας υποκατάστασης νεφρού για την πλειονότητα των ασθενών, επειδή η προληπτική μεταμόσχευση ως αρχική μέθοδος δεν είναι ελεύθερα διαθέσιμη. Σε παγκόσμιο επίπεδο, η αιμοδιύλιση είναι η πιο συχνά χρησιμοποιούμενη μέθοδος - με εξαίρεση το Χονγκ Κονγκ, όπου η περιτοναϊκή αιμοκάθαρση είναι η προτιμώμενη επιλογή θεραπείας αιμοκάθαρσης. Τα ποσοστά μεταμόσχευσης νεφρού διαφέρουν ουσιαστικά μεταξύ χωρών. Σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες, το > 50% των ασθενών με νεφρική υποκατάσταση λαμβάνουν μεταμοσχεύσεις, κάτι που έρχεται σε αντίθεση με τμήματα της Ασίας (όπως η Ταϊβάν, η Ιαπωνία και οι Φιλιππίνες) όπου σπάνια πραγματοποιείται μεταμόσχευση νεφρού. Οι λόγοι για τους οποίους η μεταμόσχευση δεν είναι διαθέσιμη, περιλαμβάνουν πολιτιστικές προτιμήσεις, κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες και ελλείψεις υποδομών υγειονομικής περίθαλψης (για παράδειγμα, έλλειψη υπηρεσιών βιοψίας, χειρουργών ή εργαστηρίων ανοσολογίας).

Η διαθεσιμότητα υπηρεσιών αιμοκάθαρσης και μεταμόσχευσης δεν έχει τεκμηριωθεί συστηματικά. Ωστόσο, ο Παγκόσμιος Άτλας Υγείας των Νεφρών δίνει μια επισκόπηση της διαθεσιμότητας της θεραπείας υποκατάστασης νεφρών 160 παγκοσμίως (πλήρης έκθεση διατίθεται στο [www.theisn.org](http://www.theisn.org)), αν και αυτά τα δεδομένα δεν αντικατοπτρίζουν την πραγματική ανάγκη για θεραπεία υποκατάστασης νεφρού. Οι εκτιμήσεις της ανεκπλήρωτης ανάγκης κυμαίνονται από 2-7 εκατομμύρια άτομα ετησίως. Επιπλέον, η διαθεσιμότητα και η προσβασιμότητα δεν είναι οι ίδιες - ακόμη και όταν οι υπηρεσίες είναι διαθέσιμες, δεν έχουν όλα τα άτομα πρόσβαση σε αυτά για λόγους που περιλαμβάνουν επιστροφή κόστους, ζήτηση και συγκεκριμένες πολιτικές. Κατά συνέπεια, πολλά άτομα δεν λαμβάνουν θεραπεία νεφρικής υποκατάστασης παρά το γεγονός ότι έχουν φτάσει στην ESRD. Οι εκτιμήσεις της συχνότητας και του επιπολασμού της αιμοκάθαρσης με βάση τρέχοντα δεδομένα παγκοσμίως είναι, συνεπώς, ανακριβείς λόγω των ανισοτήτων στην πρόσβαση (Romagnani et al, 2017).

## 2 Κεφάλαιο. Αιμοκάθαρση

### 2.1 Η αιμοκάθαρση

Η τεχνητή διαδικασία που περιλαμβάνει την απομάκρυνση των αποβλήτων τοξινών του μεταβολισμού και του υπερβολικού νερού από το αίμα, ονομάζεται αιμοκάθαρση. Τα κριτήρια για υποβολή αιμοκάθαρσης είναι κυρίως διαταραγμένη νεφρική λειτουργία. Το ουραιμικό σύνδρομο, η υπερκαλιαιμία, η επέκταση του εξωκυτταρικού όγκου, η οξέωση, η μη ανταπόκριση στην ιατρική θεραπεία, η κάθαρση κρεατινίνης  $10 \text{ ml} / \text{min} / 1,73 \text{ m}^2$  και η διάθεση αιμορραγίας (ευαισθησία στην αιμορραγία λόγω ελαττωμάτων πήξης) είναι τα κριτήρια αιμοκάθαρσης (Stegmayr, 2017).

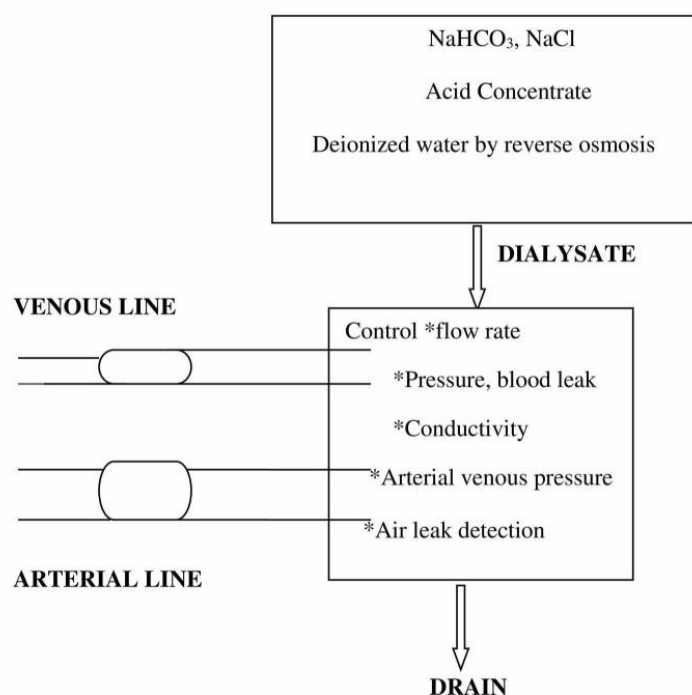
Η νεφρική λειτουργική ικανότητα μπορεί να εκτιμηθεί με μέτρηση κρεατινίνης ορού / αζώτου ουρίας αίματος (blood urea nitrogen-BUN) ή με κάθαρση ουρίας και κρεατινίνης (Volodarskiy et al, 2016).

Υπάρχουν δύο τύποι διαδικασιών αιμοκάθαρσης. Η Αιμοδιάλυση (χρησιμοποιώντας μηχανή / τεχνητή νεφρική συσκευή) ή περιτοναϊκή αιμοκάθαρση (χρησιμοποιώντας περιτοναϊκή μεμβράνη ως φίλτρο). Η περιτοναϊκή αιμοκάθαρση συνιστάται για νεότερους ασθενείς λόγω της ευελιξίας της και μπορεί να πραγματοποιηθεί στο σπίτι. Η αιμοκάθαρση γίνεται σε ασθενείς χωρίς υπολειμματική νεφρική λειτουργία (Vadakedath & Kandi, 2017).

Στην αιμοκάθαρση, οι τοξίνες και η περίσσεια νερού, απομακρύνονται χρησιμοποιώντας ένα εξωτερικό φίλτρο, το οποίο περιέχει μια ημιδιαπερατή μεμβράνη. Ο διαχωρισμός των αποβλήτων γίνεται δημιουργώντας μια βαθμίδα ροής αντίθετου ρεύματος, όπου η ροή του αίματος είναι προς τη μία κατεύθυνση και το υγρό του διαλυτή βρίσκεται στην αντίθετη κατεύθυνση (υπερδιήθηση). Η περιτοναϊκή αιμοκάθαρση χρησιμοποιεί το περιτόναιο ως μια φυσική ημιπερατή μεμβράνη και απομακρύνει τα απόβλητα και το νερό στο προϊόν διάλυσης (το υλικό ή το υγρό που περνά μέσω της μεμβράνης της αιμοκάθαρσης) (Himmelfarb & Ikizler, 2010).

Η βασική αρχή που εμπλέκεται στην αιμοκάθαρση είναι η κίνηση ή διάχυση των διαλυμένων σωματιδίων σε μια ημιδιαπερατή μεμβράνη (διάχυση). Τα μεταβολικά απόβλητα, όπως η ουρία και η κρεατινίνη, διαχέουν τη βαθμίδα συγκέντρωσης από την κυκλοφορία εντός του προϊόντος διάλυσης (όξινο ανθρακικό νάτριο ( $\text{NaHCO}_3$ ), χλωριούχο

νάτριο (NaCl), συμπύκνωμα οξέος και απιονισμένο νερό). Κατά τη διάχυση τους στο προϊόν διαπίδυσης, το μέγεθος των σωματιδίων, με τη σειρά του, καθορίζει το ρυθμό διάχυσης κατά μήκος της μεμβράνης. Όσο μεγαλύτερο είναι το μέγεθος του σωματιδίου της διαλυμένης ουσίας, τόσο πιο αργός είναι ο ρυθμός διάχυσης κατά μήκος της μεμβράνης. Εδώ, οι αρτηρίες που μεταφέρουν οξυγονωμένο αίμα από την καρδιά συνδέονται με μια φλέβα που σχηματίζει μια αρτηριοφλεβική παράκαμψη (αγγειακή προσπέλαση), η οποία καθιστά τη φλέβα ισχυρή (σχηματίζοντας μυς γύρω της σαν αρτηρία) αρκετά ώστε να είναι ικανή να τρυπηθεί πολλές φορές. Η πίεση παρακολουθείται επίσης κατά τη διάρκεια της διαδικασίας αιμοκάθαρσης (Himmelfarb & Ikizler, 2010). Η διαγραμματική αναπαράσταση της αιμοκάθαρσης παρουσιάζεται στο Σχήμα 1

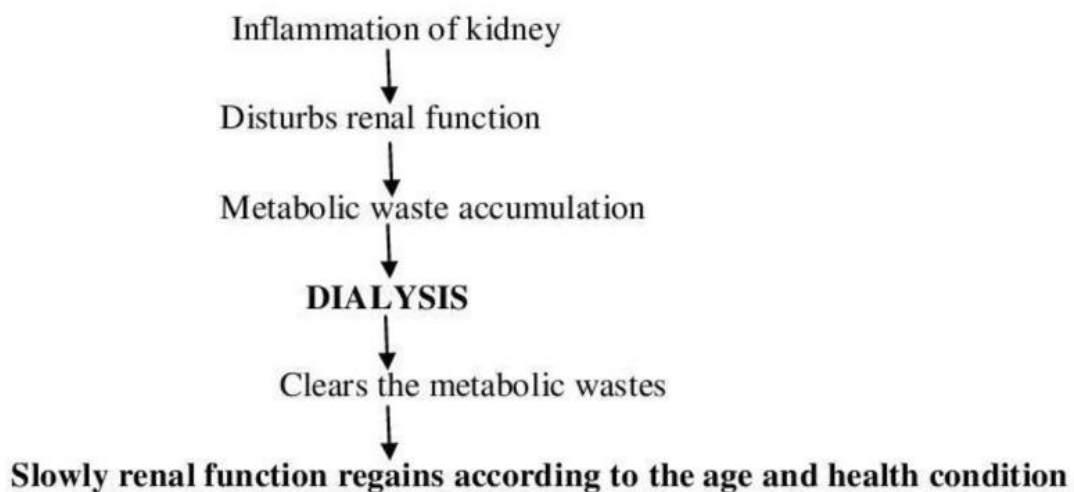


**Σχήμα 1:** Διαγραμματική αναπαράσταση Αιμοκάθαρσης.  $\text{NaHCO}_3$ : όξινο ανθρακικό νάτριο; NaCl: χλωριούχο νάτριο. Ανατύπωση από Vadakedath & Kandi, (2017).

## 2.2 Επιπλοκές αιμοκάθαρσης

### 2.2.1 Καρδιαγγειακές επιπλοκές και αιμοκάθαρση

Οι καρδιαγγειακές επιπλοκές είναι η κύρια αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας μεταξύ των ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση. Η αιμοκάθαρση μπορεί να σχετίζεται με μέτριες (υπόταση, μυϊκές κράμπες, αναφυλακτικές αντιδράσεις) ως σοβαρές επιπλοκές [καρδιαγγειακή νόσο (cardiovascular disease CVD)], ξαφνικό καρδιακό θάνατο, οξεία στεφανιαία σύνδρομο, καρδιακή ανεπάρκεια και κολπική μαρμαρυγή. Η συνεχιζόμενη φλεγμονή είναι ο κύριος λόγος για τον οποίο ο νεφρός που νοσεί δεν ανταποκρίνεται στα φάρμακα. Η χρόνια φλεγμονή διαταράσσει τη φυσιολογική λειτουργία των νεφρών, με αποτέλεσμα τη συσσώρευση μεταβολικών αποβλήτων στο σώμα (Mavrakanas & Charytan, 2016). Η διαδικασία της αιμοκάθαρσης βοηθά στην απομάκρυνση των τοξινών από το σώμα και, αργά, ο νεφρός μπορεί να ανακτήσει τη λειτουργία του. Αυτό εξαρτάται από την ηλικία και την κατάσταση της υγείας του ατόμου (Vadakedath & Kandi, 2017), όπως φαίνεται στο Σχήμα 2.



**Σχήμα 2:** Διάγραμμα ροής που δείχνει τα στάδια και τον ρόλο της αιμοκάθαρσης. Ανατύπωση από Vadakedath & Kandi, (2017).

Η παρουσία φλεγμονής είναι ένας σημαντικός παράγοντας στην ανάπτυξη οξειδωτικού στρες σε ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση. Κατά τη διάρκεια της διαδικασίας αιμοκάθαρσης, η μεμβράνη της αιμοκάθαρσης υποβάλλεται σε ανοσολογική απόκριση από

ουσίες χαμηλού μοριακού βάρους που περιλαμβάνουν το IgG, το συστατικό του συμπληρώματος, και καθιστά αυτή τη μεμβράνη διαπερατή σε κοκκιοκύτταρα. Τα ενεργοποιημένα κοκκιοκύτταρα στο αίμα διεγείρουν την απελευθέρωση αντιδραστικών ειδών οξυγόνου (reactive oxygen species-ROS) και υπερβάλλουν το οξειδωτικό στρες. Διαπιστώθηκε επίσης ότι υπάρχουν μειωμένα ιχνοστοιχεία, όπως ο χαλκός και ο ψευδάργυρος και ανιχνεύονται επίπεδα υπεροξειδίου δισμουτάσης (superoxide dismutase-SOD) μεταξύ των ατόμων που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση (Macunluoglu et al, 2016).

Το μη λειτουργικό νεφρό ενεργοποιεί μακροφάγα, αγγειακά κύτταρα και διάφορα σπειραματικά κύτταρα, παράγοντας ελεύθερες ρίζες, οι οποίες επιδεινώνουν περαιτέρω το οξειδωτικό στρες, οδηγώντας σε διαδοχικές μεταβολές στα όργανα, με αποτέλεσμα πολλαπλές επιπλοκές οργάνων και μέχρι θάνατο. Η υπέρταση (ανεξέλεγκτη λόγω ανεπαρκούς θεραπείας), η υπερλιπιδαιμία, η ομοκυστεϊναιμία, η αναιμία και η ασβεστοποίηση των στεφανιαίων αρτηριών είναι οι παράγοντες κινδύνου για CVD σε ασθενείς με αιμοκάθαρση. Όλοι αυτοί οι παράγοντες κινδύνου, μόνοι ή σε συνδυασμό, μπορούν να μεταβάλουν την καρδιαγγειακή δυναμική (Volodarskiy et al, 2016).

### **2.2.2 Δυσλειτουργία του θυρεοειδούς και αιμοκάθαρση**

Οι ορμόνες του θυρεοειδούς επηρεάζουν τη σύνθεση των πρωτεϊνών και την ανάπτυξη των κυττάρων, όπως αποδεικνύεται από προηγούμενες μελέτες, οι οποίες έδειξαν επιταχυνόμενη λειτουργία του θυρεοειδούς κατά τη διάρκεια της νεφρικής ανάπτυξης σε νεογνά αρουραίων. Ως αποτέλεσμα, υπάρχουν διαταραχές του θυρεοειδούς και των νεφρών με έναν κοινό αιτιολογικό παράγοντα. Η λειτουργία του θυρεοειδούς (χαμηλά επίπεδα τριαιωδοθυρονίνης (T3)) μπορεί να μεταβληθεί κατά την αιμοκάθαρση, η οποία μπορεί να αποδοθεί στην υποκείμενη αιτία - τη φλεγμονή. Παρατηρήθηκε σε πειραματικές και κλινικές μελέτες ότι η σηματοδότηση της ιντερλευκίνης ρυθμίζει προς μείωση, την περιφερειακή μετατροπή της τετραϊωδοθυρονίνης / θυροξίνης (T4) σε T3 (Αναστολή του ενζύμου 5'-δεδωδινάσης). Τα χαμηλά επίπεδα της T3 σχετίζονται με την υπερτροφία της αριστερής κοιλίας και θεωρούνται καρδιαγγειακοί δείκτες (Zoccali et al, 2005).

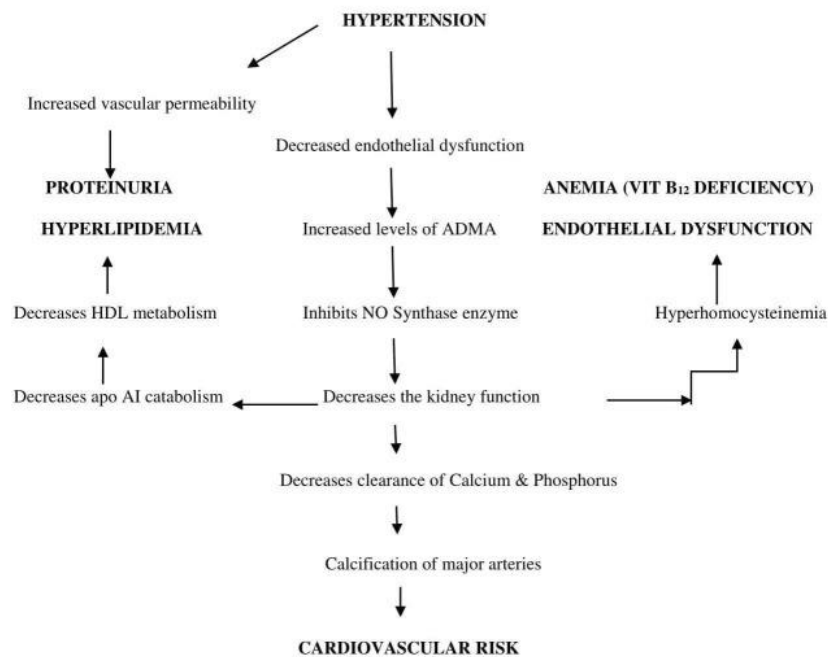
Αν και η αιμοκάθαρση είναι ο προτιμώμενος τρόπος για να ανακτήσει ο ασθενής τη λειτουργική ικανότητα των νεφρών, θα μπορούσε να είναι υπεύθυνη για ορισμένες παρενέργειες που περιλαμβάνουν οξειδωτικό στρες, διαταραχές του θυρεοειδούς και

καρδιακά προβλήματα. Η αιμοκάθαρση παρατείνει τη ζωή ενός ατόμου αλλά δεν μπορεί να θεραπεύσει το υποκείμενο πρόβλημα, επομένως είναι προφανές ότι οι επιπλοκές της αιμοκάθαρσης θα μπορούσαν να οφείλονται στη φλεγμονή που εντοπίζεται στο νεφρό (Vadakedath & Kandi, 2017).

### **2.2.3 Φλεγμονή και αιμοκάθαρση**

Η φλεγμονή των νεφρών μπορεί να αλλάξει τη λειτουργία του ενδοθηλίου, η οποία θα μπορούσε να οδηγήσει σε μειωμένη διαθεσιμότητα του οξειδίου του αζώτου (NO). Η ενδοθηλιακή δυσλειτουργία μπορεί να προβλεφθεί από τις αυξημένες δραστηριότητες της ασύμμετρης διμεθυλ αργινίνης (asymmetric dimethyl arginine- ADMA). Η ADMA είναι ένας αναστολέας του ενζύμου "συνθετάση NO", το οποίο συνήθως διασπάται εντός των νεφρών (Yilmaz et al, 2008). Η ενδοθηλιακή δυσλειτουργία οδηγεί επίσης σε πρωτεϊνουρία λόγω της αυξημένης διαπερατότητας των αγγείων (Matsuguma et al, 2006). Η αναστολή της λειτουργίας των νεφρών διαταράσσει αρκετά ένζυμα και υποδοχείς που εμπλέκονται στον μεταβολισμό των λιποπρωτεϊνών [από A1 (απολιποπρωτεΐνη A1)], ιδιαίτερα τις λιποπρωτεΐνες υψηλής πυκνότητας (HDL) και τις λιποπρωτεΐνες πλούσιες σε τριγλυκερίδια (χυλομικρόνια, λιποπρωτεΐνες πολύ χαμηλής πυκνότητας (VLDL) και λιποπρωτεΐνες χαμηλής πυκνότητας (LDL) που οδηγούν σε υπερλιπιδαιμία (Vaziri, N.D., 2006). Προκαλεί επίσης την ακατάλληλη κάθαρση της ομοκυστεΐνης, ένα αμινοξύ που περιέχει θείο και προκαλεί υπερομοκυστεϊναιμία και αναιμία ανεπάρκειας βιταμίνης B12 λόγω της επίδρασής της στη συνθετάση μεθειονίνης (ένα ένζυμο που βοηθά στη μετατροπή της ομοκυστεΐνης σε βιταμίνη B12) (Weber et al, 2016).

Η νεφρική δυσλειτουργία μεταβάλλει τον αυλό των αιμοφόρων αγγείων αναστέλλοντας τη διασύνδεση του κολλαγόνου, καθιστώντας τα αθηρογόνα (περιορίζει τον αυλό των αγγείων). Η νεφρική δυσλειτουργία μπορεί επίσης να επηρεάσει την κάθαρση του ασβεστίου και του φωσφόρου, τα οποία θα μπορούσαν να είναι υπεύθυνα για την ασβεστοποίηση σημαντικών αρτηριών όπως οι στεφανιαίες αρτηρίες. Η ασβεστοποίηση των κύριων αρτηριών μπορεί να εκτιμηθεί με μέτρηση της γλυκοπρωτεΐνης, της οστεοπροτεγίνης (OPG) (Bernardi et al, 2017). Ο μηχανισμός στην οποία βασίζεται η νεφρική δυσλειτουργία και η επίδρασή του στην αρτηριακή πίεση και σε άλλους μεταβολίτες φαίνεται στο Σχήμα 3.



**Σχήμα 3:** Διάγραμμα ροής που δείχνει υπέρταση που σχετίζεται με τη νεφρική δυσλειτουργία και την επίδρασή της σε διάφορους μεταβολίτες. ADMA: ασύμμετρη διμεθυλ αργινίνη; HDL: λιποπρωτεΐνες υψηλής πυκνότητας. OXI: μονοξειδίο του αζώτου; apo A1: απολιποπρωτεΐνη A1. Ανατύπωση από Vadakedath & Kandi, (2017).

Σε ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση, υπάρχει αυξημένη πιθανότητα να επιταχυνθεί η φλεγμονή των νεφρών, οδηγώντας σε περαιτέρω επιπλοκές. Αν και οι αιτίες της φλεγμονής είναι πολυπαραγοντικές, όπως συζητήθηκε προηγουμένως, εξαρτώνται επίσης πολύ από τη βιοσυμβατότητα της μεμβράνης και την ποιότητα του προϊόντος διαπύδωσης. Κατά τη διάρκεια της αιμοκάθαρσης, υπάρχει πιθανότητα κατακράτησης φλεγμονωδών δεικτών, ανάπτυξης οξειδωτικών ανισορροπιών και ενεργοποίησης του συμπληρώματος. Οι ασθενείς με CRF που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης αρκετών καταστάσεων, όπως αναιμία, αιμορραγικές διαταραχές, λοίμωξη, ανωμαλίες ηλεκτρολυτών και καρδιαγγειακή δυσλειτουργία (Vadakedath & Kandi, 2017).

## 2.3 Ψυχολογία αιμοκαθαρούμενων ασθενών

Η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια είναι μια συνεχής ψυχολογική διαδικασία για τους ασθενείς και τις οικογένειές τους προκειμένου να αποδεχθούν τη νέα τους εικόνα και να προσαρμοστούν στη νέα κατάσταση της αιμοκάθαρσης. Η ποιότητα ζωής των ασθενών που χρειάζονται αιμοκάθαρση επηρεάζεται σημαντικά, καθώς σχετίζεται με αλλαγές στις καθημερινές τους συνήθειες και στον τρόπο ζωής τους τόσο για τον εαυτό τους όσο και για τις οικογένειές τους. Ταυτόχρονα, επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό η σωματική τους υγεία, η λειτουργική τους κατάσταση, οι προσωπικές τους σχέσεις και η κοινωνική και οικονομική τους κατάσταση (Gerogianni & Babatsikou, 2014).

Έχει σημειωθεί αξιοσημείωτη πρόοδος στην κατανόηση και τη θεραπεία του ESRD τα τελευταία 20 χρόνια. Ωστόσο, οι περισσότερες έρευνες επικεντρώθηκαν σε ιατρικούς παράγοντες, πολλοί από τους οποίους είναι σταθερά χαρακτηριστικά. Τα τελευταία χρόνια, έχει δοθεί αυξανόμενη προσοχή στα ατομικά χαρακτηριστικά των ασθενών με έμφαση στην κατανόηση των επιπτώσεων της κοινωνικής κατάστασης των ασθενών, των αντιλήψεων και των αντιδράσεων στην ασθένεια, τους γιατρούς και τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης, τους συζύγους και τις οικογένειές τους και τους. Αν και αυτός ο τομέας της «ψυχονεφρολογίας» έχει αποτελέσει αντικείμενο έρευνας για πολλά χρόνια, η πρόσφατη εργασία σε ασθενείς με και χωρίς νεφρική νόσο, έχει προωθήσει την κατανόησή μας για την αλληλεπίδραση των ψυχολογικών παραγόντων με τα ιατρικά αποτελέσματα. Η έννοια του «άγχους» χρησιμεύει για να παρέχει ένα ερευνητικό πλαίσιο για τη μελέτη τέτοιων αλληλεπιδράσεων (Cukor et al, 2007).

Πολλοί συγγραφείς έχουν ασχοληθεί με τους παράγοντες άγχους ατόμων με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια που υποβάλλονται σε τακτική αιμοκάθαρση, καθώς αυξάνουν τόσο τα ψυχολογικά όσο και τα κοινωνικοοικονομικά προβλήματα αυτών των ασθενών. Οι πιο συνηθισμένοι παράγοντες άγχους είναι οικονομικές δυσκολίες, οι αλλαγές στις κοινωνικές και συζυγικές σχέσεις, η τακτική είσοδος στο νοσοκομείο, η αδυναμία διακοπών, ο περιορισμός του ελεύθερου χρόνου, οι σχέσεις με νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό, ο φόβος της αναπηρίας ή του θανάτου, η αυξημένη εξάρτηση από το τεχνητό νεφρό, η αβεβαιότητα για το μέλλον και η σωματική κόπωση. Επιπλέον, ο περιορισμός των υγρών και των τροφίμων είναι ο συχνότερος στρεσογόνο παράγοντας για αυτούς τους ασθενείς.

Αυτό συμβαίνει επειδή η καθημερινή κατανάλωση υγρών δεν πρέπει να υπερβαίνει τα 500 ml την ημέρα λόγω του κινδύνου πρόκλησης πνευμονικού οιδήματος. Εξίσου ανησυχητικός παράγοντας είναι η απαιτούμενη προσπάθεια για να ακολουθήσουν τις διατροφικές οδηγίες, καθώς η υπερβολική πρόσληψη καλίου και φωσφόρου είναι υπεύθυνη για την πρόκληση καρδιακής ανεπάρκειας ή νεφρική οστεοδυστροφία αντίστοιχα (Gerogianni & Babatsikou, 2014).

Η μεταβλητότητα των ανθρώπων στην αντίληψή τους για το «άγχος» είναι κρίσιμη, επειδή τα αποτελέσματα μπορεί να είναι αρκετά μεταβλητά σε ασθενείς με παρόμοια αλλοστατικά φορτία. Επομένως, η ηλικία, το φύλο, η παρουσία συννοσηρής ασθένειας, το ιστορικό ανάπτυξης και η γενετική ετερογένεια μπορεί να σχετίζονται με διαφορετικά αποτελέσματα, αλλά η προσωπικότητα, η διάθεση, οι συνήθειες και οι συμπεριφορές (όπως διατροφή, επίπεδο άσκησης, χρήση καπνού, αλκοόλ και ρυθμιζόμενες ουσίες και πνευματικότητα) μπορεί επίσης να διαδραματίσουν ρόλο στην τροποποίηση της διάθεσης του αλλοστατικού φορτίου. Συγκεκριμένα, ορισμένοι από τους παράγοντες άγχους στη ζωή ενός ασθενούς με αιμοκάθαρση μπορεί να προκαλέσουν τροποποιήσεις στην κατάσταση των ασθενών σε μια ποικιλία συζυγικών, οικογενειακών και επαγγελματικών και κοινωνικών πλαισίων. Ωστόσο, για να εκτιμήσουμε πλήρως τη δυναμική φύση αυτών των απαιτήσεων, πρέπει επίσης να κατανοήσουμε την προοπτική του ασθενούς για την ικανότητά του να αντιμετωπίσει αυτούς τους στρεσογόνους παράγοντες. Η προσωπικότητα του ατόμου, η ψυχολογική λειτουργία, οι πόροι, ακόμη και οι πολιτιστικές συνθήκες, μπορεί να επηρεάσουν την αντίληψη της ικανότητας των ασθενών να ανταποκριθούν επιτυχώς σε μια πρόκληση (Soroparu et al, 2017).

### 3 Κεφάλαιο. Ποιότητα ζωής

#### 3.1 Η έννοια της ποιότητας ζωής

Τις τελευταίες δεκαετίες, η μέτρηση της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία, είχε σημαντικό αντίκτυπο στην αξιολόγηση της υγειονομικής περίθαλψης και των ιατρικών παρεμβάσεων. Τα άρθρα που ασχολούνται με τη μέτρηση της ποιότητας ζωής, εμφανίζονται με ρυθμό άνω των 5000 κάθε χρόνο, καθώς νέα μέτρα δοκιμάζονται και εξευγενίζονται και τα παλιά εφαρμόζονται σε όλο και περισσότερες κλινικές καταστάσεις. Η κύρια δικαιολογία για αυτήν την ευρεία χρήση της ποιότητας της μέτρησης της ζωής είναι ότι δίνει μια πολύ απαραίτητη φωνή στην προοπτική του ασθενούς στο πρόσωπο της παραδοσιακής κυριαρχίας των «βιολογικών» και φαρμακοκεντρικών αποτελεσμάτων στην υγειονομική περίθαλψη. Ωστόσο, περίεργα, η προέλευση της μέτρησης της ποιότητας ζωής στην ιατρική δεν έγκειται στους ερευνητές υγείας που αναζητούν νέους και καλύτερους τρόπους ενσωμάτωσης της προοπτικής του ασθενούς στην έρευνα αξιολόγησης, αλλά μάλλον ένα ευρύτερο πολιτικό πρόγραμμα που σχετίζεται με γενικότερα κοινωνικά προβλήματα (Armstrong & Caldwell, 2004).

Σύμφωνα με τον Le Fanu (1999), οι δεκαετίες του 1950 και του 1960 γνώρισαν μια αξιοσημείωτη έκρηξη σε ιατρικές εξελίξεις όπως η νεφρική αιμοκάθαρση, η μεταμόσχευση νεφρού, νέες μορφές θεραπείας καρκίνου και η εντατική φροντίδα για νεογνά. Οι τεχνητοί νεφροί, για παράδειγμα, αναπτύχθηκαν και χρησιμοποιούνται γενικά από τις αρχές της δεκαετίας του '70 με δραματικές επιδράσεις σε ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια. Ενώ πριν απλώς πέθαναν, τώρα μπορούσαν να επιβιώσουν με τακτικές επισκέψεις στο νοσοκομείο για να εξαλείψουν τεχνητά τις τοξίνες του αίματος. Ωστόσο, αντικατοπτρίζοντας τις ευρύτερες συζητήσεις σχετικά με την κοινωνική αλλαγή, η ιατρική αναγνωρίζει επίσης μειονεκτήματα σε εμφανείς τεχνολογικές επιτυχίες. Οι θεραπείες που βασίζονται στη νέα τεχνολογία ήταν «όπλα δύο όψεων» (Elkinton, 1966, p. 711) Ο Gruenberg περιέγραψε τις αρνητικές συνέπειές τους ως «αποτυχίες της επιτυχίας», επισημαίνοντας τα πολλά προβλήματα υγείας, ιδιαίτερα τις αναπηρίες και τις χρόνιες ασθένειες, που οι ιατρικοί τεχνολογικοί θρίαμβοι έφυγαν μετά από αυτό. Υπήρχε, πιστεύει, η ανάγκη να αναγνωριστεί ότι «η εξοικονόμηση τεχνολογίας των τελευταίων τεσσάρων δεκαετιών έχει ξεπεράσει την τεχνολογία διατήρησης της υγείας μας και ότι το καθαρό αποτέλεσμα ήταν η επιδείνωση

της υγείας των ανθρώπων» (Gruenberg, 2005). Συγκεκριμένα, στα προηγούμενα «πειραματικά» χρόνια της ανάπτυξης μιας τεχνολογίας που πολλοί ασθενείς πλήρωσαν βαρύ τίμημα για την ενισχυμένη επιβίωσή τους. Υπήρχαν ορισμένοι συγκεκριμένοι τομείς τεχνολογικής «προόδου» που επέστησαν την προσοχή των κριτικών, ίσως οι πιο σημαντικοί από τους οποίους ήταν νεφρική διάλυση. Συνειδητοποιήθηκε σύντομα ότι η νεφρική αιμοκάθαρση για τα παιδιά μπορεί να διατηρήσει τη ζωή του «μόνο με σημαντική θυσία στην ποιότητα ζωής» (Crawford, 1971). Σε μια επισκόπηση του σύντομου ιστορικού της νεφρικής αιμοκάθαρσης, οι Kolodner et al (1976) κατέληξε στο συμπέρασμα ότι «οι ιατρικές εξελίξεις έχουν ξεπεράσει την ικανότητα της ομάδας θεραπείας να διασφαλίζει την ποιότητα ζωής αυτών των μακροχρόνιων ασθενών» (σελ. 32) · η επιλογή ήταν είτε «να ζήσει για τα οφέλη της θεραπείας είτε να ζήσει με τα οφέλη της θεραπείας» (σελ. 33). Όταν ο Beard (1971) περιέγραψε τα ιστορικά περιπτώσεων πέντε ασθενών πριν και μετά τη μεταμόσχευση των νεφρών τους, βρήκε μόνο δύο φορές ένα «αποδεκτό επίπεδο ποιότητας ζωής», ενώ οι άλλοι μαστίζονταν από «φοβισμένες, περιορισμένες, ανεκπλήρωτες» ζωές (Beard, 1971 , p. 30).

Η έννοια της ποιότητας ζωής σταδιακά αναδύθηκε ως αντίστροφο για την ιδέα ενός τεχνολογικού μέλλοντος, ένα αποδεκτό νόμισμα το οποίο εκφράζει το ανθρώπινο κόστος των τεχνολογικών παρεμβάσεων. Η μεγαλύτερη επιβίωση έπρεπε να αντισταθμιστεί με το κόστος για την ευημερία των ασθενών στην ανάπτυξη και χρήση της νέας τεχνολογίας. Στην αποκατάσταση του καρκίνου δεν πρέπει να είναι απλώς η εξάλειψη της νόσου αλλά και η «ποιοτική επιβίωση». Στη χειρουργική επέμβαση ήταν σχετικά εύκολο να κρατήσει ο ιατρός τον ασθενή ζωντανό, ειδικά στο τραπέζι του χειρουργείου, αλλά στόχος ήταν να βελτιωθεί η ζωή του ασθενούς (Dent 1975). Στην καρδιολογία, η επιτυχία ενός εμφυτεύματος βηματοδότη δεν έπρεπε να εκτιμηθεί μέσα από χρόνια επιβίωσης αλλά μέσω βελτιωμένης ποιότητας ζωής μετά την αποκατάσταση της ανεξαρτησίας του ασθενούς (Amikam et al, 1976).

Στα τέλη του 20<sup>ου</sup> αιώνα, ωστόσο, προέκυψε ένα νέο μέτρο της επιτυχίας της ιατρικής παρέμβασης. «Η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία» και τα σχετικά υποκειμενικά μέτρα υγείας, αναγνωρίζονται ως εργαλεία αξιολόγησης αποτελεσμάτων για την υγειονομική περίθαλψη. Αν και πολλοί ορισμοί της ποιότητας ζωής (QoL-Quality of life) επικεντρώνονται σε υποκειμενικές κρίσεις, ορισμένοι συγγραφείς υποστήριξαν ότι

αντικειμενικοί παράγοντες πρέπει να συμπεριληφθούν στον ορισμό. Για παράδειγμα, η QoL έχει οριστεί ως «μια γενική γενική ευεξία που περιλαμβάνει αντικειμενικούς παράγοντες και υποκειμενικές αξιολογήσεις της σωματικής, υλικής, κοινωνικής και συναισθηματικής ευεξίας μαζί με την έκταση της προσωπικής ανάπτυξης και της σκόπιμης δραστηριότητας, όλα σταθμισμένα από ένα προσωπικό σύνολο τιμών» (Karimi & Brazier, 2016).

### **3.2 Παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής**

Οι όροι, όπως η κοινωνική ευημερία και η ανθρώπινη ανάπτυξη χρησιμοποιούνται συχνά ως ισοδύναμοι ή ανάλογοι όροι. Η ποιότητα ζωής (QOL) θεωρείται ως η αλληλεπίδραση διαφόρων παραγόντων κοινωνικών, υγειονομικών, οικονομικών και περιβαλλοντικών συνθηκών που αθροιστικά και συχνά με άγνωστους τρόπους, αλληλεπιδρούν για να επηρεάσουν τόσο την ανθρώπινη όσο και την κοινωνική ανάπτυξη σε επίπεδο ατόμου και κοινωνιών. Τα τρέχοντα μοτίβα της αστικής ανάπτυξης βασίζονται στις ιδέες των εισαγόμενων δυτικών χωρών και χρησιμοποιούν συστήματα με έντονα κεφάλαια και φυσικούς πόρους. Η ένταση κεφαλαίου χωρίζει τον αστικό πληθυσμό σε πλούσιους και φτωχούς αστούς. Η ένταση των πόρων καταστρέφει την αγροτική ενδοχώρα. Το τελικό αποτέλεσμα είναι, ότι ενώ υπάρχει μια εύπορη τάξη με πολύ υψηλό βαθμό ποιότητας ζωής, η πλειοψηφία των κατοίκων των αστικών περιοχών έχει πολύ κακή περιβαλλοντική ποιότητα. Οι υπεύθυνοι λήψης αποφάσεων για την αναπτυξιακή στρατηγική των αστικών κέντρων συχνά δεν λαμβάνουν υπόψη αυτό το ανθρώπινο στοιχείο. Η μετανάστευση του πληθυσμού σε αστικά κέντρα, ιδίως στις βιομηχανικές πόλεις, δίνει ώθηση στην ανάπτυξη των μητροπολιτικών περιοχών (Ghandhi et al, 2019).

Οι απόψεις για την ποιότητα ζωής επηρεάζονται από την αστικοποίηση και το βιοτικό επίπεδο, δημιουργώντας μια αντίληψη που περιορίζεται σε συγκεκριμένους τομείς της ανθρώπινης ζωής. Πρώτον, κατευθύνει την προσοχή στις θετικές πτυχές της ζωής των ανθρώπων, έτσι έρχεται σε αντίθεση με τον προσανατολισμό του ελλείμματος αυτών των επιστημονικών κλάδων. Δεύτερον, επεκτείνει τα παραδοσιακά αντικειμενικά μέτρα για την υγεία, τον πλούτο και την κοινωνική λειτουργία ώστε να περιλαμβάνει υποκειμενικές αντιλήψεις για την ευημερία. Η ποιότητα ζωής είναι το προϊόν της αλληλεπίδρασης μεταξύ κοινωνικών, υγειονομικών, οικονομικών και περιβαλλοντικών συνθηκών που επηρεάζουν

την ανθρώπινη και κοινωνική ανάπτυξη. Η αντίληψη ότι η ποιότητα ζωής αναφέρεται σε έναν αόριστο αριθμό κρατών και δεν συνεπάγεται την εκτίμηση του τρόπου ζωής (Ghandhi et al, 2019).

Η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία (HRQoL) είναι ένα μέτρο που αντικατοπτρίζει τις υποκειμενικές εμπειρίες των ατόμων σχετικά με την κατάσταση της υγείας τους. Το HRQoL εστιάζει συστηματικά στη μέτρηση της σχέσης μεταξύ της υγείας και της κατάστασης της υγείας με την ποιότητα ζωής (QoL). Είναι ένα δυναμικό πολυδιάστατο μοντέλο και αποτελείται από τρεις κύριες διαστάσεις: τις φυσικές, κοινωνικές και ψυχικές διαστάσεις της υγείας (Karyani et al , 2016). Παρά την έλλειψη συναίνεσης για τον ορισμό της QoL, μπορεί να είναι κατανοητή ως ικανοποίηση ή ευτυχία για την ζωή, εστιάζοντας στους τομείς που το άτομο θεωρεί σημαντικούς. Ομοίως στην περίπτωση της HRQOL, αυτό που θεωρείται δείκτης υγείας, είναι η αξιολόγηση της γενικής φυσικής κατάστασης του ατόμου, της λειτουργικής του κακότητας, της ικανότητας να πραγματοποιεί οικιακές δραστηριότητες, κοινωνικές αλληλεπιδράσεις, γνωστική λειτουργία και συναισθηματική κατάσταση σε σχέση με την κατάσταση της υγείας του. Τα μέσα μέτρησης HRQOL μπορούν να διευκολύνουν την κλινική απόφαση, την αξιολόγηση της ποιότητας φροντίδας, την εκτίμηση για τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού και να βοηθήσουν στην κατανόηση του πως οι αιτίες και οι συνέπειες αιτιών των προβλημάτων υγείας , αυξάνουν την επίδραση της θεραπείας στη σωματική υγεία, στην απόδοση της εργασίας και την προσωπική ζωή. Έτσι, οι βελτιώσεις στην QOL γίνεται εξίσου σημαντικές με τις κλινικές - εργαστηριακές απαντήσεις σε παρεμβάσεις, διευρύνοντας το πεδίο των θεραπευτικών αποτελεσμάτων (Theofilou, 2012).

Η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία είναι μια πολιτιστική έννοια όπως αποκαλύπτεται από τη διαφορά συσχέτισης μεταξύ της HRQOL και των κλινικών αποτελεσμάτων όπως η συμμόρφωση ή η επιβίωση των ασθενών. Η HRQOL αναγνωρίζεται ως βασικό αποτέλεσμα υγείας για μελέτες που αξιολογούν την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης, αξιολογούν τον αντίκτυπο της ασθένειας και αναλύουν τη σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας. Επιπλέον, έχει αποδειχθεί ότι η HRQOL είναι κλινικά σημαντική για τη βελτίωση του αποτελέσματος αιμοκάθαρσης σε ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση (Zyoud et al, 2017).

### 3.3 Αξιολόγηση ποιότητας ζωής

Η ποιότητα ζωής (QoL) έγινε γρήγορα ένα πρότυπο μέτρο των αποτελεσμάτων σε κλινικές δοκιμές, ανάλυση κόστους-αποτελεσματικότητας και κλινική πρακτική. Μια συμβολή δυνάμεων, συμπεριλαμβανομένου του αυξανόμενου κόστους της υγειονομικής περίθαλψης, της ανησυχίας για τα αναφερθέντα φτωχά ποσοστά ψυχιατρικών ασθενών που ζουν στην κοινότητα και μια αφύπνιση της αναγνώρισης ότι τα συνήθη μέτρα αντιμετώπισης των μέτρων είναι ανεπαρκή, έχουν εστιάσει την προσοχή τους για να μετρήσουν και να βελτιώσουν την QoL. Η ποιότητα ζωής είναι μια υποκειμενική δομή που ποικίλλει ανάλογα με τον πληθυσμό που μελετήθηκε. Γενικά εννοείται ως ένα πολυδιάστατο κατασκεύασμα που αποτελείται από έναν αριθμό ανεξάρτητων τομέων όπως η σωματική υγεία, η ψυχολογική ευεξία, οι κοινωνικές σχέσεις, οι λειτουργικοί ρόλοι και η υποκειμενική αίσθηση της ικανοποίησης της ζωής. Κάθε τομέας QoL μπορεί να αξιολογηθεί από την άποψη του ιατρού, του πελάτη ή του φροντιστή και η σχετική στάθμιση της σημασίας κάθε τομέα μπορεί επίσης να ποικίλλει από τον ένα παρατηρητή στον άλλο (Becker et al, 2010).

Η μέτρηση της Ποιότητας Ζωής (QoL) έχει γίνει ολοένα και πιο σημαντική στην ιατρική τα τελευταία τρία χρόνια. Μια αναζήτηση στο Pubmed αποκάλυψε μια εκθετική ανάπτυξη δημοσιευμένων άρθρων που περιείχαν τον όρο "Quality of Life OR QoL" από τη δεκαετία του 1990, ξεπερνώντας τις 20.000 αναφορές ετησίως από το 2013. Οι τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές καθώς και οι παρατηρητικές μελέτες περιλαμβάνουν όλο και περισσότερο τα QoL measures, συνήθως ως δευτερεύον τελικό σημείο. Επιπλέον, υπάρχουν μελέτες που χρησιμοποιούν μέτρα των προγνωστών QoLs, για παράδειγμα για το θάνατο. Η συμπερίληψη των μέτρων QoL στις μελέτες δεν περιορίζεται πλέον στις δυτικές αναπτυγμένες χώρες, αλλά τώρα περιλαμβάνει χώρες από όλο τον κόσμο (Hardt, 2015).

Η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία (HRQOL) αναγνωρίζεται όλο και περισσότερο ως σημαντικό αποτέλεσμα που αναφέρεται από τον ασθενή στην έρευνα για την υγειονομική περίθαλψη. Ωστόσο, η χρήση εξακολουθεί να είναι περιορισμένη και παραμένουν πολλές ερωτήσεις σχετικά με την αξία και τη σκοπιμότητα της χρήσης μέτρων HRQOL στη ρουτίνα της υγειονομικής περίθαλψης. Στη μέτρηση της κατάστασης της υγείας στον ιατρικό τομέα, η ποιότητα ζωής (QOL) και η αξιολόγηση HRQOL,

υιοθετήθηκαν εναλλακτικά για να περιγράψουν μια διαδικασία αξιολόγησης, στην οποία αξιολογούνται τα μέσα σχετικά με τις επιπτώσεις που μια ασθένεια, θεραπεία ή πιο σύνθετη παρέμβαση μπορεί να έχουν σε κάποιο άτομο, τη σωματική ή συναισθηματική του απόδοση στις καθημερινές δραστηριότητες. Ο αντίκτυπος του τελικού σταδίου νεφρικής νόσου (ESRD) στην QOL ενός ασθενούς, αναγνωρίζεται όλο και περισσότερο ως σημαντικό μέτρο αποτελέσματος της φροντίδας. Μερικά γενικά μέτρα όπως το Short Form health survey 36 στοιχείων (SF-36) χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση της HRQOL. Ωστόσο, τα γενικά όργανα είναι ευρεία και παράγουν αποτελέσματα για όλους τους τομείς της QOL (Theofilou et al, 2013).

Η αξιολόγηση του QOL κατέστη δυνατή χάρη στην ανάπτυξη του Clinimet-rics, της επιστήμης της χρήσης κλιμάκων αξιολόγησης για την αξιολόγηση διαφόρων κλινικών συμπτωμάτων και φαινομένων. Η QOL μετράται μέσω οργάνων αυτοαναφοράς ασθενών (ερωτηματολόγια). Υπάρχουν δύο τύποι ερωτηματολογίων - γενικά και συγκεκριμένα. Τα γενικά ερωτηματολόγια είναι καθολικά και έχουν ευρύτερη εφαρμογή. Μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τη μελέτη τόσο των ασθενών όσο και των υγιών ατόμων. Αξιολογούν την υποκειμενική ευημερία με την ευρεία έννοια και τις επιπτώσεις της ασθένειας στη γενική λειτουργία του ασθενούς, που δεν σχετίζεται με οποιαδήποτε συγκεκριμένη ασθένεια ή το επίπεδο προόδου της, ανεξάρτητα από τις μεθόδους θεραπείας ή τις δημογραφικές και πολιτιστικές παραμέτρους της ομάδας μελετών ασθενών. Τα ερωτηματολόγια χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση και τη σύνοψη της γενικής υγείας των ασθενών και για τη σύγκριση της QOL σε διάφορες ασθένειες και σε διάφορους πληθυσμούς ασθενών. Αυτά τα ερωτηματολόγια μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τη σύγκριση των βαθμολογιών QOL ασθενών με συγκεκριμένες ασθένειες με τον υγιή πληθυσμό και ως εκ τούτου για την αξιολόγηση του πραγματικού επιπέδου δυσλειτουργίας (Owczarek, 2010).

Διατίθενται διάφορα εργαλεία μέτρησης QOL, αλλά τα περισσότερα μπορεί να μην είναι ιδανικά για χρήση σε ασθενείς σε ανακουφιστική φροντίδα, των οποίων η αξιολόγηση της QOL πρέπει να επικεντρώνεται σε τομείς για τους οποίους η παρηγορητική φροντίδα είναι πιο αποτελεσματική, όπως ψυχοκοινωνικά και πνευματικά προβλήματα. Σε απάντηση στην ανάγκη για ένα μέτρο QOL που αξιολογεί την ατομική εμπειρία των ατόμων που πλησιάζουν στο τέλος του κύκλου ζωής τους (end-of-life- EOL), οι Byock και Merriman

(1998) δημιούργησαν το Missoula -VITAS Quality of Life Index (MVQOLI). Το MVQOLI είναι ένα μέσο αξιολόγησης που συγκεντρώνει πληροφορίες σχετικά με τον ασθενή για την QOL κατά τη διάρκεια προχωρημένης ασθένειας. Η διατήρηση της βέλτιστης QOL αποτελεί βασικό στόχο για την παρηγορητική και νοσοκομειακή περίθαλψη και οι πληροφορίες που συγκεντρώθηκαν μέσω του MVQOLI βοηθούν τους επαγγελματίες υγειονομικής περίθαλψης στον εντοπισμό και την αντιμετώπιση ανησυχιών του ασθενούς που επηρεάζουν την QOL. Το MVQOLI έχει χρησιμοποιηθεί σε πολλές διαφορετικές δομές υγειονομικής περίθαλψης συμπεριλαμβανομένων ξενώνων, νοσοκομείων, φροντίδα στο σπίτι, μακροχρόνια περίθαλψη (συμπεριλαμβανομένης της υποβοηθούμενης διαβίωσης), εξωτερικών ασθενών, παρηγορητικής περίθαλψης, διαχείρισης ασθενειών και προπαρασκευής προγραμμάτων (Byock, 1998, οπ αναφ Theofilou et al, 2012).

Το πλαίσιο του MVQOLI βασίζεται στο έργο του Ira Byock σχετικά με την ανάπτυξη εννοιών και οροσήμων για το τέλος της ζωής, και των καθηκόντων του τέλους της ζωής. Το MVQOLI ρωτά τους ασθενείς για περίπου 5 διαστάσεις ή τομείς QOL: συμπτώματα, λειτουργία, διαπροσωπική επικοινωνία, ευεξία και πνευματικότητα. Το εργαλείο έχει σχεδιαστεί ειδικά για την αξιολόγηση της προσωπικής εμπειρίας των ασθενών σε καθεμία από αυτές τις διαστάσεις και, ως εκ τούτου τα αντικείμενα MVQOLI είναι κατασκευασμένα με εξαιρετικά υποκειμενική γλώσσα και δεν εμφανίζονται αποτελέσματα στην έκδοση του εργαλείου που βλέπουν οι ασθενείς. Το εργαλείο επιδιώκει να περιγράψει την ποιοτική και υποκειμενική εμπειρία της QOL, με τρόπο που μπορεί να ερμηνεύεται γρήγορα από επαγγελματίες φροντιστές (Theofilou et al, 2012).

### **3.4 Σημασία ποιότητας ζωής**

Η ποιότητα ζωής, η οποία έχει γίνει το επίκεντρο της προσοχής των επιστημόνων που προέρχονται από πολλά διαφορετικά πεδία, μελετάται με έμφαση σε διαφορετικά ερευνητικά αντικείμενα και διαφορετικοί ερευνητές μελετούν διαφορετικούς τομείς. Επιδιώκεται να καθοριστεί και να μετρηθεί όχι μόνο η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία, η κατάσταση υγείας ενός ατόμου / ασθενούς, αλλά και οι συνθήκες ποιότητας ζωής από πολιτική, οικονομική και κοινωνική άποψη, καθώς και η ατομική ικανοποίηση της ζωής (Pukeliene & Starkauskiene, 2011).

Η συνειδητοποίηση του γεγονότος ότι κάποιος είναι άρρωστος και σε πόνο, έχει μια σημαντική μεμονωμένη, υποκειμενική πτυχή. Το εύρος και το περιεχόμενο των δυσκολιών που αντιμετωπίζει ο ασθενής, οι περιορισμοί στην καθημερινή ζωή και οι σχετικές ανησυχίες, είναι τόσο ετερογενείς και μοναδικές που μπορούμε να τις συγκρίνουμε με αυτοπεποίθηση, χωρίς φόβο υπερβολής, με τη μοναδικότητα των ανθρώπινων δακτυλικών αποτυπωμάτων. Οι γιατροί συχνά εξισώνουν την φροντίδα των ασθενών με τη βελτιστοποίηση της φαρμακοθεραπείας και το βασικό κριτήριο της αποτελεσματικότητας της θεραπείας είναι το επίπεδο ανάρρωσης, με αυστηρά ιατρική έννοια. Είναι σημαντικό να τονίζεται ότι αυτή η εστίαση στη βιολογική πτυχή της νόσου και τα κλινικά αποτελέσματα της θεραπείας με φάρμακα περιορίζουν σοβαρά τη σκέψη του γιατρού. Η φροντίδα των ασθενών περιλαμβάνει πολύ περισσότερα από αυτό και θα πρέπει να μην απέχει από τη βελτίωση της ψυχοκοινωνικής λειτουργίας του ασθενούς, διδάσκοντας στον ασθενή να βρει ικανοποίηση καθημερινά, ή γενικότερα, τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών (QOL). Η αξιολόγηση της QOL βοηθά να γίνει φανερό πόσο σοβαρά η ασθένεια παρεμβαίνει στην κανονική λειτουργία και επηρεάζει την απόδοση των κοινωνικών ρόλων. Βοηθά επίσης στον εντοπισμό του τι προκαλεί ένταση και άγχος στον ασθενή. Η αξιολόγηση QOL βοηθά να προσδιοριστούν οι λόγοι για την κακή αποτελεσματικότητα της θεραπείας και να βρεθούν πιο αποτελεσματικές μεθόδους θεραπείας για έναν συγκεκριμένο ασθενή (Owczarek, 2010).

Στις ιατρικές επιστήμες η έννοια της ποιότητας ζωής χρησιμοποιείται στο πλαίσιο της έρευνας για τις συνέπειες της ασθένειας που σχετίζονται με την υγεία και τη μη υγεία και επίσης για την αξιολόγηση των ιατρικών και εξω-ιατρικών αποτελεσμάτων της υγειονομικής περίθαλψης και των ιατρικών παρεμβάσεων. Είναι μέρος της ευρύτερης έννοιας της υπεύθυνης ιατρικής περίθαλψης, τόσο με την έννοια της παράτασης της ζωής όσο και με την πραγματοποίηση θεραπευτικών προσπαθειών για τη διασφάλιση της βέλτιστης ζωτικής δραστηριότητας. Αυτό είναι σημαντικό επειδή, σύμφωνα με τον ορισμό τον ΠΟΥ, η υγεία είναι κάτι περισσότερο από την έλλειψη ασθένειας, είναι επίσης καλή σωματική, ψυχολογική και κοινωνική ευεξία, ικανότητα να εκτελεί το άτομο κοινωνικούς ρόλους, ικανότητα προσαρμογής στο μεταβαλλόμενο περιβάλλον για να αντιμετωπίζει την αλλαγή (Owczarek, 2010).

Η ποιότητα της ζωής είναι μια συνάρτηση της διαφοράς μεταξύ της επιθυμητής κατάστασης και της πραγματικής κατάστασης, δηλαδή είναι η υποκειμενική ικανοποίηση που αντιμετωπίζει ένα άτομο και που το άτομο προβάλλει σε όλες τις πτυχές της ζωής του (σωματική, ψυχολογική, κοινωνική και πνευματική). Η μη αναστρέψιμη επιδείνωση της υγείας και η περιορισμένη κινητικότητα οδηγούν σε αναπηρίες στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής και, στη συνέχεια, στη χειρότερη ποιότητα ζωής. Η διαφορά μεταξύ της επιθυμητής κατάστασης και της πραγματικής κατάστασης αυξάνεται και όσο μεγαλύτερη είναι, τόσο φτωχότερες γίνονται οι εκτιμήσεις του ασθενούς για την ποιότητα ζωής του / της. Αυτό συμβαίνει επειδή όλες οι δραστηριότητες που καθορίζουν το εύρος της ανεξαρτησίας έχουν άμεση και έμμεση επίδραση στην έκταση που ο ασθενής χρειάζεται τη βοήθεια άλλων ανθρώπων και το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης (Theofilou, 2013).

Ένας από τους λόγους για τους οποίους αξιολογείται η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία είναι ότι η ιατρική επιστήμη επιθυμεί να αποκτήσει μια βαθιά κατανόηση της ευημερίας των μεμονωμένων ασθενών ή μιας δεδομένης ομάδας ασθενών και να αξιολογήσει τα πλεονεκτήματα ή τα μειονεκτήματα των ειδικών ιατρικών διαδικασιών. Με την αξιολόγηση του QOL αποκτούνται πολύτιμες πληροφορίες σχετικά με την κατάσταση της υγείας των ασθενών, συμπεριλαμβανομένων των ψυχοκοινωνικών πτυχών της και της αποτελεσματικότητας των θεραπευτικών παρεμβάσεων. Η αξιολόγηση της QOL επιτρέπει επίσης στον προσδιορισμό της κλινικής και οικονομικής αποτελεσματικότητας της φαρμακευτικής αγωγής, των ιατρικών παρεμβάσεων και των επιπτώσεών τους στη ζωή των ασθενών και στην αξιολόγηση της νομιμότητας των δαπανηρών ιατρικών διαδικασιών και της σχέσης κόστους-αποτελεσματικότητας του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης (Bullinger, 2014).

### **3.5 Ποιότητα ζωής στην αιμοκάθαρση**

Η αιμοκάθαρση αποτελεί μια πολύπλοκη διαδικασία για ασθενείς που απαιτούν συχνές επισκέψεις σε κέντρα νοσοκομείων ή αιμοκάθαρσης, κυρίως 3 φορές την εβδομάδα, πράγμα που συνεπάγεται ουσιαστικές αλλαγές στον κανονικό τρόπο ζωής των ασθενών. Το 92% των ασθενών σε αιμοκάθαρση μπορεί να υποστεί υψηλό φορτίο συμπτωμάτων και μπορεί να αντιμετωπίσει ενοχλητικά συμπτώματα όπως κόπωση, μειωμένη όρεξη,

προβλήματα συγκέντρωσης, πρήξιμο στα πόδια και τα χέρια τους και μυϊκές κράμπες και, όλα αυτά προκαλούν καθημερινή δυσφορία και επηρεάζουν αρνητικά την QOL (United States Renal Data System, 2012).

Η αιμοκάθαρση είναι μια χρονοβόρα και δαπανηρή θεραπεία και απαιτεί περισσότερους περιορισμούς για τη διατροφή και την πρόσληψη υγρών, όπως αναφέρθηκε. Η μακροχρόνια αιμοκάθαρση προκαλεί απώλεια ελευθερίας, εξάρτηση από τον φροντιστή, διαταραχή του γάμου, της οικογένειας, της κοινωνικής ζωής και μείωση ή έλλειψη εισοδήματος. Όλοι αυτοί οι παράγοντες επηρεάζουν την QOL (Mollaoglu, 2006). Πολλές μελέτες διαπίστωσαν ότι οι ασθενείς με CKD παραπονιούνται για κατάθλιψη και άλλα ψυχικά συμπτώματα. Από την άλλη πλευρά, λίγα είναι γνωστά για τα προβλήματα υγείας των ασθενών και των φροντιστών και την QOL τους (Shimoyama et al, 2003).

Οι ασθενείς που εξαρτώνται από αιμοκάθαρση λόγω χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας, πρέπει να αντιμετωπίσουν σοβαρούς περιορισμούς, όπως αυστηρή τήρηση των θεραπειών αιμοκάθαρσης και φαρμάκων, περιορισμούς διατροφής και υγρών και ελάχιστες σωματικές δραστηριότητες. Τα προβλήματα με τον ύπνο είναι πολύ συνηθισμένα στην ESRD (έως 40% -80%) και κυμαίνονται από αϋπνία και άπνοια ύπνου έως σύνδρομο ανήσυχων ποδιών. Πράγματι, ο κακός ύπνος είναι ο ίδιος προγνωστικός δείκτης θνησιμότητας και QOL (Wan et al, 2015).

Η συνεχής εκπαίδευση και η παροχή συμβουλών για τους ασθενείς θα μπορούσαν να ενισχύσουν την προσήλωση στις θεραπείες και, συνεπώς, να βελτιώσουν την QOL. Η προσεκτική αξιολόγηση της σχετικής με την υγεία QOL (HRQOL) μπορεί να βοηθήσει στην παροχή ιατρικής διαχείρισης για τη βελτιστοποίηση της εμπειρίας τους στην υγεία. Η HRQOL αναγνωρίζεται ως ένα ουσιαστικό αποτέλεσμα υγείας για μελέτες που αξιολογούν την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης, αξιολογούν τον αντίκτυπο της ασθένειας και αναλύουν τη σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας. Επιπλέον, έχει αποδειχθεί ότι η HRQOL είναι κλινικά σημαντική για τη βελτίωση του αποτελέσματος της αιμοκάθαρσης σε ασθενείς σε αιμοκάθαρση. Με αυτό το υπόβαθρο, ο ερευνητής ενδιαφέρεται να αξιολογήσει την QOL μεταξύ των ασθενών με ESRD που έχουν υποβληθεί σε αιμοκάθαρση, σε σχέση με όλους τους τομείς τους, όπως η σωματική υγεία, η ψυχική υγεία, το πρόβλημα των νεφρικών παθήσεων και η ικανοποίηση των ασθενών (Thenmozhi, 2018).

## 4 Κεφάλαιο. Η Κόπωση

### 4.1 Η σωματική κόπωση

Η κόπωση είναι ένα κοινό χαρακτηριστικό πολλών σωματικών, νευρολογικών και ψυχιατρικών διαταραχών. Παρά το γεγονός ότι συνήθως αναγνωρίζεται ως σημάδι ή σύμπτωμα μιας ασθένειας ή παρενέργειας μιας θεραπείας, η κόπωση έχει θεωρηθεί ως υποκειμενική εμπειρία. Έχουν καταβληθεί μεγάλες προσπάθειες για την σύλληψη ή τον ορισμό του με σαφή τρόπο ώστε να διαφέρει από τις κανονικές εμπειρίες όπως η κούραση ή η υπνηλία (Abd-Elfattah et al, 2015).

Η «κόπωση» είναι ένας όρος που χρησιμοποιείται για να περιγράψει τη μείωση της σωματικής απόδοσης που σχετίζεται με την αύξηση της πραγματικής / αντιληπτής δυσκολίας μιας εργασίας ή άσκησης. Από άλλη άποψη, η κόπωση ορίζεται ως η αδυναμία των μυών να διατηρήσουν το απαιτούμενο επίπεδο δύναμης κατά τις ασκήσεις. Εναλλακτικά, μπορεί να οριστεί ως μείωση της ικανότητας των μυών να παράγουν δύναμη μετά από άσκηση. Ο όρος μυϊκή κόπωση χρησιμοποιήθηκε για να υποδηλώσει μια παροδική μείωση της ικανότητας των μυών να εκτελούν σωματική δραστηριότητα. Η εκτέλεση κινητικής εργασίας για μεγάλα χρονικά διαστήματα προκαλεί κόπωση, η οποία είναι γενικά αποδεκτή ως μείωση της ικανότητας ενός ατόμου να ασκεί δύναμη. Η κόπωση αντανακλάται στο σήμα EMG (ηλεκτρομυογράφημα), ως αύξηση του πλάτους του και μείωση των φασματικών χαρακτηριστικών συχνοτήτων του (Abd-Elfattah et al, 2015).

Η κόπωση συμβαίνει λόγω της βλάβης μιας ή περισσότερων φυσιολογικών διεργασιών, οι οποίες επιτρέπουν στις συστατικές πρωτεΐνες να παράγουν δύναμη. Αυτό το αποτέλεσμα ήταν γνωστό ως εξάρτηση από εργασίες και θεωρήθηκε ως μία από τις αρχές που έχουν αναδυθεί σε αυτήν την εποχή, μέχρι στιγμής. Σύμφωνα με αυτήν την αρχή, δεν υπάρχει καμία αιτία μυϊκής κόπωσης. Η διαδικασία της κόπωσης είναι σταδιακή και περιλαμβάνει σημαντικές φυσιολογικές αλλαγές, οι οποίες συμβαίνουν πριν και κατά τη διάρκεια μηχανικής αστοχίας (Hoffman et al, 2009). Οι Boyas και Guével (2011) έχουν εισαγάγει αρκετές αρχές για να χαρακτηρίσουν τα φαινόμενα της μυϊκής κόπωσης που συμβαίνουν ως απόκριση στη σωματική δραστηριότητα, συγκεκριμένα «την κόπωση που προκαλείται από άσκηση». Αυτές οι αρχές τονίζουν το γεγονός ότι δεν υπάρχει ένας μοναδικός μηχανισμός για την πρόκληση κόπωσης, αλλά είναι ένας πολύπλοκος μηχανισμός που

μπορεί να περιλαμβάνει ανωμαλίες του κεντρικού νευρικού συστήματος (κεντρική κόπωση), δυσλειτουργία του περιφερικού νευρικού συστήματος ή νόσο των σκελετικών μυών. Η κεντρική κόπωση υποδηλώνει μείωση της εθελοντικής ενεργοποίησης του μυός (δηλαδή μείωση του αριθμού και των ποσοστών εκφόρτισης των κινητικών μονάδων (MUs) που προσλήφθηκαν κατά την έναρξη της δημιουργίας μυϊκής δύναμης, ενώ, η περιφερική κόπωση δείχνει μείωση της συσταλτικής δύναμης των μυϊκών ινών και αλλαγές στους μηχανισμούς στους οποίους βασίζεται η μετάδοση των δυνατοτήτων δράσης των μυών. Αυτά τα φαινόμενα εμφανίζονται στα άκρα των νεύρων και στη νευρομυϊκή σύνδεση (NMJ) και συνήθως σχετίζονται με περιφερική κόπωση (Boyas & Guével, 2011).

## 4.2 Η ψυχική κόπωση

Η ψυχική κόπωση αντιπροσωπεύει μια ψυχοβιολογική κατάσταση που προκαλείται από παρατεταμένες περιόδους απαιτητικής γνωστικής δραστηριότητας και έχει επιπτώσεις σε πολλές πτυχές της καθημερινής ζωής. Στο χώρο εργασίας, η ψυχική κόπωση έχει βρεθεί ότι προβλέπει αυξημένο κίνδυνο σφάλματος. Είναι επίσης ένα από τα πιο συχνά συμπτώματα που βιώνουν άτομα με νευρολογικές διαταραχές. Η ψυχική κόπωση μπορεί να εκδηλωθεί υπολεκτικά, συμπεριφορικά και φυσιολογικά. Υποκειμενικά, έχουν αναφερθεί αυξημένα συναισθήματα κόπωσης, έλλειψη ενέργειας, μειωμένα κίνητρα και εγρήγορση. Συμπεριφορικά, η ψυχική κόπωση αναγνωρίζεται ως μειωμένη απόδοση (ακρίβεια ή / και χρόνος αντίδρασης [RT]) σε γνωστική εργασία. Τέλος, οι μεταβολές στην εγκεφαλική δραστηριότητα έχουν αποδειχθεί ότι είναι μια φυσιολογική εκδήλωση της ψυχικής κόπωσης. Οι αλλαγές και στους τρεις αυτούς τομείς (υποκειμενικές, συμπεριφορικές και φυσιολογικές) δεν χρειάζεται να υπάρχουν συγχρόνως για να υπάρχει ψυχική κόπωση (Van Cutsem et al, 2017).

Σε πιο προσωπικό επίπεδο, τα παράπονα ψυχικής κόπωσης μπορούν να έχουν μια βαθιά και αρνητική επίδραση στην κοινωνική και επαγγελματική ζωή των ανθρώπων. Επιπλέον, η ψυχική κόπωση είναι ένα σύμπτωμα σε μεγάλο αριθμό χρόνιων ιατρικών παθήσεων όπως ο καρκίνος, ο ιός της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας, η σκλήρυνση κατά πλάκας, το σύνδρομο χρόνιας κόπωσης, η νόσος του Alzheimer, η νόσος του Huntington και η νόσος του Πάρκινσον. Ωστόσο, είναι σημαντικό να συνειδητοποιήσουμε ότι η κόπωση ως

σύμπτωμα ασθένειας μπορεί να περιλαμβάνει διαφορετικά βιολογικά υποστρώματα σε σύγκριση με την οξεία ψυχική κόπωση σε αλλιώς υγιείς ανθρώπους (Boksem, & Tops, 2008).

#### **4.3 Η κόπωση και η υγεία**

Όπως αναφέρθηκε, η κόπωση ορίζεται ως μια φυσιολογική κατάσταση μειωμένης ψυχικής ή σωματικής ικανότητας, η οποία μπορεί να αναπτυχθεί ως αποτέλεσμα της απώλειας ύπνου ή της εκτεταμένης αφύπνισης, του διαταραγμένου κερκαδικού ρυθμού ή του αυξημένου φόρτου εργασίας. Η κόπωση μπορεί να διαχωριστεί σε τρεις διαφορετικούς τύπους: οξεία, αθροιστική και κερκάδια κόπωση. Η οξεία κόπωση συνήθως προκύπτει από παρατεταμένη περίοδο εγρήγορσης που υπερβαίνει τις 16 ώρες. Η αθροιστική κόπωση, επίσης γνωστή ως χρέος ύπνου, είναι αποτέλεσμα συσσώρευσης υποβέλτιστων χρόνων ύπνου, οι οποίοι μπορεί να συσσωρεύονται για ημέρες, εβδομάδες ή μήνες. Τέλος, η κερκάδια κόπωση, ή χρονοδιαστολή, είναι μια μορφή κόπωσης που προκύπτει από τη μετατόπιση του κύκλου ύπνου / αφύπνισης, είτε λόγω αλλαγών στις ώρες εργασίας ή μετά από ταξίδια σε διαφορετικές χρονικές ζώνες (Lock et al, 2018).

Η κόπωση επηρεάζεται από την ηλικία, το φύλο, τη φυσική κατάσταση, τον τύπο τροφής, την καθυστέρηση στο τελευταίο γεύμα, την ψυχική κατάσταση, την ψυχολογική κατάσταση, τον τύπο προσωπικότητας, την εμπειρία ζωής και την κατάσταση της υγείας ενός ατόμου. Η κόπωση μπορεί να είναι όχι μόνο ένα σύμπτωμα αλλά και μια μετρήσιμη διάσταση. Επιπλέον, μπορεί να ταξινομηθεί ως μια κατάσταση που συμβαίνει σε ηρεμία ή υπό άσκηση ή άγχος, ως φυσιολογική αντίδραση ή παθολογική κατάσταση, ως αυθόρμητο φαινόμενο ή προκαλούμενη κατάσταση, ως ανθεκτική στην προετοιμασία, την προπόνηση ή τη στάση, ως εμφανής ή παράπλευρη εμπειρία, και ως προσβάσιμη ή απρόσιτη σε οποιοδήποτε είδος θεραπείας ή παρέμβασης. Η κόπωση μπορεί να είναι το μοναδικό σύμπτωμα μιας ασθένειας, μεταξύ άλλων. Μπορεί επίσης να ταξινομηθεί ως οξεία ή χρόνια. Ο ποσοτικός προσδιορισμός της κόπωσης μπορεί να επιτευχθεί με βαθμολογίες κόπωσης, μέτρηση δύναμης, ηλεκτρομυογραφία ή άλλα μέσα. Η κόπωση και η εξάντληση πρέπει να οριοθετούνται από καταστάσεις όπως υπνηλία, απάθεια, δυσανεξία στην άσκηση, έλλειψη σθένους, αδυναμία, αδράνεια. Μεταξύ των νευρολογικών διαταραχών, ο επιπολασμός της

κόπωσης αυξάνεται ιδιαίτερα στη σκλήρυνση κατά πλάκας, την αμυοτροφική πλευρική σκλήρυνση, τη νόσο Parkinson, την τραυματική εγκεφαλική βλάβη, το εγκεφαλικό επεισόδιο και αιμορραγία και επίσης σε νευρομυϊκές διαταραχές. Η κόπωση μπορεί να επηρεάζεται από την προπόνηση, την ψυχική προετοιμασία ή και τη λήψη συγκεκριμένης φαρμακευτικής αγωγής (Finsterer & Mahjoub, 2014).

Το σύνδρομο χρόνιας κόπωσης είναι μια κλινικά καθορισμένη πάθηση που χαρακτηρίζεται από σοβαρή κόπωση και συνδυασμό συμπτωμάτων που εμφανίζει εμφανώς αυτοαναφερόμενες διαταραχές στη συγκέντρωση και τη βραχυπρόθεσμη μνήμη, διαταραχές του ύπνου και μυοσκελετικό πόνο. Η διάγνωση του συνδρόμου χρόνιας κόπωσης μπορεί να γίνει μόνο αφού έχουν αποκλειστεί εναλλακτικές ιατρικές και ψυχιατρικές αιτίες χρόνιας κόπωσης. Σε επιστημονικές μελέτες δεν έχουν επικυρωθεί παθογνομωνικά σημεία ή διαγνωστικά τεστ για αυτήν την πάθηση. Επιπλέον, δεν υπάρχουν οριστικές θεραπείες. Διαχρονικές μελέτες δείχνουν ότι ορισμένα άτομα που επηρεάζονται από το σύνδρομο χρόνιας κόπωσης βελτιώνονται με την πάροδο του χρόνου, αλλά τα περισσότερα παραμένουν λειτουργικά εξασθενημένα για αρκετά χρόνια (Fukuda et al, 2011).

#### **4.4 Η αιμοκάθαρση και η κόπωση**

Η κόπωση είναι ένα σύνηθες σύμπτωμα σε ασθενείς με αιμοκάθαρση και σχετίζεται με μειωμένη ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία (health-related quality of life- HRQOL). Οι περισσότεροι ασθενείς σε αιμοκάθαρση παρουσιάζουν κόπωση και αδιαθεσία μετά τη θεραπεία. Εντός 5 ωρών μετά την αιμοκάθαρση το 80% των ασθενών εμφανίζουν συμπτώματα κόπωσης. Τα συμπτώματα κόπωσης που εμφανίζονται μετά την αιμοκάθαρση αναφέρονται ως κόπωση μετά την αιμοκάθαρση (post-dialysis fatigue- PDF). Σε αντίθεση με το σύνδρομο χρόνιας κόπωσης, την ψυχική κόπωση και τη φυσική κόπωση, οι παράγοντες και οι μηχανισμοί που διέπουν την PDF παραμένουν ασαφείς. Τα συμπτώματα και η σοβαρότητα της PDF αξιολογούνται χρησιμοποιώντας διάφορες κλίμακες (Kodama et al, 2020).

Σε περιπτώσεις PDF, μελετώνται τα υποκειμενικά συμπτώματα των ίδιων των ασθενών και είναι χρήσιμο να χρησιμοποιούνται αποτελέσματα με βάση τον ασθενή. Ωστόσο, σε

συμβατικές μελέτες PDF, οι δείκτες αξιολόγησης δεν ήταν ομοιόμορφοι. Πρώτον, σε μελέτες αξιολόγησης της κόπωσης μετά από αιμοκάθαρση με βάση το «χρόνο», «συχνότητα» και «ένταση», η αξιοπιστία και η εγκυρότητα των κλιμάκων δεν εξετάστηκαν. Δεύτερον, ο χρόνος ανάκαμψης δεν είναι ένας δείκτης που μετρά άμεσα την PDF αλλά αντίθετα ένας έμμεσος δείκτης που μετρά το «χρονικό διάλειμμα από την αιμοκάθαρση». Τρίτον, η κλίμακα κόπωσης δεν μετρά την πραγματική PDF αλλά μάλλον τη χρόνια κόπωση που βιώνεται από ασθενείς σε αιμοκάθαρση. Η αποσαφήνιση των σχετικών παραγόντων της PDF μεταξύ των παραγόντων θεραπείας διάλυσης, της διατροφικής κατάστασης και των παραγόντων φυσικής υγείας θα ήταν εξαιρετικά χρήσιμη. Η μείωση της PDF θα ωφελήσει τόσο τη σωματική υγεία όσο και την πρόγνωση των ασθενών αιμοκάθαρσης. Ωστόσο, δεν έχουν ακόμη δημιουργηθεί διεθνείς κατευθυντήριες γραμμές σχετικά με τον ορισμό και τη βέλτιστη μέθοδο μέτρησης PDF (Kodama et al, 2020).

Οι αιτίες της κόπωσης κατά την ESRD δεν είναι κατανοητές αλλά φαίνεται ότι η διόρθωση της αναιμίας και η σωματική δραστηριότητα, βελτιώνει πραγματικά την κλινική κατάσταση αυτών των ασθενών. Παρά τις βελτιώσεις, έχει παρατηρηθεί ότι η λειτουργική ικανότητα των ασθενών σε αιμοκάθαρση δεν είναι παρόμοια με αυτή του υγιούς πληθυσμού. Μια αιτία μειωμένων επιπέδων σωματικής δραστηριότητας είναι πιθανά η ίδια η διαδικασία αιμοκάθαρσης και, συγκεκριμένα, η διάρκεια της συνεδρίας. Τριάντα τρία τοις εκατό (33%) των ασθενών με σε αιμοκάθαρση ανέφεραν ότι αισθάνονται άσχημα τις πρώτες ώρες αμέσως μετά από συνεδρία αιμοκάθαρσης, ενώ ένας στους τέσσερις δείχνει σοβαρή ως πολύ σοβαρή ένταση κόπωσης μετά τη συνεδρία. Η αναγνώριση της κόπωσης από νοσηλευτές μπορεί να είναι δύσκολη, δεδομένου ότι η ανάκαμψη από αυτήν την κατάσταση ποικίλλει σε μεγάλο βαθμό μεταξύ ασθενών (Zyga et al, 2015).

## 5 Κεφάλαιο. Κοινωνική υποστήριξη

### 5.1 Η έννοια της κοινωνικής υποστήριξης

Οι ασθενείς σε αιμοκάθαρση αντιμετωπίζουν τεράστιο ψυχοκοινωνικό φορτίο, που οφείλεται κυρίως στους περιορισμούς που επιβάλλονται από την ασθένεια, συμπεριλαμβανομένων των περιορισμών υγρών και διατροφής. Επιπλέον, άλλοι στρεσογόνοι παράγοντες που συμβάλλουν σε αυτό το φορτίο είναι η σωματική και γνωστική εξασθένηση, η αποτυχία τήρησης του θεραπευτικού σχήματος, η εξάρτηση από τους επαγγελματίες της θεραπείας και της υγείας και ο φόβος του θανάτου, όπως αναφέρθηκε και παραπάνω. Παρόλο που έχουν σημειωθεί αρκετές πρόοδοι στην κατανόηση της θεραπείας της αιμοκάθαρσης, ο ευεργετικός ρόλος της κοινωνικής υποστήριξης σε ασθενείς με αιμοκάθαρση αναγνωρίζεται τα τελευταία χρόνια (Theodoritsi et al, 2016).

Οι στρατηγικές για τη βελτίωση της HRQOL των ασθενών, στοχεύουν να μειώσουν σημαντικά την οικονομική, ιατρική, ατομική και κοινωνική επιβάρυνση της νόσου. Ένα βασικό στοιχείο για την επίτευξη καλύτερης ποιότητας ζωής είναι η υποστήριξη ασθενών σε αιμοκάθαρση. Η κοινωνική υποστήριξη αποτελεί έναν τροποποιήσιμο ψυχοκοινωνικό παράγοντα που συσχετίζεται με την αντίληψη των ασθενών σε αιμοκάθαρση για την ποιότητα ζωής και σημαντικά περισσότερο, με την επιβίωσή τους. Σύμφωνα με τις αναφορές των ασθενών, αυτά που επιθυμούν κυρίως είναι ψυχολογική, κοινωνική και πνευματική υποστήριξη, ενώ οι ανάγκες υποστήριξης σχετίζονται με την ηλικία, το επίπεδο εκπαίδευσης, τον τόπο διαμονής, τις δυσκολίες στις σχέσεις με τα μέλη της οικογένειας και την ανήσυχη προσωπικότητα. Ωστόσο, οι ανάγκες για κοινωνική υποστήριξη ποικίλλουν μεταξύ των ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση που αποδίδεται κυρίως είτε στην ποιότητα και την ποσότητα του κοινωνικού τους δικτύου είτε στη σοβαρότητα της νόσου (Alexoroulou et al, 2016).

Στη βιβλιογραφία, επικράτησαν δύο κατηγορίες κοινωνικής υποστήριξης: η οργανική ή / και συναισθηματική. Η πρώτη κατηγορία αναφέρεται στη διαθεσιμότητα της βοήθειας των άλλων στη διαχείριση ή την επίλυση πρακτικών ή οργανωτικών καταστάσεων της καθημερινής ζωής, όπως η υλική και οικονομική υποστήριξη ή η βοήθεια με διάφορες καθημερινές δραστηριότητες. Η συναισθηματική υποστήριξη αποτελείται από

συμπεριφορές όπως η ακρόαση, η προσοχή ή η συντροφιά, η οποία κάνει το άτομο να αισθάνεται ότι το νοιάζονται και / ή το εκτιμούν. Το δίκτυο κοινωνικής υποστήριξης είναι ένας ιστός κοινωνικών σχέσεων που διατηρεί κάθε άτομο, συμπεριλαμβανομένων των πλησιέστερων ανθρώπων, όπως η οικογένεια και οι στενοί φίλοι (de Brito & Pavarini, 2012).

Πιστεύεται ότι η αξιολόγηση της κοινωνικής υποστήριξης ασθενών με χρόνια νεφρική νόσο σε αιμοκάθαρση μπορεί να χρησιμεύσει για να διασφαλίσει ότι οι επαγγελματίες υγείας, ιδίως οι νοσηλευτές, οι κοινωνικοί λειτουργοί και οι ψυχολόγοι, μπορούν να βελτιώσουν την κλινική παρακολούθηση αυτών των ατόμων με αποτελεσματική τήρηση της θεραπείας, οδηγώντας σε σημαντικά κλινικά αποτελέσματα και επομένως καλύτερη ποιότητα ζωής. Είναι σημαντικό ότι δεν υπάρχουν εκτεταμένες ποσοτικές μελέτες που στοχεύουν στην αξιολόγηση της συναισθηματικής και οργανικής κοινωνικής υποστήριξης ασθενών με χρόνια νεφρική νόσο κατά την αιμοκάθαρση (da Silva et al, 2016).

Πρόσφατα, υπάρχει ένα κύμα ενδιαφέροντος για τη χρήση της πολυδιάστατης κλίμακας αντιληπτής κοινωνικής υποστήριξης (Multidimensional Scale of Perceived Social Support- MSPSS) για τη μέτρηση της αντιληπτής κοινωνικής υποστήριξης σε όλους τους πολιτισμούς. Το MSPSS αναπτύχθηκε αρχικά σε φοιτητές πανεπιστημίου, και στη συνέχεια επικυρώθηκε σε ένα ευρύ φάσμα πληθυσμών, συμπεριλαμβανομένων ψυχιατρικών ασθενών, εφήβων, ηλικιωμένων ενηλίκων, εκπαιδευόμενων ιατρών και έγκυων γυναικών. Το MSPSS παρέχει αξιολόγηση τριών πηγών αντιληπτής κοινωνικής υποστήριξης: οικογένεια (FA), φίλοι (FR) και σημαντικοί άλλοι (SO). Κάθε στοιχείο βαθμολογείται σε κλίμακα likert από 1 (Πολύ έντονα Διαφωνώ) έως 7 (Συμφωνώ απόλυτα) για να δώσει ένα συνολικό σκορ, με Τις υψηλότερες βαθμολογίες να δείχνουν μεγαλύτερη κοινωνική στήριξη. Το MSPSS έχει μεταφραστεί στα Ελληνικά (Theofilou, 2015).

## 5.2 Ενίσχυση κοινωνικής υποστήριξης

Πολλοί ασθενείς με αιμοκάθαρση υποφέρουν από κατάθλιψη, άγχος, φόβο για τη νόσο τους και τους περιορισμούς που φέρνει στη ζωή τους. Οι αναφορές δείχνουν ότι συχνά εμφανίζονται αρνητικές αλλαγές στη στάση των ασθενών έναντι της αυτοδιαχείρισης της αιμοκάθαρσης. Οι ασθενείς μπορούν να εμφανιστούν ως υπερήφανοι και αυτόνομοι στην

ικανότητά τους να επιτύχουν αυτο-φροντίδα και στη συνέχεια να υποχωρήσουν και να παραμείνουν παθητικοί στη θεραπεία τους. Προκειμένου να επιτευχθεί αυτοδιαχείριση της αιμοκάθαρσης, ο ασθενής πρέπει να αναλάβει πιο ενεργό ρόλο στη θεραπεία του, ο οποίος μπορεί να επιτευχθεί μέσω θεραπειών που προάγουν αλλαγές στη συμπεριφορά και τον τρόπο ζωής. Προς το παρόν συνιστάται ψυχολογική υποστήριξη για ασθενείς που αναλαμβάνουν αυτοδιαχείριση της θεραπείας αιμοκάθαρσης. Διατίθενται διάφορες παρεμβάσεις, όπως τροποποίηση συμπεριφοράς και γνωστική συμπεριφορική θεραπεία (CBT). Συνιστάται μια εξατομικευμένη προσέγγιση σε μια τέτοια θεραπεία, με τον ασθενή να ανταποκρίνεται θετικά, να περνά από τη μη συμμόρφωση, στην αυτοδιαχείριση (Reid et al, 2011).

Οι ασθενείς με εκτεταμένα συστήματα κοινωνικής υποστήριξης έχουν επίσης δείξει βελτιωμένη προσήλωση στη θεραπεία βελτιώνοντας έτσι την QoL και μειώνοντας τον κίνδυνο θνησιμότητας. Προκειμένου οι αυτοδιαχειριζόμενοι ασθενείς να αποκτήσουν βέλτιστα αποτελέσματα υγείας, απαιτούνται συνεχή δίκτυα κοινωνικής υποστήριξης. Υπάρχουν σημαντικά οφέλη για ασθενείς που αυτοδιαχειρίζονται την αιμοκάθαρσή τους, όπως βελτιωμένη προσκόλληση στη θεραπεία, QoL και φυσική ευεξία (Curtin et al, 2005).

### **5.3 Σημασία κοινωνικής υποστήριξης**

Η προώθηση της QoL σε άτομα με ESRD σε αιμοκάθαρση θα μπορούσε να θεωρηθεί πρόκληση στην ενδυνάμωση των ασθενών στη θεραπεία τους, επιτρέποντάς τους τη συμμετοχή τους στη φροντίδα και στον έλεγχο της δικής τους ζωής, και επιτυγχάνοντας συναισθηματική, προσαρμοστική, και γνωστική συμπεριφορά για την αντιμετώπιση της εμπειρίας της ζωής τους. Η ουσία της Νοσηλευτικής είναι η φροντίδα του ανθρώπου, που επιτρέπει την άμεση αλληλεπίδραση του διωνύμου «νοσηλευτή - χρήστη» σε συγκεκριμένες περιπτώσεις, όπως κατά την ESRD. Αυτός ο σύνδεσμος είναι σημαντικός επειδή επιτρέπει στο νοσηλευτικό προσωπικό να εφαρμόσει τη στρατηγική της προαγωγής της υγείας, η οποία θα επηρεάσει αργότερα την QoL των ασθενών με νεφροπάθειες (Reid et al, 2011).

Η QoL είναι ένα ερευνητικό θέμα, που στο πλαίσιο της νοσηλευτικής πειθαρχίας έχει αποτελέσει αντικείμενο μελέτης της γνώσης της τελευταίας τεχνολογίας σχετικά με τις

παρεμβάσεις της νοσηλευτικής στην προώθηση της υγείας που βελτιώνει την QoL σε άτομα με ESRD. Μεταξύ των κύριων αποτελεσμάτων των πειραματικών μελετών, πρέπει να σημειωθεί ότι η νοσηλευτική παρέμβαση είναι αποτελεσματική σε άτομα με ESRD που λαμβάνουν αιμοκάθαρση: για την ενδυνάμωση του ατόμου στην παθολογία και τη θεραπεία τους, αυξάνει την αυτο-αποτελεσματικότητα την, αυτο-φροντίδα και μειώνει την κατάθλιψη. Η συνοδεία νοσηλευτικού προσωπικού σε μια συνεδρία ή αγωγή στο δωμάτιο αιμοκάθαρσης, επέτρεψε στο 100% των συμμετεχόντων στην πειραματική ομάδα να μην εγκαταλείψουν το πρόγραμμα σε σχέση με την εγκατάλειψη του 62,6% της ομάδας ελέγχου. Το 27% των ασθενών εμφάνισε συνολική δέσμευση στις διατροφικές οδηγίες και 23,2% στις οδηγίες λήψης υγρών. Αναλύθηκε ότι η κατάθλιψη είχε σημαντικά αρνητική επίδραση σχετικά με τους τομείς ποιότητας ζωής. Οι ψυχολογικές διαστάσεις όπως η αυτο-αποτελεσματικότητα, το άγχος και η κατάθλιψη και όλοι οι τομείς της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία μετά από άσκηση 12 εβδομάδων βελτιώθηκαν στην ομάδα παρέμβασης. Η νοσηλευτική εφαρμόζει πρακτικές που οδηγούν τους συμμετέχοντες να αποκτήσουν συμπεριφορές για να ικανοποιήσουν την ευημερία τους, επειδή εκτιμούν τη ζωή, παρέχοντας τις προϋποθέσεις για προβληματισμό σχετικά με την πραγματικότητα και την εναρμόνιση με τη ζωή. Η νοσηλευτική εκπαιδευτική υποστήριξη στον τρόπο ζωής που περιλαμβάνει την ευθύνη για την υγεία, την υγιεινή και τη διατροφή, απέκτησε μια αξία του τρόπου ζωής (ευθύνη για τη ζωή, την υγιεινή και τη διατροφή) (Barbecho et al, 2020).

#### **5.4 Κοινωνική υποστήριξη και χρόνιες παθήσεις**

Η επιτυχία των θεραπειών χρόνιων παθήσεων εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την προσήλωση των ασθενών στα θεραπευτικά σχήματα. Σύμφωνα με τον παγκόσμιο οργανισμό υγείας (ΠΟΥ), οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες, είναι από τους πιο καθοριστικούς παράγοντες που επηρεάζουν τη συμμόρφωση στη θεραπεία. Ένα σημαντικό χαρακτηριστικό των κοινωνικοοικονομικών παραγόντων είναι η κοινωνική υποστήριξη. Η πρόσβαση στην κοινωνική υποστήριξη μπορεί να βελτιώσει τα αποτελέσματα της θεραπείας μεταξύ ασθενών με χρόνιες παθήσεις. Τα αποτελέσματα πολλών μελετών έχουν δείξει ότι η αντιληπτή κοινωνική υποστήριξη συμβάλλει σημαντικά στη σωματική και ψυχολογική ευεξία των ασθενών και στη θεραπεία τους. Ωστόσο, ορισμένες άλλες μελέτες

έχουν δείξει ότι ορισμένες συμπεριφορές υποστήριξης δεν συμβάλλουν στην ευημερία των ασθενών και, αντίθετα, μπορούν επίσης να την βλάψουν με κάποιους τρόπους (Vahedparast et al, 2018).

Η κοινωνική υποστήριξη έχει θεωρηθεί ως ένας σημαντικός παράγοντας στη φυσική και ψυχολογική ευεξία. Η βιβλιογραφία έχει επίσης δείξει τη σημασία της στον τρόπο με τον οποίο τα άτομα αντιμετωπίζουν τις χρόνιες ασθένειες, γιατί εκτός από την απώλεια λειτουργικότητας, μια χρόνια ασθένεια μεγεθύνει το άγχος της καθημερινής ζωής και δημιουργεί άγχος για όλα τα μέλη της οικογένειας. Το αυξημένο άγχος μπορεί να προωθήσει τις ανάγκες των ασθενών για κοινωνική υποστήριξη, αλλά μπορεί επίσης να επηρεάσει αυτούς που είναι πιο ικανοί να τους παρέχουν υποστήριξη. Η συμπεριφορική και συναισθηματική επίδραση της κοινωνικής υποστήριξης στην κατάθλιψη, που συνήθως συνοδεύει τα χρόνια νοσήματα, εκδηλώνεται μέσω πολλών διαδικασιών. Από τη μία πλευρά, η κοινωνική υποστήριξη μπορεί να έχει άμεσο αποτέλεσμα, προωθώντας μια αποτελεσματική, ανοιχτή και μη ελεγχόμενη επαφή με την παρούσα στιγμή, μειώνοντας την τάση του ατόμου να αμφισβητεί τον πόνο και τον φυσικό περιορισμό. Από την άλλη πλευρά, η κοινωνική υποστήριξη μπορεί επίσης να προωθήσει τη διατήρηση των σημαντικών δραστηριοτήτων του ατόμου και να ενισχύσει τις πολύτιμες δραστηριότητες ζωής (Costa & Gouveia, 2013).

## 6 Κεφάλαιο. Η Ικανοποίηση

### 6.1 Η έννοια της ικανοποίησης

Η γνώμη των ασθενών σχετικά με τις εμπειρίες τους στη χρήση των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, έχουν μετατραπεί σε σημαντικό μέσο για την αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης και για τη βελτίωση και την παρακολούθηση της πρόσβασης (Jankauskiene & Jankauskaite, 2011). Η μελέτη της ικανοποίησης των ασθενών άρχισε να γίνεται ενδιαφέρουσα για τους κοινωνικούς επιστήμονες όταν οι ιατρικές υπηρεσίες έγιναν εμπορεύσιμες και ανησυχίες για την «ατομική εμπειρία» αυξήθηκε (Patient Satisfaction Survey for AIDS Institute, 2002). Η ποιότητα της παροχής υγειονομικής περίθαλψης έχει την ικανοποίηση του ασθενούς ως βασικό σημείο αναφοράς. Προκειμένου το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης να λειτουργεί ομαλά, αυτός ο παράγοντας πρέπει να μελετάται εκτεταμένα (Purcarea, 2016).

Εάν πρόκειται να εφαρμοστούν δομικές αλλαγές σε ένα σύστημα υγείας, τότε πρέπει να γίνουν μελέτες ικανοποίησης που θα χρησιμοποιηθούν για την παροχή τουλάχιστον βασικών πληροφοριών. Μεταξύ των συνεπειών της ικανοποίησης του ασθενούς μπορεί να είναι η αυξημένη συμμόρφωση προς τη θεραπεία και βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών, αλλά και της μείωση του κόστους στο σύστημα υγείας (Chen et al, 2019).

Τα τελευταία χρόνια η εστίαση στη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών έχει αυξηθεί. Τέτοιες μελέτες θεωρούνται εξίσου πολύτιμες, ακόμη και αν έχουν γίνει από αρμόδιες αρχές (αναγνωρισμένοι διεθνείς οργανισμοί ή δημόσια ιδρύματα σε εθνικό επίπεδο) ή δημιουργούνται από επαγγελματίες και ερευνητές από ιατρικούς, κοινωνικούς, διοικητικούς και οικονομικούς τομείς. Η ικανοποίηση καθορίζεται κυρίως από τα χαρακτηριστικά, τις προσδοκίες και τις ψυχοκοινωνικές ανάγκες των ασθενών (Prasanna et al, 2009). Τα πιο συχνά επιλεγμένα κριτήρια για τη μέτρηση της ικανοποίησης από το σύστημα υγείας είναι: η κατάσταση υγείας του ασθενούς, το νοσοκομειακό περιβάλλον, ο τύπος υπηρεσίας (πολιτειακός ή ιδιωτικός), ευγένεια του προσωπικού, η ηλικία, το εισόδημα, η επικοινωνία, η κατάσταση απασχόλησης, το φύλο και η εκπαίδευση. Η έρευνα έγινε από τους Hall και Dornan (1990), αποκάλυψε ότι λευκοί, ηλικιωμένοι άνδρες ασθενείς που είναι παντρεμένοι και έχουν υψηλότερη κοινωνική κατάσταση τείνουν να είναι πιο

ικανοποιημένοι. Επιπλέον, εκτιμούνται οι γυναίκες, οι λιγότερο μορφωμένοι και οι άνεργοι, αξιολογούν τη δική τους κατάσταση υγείας ως χειρότερη (Hall & Dornan, 1990).

Τα πιο σχετικά και επιθυμητά αποτελέσματα των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης είναι η ικανοποίηση του ασθενούς. Ο ασθενής αξιολογεί τόσο ολόκληρη τη διαδικασία του συστήματος υγείας όσο και το περιβάλλον φροντίδας. Αν και ορισμένες μελέτες δείχνουν ότι δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη συνολική αξιολόγηση μεταξύ ασθενών με διαφορετικά δημογραφικά στοιχεία, περαιτέρω έρευνα είναι απαραίτητη για την εξαγωγή συμπερασμάτων. Από την άλλη πλευρά, οι ικανοποιημένοι πελάτες/ασθενείς φαίνεται να χτίζουν σχέσεις εμπιστοσύνης με την υγειονομική περίθαλψη και τους παρόχους, αναπτύσσοντας υψηλότερα επίπεδα συνεργασίας και υψηλότερα αποτελέσματα υγείας (Cosma et al, 2020).

## **6.2 Νοσηλευτικό Προσωπικό**

Το κατάλληλο νοσηλευτικό προσωπικό είναι κρίσιμο για την παροχή ασφαλούς, ποιοτικής φροντίδας που επηρεάζει τα αποτελέσματα της φροντίδας των ασθενών. Η νοσηλευτική είναι βασικό συστατικό της ολοκληρωμένης υγειονομικής περίθαλψης. Η σύνθεση του προσωπικού επηρεάζει την ικανότητα ενός νοσηλευτή να παρέχει ασφαλή, ποιοτική φροντίδα σε κάθε επίπεδο πρακτικής και σε όλες τις πρακτικές. Επειδή η παροχή νοσηλευτικής φροντίδας είναι μια πολύπλευρη διαδικασία, ο προσδιορισμός του κατάλληλου νοσηλευτικού προσωπικού είναι πολύπλοκος. Η λύση δεν είναι τόσο απλή όσο η αύξηση του αριθμού των νοσηλευτών, πέραν του ελάχιστου απαραίτητου. Αν και το ζήτημα του προσωπικού είναι περίπλοκο, δεν είναι άλυτο. Προκαλεί τη δημιουργία δυναμικών λύσεων που προσαρμόζονται στη συνεχώς εξελισσόμενη φύση της υγειονομικής περίθαλψης (ANA, 2012).

Έχουν αναπτυχθεί πολλοί τύποι λύσεων στελέχωσης, οι οποίοι με τη σειρά τους δοκιμάζονται και αξιολογούνται μέσω μέτρησης ποιότητας και έρευνας. Με τη σειρά τους, αυτά τα στοιχεία ωθούν το νοσηλευτικό επάγγελμα να υποστηρίξει αρχές που απαιτούνται για την καθοδήγηση των εγγεγραμμένων νοσηλευτών. Χρησιμοποιώντας αυτά τα στοιχεία, η Αμερικανική Ένωση Νοσηλευτών (ANA) αναπτύσσει τα στοιχεία που υποστηρίζουν τη

σχέση μεταξύ επαρκούς νοσηλευτικού προσωπικού και τα καλύτερα αποτελέσματα των ασθενών (ANA, 2012).

Στην Ελλάδα, η οικονομική κρίση και η πολιτική που ασκείται στην υγεία, η οποία προσπαθεί να αντισταθμίσει τους ελλειμματικούς προϋπολογισμούς και τον δημοσιονομικό εξορθολογισμό, αντιμετωπίζει μεγάλο πρόβλημα στην στελέχωση των δομών υγείας. Οι προκλήσεις αφορούν τόσο στον αριθμό όσο και την ποιότητα του προσωπικού (κατάλληλες ειδικότητες), αλλά και το εργασιακό περιβάλλον. Το Ελληνικό σύστημα υγείας εμφανίζει αδυναμίες διαχείρισης του ανθρώπινου δυναμικού, φαινόμενα ανισότητας, και το μικρότερο ποσοστό επαγγελματιών υγείας μεταξύ των χωρών μελών της ΕΕ, με ιδιαίτερη έλλειψη στο νοσηλευτικό προσωπικό (Σκρουμπέλος κσ, 2012).

### **6.3 Σχέσεις με νοσηλευτικό προσωπικό και ικανοποίηση ασθενών**

Σημαντικός αριθμός συγγραφέων συμφωνεί ότι ο ασθενής θεωρείται συνήθως παθητικό άτομο. Έτσι, είναι κατανοητό ότι ένα άτομο που έχει μια αυστηρά παθητική στάση, είναι ο ασθενής που δεν ρωτάει ή δεν διαμαρτύρεται και εκείνος που υπακούει όλες τις εντολές, καθώς θεωρείται «καλός ασθενής». Αυτή η σύλληψη δίδει υπερβολική έμφαση στην εξουσία του επαγγελματία όσον αφορά τον ασθενή (Truglio-Londrigan, 2015)

Οι Hallet et al (2000) συνέδεσαν τον παθητικό ρόλο ως μια μορφή πατερναλισμού, όπου ο ασθενής εμφανίζεται ως άτομο που πρέπει να περιορίζεται για να συμμορφώνεται με τις θεραπευτικές ενδείξεις. Οι Kleiman, Frederickson, και Lundy (2004) συσχετίζουν τον παθητικό ρόλο με την πεποίθηση των επαγγελματιών, ότι πολλοί ασθενείς ή οι περισσότεροι, δεν έχουν το εκπαιδευτικό και πολιτιστικό επίπεδο που είναι απαραίτητο για να συμμετάσχουν σε μια ίση επαγγελματική σχέση. Οι αναθεωρημένες έρευνες δείχνουν ότι οι ασθενείς εστιάζουν τη σχέση τους με τον νοσηλευτή στην εμπιστοσύνη (Phillips, 2016).

Ο ασθενής εμπιστεύεται τον/την νοσηλευτή/εύτρια και του/της επιτρέπει να λαμβάνει αποφάσεις, αντιμετωπίζοντας τον ίδιο του τον εαυτό ως ανήλικος. Πολλοί συγγραφείς βλέπουν την προέλευση αυτού του ρόλου στον Όρκο του Ιπποκράτη που δίνει μεγάλη έμφαση στη δύναμη, τη γνώση και τις αρετές του επαγγελματία, χωρίς να αναφέρει τίποτα

για την αυτονομία του ασθενούς (Griffith, 2015). Ο Henderson (2003) σημειώνει ότι αυτή η κυριαρχία στον ασθενή προκαλεί αποπροσωποποίηση και κατά συνέπεια, επιδείνωση της σχέσης μεταξύ νοσηλευτή και ασθενούς. (Henderson, 2003).

Η βιβλιογραφία αναφέρεται σε δύο τύπους ρόλων που διακρίνονται από τον ρόλο του νοσηλευτή: Ο ρόλος του εξειδικευμένου νοσηλευτή και ο ρόλος της «μητρικής νοσηλεύτριας». Οι περισσότεροι συγγραφείς περιγράφουν την πρακτική της νοσηλευτικής ως εμπειρική όπου η γνωστική, συμπεριφορική, ενσωμάτωση δεξιοτήτων, αξιών και πεποιθήσεων υποβαθμίζεται σε δευτεροβάθμιο επίπεδο (Price, 2013). Άλλοι συγγραφείς θεωρούν ότι ο ρόλος των εμπειρογνομόνων περιορίζεται από μια συλλογή θραυσμάτων πληροφοριών, μόνο για τις βιολογικές πτυχές του ασθενούς (Higgs & Titchen, 2001, p.35-41). Αντίθετα, ο Brown (2013) θεωρεί ότι ένας ειδικός επαγγελματίας, οφείλει να κατευθύνει τις γνώσεις του, την επαγγελματική του εμπειρία και τις κλινικές του δεξιότητες στους συγκεκριμένους στόχους κάθε ασθενούς (Brown, A., 2013). Έτσι, οι αντιλήψεις του ειδικού ρόλου του νοσηλευτή είναι πολύ ετερογενείς. Όσον αφορά τον μητρικό ρόλο, οι συγγραφείς αναφέρονται σε μια θέση νοσηλεύτριας που είναι πιο οικεία από το επιθυμητό ή βασίζεται στις έννοιες της συμμόρφωσης, της συνεργασίας, και της συμφωνίας (Molina-Mula & Gallo-Estrada, 2020).

Είναι ενδιαφέρον να σημειωθεί πώς ορισμένες μελέτες προσδιορίζουν το ρόλο των νοσηλευτών ως απλών πληροφοριοδότην θεραπευτικών αγωγών, με βάση την υπόθεση ότι εάν οι ασθενείς καταλάβουν, θα συμμορφωθούν, και πάλι τονίζοντας τον μητρικό ρόλο της νοσηλεύτριας. Οι μελέτες που αναλύουν τον τύπο της σχέσης νοσηλευτή-ασθενούς επικεντρώνονται σε έννοιες συμμόρφωσης, ενδυνάμωσης, ποιότητα της σχέσης, ανικανότητας και δύναμης. Η συμμόρφωση ορίζεται ως η βούληση για ανάπτυξη και συγκατάθεση στις επιθυμίες άλλου ατόμου (Buchmann, 1997).

Μαζί με τον όρο συμμόρφωση, έχουν ληφθεί υπόψη και άλλοι όροι, συμπεριλαμβανομένης της ενδυνάμωσης. Αυτές οι μελέτες αναφέρονται στη σχέση νοσηλευτή-ασθενούς ως αλληλεπίδραση μεταξύ και των δυο, οι οποίες (σχέση) βασίζεται στην αυτονομία του ασθενούς στη λήψη αποφάσεων, αφού ακούσει τις συμβουλές των επαγγελματιών (Meadow, 2015).

Όσον αφορά την ποιότητα της σχέσης, φαίνεται να είναι ένας παράγοντας που επηρεάζει τον επαγγελματία για την προώθηση της φροντίδας με επίκεντρο τον ασθενή. Οι Luker et al, (2000) υποστηρίζουν ότι αυτή η ποιότητα της σχέσης επηρεάζει άμεσα την ποιότητα της παρεχόμενης περίθαλψης και είναι ζωτικής σημασίας για την αποτελεσματικότητα της νοσηλευτικής πρακτικής. Οι συγγραφείς συχνά αναλύουν τη σχέση νοσηλευτή -ασθενούς σύμφωνα με τις δυσκολίες που βιώνει ο νοσηλευτής να παρατηρήσει τις πραγματικές ανάγκες του ασθενούς χωρίς οδηγίες κλινικής πρακτικής ή τεκμηριωμένη υποστήριξη πρακτικής (Hallett et al, 2000).

Μια καλή σχέση νοσηλευτή-ασθενούς μειώνει τις ημέρες παραμονής στο νοσοκομείο και βελτιώνει την ποιότητα ζωής και ικανοποίηση και των δύο. Ωστόσο, σε αντίθεση, αν και η συμμετοχή του ασθενούς στις αποφάσεις του είναι μεγαλύτερη, η καλή σχέση εξαρτάται από τον ρόλο του ασθενούς. Μια καλή ή κακή σχέση νοσηλευτή-ασθενούς μειώνει την ποιότητα της περίθαλψης και μειώνει την αυτονομία του ασθενούς. Ένας κακός ασθενής θεωρείται ότι απαιτεί πολλές πληροφορίες, θέλει να παίρνει τις δικές του αποφάσεις, μερικές φορές, σε αντίθεση με εκείνες που προτείνουν οι επαγγελματίες. Και στις δυο περιπτώσεις, η ικανοποίηση του ασθενούς εξαρτάται από την ποιότητα της επαγγελματικής αλλά και της σχέσης εμπιστοσύνης και των δυο (Molina-Mula & Gallo-Estrada, 2020).

## **7 Κεφάλαιο. Μεθοδολογία έρευνας**

### **7.1 Ερευνητικός σκοπός-ερωτήματα**

Η παρούσα έρευνα μελετάει την κοινωνική υποστήριξη και νοσηλευτική φροντίδα που λαμβάνουν οι ασθενείς με αιμοκάθαρση, τα επίπεδα κόπωσης τους καθώς και την ποιότητα ζωής τους. Επιπλέον μελετάται αν η κοινωνική υποστήριξη και νοσηλευτική φροντίδα που λαμβάνουν οι ασθενείς επιδρούν στα επίπεδα κόπωσης και ποιότητας ζωής των ασθενών. Τέλος, διερευνώνται οι δημογραφικές ομάδες που αισθάνονται ότι λαμβάνουν λιγότερη κοινωνική υποστήριξη και νοσηλευτική φροντίδα, έχουν μεγαλύτερη κόπωση και χαμηλότερη ποιότητα ζωής. Με βάση τον σκοπό της έρευνας διατυπώνονται παρακάτω τα ερευνητικά ερωτήματα:

- 1) Ποια τα επίπεδα αντιληπτής κοινωνικής υποστήριξης, κόπωσης, ποιότητας ζωής και νοσηλευτικής φροντίδας που λαμβάνουν οι ασθενείς;*
- 2) Ποια η επίδραση του δημογραφικού προφίλ στα επίπεδα αντιληπτής κοινωνικής υποστήριξης, κόπωσης, ποιότητας ζωής και νοσηλευτικής φροντίδας;*
- 3) Σε ποιο βαθμό η κοινωνική υποστήριξη και η νοσηλευτική φροντίδα που λαμβάνουν οι ασθενείς μειώνουν τα επίπεδα κόπωσης και βελτιώνουν την ποιότητα ζωής τους;*

### **7.2 Σχεδιασμός έρευνας**

Πραγματοποιήθηκε μία ποσοτική έρευνα, πρωτογενής, περιγραφική και συσχέτισης με χρήση ερωτηματολογίου κλίμακας Likert στις μεταβλητές της έρευνας. Ο συγκεκριμένος σχεδιασμός, θεωρείται κατάλληλος καθώς οι έννοιες της κοινωνικής υποστήριξης, νοσηλευτικής φροντίδας, κόπωσης και ποιότητας ζωής είναι μετρήσιμες, από προηγούμενους ερευνητές, με έγκυρα και σταθμισμένα ερωτηματολόγια, συνεπώς είναι εφικτό για τον ερευνητή να τις μετρήσει με αντικειμενικό τρόπο και να δώσει απάντηση στο 1<sup>ο</sup> ερευνητικό ερώτημα (Cohen, Manion & Morrison, 2007). Επιπλέον, σύμφωνα με το 2<sup>ο</sup> και 3<sup>ο</sup> ερευνητικό ερώτημα, είναι απαραίτητη η διερεύνηση των αλληλεξαρτήσεων των μεταβλητών της έρευνας, κάτι το οποίο επιτυγχάνεται στις ποσοτικές μεθόδους με χρήση στατιστικών τεχνικών σε αριθμητικά δεδομένα (Muijs, 2011). Τέλος, η έρευνα είναι μη

πειραματική, καθώς σκοπός του ερευνητή είναι να διερευνήσει διαφορές στις δημογραφικές ομάδες ως προς την ποιότητα ζωής, την κόπωση, την κοινωνική υποστήριξη και την νοσηλευτική φροντίδα καθώς και την σχέση μεταξύ της ποιότητας ζωής και κόπωσης με κοινωνική υποστήριξη και νοσηλευτική φροντίδα, χωρίς να ληφθούν υπόψιν εξωγενείς παράγοντες (Salkind, 2010).

### **7.3 Πληθυσμός-Δείγμα**

Πληθυσμός της έρευνας θεωρείται το σύνολο των ασθενών με αιμοκάθαρση στην Ελλάδα. Αναφορικά με το δείγμα, στην έρευνα συμμετείχαν 69 ασθενείς με αιμοκάθαρση, της μονάδας τεχνητού νεφρού, του Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ρίου, με τους περισσότερους να έχουν την ασθένεια 0-10 χρόνια. Η πλειοψηφία των ασθενών της έρευνας είναι άντρες, ηλικίας 51-80 ετών, έγγαμοι με 1-2 παιδιά, με εκπαιδευτικό επίπεδο έως αυτό του Λυκείου, που διαμένουν σε πόλη και λαμβάνουν εισόδημα 500-1.500 ευρώ. Ως κριτήρια εισόδου ή αποκλεισμού του δείγματος θεωρήθηκαν: 1)η διεξαγωγή της συνεδρίας της ΑΚ στη MTN του ΠΠΝΡίου, 2) η ηλικία άνω των 18 ετών, 3) η ελληνική γλώσσα και 4) η ΧΝΑ τελικού σταδίου.

### **7.4 Εργαλείο**

Για τις ανάγκες της παρούσας έρευνας χρησιμοποιήθηκαν 3 ήδη σταθμισμένα ερωτηματολόγια 1)“Multidimensional Scale of Perceived Social Support” (Zimet et al. 1988), 2) Fatigue Assessment Scale (FAS) των Michielsen et al. (2003) και 3) MissoulavITAS Quality of Life Index της Θεοφίλου (2013). Από τα ερωτηματολόγια αυτά προέκυψε ένα ερωτηματολόγιο 60 ερωτήσεων που χωρίστηκε σε 5 ενότητες.

Η 1<sup>η</sup> ενότητα περιλαμβάνει 9 ερωτήσεις σχετικές με τα κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία των ασθενών, όπως φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, αριθμό παιδιών, εκπαιδευτικό επίπεδο, τόπος διαμονής κατοικίας, απασχόληση, μηνιαίο εισόδημα και χρόνια στην αιμοκάθαρση, από πρόσφατη Διδακτορική διατριβή σχετική με το θέμα (Φερεντίνου, 2016).

Η 2<sup>η</sup> ενότητα αναφέρεται με στην αντιληπτή κοινωνική υποστήριξη η οποία μετρήθηκε σύμφωνα με το “Multidimensional Scale of Perceived Social Support” (Zimet et al. 1988). Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 12 ερωτήσεις 7 βάθμιας κλίμακας Likert 1-7 (1= Διαφωνώ απόλυτα, 2=Διαφωνώ πολύ, 3= Διαφωνώ, 4=Ουδέτερος/η, 5=Συμφωνώ, 6=Συμφωνώ πολύ, 7=Συμφωνώ απόλυτα), και 3 υποενότητες από 4 ερωτήσεις σχετικά με την κοινωνική υποστήριξη από άλλους, από την οικογένεια και από φίλους.

Η 3<sup>η</sup> ενότητα αναφέρεται στην κόπωση των ασθενών η οποία μετρήθηκε με το ερωτηματολόγιο Fatigue Assessment Scale (FAS) των Michielsen et al. (2003). Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 10 ερωτήσεις πενταβάθμιας κλίμακας Likert 1-5 (1= Ποτέ, 2=Μερικές φορές, 3= Τακτικά, 4=Συχνά, 5=Πάντα) και 2 υποενότητες από 5 ερωτήσεις σχετικά με την σωματική και την ψυχική κόπωση.

Η 4<sup>η</sup> ενότητα περιλαμβάνει 16 ερωτήσεις σχετικά με την αντιλαμβανόμενη ποιότητα ζωής των ασθενών η οποία μετρήθηκε με το ερωτηματολόγιο Missoula-VITAS Quality of Life Index της Θεοφίλου (2013). Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 1 ερώτηση σχετικά με την σφαιρική ποιότητα ζωής πενταβάθμιας κλίμακας Likert 1-5 (1=Πολύ φτωχή, 2=Φτωχή, 3=Μέτρια, 4=Καλή, 5=Πολύ καλή) και 15 ερωτήσεις χωρισμένες σε 5 υποενότητες των 3 ερωτήσεων σχετικά με την ποιότητα ζωής για τα συμπτώματα, την λειτουργικότητα, τις διαπροσωπικές σχέσεις, την ευεξία και την πνευματικότητα. Σε κάθε υποενότητα η 1<sup>η</sup> ερώτηση αναφέρεται στην αξιολόγηση (κλίμακα από -2 έως +2), η 2<sup>η</sup> στην ικανοποίηση (κλίμακα από -4 έως 4) και η 3<sup>η</sup> στην σημαντικότητα (από 1 έως 5). Η ποιότητα ζωής σε κάθε διάσταση υπολογίστηκε με βάση τον τύπο:

Ποιότητα ζωής=(Αξιολόγηση + Ικανοποίηση) \* Σημαντικότητα, συνεπώς το πιθανό εύρος τιμών είναι από -30 έως 30.

Η συνολική ποιότητα ζωής υπολογίστηκε με βάση τον τύπο:

Συνολική ποιότητα ζωής= (Ποιότητα ζωής-συμπτώματα +Ποιότητα ζωής-λειτουργικότητα + Ποιότητα ζωής-διαπροσωπικές σχέσεις + Ποιότητα ζωής-ευεξία + Ποιότητα ζωής-πνευματικότητα)/10 +15, συνεπώς το πιθανό εύρος τιμών είναι από 0 έως 30.

Η 5<sup>η</sup> ενότητα περιλαμβάνει 13 ερωτήσεις πενταβάθμιας κλίμακας Likert από 1 έως 5 (1= Καθόλου, 2=Ελάχιστα, 3= Μέτρια, 4=Αρκετά, 5=Πάρα πολύ), σχετικές με την νοσηλευτική φροντίδα, από πρόσφατη Διδακτορική διατριβή σχετική με το θέμα (Φερεντίνου, 2016).

Η διάρκεια συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου υπολογίζεται στα 10 λεπτά. Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν σε έντυπη στο Περιφερειακό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο του Ρίου.

## 7.5 Στατιστική ανάλυση

Η κωδικοποίηση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε στο Microsoft Office Excel 2016, ενώ η στατιστική ανάλυση στο λογισμικό IBM SPSS 24. Οι κατηγορικές μεταβλητές παρουσιάστηκαν με ποσοστά και συχνότητες, ενώ οι διατακτικές κλίμακας Likert με μέσες τιμές και τυπικές αποκλίσεις. Στην Περιγραφική Στατιστική του ερωτηματολογίου Missoula-VITAS Quality of Life Index της ποιότητας ζωής, χρησιμοποιήθηκε πενταβάθμια κλίμακα 1-5 (1= Διαφωνώ απόλυτα, 2=Διαφωνώ, 3= Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ, 4= Συμφωνώ, 5=Συμφωνώ απόλυτα), για λόγους ευκολίας παρουσίασης. Οι παράγοντες της ποιότητας ζωής κατασκευάστηκαν σύμφωνα με τους τύπους που προτείνει ο κατασκευαστής, ενώ οι υπόλοιπες διαστάσεις με χρήση της μέσης τιμής.

Η Επαγωγική Στατιστική χρησιμοποιήθηκε σε στάθμη σημαντικότητας 5%. Για σύγκριση μέσων τιμών σε 2 ανεξάρτητα δείγματα τα οποία είναι μεγάλα (30 και άνω) ή ακολουθούν την κανονική κατανομή, χρησιμοποιήθηκε ο παραμετρικός έλεγχος independent samples t-test. Ομοίως για σύγκριση μέσων τιμών σε 3 ή περισσότερα ανεξάρτητα δείγματα τα οποία είναι μεγάλα (30 και άνω) ή ακολουθούν την κανονική κατανομή, χρησιμοποιήθηκε ο παραμετρικός έλεγχος ANOVA με post hoc analysis LSD. Αντίστοιχα για σύγκριση διαμέσων 2 ανεξάρτητων δειγμάτων τα οποία είναι μικρά ( $n < 30$ ) και δεν ακολουθούν την κανονική κατανομή χρησιμοποιήθηκε ο μη παραμετρικός έλεγχος Mann Whitney. Ομοίως για σύγκριση διαμέσων 3 ή περισσότερων ανεξάρτητων δειγμάτων τα οποία είναι μικρά ( $n < 30$ ) και δεν ακολουθούν την κανονική κατανομή χρησιμοποιήθηκε ο μη παραμετρικός έλεγχος Kruskal Wallis. Ακόμη, για έλεγχο συσχέτισης ποσοτικών και διατακτικών μεταβλητών που δεν ακολουθούν την κανονική κατανομή, χρησιμοποιήθηκε ο μη παραμετρικός συντελεστής συσχέτισης Spearman. Ο έλεγχος κανονικότητας των μεταβλητών έγινε με χρήση του Shapiro Wilk test. (Κολυβά – Μαχαίρα, Μπόρα – Σέντα & Μπράτσας, 2017).

## 7.6 Αξιοπιστία δεδομένων

Η αξιοπιστία των δεδομένων ελέγχθηκε με τον συντελεστή εσωτερικής συνέπειας Cronbach Alpha, όπου αποδεκτές θεωρούνται οι τιμές άνω του 0,6 (Γαλάνης, 2012). Ο Πίνακας 1 παρουσιάζει τα αποτελέσματα για την αξιοπιστία των παραγόντων της έρευνας. Προκύπτει ότι ο παράγοντας «Κοινωνική υποστήριξη από άλλους» έχει αξιοπιστία  $\alpha=0,908$ , η «Κοινωνική υποστήριξη από οικογένεια»  $\alpha=0,963$ , η «Κοινωνική υποστήριξη από φίλους»  $\alpha=0,950$ , η «Συνολική κοινωνική υποστήριξη»  $\alpha=0,950$ , η «Σωματική κόπωση»  $\alpha=0,784$ , η «Ψυχική κόπωση»  $\alpha=0,658$ , η «Συνολική κόπωση»  $\alpha=0,813$ , η «Ποιότητα ζωής-συμπτώματα»  $\alpha=0,658$ , η «Ποιότητα ζωής-λειτουργικότητα»  $\alpha=0,622$ , η «Ποιότητα ζωής-διαπροσωπικές σχέσεις»  $\alpha=0,652$ , η «Ποιότητα ζωής-ευεξία»  $\alpha=0,638$ , η «Ποιότητα ζωής-πνευματικότητα»  $\alpha=0,680$ , η «Συνολική ποιότητα ζωής»  $\alpha=0,878$  και η «Νοσηλευτική φροντίδα»  $\alpha=0,944$ .

| Παράγοντας                          | Ερωτήσεις                                | Cronbach Alpha |
|-------------------------------------|------------------------------------------|----------------|
| Κοινωνική υποστήριξη από άλλους     | 1,2,5,10                                 | 0,908          |
| Κοινωνική υποστήριξη από οικογένεια | 3,4,8,11                                 | 0,963          |
| Κοινωνική υποστήριξη από φίλους     | 6,7,9,12                                 | 0,950          |
| Συνολική κοινωνική υποστήριξη       | 1-12                                     | 0,950          |
| Σωματική κόπωση                     | 1,2,4R,5,10R                             | 0,784          |
| Ψυχική κόπωση                       | 6-9                                      | 0,658*         |
| Συνολική κόπωση                     | 1-3,4R,5-9,10R                           | 0,813          |
| Ποιότητα ζωής-συμπτώματα            | 1R,2,3R                                  | 0,658          |
| Ποιότητα ζωής-λειτουργικότητα       | 4R,5,6                                   | 0,622          |
| Ποιότητα ζωής-διαπροσωπικές σχέσεις | 7,8,9                                    | 0,652          |
| Ποιότητα ζωής-ευεξία                | 10R,11,12                                | 0,638          |
| Ποιότητα ζωής-πνευματικότητα        | 13,14R,15                                | 0,680          |
| Συνολική ποιότητα ζωής              | 1R,2,3R,4R,5,6,7,8,9,10R,11,12,13,14R,15 | 0,878          |
| Νοσηλευτική φροντίδα                | 1-13                                     | 0,944          |

\*Δεν συμπεριλήφθηκε η ερώτηση 3 γιατί δημιούργησε προβλήματα αξιοπιστίας

Πίνακας 1: Ανάλυση αξιοπιστίας

## 7.7 Ηθικά Ζητήματα

Κατά την διεξαγωγή μίας έρευνας, είναι απαραίτητο να τηρηθούν τα ηθικά ζητήματα τα οποία σχετίζονται με την φύση της έρευνας και την ψυχολογία των υποκειμένων που συμμετέχουν σε αυτήν (Yip et al., 2016). Συγκεκριμένα:

- Δόθηκε άδεια από το Πανεπιστήμιο του ερευνητή για την διεξαγωγή της έρευνας καθώς το υπομελέτη θέμα χαρακτηρίστηκε ενδιαφέρον και χρήσιμο για την επιστημονική κοινότητα
- Η διεξαγωγή της έρευνας πραγματοποιήθηκε με την υποστήριξη καθηγητή του Πανεπιστημίου
- Η διοίκηση του Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ρίου έδωσε την έγκριση της για την διεξαγωγή της έρευνας
- Οι συμμετέχοντες ασθενείς με αιμοκάθαρση ενημερώθηκαν για τον σκοπό της έρευνας, ότι συμμετέχουν εθελοντικά, ανώνυμα, με την δική τους συγκατάθεση και ότι έχουν το δικαίωμα να αποχωρήσουν από την έρευνα αν το επιθυμούν και για οποιαδήποτε λόγο ή να διαγράψουν την συμμετοχή τους μετά την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων.
- Ο ερευνητής γνωστοποίησε τα προσωπικά του στοιχεία στους συμμετέχοντες σε περίπτωση που εκείνοι θελήσουν να επικοινωνήσουν μαζί του για να ενημερωθούν για τα αποτελέσματα της έρευνας ή για άλλο λόγο.

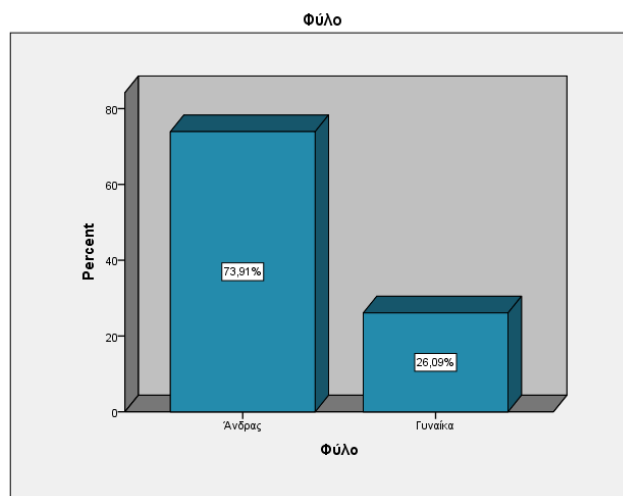
## 8 Κεφάλαιο. Αποτελέσματα έρευνας

### 8.1 Δημογραφικά στοιχεία

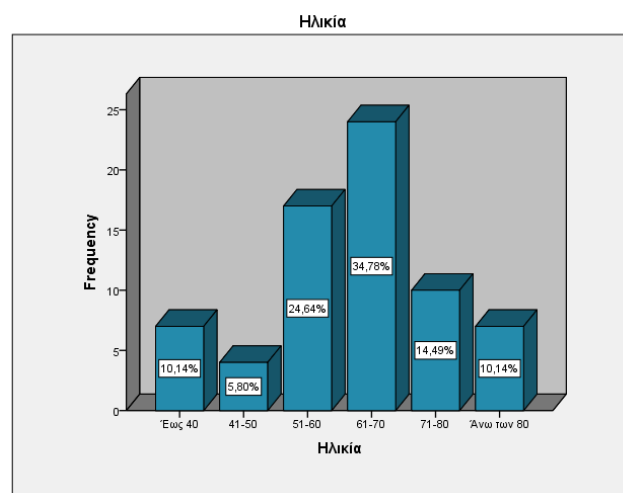
Στον Πίνακα 2 (και στα Γραφήματα 1-7) παρουσιάζονται τα δημογραφικά στοιχεία των ερωτηθέντων. Το 73,9% (N=51) ήταν άντρες και το 26,1% (N=18) γυναίκες. Σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση, το 66,7% (N=46) αποτελούνταν από έγγαμους ή σε συμβίωση, το 23,2% (N=16) από άγαμους, το 7,2% (N=5) από χήρους και το 2,9% (N=2) από διαζευγμένους. Όσον αφορά την ηλικία το 34,8% (N=24) είναι 61-70 ετών, το 24,6% (N=17) 51-60, το 14,5% (N=10) 71-80, το 10,1% (N=7) έως 40, το 10,1% (N=7) άνω των 80 και το 5,8% (N=4) 41-50 ετών. Σχετικά με τον αριθμό παιδιών το 43,9% (N=18) ανέφερε πως έχει 2 παιδιά, το 22% (N=9) 1 παιδί, το 14,6% (N=6) 3 παιδιά, το 12,2% (N=5) 4 παιδιά, το 4,9% (N=2) κανένα παιδί και το 2,4% (N=1) δήλωσε πως έχει 6 παιδιά. Στη συνέχεια, αναφορικά με το εκπαιδευτικό επίπεδο, το 36,2% (N=25) έχει φοιτήσει σε λύκειο, το 18,8% (N=13) σε δημοτικό, το 15,9% (N=11) σε ΑΕΙ, το 13,0% (N=9) σε γυμνάσιο, το 5,8% (N=4) σε ΤΕΙ, το 4,3% (N=3) έχει διδακτορικό, το 4,3% (N=3) δήλωσε πως δεν έχει λάβει κανένα είδος εκπαίδευσης και το 1,4% (N=1) μεταπτυχιακό. Ακόμη, το 69,6% (N=48) διαμένει σε πόλη, το 26,1% (N=18) σε χωριό, ενώ το 4,3% (N=3) σε κωμόπολη. Σχετικά με το επάγγελμα, το 55,1% (N=38) αποτελούνταν από συνταξιούχους, το 13,0% (N=9) από δημόσιους υπαλλήλους, το 11,6% (N=8) από ελεύθερους επαγγελματίες, το 10,1% (N=7) από άνεργους, το 5,8% (N=4) από άτομα που ασχολούνται με οικιακά, το 2,9% (N=2) από ιδιωτικούς υπαλλήλους και το 1,4% (N=1) από φοιτητές/σπουδαστές. Στη συνέχεια, το 44,6% (N=29) δήλωσε πως έχει μηνιαίο εισόδημα 500-1.000 ευρώ, το 23,1% (N=15) 1.001-1.500, το 18,5% (N=12) 1.501-2.000, το 9,2% (N=6) άνω των 2000 ευρώ ενώ το 4,6% (N=3) δεν έχει εισόδημα. Τέλος, το 54,4% (N=37) κάνει 0-5 χρόνια αιμοκάθαρση, το 26,5% (N=18) 6-10, το 16,2% (N=11) 11-20, ενώ το 2,9% (N=2) πάνω από 20.

| Στοιχείο                 | Κατηγορία               | N  | f%   |
|--------------------------|-------------------------|----|------|
| Φύλο                     | Άντρας                  | 51 | 73,9 |
|                          | Γυναίκα                 | 18 | 26,1 |
| Ηλικία                   | Έως 40                  | 7  | 10,1 |
|                          | 41-50                   | 4  | 5,8  |
|                          | 51-60                   | 17 | 24,6 |
|                          | 61-70                   | 24 | 34,8 |
|                          | 71-80                   | 10 | 14,5 |
|                          | Άνω των 80              | 7  | 10,1 |
| Οικογενειακή κατάσταση   | Άγαμος/η                | 16 | 23,2 |
|                          | Έγγαμος/η ή σε συμβίωση | 46 | 66,7 |
|                          | Διαζευγμένος/η          | 2  | 2,9  |
|                          | Χήρος/α                 | 5  | 7,2  |
| Αριθμός παιδιών          | 0                       | 2  | 4,9  |
|                          | 1                       | 9  | 22,0 |
|                          | 2                       | 18 | 43,9 |
|                          | 3                       | 6  | 14,6 |
|                          | 4                       | 5  | 12,2 |
|                          | 6                       | 1  | 2,4  |
| Εκπαιδευτικό επίπεδο     | Απουσία εκπαίδευσης     | 3  | 4,3  |
|                          | Δημοτικό                | 13 | 18,8 |
|                          | Γυμνάσιο                | 9  | 13,0 |
|                          | Λύκειο                  | 25 | 36,2 |
|                          | ΤΕΙ                     | 4  | 5,8  |
|                          | ΑΕΙ                     | 11 | 15,9 |
|                          | Μεταπτυχιακό            | 1  | 1,4  |
|                          | Διδακτορικό             | 3  | 4,3  |
| Τόπος διαμονής κατοικίας | Πόλη                    | 48 | 69,6 |
|                          | Χωριό                   | 18 | 26,1 |
|                          | Κωμόπολη                | 3  | 4,3  |
| Απασχόληση               | Δημόσιος υπάλληλος      | 9  | 13,0 |
|                          | Ιδιωτικός υπάλληλος     | 2  | 2,9  |
|                          | Φοιτητής/σπουδαστής     | 1  | 1,4  |
|                          | Ελ. Επαγγελματίας       | 8  | 11,6 |
|                          | Οικιακά                 | 4  | 5,8  |
|                          | Άνεργος/η               | 7  | 10,1 |
|                          | Συνταξιούχος            | 38 | 55,1 |
| Μηνιαίο εισόδημα         | Χωρίς εισόδημα          | 3  | 4,6  |
|                          | 500-1.000               | 29 | 44,6 |
|                          | 1.001-1.500             | 15 | 23,1 |
|                          | 1.501-2.000             | 12 | 18,5 |
|                          | Άνω των 2000            | 6  | 9,2  |
| Χρόνια στην Αιμοκάθαρση  | 0-5                     | 37 | 54,4 |
|                          | 6-10                    | 18 | 26,5 |
|                          | 11-20                   | 11 | 16,2 |
|                          | Πάνω από 20             | 2  | 2,9  |

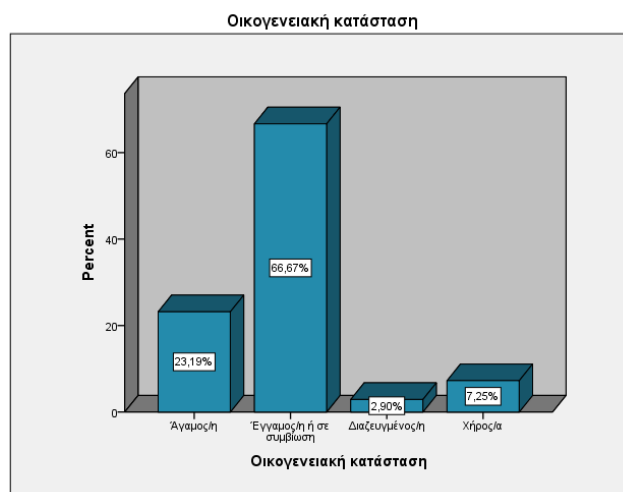
**Πίνακας 2:** Δημογραφικά στοιχεία



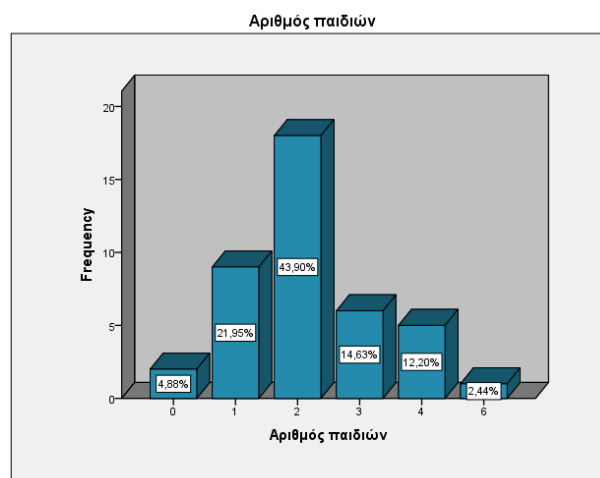
Γράφημα 1:Φύλο



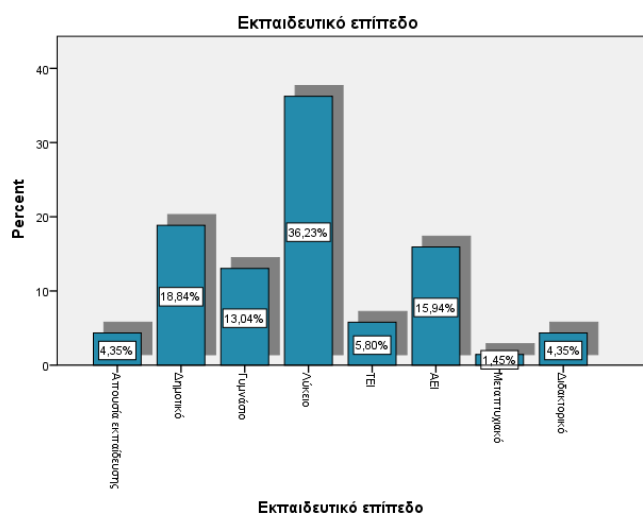
Γράφημα 2:Ηλικία



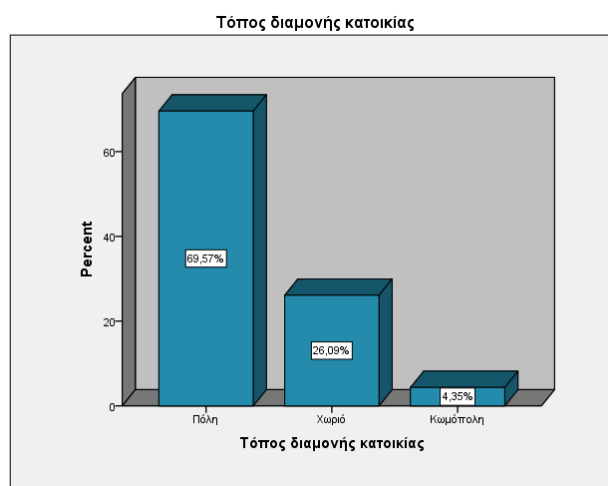
Γράφημα 3:Οικογενειακή κατάσταση



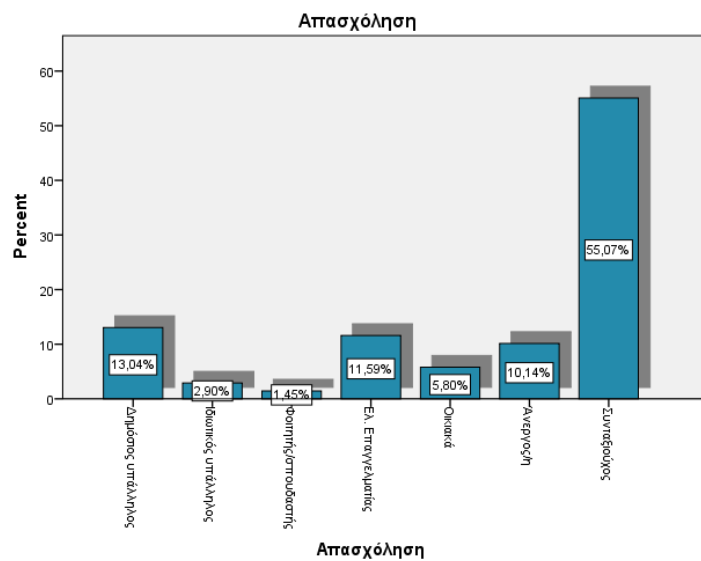
Γράφημα 4: Αριθμός παιδιών



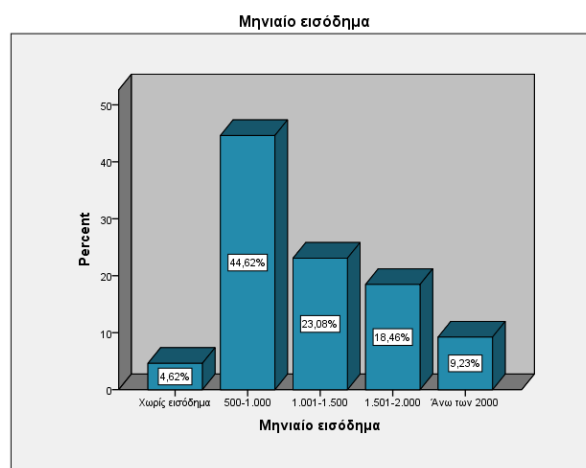
Γράφημα 5: Εκπαιδευτικό επίπεδο



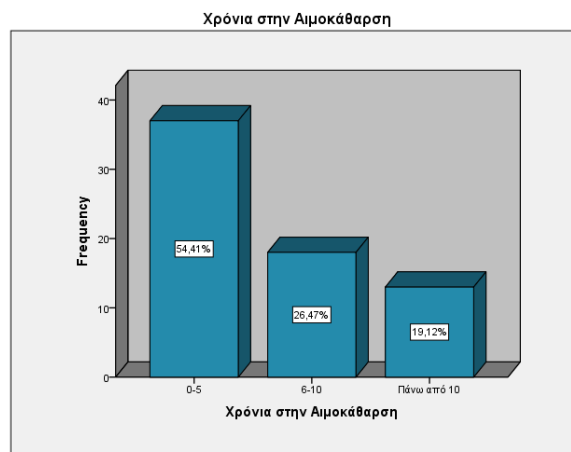
Γράφημα 6: Τόπος διαμονής κατοικίας



Γράφημα 7: Απασχόληση



Γράφημα 8: Μηνιαίο εισόδημα



Γράφημα 9: Χρόνια στην Αιμοκάθαρση

## 8.2 Αντιληπτή κοινωνική υποστήριξη

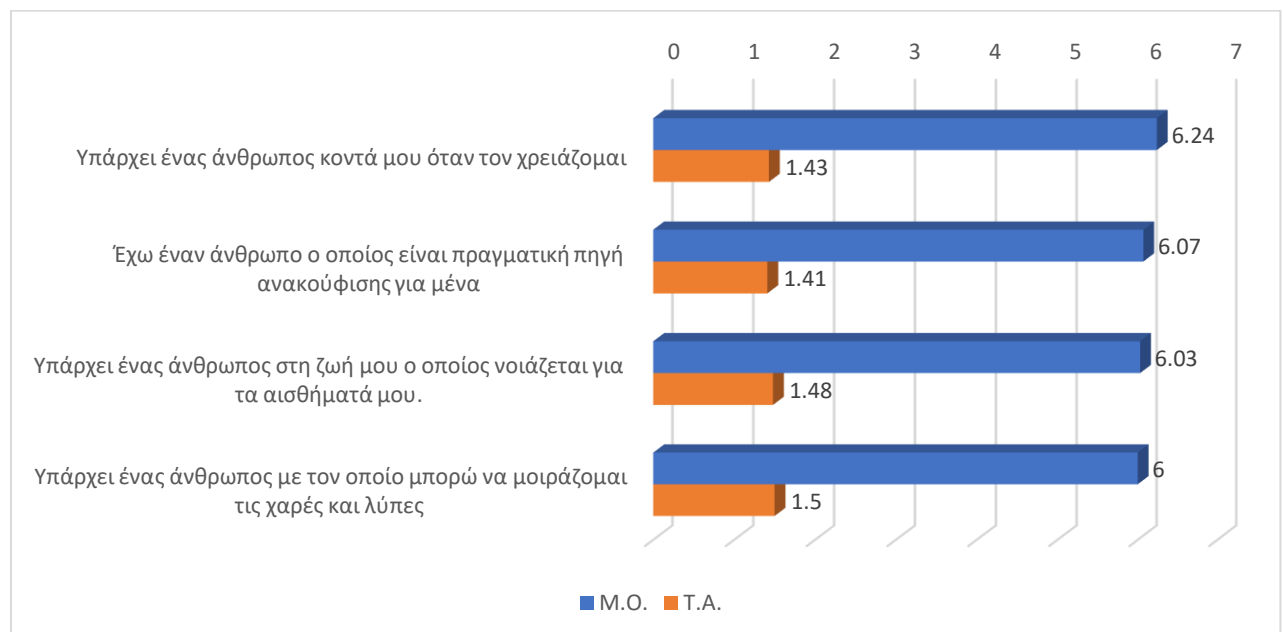
Στην παρούσα ενότητα παρατίθενται οι ερωτήσεις, οι οποίες σχετίζονται με την κοινωνική υποστήριξη και απαντώνται σε κλίμακα 1 έως 7 (1= Διαφωνώ απόλυτα, 2=Διαφωνώ πολύ, 3= Διαφωνώ, 4=Ουδέτερος/η, 5=Συμφωνώ, 6=Συμφωνώ πολύ, 7=Συμφωνώ απόλυτα).

### 8.2.1 Κοινωνική υποστήριξη από άλλους

Στον Πίνακα 3 (Γράφημα 10) παρουσιάζονται τα αποτελέσματα για την υποενότητα κοινωνική υποστήριξη από άλλους, της αντιληπτής κοινωνικής υποστήριξης. Οι συμμετέχοντες συμφώνησαν πολύ ότι υπάρχει ένας άνθρωπος κοντά τους όταν τον χρειάζονται (Μ.Ο.=6,24 ± 1,43), ο οποίος είναι πραγματική πηγή ανακούφισης για αυτούς (Μ.Ο.=6,07 ± 1,41), ο οποίος νοιάζεται για τα αισθήματά τους (Μ.Ο.=6,03 ± 1,48) με τον οποίο μπορούν να μοιράζονται τις χαρές και λύπες (Μ.Ο.=6,00 ± 1,50).

| Ερωτήσεις                                                                  | Μ.Ο. | Τ.Α. |
|----------------------------------------------------------------------------|------|------|
| Υπάρχει ένας άνθρωπος κοντά μου όταν τον χρειάζομαι                        | 6,24 | 1,43 |
| Έχω έναν άνθρωπο ο οποίος είναι πραγματική πηγή ανακούφισης για μένα       | 6,07 | 1,41 |
| Υπάρχει ένας άνθρωπος στη ζωή μου ο οποίος νοιάζεται για τα αισθήματά μου. | 6,03 | 1,48 |
| Υπάρχει ένας άνθρωπος με τον οποίο μπορώ να μοιράζομαι τις χαρές και λύπες | 6,00 | 1,50 |

Πίνακας 3: Κοινωνική υποστήριξη από άλλους



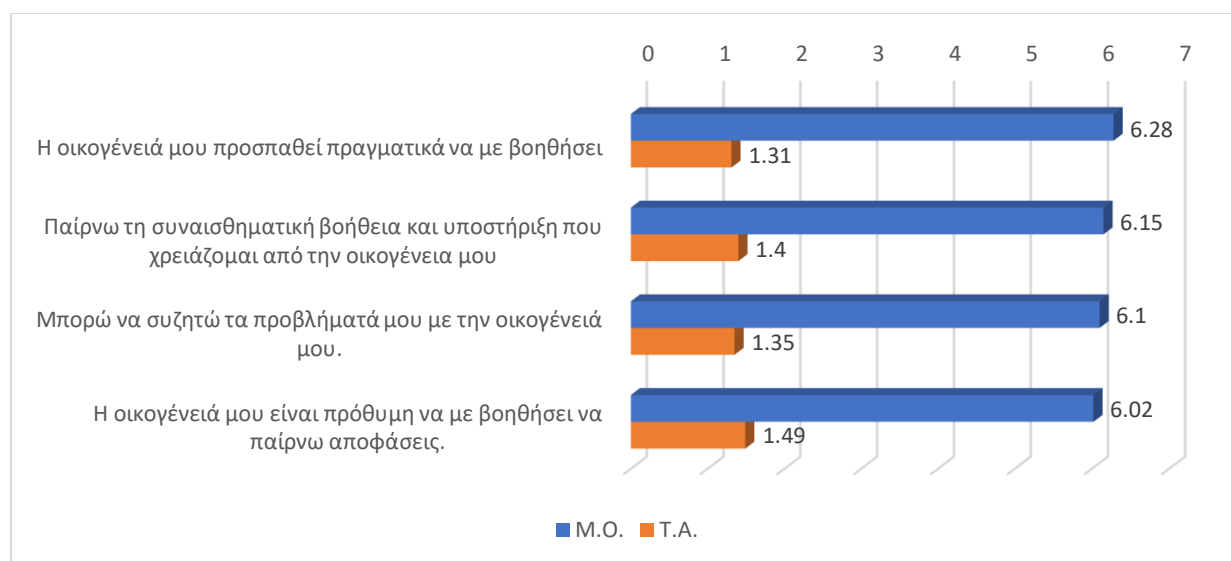
Γράφημα 10: Κοινωνική υποστήριξη από άλλους

### 8.2.2 Κοινωνική υποστήριξη από οικογένεια

Στον Πίνακα 4 (Γράφημα 11) παρουσιάζονται τα αποτελέσματα για την υποενότητα κοινωνική υποστήριξη από οικογένεια, της αντιληπτής κοινωνικής υποστήριξης. Οι συμμετέχοντες συμφώνησαν πολύ ότι οικογένειά τους προσπαθεί πραγματικά να τους βοηθήσει (Μ.Ο.=6,28 ± 1,31), ότι παίρνουν τη συναισθηματική βοήθεια και υποστήριξη που χρειάζονται από αυτήν (Μ.Ο.=6,15 ± 1,40), ότι μπορούν να συζητούν τα προβλήματά τους με την οικογένειά τους (Μ.Ο.=6,10 ± 1,35) και ότι είναι πρόθυμη να τους βοηθήσει να παίρνουν αποφάσεις (Μ.Ο.=6,02 ± 1,49).

| Ερωτήσεις                                                                             | Μ.Ο. | Τ.Α. |
|---------------------------------------------------------------------------------------|------|------|
| Η οικογένειά μου προσπαθεί πραγματικά να με βοηθήσει                                  | 6,28 | 1,31 |
| Παίρνω τη συναισθηματική βοήθεια και υποστήριξη που χρειάζομαι από την οικογένεια μου | 6,15 | 1,40 |
| Μπορώ να συζητώ τα προβλήματά μου με την οικογένειά μου.                              | 6,10 | 1,35 |
| Η οικογένειά μου είναι πρόθυμη να με βοηθήσει να παίρνω αποφάσεις.                    | 6,02 | 1,49 |

**Πίνακας 4:** Κοινωνική υποστήριξη από οικογένεια



**Γράφημα 11:** Κοινωνική υποστήριξη από οικογένεια

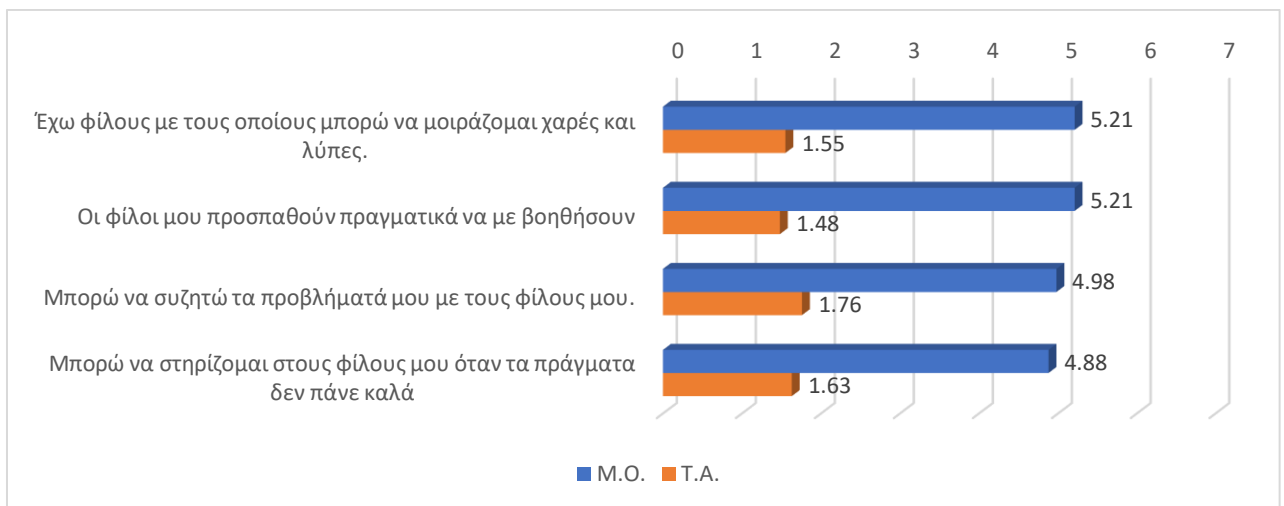
### 8.2.3 Κοινωνική υποστήριξη από φίλους

Στον Πίνακα 5 (Γράφημα 12) παρουσιάζονται τα αποτελέσματα για την υποενότητα κοινωνική υποστήριξη από φίλους, της αντιληπτής κοινωνικής υποστήριξης. Οι συμμετέχοντες συμφώνησαν ότι έχουν φίλους με τους οποίους μπορούν να μοιράζονται χαρές και λύπες (Μ.Ο.=5,21 ± 1,55), οι οποίοι προσπαθούν πραγματικά να τους βοηθήσουν

(M.O.=5,21  $\pm$  1,48), ότι μπορούν να συζητούν τα προβλήματά τους με αυτούς (M.O.= 4,98  $\pm$  1,76) και ότι μπορούν να στηρίζονται στους φίλους τους όταν τα πράγματα δεν πάνε καλά (M.O.=4,88  $\pm$  1,63).

| Ερωτήσεις                                                           | M.O. | T.A. |
|---------------------------------------------------------------------|------|------|
| Έχω φίλους με τους οποίους μπορώ να μοιράζομαι χαρές και λύπες.     | 5,21 | 1,55 |
| Οι φίλοι μου προσπαθούν πραγματικά να με βοηθήσουν                  | 5,21 | 1,48 |
| Μπορώ να συζητώ τα προβλήματά μου με τους φίλους μου.               | 4,98 | 1,76 |
| Μπορώ να στηρίζομαι στους φίλους μου όταν τα πράγματα δεν πάνε καλά | 4,88 | 1,63 |

Πίνακας 5: Κοινωνική υποστήριξη από φίλους



Γράφημα 12: Κοινωνική υποστήριξη από φίλους

## 8.3 Κόπωση

Σε αυτήν την ενότητα παρουσιάζονται οι ερωτήσεις, οι οποίες αφορούν την κόπωση των ερωτηθέντων και απαντώνται μέσω πενταβάθμιας κλίμακας (1= Ποτέ, 2=Μερικές φορές, 3= Τακτικά, 4=Συχνά, 5=Πάντα).

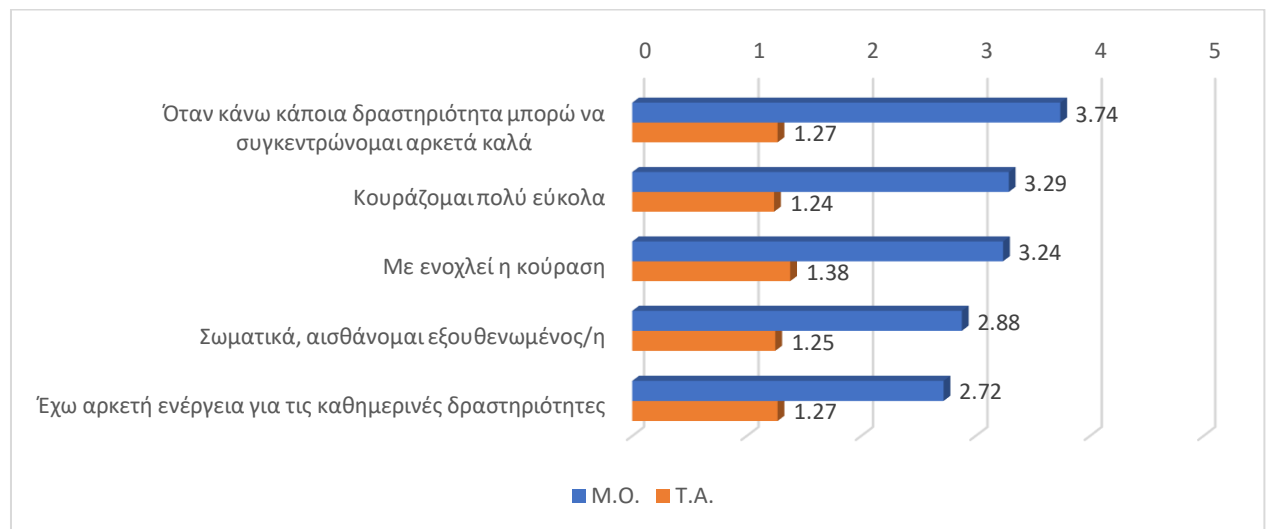
### 8.3.1 Σωματική κόπωση

Στον Πίνακα 6 (Γράφημα 13), παρουσιάζονται τα αποτελέσματα σχετικά με την σωματική κόπωση. Προκύπτει ότι οι συμμετέχοντες συχνά όταν κάνουν κάποια δραστηριότητα μπορούν να συγκεντρώνονται αρκετά καλά (M.O.=3,74  $\pm$  1,27). Επιπλέον, ανέφεραν ότι τακτικά κουράζονται πολύ εύκολα (M.O.=3,29  $\pm$  1,24), τους ενοχλεί η κούραση

(Μ.Ο.=3,24 ± 1,38), αισθάνονται σωματικά εξουθενωμένοι (Μ.Ο.=2,88 ± 1,25) και έχουν αρκετή ενέργεια για τις καθημερινές δραστηριότητες (Μ.Ο.=2,72 ± 1,27).

| Ερωτήσεις                                                          | Μ.Ο. | Τ.Α. |
|--------------------------------------------------------------------|------|------|
| Όταν κάνω κάποια δραστηριότητα μπορώ να συγκεντρώνομαι αρκετά καλά | 3,74 | 1,27 |
| Κουράζομαι πολύ εύκολα                                             | 3,29 | 1,24 |
| Με ενοχλεί η κούραση                                               | 3,24 | 1,38 |
| Σωματικά, αισθάνομαι εξουθενωμένος/η                               | 2,88 | 1,25 |
| Έχω αρκετή ενέργεια για τις καθημερινές δραστηριότητες             | 2,72 | 1,27 |

Πίνακας 6: Σωματική κόπωση



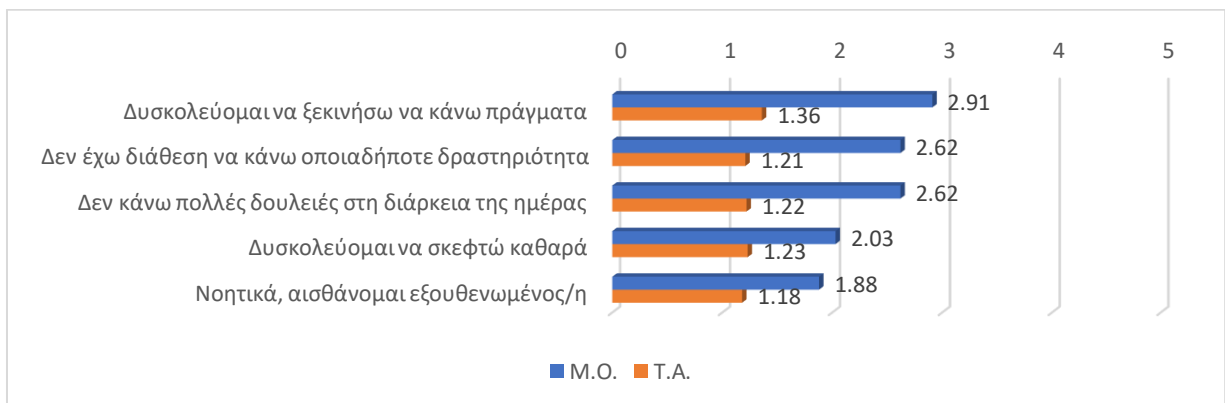
Γράφημα 13: Σωματική κόπωση

### 8.3.2 Ψυχική κόπωση

Στον Πίνακα 7 (Γράφημα 14), παρουσιάζονται τα αποτελέσματα σχετικά με την ψυχική κόπωση. Προκύπτει ότι οι συμμετέχοντες τακτικά δυσκολεύονται να ξεκινήσουν να κάνουν πράγματα (Μ.Ο.=2,91 ± 1,36), δεν έχουν διάθεση να κάνουν οποιαδήποτε δραστηριότητα (Μ.Ο.=2,62 ± 1,21) και τακτικά δεν κάνουν πολλές δουλειές στη διάρκεια της ημέρας (Μ.Ο.=2,62 ± 1,22). Επιπλέον, μερικές φορές δυσκολεύονται να σκεφτούν καθαρά (Μ.Ο.=2,03 ± 1,23) και μερικές φορές αισθάνονται νοητικά εξουθενωμένοι (Μ.Ο.=1,88 ± 1,18).

| Ερωτήσεις                                         | M.O. | T.A. |
|---------------------------------------------------|------|------|
| Δυσκολεύομαι να ξεκινήσω να κάνω πράγματα         | 2,91 | 1,36 |
| Δεν έχω διάθεση να κάνω οποιαδήποτε δραστηριότητα | 2,62 | 1,21 |
| Δεν κάνω πολλές δουλειές στη διάρκεια της ημέρας  | 2,62 | 1,22 |
| Δυσκολεύομαι να σκεφτώ καθαρά                     | 2,03 | 1,23 |
| Νοητικά, αισθάνομαι εξουθενωμένος/η               | 1,88 | 1,18 |

Πίνακας 7: Ψυχική κόπωση



Γράφημα 14: Ψυχική κόπωση

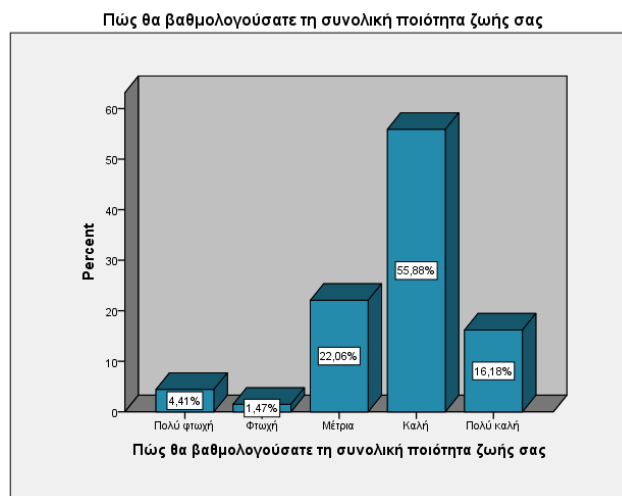
## 8.4 Ποιότητα ζωής

### 8.4.1 Σφαιρική ποιότητα ζωής

Παρακάτω, οι ερωτηθέντες βαθμολογούν την συνολική ποιότητα της ζωής τους. Από τον Πίνακα 8 (και το Γράφημα 15) παρατηρείται ότι το 55,9% (N=38) απάντησε πως έχει καλή ποιότητα ζωής, το 22,1% (N=15) μέτρια, το 16,2% (N=11) πολύ καλή, το 4,4% (N=3) πολύ φτωχή και το 1,5% (N=1) φτωχή.

| Κατηγορίες | N  | %    |
|------------|----|------|
| Πολύ φτωχή | 3  | 4,4  |
| Φτωχή      | 1  | 1,5  |
| Μέτρια     | 15 | 22,1 |
| Καλή       | 38 | 55,9 |
| Πολύ καλή  | 11 | 16,2 |

Πίνακας 8: Πώς θα βαθμολογούσατε τη συνολική ποιότητα ζωής σας;



Γράφημα 15: Πώς θα βαθμολογούσατε τη συνολική ποιότητα ζωής σας;

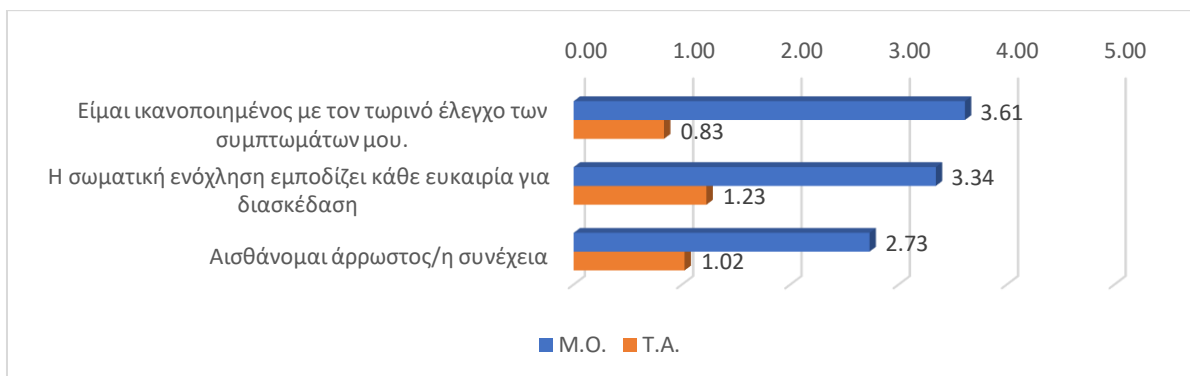
#### 8.4.2 Συμπτώματα

Στην παρούσα ενότητα παρατίθενται οι ερωτήσεις, οι οποίες σχετίζονται με τα συμπτώματα και απαντώνται μέσω πενταβάθμιας κλίμακας (1= Διαφωνώ απόλυτα, 2=Διαφωνώ, 3= Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ, 4= Συμφωνώ, 5=Συμφωνώ απόλυτα).

Από τον Πίνακα 9 (και το Γράφημα 16) προκύπτει ότι οι ερωτηθέντες συμφωνούν με το ότι είναι ικανοποιημένοι με τον τωρινό έλεγχο των συμπτωμάτων τους (Μ.Ο.= 3,61±0,83), ενώ ούτε συμφωνούν, ούτε διαφωνούν με το ότι η σωματική ενόχληση εμποδίζει κάθε ευκαιρία για διασκέδαση (Μ.Ο.= 3,34±1,23), καθώς και με το ότι αισθάνονται άρρωστοι συνέχεια (Μ.Ο.= 2,73±1,02).

| Ερωτήσεις                                                      | Μ.Ο. | Τ.Α. |
|----------------------------------------------------------------|------|------|
| Είμαι ικανοποιημένος με τον τωρινό έλεγχο των συμπτωμάτων μου. | 3,61 | 0,83 |
| Η σωματική ενόχληση εμποδίζει κάθε ευκαιρία για διασκέδαση     | 3,34 | 1,23 |
| Αισθάνομαι άρρωστος/η συνέχεια                                 | 2,73 | 1,02 |

Πίνακας 9:Συμπτώματα



Γράφημα 16: Συμπτώματα

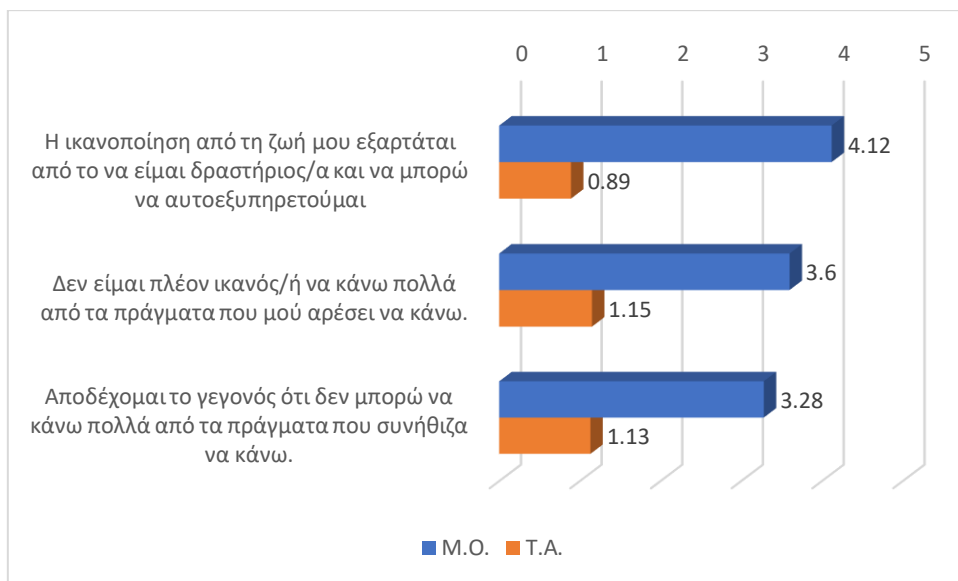
### 8.4.3 Λειτουργικότητα

Σε αυτήν την ενότητα παρουσιάζονται οι ερωτήσεις, οι οποίες αναφέρονται στην λειτουργικότητα των ατόμων. Οι ερωτηθέντες δηλώνουν το βαθμό συμφωνίας τους σε κλίμακα 1 έως 5 (1= Διαφωνώ απόλυτα, 2=Διαφωνώ, 3= Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ, 4= Συμφωνώ, 5=Συμφωνώ απόλυτα).

Από τον Πίνακα 10 (και το Γράφημα 17) παρατηρείται ότι οι ερωτηθέντες συμφωνούν με το ότι η ικανοποίηση από τη ζωή τους εξαρτάται από το να είναι δραστήριοι και να μπορούν να αυτοεξυπηρετούνται (M.O.= 4,12±0,89), καθώς και με το ότι δεν είναι πλέον ικανοί να κάνουν πολλά από τα πράγματα που τους αρέσει να κάνουν (M.O.= 3,60±1,15). Τέλος, ούτε συμφωνούν, ούτε διαφωνούν με το ότι αποδέχονται το γεγονός ότι δεν μπορούν να κάνουν πολλά από τα πράγματα που συνήθιζαν να κάνουν (M.O.= 3,28±1,13).

| Ερωτήσεις                                                                                             | M.O. | T.A. |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------|
| Η ικανοποίηση από τη ζωή μου εξαρτάται από το να είμαι δραστήριος/α και να μπορώ να αυτοεξυπηρετούμαι | 4,12 | 0,89 |
| Δεν είμαι πλέον ικανός/ή να κάνω πολλά από τα πράγματα που μου αρέσει να κάνω.                        | 3,60 | 1,15 |
| Αποδέχομαι το γεγονός ότι δεν μπορώ να κάνω πολλά από τα πράγματα που συνήθιζα να κάνω.               | 3,28 | 1,13 |

Πίνακας 10: Λειτουργικότητα



Γράφημα 17: Λειτουργικότητα

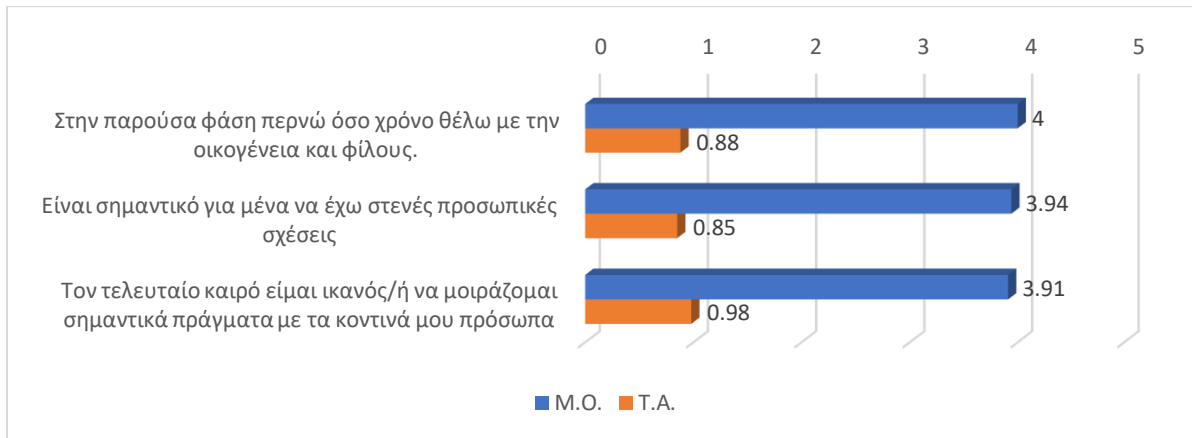
#### 8.4.4 Διαπροσωπικές σχέσεις

Παρακάτω, παρατίθενται οι ερωτήσεις που σχετίζονται με τις διαπροσωπικές σχέσεις και απαντώνται ξανά μέσω πενταβάθμιας κλίμακας (1= Διαφωνώ απόλυτα, 2=Διαφωνώ, 3= Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ, 4= Συμφωνώ, 5=Συμφωνώ απόλυτα).

Από τον Πίνακα 11 (και το Γράφημα 18) παρατηρείται ότι οι ερωτηθέντες συμφωνούν με το ότι στην παρούσα φάση περνούν όσο χρόνο θέλουν με την οικογένεια και φίλους (Μ.Ο.= 4,00±0,88), είναι σημαντικό για εκείνους να έχουν στενές προσωπικές σχέσεις (Μ.Ο.= 3,94±0,85), καθώς και ότι είναι ικανοί να μοιράζονται σημαντικά πράγματα με τα κοντινά τους πρόσωπα (Μ.Ο.= 3,91±0,98).

| Κατηγορίες                                                                                    | Μ.Ο. | Τ.Α. |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|------|------|
| Στην παρούσα φάση περνώ όσο χρόνο θέλω με την οικογένεια και φίλους.                          | 4,00 | 0,88 |
| Είναι σημαντικό για μένα να έχω στενές προσωπικές σχέσεις                                     | 3,94 | 0,85 |
| Τον τελευταίο καιρό είμαι ικανός/ή να μοιράζομαι σημαντικά πράγματα με τα κοντινά μου πρόσωπα | 3,91 | 0,98 |

Πίνακας 11: Διαπροσωπικές σχέσεις



Γράφημα 18: Διαπροσωπικές σχέσεις

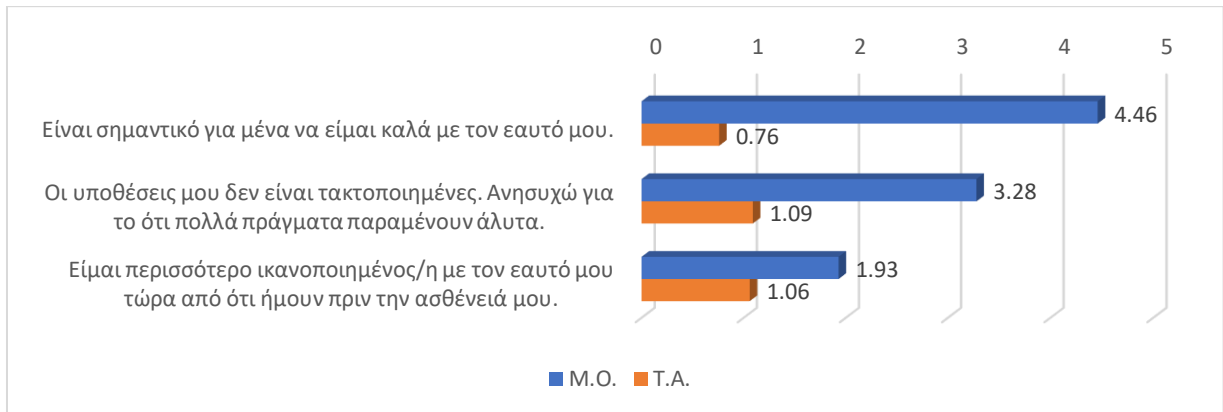
#### 8.4.5 Ευεξία

Στην παρούσα ενότητα παρατίθενται οι ερωτήσεις, οι οποίες αφορούν την ευεξία. Οι ερωτηθέντες δηλώνουν και πάλι τον βαθμό συμφωνίας τους σε κλίμακα 1 έως 5 (1= Διαφωνώ απόλυτα, 2=Διαφωνώ, 3= Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ, 4= Συμφωνώ, 5=Συμφωνώ απόλυτα).

Από τον Πίνακα 12 (και το Γράφημα 19) προκύπτει ότι μάλλον συμφωνούν απόλυτα με το ότι είναι σημαντικό για εκείνους να είναι καλά με τον εαυτό τους (M.O.= 4,46±0,76), ενώ ούτε συμφωνούν, ούτε διαφωνούν με το ότι ανησυχούν για πολλά πράγματα που παραμένουν άλυτα, καθώς οι υποθέσεις τους δεν είναι τακτοποιημένες (M.O.= 3,28±1,09). Τέλος, διαφωνούν με τη θέση ότι είναι περισσότερο ικανοποιημένοι με τον εαυτό τους τώρα από ότι ήταν πριν την ασθένειά τους. (M.O.= 1,93±1,06).

| Κατηγορίες                                                                                     | M.O. | T.A. |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------|
| Είναι σημαντικό για μένα να είμαι καλά με τον εαυτό μου.                                       | 4,46 | 0,76 |
| Οι υποθέσεις μου δεν είναι τακτοποιημένες. Ανησυχώ για το ότι πολλά πράγματα παραμένουν άλυτα. | 3,28 | 1,09 |
| Είμαι περισσότερο ικανοποιημένος/η με τον εαυτό μου τώρα από ότι ήμουν πριν την ασθένειά μου.  | 1,93 | 1,06 |

Πίνακας 12: Ευεξία



Γράφημα 19: Ευεξία

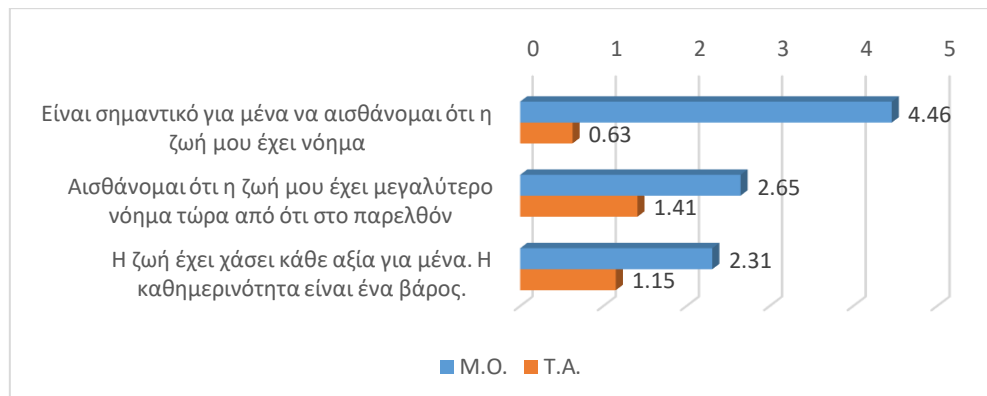
#### 8.4.6 Πνευματικότητα

Παρακάτω παρουσιάζονται οι ερωτήσεις οι οποίες σχετίζονται με την πνευματικότητα και απαντώνται ξανά μέσω πενταβάθμιας κλίμακας (1= Διαφωνώ απόλυτα, 2=Διαφωνώ, 3= Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ, 4= Συμφωνώ, 5=Συμφωνώ απόλυτα).

Από τον Πίνακα 13 (και το Γράφημα 20) προκύπτει ότι μάλλον συμφωνούν με το ότι είναι σημαντικό για εκείνους να αισθάνονται ότι η ζωή τους έχει νόημα (Μ.Ο.= 4,46±0,63), ενώ ούτε συμφωνούν, ούτε διαφωνούν με το ότι αισθάνονται ότι η ζωή τους έχει μεγαλύτερο νόημα τώρα από ότι στο παρελθόν (Μ.Ο.= 2,65±1,41). Τέλος, διαφωνούν με τη θέση ότι η ζωή τους έχει χάσει κάθε αξία και η καθημερινότητα τους είναι ένα βάρος. (Μ.Ο.= 2,31±1,15).

| Κατηγορίες                                                               | Μ.Ο. | Τ.Α. |
|--------------------------------------------------------------------------|------|------|
| Είναι σημαντικό για μένα να αισθάνομαι ότι η ζωή μου έχει νόημα          | 4,46 | 0,63 |
| Αισθάνομαι ότι η ζωή μου έχει μεγαλύτερο νόημα τώρα από ότι στο παρελθόν | 2,65 | 1,41 |
| Η ζωή έχει χάσει κάθε αξία για μένα. Η καθημερινότητα είναι ένα βάρος.   | 2,31 | 1,15 |

Πίνακας 13: Πνευματικότητα



Γράφημα 20: Πνευματικότητα

## 8.5 Νοσηλευτική φροντίδα

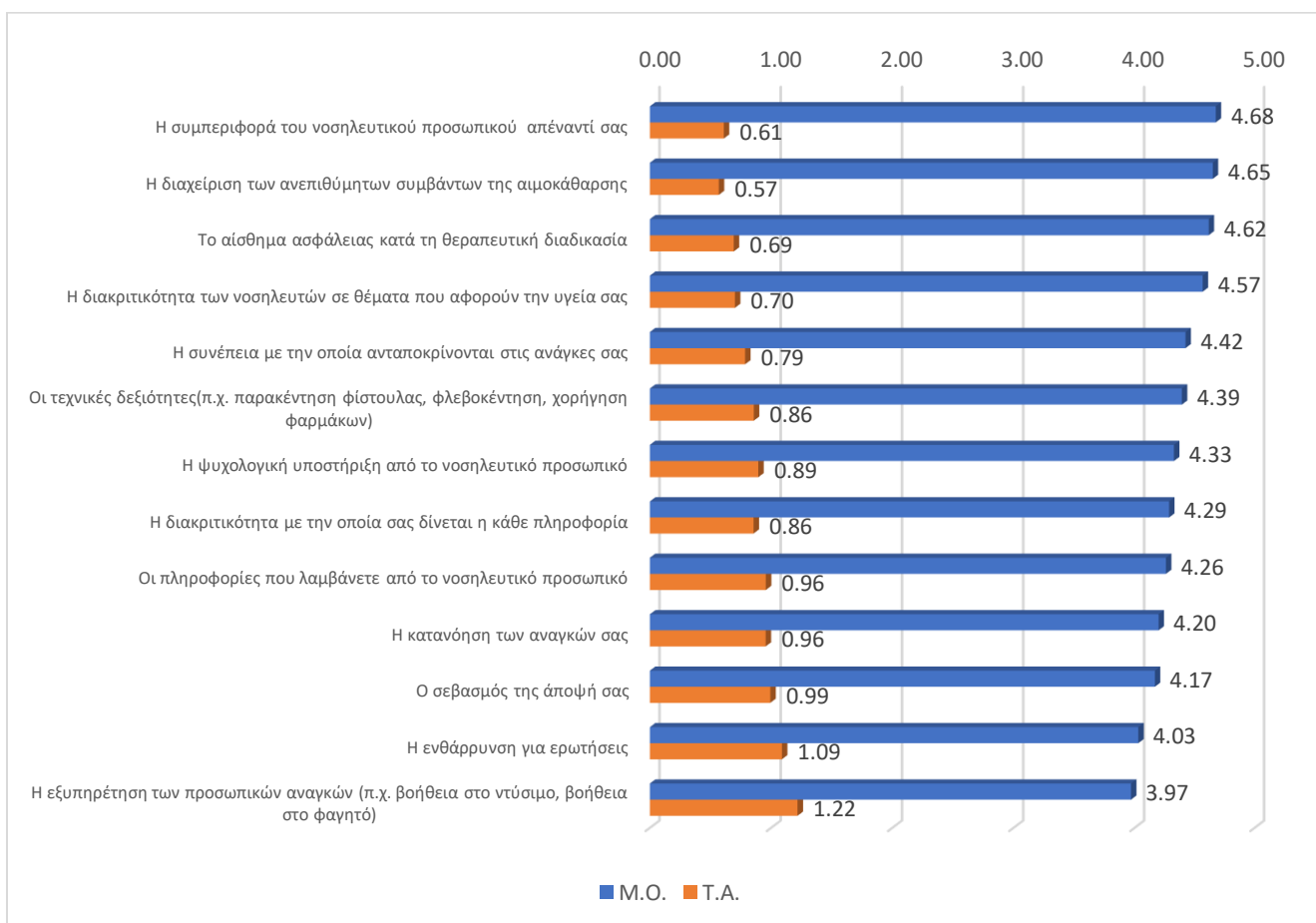
Στην τελευταία ενότητα της εργασίας παρατίθενται οι ερωτήσεις, οι οποίες αναφέρονται στη φροντίδα που λαμβάνουν από το νοσηλευτικό προσωπικό και πόσο ικανοποιημένοι είναι από αυτό. Οι ερωτηθέντες δηλώνουν τον βαθμό συμφωνίας τους σε κλίμακα 1 έως 5 (1= Καθόλου, 2=Ελάχιστα, 3= Μέτρια, 4=Αρκετά, 5=Πάρα πολύ).

Από τον Πίνακα 14 (και το Γράφημα 21) προκύπτει ότι οι ερωτηθέντες είναι πάρα πολύ ικανοποιημένοι από τη συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού (M.O.= 4,68±0,61) και το αίσθημα ασφάλειας κατά τη θεραπευτική διαδικασία (M.O.= 4,62±0,69). Στη συνέχεια, οι απαντήσεις τους τοποθετήθηκαν μεταξύ του «αρκετά» και του «πάρα πολύ», σχετικά με το κατά πόσο ικανοποιημένοι αισθάνονται από τη διακριτικότητα των νοσηλευτών σε θέματα που αφορούν την υγεία τους (M.O.= 4,57±0,70) και τη συνέπεια με την οποία ανταποκρίνονται στις ανάγκες τους (M.O.= 4,42±0,79).

Ακόμη, δήλωσαν πως είναι αρκετά ικανοποιημένοι από τις τεχνικές δεξιότητες (π.χ. παρακέντηση φίστουλας, φλεβοκέντηση, χορήγηση φαρμάκων) (M.O.= 4,39±0,86), τη ψυχολογική υποστήριξη από το νοσηλευτικό προσωπικό (M.O.= 4,33±0,89), τη διακριτικότητα με την οποία τους δίνεται η κάθε πληροφορία (M.O.= 4,29±0,86), τις πληροφορίες που λαμβάνουν από το νοσηλευτικό προσωπικό (M.O.= 4,26±0,96), την κατανόηση των αναγκών τους (M.O.= 4,20±0,96), το σεβασμό των απόψεων τους (M.O.= 4,17±0,99), την ενθάρρυνση για ερωτήσεις (M.O.= 4,03±1,09) και την εξυπηρέτηση των προσωπικών αναγκών (π.χ. βοήθεια στο ντύσιμο, βοήθεια στο φαγητό) (M.O.= 3,97±1,22).

| Κατηγορίες                                                                          | M.O. | T.A. |
|-------------------------------------------------------------------------------------|------|------|
| Η συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντί σας                              | 4,68 | 0,61 |
| Η διαχείριση των ανεπιθύμητων συμβάντων της αιμοκάθαρσης                            | 4,65 | 0,57 |
| Το αίσθημα ασφάλειας κατά τη θεραπευτική διαδικασία                                 | 4,62 | 0,69 |
| Η διακριτικότητα των νοσηλευτών σε θέματα που αφορούν την υγεία σας                 | 4,57 | 0,70 |
| Η συνέπεια με την οποία ανταποκρίνονται στις ανάγκες σας                            | 4,42 | 0,79 |
| Οι τεχνικές δεξιότητες(π.χ. παρακέντηση φίστουλας, φλεβοκέντηση, χορήγηση φαρμάκων) | 4,39 | 0,86 |
| Η ψυχολογική υποστήριξη από το νοσηλευτικό προσωπικό                                | 4,33 | 0,89 |
| Η διακριτικότητα με την οποία σας δίνεται η κάθε πληροφορία                         | 4,29 | 0,86 |
| Οι πληροφορίες που λαμβάνετε από το νοσηλευτικό προσωπικό                           | 4,26 | 0,96 |
| Η κατανόηση των αναγκών σας                                                         | 4,20 | 0,96 |
| Ο σεβασμός της άποψή σας                                                            | 4,17 | 0,99 |
| Η ενθάρρυνση για ερωτήσεις                                                          | 4,03 | 1,09 |
| Η εξυπηρέτηση των προσωπικών αναγκών (π.χ. βοήθεια στο ντύσιμο, βοήθεια στο φαγητό) | 3,97 | 1,22 |

**Πίνακας 14:**Νοσηλευτική φροντίδα



**Γράφημα 21:**Νοσηλευτική φροντίδα

## 8.6 Ερευνητικά ερωτήματα

- 1) Ποια τα επίπεδα αντιληπτής κοινωνικής υποστήριξης, κόπωσης, ποιότητας ζωής και νοσηλευτικής φροντίδας που λαμβάνουν οι ασθενείς;
- 2) Ποια η επίδραση του δημογραφικού προφίλ στα επίπεδα αντιληπτής κοινωνικής υποστήριξης, κόπωσης, ποιότητας ζωής και νοσηλευτικής φροντίδας;
- 3) Σε ποιο βαθμό η κοινωνική υποστήριξη και η νοσηλευτική φροντίδα που λαμβάνουν οι ασθενείς μειώνουν τα επίπεδα κόπωσης και βελτιώνουν την ποιότητα ζωής τους;

### 8.6.1 1<sup>ο</sup> ερευνητικό ερώτημα

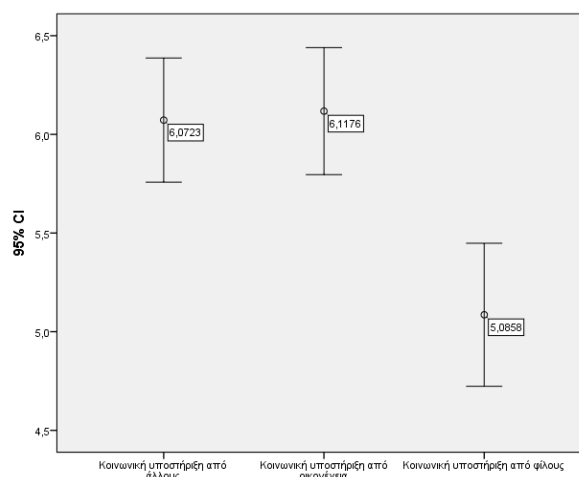
Ποια τα επίπεδα αντιληπτής κοινωνικής υποστήριξης, κόπωσης, ποιότητας ζωής και νοσηλευτικής φροντίδας που λαμβάνουν οι ασθενείς;

#### Κοινωνική υποστήριξη

Ο Πίνακας 15 (Γράφημα 22) παρουσιάζει τα αποτελέσματα σχετικά με τους παράγοντες κοινωνικής υποστήριξης. Δεδομένου της κλίμακας 1-7, προέκυψαν πολύ υψηλά επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης από την οικογένεια (Μ.Ο.=6,12 ± 1,33) και άλλους (Μ.Ο.=6,07 ± 1,30) και υψηλά από φίλους (Μ.Ο.=5,09 ± 1,50).

| Παράγοντες                          | Ελάχιστη | Μέγιστη | Μ.Ο. | Τ.Α. |
|-------------------------------------|----------|---------|------|------|
| Κοινωνική υποστήριξη από οικογένεια | 1        | 7       | 6,12 | 1,33 |
| Κοινωνική υποστήριξη από άλλους     | 1        | 7       | 6,07 | 1,30 |
| Κοινωνική υποστήριξη από φίλους     | 1        | 7       | 5,09 | 1,50 |

**Πίνακας 15:** Περιγραφικά στοιχεία για τους παράγοντες κοινωνικής υποστήριξης



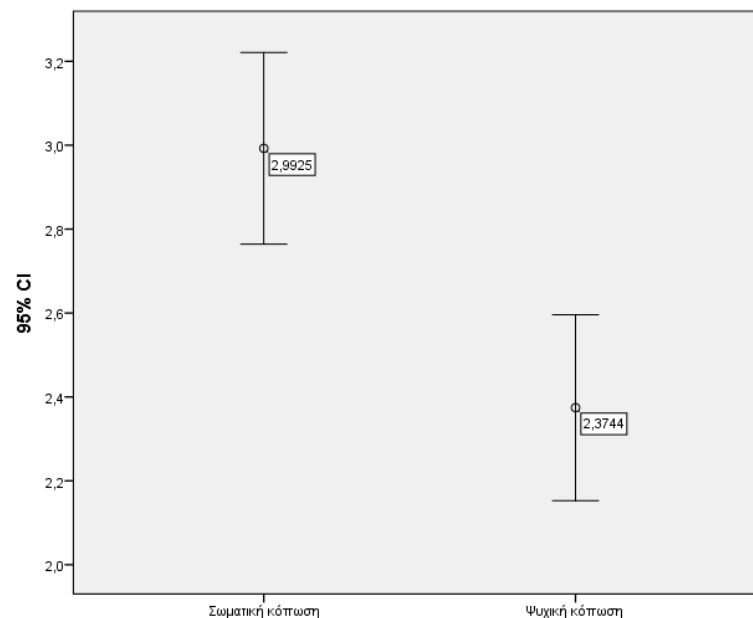
**Γράφημα 22:** Μέσες τιμές και 95% δ.ε. για τους παράγοντες κοινωνικής υποστήριξης

## Κόπωση

Ο Πίνακας 16 (Γράφημα 23) παρουσιάζει τα αποτελέσματα σχετικά με τους παράγοντες κόπωσης. Δεδομένου της κλίμακας 1-5, προέκυψαν μέτρια επίπεδα σωματικής κόπωση (Μ.Ο.=2,97 ± 0,95) και χαμηλά ψυχικής (Μ.Ο.=2,37 ± 0,91).

| Παράγοντες      | Ελάχιστη | Μέγιστη | Μ.Ο. | Τ.Α. |
|-----------------|----------|---------|------|------|
| Σωματική κόπωση | 1,00     | 4,80    | 2,97 | 0,95 |
| Ψυχική κόπωση   | 1,00     | 5,00    | 2,37 | 0,91 |

**Πίνακας 16:** Περιγραφικά στοιχεία για τους παράγοντες κόπωσης



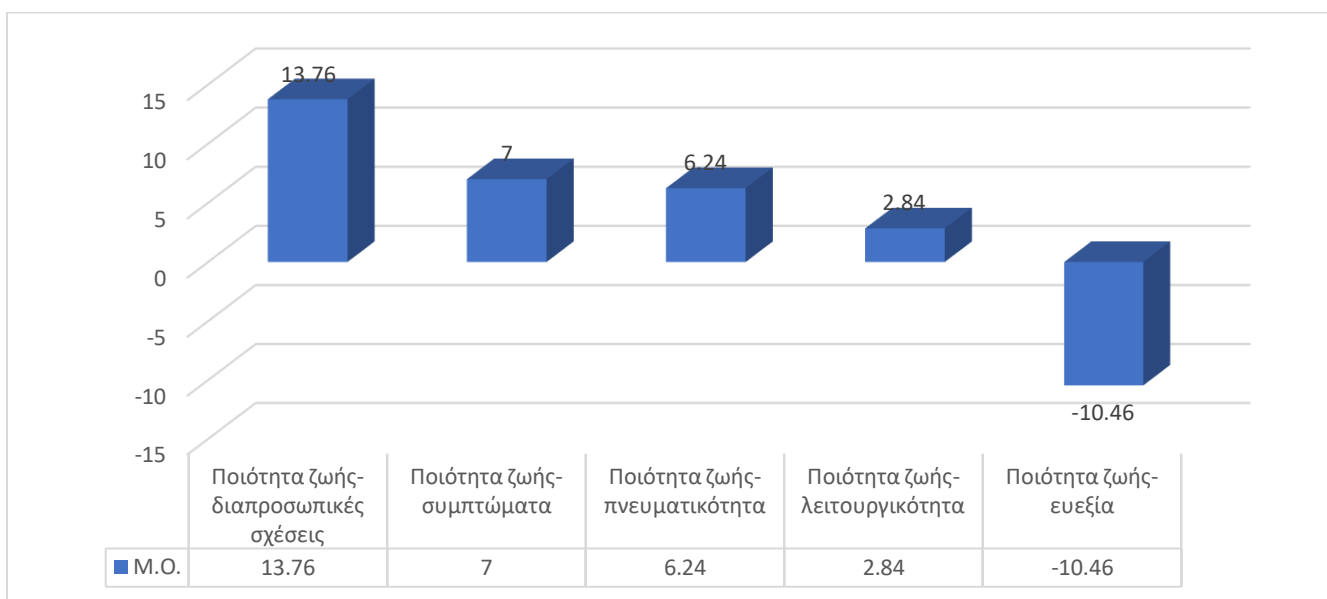
**Γράφημα 23:** Μέσες τιμές και 95% δ.ε. για τους παράγοντες κόπωσης

## Ποιότητα ζωής

Ο Πίνακας 17 (Γράφημα 24) παρουσιάζει τα περιγραφικά στοιχεία για τους παράγοντες της ποιότητας ζωής. Δεδομένου της κλίμακας -30 έως 30, προέκυψαν υψηλά επίπεδα ποιότητας ζωής ως προς τις διαπροσωπικές σχέσεις (Μ.Ο.=13,76 ± 12,40), μέτρια προς υψηλά ως προς τα συμπτώματα (Μ.Ο.=7,00 ± 8,44) και την πνευματικότητα (Μ.Ο.=6,24 ± 16,18), μέτρια ως προς την λειτουργικότητα (Μ.Ο.=2,84 ± 13,51) και χαμηλά ως προς την ευεξία (Μ.Ο.= -10,46 ± 14,20).

| Παράγοντες                          | Ελάχιστη | Μέγιστη | M.O.   | T.A.  |
|-------------------------------------|----------|---------|--------|-------|
| Ποιότητα ζωής-διαπροσωπικές σχέσεις | -20,00   | 30,00   | 13,76  | 12,40 |
| Ποιότητα ζωής-συμπτώματα            | -8,00    | 25,00   | 7,00   | 8,44  |
| Ποιότητα ζωής-πνευματικότητα        | -20,00   | 30,00   | 6,24   | 16,18 |
| Ποιότητα ζωής-λειτουργικότητα       | -20,00   | 30,00   | 2,84   | 13,51 |
| Ποιότητα ζωής-ευεξία                | -25,00   | 25,00   | -10,46 | 14,20 |

**Πίνακας 17:** Περιγραφικά στοιχεία για τους παράγοντες ποιότητας ζωής



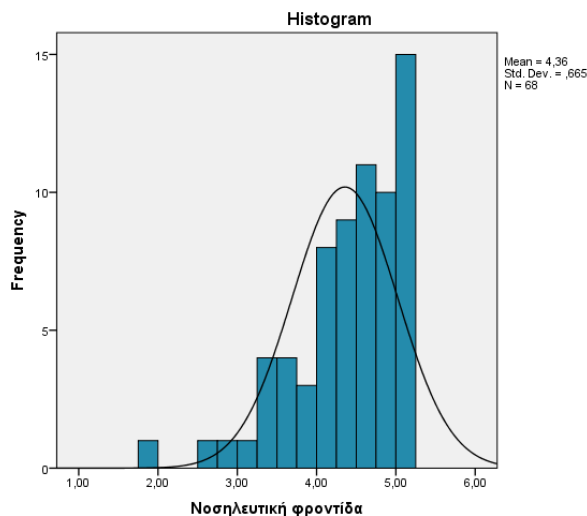
**Γράφημα 24:** Μέσες τιμές για τους παράγοντες ποιότητας ζωής

### Νοσηλευτική φροντίδα

Ο Πίνακας 18 (Γράφημα 25) παρουσιάζει τα αποτελέσματα σχετικά με την νοσηλευτική φροντίδα που λαμβάνουν οι ασθενείς. Δεδομένου της κλίμακας 1-5, η νοσηλευτική φροντίδα που λαμβάνουν οι ασθενείς χαρακτηρίστηκε υψηλή (M.O.=4,36 ± 0,67).

| Στατιστικό | Τιμή |
|------------|------|
| M.O.       | 4,36 |
| T.A.       | 0,67 |
| Ελάχιστη   | 1,77 |
| Μέγιστη    | 5,00 |
| 25%        | 4,02 |
| 50%        | 4,54 |
| 75%        | 4,85 |

**Πίνακας 18:** Περιγραφικά στοιχεία για τον παράγοντα της νοσηλευτικής φροντίδας



Γράφημα 25: Ιστόγραμμα για τον παράγοντα της νοσηλευτικής φροντίδας

## 8.6.2 2<sup>ο</sup> ερευνητικό ερώτημα

Ποια η επίδραση του δημογραφικού προφίλ στα επίπεδα αντιληπτής κοινωνικής υποστήριξης, κόπωσης, ποιότητας ζωής και νοσηλευτικής φροντίδας;

Στην παρών ερευνητικό ερώτημα παρουσιάζονται μόνο τα στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα.

### Ηλικία

Ο Πίνακας 19 παρουσιάζει τα στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα των συσχετίσεων Spearman της ηλικίας με τους παράγοντες της έρευνας. Προκύπτει ότι η ηλικία συσχετίστηκε θετικά με τους παράγοντες «Κοινωνική υποστήριξη από άλλους» ( $r=0,244$ ,  $p<0,05$ ), «Σωματική κόπωση» ( $r=0,265$ ,  $p<0,05$ ), «Ψυχική κόπωση» ( $r=0,320$ ,  $p<0,01$ ) και αρνητικά με τον παράγοντα «Κοινωνική υποστήριξη από φίλους» ( $r=-0,253$ ,  $p<0,05$ ).

| Παράγοντες                      | Ηλικία |
|---------------------------------|--------|
| Κοινωνική υποστήριξη από άλλους | ,244*  |
| Κοινωνική υποστήριξη από φίλους | -,253* |
| Σωματική κόπωση                 | ,265*  |
| Ψυχική κόπωση                   | ,320** |

\* $p<0,05$ , \*\* $p<0,01$

Πίνακας 19: Στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις Spearman της ηλικίας με τους παράγοντες της έρευνας.

### Εκπαιδευτικό επίπεδο

Ο Πίνακας 20 παρουσιάζει τα στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα των ελέγχων ANOVA και Kruskal Wallis των παραγόντων της έρευνας ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο, όπου προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση μέσω των τιμών στον παράγοντα «Σωματική κόπωση» ( $F(3,64) = 2,939, p = 0,040$ ) και στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση μέσω των βαθμίδων στον παράγοντα «Ποιότητα ζωής-Πνευματικότητα» ( $H(3) = 8,500, p = 0,037$ ).

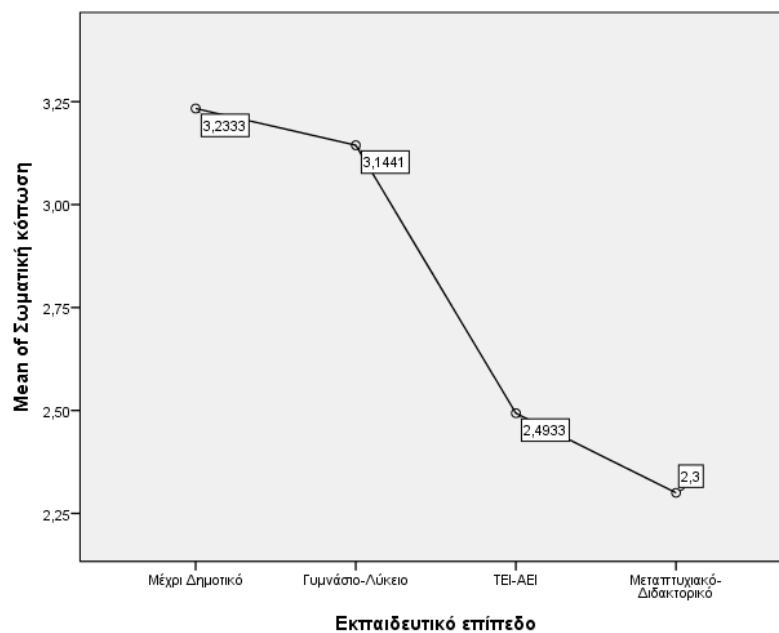
| Παράγοντας                   | Εκπαιδευτικό επίπεδο     | N  | M.O.  | F (3,64) | p-value      | Έλεγχος        |
|------------------------------|--------------------------|----|-------|----------|--------------|----------------|
| Σωματική κόπωση              | Μέχρι Δημοτικό           | 15 | 3,23  | 2,939    | <b>0,040</b> | ANOVA          |
|                              | Γυμνάσιο-Λύκειο          | 34 | 3,14  |          |              |                |
|                              | ΤΕΙ-AEI                  | 15 | 2,49  |          |              |                |
|                              | Μεταπτυχιακό-Διδακτορικό | 4  | 2,30  |          |              |                |
| Παράγοντας                   | Εκπαιδευτικό επίπεδο     | N  | M.B.  | H(3)     | p-value      | Έλεγχος        |
| Ποιότητα ζωής-Πνευματικότητα | Μέχρι Δημοτικό           | 15 | 21,30 | 8,500    | <b>0,037</b> | Kruskal Wallis |
|                              | Γυμνάσιο-Λύκειο          | 33 | 37,26 |          |              |                |
|                              | ΤΕΙ-AEI                  | 15 | 37,37 |          |              |                |
|                              | Μεταπτυχιακό-Διδακτορικό | 4  | 42,13 |          |              |                |

**Πίνακας 20:** Στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα ελέγχων ANOVA και Kruskal Wallis των παραγόντων της έρευνας με το εκπαιδευτικό επίπεδο

Από τους Πίνακες 20-21 (Γράφημα 26) προκύπτει ότι στον παράγοντα «Σωματική κόπωση», χαμηλότερη μέση τιμή εμφάνισαν οι απόφοιτοι ΤΕΙ-AEI (M.O.=2,49) σε σύγκριση με τους αποφοίτους Δημοτικού (M.O.=3,23,  $p = 0,029$ ) και Γυμνασίου-Λυκείου (M.O.=3,14,  $p = 0,024$ ).

| Εκπαιδευτικό επίπεδο (I)     | Εκπαιδευτικό επίπεδο (J) | Μέση διαφορά (I-J) | p-value      |
|------------------------------|--------------------------|--------------------|--------------|
| Μέχρι Δημοτικό               | Γυμνάσιο-Λύκειο          | 0,08922            | 0,752        |
|                              | ΤΕΙ-ΑΕΙ                  | ,74000*            | <b>0,029</b> |
|                              | Μεταπτυχιακό-Διδακτορικό | 0,93333            | 0,073        |
| Γυμνάσιο-Λύκειο              | Μέχρι Δημοτικό           | -0,08922           | 0,752        |
|                              | ΤΕΙ-ΑΕΙ                  | ,65078*            | <b>0,024</b> |
|                              | Μεταπτυχιακό-Διδακτορικό | 0,84412            | 0,084        |
| ΤΕΙ-ΑΕΙ                      | Μέχρι Δημοτικό           | -,74000*           | <b>0,029</b> |
|                              | Γυμνάσιο-Λύκειο          | -,65078*           | <b>0,024</b> |
|                              | Μεταπτυχιακό-Διδακτορικό | 0,19333            | 0,707        |
| Μεταπτυχιακό-<br>Διδακτορικό | Μέχρι Δημοτικό           | -0,93333           | 0,073        |
|                              | Γυμνάσιο-Λύκειο          | -0,84412           | 0,084        |
|                              | ΤΕΙ-ΑΕΙ                  | -0,19333           | 0,707        |

**Πίνακας 21:** Post hoc analysis LSD για «Σωματική κόπωση» \* Εκπαιδευτικό επίπεδο

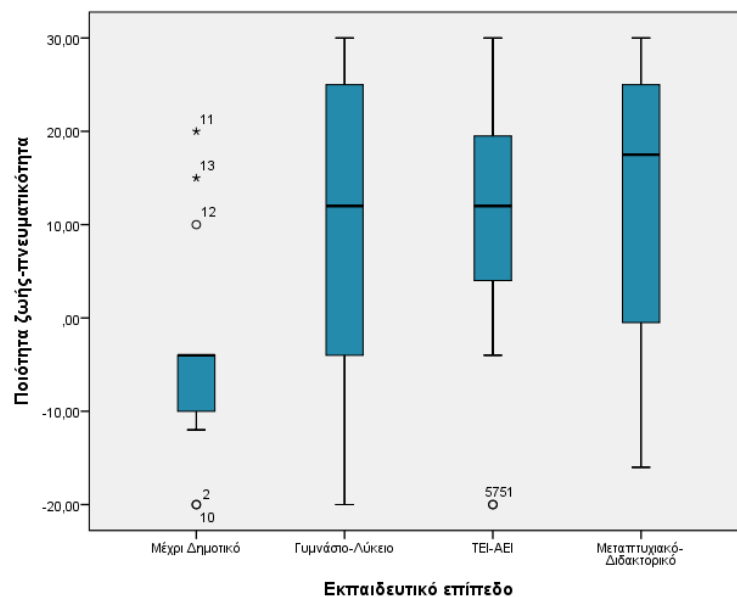


**Γράφημα 26:** «Σωματική κόπωση» \* Εκπαιδευτικό επίπεδο

Από τους Πίνακες 20 και 22 (Γράφημα 27) προκύπτει ότι στον παράγοντα «Ποιότητα ζωής-Πνευματικότητα», χαμηλότερη μέση βαθμίδα εμφάνισαν οι απόφοιτοι Δημοτικού (M.B.=21,30) σε σύγκριση με τους αποφοίτους Γυμνασίου-Λυκείου (M.B.=37,26, adj.p=0,050) και τους αποφοίτους ΤΕΙ-ΑΕΙ (M.B.=37,37, p=0,023).

| Sample1-Sample2                | Test Statistic | Std. Error | Std. Test Statistic | Sig. | Adj.Sig. |
|--------------------------------|----------------|------------|---------------------|------|----------|
| Μέχρι Δημοτικό-Γυμνάσιο-Λύκειο | -15,958        | 6,045      | -2,640              | ,008 | ,050     |
| Μέχρι Δημοτικό-ΤΕΙ-ΑΕΙ         | -16,067        | 7,089      | -2,266              | ,023 | ,141     |
| Μέχρι Δημοτικό-Μεταπτυχιακό-   | -20,825        | 10,925     | -1,906              | ,057 | ,340     |
| Γυμνάσιο-Λύκειο-ΤΕΙ-ΑΕΙ        | -,109          | 6,045      | -,018               | ,986 | 1,000    |
| Γυμνάσιο-Λύκειο-Μεταπτυχιακό-  | -4,867         | 10,278     | -,474               | ,636 | 1,000    |
| ΤΕΙ-ΑΕΙ-Μεταπτυχιακό-          | -4,758         | 10,925     | -,436               | ,663 | 1,000    |

Πίνακας 22: Post hoc analysis Bonferonni για «Ποιότητα ζωής-Πνευματικότητα» \* Εκπαιδευτικό επίπεδο



Γράφημα 27: «Ποιότητα ζωής-Πνευματικότητα» \* Εκπαιδευτικό επίπεδο

### Τόπος διαμονής κατοικίας

Ο Πίνακας 23 παρουσιάζει τα στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα των ελέγχων ANOVA και Kruskal Wallis των παραγόντων της έρευνας ως προς τον τόπο διαμονής κατοικίας, όπου προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση μέσω των τιμών στον παράγοντα «Ποιότητα ζωής-πνευματικότητα» ( $F(2,64) = 3,510$ ,  $p = 0,036$ ) και στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση μέσω βαθμίδων στον παράγοντα «Νοσηλευτική φροντίδα» ( $H(2) = 6,486$ ,  $p = 0,039$ ).

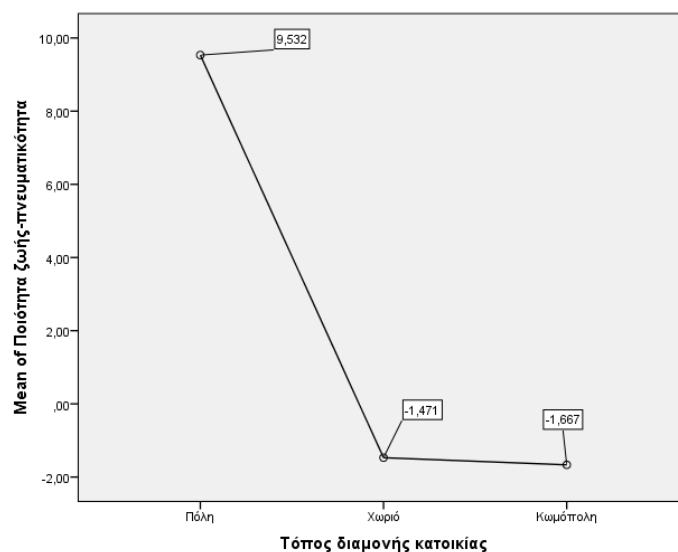
| Παράγοντας                       | Τόπος διαμονής κατοικίας | N  | M.O.  | F (2,64) | p-value      | Έλεγχος           |
|----------------------------------|--------------------------|----|-------|----------|--------------|-------------------|
| Ποιότητα ζωής-<br>πνευματικότητα | Πόλη                     | 47 | 9,53  | 3,510    | <b>0,036</b> | ANOVA             |
|                                  | Χωριό                    | 17 | -1,47 |          |              |                   |
|                                  | Κωμόπολη                 | 3  | -1,67 |          |              |                   |
| Παράγοντας                       | Τόπος διαμονής κατοικίας | N  | M.B.  | H(2)     | p-value      | Έλεγχος           |
| Νοσηλευτική<br>φροντίδα          | Πόλη                     | 48 | 31,60 | 6,486    | <b>0,039</b> | Kruskal<br>Wallis |
|                                  | Χωριό                    | 17 | 44,62 |          |              |                   |
|                                  | Κωμόπολη                 | 3  | 23,50 |          |              |                   |

**Πίνακας 23:** Στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα ελέγχων ANOVA και Kruskal Wallis των παραγόντων της έρευνας με τον τόπο διαμονής κατοικίας

Από τους Πίνακες 23-24 (Γράφημα 28) προκύπτει ότι στον παράγοντα «Ποιότητα ζωής-πνευματικότητα» η μέση τιμή των ατόμων που βρίσκονται στην πόλη (M.O.=9,53) είναι στατιστικά μεγαλύτερη από την αντίστοιχη όσων βρίσκονται σε χωριό (M.O.=-1,47,  $p=0,015$ ).

| Τόπος διαμονής κατοικίας (I) | Τόπος διαμονής κατοικίας (J) | Μέση διαφορά (I-J) | p-value      |
|------------------------------|------------------------------|--------------------|--------------|
| Πόλη                         | Χωριό                        | 11,00250*          | <b>0,015</b> |
|                              | Κωμόπολη                     | 11,19858           | 0,232        |
| Χωριό                        | Πόλη                         | -11,00250*         | <b>0,015</b> |
|                              | Κωμόπολη                     | 0,19608            | 0,984        |
| Κωμόπολη                     | Πόλη                         | -11,1986           | 0,232        |
|                              | Χωριό                        | -0,19608           | 0,984        |

**Πίνακας 24:** Post hoc analysis LSD για «Ποιότητα ζωής-πνευματικότητα» \* Τόπος διαμονής κατοικίας

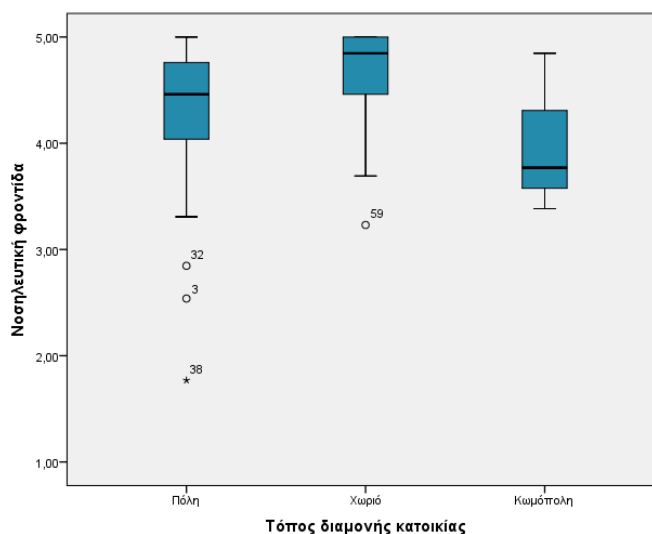


**Γράφημα 28:** «Ποιότητα ζωής-Πνευματικότητα» \* Τόπος διαμονής κατοικίας

Από τους Πίνακες 23, 25 (Γράφημα 29) προκύπτει ότι στον παράγοντα «Νοσηλευτική φροντίδα» η μέση βαθμίδα των ατόμων που βρίσκονται στην πόλη (M.B.=31,60) είναι στατιστικά μικρότερη από την αντίστοιχη όσων βρίσκονται σε χωριό (M.B.=44,62,  $p=0,019$ ).

| Sample1-Sample2 | Test Statistic | Std. Error | Std. Test Statistic | Sig. | Adj.Sig. |
|-----------------|----------------|------------|---------------------|------|----------|
| Κωμόπολη-Πόλη   | 8,104          | 11,697     | ,693                | ,488 | 1,000    |
| Κωμόπολη-Χωριό  | 21,118         | 12,308     | 1,716               | ,086 | ,259     |
| Πόλη-Χωριό      | -13,013        | 5,547      | -2,346              | ,019 | ,057     |

**Πίνακας 25:** Post hoc analysis Bonferonni για «Ποιότητα ζωής-Πνευματικότητα» \* Εκπαιδευτικό επίπεδο \* Τόπος διαμονής κατοικίας



**Γράφημα 29:** «Νοσηλευτική φροντίδα» \* Τόπος διαμονής κατοικίας

### Απασχόληση

Ο Πίνακας 26 παρουσιάζει τα στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα των ελέγχων Kruskal Wallis των παραγόντων της έρευνας ως προς την απασχόληση, όπου προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση μέσω βαθμίδων στον παράγοντα «Κοινωνική υποστήριξη από φίλους» ( $H(3)=15,456$ ,  $p=0,001$ ).

Από τους Πίνακες 26-27 (Γράφημα 30) προκύπτει ότι στον παράγοντα «Κοινωνική υποστήριξη από φίλους», η μέση βαθμίδα των ατόμων που είναι ελεύθεροι επαγγελματίες (M.B.=55,25) είναι στατιστικά μεγαλύτερη από την αντίστοιχη όσων είναι συνταξιούχοι

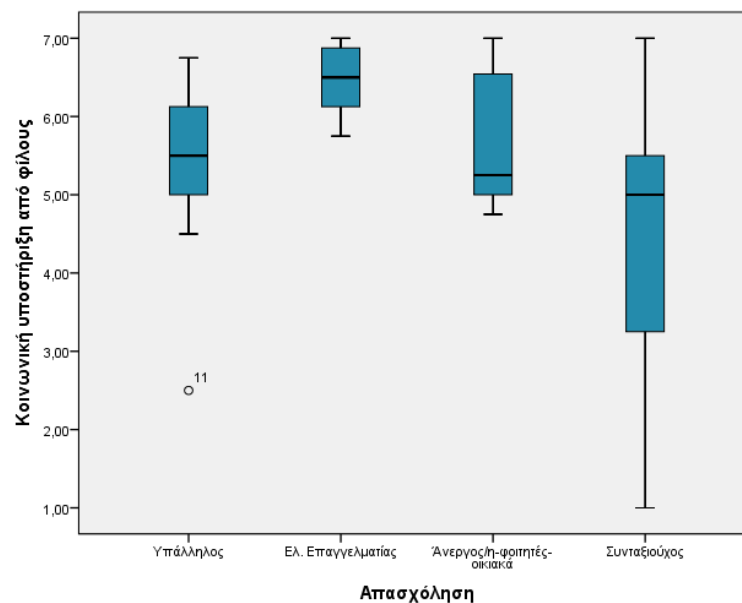
(M.B.=27,20, adj.p.=0,002) δημόσιοι-ιδιωτικοί υπάλληλοι (M.B.=36,68, p=0,043). Επιπλέον, στον ίδιο παράγοντα η μέση βαθμίδα συνταξιούχων (M.B.=27,20) είναι στατιστικά μικρότερη από την αντίστοιχη των ανέργων (M.B.=41,17, p=0,033).

| Παράγοντας                      | Απασχόληση                   | N  | M.B.  | H(3)   | p-value      |
|---------------------------------|------------------------------|----|-------|--------|--------------|
| Κοινωνική υποστήριξη από φίλους | Δημόσιος-Ιδιωτικός υπάλληλος | 11 | 36,68 | 15,456 | <b>0,001</b> |
|                                 | Ελ. Επαγγελματίας            | 8  | 55,25 |        |              |
|                                 | Άνεργος/η-φοιτητές-οικιακά   | 12 | 41,17 |        |              |
|                                 | Συνταξιούχος                 | 37 | 27,20 |        |              |

**Πίνακας 26:** Στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα ελέγχων Kruskal Wallis των παραγόντων της έρευνας με την απασχόληση

| Sample1-Sample2                | Test Statistic | Std. Error | Std. Test Statistic | Sig. | Adj.Sig. |
|--------------------------------|----------------|------------|---------------------|------|----------|
| Συνταξιούχος-Υπάλληλος         | 9,479          | 6,767      | 1,401               | ,161 | ,967     |
| Συνταξιούχος-Άνεργος/η-        | 13,964         | 6,546      | 2,133               | ,033 | ,197     |
| Συνταξιούχος-Ελ. Επαγγελματίας | 28,047         | 7,682      | 3,651               | ,000 | ,002     |
| Υπάλληλος-Άνεργος/η-φοιτητές-  | -4,485         | 8,225      | -,545               | ,586 | 1,000    |
| Υπάλληλος-Ελ. Επαγγελματίας    | -18,568        | 9,155      | -2,028              | ,043 | ,255     |
| Άνεργος/η-φοιτητές-οικιακά-Ελ. | 14,083         | 8,993      | 1,566               | ,117 | ,704     |

**Πίνακας 27:** Post hoc analysis Bonferonni για «Κοινωνική υποστήριξη από φίλους» \* Απασχόληση



**Γράφημα 30:** «Κοινωνική υποστήριξη από φίλους» \* Απασχόληση

### Χρόνια στην αιμοκάθαρση

Ο Πίνακας 27 παρουσιάζει τα στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα των ελέγχων Kruskal Wallis των παραγόντων της έρευνας ως προς τα χρόνια στην αιμοκάθαρση, όπου προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση μέσω των βαθμίδων στους παράγοντες «Κοινωνική

υποστήριξη από άλλους» ( $H(2) = 7,968, p = 0,019$ ), «Κοινωνική υποστήριξη από οικογένεια» ( $H(2) = 7,213, p = 0,027$ ), «Ποιότητα ζωής-διαπροσωπικές σχέσεις» ( $H(2) = 8,700, p = 0,013$ ) και μέσω των τιμών στον παράγοντα «Σωματική κόπωση» ( $F(2,65) = 3,825, p = 0,027$ ).

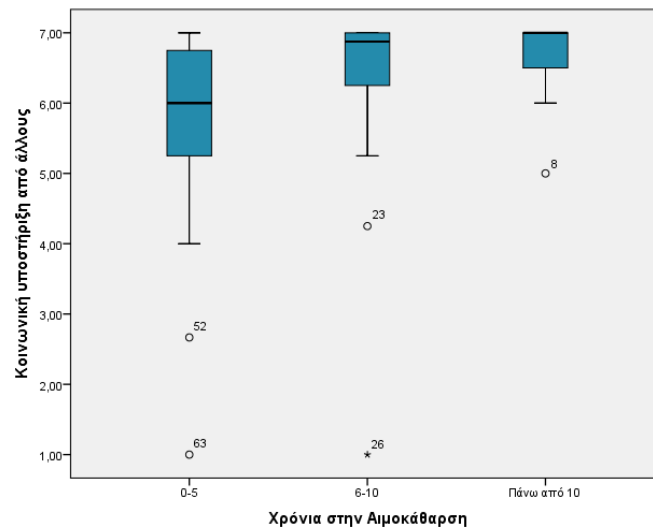
| Παράγοντες                          | Χρόνια στην αιμοκάθαρση | N  | M.B.  | H(2)     | p-value      | Έλεγχος        |
|-------------------------------------|-------------------------|----|-------|----------|--------------|----------------|
| Κοινωνική υποστήριξη από άλλους     | 0-5                     | 37 | 28,69 | 7,968    | <b>0,019</b> | Kruskal Wallis |
|                                     | 6-10                    | 18 | 39,33 |          |              |                |
|                                     | Πάνω από 10             | 13 | 44,35 |          |              |                |
| Κοινωνική υποστήριξη από οικογένεια | 0-5                     | 37 | 28,95 | 7,213    | <b>0,027</b> | Kruskal Wallis |
|                                     | 6-10                    | 18 | 39,42 |          |              |                |
|                                     | Πάνω από 10             | 13 | 43,50 |          |              |                |
| Ποιότητα ζωής-διαπροσωπικές σχέσεις | 0-5                     | 35 | 27,54 | 8,700    | <b>0,013</b> | Kruskal Wallis |
|                                     | 6-10                    | 17 | 34,82 |          |              |                |
|                                     | Πάνω από 10             | 13 | 45,31 |          |              |                |
| Παράγοντας                          | Χρόνια στην αιμοκάθαρση | N  | M.O.  | F (2,65) | p-value      | Έλεγχος        |
| Σωματική κόπωση                     | 0-5                     | 37 | 2,75  | 3,825    | <b>0,027</b> | ANOVA          |
|                                     | 6-10                    | 18 | 3,47  |          |              |                |
|                                     | Πάνω από 10             | 13 | 2,92  |          |              |                |

**Πίνακας 28:** Στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα ελέγχων Kruskal Wallis και ANOVA των παραγόντων της έρευνας με τα χρόνια στην αιμοκάθαρση

Από τους Πίνακες 28-29 (Γράφημα 31) προκύπτει ότι στον παράγοντα «Κοινωνική υποστήριξη από άλλους», η μέση βαθμίδα των ατόμων με 0-5 χρόνια στην αιμοκάθαρση ( $M.B. = 28,69$ ) είναι στατιστικά μικρότερη από την αντίστοιχη των ατόμων με πάνω από 10 χρόνια ( $M.B. = 39,33, adj.p. = 0,034$ ).

| Sample1-Sample2  | Test Statistic | Std. Error | Std. Test Statistic | Sig. | Adj.Sig.    |
|------------------|----------------|------------|---------------------|------|-------------|
| 0-5-6-10         | -10,644        | 5,511      | -1,932              | ,053 | ,160        |
| 0-5-Πάνω από 10  | -15,657        | 6,183      | -2,532              | ,011 | <b>,034</b> |
| 6-10-Πάνω από 10 | -5,013         | 6,980      | -,718               | ,473 | 1,000       |

**Πίνακας 29:** Post hoc analysis Bonferonni για «Κοινωνική υποστήριξη από άλλους» \* Χρόνια στην αιμοκάθαρση

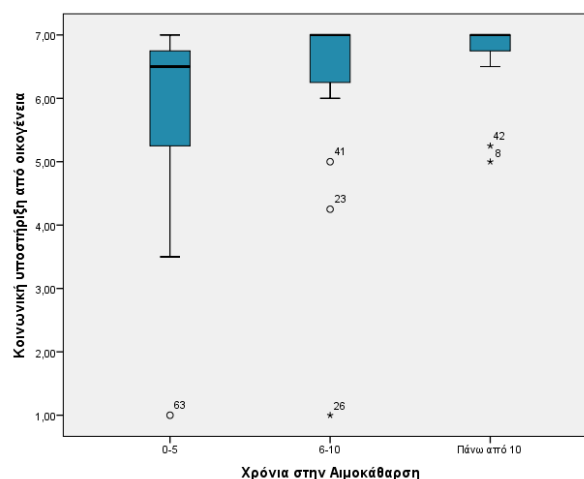


Γράφημα 31: «Κοινωνική υποστήριξη από άλλους» \* Χρόνια στην Αιμοκάθαρση

Από τους Πίνακες 28,30 (Γράφημα 32) προκύπτει ότι στον παράγοντα «Κοινωνική υποστήριξη από οικογένεια», η μέση βαθμίδα των ατόμων με 0-5 χρόνια στην αιμοκάθαρση (Μ.Β.=28,95) είναι στατιστικά μικρότερη από την αντίστοιχη των ατόμων με πάνω από 10 χρόνια (Μ.Β.=39,42,  $p=0,018$ ).

| Sample1-Sample2  | Test Statistic | Std. Error | Std. Test Statistic | Sig. | Adj.Sig. |
|------------------|----------------|------------|---------------------|------|----------|
| 0.5-6.10         | -10,471        | 5,487      | -1,908              | ,056 | ,169     |
| 0.5-Πάνω από 10  | -14,554        | 6,156      | -2,364              | ,018 | ,054     |
| 6.10-Πάνω από 10 | -4,083         | 6,949      | -,588               | ,557 | 1,000    |

Πίνακας 30: Post hoc analysis Bonferonni για «Κοινωνική υποστήριξη από οικογένεια» \* Χρόνια στην αιμοκάθαρση

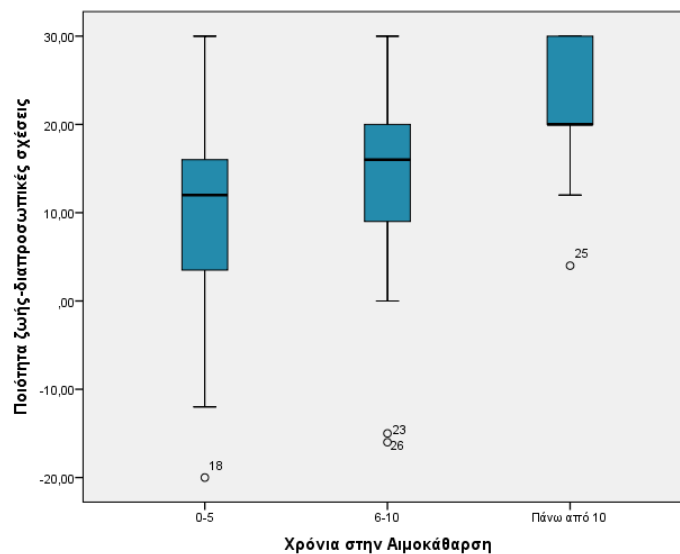


Γράφημα 32: «Κοινωνική υποστήριξη από οικογένεια» \* Χρόνια στην Αιμοκάθαρση

Από τους Πίνακες 28,31 (Γράφημα 33) προκύπτει ότι στον παράγοντα «Ποιότητα ζωής-διαπροσωπικές σχέσεις», η μέση βαθμίδα των ατόμων με 0-5 χρόνια στην αιμοκάθαρση (Μ.Β.=27,54) είναι στατιστικά μικρότερη από την αντίστοιχη των ατόμων με πάνω από 10 χρόνια (Μ.Β.=45,31, adj.p=0,011).

| Sample1-Sample2  | Test Statistic | Std. Error | Std. Test Statistic | Sig. | Adj.Sig. |
|------------------|----------------|------------|---------------------|------|----------|
| 0-5-6-10         | -7,281         | 5,552      | -1,311              | ,190 | ,569     |
| 0-5-Πάνω από 10  | -17,765        | 6,099      | -2,913              | ,004 | ,011     |
| 6-10-Πάνω από 10 | -10,484        | 6,919      | -1,515              | ,130 | ,389     |

**Πίνακας 31:** Post hoc analysis Bonferonni «Ποιότητα ζωής-διαπροσωπικές σχέσεις» \* Χρόνια στην αιμοκάθαρση

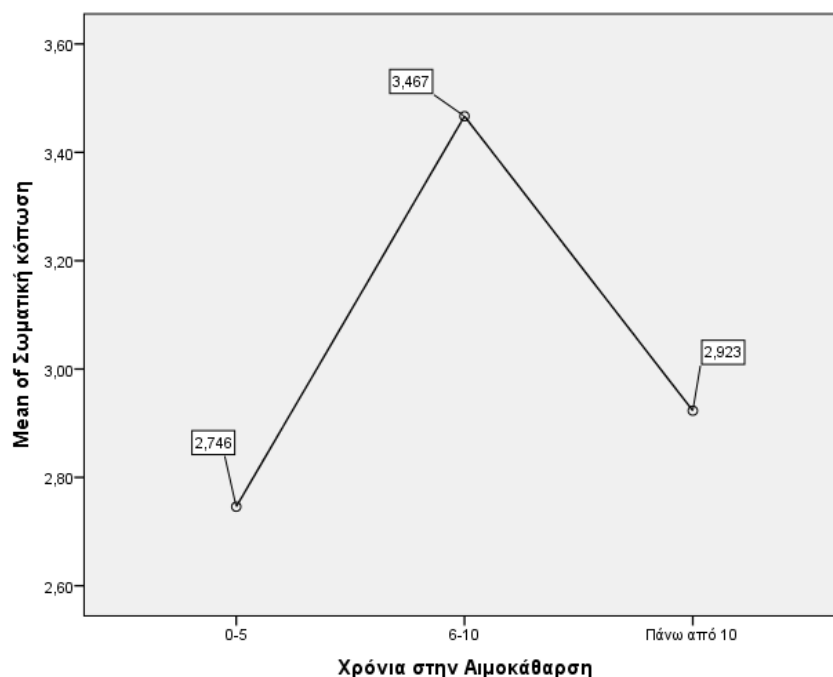


**Γράφημα 33:** «Ποιότητα ζωής-διαπροσωπικές σχέσεις» \* Χρόνια στην Αιμοκάθαρση

Από τους Πίνακες 28,32 (Γράφημα 34) προκύπτει ότι στον παράγοντα «Σωματική κόπωση», η μέση τιμή των ατόμων με 0-5 χρόνια στην αιμοκάθαρση (Μ.Ο.=2,75) είναι στατιστικά μικρότερη από την αντίστοιχη των ατόμων με 6-10 χρόνια (Μ.Ο.=3,47, p=0,008).

| Χρόνια στην αιμοκάθαρση (I) | Χρόνια στην αιμοκάθαρση (J) | Μέση διαφορά (I-J) | p-value      |
|-----------------------------|-----------------------------|--------------------|--------------|
| 0-5                         | 6-10                        | -,72072*           | <b>0,008</b> |
|                             | Πάνω από 10                 | -0,17713           | 0,548        |
| 6-10                        | 0-5                         | ,72072*            | <b>0,008</b> |
|                             | Πάνω από 10                 | 0,54359            | 0,105        |
| Πάνω από 10                 | 0-5                         | 0,17713            | 0,548        |
|                             | 6-10                        | -0,54359           | 0,105        |

Πίνακας 32: Post hoc analysis Bonferonni «Σωματική κόπωση»\* Χρόνια στην αιμοκάθαρση



Γράφημα 34: «Σωματική κόπωση» \* Χρόνια στην Αιμοκάθαρση

### 8.6.3 3<sup>ο</sup> ερευνητικό ερώτημα

Σε ποιο βαθμό η κοινωνική υποστήριξη και η νοσηλευτική φροντίδα που λαμβάνουν οι ασθενείς μειώνουν τα επίπεδα κόπωσης και βελτιώνουν την ποιότητα ζωής τους;

Ο Πίνακας 33 παρουσιάζει τα αποτελέσματα των συσχετίσεων Spearman μεταξύ των παραγόντων της κοινωνικής υποστήριξης και νοσηλευτικής φροντίδας με τους παράγοντες της κόπωσης και της ποιότητας ζωής. Προκύπτει ότι

Η «Ποιότητα ζωής-διαπροσωπικές σχέσεις» συσχετίστηκε θετικά με την «Κοινωνική υποστήριξη από άλλους» ( $r=0,461$ ,  $p<0,01$ ), «Κοινωνική υποστήριξη από οικογένεια» ( $r=0,493$ ,  $p<0,01$ ) και «Κοινωνική υποστήριξη από φίλους» ( $r=0,411$ ,  $p<0,01$ ).

Η «Ποιότητα ζωής» συσχετίστηκε θετικά με την «Κοινωνική υποστήριξη από άλλους» ( $r=0,268$ ,  $p<0,05$ ) και «Κοινωνική υποστήριξη από οικογένεια» ( $r=0,276$ ,  $p<0,05$ ).

Η «Σφαιρική ποιότητα ζωής» συσχετίστηκε θετικά με την «Κοινωνική υποστήριξη από άλλους» ( $r=0,248$ ,  $p<0,05$ ) και «Κοινωνική υποστήριξη από οικογένεια» ( $r=0,253$ ,  $p<0,05$ ).

| Συσχετίσεις Spearman                | Κοινωνική υποστήριξη από άλλους | Κοινωνική υποστήριξη από οικογένεια | Κοινωνική υποστήριξη από φίλους | Νοσηλευτική φροντίδα |
|-------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|----------------------|
| Ποιότητα ζωής-συμπτώματα            | 0,195                           | 0,099                               | 0,165                           | 0,139                |
| Ποιότητα ζωής-λειτουργικότητα       | 0,195                           | 0,182                               | 0,125                           | 0,123                |
| Ποιότητα ζωής-διαπροσωπικές σχέσεις | ,461**                          | ,493**                              | ,411**                          | 0,177                |
| Ποιότητα ζωής-ευεξία                | 0,007                           | -0,005                              | -0,145                          | 0,088                |
| Ποιότητα ζωής-πνευματικότητα        | 0,103                           | 0,121                               | 0,107                           | 0,114                |
| Ποιότητα ζωής                       | ,268*                           | ,276*                               | 0,214                           | 0,148                |
| Σφαιρική ποιότητα ζωής              | ,248*                           | ,253*                               | 0,182                           | 0,179                |

\* $p<0,05$ , \*\* $p<0,01$

**Πίνακας 33:** Συσχετίσεις Spearman για τους παράγοντες της κοινωνικής υποστήριξης και νοσηλευτικής φροντίδας με τους παράγοντες της κόπωσης και της ποιότητας ζωής

## 9 Κεφάλαιο. Συμπεράσματα

### 9.1 Συζήτηση - Συμπεράσματα

Στην παρούσα έρευνα συμμετείχαν 69 ασθενείς με αιμοκάθαρση, της μονάδας τεχνητού νεφρού, του Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ρίου. Η πλειοψηφία των ασθενών ήταν άντρες ηλικίας 51-80 ετών, έγγαμοι με 1-2 παιδιά, με εκπαιδευτικό επίπεδο έως αυτό του Λυκείου, που διαμένουν σε πόλη. Όσον αφορά την επαγγελματική απασχόληση το 55% είναι συνταξιούχοι, με την πλειοψηφία να δηλώνει εισόδημα 500-1.500 ευρώ. Οι μισοί περίπου ασθενείς ανέφεραν ότι έχουν την ασθένεια 0-5 χρόνια και το 25% δήλωσε 6-10 χρόνια.

Στο 1<sup>ο</sup> ερευνητικό ερώτημα μελετήθηκαν τα επίπεδα αντιληπτής κοινωνικής υποστήριξης, κόπωσης, ποιότητας ζωής και νοσηλευτικής φροντίδας που λαμβάνουν οι ασθενείς. Παρατηρήθηκαν πολύ υψηλά επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης από την οικογένεια και άλλα άτομα και υψηλά από τους φίλους. Μέτρια χαρακτηρίστηκαν τα επίπεδα σωματικής κόπωσης και χαμηλά τα επίπεδα ψυχικής. Οι ασθενείς χαρακτήρισαν την σφαιρική ποιότητα ζωής τους καλή. Η βαθύτερη ανάλυση ανέδειξε υψηλά επίπεδα ποιότητας ζωής ως προς τις διαπροσωπικές σχέσεις, μέτρια προς υψηλά ως προς τα συμπτώματα και την πνευματικότητα μέτρια ως προς την λειτουργικότητα και χαμηλά ως προς την ευεξία. Οι ασθενείς έδειξαν πολύ ικανοποιημένοι από την νοσηλευτική φροντίδα που λαμβάνουν.

Συγκεκριμένα, για την κοινωνική υποστήριξη από την οικογένεια οι ασθενείς ανέφεραν πολύ ότι οικογένειά τους προσπαθεί πραγματικά να τους βοηθήσει, ότι παίρνουν τη συναισθηματική βοήθεια και υποστήριξη που χρειάζονται από αυτήν, ότι μπορούν να συζητούν τα προβλήματά τους με την οικογένειά τους και ότι αυτή είναι πρόθυμη να τους βοηθήσει να παίρνουν αποφάσεις.

Η οικογενειακή υποστήριξη παίζει ουσιαστικό ρόλο στην ευημερία των ασθενών. Η οικογενειακή υποστήριξη είναι η βοήθεια άλλων μελών της οικογένειας που θα παρέχουν σωματική και ψυχολογική αρωγή, όπως προσοχή, εκτίμηση ή βοήθεια στον ασθενή να αποδεχτεί τις συνθήκες του. Η αποτελεσματική και αποδοτική οικογενειακή υποστήριξη είναι το κλειδί για τη βελτίωση της ευεξίας των ασθενών που λαμβάνουν θεραπεία αιμοκάθαρσης. Η οικογενειακή υποστήριξη με τη μορφή συναισθημάτων, που

εκφράζονται σε συμπεριφορές όπως η ακρόαση και η προσοχή που κάνει το άτομο να αισθάνεται αντιληπτό και η κοινωνική υποστήριξη στην καθημερινή βοήθεια, όπως υλική και οικονομική υποστήριξη ή σε καθημερινές δραστηριότητες, μπορεί να βελτιώσει την ποιότητα ζωής του ασθενούς (Nugraha et al, 2020).

Για την κοινωνική υποστήριξη από άλλα άτομα, οι ασθενείς συμφώνησαν πολύ ότι υπάρχει ένας άνθρωπος κοντά τους όταν τον χρειάζονται, ο οποίος είναι πραγματική πηγή ανακούφισης για αυτούς, που νοιάζεται για τα αισθήματά τους και με τον οποίο μπορούν να μοιράζονται τις χαρές και λύπες.

Αυτό συμβαίνει επειδή οι περισσότεροι ασθενείς, που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση, όταν αντιμετωπίζουν μείωση στις διαπροσωπικές σχέσεις, αισθάνονται μεγαλύτερη δυσκολία στην διαχείριση των συναισθημάτων τους. Η απουσία οικογενειακής υποστήριξης και κοινωνικής υποστήριξης οδηγεί σε αυξημένο κίνδυνο θανάτου και μειωμένη προσκόλληση στη θεραπεία, κυρίως λόγω κατάθλιψης (Nugraha et al, 2020).

Σχετικά με την κοινωνική υποστήριξη από φίλους, οι ασθενείς ανέφεραν ότι έχουν φίλους με τους οποίους μπορούν να μοιράζονται χαρές και λύπες, οι οποίοι προσπαθούν πραγματικά να τους βοηθήσουν και να συζητούν τα προβλήματά μαζί τους και ότι μπορούν να στηρίζονται στους φίλους τους στις δύσκολες στιγμές.

Σύμφωνα με τις αναφορές των ασθενών, επιθυμούν κυρίως ψυχολογική, κοινωνική και πνευματική υποστήριξη, και η ύπαρξη υποστηρικτικού φιλικού κύκλου, βοηθάει όχι μόνο στην αντιμετώπιση του ψυχολογικού φορτίου, αλλά επιφέρει και καλύτερα αποτελέσματα σε σχέση με τη διαχείριση της ασθένειας, των συμπτωμάτων, ακόμα και του χρόνου νοσηλείας, καθώς φαίνεται ότι η υποστήριξη από φίλους βοηθάει τους ασθενείς να τηρούν τις οδηγίες των θεραπόντων ιατρών (Alexoroulou et al, 2016).

Όσον αφορά την σωματική κόπωση, δεν παρατηρήθηκε κάποια δυσκολία στην συγκέντρωση των ασθενών όταν πραγματοποιούν κάποια δραστηριότητα. Γενικότερα τα επίπεδα σωματικής κόπωσης των ασθενών με αιμοκάθαρση παρατηρήθηκαν σε μέτριο βαθμό.

Στην μελέτη των Kodama et al., (2020), η υψηλή τιμή σωματικής κόπωσης στην κλίμακα που μελέτησαν οι ερευνητές φανέρωσε μια μειωμένη φυσική λειτουργία. Αυτό το αποτέλεσμα ήταν παρόμοιο με αυτό που αναφέρθηκε και σε άλλες μελέτες, σύμφωνα με

τους συγγραφείς, οι οποίοι πιστεύουν ότι η αιμοκάθαρση επηρεάζει τη φυσική λειτουργία των ασθενών, ακόμη και μετά την προσαρμογή για την ηλικία και το φύλο. Μια υψηλή τιμή στην αντίληψη για την κόπωση αποδείχθηκε ότι σχετίζεται με χειρότερα συμπτώματα που σχετίζονται με χρόνια νεφρική νόσο και την ικανοποίηση ζωής. Μια προηγούμενη μελέτη ανέφερε μια σχέση μεταξύ της σωματικής λειτουργίας και της γενικής υγείας ενός ατόμου (Kodama et al, 2020).

Αναφορικά με την ψυχική κόπωση, αυτή παρατηρήθηκε σε μικρό βαθμό με τους ασθενείς να δηλώνουν ότι λίγες φορές αισθάνονται ότι δεν έχουν καθαρή σκέψη και ότι είναι νοητικά εξουθενωμένοι. Σύμφωνα με τους Sakkas και Karatzaferi (2012), ο επιπολασμός της γενικής καταγεγραμμένης ψυχικής κόπωσης σε ασθενείς σε αιμοκάθαρση κυμαίνεται από 30% έως 80% ανάλογα με τα εργαλεία αξιολόγησης και τον τρόπο αιμοκάθαρσης. Οι ασθενείς αναφέρουν ποικίλα ψυχολογικά προβλήματα όπως κατάθλιψη, ευερεθιστότητα, αλλαγές στη διάθεση και άλλα προβλήματα που προκύπτουν από τη σοβαρότητα της ασθένειας και τη χρονιότητα του προβλήματος. Επιπλέον, η πλειονότητα των ασθενών σε αιμοδιάλυση διαμαρτύρονται για «ομίχλη εγκεφάλου» και λήθαργο ειδικά κατά τις ώρες μετά την αιμοκάθαρση, ενώ ένας στους δύο έχει πολύ χαμηλή ποιότητα ύπνου και υποφέρετε από καθημερινή υπνηλία. Επιπλέον, η διαδικασία αιμοδιάλυσης απομακρύνει πολλά μικρά μόρια που εμπλέκονται στο μεταβολισμό (γλυκόζη, αμινοξέα, μέταλλα, ορμόνες κ.λπ.) αφήνοντας τον ασθενή να αισθάνεται «στραγγισμένος» και εξαντλημένος, με ανεπαρκή χρόνο για να ανακάμψει, καθώς η επόμενη αιμοκάθαρση θα πραγματοποιηθεί σε λιγότερο από 48 ώρες. Τέλος, ο υψηλός ρυθμός εισαγωγής στο νοσοκομείο, η προδιάθεση στη μόλυνση και η αίσθηση εξάρτησης από μια μηχανή αιμοκάθαρσης, μειώνουν σημαντικά το επίπεδο του κινήτρου και του βαθμού αυτοεκτίμησης (Sakkas & Karatzaferi, 2012).

Ως προς την ποιότητα ζωής στις διαπροσωπικές σχέσεις οι ασθενείς δήλωσαν ότι στην παρούσα φάση περνούν όσο χρόνο θέλουν με την οικογένεια και φίλους, είναι σημαντικό για εκείνους να έχουν στενές προσωπικές σχέσεις καθώς και ότι είναι ικανοί να μοιράζονται σημαντικά πράγματα με τα κοντινά τους πρόσωπα. Γενικότερα οι ασθενείς έδειξαν ικανοποιημένοι από το επίπεδο των διαπροσωπικών τους σχέσεων.

Το επίπεδο των διαπροσωπικών σχέσεων συσχετίζεται έντονα με την ποιότητα ζωής των ασθενών σε αιμοκάθαρση, καθώς οι ασθενείς αυτοί είναι υποχρεωμένοι σε συγκεκριμένο τρόπο ζωής (διατροφή, λήψη υγρών, απομάκρυνση από τον τόπο κατοικίας τους) και το επίπεδο των διαπροσωπικών τους σχέσεων αποτελεί κίνητρο για την προσκόληση στη θεραπεία (Nugraha et al, 2020).

Για τα συμπτώματα της ασθένειας οι ασθενείς ανέφεραν ότι είναι ικανοποιημένοι με τον τωρινό έλεγχο των συμπτωμάτων τους. Κατά τους Palmer et al (2014), η ικανοποίηση από τον έλεγχο των συμπτωμάτων σε ασθενείς σε αιμοκάθαρση συνδέεται με την ικανοποίηση από την φροντίδα που λαμβάνουν. Μελέτες δείχνουν ότι η παροχή υγειονομικής περίθαλψης στα μεταγενέστερα στάδια της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας, όπως η πολυεπιστημονική διαχείριση, οι παρεμβάσεις ψυχοεκπαίδευσης και η επικοινωνία με τους θεράποντες, μπορεί να βελτιώσουν τα ποσοτικά αποτελέσματα της υγείας στο περιβάλλον της αιμοκάθαρσης (Palmer et al, 2014).

Μέτρια προς υψηλή ήταν η ικανοποίηση από τον πνευματικό τομέα, με τους ασθενείς να συμφωνούν ότι είναι σημαντικό για εκείνους να αισθάνονται ότι η ζωή τους έχει νόημα, διαφωνώντας με τη θέση ότι η ζωή τους έχει χάσει κάθε αξία και η καθημερινότητα τους είναι ένα βάρος. Η αίσθηση της προσφοράς και του νοήματος της ζωής είναι καθοριστικής σημασίας για την εξέλιξη όλων των χρόνιων νοσημάτων. Επιπρόσθετα, επειδή οι χρόνιες ασθένειες σχετίζονται με ηλικιωμένους ασθενείς, η εγρήγορση και η διατήρηση σκοπού ζωής, φαίνεται να έχει θετικό αποτέλεσμα στην αντίληψη για την ποιότητα ζωής (Nugraha et al, 2020).

Στα αρνητικά τα μέτρια επίπεδα λειτουργικότητας των ασθενών με αιμοκάθαρση. Οι ασθενείς συμφώνησαν με το ότι η ικανοποίηση από τη ζωή τους εξαρτάται από το να είναι δραστήριοι και να μπορούν να αυτοεξυπηρετούνται, ωστόσο ανέφεραν ότι δεν είναι πλέον ικανοί να κάνουν πολλά από τα πράγματα που τους αρέσει να κάνουν.

Αιτία των παρατηρούμενων ελάχιστων επιπέδων σωματικής δραστηριότητας είναι πιθανώς ότι η διαδικασία αιμοκάθαρσης καθεαυτή [π.χ., η διάρκεια των συνεδριών αιμοκάθαρσης κ.λπ.] η οποία συμβάλλει στην κόπωση. Το ένα τρίτο των ασθενών αναφέρουν ότι αισθάνονται χειρότερα τις ώρες μετά τη συνεδρία αιμοκάθαρσης. Άλλοι παράγοντες που συμβάλλουν στη μείωση της σωματικής δραστηριότητας έλλειψη αποκαταστατικού ύπνου,

υπερβολικό βάρος προ-αιμοκάθαρσης, κακή διατροφική κατάσταση, ανήσυχα πόδια σύνδρομο και η συνολική ψυχική κατάσταση των ασθενών (Sakkas & Karatzaferi, 2012).

Χαμηλά χαρακτηρίστηκαν τα επίπεδα γενικής ευεξίας. Οι ασθενείς δήλωσαν ότι είναι σημαντικό για εκείνους να είναι καλά με τον εαυτό τους, ωστόσο διαφώνησαν με τη θέση ότι είναι περισσότερο ικανοποιημένοι με τον εαυτό τους τώρα από ότι ήταν πριν την ασθένειά τους.

Δεδομένου ότι οι ασθενείς που υποβάλλονται σε θεραπεία αιμοκάθαρσης παρακολουθούν φροντίδα αιμοκάθαρσης τουλάχιστον τρεις φορές την εβδομάδα για αρκετές ώρες κάθε φορά, και, έχουν βαθιά μειωμένη ποιότητα ζωής, που οφείλεται σε σοβαρά συμπτώματα κόπωσης, χαμηλή όρεξη, πόνο, διαταραχές του ύπνου, άγχος, ναυτία και ανήσυχα πόδια, είναι σημαντικό για τους ίδιους να αισθάνονται επαρκείς να ανταποκριθούν στη φροντίδα του εαυτού τους. Επίσης, είναι δύσκολο να αισθάνονται περισσότερο ικανοποιημένοι τώρα από τον εαυτό τους, καθώς έχουν μειωθεί οι τομείς της ζωής στους οποίους μπορούν να συμμετέχουν (Palmer et al, 2014).

Σχετικά με την νοσηλευτική φροντίδα, αναδείχτηκαν πολύ υψηλά επίπεδα ικανοποίησης. Οι ασθενείς δήλωσαν ότι είναι πάρα πολύ ικανοποιημένοι από τη συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού και το αίσθημα ασφάλειας κατά τη θεραπευτική διαδικασία. Επιπλέον, πολύ ικανοποιημένοι ανέφεραν ότι είναι από τη διακριτικότητα των νοσηλευτών σε θέματα που αφορούν την υγεία τους και τη συνέπεια με την οποία ανταποκρίνονται στις ανάγκες τους. Ακόμη, υψηλή ικανοποίηση παρατηρήθηκε από τις τεχνικές δεξιότητες (π.χ. παρακέντηση φίστουλας, φλεβοκέντηση, χορήγηση φαρμάκων) τη ψυχολογική υποστήριξη από το νοσηλευτικό προσωπικό, τη διακριτικότητα με την οποία τους δίνεται η κάθε πληροφορία, τις πληροφορίες που λαμβάνουν από το νοσηλευτικό προσωπικό, την κατανόηση των αναγκών τους, το σεβασμό των απόψεων τους, την ενθάρρυνση για ερωτήσεις και την εξυπηρέτηση των προσωπικών αναγκών.

Βάσει των ερευνητικών αποτελεσμάτων, μια βασική πρόκληση που αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες υγείας είναι να κατανοήσουν βαθιά τη σχέση μεταξύ κοινωνικής υποστήριξης και ποιότητας ζωής σε ασθενείς με αιμοκάθαρση και κατά συνέπεια να παρέχουν φροντίδα υψηλής ποιότητας μέσω της εφαρμογής εξατομικευμένων προγραμμάτων. Η κοινωνική υποστήριξη συνδέεται άμεσα και έμμεσα με βελτιώσεις στην

ποιότητα ζωής των ασθενών αιμοκάθαρσης. Πράγματι, ένα ενθαρρυντικό περιβάλλον θα βοηθήσει τους ασθενείς με αιμοκάθαρση να υιοθετήσουν μια πιο θετική στάση απέναντι στην ασθένεια, συμπεριλαμβανομένης της βελτίωσης των μηχανισμών αντιμετώπισής της. Η θετική στρατηγική αντιμετώπισης είναι απαραίτητη κατά την αντιμετώπιση της παρατεταμένης διάρκειας της νόσου και των συνοδευτικών προβλημάτων της (Alexopoulou et al, 2016).

Στο 2<sup>ο</sup> ερευνητικό ερώτημα μελετήθηκε η επίδραση του δημογραφικού προφίλ στα επίπεδα αντιληπτής κοινωνικής υποστήριξης, κόπωσης, ποιότητας ζωής και νοσηλευτικής φροντίδας. Αναδείχτηκε ότι οι ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας αισθάνονται πως λαμβάνουν υψηλότερη κοινωνική υποστήριξη από άλλα άτομα εκτός της οικογενείας και χαμηλότερη από φίλους. Επιπλέον, οι ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας δήλωσαν περισσότερο σωματικά και ψυχικά κουρασμένοι. Ομοίως στην έρευνα των Nugraha et al, 2020, οι ηλικιωμένοι ασθενείς αισθάνονται μεγαλύτερη υποστήριξη από το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον, αλλά συγχρόνως και μεγαλύτερη κούραση, η οποία προέρχεται τόσο από την ηλικία, όσο και από συννοσηρότητες (Nugraha et al, 2020).

Μεγαλύτερη αντιληπτή σωματική κόπωση παρουσιάστηκε και στους ασθενείς χαμηλότερου εκπαιδευτικού επιπέδου, οι οποίοι ταυτόχρονα παρουσίασαν χαμηλότερη ποιότητα ζωής στον πνευματικό τομέα. Αυτή η διαπίστωση προκύπτει και από την έρευνα του Tsiamis et al (2015), γεγονός που ενισχύει ότι οι ασθενείς χαμηλότερου εκπαιδευτικού επιπέδου στην Ελλάδα παρουσιάζουν χαμηλότερη ποιότητα ζωής αλλά και μεγαλύτερη αντιληπτή σωματική κόπωση. Άλλωστε η αίσθηση κόπωσης συνδέεται άμεσα με την ποιότητα ζωής (Tsiamis et al, 2015).

Οι κάτοικοι των πόλεων έδειξαν μεγαλύτερη ποιότητα ζωής στον πνευματικό τομέα από τους κατοίκους των χωριών, με τους τελευταίους ωστόσο να δηλώνουν περισσότερο ικανοποιημένοι από την νοσηλευτική φροντίδα που λαμβάνουν. Σύμφωνα με τους Zoud et al (2016), η περιοχή κατοικίας των ασθενών συνδέεται με την ποιότητα ζωής στον πνευματικό τομέα, καθώς τα αστικά κέντρα προσφέρουν περισσότερες λύσεις πνευματικής ικανοποίησης. Από την άλλη, η πραγματικότητα της Ελλάδας, είναι δυνατόν να προσφέρει μεγαλύτερη ικανοποίηση από τη νοσηλευτική φροντίδα στους κατοίκους των μη αστικών

περιοχών, καθώς τους απαλλάσσει συχνά από χρονοβόρες μετακινήσεις, πολύωρες αναμονές και από την ψυχρότητα των μεγάλων κέντρων (Konstantakopoulou et al, 2020).

Το αίσθημα της κοινωνικής υποστήριξης από φίλους ήταν εντονότερο στους ελεύθερους επαγγελματίες και χαμηλότερο στους συνταξιούχους. Αυτό είναι δυνατόν να οφείλεται στον μεγαλύτερο κοινωνικό αποκλεισμό και στη δυσκολία που αισθάνονται οι συνταξιούχοι στην Ελλάδα να έχουν πρόσβαση στις δομές φροντίδας, καθώς και σε δομές ψυχολογικής υποστήριξης (Economidou, 2015). Επιπλέον, ασθενείς με περισσότερα από 10 έτη αιμοκάθαρσης δήλωσαν ότι αισθάνονται σε μεγαλύτερο βαθμό την κοινωνική υποστήριξη από άλλους και από την οικογένεια σε σύγκριση με τους ασθενείς με 0-5 έτη στην αιμοκάθαρση, ενώ ταυτόχρονα παρουσίασαν υψηλότερη ικανοποίηση από τις διαπροσωπικές σχέσεις αλλά μεγαλύτερη σωματική κόπωση. Τα αποτελέσματα αυτά δεν συμφωνούν με τα αποτελέσματα των Theodoritsi et al, (2016), όπου οι ασθενείς με περισσότερα από 6 και περισσότερα από 10 χρόνια αιμοκάθαρσης αισθάνονται λιγότερο την κοινωνική υποστήριξη. Επίσης, στην συγκεκριμένη έρευνα, οι ασθενείς με περισσότερα χρόνια θεραπεία, αισθάνονταν λιγότερη ικανοποίηση από τις διαπροσωπικές τους σχέσεις και τις σχέσεις τους με το ιατρικό προσωπικό (Theodoritsi et al, 2016). Παρ'όλα αυτά, το σύνολο των μελετών συμφωνεί ότι οι ασθενείς με περισσότερα χρόνια από την έναρξη της αιμοκάθαρσης παρουσιάζουν μεγαλύτερη κόπωση (Dąbrowska-Bender et al , 2018).

Στο 3<sup>ο</sup> ερευνητικό ερώτημα διερευνήθηκε σε ποιο βαθμό η κοινωνική υποστήριξη και η νοσηλευτική φροντίδα που λαμβάνουν οι ασθενείς μειώνουν τα επίπεδα κόπωσης και βελτιώνουν την ποιότητα ζωής τους. Τα αποτελέσματα της έρευνας ανέδειξαν ότι συμμετέχοντες με υψηλότερη ποιότητα ζωής στις διαπροσωπικές σχέσεις λαμβάνουν μεγαλύτερη κοινωνική υποστήριξη από άλλους, την οικογένεια και φίλους. Επίσης ασθενείς με μεγαλύτερη συνολική και σφαιρική ποιότητα ζωής εμφάνισαν μεγαλύτερη κοινωνική υποστήριξη από άλλους και την οικογένεια.

Όπως αναλύθηκε και στην εισαγωγή, σχεδόν το σύνολο των μελετών συνδέουν την κοινωνική υποστήριξη, τόσο από το άμεσο οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον, όσο και από το ιατρικό περιβάλλον, με την ποιότητα ζωής και την ψυχική κόπωση από τη διαχείριση της ασθένειας. Καθώς αυτά τα δυο φαινόμενα είναι αλληλένδετα και αλληλοεξαρτώμενα, είναι φυσικό ότι τα άτομα με υψηλότερη ποιότητα ζωής στις διαπροσωπικές σχέσεις να

εμφανίζουν και μεγαλύτερη υποστήριξη από φίλους και συγγενείς, καθώς έτσι την αντιλαμβάνονται. Επίσης η υψηλότερη συνολική ποιότητα ζωής, συνήθως προέρχεται από την ενισχυμένη υποστήριξη από το κοινωνικό περιβάλλον (Alexoroulou et al, 2016).

## 9.2 Περιορισμοί

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας είναι γενικεύσιμα για τους ασθενείς της μονάδας τεχνητού νεφρού, του Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ρίου. Επιπλέον, τα αποτελέσματα δεν μπορούν να γενικευτούν για ασθενείς με νεφροκάθαρση ηλικίας 51-80 ετών, με εκπαιδευτικό επίπεδο έως αυτό του Λυκείου, που διαμένουν σε πόλη και είναι ασθενείς μέχρι και 10 χρόνια, διότι το μέγεθος του δείγματος ήταν μικρό και δεν επέτρεψε σε κάθε περίπτωση την εφαρμογή παραμετρικών στατιστικών ελέγχων που έχουν μεγαλύτερη ισχύ. Ακόμη, το ερωτηματολόγιο της έρευνας που αναφέρεται στη ποιότητα ζωής εμφάνισε αποδεκτή αλλά όχι ικανοποιητική αξιοπιστία. Τέλος η κοινωνική υποστήριξη αν και σχετίστηκε με την καλύτερη συνολική ποιότητα ζωής, εμφάνισε χαμηλή προβλεπτική ισχύ.

## 9.3 Προτάσεις

Προτείνεται μελλοντική Πανελλαδική έρευνα, συγκριτική, σε διαφορετικά Νοσοκομεία, δημόσια και ιδιωτικά με στρωματοποιημένη δειγματοληψία, όπου το μέγεθος του δείγματος θα προκύπτει με μαθηματικό τύπο από το μέγεθος του πληθυσμού (Creswell, 2013). Ακόμη, προτείνεται η αλλαγή του ερωτηματολογίου που αναφέρεται στην ποιότητα ζωής με ένα ερωτηματολόγιο που σύμφωνα με προηγούμενες έρευνες κυμαίνεται σε ικανοποιητικά επίπεδα αξιοπιστίας ( $\alpha > 0,7$ ). Τέλος, προτείνεται η προσθήκη επιπλέον παραγόντων που δύναται να βελτιώνουν την ποιότητα ζωής και να μειώνουν την κόπωση, σύμφωνα με την μελέτη του θεωρητικού πλαισίου, καθώς αυτοί που μελετήθηκαν, δηλαδή η νοσηλευτική φροντίδα και η κοινωνική υποστήριξη εμφάνισαν χαμηλή προβλεπτική ισχύ.

## Βιβλιογραφία

### Ξενόγλωσση

- Abd-Elfattah, H. M., Abdelazeim, F. H., & Elshennawy, S. . (2015). Physical and cognitive consequences of fatigue: A review. *Journal of Advanced Research*, 6(3), pp. 351-358.
- Alexopoulou, M., Giannakopoulou, N., Komna, E., Alikari, V., Toulia, G., & Polikandrioti, M. (2016). The Effect of Perceived Social Support on Hemodialysis Patients' Quality of Life. *Materia Socio Medica*, 28(5), p. 338.
- Almirall, J. (2016). Sodium Excretion, Cardiovascular Disease, and Chronic Kidney Disease. *JAMA*, 316(10).
- Amikam, S., Lemer, J., Roguin, N., Peleg, H., & Riss, E. (1976). Long-term survival of elderly patients after pacemaker implantation. *Am Heart J*, 91(4), pp. 445-9.
- ANA. (2012). *ANA's Principles for Nurse Staffing, Second Edition*. Silver Spring, Maryland: ANA.
- Armstrong, D., & Caldwell, D. (2004). Origins of the Concept of Quality of Life in Health Care: A Rhetorical Solution to a Political Problem. *Soc Theor Health*, 2(4), pp. 361-371.
- Barbecho, N.M., Campo, V.R., Yáñez, A.O., & Suazo, S.V. (2020). Nursing intervention in health promotion for people on hemodialysis, disciplinary perspective: Integrative review. *Cuidados Humanizados*, 9(1), pp. 54-64.
- Beard, B.H. (1971). The quality of life before and after renal transplantation. *Dis Nerv Syst*, 32(1), pp. 24-31.
- Becker, M.A., Shaw, B.R., & Reib, L.M. (2010). *Quality of life assessment manual*. EORTC.
- Bernardi, S., Toffoli, B., Bossi, F., Candido, R., Stenner, E., & Fabris, B. . (2017). Circulating osteoprotegerin is associated with chronic kidney disease in hypertensive patients. *BMC Nephrol*, 18, p. 219.
- Boini, S., Frimat, L., Kessler, M., Briançon, S., & Thilly, N. . (2011). Predialysis therapeutic care and health-related quality of life at dialysis onset (The pharmacoepidemiologic AVENIR study). *Health and quality of life outcomes*, 9.
- Boksem, M.A.S., & Tops, M. (2008). Mental fatigue: Costs and benefits. *Brain Research Reviews*, 59(1), pp. 125-39.
- Boyas, S., & Guével, A. (2011). Neuromuscular fatigue in healthy muscle: underlying factors and adaptation mechanisms. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 54(2), pp. 88-108.

- Brown, A. (2013). Implications of patient shared decision-making on wound care. *Br J Community Nurs*, 18(Suppl S26-8), pp. S30-2.
- Buchmann, W.F. (1997). Adherence: A matter of self-efficacy and power. *J Adv Nurs*, 26(1), pp. 132-137.
- Bullinger, M. (2014). Quality of life as patient-reported outcomes: principles of assessment. *Dialogues Clin Neurosci*, 16(2), pp. 137-145.
- Chen, Q., Beal, E.W., Okunrintemi, V., Cerier, E., .... & Pawlik, T.M. (2019). The Association Between Patient Satisfaction and Patient-Reported Health Outcomes. *J. Patient Exp*, 6, pp. 201-209.
- Chertow, G.M., Burdick, E., Honour, M., Bonventre, J.V., & Bates, D.W. (2005). Acute kidney injury, mortality, length of stay, and costs in hospitalized patients. *J. Am. Soc. Nephrol*, 16(11), pp. 3365-70.
- Cohen L., Manion L. & Morrison K. (2007). *Research Methods in Education*. New York: Routledge Falmer.
- Cosma, S.A., Bota, M., Fleseriu, C., Morgovan, C., Valeanu, M., & Cosma, D. (2020). Measuring Patients' Perception and Satisfaction with the Romanian Healthcare System. *Sustainability*, 12.
- Costa, J., & Gouveia, J.P. (2013). A New Approach to Explain the Link between Social Support and Depression in a 2-years Arthritis Rheumatoid Sample. Is there any Moderation Effect of Acceptance? *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 13(1), pp. 65-82.
- Crawford, J.D. (1971). Calories, Growth and the Quality of Life. *N Engl J Med*, 285, pp. 685-686.
- Cukor, D., Cohen, S.D., Peterson, R.A., & Kimmel, P.L. (2007). Psychosocial Aspects of Chronic Disease: ESRD as a Paradigmatic Illness. *J Am Soc Nephrol*, 18(12), pp. 2042-55.
- Curtin, R.B., Mapes, D., Schatell, D., & Burrows-Hudson, S. (2005). Self-management in patients with end stage renal disease: Exploring domains and dimensions. *Nephrology Nursing Journal*, 32(4), pp. 389-395.
- Dąbrowska-Bender, M., Dykowska, G., Żuk, W., Milewska, M., & Staniszevska, A. . (2018). The impact on quality of life of dialysis patients with renal insufficiency. *Patient preference and adherence*, 12, pp. 577-583.
- da Silva, S.M., Braido, N.F., Ottaviani, A.C., Gesualdo, G.D., Zazzetta, M.S., & de Souza Orlandi, F. (2016). Social support of adults and elderly with chronic kidney disease on dialysis. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24.
- de Brito T.R., & Pavarini, S.C. (2012). The relationship between social support and functional capacity in elderly persons with cognitive alterations. *Revista Latino-Americana de Emfermagem*, 20(4), pp. 677-84.

- Dent, D.M. (1975). Should he have an operation? *SAMJ*, 49 (25), pp. 995-996.
- Economou, C. (2015). *Barriers and Facilitating Factors in Access to Health Services in Greece*. Copenhagen: World Health Organization. Available at: [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/287997/Barriers-and-facilitating-factors-in-access-to-health-services-in-Greece-rev1.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/287997/Barriers-and-facilitating-factors-in-access-to-health-services-in-Greece-rev1.pdf).
- Elkinton, J.R. (1966). Medicine and the quality of life. *Ann Intern Med*, 64(3), pp. 711-4.
- Fassbinder, T.R., Winkelmann, E.R., Schneider, J., Wendland, J., & Oliveira, O.B. (2015). Functional Capacity and Quality of Life in Patients with Chronic Kidney Disease In Pre-Dialytic Treatment and on Hemodialysis--A Cross sectional study. *J Bras Nefro*, 37(1), pp. 47-54.
- Finkelstein, F.O., Wuerth, D., & Finkelstein, S.H. (2009). Health related quality of life and the CKD patient: challenges for the nephrology community. *Kidney Int*, 76(9), pp. 946-52.
- Finsterer, J., & Mahjoub, S.Z. (2014). Fatigue in healthy and diseased individuals. *The American Journal of Hospice & Palliative Care*, 31(5), pp. 562-75.
- Ford, L., & Berg J. (2008). Delay in separating blood samples affects creatinine measurement using the Roche kinetic Jaffe method. *Ann Clin Biochem*, 45(Pt 1), pp. 83-87.
- Fukuda, K., Straus, S.E., Hickie, I., & Sharpe, M. (2011). The Chronic Fatigue Syndrome: A Comprehensive Approach to Its Definition and Study. *Journal of Chronic Fatigue Syndrome*, 1(2).
- Gerogianni, S.K., & Babatsikou, F.P. (2014). Psychological aspects in chronic renal failure. *Health Science J*, pp. 205-214.
- Ghandhi, D., Shah, J., & Shah, A. (2019, Feb). A Review: Factors Affecting Quality of Life Index. *GDR Journals, ERICE*, p. 141.
- Griffith, R. (2015). Understanding the Code: Acting in a patient's best interests. *Br J Community Nurs*, 20(9), pp. 458-461.
- Gruenberg, E.M. (2005). The Failures of Success. *Milbank Q*, 83(4), pp. 779-800.
- Hall, J.A. & Dornan, M.C. (1990). Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: A meta-analysis. *Soc. Sci. Med*, 30(7), pp. 811-818.
- Hallett, C.E., Austin, L., Caress, A., & Luker, K.A. (2000). Community nurses' perceptions of patient "compliance" in wound care: A discourse analysis. *J Adv Nurs*, 32(1), pp. 115-123.
- Hardt, J. (2015). A new questionnaire for measuring quality of life - the Stark QoL. *Health Qual Life Out*, 13 (1).
- Henderson, S. (2003). Power imbalance between nurses and patients: A potential inhibitor of partnership in care. *J Clin Nurs*, 12(4), pp. 501-508.

- Higgs, J., & Titchen, A. (2001). *Practice Knowledge and Expertise in the Health Professions, 1st ed.* Oxford: Butterworth-Heinemann.
- Himmelfarb, J., & Ikizler, T.A. (2010). Hemodialysis. *N Engl J Med*, 363(19), pp. 1833-45.
- Hoffman, B.W., Oya, T., Carroll, T.J., & Cresswell, A.G. (2009). Increases in corticospinal responsiveness during a sustained submaximal plantar flexion. *Journal of Applied Physiology*, 107(1), pp. 112-20.
- Jankauskiene, D., & Jankauskaite, I. (2011). Access and quality of health care system by opinion of patients in ten European countries. *Manag. Health*, 15 (3), pp. 31-39.
- Karimi, M., & Brazier, J. (2016). Health, Health-Related Quality of Life, and Quality of Life: What is the Difference? *PharmacoEconomics*, 34(7).
- Karyani, A. K., Rashidian, A., Sefiddashti, S. E., & Sari, A. A. . (2016). Self-reported health-related quality of life (HRQoL) and factors affecting HRQoL among individuals with health insurance in Iran. *Epidimiol Health*, 38.
- Kleiman, S., Frederickson, K., & Lundy, T. (2004). Using an electric model to educate students about cultural influences on the nurse-patient relationship. *Nurs. Educ. Perspect*, 25, pp. 249-253.
- Kodama, H., Togari, T., Konno, Y., Fujinoki, A., Kuwabara, S., & Inoue, T. (2020). A new assessment scale for post-dialysis fatigue in hemodialysis patients. *Renal Replacement Therapy*, 6.
- Kodama, H., Togari, T., Konno, Y., & Tsuji, A. (2020). A new assessment scale for post-dialysis fatigue in hemodialysis patients. *Renal Replacement Therapy*, 6(1).
- Kolodner, L., McCuan, E., & Levenson, J. (1976). Screening and supportive techniques for home dialysis in the treatment of renal failure. *J Am Geriatr Soc*, 24(1), pp. 32-36.
- Konstantakopoulou, O., Kaitelidou, D., Galanis, P., Siskou, O., & Economou, C. (2020). Using patient experience measures to evaluate the quality of medical and nursing care in the newly established PHC units (TOMYs), in Greece. *Social Cohesion and Development*, 14(1), pp. 49-63.
- Le Fanu, J. (1999). *The Rise and Fall of Modern Medicine*. London: Abacus.
- Lock, A.M., Bonetti, D.L., & Cambell, A.D.K. (2018). The psychological and physiological health effects of fatigue. *Occupational Medicine*, 68, pp. 502-511.
- Luker, K.A., Austin, L., Caress, A., & Hallett, C.E. (2000). The importance of 'knowing the patient': community nurses' constructions of quality in providing palliative care. *J Adv Nurs*, 31(4), pp. 775-82.
- Luo, X., Jiang, L., Du, B., Wen, Y., Wang, M., Xi, X., & Beijing Acute Kidney Injury Trial (BAKIT) workgroup. (2014). A comparison of different diagnostic criteria of acute kidney injury in critically ill patients. *Crit Care (London)*, 18(4), p. R144.

- Macunluoglu, B., Gumrukcuoglu, H.A., Atakan, A., Demir, H., & Ari. E. (2016). Lowering dialysate sodium improves systemic oxidative stress in maintenance hemodialysis patients. *Int Urol Nephrol*, 48(10), pp. 1699-704.
- Matsuguma, K., Ueda, S., Yamagishi, S., Matsumoto, Y., & Okuda, S. (2006). Molecular mechanism for elevation of asymmetric dimethylarginine and its role for hypertension in chronic kidney disease. *J Am Soc Nephrol*, 17(8), pp. 2176-83.
- Mavrakanas, T. A., & Charytan, D. M. . (2016). Cardiovascular complications in chronic dialysis patients. *Curr Opin Nephrol Hypertens*, 25(6), pp. 536-544.
- Meadow, S.L. (2015). Defining the doula's role: Fostering relational autonomy. *Health Expect*, 18, pp. 3057–3068.
- Michielsen, H. J., De Vries, J., & Van Heck, G. L. (2003). Psychometric qualities of a brief self-rated fatigue measure the fatigue assessment scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 54, 345–352.
- Molina-Mula, J., & Gallo-Estrada, J. (2020). Impact of Nurse-Patient Relationship on Quality of Care and Patient Autonomy in Decision-Making. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 17.
- Mollaoglu, M. (2006). Perceived social support anxiety and self-care among patients receiving haemodialysis. *Dial Transplant*, 35, pp. 144-155.
- Muijs, D. (2011). *Doing Quantitative Research in Education with SPSS*. UK: SAGE.
- Mujais, S. K., Story, K., Brouillette, J., Takano, T., Soroka, S., Franek, C., Mendelssohn, D., & Finkelstein, F. O. . (2009). Health-related Quality of Life in CKD Patients: Correlates and Evolution over Time. *Clin J Am Soc Nephrol*, 4(8), pp. 1293-1301.
- Mullins, L. J., Conway, B. R., Menzies, R. I., Denby, L., & Mullins, J. J. . (2016). Renal disease pathophysiology and treatment: contributions from the rat. *Dis Model Mech*, 9(12), pp. 1419-1433.
- NHS QIS. (2008). *Diagnosis and management of chronic kidney disease*. UK: NHS Quality Improvement Scotland. Available at: [https://www.seqc.es/download/gpc/62/3729/1043258133/1073968/cms/sign-diagnosis-and-management-of-chronic-kidney-disease\\_guideline.pdf/](https://www.seqc.es/download/gpc/62/3729/1043258133/1073968/cms/sign-diagnosis-and-management-of-chronic-kidney-disease_guideline.pdf/).
- Nugraha, A., Rahmah, G.U., & Bhudiaji, P. (2020). Effect of Family Support Towards Elderly Hemodialysis Patients' Anxiety Level. *Basic and Applied Nursing Research Journal*, 1(1), pp. 20-24.
- Owczarek, K. (2010). The concept of quality of life. *Acta Neuropsychologica*, 8(3), pp. 207-213.
- Palmer, S.C., de Berardis, G., Craig, J.C., Tong, A., ....& Stippoli, G.F.M. (2014). Patient satisfaction with in-centre haemodialysis care: An International Survey. *BMJ Open*, 4(5).

- Patient Satisfaction Survey for AIDS Institute. (2002). *For the Design and Validation of a Patient Satisfaction Survey For HIV+ Clients in Ambulatory Care Settings*. Patient Satisfaction Survey for AIDS Institute.
- Pei, M., Aguiar, R., Pagels, A.A., Heimbürger, O., & Qureshi, A.R. (2019). Health-related quality of life as predictor of mortality in end-stage renal disease patients: an observational study. *BMC Nephrology*, 20 (144).
- Phillips, G. (2016). Nurses are best placed to ensure the ethical application of DNRs. *Nurs. Stand*, 30(37), p. 31.
- Prasanna, K.S., Bashith, M.A., & Sucharitha, S. (2009). Consumer satisfaction about hospital services: A study from the outpatient department of a private medical college hospital at Mangalore. *Indian J. Community Med*, 34(2), pp. 156-9.
- Preiss, D.J., Godber, I.M., Lamb, E.J., Dalton, R.N., & Gunn, I.R. (2007). The influence of a cooked-meat meal on estimated glomerular filtration rate. *Ann Clin Biochem*, 44(Pt 1), pp. 35-42.
- Price, B. (2013). Countering the stereotype of the unpopular patient. *Nurs. Older People*, 25, pp. 27-34.
- Pukeliene, V., & Starkauskiene, V. (2011). Quality of Life: Factors Determining its Measurement Complexity. *Engineering Economics*, 22(2).
- Purcarea, T. (2016). Creating the ideal patient experience. *J. Med. Life*, 9, pp. 380-385.
- Reid, C., Goodwin, S., Boys, J., Taylor, B., Hall, J., & Chang, A. (2011). The effectiveness of interventions which promote self-management for people with End Stage Renal Disease undergoing haemodialysis. *JB Library of Systematic Reviews*, 5(10).
- Romagnani, P., Remmuzzi, G., Glassock, R., Levin, A., & Anders, H-J. (2017). Chronic kidney disease. *Nat. Rev. Dis. Primers*, 3(1).
- Sakkas, G.K., & Karatzaferi, C. (2012). Hemodialysis Fatigue: Just “Simple” Fatigue or a Syndrome on Its Own Right? *Frontiers in Physiology*, 3, p. 306.
- Salkind, N. J. (2010). *Encyclopedia of research design*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Shimoyama, S., Hirakawa, O., Yahiro, K., Mizumachi, T., Schreiner, A., & Kakuma, T. . (2003). Health-related quality of life and caregiver burden among peritoneal dialysis patients and their family caregivers in japan. *Perit Dial Int*, 23 (Suppl 2), pp. S200-5.
- Soponar, C., Bojian, A., & Iorga, M. (2017). Stress factors and quality of life in adult hemodialysis patients. *Global Journal of Psychology Research: New Trends and Issues*. 6(4), pp. 185-194.
- Stegmayr, B. (2017). Dialysis Procedures Alter Metabolic Conditions. *Nutrients*, 9(6), p. 548.

- Thenmozhi, P. (2018). Quality of life of patients undergoing hemodialysis. *Asian J Pharm Clin Res*, 11(4), p. 219.
- Theodoritsi, A., Aravantinou, M. E., Gravani, V., Bourtsi, E., Vasilopoulou, C., Theofilou, P., & Polikandrioti, M. . (2016). Factors Associated with the Social Support of Hemodialysis Patients. *Iranian journal of public health*, 45(10) , pp. 1261-1269.
- Theofilou, P. (2013). Quality of Life: Definition and Measurement. *Eur J Psychol*, 9(1), pp. 150-162.
- Theofilou, P. (2015). Translation and cultural adaptation of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support for Greece. *Health Psychology Research*, 3(1061).
- Theofilou, P., Aroni, A., Ralli, M., Gouzou, M., & Zyga, S. . (2013). Measuring health: Related Quality of Life in Hemodialysis Patients. Psychometric Properties of the Missoula-VITAS Quality of Life Index (MVQOLI-15) in Greece. *Health Psychol Res*, 1(2), p. e17.
- Theofilou, P., Kapsalis F., & Panagiotaki H. (2012). Greek version of MVQOLI - 15: Translation and cultural adaptation. *IJCS*, 5(3), p. 289.
- Tomino, Y. (2014). Pathogenesis and Treatment of Chronic Kidney Disease: A Review of Our Recent Basic and Clinical Data. *Kidney Blood Press Res*, 39, pp. 450-489.
- Truglio-Londrigan, M. (2015). The Patient Experience with Shared Decision Making: A Qualitative Descriptive Study. *J. Infus. Nurs.*, 38, pp. 407-418.
- Tsiamis, G., Alikari, V., Fradelos, E., Papapetrou, S., & Zyga, S. (2015). Assessment of Quality of Life and Fatigue among Haemodialysis Patients. *American Journal of Nursing Science*, 4(2-1).
- United States Renal Data System. (2012). *2012 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.
- Vadakedath, S., & Kandi, V. (2017). Dialysis: A Review of the Mechanisms Underlying Complications in the Management of Chronic Renal Failure. *Cureus*, 9(8), p. e1603.
- Vahedparast, H., Mohammadi, E., Ahmadi, F., & Farhadi, A. (2018). The Role of Social Support in Adherence to Treatment Regimens: Experiences of Patients with Chronic Diseases. *Medical - Surgical Nursing Journal*, 7(1).
- Valderrábano, F., Jofre, R., & López-Gómez, J.M. (2001). Quality of life in end-stage renal disease patients. *Am J Kidney Dis*, 38(3), pp. 443-64.
- Van Cutsem, J., Marcora, S.M., De Pauw, K., & Bailey, S. (2017). The Effects of Mental Fatigue on Physical Performance: A Systematic Review. *Sports Medicine*, 47(8).
- Vaziri, N.D. (2006). Dyslipidemia of chronic renal failure: the nature, mechanisms, and potential consequences. *Am J Physiol Renal Physiol*, 290(2), pp. F262-72.

- Volodarskiy, A., Kumar, S., Amin, S., & Bangalore, S. (2016). Optimal treatment strategies in patients with chronic kidney disease and coronary artery disease. *Am J Med*, 129(12), pp. 1288-1298.
- Wan, E. Y., Chen, J. Y., Choi, E. P., Wong, C. K., Chan, A. K., Chan, K. H., & Lam, C. L. (2015). Patterns of health-related quality of life and associated factors in Chinese patients undergoing haemodialysis. *Health Qual Life Out*, 13, p. 108.
- Weber, G. J., Pushpakumar, S., Tyagi, S. C., & Sen, U. (2016). Homocysteine and hydrogen sulfide in epigenetic, metabolic and microbiota related renovascular hypertension. *Pharmacol Res*, 113(Pt A), pp. 300-312.
- Weiner, D.E. (2007). Causes and Consequences of Chronic Kidney Disease: Implications for Managed Health Care. *JMCP*, 13(3 Suppl), pp. S1-S9.
- Wyld, M., Morton, R. L., Hayen, A., Howard, K., & Webster, A. C. . (2012). A systematic review and meta-analysis of utility-based quality of life in chronic kidney disease treatments. *PLoS Med*, 9(9).
- Yang, C. W., Harris, D., Luyckx, V. A., Nangaku, M. & Tonelli, M. (2020). Global case studies for chronic kidney disease/end-stage kidney disease care. *Kidney Int Suppl* (2011), 10(1), pp. e24-e48.
- Yilmaz, M. I., Sonmez, A., Saglam, M., Qureshi, A.R. & Axelsson, J. . (2008). ADMA Levels Correlate with Proteinuria, Secondary Amyloidosis, and Endothelial Dysfunction. *J Am Soc Nephrol*, 19(2), pp. 388-395.
- Yip, C., Han, N. R., & Sng, B. L. (2016). Legal and ethical issues in research. *Indian Journal of Anaesthesia*, 60(9), 684-688.
- Zimet, G.D., Dahlem, N.W., Zimet, S.G. & Farley, G.K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52, 30-41.
- Zoccali, C., Tripepi, G., Cutrupi, S., Pizzini, P., & Mallamaci, F. (2005). Low triiodothyronine: a new facet of inflammation in end-stage renal disease. *J Am Soc Nephrol*, 16(9), pp. 2789-95.
- Zyga, S., Alikari, V., Sachlas, A., Fradelos, E.C., Stathoulis, J., Panoutsopoulos, G., Georgopoulou, M., Theophilou, P., & Lavdaniti, M. (2015). Assessment of Fatigue in End Stage Renal Disease Patients Undergoing Hemodialysis: Prevalence and Associated Factors. *Medical Archives*, 69(6), pp. 376-80.
- Zyoud, S. H., Daraghmeh, D. N., Mezyed, D. O., Khdeir, R. L., Sawafta, M. N., Ayaseh, N. A., Tabeeb, G. H., Sweileh, W. M., Awang, R., & Al-Jabi, S. W. (2016). Factors affecting quality of life in patients on haemodialysis: a cross-sectional study from Palestine. *BMC Nephrology*, 17, p. 44.
- Zyoud, S. H., Daraghmeh, D. N., Mezyed, D. O., Khdeir, & Al-Jabi, S. W. (2017). Factors affecting quality of life in patients on haemodialysis: a cross-sectional study from Palestine. *BMC Nephrol*, 17.

## Ελληνόγλωσση

- Γαλάνης (2012). Εγκυρότητα και αξιοπιστία των ερωτηματολογίων στις επιδημιολογικές μελέτες. *Εφαρμοσμένη Ιατρική Έρευνα*.
- Κολυβά – Μαχαίρα Φ., Μπόρα – Σέντα Ε. & Μπράτσας Χ. (2017). *Στατιστική : Θεωρία - Εφαρμογές - Παραδείγματα στην R / Συλλογικό έργο*- 3η έκδ. -Εκδόσεις Ζήτη, Θεσσαλονίκη.
- Σκρουμπέλος, Α., Δάγλας, Α., Σκουτέλης, Δ., & Κυριόπουλος, Γ. (2012). *Το νοσηλευτικό προσωπικό στην Ελλάδα. Παρούσα κατάσταση και τρέχουσες προκλήσεις*. [http://www.esdy.edu.gr/files/009\\_Oikonomikon\\_Ygeias/To%20νοσηλευτικό%20προσωπικό%20στην%20Ελλάδα.pdf](http://www.esdy.edu.gr/files/009_Oikonomikon_Ygeias/To%20νοσηλευτικό%20προσωπικό%20στην%20Ελλάδα.pdf).
- Φερεντίνου Ε. (2016). *Αξιολόγηση αντιλήψεων ασθενών υπό αιμοκάθαρση σχετικά με την παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα και εκτίμηση του βαθμού ικανοποίησης τους*. Διδακτορική Διατριβή. Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου. Σχολή Επιστημών Ανθρώπινης Κίνησης και Ποιότητας Ζωής. Τμήμα Νοσηλευτικής.

## Παράρτημα

### Ερωτηματολόγιο

#### ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Ευχαριστώ εκ των προτέρων για τη συμμετοχή σας

#### Κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία

1. Ποιο είναι το φύλο σας;

Ανδρας ☐ Γυναίκα ☐

2. Ποια είναι η ηλικία σας (σε έτη);

3. Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;

Άγαμος(η) ☐  
Έγγαμος(η) ή σε συμβίωση ☐  
Διαζευγμένος(η) ☐  
Χήρος(α) ☐

4. Αριθμός παιδιών;

5. Ποιο είναι το εκπαιδευτικό σας επίπεδο;

Απουσία εκπαίδευσης ☐  
Απόφοιτος(η) Δημοτικού ☐  
Απόφοιτος(η) Γυμνασίου ☐  
Απόφοιτος(η) Λυκείου ☐  
Απόφοιτος(η) ΤΕΙ ☐  
Απόφοιτος(η) ΑΕΙ ☐  
Κάτοχος Μεταπτυχιακού ☐  
Κάτοχος Διδακτορικού ☐

6. Τόπος μόνιμης κατοικίας

Πόλη ☐  
Χωριό ☐  
Κωμόπολη ☐  
Εξωτερικό ☐

## 7. Απασχόληση:

Δημόσιος υπάλληλος  
Ιδιωτικός υπάλληλος  
Φοιτητής/σπουδαστής  
Ελ. Επαγγελματίας  
Οικιακά  
Άνεργος/η  
Συνταξιούχος

☐  
☐  
☐  
☐  
☐  
☐  
☐

## 8. Μηνιαίο εισόδημα σε ευρώ

Χωρίς εισόδημα  
500-1.000  
1.001-1.500  
1.501-2.000  
Άνω των 2000

☐  
☐  
☐  
☐  
☐

## 9. Χρόνια στην Αιμοκάθαρση

0 – 5  
6 – 10  
11 – 20  
Πάνω από 21

☐  
☐  
☐  
☐

## MULTIDIMENSIONAL SCALE OF PERCEIVED SOCIAL SUPPORT

### ΟΔΗΓΙΕΣ:

Ενδιαφερόμαστε για τις απόψεις σας σχετικά με τις παρακάτω προτάσεις. Διαβάστε την καθεμία πρόταση προσεκτικά. Σημειώστε πώς αισθάνεστε σχετικά με το περιεχόμενο της κάθε πρότασης. Κυκλώστε μία απάντηση σε κάθε πρόταση. Εάν κάνετε λάθος ή αλλάξετε γνώμη, διαγράψτε με ένα X τη λάθος απάντηση και κυκλώστε τη σωστή απάντηση. Παρακαλούμε να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις.

|                                                                            | Διαφωνώ<br>Απόλυτα | Διαφωνώ<br>Πολύ | Διαφωνώ | Ουδέτερος/η | Συμφωνώ | Συμφωνώ<br>Πολύ | Συμφωνώ<br>Απόλυτα |
|----------------------------------------------------------------------------|--------------------|-----------------|---------|-------------|---------|-----------------|--------------------|
| 1. Υπάρχει ένας άνθρωπος κοντά μου όταν τον χρειάζομαι.                    | 1                  | 2               | 3       | 4           | 5       | 6               | 7                  |
| 2. Υπάρχει ένας άνθρωπος με τον οποίο μπορώ να μοιράζομαι χαρές και λύπες. | 1                  | 2               | 3       | 4           | 5       | 6               | 7                  |
| 3. Η οικογένειά μου προσπαθεί πραγματικά να με βοηθήσει.                   | 1                  | 2               | 3       | 4           | 5       | 6               | 7                  |
| 4. Παίρνω τη συναισθηματική                                                | 1                  | 2               | 3       | 4           | 5       | 6               | 7                  |

βοήθεια και υποστήριξη που  
χρειάζομαι από την οικογένειά μου.

|                                                                                      |   |   |   |   |   |   |   |
|--------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|
| 5. Έχω έναν άνθρωπο ο οποίος<br>είναι πραγματική πηγή ανακούφισης<br>για μένα.       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 6. Οι φίλοι μου προσπαθούν<br>πραγματικά να με βοηθήσουν.                            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 7. Μπορώ να στηρίζομαι στους<br>φίλους μου όταν τα πράγματα δεν<br>πάνε καλά.        | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 8. Μπορώ να συζητώ τα<br>προβλήματά μου με την<br>οικογένειά μου.                    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 9. Έχω φίλους με τους οποίους<br>μπορώ να μοιράζομαι χαρές και<br>λύπες.             | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 10. Υπάρχει ένας άνθρωπος στη<br>ζωή μου ο οποίος νοιάζεται<br>για τα αισθήματά μου. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 11. Η οικογένειά μου είναι<br>πρόθυμη να με βοηθήσει να<br>παίρνω αποφάσεις.         | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 12. Μπορώ να συζητώ τα<br>προβλήματά μου με τους<br>φίλους μου.                      | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

### FATIGUE ASSESSMENT SCALE (FAS)

Οι παρακάτω δέκα προτάσεις αναφέρονται στο πώς συνήθως αισθάνεστε. Παρακαλούμε να  
απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις, ακόμα κι αν τώρα αισθάνεστε καλά.

|                                                        | Ποτέ | Μερικές<br>φορές | Τακτικά | Συχνά | Πάντα |
|--------------------------------------------------------|------|------------------|---------|-------|-------|
| 1. Με ενοχλεί η κούραση                                | 1    | 2                | 3       | 4     | 5     |
| 2. Κουράζομαι πολύ εύκολα                              | 1    | 2                | 3       | 4     | 5     |
| 3. Δεν κάνω πολλές δουλειές στη<br>διάρκεια της ημέρας | 1    | 2                | 3       | 4     | 5     |

|                                                                         |   |   |   |   |   |
|-------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| 4. Έχω αρκετή ενέργεια για τις καθημερινές δραστηριότητες               | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Σωματικά, αισθάνομαι εξουθενωμένος/η                                 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Δυσκολεύομαι να ξεκινήσω να κάνω πράγματα                            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Δυσκολεύομαι να σκεφτώ καθαρά                                        | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Δεν έχω διάθεση να κάνω οποιαδήποτε δραστηριότητα                    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Νοητικά, αισθάνομαι εξουθενωμένος/η                                  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Όταν κάνω κάποια δραστηριότητα, μπορώ να συγκεντρώνομαι αρκετά καλά | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

## MISSOULA - VITAS® QUALITY OF LIFE INDEX VERSION – 15R

### ΣΦΑΙΡΙΚΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

Πώς θα βαθμολογούσατε τη συνολική ποιότητα ζωής σας;

|            |       |        |      |           |
|------------|-------|--------|------|-----------|
| 1          | 2     | 3      | 4    | 5         |
| Πολύ φτωχή | Φτωχή | Μέτρια | Καλή | Πολύ καλή |

### ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

1. Αισθάνομαι άρρωστος/η συνέχεια.

|                 |         |                           |         |                 |
|-----------------|---------|---------------------------|---------|-----------------|
| -2              | -1      | 0                         | 1       | 2               |
| Συμφωνώ απόλυτα | Συμφωνώ | Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ | Διαφωνώ | Διαφωνώ απόλυτα |

2. Είμαι ικανοποιημένος με τον τωρινό έλεγχο των συμπτωμάτων μου.

|   |   |   |    |    |
|---|---|---|----|----|
| 4 | 3 | 0 | -3 | -4 |
|---|---|---|----|----|

- |                    |         |                              |         |                    |
|--------------------|---------|------------------------------|---------|--------------------|
| Συμφωνώ<br>απόλυτα | Συμφωνώ | Ούτε συμφωνώ<br>ούτε διαφωνώ | Διαφωνώ | Διαφωνώ<br>απόλυτα |
|--------------------|---------|------------------------------|---------|--------------------|
3. Η σωματική ενόχληση εμποδίζει κάθε ευκαιρία για διασκέδαση.

- |                    |         |                              |         |                    |
|--------------------|---------|------------------------------|---------|--------------------|
| 5                  | 4       | 3                            | 2       | 1                  |
| Συμφωνώ<br>απόλυτα | Συμφωνώ | Ούτε συμφωνώ<br>ούτε διαφωνώ | Διαφωνώ | Διαφωνώ<br>απόλυτα |

### ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ

4. Δεν είμαι πλέον ικανός/ή να κάνω πολλά από τα πράγματα που μου αρέσει να κάνω.

- |                    |         |                              |         |                    |
|--------------------|---------|------------------------------|---------|--------------------|
| -2                 | -1      | 0                            | 1       | 2                  |
| Συμφωνώ<br>απόλυτα | Συμφωνώ | Ούτε συμφωνώ<br>ούτε διαφωνώ | Διαφωνώ | Διαφωνώ<br>απόλυτα |

5. Αποδέχομαι το γεγονός ότι δεν μπορώ να κάνω πολλά από τα πράγματα που συνήθιζα να κάνω.

- |                    |         |                              |         |                    |
|--------------------|---------|------------------------------|---------|--------------------|
| 4                  | 3       | 0                            | -3      | -4                 |
| Συμφωνώ<br>απόλυτα | Συμφωνώ | Ούτε συμφωνώ<br>ούτε διαφωνώ | Διαφωνώ | Διαφωνώ<br>απόλυτα |

6. Η ικανοποίηση από τη ζωή μου εξαρτάται από το να είμαι δραστήριος/α και να μπορώ να αυτοεξυπηρετούμαι.

- |                    |         |                              |         |                    |
|--------------------|---------|------------------------------|---------|--------------------|
| 5                  | 4       | 3                            | 2       | 1                  |
| Συμφωνώ<br>απόλυτα | Συμφωνώ | Ούτε συμφωνώ<br>ούτε διαφωνώ | Διαφωνώ | Διαφωνώ<br>απόλυτα |

### ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ

7. Τον τελευταίο καιρό είμαι ικανός/ή να μοιράζομαι σημαντικά πράγματα με τα κοντινά μου πρόσωπα.

- |                    |         |                              |         |                    |
|--------------------|---------|------------------------------|---------|--------------------|
| 2                  | 1       | 0                            | -1      | -2                 |
| Συμφωνώ<br>απόλυτα | Συμφωνώ | Ούτε συμφωνώ<br>ούτε διαφωνώ | Διαφωνώ | Διαφωνώ<br>απόλυτα |

8. Στην παρούσα φάση περνώ όσο χρόνο θέλω με την οικογένεια και φίλους.

|                    |         |                              |         |                    |
|--------------------|---------|------------------------------|---------|--------------------|
| 4                  | 3       | 0                            | -3      | -4                 |
| Συμφωνώ<br>απόλυτα | Συμφωνώ | Ούτε συμφωνώ<br>ούτε διαφωνώ | Διαφωνώ | Διαφωνώ<br>απόλυτα |

9. Είναι σημαντικό για μένα να έχω στενές προσωπικές σχέσεις.

|                    |         |                              |         |                    |
|--------------------|---------|------------------------------|---------|--------------------|
| 5                  | 4       | 3                            | 2       | 1                  |
| Συμφωνώ<br>απόλυτα | Συμφωνώ | Ούτε συμφωνώ<br>ούτε διαφωνώ | Διαφωνώ | Διαφωνώ<br>απόλυτα |

### **ΕΥΕΞΙΑ**

10. Οι υποθέσεις μου δεν είναι τακτοποιημένες. Ανησυχώ για το ότι πολλά πράγματα παραμένουν άλυτα.

|                    |         |                              |         |                    |
|--------------------|---------|------------------------------|---------|--------------------|
| -2                 | -1      | 0                            | 1       | 2                  |
| Συμφωνώ<br>απόλυτα | Συμφωνώ | Ούτε συμφωνώ<br>ούτε διαφωνώ | Διαφωνώ | Διαφωνώ<br>απόλυτα |

11. Είμαι περισσότερο ικανοποιημένος/η με τον εαυτό μου τώρα από ότι ήμουν πριν την ασθένειά μου.

|                    |         |                              |         |                    |
|--------------------|---------|------------------------------|---------|--------------------|
| 4                  | 3       | 0                            | -3      | -4                 |
| Συμφωνώ<br>απόλυτα | Συμφωνώ | Ούτε συμφωνώ<br>ούτε διαφωνώ | Διαφωνώ | Διαφωνώ<br>απόλυτα |

12. Είναι σημαντικό για μένα να είμαι καλά με τον εαυτό μου.

|                    |         |                              |         |                    |
|--------------------|---------|------------------------------|---------|--------------------|
| 5                  | 4       | 3                            | 2       | 1                  |
| Συμφωνώ<br>απόλυτα | Συμφωνώ | Ούτε συμφωνώ<br>ούτε διαφωνώ | Διαφωνώ | Διαφωνώ<br>απόλυτα |

### **ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ**

13. Αισθάνομαι ότι η ζωή μου έχει μεγαλύτερο νόημα τώρα από ότι είχε στο παρελθόν.

|   |   |   |    |    |
|---|---|---|----|----|
| 2 | 1 | 0 | -1 | -2 |
|---|---|---|----|----|

|                    |         |                              |         |                    |
|--------------------|---------|------------------------------|---------|--------------------|
| Συμφωνώ<br>απόλυτα | Συμφωνώ | Ούτε συμφωνώ<br>ούτε διαφωνώ | Διαφωνώ | Διαφωνώ<br>απόλυτα |
|--------------------|---------|------------------------------|---------|--------------------|

14. Η ζωή έχει χάσει κάθε αξία για μένα. Η καθημερινότητα είναι ένα βάρος.

|                    |         |                              |         |                    |
|--------------------|---------|------------------------------|---------|--------------------|
| -4                 | -3      | 0                            | 3       | 4                  |
| Συμφωνώ<br>απόλυτα | Συμφωνώ | Ούτε συμφωνώ<br>ούτε διαφωνώ | Διαφωνώ | Διαφωνώ<br>απόλυτα |

15. Είναι σημαντικό για μένα να αισθάνομαι ότι η ζωή μου έχει νόημα.

|                    |         |                              |         |                    |
|--------------------|---------|------------------------------|---------|--------------------|
| 5                  | 4       | 3                            | 2       | 1                  |
| Συμφωνώ<br>απόλυτα | Συμφωνώ | Ούτε συμφωνώ<br>ούτε διαφωνώ | Διαφωνώ | Διαφωνώ<br>απόλυτα |

## ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Οι παρακάτω προτάσεις αναφέρονται στη φροντίδα που λαμβάνεται από το νοσηλευτικό προσωπικό και πόσο ικανοποιημένοι είσαστε από αυτό. Κυκλώστε την απάντηση σε κάθε ερώτηση που σας εκφράζει περισσότερο.

|                                                                                            | Καθόλου | Ελάχιστα | Μέτρια | Αρκετά | Πάρα<br>πολύ |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|---------|----------|--------|--------|--------------|
| 1. Η εξυπηρέτηση των προσωπικών σας αναγκών (π.χ. βοήθεια στο ντύσιμο, βοήθεια στο φαγητό) | 1       | 2        | 3      | 4      | 5            |
| 2. Οι τεχνικές δεξιότητες(π.χ. παρακέντηση φίστουλας, φλεβοκέντηση, χορήγηση φαρμάκων)     | 1       | 2        | 3      | 4      | 5            |
| 3. Η συνέπεια με την οποία ανταποκρίνονται στις ανάγκες σας                                | 1       | 2        | 3      | 4      | 5            |
| 4. Η κατανόηση των αναγκών σας                                                             | 1       | 2        | 3      | 4      | 5            |
| 5. Η ενθάρρυνση για ερωτήσεις                                                              | 1       | 2        | 3      | 4      | 5            |
| 6. Ο σεβασμός της άποψής σας                                                               | 1       | 2        | 3      | 4      | 5            |
| 7. Οι πληροφορίες που λαμβάνετε από το νοσηλευτικό προσωπικό                               | 1       | 2        | 3      | 4      | 5            |

|                                                                        |   |   |   |   |   |
|------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| 8. Η διακριτικότητα με την οποία σας δίνεται η κάθε πληροφορία         | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Η διακριτικότητα των νοσηλευτών σε θέματα που αφορούν την υγεία σας | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Η συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντί σας             | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Η ψυχολογική υποστήριξη από το νοσηλευτικό προσωπικό               | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Το αίσθημα ασφάλειας κατά τη θεραπευτική διαδικασία                | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Η διαχείριση των ανεπιθύμητων συμβάντων της αιμοκάθαρσης           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

## ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ ΚΑΙ ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

Ονομάζομαι Βασιλοπούλου Χριστίνα, είμαι Νοσηλεύτρια στη Μονάδα Τεχνητού Νεφρού του ΠΠΝΠ. Στα πλαίσια του Διαπανεπιστημιακού Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών «Διαχείριση Γήρανσης και Χρόνιων Νοσημάτων» διεξάγω ερευνητική μελέτη με θέμα: «Αξιολόγηση ποιότητας ζωής, κόπωσης και κοινωνικής υποστήριξης των αιμοκαθαρόμενων ασθενών: Η επίδραση της ικανοποίησης από το νοσηλευτικό προσωπικό». Σκοπός της εν λόγω έρευνας είναι η συσχέτιση μεταξύ της εκτιμώμενης ποιότητας ζωής, της κόπωσης, και της κοινωνικής υποστήριξης των ασθενών που υποβάλλονται σε χρόνια περιοδική αιμοκάθαρση καθώς και η αξιολόγηση της ικανοποίησης από τη φροντίδα του Νοσηλευτικού προσωπικού.

Η συλλογή των δεδομένων θα πραγματοποιηθεί από τους ασθενείς που κάνουν αιμοκάθαρση στο ΠΠΝΠ, με απόλυτη ανωνυμία και εμπιστευτικότητα. Οι απαντήσεις σας είναι εμπιστευτικές και τα αποτελέσματα που θα προκύψουν από τη μελέτη θα χρησιμοποιηθούν μόνο για ερευνητικούς σκοπούς από το συμμετέχοντα σύμφωνα πάντα με τους εθνικούς και τους διεθνείς κανονισμούς. Η συμμετοχή σας στην έρευνα δεν είναι υποχρεωτική, είναι εθελοντική, και εάν συμφωνήσετε να συμμετέχετε, δεν δεσμεύεστε και μπορείτε οποιαδήποτε στιγμή να διακόψετε, χωρίς να το δηλώσετε.

Πριν τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, αν συναινείτε για τη συμμετοχή σας στη μελέτη θα πρέπει να υπογράψετε την ακόλουθη δήλωση συγκατάθεσης.

Εκ μέρους της ερευνήτριας

Υπογραφή  
Βασιλοπούλου Χριστίνα  
Email: .....

## ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ

Έχω διαβάσει τις ανωτέρω αναφερόμενες πληροφορίες και συμφωνώ να συμμετέχω στη συγκεκριμένη επιστημονική έρευνα.

**Ονοματεπώνυμο συμμετέχοντα:**

**Ημερομηνία:**

**Υπογραφή:**



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ  
"ΠΑΝΑΓΙΑ Η ΒΟΗΘΕΙΑ"  
26504 ΡΙΟ ΠΑΤΡΩΝ

ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ ΠΡΑΚΤΙΚΟΥ  
ΤΗΣ ΑΡ.01/07-01-2021 ΤΑΚΤΙΚΗΣ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗΣ  
ΤΟΥ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ ΤΟΥ Π.Γ.Ν.Π.

Στην Πάτρα σήμερα 07.01.2021, ημέρα Πέμπτη και ώρα 12:15 μ.μ. συνήλθε σε τακτική συνεδρίαση το Δ.Σ. το οποίο συγκροτήθηκε και λειτουργεί, σύμφωνα με το ΦΕΚ (τ. Υ.Ο.Δ.Δ.) 140/19.03.2019, όπως τροποποιήθηκε με το ΦΕΚ (τ. Υ.Ο.Δ.Δ.) 153/04.03.2020, και το 879/21.10.2020. Κατόπιν της αριθ. πρωτ. 139/05.01.2021 ΟΕ πρόσκλησης του Αντιπροέδρου του Δ.Σ. προς τα τακτικά, αναπληρωματικά μέλη και εισηγητές, παρέστησαν στην συνεδρίαση οι :

|                          |                                  |
|--------------------------|----------------------------------|
| 1. ΜΠΑΚΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ      | ΑΝ. ΔΙΟΙΚ/ΤΗΣ, ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΣ Δ.Σ. |
| 2. ΝΤΑΒΛΟΥΡΟΣ ΠΕΡΙΚΛΗΣ   | ΤΑΚΤΙΚΟ ΜΕΛΟΣ Δ.Σ                |
| 3. ΚΑΤΣΑΪΤΗ ΑΘΑΝΑΣΙΑ     | ΤΑΚΤΙΚΟ ΜΕΛΟΣ Δ.Σ                |
| 4. ΦΙΛΤΙΣΕΝΙΟΥ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ | ΤΑΚΤΙΚΟ ΜΕΛΟΣ Δ.Σ                |

Ως Γραμματέας του Δ.Σ. παρέστη η υπάλληλος Συρίγου Βαρβάρα Ευαγγελία.

Αφού διαπιστώθηκε απαρτία το Διοικητικό Συμβούλιο προχώρησε στη συζήτηση των θεμάτων της Ημερήσιας Διάταξης τα οποία καθορίστηκαν για την αριθμ. 01/07.01.2021 Συνεδρίαση.

**ΔΙΑΦΟΡΑ**  
**ΘΕΜΑ 9**

Ο Αντιπρόεδρος του Δ.Σ. θέτει υπόψη των μελών το υπ' αριθ. 33808/24.12.20 έγγραφο του Επιστημονικού Συμβουλίου, το οποίο έχει ως εξής:

**ΘΕΜΑ : ΕΓΚΡΙΣΗ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΥ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ**

Το Επιστημονικό Συμβούλιο στην συνεδρίαση 14.12.2020 λαμβάνοντας υπ' όψιν την υπ. αρ. /10.12.2020 απόφαση της Επιτροπής Έρευνας Ηθικής και Δεοντολογίας, εγκρίνει τη διεξαγωγή του ερευνητικού πρωτοκόλλου με χρήση ερωτηματολογίου και τίτλο: «Αξιολόγηση ποιότητας ζωής, κόπωσης και κοινωνικής υποστήριξης των αιμοκαθαρόμενων ασθενών: Η επίδραση της ικανοποίησης από το νοσηλευτικό προσωπικό» στην κ. Χριστίνα Βασιλοπούλου-ΤΕ Νοσηλεύτρια, στα πλαίσια εκπόνησης της διπλωματικής της εργασίας στο Κοινό Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών «Διαχείριση γήρανσης και χρόνιων νοσημάτων» του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας σε συνεργασία με το Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο (ΕΑΠ), το οποίο θα διεξαχθεί στους ασθενείς της Μονάδας Τεχνικού Νεφρού του Π.Γ.Ν.Π., υπό την ευθύνη και εποπτεία της

κ. Παρασκευής Θεοφίλλου - PhD Ψυχολογία Υγείας, Απόφοιτη ΕΣΔΔΑ, Γενική Δ/ντρια Υπηρεσιών Υγείας Υπουργείου Υγείας, που αφορά:

- ✓ Ερευνητικό πρωτόκολλο
- ✓ Ερωτηματολόγιο
- ✓ Έντυπο συγκατάθεσης

**Επιστημονικός Υπεύθυνος:**

**Ερευνητές:**

**Παρασκευή Θεοφίλλου**-PhD Ψυχολογία Υγείας, Απόφοιτη ΕΣΔΔΑ, Γενική Δ/ντρια Υπηρεσιών Υγείας Υπουργείου Υγείας

**Χριστίνα Βασιλοπούλου** – ΤΕ Νοσηλεύτρια/Μεταπτυχιακή φοιτήτρια

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΟΥ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ

ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΜΑΡΚΟΣ ΜΑΡΑΓΚΟΣ

Το Δ.Σ. αφού έλαβε υπόψη τα ανωτέρω και μετά από διαλογική συζήτηση,

**ΟΜΟΦΩΝΑ ΑΠΟΦΑΣΙΖΕΙ**

Αποδέχεται την εισήγηση του Επιστ. Συμβουλίου με την οποία εγκρίνει τη διεξαγωγή του ερευνητικού πρωτοκόλλου με χρήση ερωτηματολογίου και τίτλο: «Αξιολόγηση ποιότητας ζωής, κόπωσης και κοινωνικής υποστήριξης των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών: Η επίδραση της ικανοποίησης από το νοσηλευτικό προσωπικό» στην κ. Χριστίνα Βασιλοπούλου-ΤΕ Νοσηλεύτρια, στα πλαίσια εκπόνησης της διπλωματικής της εργασίας στο Κοινό Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών «**Διαχείριση γήρανσης και χρόνιων νοσημάτων**» του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας σε συνεργασία με το Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο (ΕΑΠ), το οποίο θα διεξαχθεί στους ασθενείς της Μονάδας Τεχνικού Νεφρού του Π.Γ.Ν.Π., υπό την ευθύνη και εποπτεία της κ. Παρασκευής Θεοφίλλου - PhD Ψυχολογία Υγείας, Απόφοιτη ΕΣΔΔΑ, Γενική Δ/ντρια Υπηρεσιών Υγείας Υπουργείου Υγείας, με την προϋπόθεση διασφάλισης των προσωπικών δεδομένων και την τήρηση των κανόνων ηθικής και ερευνητικής δεοντολογίας.

Ο ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΟΥ Δ.Σ.

Δρ. ΜΠΑΚΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ



Υπεύθυνη Δήλωση Συγγραφέα:

Δηλώνω ρητά ότι, σύμφωνα με το άρθρο 8 του Ν.1599/1986, η παρούσα εργασία αποτελεί αποκλειστικά προϊόν προσωπικής μου εργασίας, δεν προσβάλλει κάθε μορφής δικαιώματα διανοητικής ιδιοκτησίας, προσωπικότητας και προσωπικών δεδομένων τρίτων, δεν περιέχει έργα/εισφορές τρίτων για τα οποία απαιτείται άδεια των δημιουργών/δικαιούχων και δεν είναι προϊόν μερικής ή ολικής αντιγραφής, οι πηγές δε που χρησιμοποιήθηκαν περιορίζονται στις βιβλιογραφικές αναφορές και μόνον και πληρούν τους κανόνες της επιστημονικής παράθεσης.