



ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΑΝΟΙΚΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

Σχολή Κοινωνικών Επιστημών

&

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

Τμήμα Ιατρικής

**ΔΙΔΑΚΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΓΗΡΑΝΣΗΣ ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ»**

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Η αποδοχή και ο φόβος επιδείνωσης της νόσου σε ασθενείς που
βρίσκονται σε θεραπεία υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας τους
σε περιοχή της Αττικής**

Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια

Μαρία Πρόφη

Αριθμός Μητρώου: 516528

Επιβλέπων Καθηγητής

Κος Ζαρογιάννης Σ.

Αθήνα, 2026

Περίληψη

Η χρόνια νεφρική νόσος τελικού σταδίου και η ένταξη σε πρόγραμμα αιμοκάθαρσης συνιστούν μια πολυδιάστατη εμπειρία, η οποία υπερβαίνει τα στενά όρια της σωματικής νόσησης και επηρεάζει καθοριστικά την ψυχολογική ισορροπία του ασθενούς. Στο πλαίσιο αυτό, η αποδοχή της ασθένειας και ο φόβος επιδείνωσης αναδεικνύονται σε δύο κρίσιμα ψυχολογικά δομήματα, τα οποία διαμορφώνουν την προσαρμογή του ατόμου στη χρόνια θεραπεία.

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση του επιπέδου αποδοχής της ασθένειας και του φόβου επιδείνωσης σε ασθενείς υπό αιμοκάθαρση, καθώς και η εξέταση της επίδρασης κοινωνικοδημογραφικών παραγόντων και της μεταξύ τους συσχέτισης. Διενεργήθηκε συγχρονική μελέτη σε δείγμα τριάντα πέντε ($n=35$) αιμοκαθαιρόμενων ασθενών της μονάδας τεχνητού νεφρού Κορωπίου (Αττική), κατά την περίοδο 25–30 Μαΐου 2026. Για τη συλλογή των δεδομένων αξιοποιήθηκαν η Κλίμακα Αποδοχής της Ασθένειας (Acceptance of Illness Scale, AIS) και το Ερωτηματολόγιο Φόβου Επιδείνωσης — Σύντομη Μορφή (Fear of Progression Questionnaire — Short Form, FoP-Q-SF), σε συνδυασμό με έντυπο καταγραφής κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών. Η στατιστική επεξεργασία περιέλαβε περιγραφική ανάλυση, ελέγχους t -test και ανάλυση διακύμανσης (ANOVA), καθώς και ανάλυση συσχέτισης.

Από τα αποτελέσματα προέκυψε ότι η αποδοχή της ασθένειας κυμάνθηκε σε μέτριο επίπεδο ($M=24,86$, $TA=5,77$), ενώ ο φόβος επιδείνωσης εμφανίστηκε ιδιαίτερα αυξημένος, με τη συντριπτική πλειονότητα των συμμετεχόντων (97,1%) να καταγράφει κλινικά σημαντικό φόβο ($M=42,20$, $TA=5,20$). Στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις στην αποδοχή της ασθένειας εντοπίστηκαν ως προς την ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο και την επαγγελματική κατάσταση, ενώ ο φόβος επιδείνωσης δεν διαφοροποιήθηκε στατιστικά σημαντικά ως προς καμία κοινωνικοδημογραφική μεταβλητή. Η συσχέτιση μεταξύ των δύο δομημάτων υπήρξε αρνητική αλλά μη στατιστικά σημαντική ($r=-0,282$).

Συμπερασματικά, τα ευρήματα αναδεικνύουν την ανάγκη για στοχευμένη ψυχοκοινωνική υποστήριξη των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών, με ιδιαίτερη έμφαση στις

ευάλωτες υποομάδες, και υπογραμμίζουν τον καθοριστικό ρόλο της νοσηλευτικής φροντίδας στην ενίσχυση της προσαρμογής και της ποιότητας ζωής.

Λέξεις-κλειδιά: αποδοχή ασθένειας, φόβος επιδείνωσης, αμοκάθαρση, χρόνια νεφρική νόσος, ψυχοκοινωνική προσαρμογή, ποιότητα ζωής

Abstract

End-stage renal disease and the initiation of haemodialysis constitute a multidimensional experience that extends well beyond physical illness and profoundly affects the patient's psychological balance. Within this context, acceptance of illness and fear of progression emerge as two critical psychological constructs that shape the individual's adaptation to chronic treatment.

The aim of the present study was to investigate the level of illness acceptance and fear of progression among patients undergoing haemodialysis, as well as to examine the influence of sociodemographic factors and the correlation between the two constructs. A cross-sectional study was conducted on a sample of thirty-five ($n=35$) haemodialysis patients at the renal unit in Koropi (Attica, Greece), during the period 25–30 May 2026. Data were collected using the Acceptance of Illness Scale (AIS) and the Fear of Progression Questionnaire — Short Form (FoP-Q-SF), together with a sociodemographic data form. Statistical analysis included descriptive statistics, t-tests, analysis of variance (ANOVA) and correlation analysis.

The results indicated a moderate level of illness acceptance ($M=24.86$, $SD=5.77$), whereas fear of progression was markedly elevated, with the overwhelming majority of participants (97.1%) reporting clinically significant fear ($M=42.20$, $SD=5.20$). Statistically significant differences in illness acceptance were identified with respect to age, educational level and occupational status, while fear of progression did not differ significantly according to any sociodemographic variable. The correlation between the two constructs was negative but not statistically significant ($r=-0.282$).

In conclusion, the findings highlight the need for targeted psychosocial support for haemodialysis patients, with particular emphasis on vulnerable subgroups, and underline the decisive role of nursing care in enhancing adaptation and quality of life.

Keywords: illness acceptance, fear of progression, haemodialysis, chronic kidney disease, psychosocial adaptation, quality of life

Ευχαριστίες

Η εκπόνηση της παρούσας διπλωματικής εργασίας αποτέλεσε μια απαιτητική αλλά ουσιαστική πορεία, η ολοκλήρωση της οποίας δεν θα ήταν εφικτή χωρίς τη συμβολή ορισμένων ανθρώπων, τους οποίους αισθάνομαι την ανάγκη να ευχαριστήσω.

Θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες προς τον επιβλέποντα καθηγητή μου για την καθοδήγηση, τις πολύτιμες επισημάνσεις και τη διαρκή υποστήριξη καθ' όλη τη διάρκεια της συγγραφής. Η εμπιστοσύνη και η εποικοδομητική κριτική του υπήρξαν καθοριστικές για την ποιότητα του τελικού αποτελέσματος.

Ιδιαίτερες ευχαριστίες οφείλω στους ασθενείς που δέχθηκαν να συμμετάσχουν στην έρευνα, μοιραζόμενοι με γενναιοδωρία την προσωπική τους εμπειρία. Η δική τους συμβολή αποτέλεσε τον πυρήνα αυτής της μελέτης.

Τέλος, ευχαριστώ από καρδιάς την οικογένεια και τους ανθρώπους μου για την αμέριστη συμπαράσταση, την υπομονή και την ενθάρρυνση που μου προσέφεραν σε όλη τη διάρκεια των σπουδών μου.

Δήλωση Ακαδημαϊκής Ακεραιότητας

Δηλώνω υπεύθυνα ότι η παρούσα διπλωματική εργασία με τίτλο «Η αποδοχή και ο φόβος επιδείνωσης της νόσου σε ασθενείς που βρίσκονται σε θεραπεία υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας τους σε περιοχή της Αττικής» είναι προϊόν προσωπικής μου εργασίας, δεν παραβιάζει τα δικαιώματα τρίτων προσώπων και δεν είναι προϊόν μερικής ή ολικής αντιγραφής.

Οι πηγές που χρησιμοποιήθηκαν περιορίζονται στις βιβλιογραφικές αναφορές και μόνο, παρατίθενται δε με πληρότητα. Τα σημεία όπου έχω χρησιμοποιήσει ιδέες, κείμενο ή/και πηγές άλλων συγγραφέων αναφέρονται ευδιάκριτα στο κείμενο με την κατάλληλη παραπομπή, ενώ η σχετική αναφορά περιλαμβάνεται στο τμήμα των βιβλιογραφικών αναφορών με πλήρη περιγραφή.

Η εργασία αυτή εκπονήθηκε στο πλαίσιο των σπουδών μου στο Διδρυματικό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών «Διαχείριση Γήρανσης και Χρόνιων Νοσημάτων» και δεν έχει υποβληθεί, εν όλω ή εν μέρει, για την απόκτηση άλλου ακαδημαϊκού τίτλου.

Η δηλούσα

Μαρία Πρόφη

Πίνακας Περιεχομένων

Περίληψη	ii
Abstract	iv
Ευχαριστίες	v
Δήλωση Ακαδημαϊκής Ακεραιότητας	vi
Κατάλογος Πινάκων	viii
Κατάλογος Εικόνων & Σχημάτων	ix
Κατάλογος Συντομογραφιών	x
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Χρόνια Νεφρική Νόσος και Θεραπεία Υποκατάστασης Νεφρικής Λειτουργίας	1
1.1 Ορισμός και Ταξινόμηση της Χρόνιας Νεφρικής Νόσου	1
1.2 Επιδημιολογία — Παγκόσμια και Ελληνική Πραγματικότητα	4
1.3 Αιτιολογία και Παράγοντες Κινδύνου	5
1.4 Μέθοδοι Θεραπείας Υποκατάστασης Νεφρικής Λειτουργίας	7
1.5 Κλινικά και Ψυχοκοινωνικά Χαρακτηριστικά Ασθενών υπό ΘΥΝ	11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Αποδοχή Ασθένειας και Φόβος Επιδείνωσης — Θεωρητικό Πλαίσιο, Εργαλεία και Ευρήματα	14
2.1 Αποδοχή Ασθένειας: Ορισμός και Θεωρητικό Πλαίσιο	14
2.2 Φόβος Επιδείνωσης: Ορισμός και Θεωρητικό Πλαίσιο	18
2.3 Αποτελέσματα: Αποδοχή Ασθένειας και Φόβος Επιδείνωσης στο Δείγμα	22
2.4 Συγκριτική Αξιολόγηση με τη Διεθνή Βιβλιογραφία	27
2.5 Ψυχική Υγεία και Ποιότητα Ζωής σε Ασθενείς υπό ΘΥΝ	28
2.6 Κλινικές και Νοσηλευτικές Προεκτάσεις	29
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Ερευνητική Μελέτη — Σκοπός, Μεθοδολογία, Αποτελέσματα και Συζήτηση	33
3.1 Σκοπός της Μελέτης	33
3.2 Μέθοδος	34
3.3 Αποτελέσματα	37
3.4 Συζήτηση	42
3.5 Συμπεράσματα και Προτάσεις	45
Βιβλιογραφικές Αναφορές	48
Παραρτήματα	53

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1.1. Κριτήρια ορισμού της ΧΝΝ σύμφωνα με τις οδηγίες KDIGO 2012.	2
Πίνακας 1.2. Σταδιοποίηση ΧΝΝ βάσει eGFR κατά KDIGO 2012.	2
Πίνακας 1.3. Κύριες αιτιολογικές κατηγορίες ΧΝΝ και νοσολογικές οντότητες.	6
Πίνακας 2.1. Περιγραφικά χαρακτηριστικά των 8 ερωτημάτων της AIS (n=35).	17
Πίνακας 2.2. Κατανομή συμμετεχόντων ανά επίπεδο αποδοχής ασθένειας (AIS) (n=35).	18
Πίνακας 2.3. Ανάλυση σε επίπεδο ερωτήματος του FoP-Q-SF (n=35).	21
Πίνακας 2.4. Κατανομή συμμετεχόντων βάσει κλινικής σημαντικότητας FoP-Q-SF (n=35).	23
Πίνακας 2.5. Μέσες βαθμολογίες AIS και FoP-Q-SF ανά κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά (n=35).	24
Πίνακας 2.6. Σύγκριση ευρημάτων με επιλεγμένες διεθνείς μελέτες.	27
Πίνακας 3.1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά (φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση) (n=35).	37
Πίνακας 3.2. Δημογραφικά χαρακτηριστικά (επαγγελματική κατάσταση, μορφωτικό επίπεδο) (n=35).	38
Πίνακας 3.3. Αποδοχή ασθένειας και φόβος επιδείνωσης ανά οικογενειακή κατάσταση (n=35).	40
Πίνακας 3.4. Συνοπτικός πίνακας στατιστικά σημαντικών και μη σημαντικών ευρημάτων (n=35).	41

Κατάλογος Εικόνων & Σχημάτων

Εικόνα 1.1. Σταδιοποίηση της ΧΝΝ κατά KDIGO και θέση του δείγματος.	3
Εικόνα 1.2. Συγκριτική παρουσίαση των τριών μεθόδων ΘΥΝ.	8
Εικόνα 1.3. Σχηματική απεικόνιση του κυκλώματος αιμοκάθαρσης.	9
Σχήμα 2.1. Θεωρητικά μοντέλα αποδοχής ασθένειας (Taylor· Lazarus & Folkman).	15
Σχήμα 2.2. Θεωρητικά μοντέλα φόβου επιδείνωσης (Murray et al.· Mutsaers et al.).	19
Σχήμα 2.3. Κατανομή επιπέδων αποδοχής και κλινικής σημαντικότητας φόβου (n=35).	23
Σχήμα 2.5. Μέσες βαθμολογίες AIS ανά ηλικία, μορφωτικό επίπεδο, επαγγελματική κατάσταση (n=35).	26
Σχήμα 2.6. Διάγραμμα διασποράς συσχέτισης AIS – FoP-Q-SF (n=35).	27
Σχήμα 2.7. Κύριες κατηγορίες ψυχολογικών παρεμβάσεων και ο ρόλος της νοσηλευτικής.	30
Σχήμα 3.1. Δημογραφικό προφίλ του δείγματος (n=35).	39
Σχήμα 3.2. Μέσες βαθμολογίες φόβου επιδείνωσης ανά οικογενειακή κατάσταση (n=35).	41
Σχήμα 3.3. Σύνοψη στατιστικής σημαντικότητας όλων των ελέγχων (n=35).	42

Κατάλογος Συντομογραφιών

AIS	Acceptance of Illness Scale (Κλίμακα Αποδοχής της Ασθένειας)
ANOVA	Analysis of Variance (Ανάλυση Διακύμανσης)
ACR	Albumin-to-Creatinine Ratio (Λόγος Λευκωματίνης προς Κρεατινίνη)
eGFR	estimated Glomerular Filtration Rate (Εκτιμώμενος Ρυθμός Σπειραματικής Διήθησης)
FoP-Q-SF	Fear of Progression Questionnaire — Short Form (Ερωτηματολόγιο Φόβου Επιδείνωσης — Σύντομη Μορφή)
GFR	Glomerular Filtration Rate (Ρυθμός Σπειραματικής Διήθησης)
GDPR / ΓΚΠΔ	General Data Protection Regulation (Γενικός Κανονισμός Προστασίας Δεδομένων)
KDIGO	Kidney Disease: Improving Global Outcomes
KDOQI	Kidney Disease Outcomes Quality Initiative
ΘΥΝ	Θεραπεία Υποκατάστασης Νεφρικής Λειτουργίας
M	Μέση τιμή
MTN	Μονάδα Τεχνητού Νεφρού
NATΣ	Νεφρική Ανεπάρκεια Τελικού Σταδίου
TA	Τυπική Απόκλιση
XNN	Χρόνια Νεφρική Νόσος

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Χρόνια Νεφρική Νόσος και Θεραπεία Υποκατάστασης Νεφρικής Λειτουργίας

Το παρόν κεφάλαιο συγκροτεί το κλινικό και επιδημιολογικό υπόβαθρο της εργασίας, παρέχοντας το αναγκαίο πλαίσιο για την κατανόηση της ψυχολογικής εμπειρίας των ασθενών που υποβάλλονται σε θεραπεία υποκατάστασης νεφρικής λειτουργίας. Αρχικά αποσαφηνίζονται ο ορισμός και η ταξινόμηση της Χρόνιας Νεφρικής Νόσου, ώστε να προσδιοριστεί με ακρίβεια ο πληθυσμός αναφοράς. Ακολούθως, παρουσιάζονται τα επιδημιολογικά δεδομένα σε παγκόσμιο, ευρωπαϊκό και ελληνικό επίπεδο, με ιδιαίτερη έμφαση στην περιοχή της Αττικής όπου διεξήχθη η έρευνα. Στη συνέχεια αναλύονται η αιτιολογία και οι παράγοντες κινδύνου, καθώς και οι τρεις βασικές μέθοδοι θεραπείας υποκατάστασης. Το κεφάλαιο ολοκληρώνεται με τη διερεύνηση των κλινικών και ψυχοκοινωνικών χαρακτηριστικών του πληθυσμού, στοιχείο που συνδέει άμεσα το ιατρικό πλαίσιο με τα ψυχολογικά δομήματα της αποδοχής ασθένειας και του φόβου επιδείνωσης, τα οποία αποτελούν το επίκεντρο της παρούσας μελέτης.

1.1 Ορισμός και Ταξινόμηση της Χρόνιας Νεφρικής Νόσου

Η Χρόνια Νεφρική Νόσος (XNN) συνιστά ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα δημόσιας υγείας παγκοσμίως, με αυξητική τάση επίπτωσης και βαρύτατες συνέπειες τόσο για τη σωματική και ψυχολογική κατάσταση των πασχόντων όσο και για τα συστήματα υγειονομικής φροντίδας. Πρόκειται για μία ετερογενή ομάδα παθήσεων που χαρακτηρίζεται από μόνιμη δομική ή λειτουργική βλάβη των νεφρών, με διάρκεια άνω των τριών μηνών, και η οποία προκαλεί κλινικά σημαντικές συνέπειες στη γενική υγεία.

Αναφορικά με τον ορισμό, ο διεθνής οργανισμός Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO) προχώρησε, το 2012, σε ενοποίηση και επικαιροποίηση των διαγνωστικών κριτηρίων, αντικαθιστώντας παλαιότερα συστήματα ταξινόμησης που βασιζόνταν αποκλειστικά στον ρυθμό σπειραματικής διήθησης (Chapter 1: Definition and Classification of CKD, 2013). Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες αυτές οδηγίες, η XNN ορίζεται ως η παρουσία ανωμαλιών νεφρικής δομής ή λειτουργίας, οι οποίες παραμένουν για χρονικό διάστημα πλέον των τριών μηνών και συνεπάγονται επιπτώσεις

για την υγεία. Η χρονική αυτή οριοθέτηση εξυπηρετεί τη διαφοροποίηση της ΧΝΝ από τις οξείες νεφρικές βλάβες, οι οποίες, υπό ευνοϊκές συνθήκες, αντιστρέφονται εντός βραχύτερου χρονικού ορίζοντα (Levey et al., 2003).

Η διάγνωση θεμελιώνεται σε δύο αλληλοσυμπληρούμενες κατηγορίες κριτηρίων (Πίνακας 1.1): αφενός στους δείκτες νεφρικής βλάβης, που περιλαμβάνουν λευκωματουρία, παθολογικό ίζημα ούρων, ηλεκτρολυτικές διαταραχές σωληναριακής αιτιολογίας, ιστολογικές ή απεικονιστικές ανωμαλίες και ιστορικό νεφρικής μεταμόσχευσης, και αφετέρου στο μειωμένο εκτιμώμενο ρυθμό σπειραματικής διήθησης ($eGFR < 60 \text{ ml/min/1,73 m}^2$). Αρκεί η διαπίστωση ενός εκ των ανωτέρω κριτηρίων για χρονικό διάστημα άνω των τριών μηνών, ώστε να τεθεί η διάγνωση.

Πίνακας 1.1. Κριτήρια ορισμού της Χρόνιας Νεφρικής Νόσου σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες KDIGO 2012.

Κατηγορία κριτηρίου	Ειδικές εκδηλώσεις
Δείκτες νεφρικής βλάβης (≥ 1 παρών > 3 μήνες)	Λευκωματουρία ($ACR \geq 30 \text{ mg/g}$) · Παθολογικά ευρήματα ιζήματος ούρων · Ηλεκτρολυτικές διαταραχές σωληναριακής αιτιολογίας · Ιστολογικές ανωμαλίες βιοψίας · Δομικές ανωμαλίες απεικονιστικού ελέγχου · Ιστορικό νεφρικής μεταμόσχευσης
Μειωμένο $eGFR$ (> 3 μήνες)	$eGFR < 60 \text{ ml/min/1,73 m}^2$ (στάδια G3a–G5)

Σημείωση. Προσαρμοσμένο από Chapter 1: Definition and Classification of CKD (KDIGO, 2013). Η διάγνωση τίθεται εφόσον οποιοδήποτε εκ των κριτηρίων παρατηρείται για διάστημα > 3 μηνών.

Η ταξινόμηση της ΧΝΝ βασίζεται στο τριμερές σύστημα CGA (Cause – GFR category – Albuminuria category), το οποίο ενσωματώνει την αιτιολογία, τα στάδια ρυθμού σπειραματικής διήθησης (G1–G5) και τις κατηγορίες λευκωματουρίας (A1–A3). Το σύστημα αυτό επιτρέπει ακριβέστερη στρωματοποίηση κινδύνου, εξατομικευμένη εκτίμηση πρόγνωσης και έγκαιρη παρέμβαση (Levey & Coresh, 2012). Τα στάδια GFR και οι αντίστοιχες κατηγορίες νεφρικής λειτουργίας παρουσιάζονται στον Πίνακα 1.2.

Πίνακας 1.2. Σταδιοποίηση Χρόνιας Νεφρικής Νόσου βάσει εκτιμώμενου ρυθμού σπειραματικής διήθησης ($eGFR$) κατά KDIGO 2012.

Στάδιο GFR	$eGFR \text{ (ml/min/1,73 m}^2\text{)}$	Κατηγορία νεφρικής λειτουργίας
G1	≥ 90	Φυσιολογική ή υψηλή
G2	60–89	Ελαφρώς μειωμένη
G3a	45–59	Ελαφρώς έως μετρίως μειωμένη

G3b	30–44	Μετρίως μειωμένη
G4	15–29	Σοβαρώς μειωμένη
G5	< 15 (ή ΘΥΝ)	Νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου (ΝΑΤΣ)

Σημείωση. Προσαρμοσμένο από Chapter 1: Definition and Classification of CKD (KDIGO, 2013). Τα στάδια G4–G5 αντιστοιχούν σε σοβαρά επηρεασμένη νεφρική λειτουργία που απαιτεί άμεση αξιολόγηση για θεραπεία υποκατάστασης.

Εικόνα 1.1. Σταδιοποίηση της Χρόνιας Νεφρικής Νόσου κατά KDIGO και θέση του δείγματος της μελέτης.



Σημείωση. Πρωτότυπο σχήμα βάσει των κατευθυντήριων οδηγιών KDIGO (2013). Το σύνολο του δείγματος (n=35) ανήκει στο στάδιο G5 (ΝΑΤΣ) και υποβάλλεται σε αιμοκάθαρση.

Κλινικά, η στρωματοποίηση κινδύνου βάσει του συστήματος CGA έχει ουσιαστική σημασία: ασθενείς σε στάδια G4–G5 εμφανίζουν σημαντικά αυξημένο κίνδυνο εξέλιξης σε νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου (ΝΑΤΣ), καρδιαγγειακής νοσηρότητας και θνητότητας, ενώ η λευκωματουρία συνιστά ανεξάρτητο προγνωστικό δείκτη επιδείνωσης, ανεξαρτήτως σταδίου GFR (Inker et al., 2019). Στο πλαίσιο της παρούσας έρευνας, οι συμμετέχοντες (n=35) βρίσκονται στο τελικό στάδιο G5 και υποβάλλονται σε τακτική αιμοκάθαρση, γεγονός που προσδίδει ιδιαίτερη κλινική σημασία στη διερεύνηση της ψυχολογικής τους προσαρμογής.

1.2 Επιδημιολογία — Παγκόσμια και Ελληνική Πραγματικότητα

Η ΧΝΝ έχει καταστεί ένα από τα σημαντικότερα νοσολογικά βάρη παγκοσμίως, με εκθετικά αυξανόμενο επιπολασμό κατά τις τελευταίες δεκαετίες. Σύμφωνα με τη μελέτη του Global Burden of Disease Study 2017, εκτιμάται ότι πλέον των 698 εκατομμυρίων ατόμων πάσχουν από ΧΝΝ, αντιστοιχώντας σε επιπολασμό 9,1% του παγκόσμιου ενήλικου πληθυσμού (GBD Chronic Kidney Disease Collaboration, 2020). Στο ίδιο χρονικό διάστημα, η ΧΝΝ ανήλθε στην παγκόσμια κατάταξη αιτίων θανάτου από τη 17η θέση (1990) στη 12η (2017), με συσσωρευτική αύξηση τυποποιημένης θνητότητας της τάξης του 41,5% (Hill et al., 2016).

Σημαντική ανισότητα παρατηρείται αναφορικά με το φύλο: ο επιπολασμός της ΧΝΝ εμφανίζεται υψηλότερος στις γυναίκες (9,5% έναντι 7,3% για τους άνδρες), εντούτοις η πρόοδος σε ΝΑΤΣ και η ένταξη σε θεραπεία αιμοκάθαρσης είναι συχνότερη στους άνδρες, λόγω ταχύτερου ρυθμού επιδείνωσης (Bello et al., 2017). Δεδομένο συνεπές με τα παραπάνω αποτελεί η κατανομή φύλου στο υπό μελέτη δείγμα, όπου το 60% των συμμετεχόντων είναι άνδρες.

Σε ευρωπαϊκό επίπεδο, τα δεδομένα του ERA Registry Annual Report 2022 (Kramer et al., 2025) καταδεικνύουν ότι η Ελλάδα κατέχει την υψηλότερη επίπτωση νέων περιπτώσεων θεραπείας υποκατάστασης νεφρικής λειτουργίας στην Ευρώπη, με 279 νέους ασθενείς ανά εκατομμύριο πληθυσμού (pmp) το 2022, έναντι ευρωπαϊκού μέσου 152 pmp, δηλαδή σχεδόν διπλάσιο ποσοστό εισόδου σε ΘΥΝ. Το εύρημα αυτό αντανακλά τον συνδυασμό παραγόντων, όπως η υψηλή συχνότητα διαβητικής νεφροπάθειας και υπερτασικής νεφροσκλήρυνσης, καθώς και η εκτεταμένη χρήση ιδιωτικών μονάδων κάθαρσης.

Σε επίπεδο εθνικών δεδομένων, σύμφωνα με στοιχεία της Πανελλήνιας Ομοσπονδίας Νεφροπαθών και της Ελληνικής Εταιρίας Φαρμακευτικού Management (ΕΕΦΑΜ, 2024), στην Ελλάδα λαμβάνουν θεραπεία συνολικά 15.482 νεφροπαθείς: εξ αυτών, 11.951 αιμοκαθαίρονται (8.393 σε ιδιωτικές μονάδες και 3.558 σε δημόσια νοσοκομεία), 546 υποβάλλονται σε περιτοναϊκή κάθαρση, ενώ 2.985 έχουν μεταμοσχευμένο νεφρό. Η κατανομή αυτή αναδεικνύει τη σαφή κυριαρχία της αιμοκάθαρσης ως επικρατέστερης μεθόδου ΘΥΝ στην ελληνική κλινική πρακτική.

Στο επίκεντρο της εθνικής αυτής εικόνας βρίσκεται η περιοχή της Αττικής, η οποία, λόγω της υψηλής πληθυσμιακής πυκνότητας, συγκεντρώνει τον μεγαλύτερο αριθμό δομών παροχής ΘΥΝ στη χώρα. Ειδικότερα, 29 Μονάδες Χρόνιας Αιμοκάθαρσης και 16 Μονάδες Τεχνητού Νεφρού σε ιδιωτικές κλινικές, ήτοι 45 ιδιωτικές δομές, λειτουργούν στον νομό Αττικής· το 90% των αιμοκαθαιρόμενων της περιοχής εξυπηρετείται από αυτές (ΕΕΦΑΜ, 2024). Στο πλαίσιο αυτό εντάσσεται και η μονάδα τεχνητού νεφρού Diaverum Κορωπίου, στην οποία διεξήχθη η παρούσα μελέτη. Το εύρημα αυτό προσδίδει ιδιαίτερο ερευνητικό ενδιαφέρον στη μελέτη ψυχοκοινωνικών παραμέτρων, όπως η αποδοχή ασθένειας και ο φόβος επιδείνωσης, σε αιμοκαθαιρόμενους της Αττικής.

Σε πληθυσμιακό επίπεδο, ο αιμοκαθαιρόμενος πληθυσμός χαρακτηρίζεται από σταδιακή γήρανση. Τα στοιχεία του ERA Registry 2022 επισημαίνουν ότι το 54% των νέων ασθενών σε ΘΥΝ είναι ηλικίας 65 ετών και άνω, ενώ το 64% είναι άνδρες (Kramer et al., 2025). Αντίστοιχα, στο δείγμα της παρούσας μελέτης ($n=35$, Αττική), η μέση ηλικία ανέρχεται στα $65,3 \pm 9,0$ έτη (εύρος: 47–81 έτη), με το 68,6% να ανήκει στις ηλικιακές ομάδες 61 ετών και άνω — ευρήματα πλήρως συμβατά με τα ευρωπαϊκά επιδημιολογικά δεδομένα.

1.3 Αιτιολογία και Παράγοντες Κινδύνου

Η αιτιολογία της ΧΝΝ είναι πολυπαραγοντική και εμφανίζει σημαντική γεωγραφική και πληθυσμιακή ποικιλομορφία. Παγκοσμίως, δύο νοσολογικές οντότητες κυριαρχούν: ο σακχαρώδης διαβήτης (ΣΔ) τύπων 1 και 2 και η αρτηριακή υπέρταση, οι οποίες από κοινού αποδίδουν ποσοστό άνω του 50% των νέων περιπτώσεων ΝΑΤΣ στον αναπτυγμένο κόσμο (Webster et al., 2017). Η διαβητική νεφροπάθεια, ειδικότερα, αποτελεί σήμερα την κυριότερη μεμονωμένη αιτία ένταξης σε ΘΥΝ, αντανakλώντας την παγκόσμια επιδημία του ΣΔ τύπου 2.

Πέραν των δύο αυτών κυρίαρχων αιτιών, σημαντικό αιτιολογικό ρόλο διαδραματίζουν οι πρωτοπαθείς σπειραματοπάθειες (IgA νεφροπάθεια, εστιακή τμηματική σπειραματοσκλήρυνση, μεμβρανώδης νεφροπάθεια), οι δευτεροπαθείς σπειραματοπάθειες (συστηματικός λύκος, ANCA+ αγγειίτιδα), η αυτοσωμική κυρίαρχη πολυκυστική νεφρική νόσος, καθώς και χρόνιες λοιμώξεις και αποφρακτικές

νεφροπάθειες (Sharma et al., 2018). Αναλυτική παρουσίαση των κύριων αιτιολογικών κατηγοριών περιλαμβάνεται στον Πίνακα 1.3.

Πίνακας 1.3. Κύριες αιτιολογικές κατηγορίες Χρόνιας Νεφρικής Νόσου και αντίστοιχες νοσολογικές οντότητες.

Αιτιολογική κατηγορία	Κύριες αιτίες / παθήσεις
Διαβητική νεφροπάθεια	Σακχαρώδης διαβήτης τύπου 1 και τύπου 2 (κυριότερη αιτία παγκοσμίως, ~40% NATΣ)
Υπερτασική νεφροσκλήρυνση	Χρόνια αρρύθμιστη αρτηριακή υπέρταση
Πρωτοπαθείς σπειραματοπάθειες	IgA νεφροπάθεια, εστιακή τμηματική σπειραματοσκλήρυνση (FSGS), μεμβρανώδης νεφροπάθεια
Δευτεροπαθείς σπειραματοπάθειες	Συστηματικός ερυθηματώδης λύκος, ANCA+ αγγειίτιδα, αμυλοείδωση
Κληρονομικά νοσήματα	Αυτοσωμική κυρίαρχη πολυκυστική νεφρική νόσος (ADPKD), νόσος Alport
Νοσήματα ουροποιητικού	Υποτροπιάζουσα πυελονεφρίτιδα, αποφρακτική νεφροπάθεια, νεφρολιθίαση
Λοιπές αιτίες	Φαρμακευτική νεφροτοξικότητα (NSAID, αντιβιοτικά), νεοπλασμάτα, αγγειακές παθήσεις

Σημείωση. Σύνθεση βάσει Webster et al. (2017) και Sharma et al. (2018). ΣΔ: σακχαρώδης διαβήτης · FSGS: εστιακή τμηματική σπειραματοσκλήρυνση · ADPKD: αυτοσωμική κυρίαρχη πολυκυστική νεφρική νόσος.

Αναφορικά με τους τροποποιήσιμους παράγοντες κινδύνου εξέλιξης, ιδιαίτερη σημασία αποδίδεται στην αρρύθμιστη αρτηριακή υπέρταση, στη λευκωματουρία, στην υπεργλυκαιμία, στην παχυσαρκία, στο κάπνισμα και στη νεφροτοξική φαρμακευτική αγωγή (Levey & Coresh, 2012). Παράλληλα, μη τροποποιήσιμοι παράγοντες, όπως η ηλικία, το ανδρικό φύλο, η γενετική προδιάθεση και το οικογενειακό ιστορικό νεφρικής νόσου, συμβάλλουν καθοριστικά στη διαμόρφωση του ατομικού κινδύνου (Fox et al., 2004). Ιδιαίτερα αξιοσημείωτο είναι το εύρημα ότι η οξεία νεφρική βλάβη (AKI), ακόμα και μετά από φαινόμενη κλινική ανάρρωση, αυξάνει σημαντικά τον μακροπρόθεσμο κίνδυνο ανάπτυξης ΧΝΝ, υπογραμμίζοντας τη σημασία της πρωτογενούς πρόληψης (Hsu et al., 2008).

Σε παθοφυσιολογικό επίπεδο, ανεξαρτήτως της αρχικής αιτίας, η εξέλιξη της ΧΝΝ ακολουθεί έναν κοινό τελικό μηχανισμό προοδευτικής νεφρικής βλάβης. Η απώλεια λειτουργικών νεφρώνων οδηγεί σε αντισταθμιστική υπερδιήθηση των εναπομεινάντων, η οποία, αν και βραχυπρόθεσμα προστατευτική, μακροπρόθεσμα προκαλεί σπειραματική

υπέρταση, ενδοθηλιακή βλάβη και προοδευτική σπειραματοσκλήρυνση. Η ενεργοποίηση του συστήματος ρενίνης-αγγιοτενσίνης-αλδοστερόνης και η χρόνια φλεγμονή επιταχύνουν τη διαδικασία, δημιουργώντας έναν αυτοτροφοδοτούμενο κύκλο επιδείνωσης (Webster et al., 2017). Η κατανόηση του μηχανισμού αυτού εξηγεί γιατί η ΧΝΝ, μόλις εγκατασταθεί, τείνει να εξελίσσεται ακόμα και υπό βέλτιστο θεραπευτικό έλεγχο, στοιχείο που έχει άμεση σχέση με τον φόβο επιδείνωσης που βιώνουν οι ασθενείς.

Οι 35 συμμετέχοντες της έρευνας, άτομα υπό τακτική αιμοκάθαρση στην Αττική, έχουν ήδη εξελιχθεί σε στάδιο ΝΑΤΣ, ανεξαρτήτως της ειδικής αιτιολογίας. Η κατανομή ηλικίας (εύρος: 47–81 έτη) και η επικράτηση ανδρικού φύλου (60%) είναι συμβατές με τα προαναφερθέντα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά του αιμοκαθαιρόμενου πληθυσμού σε εθνικό και ευρωπαϊκό επίπεδο.

1.4 Μέθοδοι Θεραπείας Υποκατάστασης Νεφρικής Λειτουργίας

Όταν η νεφρική λειτουργία υποχωρεί σε επίπεδο ΝΑΤΣ ($\text{eGFR} < 15 \text{ ml/min/1,73 m}^2$ ή ανεξαρτήτως επιπέδου GFR παρουσία συμπτωμάτων ουραιμίας), η θεραπεία υποκατάστασης νεφρικής λειτουργίας καθίσταται αναπόφευκτη. Οι τρεις κυρίαρχες επιλογές — αιμοκάθαρση, περιτοναϊκή κάθαρση και μεταμόσχευση νεφρού — διαφέρουν ως προς τον τρόπο λειτουργίας, τις απαιτήσεις από τον ασθενή, τις κλινικές εκβάσεις και τις ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις (National Kidney Foundation, 2015).

Εικόνα 1.2. Συγκριτική παρουσίαση των τριών μεθόδων Θεραπείας Υποκατάστασης Νεφρικής Λειτουργίας.

Μέθοδοι Θεραπείας Υποκατάστασης Νεφρικής Λειτουργίας		
Αιμοκάθαρση	Περιτοναϊκή Κάθαρση	Μεταμόσχευση Νεφρού
- Εξωσωματική κάθαρση αίματος 3 συνεδρίες/εβδομάδα 3-5 ώρες ανά συνεδρία - Σε Μονάδα Τεχνητού Νεφρού - Αρτηριοφλεβική φίστουλα	- Κάθαρση μέσω περιτοναίου - Στο σπίτι (αυτονομία) - CAPD (χειροκίνητη) - APD (νυκτερινή, αυτόματη) - Καθετήρας Tenckhoff	- Θεραπεία εκλογής - Καλύτερη ποιότητα ζωής - Μεγαλύτερο προσδόκιμο - Ανάγκη συμβατού δότη - Ισόβια ανοσοκαταστολή
Μέθοδος δείγματος: 100%	Δείγμα: 0%	Δείγμα: 0%

Σημείωση. Πρωτότυπο σχήμα. Στο εξεταζόμενο δείγμα, το 100% των συμμετεχόντων λαμβάνει αιμοκάθαρση, ενώ καμία περίπτωση περιτοναϊκής κάθαρσης ή μεταμόσχευσης δεν καταγράφηκε.

1.4.1 Αιμοκάθαρση (Αιμοδιάλυση)

Η αιμοκάθαρση αποτελεί την επικρατέστερη μέθοδο ΘΥΝ παγκοσμίως. Βάσει των φυσικοχημικών αρχών της διάχυσης και της υπερδιήθησης, το αίμα του ασθενούς διοχετεύεται εξωσωματικά διαμέσου ημιπερατής μεμβράνης τεχνητού νεφρού (φίλτρο αιμοκάθαρσης), αφαιρούνται τα συσσωρευμένα ουραιμικά κατάλοιπα, ρυθμίζεται η ισορροπία υγρών και ηλεκτρολυτών, και το καθαρισμένο αίμα επιστρέφει στον οργανισμό (Murdeswar & Anjum, 2024).

Εικόνα 1.3. Σχηματική απεικόνιση του κυκλώματος αιμοκάθαρσης.



Σημείωση. Πρωτότυπο σχήμα. Το αίμα αντλείται από την αρτηριοφλεβική φίστουλα, διέρχεται από το φίλτρο (τεχνητός νεφρός) όπου καθαρίζεται μέσω διάχυσης και υπερδιήθησης, και επιστρέφει καθαρό στον ασθενή.

Η θεραπεία πραγματοποιείται τυπικά τρεις φορές εβδομαδιαίως, με διάρκεια 3–5 ωρών ανά συνεδρία, σε εξειδικευμένες Μονάδες Τεχνητού Νεφρού (MTN). Προϋποθέτει εγκατάσταση σταθερής αγγειακής πρόσβασης — κατά προτίμηση αρτηριοφλεβικής φίστουλας —, η οποία δημιουργείται χειρουργικά εκλεκτικά αρκετούς μήνες πριν την αναμενόμενη έναρξη της θεραπείας (Sidawy et al., 2008). Εναλλακτικά χρησιμοποιούνται συνθετικά μοσχεύματα ή κεντρικοί φλεβικοί καθετήρες σε περιπτώσεις ανεπαρκούς αγγειακής πρόσβασης.

Η αιμοκάθαρση παρέχει αξιόπιστο κλινικό έλεγχο και συνεχή παρακολούθηση από εξειδικευμένο νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό· εντούτοις, εισάγει αυστηρούς περιορισμούς στην καθημερινή ζωή: δέσμευση χρόνου, υποχρεωτική μετακίνηση στη MTN, αυστηρούς διατροφικούς περιορισμούς, σωματική εξάντληση και αδυναμία μετά τις συνεδρίες (Cunha et al., 2022). Οι ψυχοκοινωνικές συνέπειες της θεραπείας είναι εξίσου σημαντικές: η εξάρτηση από μηχάνημα και ιατρικό προσωπικό, η απώλεια αυτονομίας και η μεταβολή κοινωνικών ρόλων συνδέονται με αυξημένα επίπεδα άγχους, κατάθλιψης και μειωμένης ποιότητας ζωής (De Sousa, 2008· Senmar et al., 2020). Στη μελέτη της παρούσας εργασίας, το σύνολο των 35 συμμετεχόντων λαμβάνει αιμοκάθαρση, αντικατοπτρίζοντας την κυριαρχία αυτής της μεθόδου στις MTN της Αττικής.

1.4.2 Περιτοναϊκή Κάθαρση

Η περιτοναϊκή κάθαρση (ΠΚ) αξιοποιεί τη φυσική ημυπερατή μεμβράνη του περιτοναίου ως φίλτρο κάθαρσης, σε αντίθεση με την τεχνητή μεμβράνη της αιμοκάθαρσης. Διάλυμα κάθαρσης εισάγεται στην περιτοναϊκή κοιλότητα διαμέσου μόνιμου καθετήρα (καθετήρας Tenckhoff), παραμένει για ορισμένο χρόνο κατά τον οποίο πραγματοποιείται διάχυση ουρικών τοξινών και υπερδιήθηση υγρών, και στη συνέχεια αποστραγγίζεται (Teitelbaum & Burkart, 2003).

Διακρίνονται δύο κύριες παραλλαγές: η συνεχής φορητή περιτοναϊκή κάθαρση (CAPD), κατά την οποία ο ασθενής πραγματοποιεί χειροκίνητες ανταλλαγές διαλύματος τέσσερις φορές ημερησίως, και η αυτοματοποιημένη περιτοναϊκή κάθαρση (APD ή νυκτερινή περιτοναϊκή κάθαρση), κατά την οποία μηχανή κύκλου πραγματοποιεί αυτόματα πολλαπλές ανταλλαγές κατά τη διάρκεια του ύπνου. Βασικό πλεονέκτημα της ΠΚ είναι η δυνατότητα εκτέλεσης στο οικιακό περιβάλλον, γεγονός που ευνοεί μεγαλύτερη αυτονομία, ευελιξία στο ωράριο και διατήρηση της υπολειμματικής νεφρικής λειτουργίας (Van Biesen et al., 2000). Ωστόσο, απαιτεί υψηλό επίπεδο αυτοπεριποίησης, κατάλληλο οικιακό περιβάλλον και ενημερωμένη γνωμοδότηση περί πιθανής εμφάνισης περιτονίτιδας.

Η κυριότερη επιπλοκή της περιτοναϊκής κάθαρσης είναι η περιτονίτιδα, μια λοίμωξη της περιτοναϊκής κοιλότητας που μπορεί να αποβεί σοβαρή και να επιβάλει προσωρινή ή μόνιμη διακοπή της μεθόδου. Επιπρόσθετα, η μακροχρόνια έκθεση του περιτοναίου στα διαλύματα κάθαρσης ενδέχεται να οδηγήσει σε σταδιακή απώλεια της διαπερατότητας της μεμβράνης, περιορίζοντας τη διάρκεια εφαρμογής της μεθόδου. Παρά τους περιορισμούς αυτούς, η ΠΚ παραμένει μια ισότιμη θεραπευτική επιλογή, η οποία υποχρησιμοποιείται στην Ελλάδα: σύμφωνα με τα εθνικά δεδομένα, μόλις 546 ασθενείς λαμβάνουν περιτοναϊκή κάθαρση έναντι 11.951 σε αιμοκάθαρση (ΕΕΦΑΜ, 2024), γεγονός που αντανakλά τόσο κλινικές όσο και οργανωτικές παραμέτρους του ελληνικού συστήματος υγείας.

1.4.3 Μεταμόσχευση Νεφρού

Η μεταμόσχευση νεφρού αντιπροσωπεύει τη θεραπεία εκλογής για κατάλληλους υποψήφιους με ΝΑΤΣ, καθώς προσφέρει ανώτερα κλινικά αποτελέσματα, μεγαλύτερο

προσδόκιμο ζωής, βελτιωμένη ποιότητα ζωής και μειωμένη καρδιαγγειακή νοσηρότητα, σε σχέση με τις μεθόδους εξωσωματικής κάθαρσης (Abecassis et al., 2008). Μάλιστα, η προληπτική μεταμόσχευση, δηλαδή πριν από την έναρξη αιμοκάθαρσης, σχετίζεται με βέλτιστες εκβάσεις επιβίωσης μοσχεύματος και ασθενούς.

Παρά τα αδιαμφισβήτητα πλεονεκτήματά της, η μεταμόσχευση αντιμετωπίζει σοβαρά εμπόδια: ανεπάρκεια κατάλληλων δοτών, αυστηρά ανοσολογικά κριτήρια συμβατότητας, παρατεταμένη αναμονή στη λίστα, υποχρεωτική ισόβια ανοσοκατασταλτική αγωγή με κίνδυνο παρενεργειών και πιθανότητα απόρριψης μοσχεύματος. Η απώλεια μοσχεύματος, είτε ως οξεία απόρριψη είτε ως χρόνια νεφροπάθεια αλλομοσχεύματος, αποτελεί βαρύτατο ψυχοτραυματικό γεγονός που απαιτεί επανένταξη σε ΘΥΝ και εντατική ψυχολογική υποστήριξη (Abecassis et al., 2008). Στην Ελλάδα, οι μεταμοσχευμένοι ασθενείς ανέρχονται σε 2.985, αριθμός σαφώς χαμηλότερος σε σχέση με τις χώρες της δυτικής και βόρειας Ευρώπης, γεγονός που αποδίδεται κυρίως στην περιορισμένη διαθεσιμότητα μοσχευμάτων και στις μακρές λίστες αναμονής (ΕΕΦΑΜ, 2024). Στο δείγμα της παρούσας έρευνας, κανένας συμμετέχων δεν βρίσκεται υπό μεταμοσχευτική θεραπεία, γεγονός που αντικατοπτρίζει την κλινική πραγματικότητα των MTN της Αττικής, όπου η πλειονότητα των ασθενών παραμένει επί μακρόν σε καθεστώς χρόνιας αιμοκάθαρσης.

1.5 Κλινικά και Ψυχοκοινωνικά Χαρακτηριστικά Ασθενών υπό Θεραπεία Υποκατάστασης Νεφρικής Λειτουργίας

Οι ασθενείς υπό ΘΥΝ αποτελούν έναν από τους πλέον επιβαρυσμένους πληθυσμούς στη σύγχρονη κλινική πράξη, με πολυδιάστατο φορτίο νόσου που αγγίζει σωματικές, ψυχολογικές, κοινωνικές και οικονομικές παραμέτρους. Η κατανόηση του φορτίου αυτού συνιστά αναγκαία θεμελίωση για την ερμηνεία των ευρημάτων ψυχολογικής αξιολόγησης, όπως αυτά που προκύπτουν από την παρούσα μελέτη.

Σε κλινικό επίπεδο, οι αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς παρουσιάζουν εκτεταμένη συννοσηρότητα. Η αναιμία χρόνιας νόσου, η νεφρογενής οστεοδυστροφία, ο δευτεροπαθής υπερπαραθυρεοειδισμός, οι διαταραχές ηλεκτρολυτικής ισορροπίας και η υπερφωσφαταιμία συνιστούν συνήθεις μεταβολικές επιπλοκές. Κυριότερη αιτία θανάτου παραμένει η καρδιαγγειακή νόσος, η οποία ευθύνεται για περίπου 50% της συνολικής

θνητότητας στον πληθυσμό αιμοκάθαρσης (Jankowski et al., 2021), ενώ συχνές είναι επίσης η υποθρεψία (Sahathevan et al., 2020) και οι λοιμώξεις αγγειακής πρόσβασης.

Σε ψυχολογικό επίπεδο, η κατάθλιψη και το άγχος αποτελούν τις πλέον διαδεδομένες συναισθηματικές διαταραχές στον πληθυσμό ΘΥΝ. Εκτιμάται ότι ο επιπολασμός κλινικά σημαντικής κατάθλιψης κυμαίνεται μεταξύ 20–40% στους αιμοκαθαιρόμενους, ποσοστό σαφώς υψηλότερο σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό, ενώ κλινικά σημαντικό άγχος εντοπίζεται στο 15–25% των ασθενών (De Sousa, 2008). Οι ψυχολογικές αυτές διαταραχές αλληλεπιδρούν με τρόπο αμφίδρομο με τα κεντρικά ψυχολογικά δομήματα της παρούσας έρευνας: την αποδοχή ασθένειας και τον φόβο επιδείνωσης. Στο δείγμα της μελέτης ($n=35$), η μέση βαθμολογία αποδοχής ασθένειας (AIS) ανήλθε σε $24,86 \pm 5,77$ (εύρος: 13–36), υποδηλώνοντας μέτριο επίπεδο αποδοχής, ενώ ποσοστό 97,1% των συμμετεχόντων εμφάνισε κλινικά σημαντικό φόβο επιδείνωσης, υπερβαίνοντας το καθιερωμένο όριο κλινικής σημαντικότητας $FoP \geq 34$ (Mehnert et al., 2006· $M=42,20 \pm 5,20$). Τα ευρήματα αυτά αναλύονται διεξοδικά στα επόμενα κεφάλαια.

Σε κοινωνικό επίπεδο, η αιμοκάθαρση επηρεάζει βαθύτατα τους διαπροσωπικούς ρόλους, την οικογενειακή δυναμική και την επαγγελματική ζωή. Η δέσμευση χρόνου από τις τρεις εβδομαδιαίες συνεδρίες, σε συνδυασμό με την ακολουθούσα κόπωση, περιορίζει δραστικά τη συμμετοχή σε εργασία, ψυχαγωγικές δραστηριότητες και κοινωνικές εκδηλώσεις (Sahathevan et al., 2020). Ως προς τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων είναι έγγαμοι (74,3%), ενώ ως προς την επαγγελματική κατάσταση το δείγμα διακρίνεται σε εργαζομένους (42,9%) και συνταξιούχους (37,1%), με μικρότερα ποσοστά ανέργων και ατόμων ανίκανων προς εργασία. Αναφορικά με το μορφωτικό επίπεδο, υπερισχύουν οι απόφοιτοι δευτεροβάθμιας (Λύκειο, 51,4%) και τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (ΑΕΙ/ΤΕΙ, 31,4%). Η σχετικά υψηλή συμμετοχή εργαζομένων είναι ιδιαίτερα ενδιαφέρουσα, καθώς υποδηλώνει ότι μέρος του δείγματος επιχειρεί να διατηρήσει την επαγγελματική του δραστηριότητα παρά τους περιορισμούς της αιμοκάθαρσης, εύρημα που συνδέεται άμεσα με τον φόβο επιδείνωσης ως προς τη μελλοντική εργασιακή ικανότητα.

Τέλος, σε οικονομικό επίπεδο, η ΘΥΝ επιφέρει σημαντική χρηματοοικονομική επιβάρυνση τόσο για τον ασθενή και την οικογένειά του όσο και για το σύστημα υγείας. Το ετήσιο κόστος αιμοκάθαρσης ανά ασθενή στην Ελλάδα εκτιμάται σε 40.000–60.000 ευρώ, απορροφώντας περίπου 3% του εθνικού προϋπολογισμού υγείας (ΕΕΦΑΜ, 2024). Η συνδυαστική αυτή οικονομική, σωματική και ψυχολογική επιβάρυνση διαμορφώνει το πολύπλοκο πλαίσιο εντός του οποίου καλούνται οι ασθενείς να αναπτύξουν μηχανισμούς ψυχολογικής προσαρμογής, μεταξύ αυτών την αποδοχή της ασθένειας και τη διαχείριση του φόβου επιδείνωσης. Η σχέση μεταξύ του πλαισίου αυτού και των ψυχολογικών μεταβλητών αποτελεί το κεντρικό ερευνητικό ερώτημα της παρούσας εργασίας, το οποίο αναπτύσσεται στα επόμενα κεφάλαια.

Συνοψίζοντας, το παρόν κεφάλαιο ανέδειξε ότι η Χρόνια Νεφρική Νόσος και ειδικότερα η αιμοκάθαρση δεν συνιστούν αποκλειστικά ιατρικές καταστάσεις, αλλά πολυδιάστατες εμπειρίες με βαθιές σωματικές, ψυχολογικές, κοινωνικές και οικονομικές προεκτάσεις. Ο πληθυσμός που μελετάται — ηλικιωμένοι, κατά πλειοψηφία, ασθενείς υπό τακτική αιμοκάθαρση στην Αττική — καλείται να διαχειριστεί ταυτόχρονα τη χρονιότητα της νόσου, την εξάρτηση από τη θεραπεία και την αβεβαιότητα για το μέλλον. Στο πλαίσιο αυτό, η αποδοχή της ασθένειας και ο φόβος επιδείνωσης αναδεικνύονται σε κρίσιμες ψυχολογικές παραμέτρους, η θεωρητική θεμελίωση των οποίων αποτελεί το αντικείμενο του επόμενου κεφαλαίου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Αποδοχή Ασθένειας και Φόβος Επιδείνωσης — Θεωρητικό Πλαίσιο, Εργαλεία και Ευρήματα

Το παρόν κεφάλαιο αναπτύσσει τα δύο κεντρικά ψυχολογικά δομήματα της έρευνας: την αποδοχή ασθένειας και τον φόβο επιδείνωσης, υπό το πρίσμα της χρόνιας νεφρικής νόσου τελικού σταδίου και της αιμοκάθαρσης. Σε πρώτη φάση παρουσιάζεται η θεωρητική θεμελίωση κάθε δομήματος, εντεταγμένη στα διεθνώς αναγνωρισμένα γνωστικοσυμπεριφοριστικά και ψυχοκοινωνικά πρότυπα. Ακολουθεί η ψυχομετρική παρουσίαση των εργαλείων μέτρησης που χρησιμοποιήθηκαν στη μελέτη, η Κλίμακα Αποδοχής Ασθένειας (AIS) και το Ερωτηματολόγιο Φόβου Επιδείνωσης — Σύντομη Μορφή (FoP-Q-SF), με παράθεση των δεδομένων σε επίπεδο ερωτήματος του δείγματος ($n=35$ αιμοκαθαιρόμενοι, Diaverum Κορωπίου, Αττική). Στη συνέχεια παρατίθεται η ανάλυση των αποτελεσμάτων ανά δημογραφική παράμετρο, η συγκριτική αξιολόγηση σε σχέση με τη διεθνή βιβλιογραφία, καθώς και οι κλινικές και νοσηλευτικές προεκτάσεις των ευρημάτων.

2.1 Αποδοχή Ασθένειας: Ορισμός και Θεωρητικό Πλαίσιο

Η αποδοχή ασθένειας (illness acceptance) ορίζεται ως η ενεργητική, γνωστικο-συναισθηματική διεργασία αναγνώρισης και ενσωμάτωσης των περιορισμών που επιβάλλει η χρόνια νόσος στην καθημερινή λειτουργικότητα, χωρίς να επιδιώκεται η επιστροφή στο προνοσηρό επίπεδο δραστηριότητας (Felton et al., 1984). Ουσιαστικά, δεν συνεπάγεται παθητική υποταγή ή παραίτηση, αλλά αποτελεί μια δυναμική αναδιαπραγμάτευση στόχων, αξιών και προσδοκιών υπό τις νέες συνθήκες υγείας. Η διάκριση αυτή είναι θεμελιώδης: ο ασθενής που αποδέχεται την ασθένεια δεν αρνείται την πραγματικότητά της, αλλά τη διαπραγματεύεται γνωστικά, έτσι ώστε να διαφυλάξει την αίσθηση ελέγχου, την αυτοεκτίμηση και τη δυνατότητα νοσηματοδότησης (Taylor, 1983).

Θεωρητικά, η αποδοχή ασθένειας εντάσσεται σε τρία κυρίαρχα ερμηνευτικά πλαίσια. Πρώτον, το Μοντέλο Γνωστικής Προσαρμογής (Cognitive Adaptation Model, Taylor, 1983) υποστηρίζει ότι η ψυχολογική ανάκαμψη από μια χρόνια νόσο βασίζεται σε τρεις γνωστικούς μηχανισμούς: αναζήτηση νοήματος, ανάκτηση αίσθησης ελέγχου

και ανοικοδόμηση αυτοεκτίμησης. Δεύτερον, το Μοντέλο Άγχους-Αξιολόγησης-Αντιμετώπισης (Stress-Appraisal-Coping, Lazarus & Folkman, 1984) θεωρεί ότι η πρωτογενής γνωστική αξιολόγηση μιας κατάστασης ως «απειλής» ή «πρόκλησης» καθορίζει τον τύπο του μηχανισμού αντιμετώπισης που θα ενεργοποιηθεί. Υπό αυτό το πρίσμα, η αποδοχή ασθένειας αποτελεί έναν αποτελεσματικό μηχανισμό επικεντρωμένης στη συναισθηματική επεξεργασία (emotion-focused coping), ο οποίος διαμεσολαβεί μεταξύ της αντικειμενικής κλινικής κατάστασης και της υποκειμενικά βιωμένης ψυχολογικής δυσχέρειας. Το Σχήμα 2.1 συνοψίζει τα δύο αυτά θεωρητικά πρότυπα και τις κλινικές τους συνέπειες.

Σχήμα 2.1. Θεωρητικά μοντέλα αποδοχής ασθένειας: Μοντέλο Γνωστικής Προσαρμογής (Taylor, 1983) και Μοντέλο Άγχους-Αξιολόγησης-Αντιμετώπισης (Lazarus & Folkman, 1984).



Τρίτον, συμπληρωματικά προς τα ανωτέρω, το Βιοψυχοκοινωνικό Μοντέλο Προσαρμογής στη Χρόνια Νόσο (Stanton, Revenson & Tennen, 2007) εμπλουτίζει την ερμηνεία της αποδοχής, τονίζοντας ότι η ψυχολογική προσαρμογή δεν αποτελεί στατική κατάσταση αλλά μια συνεχή, δυναμική διαδικασία διαπραγμάτευσης μεταξύ βιολογικών (σωματική επιβάρυνση, συμπτωματολογία), ψυχολογικών (νοητικές αξιολογήσεις, συναισθηματική ρύθμιση) και κοινωνικών (οικογενειακή και κοινωνική υποστήριξη, οικονομικοί πόροι) παραγόντων. Το μοντέλο αυτό είναι ιδιαίτερα κατάλληλο για την κατανόηση της αποδοχής σε αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς, καθώς ενσωματώνει τη σωματική επιβάρυνση που προκαλεί η ίδια η θεραπεία (κόπωση, διαιτητικοί περιορισμοί)

ως αλληλεπιδρώντα παράγοντα με τις ψυχολογικές και κοινωνικές διαστάσεις της προσαρμογής.

Σε πληθυσμούς υπό αιμοκάθαρση, η αποδοχή ασθένειας αποκτά ιδιαίτερη κλινική βαρύτητα, δεδομένου ότι οι ασθενείς αντιμετωπίζουν συγχρόνως πολλαπλές προκλήσεις: τη μόνιμη εξάρτηση από τη μηχανή αιμοκάθαρσης, τη δεσμευτική ρουτίνα τριών εβδομαδιαίων συνεδριών διάρκειας 4–5 ωρών, τις αυστηρές διαιτητικές και υδατικές περιοριστικές απαιτήσεις, καθώς και τον κίνδυνο εμφάνισης σοβαρών επιπλοκών. Μελέτες σε αιμοκαθαιρόμενους πληθυσμούς έχουν αναδείξει ότι υψηλότερα επίπεδα αποδοχής ασθένειας συσχετίζονται με βελτιωμένη ποιότητα ζωής (Pompey et al., 2019) και με ευνοϊκότερα προφίλ συμπεριφορών υγείας (Hreńczuk et al., 2024), ενώ η ψυχολογική προσαρμογή στη χρόνια νόσο συνδέεται με ικανοποιητικότερη κοινωνική λειτουργικότητα (Telford et al., 2006). Παράλληλα, η συστηματική μέτρηση της αποδοχής ασθένειας παρέχει χρήσιμο κλινικό δείκτη της ψυχοκοινωνικής κατάστασης του ασθενούς, διευκολύνοντας την έγκαιρη αναγνώριση ατόμων που ενδέχεται να ωφεληθούν από υποστηρικτικές παρεμβάσεις. Τα ευρήματα αυτά καθιστούν τη συστηματική μέτρηση της αποδοχής ασθένειας απαραίτητο εργαλείο κλινικής νοσηλευτικής εκτίμησης.

2.1.1 Η Κλίμακα Αποδοχής Ασθένειας (Acceptance of Illness Scale — AIS)

Η Acceptance of Illness Scale (AIS) αναπτύχθηκε από τους Felton, Revenson και Hinrichsen (1984) για τη μέτρηση του βαθμού αποδοχής των λειτουργικών περιορισμών που επιβάλλει η χρόνια νόσος. Η κλίμακα αποτελείται από 8 ερωτήματα τύπου Likert 5 βαθμών (1 = Συμφωνώ έντονα έως 5 = Διαφωνώ έντονα), με συνολικό εύρος βαθμολογίας 8–40. Τα ερωτήματα 1, 2, 4 και 7 αντικατοπτρίζουν αρνητικές συνέπειες της νόσου, ενώ τα ερωτήματα 3, 5, 6 και 8 διερευνούν την αίσθηση εξάρτησης, περιορισμού ελευθεριών και αλλαγής αυτοεικόνας. Υψηλότερη συνολική βαθμολογία υποδηλώνει υψηλότερη αποδοχή ασθένειας. Η κλίμακα δεν διαθέτει υποκλίμακες, μετρώντας ένα ενιαίο μονοδιάστατο δομήμα (Juczyński, 2001).

Ψυχομετρικά, η AIS εμφανίζει ικανοποιητική έως υψηλή εσωτερική συνοχή (Cronbach α = 0,82–0,89) σε διαφορετικούς πληθυσμούς χρόνιων ασθενών, περιλαμβανομένων νεφρολογικών πληθυσμών (Felton et al., 1984· Juczyński, 2001·

Hreńczuk et al., 2024). Στο δείγμα της παρούσας μελέτης ($n=35$ αιμοκαθαιρόμενοι, Diavrum Κορωπίου), ο συντελεστής εσωτερικής συνοχής ανήλθε σε Cronbach $\alpha = 0,879$, τιμή που υπερβαίνει το κατώφλι αποδεκτής αξιοπιστίας ($\alpha \geq 0,70$) και αντιστοιχεί σε υψηλής ποιότητας ψυχομετρικές ιδιότητες σύμφωνα με τα κριτήρια Nunnally (1978). Η τριμερής κατηγοριοποίηση της βαθμολογίας ορίζει: βαθμολογία 8–18 = χαμηλή αποδοχή, 19–29 = μέτρια αποδοχή, 30–40 = υψηλή αποδοχή (Juczyński, 2001).

Πίνακας 2.1. Περιγραφικά χαρακτηριστικά των 8 ερωτημάτων της AIS στο δείγμα αιμοκαθαιρόμενων ($n=35$).

Ερώτημα	Περιεχόμενο	M	TA
AIS1	Λόγω της κατάστασής μου, δεν μπορώ να κάνω αυτά που αγαπώ περισσότερο	2,71	0,94
AIS2	Δυσκολεύομαι να προσαρμοστώ στους περιορισμούς που μου επιβάλλει η ασθένεια	2,66	1,08
AIS3	Λόγω της ασθένειάς μου, αισθάνομαι ότι δεν είμαι χρήσιμος/-η	3,54	1,07
AIS4	Η ασθένεια με κάνει να αισθάνομαι λιγότερο αξιόλογος/-η	2,34	0,97
AIS5	Νιώθω ότι η ασθένεια μου στερεί την ελευθερία	3,31	1,11
AIS6	Έχω έρθει σε συμφωνία με αυτό που μου συνέβη	4,00	0,94
AIS7	Δυσκολεύομαι να συνηθίσω στην ασθένειά μου	2,34	0,87
AIS8	Η ασθένεια άλλαξε πολύ την εικόνα που έχω για τον εαυτό μου	4,03	0,86
Σύνολο	Συνολική βαθμολογία AIS (εύρος 8–40)	24,86	5,77

Σημείωση. M = μέση τιμή· TA = τυπική απόκλιση. Τα ερωτήματα AIS1, AIS2, AIS4 και AIS7 αντικατοπτρίζουν αρνητικές συνέπειες ασθένειας. Υψηλότερη βαθμολογία = υψηλότερη αποδοχή. Cronbach $\alpha = 0,879$. Εύρος συνολικής βαθμολογίας: 13–36.

Η ανάλυση σε επίπεδο ερωτήματος αναδεικνύει σημαντικές αποκλίσεις. Το ερώτημα AIS8 («Η ασθένεια άλλαξε πολύ την εικόνα που έχω για τον εαυτό μου», $M=4,03$) και το AIS6 («Έχω έρθει σε συμφωνία με αυτό που μου συνέβη», $M=4,00$) κατέγραψαν τις υψηλότερες τιμές, υποδηλώνοντας εκτεταμένη επίδραση στην αυτοεικόνα και σχετική συμφιλίωση με την κατάσταση. Αντιθέτως, το AIS4 («Η ασθένεια με κάνει να αισθάνομαι λιγότερο αξιόλογος/-η», $M=2,34$) και το AIS7 («Δυσκολεύομαι να συνηθίσω στην ασθένειά μου», $M=2,34$) εμφάνισαν τις χαμηλότερες τιμές, αναδεικνύοντας τη διαρκή δυσκολία αποδοχής και τη θιγόμενη αίσθηση αξίας ως τις πλέον προβληματικές διαστάσεις στον αιμοκαθαιρόμενο πληθυσμό.

Πίνακας 2.2. Κατανομή συμμετεχόντων ανά επίπεδο αποδοχής ασθένειας (AIS) — δείγμα αιμοκαθαιρόμενων (n=35).

Επίπεδο αποδοχής	Εύρος	n	%	Ερμηνεία
Χαμηλή	8–18	4	11,4%	Σημαντικές δυσκολίες προσαρμογής
Μέτρια	19–29	24	68,6%	Μερική αποδοχή — κυρίαρχη κατηγορία δείγματος
Υψηλή	30–40	7	20,0%	Ολοκληρωμένη ψυχολογική προσαρμογή
Σύνολο	8–40	35	100%	M=24,86, TA=5,77, Εύρος: 13–36

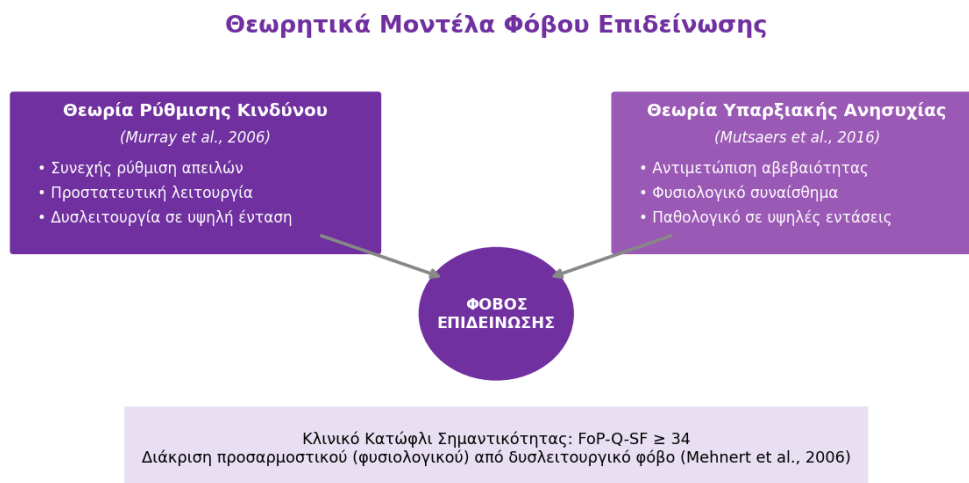
Σημείωση. Κατηγοριοποίηση βάσει Juczyński (2001). n=35 αιμοκαθαιρόμενοι, μονάδα τεχνητού νεφρού Diavium Κορωπίου (Αττική).

2.2 Φόβος Επιδείνωσης: Ορισμός και Θεωρητικό Πλαίσιο

Ο φόβος επιδείνωσης (Fear of Progression, FoP) ορίζεται ως η επίμονη, πολυδιάστατη ανησυχία για την πιθανή εξέλιξη ή επανεμφάνιση της νόσου, με εκτιμώμενες αρνητικές συνέπειες στη λειτουργικότητα, τη σωματική ακεραιότητα, τις κοινωνικές σχέσεις, την οικονομική κατάσταση και το προσδόκιμο ζωής (Herschbach et al., 2005). Αρχικά μελετήθηκε συστηματικά στο πεδίο της ογκολογίας (Lee-Jones et al., 1997), ωστόσο η κλινική του σημασία εκτείνεται σε όλες τις χρόνιες παθήσεις με ανησυχητικό ή μη αναστρέψιμο πρόγνωμα, συμπεριλαμβανομένης της χρόνιας νεφρικής νόσου τελικού σταδίου.

Η θεωρητική θεμελίωση του FoP αντλεί κυρίως από δύο πλαίσια. Πρώτον, η Θεωρία Ρύθμισης Κινδύνου (Risk Regulation Theory, Murray et al., 2006) υποστηρίζει ότι οι άνθρωποι ρυθμίζουν συνεχώς τις αντιδράσεις τους στις αντιλαμβανόμενες απειλές για τη σωματική ακεραιότητα, με τον φόβο να λειτουργεί ως προστατευτικό αλλά και ως δυσλειτουργικό σήμα. Δεύτερον, η Θεωρία Υπαρξιακής Ανησυχίας (Mutsaers et al., 2016) εντάσσει τον FoP στο ευρύτερο πλαίσιο της ανθρώπινης αντιμετώπισης της αβεβαιότητας και της θνητότητας, θεωρώντας τον ως φυσιολογική αντίδραση που μόνο σε υψηλές εντάσεις καθίσταται παθολογική. Η διάκριση μεταξύ προσαρμοστικού και δυσλειτουργικού φόβου επιδείνωσης κατοχυρώνεται κλινικά μέσω του ορίου σκορ ≥ 34 στο FoP-Q-SF (Mehnert et al., 2006). Το Σχήμα 2.2 αποτυπώνει σχηματικά τα δύο αυτά θεωρητικά πλαίσια και τη λειτουργία του κλινικού κατωφλίου.

Σχήμα 2.2. Θεωρητικά μοντέλα φόβου επιδείνωσης: Θεωρία Ρύθμισης Κινδύνου (Murray et al., 2006) και Θεωρία Υπαρξιακής Ανησυχίας (Mutsaers et al., 2016).



Συμπληρωματικά, το αρχικό Γνωστικό Μοντέλο Φόβου Υποτροπής (Cognitive Formulation of Fear of Recurrence, Lee-Jones et al., 1997), από το οποίο προέκυψε αρχικά η εννοιολόγηση του FoP στην ογκολογία, περιγράφει έναν κύκλο διατήρησης του φόβου: ερεθίσματα-υπενθυμίσεις της νόσου (π.χ. σωματικά συμπτώματα, ιατρικά ραντεβού) ενεργοποιούν καταστροφικές σκέψεις σχετικά με την επιδείνωση, οι οποίες με τη σειρά τους προκαλούν συμπεριφορές αποφυγής ή υπερβολικής επαγρύπνησης, διατηρώντας έτσι τον φόβο σε διηνεκή ενεργοποίηση. Στον αιμοκαθαρόμενο πληθυσμό, το ισοδύναμο ερέθισμα-υπενθύμιση είναι η ίδια η συνεδρία αιμοκάθαρσης, η οποία λαμβάνει χώρα τρεις φορές την εβδομάδα, γεγονός που εξηγεί εν μέρει τη σχεδόν καθολική παρουσία κλινικά σημαντικού φόβου επιδείνωσης που παρατηρείται στον πληθυσμό αυτό, σε αντίθεση με τους ογκολογικούς ασθενείς, όπου οι υπενθυμίσεις της νόσου είναι περιοδικές (π.χ. απεικονιστικός έλεγχος ανά τρίμηνο).

Στον πληθυσμό αιμοκαθαρόμενων ασθενών, ο φόβος επιδείνωσης αποκτά εξαιρετική ψυχολογική συνθετότητα. Σε αντίθεση με τους ογκολογικούς ασθενείς, όπου ο φόβος αφορά κυρίως την υποτροπή, στην αιμοκάθαρση ο FoP είναι χρόνιος, πολυεπίπεδος και άρρηκτα συνδεδεμένος με την καθημερινή βίωση της εξάρτησης από τη θεραπεία. Συγκεκριμένα, περιλαμβάνει φόβο αποτυχίας αγγειακής πρόσβασης, καρδιαγγειακού συμβάματος, απώλειας λειτουργικής ανεξαρτησίας, οικονομικής κατάρρευσης και επίδρασης στις στενές σχέσεις. Παρά τη μεγάλη κλινική σημασία του,

η συστηματική ποσοτικοποίηση του φόβου επιδείνωσης με σταθμισμένα εργαλεία — όπως το FoP-Q-SF— σε πληθυσμούς υπό αιμοκάθαρση παραμένει περιορισμένη στη διεθνή βιβλιογραφία· οι περισσότερες σχετικές μελέτες προέρχονται είτε από ογκολογικούς πληθυσμούς, στους οποίους αναπτύχθηκε και σταθμίστηκε το εργαλείο (Mehnert et al., 2006), είτε από μη αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο. Η σπανιότητα αυτή καθιστά τη μέτρηση του δομήματος στον συγκεκριμένο πληθυσμό ιδιαίτερως χρήσιμη και προσδίδει στην παρούσα μελέτη πρόσθετη ερευνητική αξία.

2.2.1 Το Ερωτηματολόγιο Φόβου Επιδείνωσης — Σύντομη Μορφή (FoP-Q-SF)

Το FoP-Q-SF αναπτύχθηκε από τον Herschbach και τους συνεργάτες του (2005) ως σύντομη, 12-ερωτηματική έκδοση της πλήρους κλίμακας FoP-Q (Herschbach et al., 2005), με στόχο τη διευκόλυνση της κλινικής εφαρμογής σε πληθυσμούς με αυξημένη σωματική κόπωση ή χρόνια νοσηρότητα. Η κλίμακα χρησιμοποιεί τύπο Likert 5 βαθμών (1 = Ποτέ έως 5 = Πολύ συχνά), με εύρος βαθμολογίας 12–60. Δεν περιλαμβάνει αντεστραμμένα ερωτήματα: υψηλότερη βαθμολογία αντιστοιχεί σε εντονότερο φόβο επιδείνωσης. Ως κλινικό κατώφλι σημαντικότητας ορίστηκε το σκορ ≥ 34 , βάσει εμπειρικής βαθμονόμησης σε μεγάλο δείγμα γερμανικού γενικού πληθυσμού (Mehnert et al., 2006).

Ψυχομετρικά, το FoP-Q-SF εμφανίζει ικανοποιητική έως υψηλή εσωτερική συνοχή (Cronbach $\alpha = 0,86\text{--}0,93$) σε ογκολογικούς και μη ογκολογικούς χρόνιους πληθυσμούς, καθώς και ικανοποιητική αξιοπιστία επαναληπτικής χορήγησης (test-retest $r = 0,87$) (Mehnert et al., 2006). Εγκυρότητα περιεχομένου, εγκυρότητα κριτηρίου και εγκυρότητα κατασκευής έχουν τεκμηριωθεί σε πολλαπλές ευρωπαϊκές και αμερικανικές μελέτες (Herschbach et al., 2005· Mehnert et al., 2006). Στο δείγμα της παρούσας μελέτης, ο συντελεστής Cronbach α ανήλθε σε 0,822, τιμή αποδεκτή για κλινική έρευνα, που επιβεβαιώνει τη μεταφερσιμότητα της ψυχομετρικής επάρκειας της κλίμακας σε ελληνικό αιμοκαθαιρόμενο πληθυσμό.

Πίνακας 2.3. Ανάλυση σε επίπεδο ερωτήματος του FoP-Q-SF — δείγμα αιμοκαθαιρόμενων ($n=35$), ταξινόμηση κατά φθίνουσα μέση τιμή.

Ερώτημα	Πεδίο ανησυχίας	M	TA	Κατάταξη
FoP1	Φόβος επιδείνωσης της κατάστασης υγείας	4,03	0,66	1η
FoP2	Ανησυχία για βίωση πόνου στο μέλλον	3,97	0,79	2η

FoP10	Φόβος απώλειας λειτουργικής ανεξαρτησίας	3,74	0,70	3η
FoP8	Ανησυχία για επίπτωση στις διαπροσωπικές σχέσεις	3,66	0,64	4η
FoP9	Ανησυχία για οικονομικές συνέπειες	3,66	0,64	4η (ισοβαθμία)
FoP6	Φόβος αναποτελεσματικότητας θεραπείας	3,50	0,66	6η
FoP11	Γενική ανησυχία για το μέλλον	3,49	1,07	7η
FoP5	Αβεβαιότητα για μελλοντική πορεία νόσου	3,44	0,61	8η
FoP3	Ανησυχία για παρενέργειες θεραπείας	3,34	0,91	9η
FoP7	Ανησυχία για επαγγελματική ικανότητα	3,23	0,84	10η
FoP12	Φόβος εμφάνισης επιπλοκών	3,23	0,65	10η (ισοβαθμία)
FoP4	Φόβος επιβάρυνσης οικογένειας	3,21	0,77	12η
Σύνολο	Συνολική βαθμολογία (εύρος 12–60)	42,20	5,20	Κατώφλι ≥ 34

Σημείωση. M = μέση τιμή· TA = τυπική απόκλιση. Cronbach $\alpha = 0,822$. Κλινικό κατώφλι σημαντικότητας: $FoP \geq 34$ (Mehnert et al., 2006). Εύρος συνολικής βαθμολογίας: 33–53. Χρησιμοποιήθηκε αρίθμηση ερωτημάτων βάσει πρωτότυπης κλίμακας.

2.3 Αποτελέσματα: Αποδοχή Ασθένειας και Φόβος Επιδείνωσης στο Δείγμα

Η ανάλυση δεδομένων διεξήχθη σε δείγμα 35 αιμοκαθαιρόμενων ασθενών της μονάδας τεχνητού νεφρού Diavenum Κορωπίου (Αττική). Το δείγμα αποτελείτο από 21 άνδρες (60,0%) και 14 γυναίκες (40,0%), ηλικίας 47–81 ετών ($M=65,3$, $TA=9,0$). Η παρουσίαση των αποτελεσμάτων οργανώνεται σε τρεις αλληλοσυμπληρούμενους άξονες: (α) συνολικά επίπεδα αποδοχής ασθένειας και φόβου επιδείνωσης, (β) ανάλυση βάσει κοινωνικοδημογραφικών παραμέτρων και (γ) συσχέτιση μεταξύ αποδοχής ασθένειας και φόβου επιδείνωσης. Ως εργαλεία στατιστικής ανάλυσης χρησιμοποιήθηκαν περιγραφική στατιστική, t-test ανεξάρτητων δειγμάτων, μονόδρομη ανάλυση διακύμανσης (ANOVA), καθώς και συντελεστές συσχέτισης Pearson και Spearman.

2.3.1 Επίπεδο Αποδοχής Ασθένειας

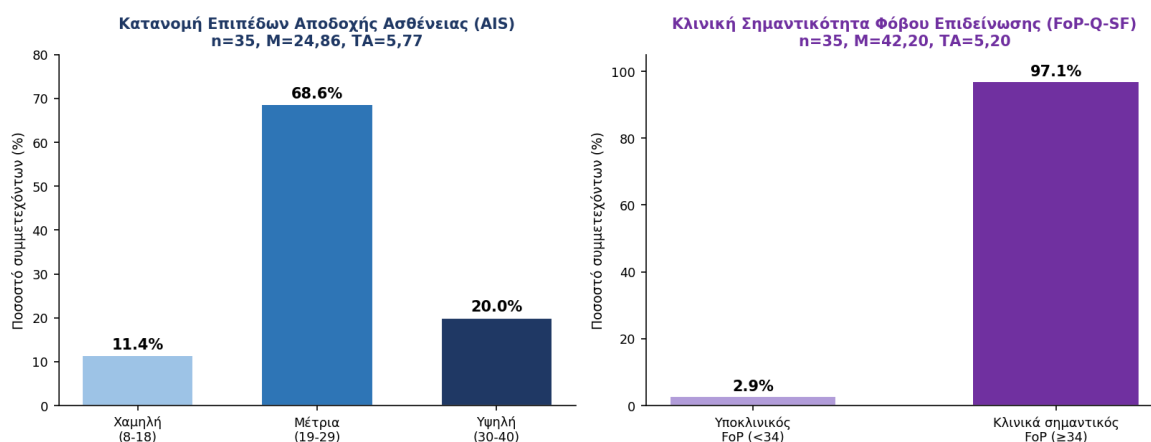
Η μέση βαθμολογία αποδοχής ασθένειας (AIS) στο δείγμα ανήλθε σε $M=24,86$ ($TA=5,77$), εύρος 13–36. Σύμφωνα με την τριμερή κατηγοριοποίηση Juczyński (2001), το 68,6% των συμμετεχόντων ($n=24$) εντάχθηκε στην κατηγορία μέτριας αποδοχής (19–29), το 20,0% ($n=7$) στην κατηγορία υψηλής αποδοχής (30–40) και το 11,4% ($n=4$) στη χαμηλή (8–18). Το εύρημα αυτό — κυρίαρχη μέτρια αποδοχή — είναι συνεπές με τη βιβλιογραφία σε αιμοκαθαιρόμενους πληθυσμούς, όπου παρόμοια κατανομή

βαθμολογιών έχει αναφερθεί επανειλημμένα (Pompey et al., 2019· Hreńczuk et al., 2024).

2.3.2 Επίπεδο Φόβου Επιδείνωσης

Η μέση βαθμολογία φόβου επιδείνωσης (FoP-Q-SF) στο δείγμα ανήλθε σε $M=42,20$ ($TA=5,20$), εύρος 33–53. Σχεδόν το σύνολο των συμμετεχόντων — 97,1% ($n=34$) — υπερέβη το κλινικό κατώφλι σημαντικότητας ($FoP \geq 34$), με μόλις 1 ασθενή (2,9%) να εμφανίζει υποκλινικό φόβο. Η μέση τιμή $M=42,20$ υπερβαίνει κατά 8,20 μονάδες το κλινικό κατώφλι (34), αναδεικνύοντας ότι ο φόβος επιδείνωσης είναι όχι μόνο παρών αλλά και έντονος. Το ποσοστό 97,1% κλινικά σημαντικού FoP είναι ιδιαίτερα υψηλό και υπερβαίνει σαφώς τα επίπεδα που τυπικά αναφέρονται σε ογκολογικούς πληθυσμούς, για τους οποίους αναπτύχθηκε και σταθμίστηκε το εργαλείο (Mehnert et al., 2006). Δεδομένης της σπανιότητας σταθμισμένων δεδομένων FoP-Q-SF σε πληθυσμούς υπό αιμοκάθαρση, το εύρημα αυτό χρήζει περαιτέρω διερεύνησης και ενδεχομένως αντικατοπτρίζει ιδιαιτερότητες του ελληνικού πλαισίου.

Σχήμα 2.3. Συγκριτική απεικόνιση της κατανομής επιπέδων αποδοχής ασθένειας (αριστερά) και της κλινικής σημαντικότητας φόβου επιδείνωσης (δεξιά) στο δείγμα ($n=35$).



Πίνακας 2.4. Κατανομή συμμετεχόντων βάσει κλινικής σημαντικότητας FoP-Q-SF — δείγμα αιμοκαθαιρόμενων ($n=35$).

Κατηγορία	Εύρος βαθμολογίας	n	%	Ερμηνεία
Υποκλινικός FoP	12–33	1	2,9%	Χωρίς ανάγκη κλινικής παρέμβασης
Κλινικά σημαντικός FoP	≥ 34	34	97,1%	Απαιτεί αξιολόγηση και παρέμβαση
Σύνολο	12–60	35	100%	$M=42,20$, $TA=5,20$, Εύρος: 33–53

Σημείωση. Κλινικό κατώφλι σημαντικότητας: $FoP \geq 34$ (Mehnert et al., 2006). $n=35$ αιμοκαθαιρόμενοι, μονάδα τεχνητού νεφρού *Diaverum* Κορωπίου (Αττική).

2.3.3 Αποδοχή Ασθένειας και Φόβος Επιδείνωσης ανά Κοινωνικοδημογραφικά Χαρακτηριστικά

Η ανάλυση της αποδοχής ασθένειας (AIS) και του φόβου επιδείνωσης (FoP) ανά κοινωνικοδημογραφικές παραμέτρους αποκάλυψε στατιστικά σημαντικές διαφορές στην αποδοχή ασθένειας ως προς την ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο και την επαγγελματική κατάσταση, ενώ δεν ανευρέθησαν σημαντικές διαφορές ως προς το φύλο. Αντιθέτως, ο φόβος επιδείνωσης δεν διαφοροποιήθηκε στατιστικά σημαντικά ως προς καμία από τις εξεταζόμενες κοινωνικοδημογραφικές μεταβλητές. Ο Πίνακας 2.5 παρουσιάζει συγκεντρωτικά τα αποτελέσματα.

Πίνακας 2.5. Μέσες βαθμολογίες AIS και FoP-Q-SF ανά κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά ($n=35$).

Μεταβλητή	Κατηγορία	AIS M (TA)	FoP M (TA)	Στατιστ.	P
Φύλο	Άνδρας ($n=21$)	23,95 (5,44)	41,62 (5,80)	$t=-1,14$	0,262
	Γυναίκα ($n=14$)	26,21 (6,17)	43,07 (4,20)		
Ηλικιακή ομάδα	41–60 ετών ($n=11$)	29,18 (5,76)	42,09 (5,39)	$F=6,37$	0,005*
	61–75 ετών ($n=20$)	23,30 (4,96)	42,70 (5,56)		
	76+ ετών ($n=4$)	20,75 (1,71)	40,00 (2,31)		
Μορφωτικό επίπεδο	Γυμνάσιο ($n=4$)	19,00 (0,82)	44,50 (6,35)	$F=6,28$	0,005*
	Λύκειο ($n=18$)	24,39 (4,95)	41,78 (5,14)		
	ΑΕΙ/ΤΕΙ ($n=11$)	28,82 (5,67)	41,91 (5,22)		
Επαγγελματική κατάσταση	Εργαζόμενος/η ($n=15$)	27,33 (6,17)	42,07 (6,09)	$F=3,39$	0,047*
	Συνταξιούχος ($n=13$)	22,00 (3,94)	43,31 (4,39)		
	Άνεργος/η ($n=6$)	25,50 (6,25)	40,33 (5,13)		
Οικογενειακή κατάσταση	Έγγαμος/η ($n=26$)	24,85 (6,03)	42,96 (5,58)	—	—
	Χήρος/α ($n=4$)	22,25 (3,30)	42,25 (3,30)		
	Διαζευγμένος/η ($n=4$)	27,25 (6,75)	38,00 (2,00)		
	Άγαμος/η ($n=1$)	26,00 (—)	39,00 (—)		

Σημείωση. M = μέση τιμή· TA = τυπική απόκλιση. Φύλο: t -test ανεξάρτητων δειγμάτων. Ηλικία / Μορφωτικό / Επαγγελματική: μονόδρομη ANOVA (τριών ομάδων). Οικογενειακή κατάσταση: δεν υπολογίστηκε F λόγω

ανισόμεγεθών μικρών υποομάδων· βλ. ενότητα 3.3.4 για τη δίμηνη σύγκριση. * $p < 0,05$ (στατιστικά σημαντικό). Λόγω $n=35$, τα αποτελέσματα ερμηνεύονται με επιφύλαξη.

Ως προς το φύλο, δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ούτε στην αποδοχή ασθένειας ($t=-1,14$, $p=0,262$) ούτε στον φόβο επιδείνωσης ($t=-0,81$, $p=0,426$), παρόλο που οι γυναίκες εμφάνισαν ελαφρώς υψηλότερη αποδοχή ($M=26,21$ έναντι $23,95$) και ελαφρώς υψηλότερο φόβο ($M=43,07$ έναντι $41,62$). Η απουσία σημαντικής επίδρασης του φύλου στην αποδοχή ασθένειας είναι συμβατή με τη διεθνή βιβλιογραφία, στην οποία το φύλο δεν αναδεικνύεται σταθερά ως καθοριστικός παράγοντας της αποδοχής σε αιμοκαθαιρόμενους πληθυσμούς (Hreńczuk et al., 2024).

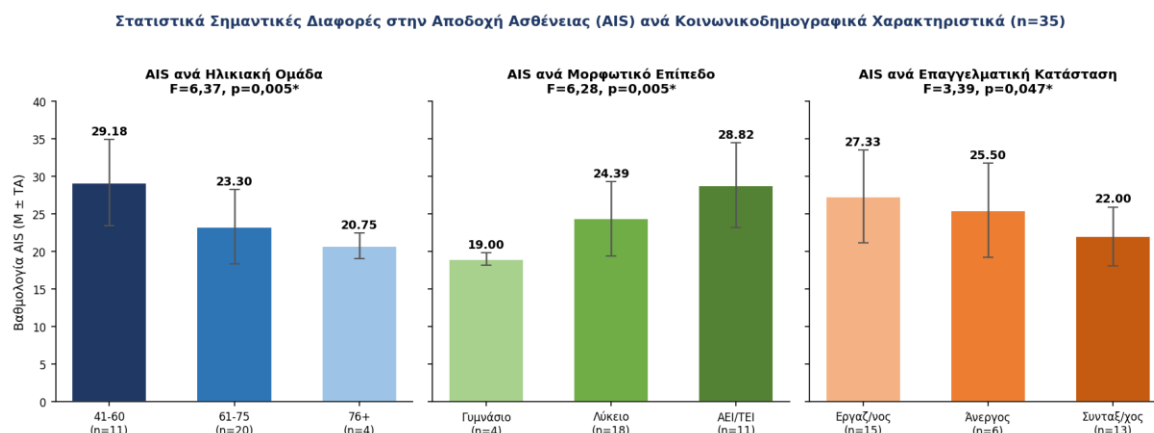
Ως προς την ηλικία, η μονόδρομη ANOVA ανέδειξε στατιστικά σημαντική επίδραση στην αποδοχή ασθένειας ($F=6,37$, $p=0,005$). Οι νεότεροι ασθενείς (41–60 ετών) εμφάνισαν σαφώς υψηλότερη αποδοχή ($M=29,18$, $TA=5,76$) σε σύγκριση με τους μεσήλικες (61–75 ετών: $M=23,30$, $TA=4,96$) και τους ηλικιωμένους (76+ ετών: $M=20,75$, $TA=1,71$). Η μείωση της αποδοχής με την αύξηση της ηλικίας συνάδει με τη βιβλιογραφία που συσχετίζει τη γήρανση με αυξανόμενη σωματική επιβάρυνση και συσσώρευση δυσχερειών (De Sousa, 2008). Αντιθέτως, ο φόβος επιδείνωσης δεν παρουσίασε στατιστικά σημαντική διαφορά ανά ηλικιακή ομάδα ($F=0,44$, $p=0,649$).

Ως προς το μορφωτικό επίπεδο, η ANOVA τριών κυρίαρχων ομάδων (Γυμνάσιο/Λύκειο/AEI) ανέδειξε στατιστικά σημαντική επίδραση στην AIS ($F=6,28$, $p=0,005$): υψηλότερη εκπαίδευση συσχετίστηκε με υψηλότερη αποδοχή (Γυμνάσιο: $M=19,00$, Λύκειο: $M=24,39$, AEI/TEI: $M=28,82$). Το εύρημα αυτό είναι ερμηνεύσιμο: η εκπαίδευση παρέχει γνωστικούς πόρους, υψηλότερη υγειονομική γραμματεία και αποτελεσματικότερες στρατηγικές αντιμετώπισης, διευκολύνοντας έτσι την ψυχολογική προσαρμογή στη χρόνια νόσο (Juczyński, 2001). Ο φόβος επιδείνωσης δεν διαφοροποιήθηκε σημαντικά ανά μορφωτικό επίπεδο ($F=0,45$, $p=0,643$).

Τέλος, η επαγγελματική κατάσταση εμφάνισε επίσης στατιστικά σημαντική επίδραση στην αποδοχή ασθένειας ($F=3,39$, $p=0,047$): οι εργαζόμενοι ασθενείς εμφάνισαν την υψηλότερη αποδοχή ($M=27,33$, $TA=6,17$), ακολουθούμενοι από τους ανέργους ($M=25,50$, $TA=6,25$) και τους συνταξιούχους, οι οποίοι κατέγραψαν τη χαμηλότερη βαθμολογία ($M=22,00$, $TA=3,94$). Το εύρημα αυτό συνδέεται στενά με την

ηλικιακή επίδραση που προαναφέρθηκε, καθώς η συνταξιοδότηση συμπίπτει συνήθως με μεγαλύτερη ηλικία, αυξημένη σωματική επιβάρυνση και ενδεχόμενη απώλεια κοινωνικού ρόλου, παράγοντες που η βιβλιογραφία συνδέει με χαμηλότερη ψυχολογική προσαρμογή σε χρόνια νόσο (De Sousa, 2008). Στον φόβο επιδείνωσης δεν προέκυψε σημαντική διαφορά ($F=0,65$, $p=0,528$). Το Σχήμα 2.5 συνοψίζει οπτικά τις τρεις στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις της αποδοχής ασθένειας στο δείγμα της μελέτης.

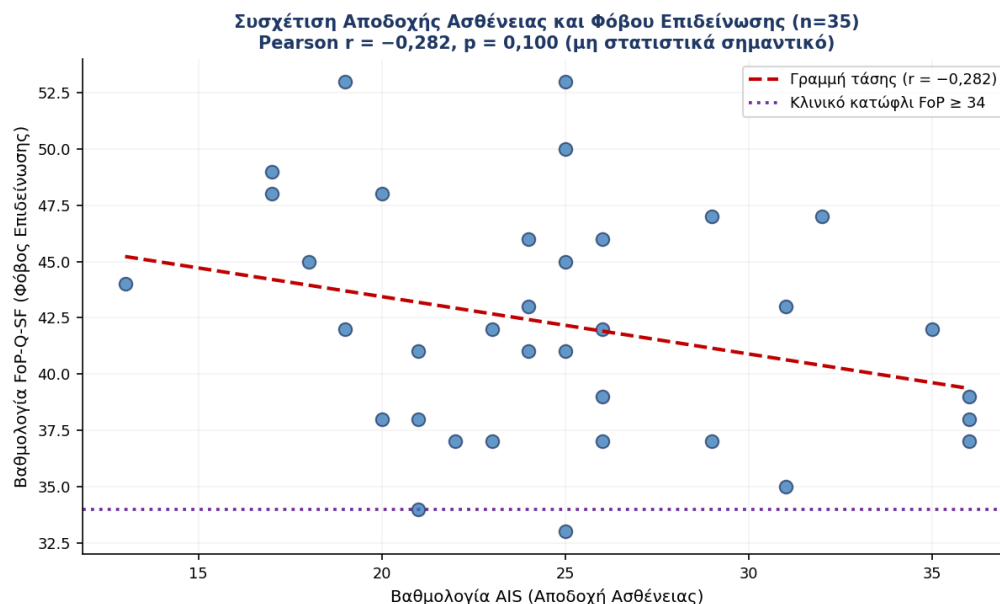
Σχήμα 2.5. Μέσες βαθμολογίες αποδοχής ασθένειας (AIS) ανά ηλικιακή ομάδα, μορφωτικό επίπεδο και επαγγελματική κατάσταση στο δείγμα της μελέτης ($n=35$). Οι ράβδοι σφαλμάτων αντιστοιχούν στην τυπική απόκλιση (TA).



2.3.4 Συσχέτιση Αποδοχής Ασθένειας και Φόβου Επιδείνωσης

Η ανάλυση συσχέτισης μεταξύ της συνολικής βαθμολογίας AIS και της συνολικής βαθμολογίας FoP-Q-SF ανέδειξε αρνητική, μη στατιστικά σημαντική συσχέτιση: Pearson $r = -0,282$ ($p=0,100$) και Spearman $\rho = -0,269$ ($p=0,118$). Η αρνητική κατεύθυνση της συσχέτισης είναι θεωρητικά συνεπής: υψηλότερη αποδοχή ασθένειας τείνει να συνδέεται με χαμηλότερο φόβο επιδείνωσης, εύρημα εναρμονισμένο με τα μοντέλα Lazarus και Folkman (1984) και Taylor (1983). Η απουσία στατιστικής σημαντικότητας ($p > 0,05$) οφείλεται, εν πολλοίς, στη μικρή στατιστική ισχύ λόγω του μεγέθους δείγματος ($n=35$), το οποίο δεν επαρκεί για ανίχνευση μικρών έως μέτριων συσχετίσεων ($r < 0,30$) σε επίπεδο $\alpha = 0,05$ (Cohen, 1988). Το Σχήμα 2.6 απεικονίζει τη διασπορά των 35 ζευγών τιμών AIS-FoP του δείγματος, μαζί με τη γραμμή τάσης και το κλινικό κατώφλι σημαντικότητας του FoP-Q-SF.

Σχήμα 2.6. Διάγραμμα διασποράς της συσχέτισης μεταξύ βαθμολογίας AIS και βαθμολογίας FoP-Q-SF στο δείγμα της μελέτης ($n=35$ ζεύγη τιμών). Η διακεκομμένη κόκκινη γραμμή αναπαριστά τη γραμμή τάσης (Pearson $r = -0,282$), η κουκιδωτή μωβ γραμμή το κλινικό κατώφλι σημαντικότητας $FoP \geq 34$.



2.4 Συγκριτική Αξιολόγηση με τη Διεθνή Βιβλιογραφία

Η αξιολόγηση των ευρημάτων της παρούσας μελέτης σε σχέση με αντίστοιχες διεθνείς έρευνες αποτελεί ουσιώδες ερμηνευτικό βήμα. Ο Πίνακας 2.6 παρουσιάζει συγκεντρωτικά επιλεγμένες μελέτες που εφάρμοσαν την AIS ή/και το FoP-Q-SF σε αιμοκαθαιρόμενους ή άλλους πληθυσμούς χρόνιων ασθενών.

Πίνακας 2.6. Σύγκριση των ευρημάτων αποδοχής ασθένειας (AIS) με επιλεγμένες διεθνείς μελέτες σε αιμοκαθαιρόμενους πληθυσμούς, μαζί με τα ευρήματα φόβου επιδείνωσης (FoP-Q-SF) της παρούσας μελέτης.

Μελέτη	Χώρα	n	Εργαλείο	AIS M (TA)	FoP M (TA)	FoP ≥ 34
Παρούσα μελέτη (2026)	Ελλάδα	n=35	AIS / FoP-Q-SF	24,86 (5,77)	42,20 (5,20)	97,1%
Hrehczuk et al. (2024)	Πολωνία	n=105	AIS	22,64 (6,52)	—	—
Pompey et al. (2019)	Ινδονησία	n=114	AIS	24,71 (6,19)	—	—

Σημείωση. — = το συγκεκριμένο μέγεθος δεν αποτέλεσε αντικείμενο μέτρησης στη μελέτη. Η αποδοχή ασθένειας και στις τρεις μελέτες μετρήθηκε με την κλίμακα AIS (Felton et al., 1984). Σταθμισμένα δεδομένα FoP-Q-SF ειδικά σε πληθυσμούς υπό αιμοκάθαρση είναι σπάνια στη διεθνή βιβλιογραφία· το εργαλείο αναπτύχθηκε και σταθμίστηκε

αρχικά σε ογκολογικό πληθυσμό (Mehnert et al., 2006). Η παρούσα μελέτη εμφανίζεται πρώτη για ευκολία σύγκρισης.

Από τη συγκριτική ανάλυση προκύπτουν τρία βασικά συμπεράσματα. Πρώτον, το επίπεδο αποδοχής ασθένειας του ελληνικού δείγματος (AIS $M=24,86$) είναι απολύτως συγκρίσιμο με τα ευρήματα διεθνών μελετών σε αιμοκαθαρόμενους πληθυσμούς, καθώς τοποθετείται μεταξύ των τιμών που ανέφεραν οι Hreńczuk et al. (2024) στην Πολωνία ($M=22,64$) και οι Pompey et al. (2019) στην Ινδονησία ($M=24,71$), επιβεβαιώνοντας ότι η μέτρια αποδοχή αποτελεί σταθερό, διαπολιτισμικό εύρημα στον πληθυσμό αυτό. Δεύτερον, η μέση βαθμολογία φόβου επιδείνωσης (FoP $M=42,20$) είναι ιδιαιτέρως υψηλή· δεδομένης της σπανιότητας σταθμισμένων δεδομένων FoP-Q-SF σε αιμοκαθαρόμενους, η σύγκριση περιορίζεται κυρίως στο κανονιστικό πλαίσιο του εργαλείου σε ογκολογικούς πληθυσμούς (Mehnert et al., 2006), έναντι των οποίων η τιμή του δείγματος είναι σαφώς υψηλότερη. Τρίτον, το εξαιρετικά υψηλό ποσοστό κλινικά σημαντικού FoP (97,1%) ενδέχεται να αντικατοπτρίζει τον συνδυασμό οικονομικής αβεβαιότητας, υψηλής ηλικίας δείγματος ($M=65,3$ έτη) και σχετικά περιορισμένης πρόσβασης σε ψυχοκοινωνικές υπηρεσίες υποστήριξης στο ελληνικό σύστημα υγείας, αναδεικνύοντας παράλληλα την ανάγκη για περαιτέρω έρευνα του δομήματος σε πληθυσμούς υπό αιμοκάθαρση.

2.5 Ψυχική Υγεία και Ποιότητα Ζωής σε Ασθενείς υπό Θεραπεία Υποκατάστασης Νεφρικής Λειτουργίας

Η αποδοχή ασθένειας και ο φόβος επιδείνωσης δεν λειτουργούν απομονωμένα, αλλά εντάσσονται σε ένα ευρύτερο πλέγμα ψυχικής υγείας και ποιότητας ζωής, το οποίο επηρεάζεται καθοριστικά από τη χρόνια νεφρική νόσο και την αιμοκάθαρση. Η βιβλιογραφία τεκμηριώνει σταθερά ότι ο πληθυσμός των αιμοκαθαρόμενων ασθενών εμφανίζει αυξημένο επιπολασμό κατάθλιψης (20–40%) και άγχους (15–25%) σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό (De Sousa, 2008), ποσοστά τα οποία υπερβαίνουν κατά πολύ τα αντίστοιχα σε άλλες χρόνιες παθήσεις μη νεφρολογικής αιτιολογίας. Η συνύπαρξη αυτών των ψυχιατρικών εκδηλώσεων με τα δομήματα της αποδοχής ασθένειας και του φόβου επιδείνωσης δεν είναι τυχαία: η κατάθλιψη συχνά συνοδεύεται από χαμηλότερη αποδοχή και αυξημένο φόβο, ενώ ταυτόχρονα η χρόνια έκθεση σε

υψηλό φόβο επιδείνωσης αποτελεί από μόνη της παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας (Mutsaers et al., 2016).

Η ποιότητα ζωής (Health-Related Quality of Life, HRQoL) στους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς επηρεάζεται από πολλαπλούς αλληλεπικαλυπτόμενους παράγοντες: τη σωματική επιβάρυνση της θεραπείας (κόπωση μετά τη συνεδρία, μυϊκή αδυναμία, αιμοδυναμική αστάθεια), τους διαιτητικούς και υδατικούς περιορισμούς, την εξάρτηση από τις υπηρεσίες υγείας και τη μεταβολή των κοινωνικών ρόλων. Σύμφωνα με τους Zazzeroni et al. (2017), τα τυπικά προγράμματα αιμοκάθαρσης περιλαμβάνουν τρεις εβδομαδιαίες συνεδρίες διάρκειας 3–4 ωρών έκαστη, με πρόσθετη επιβάρυνση από επιπλοκές αγγειακής πρόσβασης, κόπωση, διαταραχές ύπνου, κατάθλιψη και κοινωνικούς περιορισμούς, παράγοντες οι οποίοι περιορίζουν δραστικά τη συμμετοχή σε εργασιακές, ψυχαγωγικές και κοινωνικές δραστηριότητες και μειώνουν την αντιληπτή ποιότητα ζωής σε όλους τους τομείς της, σωματικό, ψυχολογικό, κοινωνικό και λειτουργικό.

Στο δείγμα της παρούσας μελέτης, η σχέση μεταξύ ψυχικής υγείας και των δύο υπό μελέτη δομημάτων αναδεικνύεται έμμεσα μέσα από τα δημογραφικά ευρήματα: οι ηλικιωμένοι ασθενείς (76+ ετών) και οι συνταξιούχοι, οι οποίοι εμφάνισαν τη χαμηλότερη αποδοχή ασθένειας (ενότητα 2.3.3), αποτελούν συγχρόνως ομάδες αυξημένου κινδύνου για κατάθλιψη και κοινωνική απομόνωση σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία (De Sousa, 2008), υποδηλώνοντας μια πιθανή αλυσίδα αλληλεπίδρασης μεταξύ ηλικίας, ψυχικής υγείας και ψυχολογικής προσαρμογής στη νόσο. Η συστηματική αξιολόγηση της ψυχικής υγείας, παράλληλα με την αποδοχή ασθένειας και τον φόβο επιδείνωσης, αναδεικνύεται συνεπώς ως αναγκαία προϋπόθεση για την ολιστική κατανόηση της ψυχολογικής κατάστασης του αιμοκαθαιρόμενου ασθενούς.

2.6 Κλινικές και Νοσηλευτικές Προεκτάσεις

Τα ευρήματα της παρούσας ανάλυσης συνεπάγονται σημαντικές προεκτάσεις για τη νοσηλευτική πρακτική στις μονάδες αιμοκάθαρσης. Η σχεδόν καθολική παρουσία κλινικά σημαντικού φόβου επιδείνωσης (97,1%) και το μέτριο επίπεδο αποδοχής ασθένειας (M=24,86) υποδηλώνουν ότι η ψυχολογική υποστήριξη δεν αποτελεί

πολυτέλεια, αλλά αναπόσπαστο συστατικό της ολιστικής φροντίδας στη μονάδα τεχνητού νεφρού.

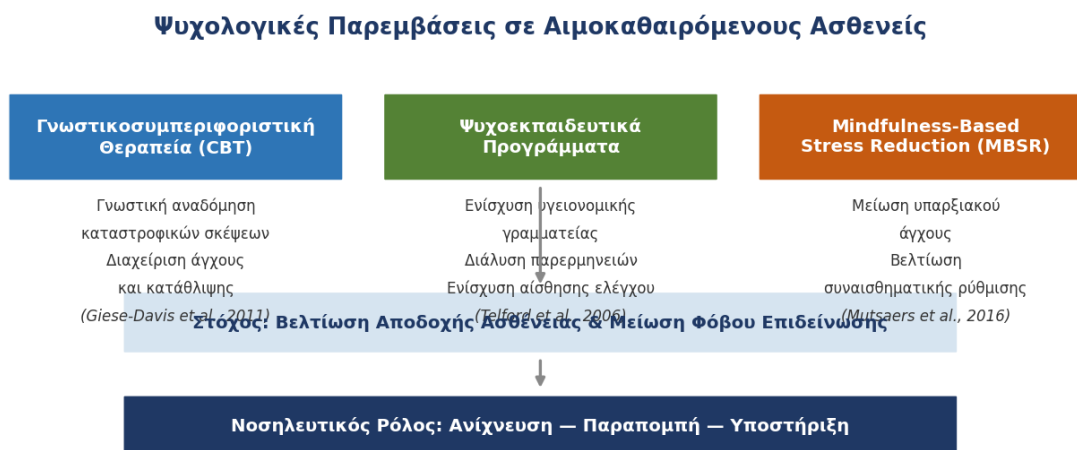
2.6.1 Συστηματική Ψυχολογική Εκτίμηση

Σε επίπεδο εκτίμησης, η τακτική χορήγηση της AIS και του FoP-Q-SF, ιδανικά ανά εξάμηνο, επιτρέπει τον έγκαιρο εντοπισμό ασθενών σε υψηλό ψυχολογικό κίνδυνο. Βάσει των ευρημάτων, ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται σε ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας (76+ ετών: AIS M=20,75), σε συνταξιούχους (AIS M=22,00) και σε ασθενείς με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο (Γυμνάσιο: AIS M=19,00), υποομάδες που εμφανίζουν χαμηλότερη αποδοχή και, κατ' επέκταση, μεγαλύτερη ψυχολογική ευαλωτότητα. Η ενσωμάτωση των δύο κλιμάκων στο πρωτόκολλο τακτικής παρακολούθησης των μονάδων αιμοκάθαρσης δεν απαιτεί ιδιαίτερο εξοπλισμό ή εξειδικευμένο προσωπικό, καθιστώντας την εφικτή σε επίπεδο καθημερινής κλινικής πράξης.

2.6.2 Στρατηγικές Ψυχολογικής Παρέμβασης

Σε επίπεδο παρέμβασης, η διεθνής βιβλιογραφία υποστηρίζει την αποτελεσματικότητα τριών κυρίων στρατηγικών, οι οποίες παρουσιάζονται συνοπτικά στο Σχήμα 2.7.

Σχήμα 2.7. Κύριες κατηγορίες ψυχολογικών παρεμβάσεων σε αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς και ο ρόλος της νοσηλευτικής φροντίδας.



Πρώτον, οι Γνωστικοσυμπεριφοριστικές παρεμβάσεις (Cognitive Behavioral Therapy, CBT) στοχεύουν στη γνωστική αναδόμηση καταστροφικών σκέψεων σχετικά

με τη νόσο και στη συστηματική διαχείριση του άγχους και της κατάθλιψης. Σε μελέτη των Giese-Davis et al. (2011) σε χρόνιους ασθενείς, η εφαρμογή δομημένων προγραμμάτων CBT συσχετίστηκε με μείωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων και βελτίωση των δεικτών ψυχολογικής προσαρμογής. Δεύτερον, τα Ψυχοεκπαιδευτικά προγράμματα ενισχύουν την υγιονομική γραμματεία (health literacy) των ασθενών, διαλύουν εσφαλμένες αντιλήψεις για τη νόσο και τη θεραπεία, και βελτιώνουν την υποκειμενική αίσθηση ελέγχου (Telford et al., 2006), παράγοντα που, σύμφωνα με το Μοντέλο Γνωστικής Προσαρμογής (ενότητα 2.1), αποτελεί θεμελιώδη μηχανισμό της ψυχολογικής προσαρμογής στη χρόνια νόσο. Τρίτον, οι παρεμβάσεις Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) εστιάζουν στη μείωση του υπαρξιακού άγχους και τη βελτίωση της συναισθηματικής ρύθμισης μέσω τεχνικών επίγνωσης του παρόντος, με αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητα σε πληθυσμούς με φόβο υποτροπής ή επιδείνωσης νόσου (Mutsaers et al., 2016).

2.6.3 Ο Ρόλος της Νοσηλευτικής Φροντίδας

Η νοσηλεύτρια αιμοκάθαρσης, ως ο επαγγελματίας υγείας σε πιο τακτική και διαρκή επαφή με τον ασθενή, λόγω της φύσης της θεραπείας που απαιτεί τρεις εβδομαδιαίες συνεδρίες πολύωρης διάρκειας, κατέχει κομβικό ρόλο σε τρία επίπεδα παρέμβασης: (α) στην έγκαιρη ανίχνευση ενδείξεων ψυχολογικής δυσχέρειας μέσα από την καθημερινή κλινική παρατήρηση και την τακτική χορήγηση ψυχομετρικών εργαλείων, (β) στην παροχή βασικής ψυχοεκπαίδευσης και συναισθηματικής υποστήριξης κατά τη διάρκεια της συνεδρίας, εκμεταλλευόμενη τον διαθέσιμο χρόνο επικοινωνίας, και (γ) στην έγκαιρη παραπομπή σε εξειδικευμένη ψυχολογική ή ψυχιατρική υποστήριξη όταν εντοπίζονται ενδείξεις κλινικά σημαντικού φόβου επιδείνωσης ή χαμηλής αποδοχής ασθένειας. Η συστηματική εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού στην αναγνώριση αυτών των ψυχολογικών δομημάτων αποτελεί προαπαιτούμενο για την αποτελεσματική εφαρμογή του ρόλου αυτού στην κλινική πράξη.

Συνοψίζοντας, το παρόν κεφάλαιο κατέδειξε ότι οι αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς της μελέτης εμφανίζουν μέτρια αποδοχή ασθένειας (AIS $M=24,86 \pm 5,77$) και σχεδόν καθολικά κλινικά σημαντικό φόβο επιδείνωσης (FoP $M=42,20 \pm 5,20$, $97,1\% \geq 34$). Σημαντικοί παράγοντες διαφοροποίησης αποδείχθηκαν η ηλικία ($F=6,37$, $p=0,005$), το

μορφωτικό επίπεδο ($F=6,28$, $p=0,005$) και η επαγγελματική κατάσταση ($F=3,39$, $p=0,047$) ως προς την αποδοχή ασθένειας, ενώ ούτε το φύλο ούτε καμία κοινωνικοδημογραφική μεταβλητή συσχετίστηκε σημαντικά με τον φόβο επιδείνωσης. Η αρνητική (μη σημαντική) συσχέτιση μεταξύ AIS και FoP ($r=-0,282$, $p=0,100$) είναι θεωρητικά συνεπής, πλην όμως χρειάζεται επαλήθευση σε μεγαλύτερα δείγματα. Τα ευρήματα αυτά αναδεικνύουν την ανάγκη ολιστικής προσέγγισης της ψυχικής υγείας στις μονάδες αιμοκάθαρσης, η οποία να συνδυάζει συστηματική ψυχομετρική αξιολόγηση, στοχευμένες ψυχολογικές παρεμβάσεις και ενεργό νοσηλευτικό ρόλο. Σε συνδυασμό με τα κλινικοδημογραφικά στοιχεία του Κεφαλαίου 1, τα ευρήματα αυτά θέτουν τις βάσεις για τη μεθοδολογική ανάλυση και τα εκτενέστερα ερευνητικά αποτελέσματα που αναπτύσσονται στο Κεφάλαιο 3.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Ερευνητική Μελέτη — Σκοπός, Μεθοδολογία, Αποτελέσματα και Συζήτηση

Το παρόν κεφάλαιο παρουσιάζει την εμπειρική διάσταση της εργασίας. Αρχικά διατυπώνεται ο σκοπός και οι επιμέρους στόχοι της μελέτης· ακολουθεί η αναλυτική περιγραφή της μεθοδολογίας, η οποία περιλαμβάνει τον σχεδιασμό, το δείγμα, τα εργαλεία μέτρησης, τη διαδικασία συλλογής δεδομένων, το δεοντολογικό πλαίσιο και τη στατιστική ανάλυση. Στη συνέχεια εκτίθενται τα αποτελέσματα και, τέλος, αναπτύσσεται η συζήτηση και τα συμπεράσματα σε σύνδεση με τη διεθνή βιβλιογραφία.

3.1 Σκοπός της Μελέτης

Σκοπός της παρούσας ερευνητικής μελέτης είναι η διερεύνηση του επιπέδου αποδοχής ασθένειας και του φόβου επιδείνωσης σε ασθενείς υπό θεραπεία υποκατάστασης νεφρικής λειτουργίας (αιμοκάθαρση), καθώς και η ανάλυση της συσχέτισης μεταξύ των δύο αυτών ψυχολογικών δομημάτων. Επιμέρους στόχοι της μελέτης είναι: (α) η αποτύπωση των επιπέδων αποδοχής ασθένειας και φόβου επιδείνωσης στο δείγμα, (β) η διερεύνηση της επίδρασης κοινωνικοδημογραφικών παραγόντων (φύλο, ηλικία, μορφωτικό επίπεδο, επαγγελματική και οικογενειακή κατάσταση) στα δύο δομήματα, (γ) η εξέταση της συσχέτισης μεταξύ αποδοχής ασθένειας και φόβου επιδείνωσης και (δ) η συγκριτική αξιολόγηση των ευρημάτων σε σχέση με τη διεθνή βιβλιογραφία, με στόχο την εξαγωγή κλινικά αξιοποιήσιμων συμπερασμάτων για τη νοσηλευτική πρακτική στις μονάδες αιμοκάθαρσης.

Η έρευνα διενεργήθηκε στο πλαίσιο εκπόνησης της παρούσας Μεταπτυχιακής Διπλωματικής Εργασίας και έλαβε την απαραίτητη έγκριση από το αρμόδιο όργανο ηθικής και δεοντολογίας της έρευνας του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου (ΕΑΠ), σύμφωνα με τις προβλεπόμενες διαδικασίες ηθικής και επιστημονικής δεοντολογίας έρευνας που διέπουν τα μεταπτυχιακά προγράμματα του Ιδρύματος.

3.2 Μέθοδος

3.2.1 Σχεδιασμός Μελέτης και Δείγμα

Πρόκειται για περιγραφική, συγχρονική (cross-sectional) μελέτη συσχέτισης, η οποία διεξήχθη μέσω διαμοιρασμού δομημένων ερωτηματολογίων σε ασθενείς υπό αιμοκάθαρση στην ιδιωτική μονάδα τεχνητού νεφρού Diaverum Κορωπίου, στην Αττική. Το τελικό δείγμα αποτελείτο από 35 ασθενείς, οι οποίοι επιλέχθηκαν με τη μέθοδο της ευκαιριακής δειγματοληψίας (convenience sampling), σύμφωνα με τα ακόλουθα κριτήρια ένταξης: (α) ηλικία άνω των 18 ετών, (β) διάγνωση χρόνιας νεφρικής νόσου τελικού σταδίου υπό αιμοκάθαρση για διάστημα τουλάχιστον 3 μηνών, (γ) γνωστική επάρκεια για κατανόηση και συμπλήρωση των ερωτηματολογίων και (δ) εθελοντική συμμετοχή κατόπιν ενημέρωσης. Κριτήρια αποκλεισμού αποτέλεσαν η παρουσία σοβαρής γνωστικής διαταραχής ή άνοιας, καθώς και η αδυναμία επικοινωνίας στην ελληνική γλώσσα.

Όλοι οι συμμετέχοντες (n=35, 100%) βρίσκονταν υπό θεραπεία αιμοκάθαρσης, με τη συντριπτική πλειονότητα (60,0%, n=21) να είναι άνδρες, ενώ το 40,0% (n=14) ήταν γυναίκες. Η μέση ηλικία του δείγματος ανήλθε σε 65,3 έτη (ΤΑ=9,0· εύρος 47–81), με την πλειοψηφία (57,1%, n=20) να εντάσσεται στην ηλικιακή ομάδα 61–75 ετών. Ως προς την οικογενειακή κατάσταση, οι έγγαμοι αποτελούσαν την κυρίαρχη κατηγορία (74,3%, n=26), ακολουθούμενοι από τους χήρους/ες (11,4%, n=4), τους διαζευγμένους/ες (11,4%, n=4) και τους άγαμους/ες (2,9%, n=1). Ως προς την επαγγελματική κατάσταση, το 42,9% (n=15) ήταν εργαζόμενοι, το 37,1% (n=13) συνταξιούχοι, το 17,1% (n=6) άνεργοι και το 2,9% (n=1) ανίκανοι προς εργασία. Τέλος, ως προς το μορφωτικό επίπεδο, το 51,4% (n=18) ήταν απόφοιτοι Λυκείου, το 31,4% (n=11) απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ, το 11,4% (n=4) απόφοιτοι Γυμνασίου και το υπόλοιπο 5,8% (n=2) ήταν απόφοιτοι Δημοτικού ή κάτοχοι μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών.

3.2.2 Εργαλεία Μέτρησης

Για τη συλλογή δεδομένων χρησιμοποιήθηκε δομημένο ερωτηματολόγιο, το οποίο αποτελείτο από τρεις ενότητες: (α) δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά (φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, επαγγελματική κατάσταση, μορφωτικό επίπεδο, μέθοδος θεραπείας υποκατάστασης), (β) την Κλίμακα Αποδοχής Ασθένειας (Acceptance

of Illness Scale, AIS· Felton et al., 1984), 8 ερωτημάτων, και (γ) το Ερωτηματολόγιο Φόβου Επιδείνωσης — Σύντομη Μορφή (Fear of Progression Questionnaire — Short Form, FoP-Q-SF· Mehnert et al., 2006), 12 ερωτημάτων. Η πλήρης ψυχομετρική περιγραφή των δύο εργαλείων, περιλαμβανομένων των δεδομένων εσωτερικής συνοχής στο παρόν δείγμα (AIS: Cronbach $\alpha=0,879$ · FoP-Q-SF: Cronbach $\alpha=0,822$), παρουσιάστηκε αναλυτικά στο Κεφάλαιο 2 (ενότητες 2.1.1 και 2.2.1).

3.2.3 Διαδικασία Συλλογής Δεδομένων και Δεοντολογικό Πλαίσιο

Η συλλογή των ερωτηματολογίων, καθώς και η επεξεργασία και μελέτη τους, πραγματοποιήθηκαν κατά την περίοδο 25 έως 30 Μαΐου 2026, στην ιδιωτική μονάδα αιμοκάθαρσης Diaverum Κορωπίου. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου διεξήχθη υπό την επίβλεψη της ερευνήτριας στους χώρους της μονάδας, διαρκούσε κατά μέσο όρο 15–20 λεπτά και πραγματοποιήθηκε κατά τη διάρκεια των συνεδριών αιμοκάθαρσης, ώστε να ελαχιστοποιηθεί η επιβάρυνση των συμμετεχόντων. Σε όλους τους συμμετέχοντες δόθηκαν προφορικές και γραπτές οδηγίες σχετικά με τον σκοπό της έρευνας, ενώ τονίστηκε ρητά ο εθελοντικός χαρακτήρας της συμμετοχής και το δικαίωμα αποχώρησης από τη μελέτη σε οποιοδήποτε στάδιο, χωρίς καμία επίπτωση στη θεραπευτική τους φροντίδα.

Η παρούσα μελέτη διεξήχθη σύμφωνα με τις θεμελιώδεις αρχές δεοντολογίας της βιοϊατρικής έρευνας, όπως αυτές κατοχυρώνονται στη Διακήρυξη του Ελσίνκι (World Medical Association) και στον Γενικό Κανονισμό Προστασίας Δεδομένων (ΓΚΠΔ/GDPR, Κανονισμός ΕΕ 2016/679). Διασφαλίστηκε η ανωνυμία και η εμπιστευτικότητα των δεδομένων μέσω κωδικοποίησης των ερωτηματολογίων με αριθμητικό αναγνωριστικό (ID), χωρίς καταγραφή ονομαστικών ή άλλων άμεσα αναγνωριστικών στοιχείων. Η συμμετοχή ήταν εθελοντική και προαπαιτούσε γραπτή ενημερωμένη συναίνεση, ενώ τα δεδομένα χρησιμοποιήθηκαν αποκλειστικά για τους σκοπούς της παρούσας ακαδημαϊκής έρευνας, σύμφωνα με τον Κώδικα Δεοντολογίας Έρευνας του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου (ΕΑΠ).

3.2.4 Στατιστική Ανάλυση

Τα δεδομένα κωδικοποιήθηκαν και καταχωρήθηκαν σε ειδικά διαμορφωμένο υπολογιστικό φύλλο (Microsoft Excel), ενώ η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με

τη χρήση της γλώσσας στατιστικού προγραμματισμού Python (βιβλιοθήκες pandas, scipy.stats). Η περιγραφική στατιστική ανάλυση περιλάμβανε μέσες τιμές (M) και τυπικές αποκλίσεις (TA) για τις συνεχείς μεταβλητές, καθώς και απόλυτες και σχετικές συχνότητες (n, %) για τις κατηγορικές μεταβλητές. Η εσωτερική συνοχή των δύο κλιμάκων αξιολογήθηκε με τον συντελεστή Cronbach α . Για τη διερεύνηση διαφορών μεταξύ δύο ομάδων χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος t ανεξάρτητων δειγμάτων (independent-samples t-test), ενώ για συγκρίσεις μεταξύ τριών ή περισσότερων ομάδων εφαρμόστηκε μονόδρομη ανάλυση διακύμανσης (one-way ANOVA). Η συσχέτιση μεταξύ των συνολικών βαθμολογιών AIS και FoP-Q-SF εξετάστηκε με τους συντελεστές συσχέτισης Pearson (r) και Spearman (ρ). Ως επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε το $\alpha=0,05$ σε όλους τους ελέγχους.

Εντός του τελικού δείγματος ($n=35$), τέσσερα ερωτηματολόγια εμφάνιζαν μεμονωμένα ασυμπλήρωτα πεδία (ένα ελλείπον πεδίο έκαστο): ένα στην κλίμακα AIS (πληρότητα 99,6% σε επίπεδο ερωτημάτων) και τρία στο FoP-Q-SF (πληρότητα 99,3%). Οι αναλύσεις διεξήχθησαν με τη μέθοδο της διαγραφής ανά ζεύγος (pairwise deletion), χωρίς εφαρμογή μεθόδων υποκατάστασης (imputation), λόγω του εξαιρετικά χαμηλού ποσοστού ελλείπουσας πληροφορίας. Ανάλυση ευαισθησίας με αναλογική προσαρμογή (prorating) των μερικώς συμπληρωμένων κλιμάκων απέδωσε ουσιαστικά ταυτόσημες τιμές (AIS $M=24,94$, FoP $M=42,49$) και δεν μετέβαλε καμία στατιστική συμπερασματική απόφαση, επιβεβαιώνοντας την ευρωστία των αποτελεσμάτων ως προς τον χειρισμό των ελλειπουσών τιμών.

3.2.5 Στατιστική Ισχύς και Περιορισμοί Μεγέθους Δείγματος

Το μέγεθος δείγματος της παρούσας μελέτης ($n=35$) καθορίστηκε βάσει πρακτικών περιορισμών διαθεσιμότητας και προσβασιμότητας του πληθυσμού στη συμμετέχουσα μονάδα αιμοκάθαρσης, και δεν προέκυψε από εκ των προτέρων (a priori) ανάλυση στατιστικής ισχύος. Εκ των υστέρων (post hoc) εκτίμηση υποδεικνύει ότι, για επίπεδο σημαντικότητας $\alpha=0,05$ και στατιστική ισχύ 80%, το δείγμα αυτό επιτρέπει την ανίχνευση μεγέθους επίδρασης (effect size) της τάξης του Cohen's $d \approx 1,0$ σε συγκρίσεις δύο ομάδων και $f \approx 0,55$ σε αναλύσεις ANOVA τριών ομάδων (Cohen, 1988), τιμές που αντιστοιχούν σε μεγάλο μέγεθος επίδρασης. Συνεπώς, η μελέτη διέθετε επαρκή ισχύ για

την ανίχνευση των σχετικά έντονων δημογραφικών επιδράσεων που πράγματι παρατηρήθηκαν στην αποδοχή ασθένειας (ηλικία, μορφωτικό επίπεδο, επαγγελματική κατάσταση, με παρατηρούμενο $f \approx 0,60$), αλλά υπολειπουργούσε (was underpowered) ως προς την ανίχνευση ασθενέστερων επιδράσεων και συσχετίσεων. Ειδικότερα, η αρνητική συσχέτιση μεταξύ AIS και FoP ($r=-0,282$) θα απαιτούσε δείγμα της τάξης των 95 ατόμων για την επίτευξη στατιστικής σημαντικότητας στο παρατηρούμενο μέγεθος επίδρασης (κρίσιμη τιμή $r=0,334$ για $n=35$). Το στοιχείο αυτό λαμβάνεται υπόψη κατά την ερμηνεία των μη σημαντικών ευρημάτων στην ενότητα 3.4.

3.3 Αποτελέσματα

3.3.1 Βασικά Δημογραφικά και Κλινικά Χαρακτηριστικά του Δείγματος

Αναλύθηκαν δεδομένα 35 συμμετεχόντων (ανδρικό φύλο 60,0%, μέση ηλικία $65,3 \pm 9,0$ έτη). Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ήταν έγγαμοι/ες (74,3%) (Πίνακας 3.1), εργαζόμενοι ή συνταξιούχοι (80,0% αθροιστικά) και απόφοιτοι δευτεροβάθμιας ή τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (82,8% αθροιστικά) (Πίνακας 3.2). Το σύνολο του δείγματος (100,0%) βρισκόταν υπό θεραπεία αιμοκάθαρσης, χωρίς συμμετέχοντες υπό περιτοναϊκή κάθαρση ή μεταμόσχευση, γεγονός που αντανakλά την κατανομή των μεθόδων ΘΥΝ στη συμμετέχουσα μονάδα.

Πίνακας 3.1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος ως προς το φύλο, την ηλικία και την οικογενειακή κατάσταση ($n=35$).

Μεταβλητή	Κατηγορία	n	%
Φύλο	Ανδρας	21	60,0%
	Γυναίκα	14	40,0%
Ηλικιακή ομάδα	41–60 έτη	11	31,4%
	61–75 έτη	20	57,1%
	76+ έτη	4	11,4%
Οικογενειακή κατάσταση	Έγγαμος/η	26	74,3%
	Χήρος/α	4	11,4%
	Διαζευγμένος/η	4	11,4%
	Άγαμος/η	1	2,9%

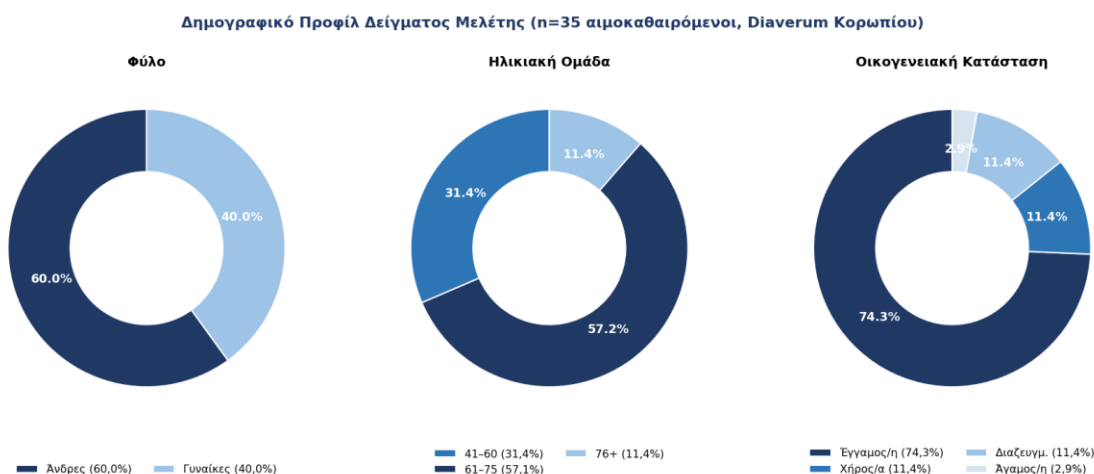
Σημείωση. Ηλικία: $M=65,3$ έτη, $TA=9,0$, εύρος 47–81. $n=35$ αιμοκαθαιρόμενοι, μονάδα τεχνητού νεφρού *Diaverum* Κορωπίου (Αττική).

Πίνακας 3.2. Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος ως προς την επαγγελματική κατάσταση και το μορφωτικό επίπεδο (n=35).

Μεταβλητή	Κατηγορία	n	%
Επαγγελματική κατάσταση	Εργαζόμενος/η	15	42,9%
	Συνταξιούχος	13	37,1%
	Ανεργός/η	6	17,1%
	Ανίκανος/η προς εργασία	1	2,9%
Μορφωτικό επίπεδο	Λύκειο	18	51,4%
	ΑΕΙ/ΤΕΙ	11	31,4%
	Γυμνάσιο	4	11,4%
	Μεταπτυχιακό	1	2,9%
	Δημοτικό	1	2,9%

Σημείωση. n=35 αιμοκαθαιρόμενοι, μονάδα τεχνητού νεφρού *Diaverum* Κορωπίου (Αττική). Μέθοδος θεραπείας υποκατάστασης: αιμοκάθαρση 100,0% (n=35).

Σχήμα 3.1. Δημογραφικό προφίλ του δείγματος της μελέτης ως προς το φύλο, την ηλικιακή ομάδα και την οικογενειακή κατάσταση (n=35).



3.3.2 Αποδοχή Ασθένειας στο Δείγμα

Η μέση βαθμολογία αποδοχής ασθένειας (AIS) στο σύνολο του δείγματος ανήλθε σε $M=24,86$ ($TA=5,77$), εντός εύρους 13–36 (θεωρητικό εύρος κλίμακας: 8–40). Η εσωτερική συνοχή της κλίμακας στο παρόν δείγμα ήταν υψηλή (Cronbach $\alpha=0,879$). Σύμφωνα με την τριμερή κατηγοριοποίηση (Juczyński, 2001), το 68,6% των συμμετεχόντων (n=24) εντάχθηκε στην κατηγορία μέτριας αποδοχής, το 20,0% (n=7)

στην κατηγορία υψηλής αποδοχής και το 11,4% (n=4) στη χαμηλή. Αναλυτική παρουσίαση των επιμέρους ερωτημάτων της AIS, με τα αντίστοιχα ποσοστά και ερμηνεία, έχει ήδη παρουσιαστεί στο Κεφάλαιο 2 (Πίνακες 2.1 και 2.2).

3.3.3 Φόβος Επιδείνωσης στο Δείγμα

Η μέση βαθμολογία φόβου επιδείνωσης (FoP-Q-SF) στο σύνολο του δείγματος ανήλθε σε $M=42,20$ ($TA=5,20$), εντός εύρους 33–53 (θεωρητικό εύρος κλίμακας: 12–60), με υψηλή εσωτερική συνοχή (Cronbach $\alpha=0,822$). Το ποσοστό των συμμετεχόντων που υπερέβησαν το κλινικό κατώφλι σημαντικότητας ($FoP \geq 34$; Mehnert et al., 2006) ανήλθε σε 97,1% (n=34), υποδηλώνοντας ότι ο φόβος επιδείνωσης αποτελεί σχεδόν καθολική εμπειρία στον υπό μελέτη πληθυσμό. Η αναλυτική παρουσίαση των επιμέρους ερωτημάτων του FoP-Q-SF παρουσιάστηκε στο Κεφάλαιο 2 (Πίνακας 2.3).

3.3.4 Επίδραση Κοινωνικοδημογραφικών Παραγόντων

Η ανάλυση της επίδρασης κοινωνικοδημογραφικών παραγόντων στην αποδοχή ασθένειας και τον φόβο επιδείνωσης, η οποία παρουσιάστηκε αναλυτικά στο Κεφάλαιο 2 (ενότητα 2.3.3, Πίνακας 2.5), ανέδειξε στατιστικά σημαντική επίδραση της ηλικίας ($F=6,37$, $p=0,005$), του μορφωτικού επιπέδου ($F=6,28$, $p=0,005$) και της επαγγελματικής κατάστασης ($F=3,39$, $p=0,047$) στην αποδοχή ασθένειας, ενώ το φύλο δεν παρουσίασε στατιστικά σημαντική επίδραση σε κανένα από τα δύο δομήματα (AIS: $t=-1,14$, $p=0,262$ · FoP: $t=-0,81$, $p=0,426$). Αξιοσημείωτο είναι ότι ο φόβος επιδείνωσης δεν διαφοροποιήθηκε στατιστικά σημαντικά ως προς καμία από τις εξεταζόμενες κοινωνικοδημογραφικές μεταβλητές.

Πέραν των ανωτέρω, διερευνήθηκε ειδικότερα η επίδραση της οικογενειακής κατάστασης στον φόβο επιδείνωσης, δεδομένου του θεωρητικού ενδιαφέροντος για τον ρόλο της κοινωνικής υποστήριξης. Συγκρίνοντας τους έγγαμους συμμετέχοντες (n=26) με το σύνολο των μη έγγαμων (χήρων, διαζευγμένων και άγαμων· n=9), δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά στον φόβο επιδείνωσης ($t=1,50$, $p=0,143$): παρότι οι έγγαμοι ασθενείς εμφάνισαν αριθμητικά υψηλότερο μέσο φόβο επιδείνωσης ($M=42,96$, $TA=5,58$) σε σύγκριση με τους μη έγγαμους ($M=40,00$, $TA=3,20$), η διαφορά αυτή δεν έφθασε σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας. Ομοίως, δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στην αποδοχή ασθένειας μεταξύ των δύο ομάδων ($t=-0,02$,

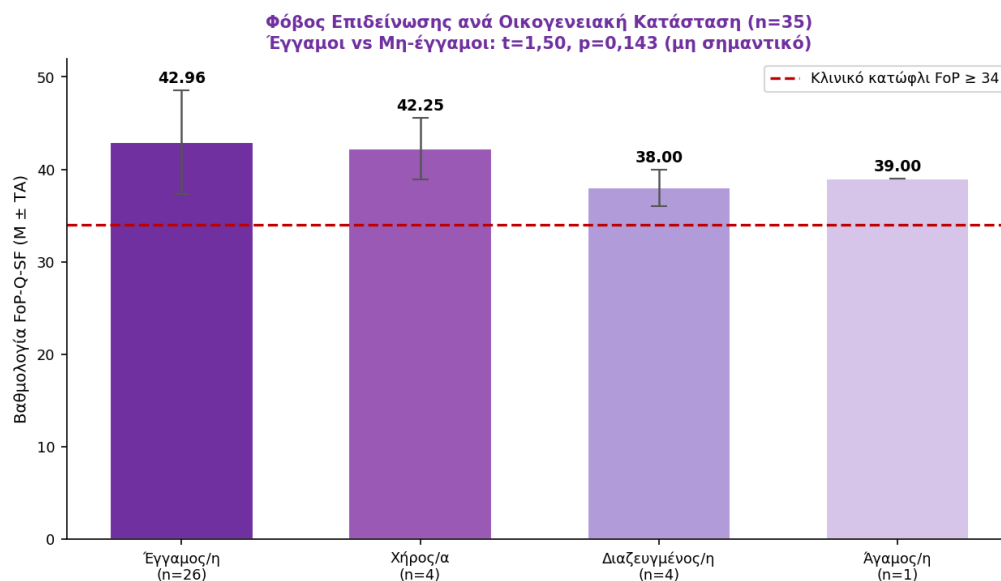
$p=0,985$). Ο Πίνακας 3.3 παρουσιάζει την πλήρη ανάλυση ανά κατηγορία οικογενειακής κατάστασης.

Πίνακας 3.3. Αποδοχή ασθένειας και φόβος επιδείνωσης ανά οικογενειακή κατάσταση, με δίτιμη σύγκριση έγγαμων έναντι μη έγγαμων ($n=35$).

Οικογενειακή κατάσταση	n	AIS M (TA)	FoP M (TA)
Έγγαμος/η	26	24,85 (6,03)	42,96 (5,58)
Χήρος/α	4	22,25 (3,30)	42,25 (3,30)
Διαζευγμένος/η	4	27,25 (6,75)	38,00 (2,00)
Άγαμος/η	1	26,00 (—)	39,00 (—)
Έγγαμος/η (σύνολο)	26	24,85 (6,03)	42,96 (5,58)
Μη έγγαμος/η (σύνολο)	9	24,89 (5,25)	40,00 (3,20)

Σημείωση. M = μέση τιμή· TA = τυπική απόκλιση. Δίτιμη σύγκριση (t-test ανεξάρτητων δειγμάτων): AIS $t=-0,02$, $p=0,985$ (μη σημαντικό)· FoP $t=1,50$, $p=0,143$ (μη σημαντικό). Η κατηγορία «Μη έγγαμος/η» συναθροίζει τους χήρους/ες, διαζευγμένους/ες και άγαμους/ες.

Σχήμα 3.2. Μέσες βαθμολογίες φόβου επιδείνωσης (FoP-Q-SF) ανά κατηγορία οικογενειακής κατάστασης στο δείγμα της μελέτης ($n=35$). Η διακεκομμένη γραμμή αναπαριστά το κλινικό κατώφλι σημαντικότητας (FoP ≥ 34).



3.3.5 Συσχέτιση Αποδοχής Ασθένειας και Φόβου Επιδείνωσης

Η ανάλυση συσχέτισης μεταξύ της συνολικής βαθμολογίας AIS και της συνολικής βαθμολογίας FoP-Q-SF, η οποία παρουσιάστηκε αναλυτικά στο Κεφάλαιο 2 (ενότητα 2.3.4), ανέδειξε αρνητική, μη στατιστικά σημαντική συσχέτιση (Pearson $r=-0,282$,

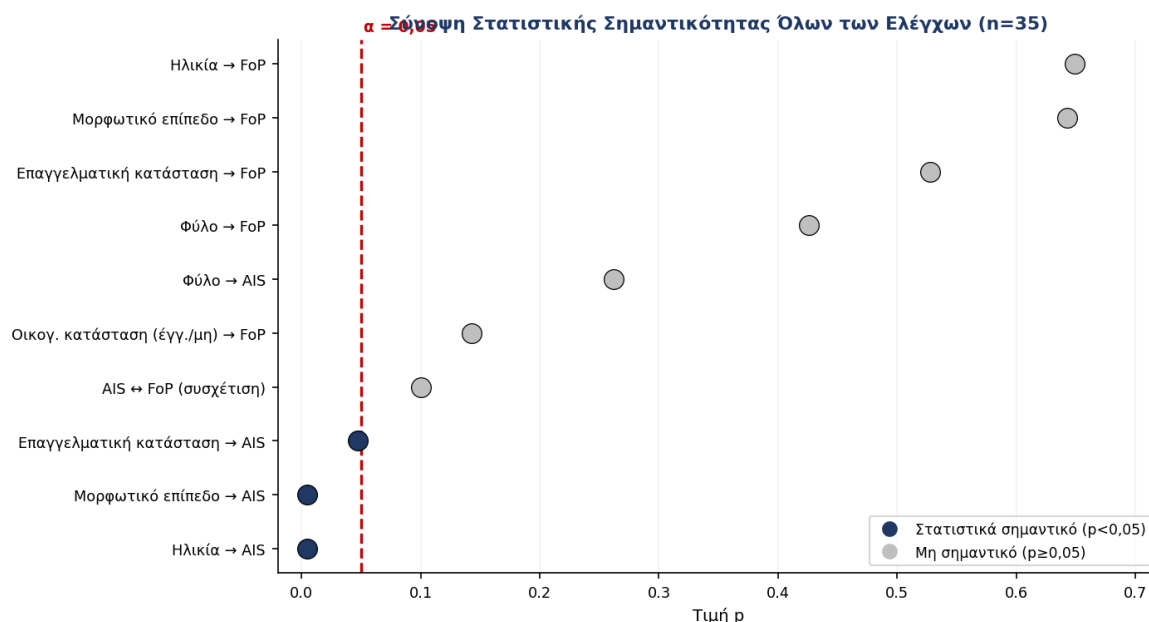
$p=0,100$ · Spearman $\rho=-0,269$, $p=0,118$). Η κατεύθυνση της συσχέτισης είναι θεωρητικά συνεπής με τα μοντέλα ψυχολογικής προσαρμογής (Lazarus & Folkman, 1984· Taylor, 1983), ενώ η απουσία στατιστικής σημαντικότητας αποδίδεται στο σχετικά μικρό μέγεθος δείγματος ($n=35$ · βλ. ενότητα 3.2.5).

Πίνακας 3.4. Συνοπτικός πίνακας στατιστικά σημαντικών και μη σημαντικών ευρημάτων της μελέτης ($n=35$).

Σχέση μεταβλητών	Στατιστικό	p	Αποτέλεσμα
Ηλικία → AIS	$F=6,37$	0,005*	Σημαντικό
Μορφωτικό επίπεδο → AIS	$F=6,28$	0,005*	Σημαντικό
Επαγγελματική κατάσταση → AIS	$F=3,39$	0,047*	Σημαντικό
Φύλο → AIS	$t=-1,14$	0,262	Μη σημαντικό
Φύλο → FoP	$t=-0,81$	0,426	Μη σημαντικό
Ηλικία → FoP	$F=0,44$	0,649	Μη σημαντικό
Μορφωτικό επίπεδο → FoP	$F=0,45$	0,643	Μη σημαντικό
Επαγγελματική κατάσταση → FoP	$F=0,65$	0,528	Μη σημαντικό
Οικογενειακή κατάσταση (έγγαμοι/μη) → AIS	$t=-0,02$	0,985	Μη σημαντικό
Οικογενειακή κατάσταση (έγγαμοι/μη) → FoP	$t=1,50$	0,143	Μη σημαντικό
AIS ↔ FoP (Pearson)	$r=-0,282$	0,100	Μη σημαντικό

Σημείωση. * $p < 0,05$ (στατιστικά σημαντικό σε επίπεδο $\alpha=0,05$). Λόγω του περιορισμένου μεγέθους δείγματος ($n=35$), τα αποτελέσματα πρέπει να ερμηνεύονται με επιφύλαξη και να επαληθευτούν σε μεγαλύτερα δείγματα.

Σχήμα 3.3. Συνοπτική απεικόνιση της στατιστικής σημαντικότητας όλων των ελέγχων που διεξήχθησαν στη μελέτη (n=35). Τα σκούρα σημεία αριστερά της διακεκομμένης γραμμής ($\alpha=0,05$) αντιστοιχούν σε στατιστικά σημαντικά ευρήματα.



3.4 Συζήτηση

Στην παρούσα μελέτη συμμετείχαν 35 ασθενείς υπό αιμοκάθαρση από την ιδιωτική μονάδα τεχνητού νεφρού Diavenum Κορωπίου (Αττική), στους οποίους δόθηκε προς συμπλήρωση δομημένο ερωτηματολόγιο με στόχο τη διερεύνηση του επιπέδου αποδοχής ασθένειας και φόβου επιδείνωσης, καθώς και τη συσχέτιση μεταξύ των δύο δομημάτων. Το δείγμα αποτελείτο κατά πλειοψηφία από άνδρες μέσης ηλικίας 65,3 ετών, έγγαμους, εργαζόμενους ή συνταξιούχους με μέτριο έως υψηλό μορφωτικό επίπεδο — δημογραφικό προφίλ συνεπές με τον τυπικό πληθυσμό αιμοκαθαιρόμενων στην Ελλάδα και διεθνώς (ΕΕΦΑΜ, 2024· ERA Registry, 2022).

Ως προς την αποδοχή ασθένειας, το εύρημα μέτριας μέσης βαθμολογίας (M=24,86) με κυρίαρχη κατηγορία τη «μέτρια αποδοχή» (68,6%) θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι αντανακλά μια ενδιάμεση φάση ψυχολογικής προσαρμογής, στην οποία ο ασθενής έχει μεν αρχίσει να ενσωματώνει τους περιορισμούς της νόσου, χωρίς όμως να έχει επιτύχει πλήρη συμφιλίωση. Το εύρημα αυτό συνάδει με αντίστοιχα ευρήματα σε αιμοκαθαιρόμενους πληθυσμούς διεθνώς (Pompey et al., 2019· Hreńczuk et al., 2024), υποδηλώνοντας ότι η μέτρια αποδοχή αποτελεί ένα σταθερό, διαπολιτισμικό εύρημα

στον πληθυσμό αυτό, πιθανώς λόγω της κοινής φύσης των προκλήσεων που συνεπάγεται η μακροχρόνια εξάρτηση από τη μηχανή αιμοκάθαρσης.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η εξαιρετικά υψηλή συχνότητα κλινικά σημαντικού φόβου επιδείνωσης (97,1%), ποσοστό σαφώς υψηλότερο από τα επίπεδα που τυπικά αναφέρονται σε ογκολογικούς πληθυσμούς, στους οποίους αναπτύχθηκε και σταθμίστηκε το εργαλείο (Mehnert et al., 2006). Δεδομένου ότι σταθμισμένα δεδομένα FoP-Q-SF ειδικά σε αιμοκαθαιρόμενους πληθυσμούς είναι σπάνια στη διεθνή βιβλιογραφία, το εύρημα αυτό αποκτά ιδιαίτερη ερευνητική σημασία. Η ένταση του φόβου θα μπορούσε να ερμηνευθεί υπό το πρίσμα της χρονικής διάρκειας της απειλής: ενώ ο φόβος υποτροπής στην ογκολογία αφορά ένα ενδεχόμενο μελλοντικό γεγονός, ο φόβος επιδείνωσης στην αιμοκάθαρση συνδέεται με μια καθημερινή, διαρκή και απτή εμπειρία εξάρτησης από τη θεραπεία, η οποία ενδεχομένως ενισχύει διαρκώς την παραξιακή ανησυχία (Mutsaers et al., 2016).

Η στατιστικά σημαντική επίδραση της ηλικίας, του μορφωτικού επιπέδου και της επαγγελματικής κατάστασης στην αποδοχή ασθένειας αξίζει ιδιαίτερης συζήτησης. Η μείωση της αποδοχής με την αύξηση της ηλικίας (41–60: $M=29,18$ έναντι 76+: $M=20,75$) αντανακλά ενδεχομένως τη σωρευτική επίδραση συννοσηρότητας, λειτουργικής εξασθένησης και απώλειας κοινωνικού ρόλου, παράγοντες που η βιβλιογραφία συσχετίζει σταθερά με χαμηλότερη ψυχολογική προσαρμογή σε ηλικιωμένους χρόνιους ασθενείς (De Sousa, 2008). Παρομοίως, η θετική συσχέτιση μεταξύ μορφωτικού επιπέδου και αποδοχής (Γυμνάσιο: $M=19,00$ έναντι ΑΕΙ/ΤΕΙ: $M=28,82$) συνάδει με τη θεωρητική υπόθεση ότι η εκπαίδευση προσφέρει αυξημένους γνωστικούς πόρους και αποτελεσματικότερες στρατηγικές αντιμετώπισης (Juczyński, 2001). Η επίδραση της επαγγελματικής κατάστασης (εργαζόμενοι: $M=27,33$ έναντι συνταξιούχων: $M=22,00$) είναι εν μέρει αλληλένδετη με την ηλικιακή επίδραση, καθώς η συνταξιοδότηση συμπίπτει συχνά με μεγαλύτερη ηλικία· ωστόσο, θα μπορούσε επίσης να αντανακλά την προστατευτική λειτουργία της διατήρησης ενεργού επαγγελματικού ρόλου, η οποία ενισχύει την αίσθηση φυσιολογικότητας και κοινωνικής ενσωμάτωσης παρά τη νόσο.

Σε αντίθεση με την αποδοχή ασθένειας, ο φόβος επιδείνωσης δεν διαφοροποιήθηκε στατιστικά σημαντικά ως προς καμία κοινωνικοδημογραφική μεταβλητή. Ειδικότερα, ως προς την οικογενειακή κατάσταση, παρότι οι έγγαμοι ασθενείς εμφάνισαν αριθμητικά υψηλότερο μέσο φόβο επιδείνωσης σε σύγκριση με τους μη έγγαμους ($M=42,96$ έναντι $M=40,00$), η διαφορά αυτή δεν έφθασε σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ($t=1,50$, $p=0,143$). Η παρατηρούμενη αριθμητική τάση, αν και μη σημαντική, είναι αξιοσημείωτη ως προς την κατεύθυνσή της: αντιστρατεύεται φαινομενικά τη γενική υπόθεση ότι η κοινωνική υποστήριξη —και ειδικότερα ο γάμος ως πηγή της— λειτουργεί προστατευτικά έναντι ψυχολογικής δυσχέρειας σε χρόνιους ασθενείς (Telford et al., 2006). Μια πιθανή ερμηνευτική υπόθεση, η οποία ωστόσο χρήζει επιβεβαίωσης σε μεγαλύτερα δείγματα, είναι ότι οι έγγαμοι ασθενείς, ακριβώς λόγω της παρουσίας στενών οικογενειακών σχέσεων, ενδέχεται να βιώνουν εντονότερα τον φόβο της επιβάρυνσης που η επιδείνωση της νόσου θα επιφέρει στους οικείους τους. Δεδομένου, ωστόσο, ότι η διαφορά δεν είναι στατιστικά σημαντική και ότι το μέγεθος δείγματος είναι περιορισμένο, οποιαδήποτε τέτοια ερμηνεία οφείλει να διατυπώνεται με ιδιαίτερη επιφύλαξη και να αντιμετωπίζεται ως υπόθεση προς διερεύνηση και όχι ως τεκμηριωμένο συμπέρασμα.

Η απουσία στατιστικά σημαντικής συσχέτισης μεταξύ αποδοχής ασθένειας και φόβου επιδείνωσης ($r=-0,282$, $p=0,100$), παρά την αναμενόμενη θεωρητικά αρνητική κατεύθυνση, θα πρέπει να ερμηνευθεί με προσοχή. Αφενός, το μέγεθος δείγματος ($n=35$) περιορίζει τη στατιστική ισχύ της ανάλυσης σε βαθμό που να μην επαρκεί για την ανίχνευση ασθενών έως μέτριων συσχετίσεων (Cohen, 1988· βλ. ενότητα 3.2.5)· αξίζει μάλιστα να σημειωθεί ότι η παρατηρούμενη τιμή $r=-0,282$ προσεγγίζει την κρίσιμη τιμή σημαντικότητας ($r=0,334$ για $n=35$) και ενδεχομένως θα καθίστατο σημαντική σε ένα μετρίως μεγαλύτερο δείγμα. Αφετέρου, είναι πιθανό τα δύο δομήματα να αντιπροσωπεύουν σχετικά ανεξάρτητες διαστάσεις της ψυχολογικής εμπειρίας της νόσου: η αποδοχή αντανακλά μια σταθερότερη γνωστική στάση απέναντι στους τρέχοντες περιορισμούς, ενώ ο φόβος επιδείνωσης εκφράζει μια δυναμική, προσανατολισμένη στο μέλλον ανησυχία, η οποία μπορεί να συνυπάρχει ανεξάρτητα από το επίπεδο τρέχουσας προσαρμογής. Η υπόθεση αυτή θα πρέπει να ελεγχθεί σε μελλοντικές μελέτες με μεγαλύτερα δείγματα, οι οποίες θα διαθέτουν επαρκή στατιστική

ισχύ για την αξιόπιστη εκτίμηση του μεγέθους και της σημαντικότητας της συσχέτισης μεταξύ των δύο δομικών μεγεθών.

Συνθέτοντας το σύνολο των ευρημάτων, προκύπτει μια εικόνα αιμοκαθαιρόμενων ασθενών οι οποίοι, παρά τη μέτρια προς ικανοποιητική γνωστική αποδοχή της νόσου τους, βιώνουν σχεδόν καθολικά έναν έντονο, διαρκή φόβο για την πορεία της κατάστασής τους — εύρημα που αντανακλά τη μοναδική φύση της θεραπείας υποκατάστασης νεφρικής λειτουργίας ως μια συνεχή, επαναλαμβανόμενη υπενθύμιση της χρόνιας νόσου. Η στατιστικά σημαντική επιβάρυνση συγκεκριμένων υποομάδων ως προς τη χαμηλότερη αποδοχή ασθένειας — ηλικιωμένων, ατόμων χαμηλού μορφωτικού επιπέδου και συνταξιούχων — υπογραμμίζει την ανάγκη εξατομικευμένης, και όχι ενιαίας, ψυχοκοινωνικής προσέγγισης στις μονάδες αιμοκάθαρσης. Η νοσηλευτική φροντίδα, λόγω της εγγύτητας και της συχνότητας επαφής με τον ασθενή, διαθέτει μοναδική θέση για την υλοποίηση μιας τέτοιας εξατομικευμένης προσέγγισης, υπό την προϋπόθεση της κατάλληλης εκπαίδευσης και υποστήριξης του προσωπικού.

3.5 Συμπεράσματα και Προτάσεις

Στην παρούσα μελέτη αξιολογήθηκαν 35 ασθενείς υπό αιμοκάθαρση από την ιδιωτική μονάδα τεχνητού νεφρού Diaverum Κορωπίου (Αττική), ως προς το επίπεδο αποδοχής ασθένειας και φόβου επιδείνωσης. Οι συμμετέχοντες ήταν κατά πλειοψηφία άνδρες, μέσης ηλικίας 65,3 ετών, έγγαμοι, με μέτριο έως υψηλό μορφωτικό επίπεδο. Το δείγμα εμφάνισε μέτριο μέσο επίπεδο αποδοχής ασθένειας ($M=24,86$, $TA=5,77$) και σχεδόν καθολικά κλινικά σημαντικό φόβο επιδείνωσης (97,1%, $M=42,20$, $TA=5,20$). Στατιστικά σημαντικές διαφορές στην αποδοχή ασθένειας προέκυψαν ως προς την ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο και την επαγγελματική κατάσταση, ενώ ο φόβος επιδείνωσης δεν διαφοροποιήθηκε στατιστικά σημαντικά ως προς καμία κοινωνικοδημογραφική μεταβλητή. Η συσχέτιση μεταξύ αποδοχής ασθένειας και φόβου επιδείνωσης ήταν αρνητική, χωρίς ωστόσο να επιτευχθεί στατιστική σημαντικότητα.

Τα ευρήματα αυτά αναδεικνύουν την ανάγκη ολιστικής ψυχοκοινωνικής προσέγγισης στη φροντίδα του αιμοκαθαιρόμενου ασθενούς, με ιδιαίτερη έμφαση στην τακτική ψυχολογική αξιολόγηση και την υποστήριξη εύάλωτων υποομάδων (ηλικιωμένων, συνταξιούχων, ατόμων χαμηλού μορφωτικού επιπέδου). Ειδικότερα

προτείνεται: (α) η ενσωμάτωση τακτικής ψυχομετρικής αξιολόγησης (AIS, FoP-Q-SF) στη ρουτίνα παρακολούθησης των μονάδων αιμοκάθαρσης, (β) η ανάπτυξη στοχευμένων ψυχοεκπαιδευτικών και γνωστικοσυμπεριφοριστικών παρεμβάσεων προσαρμοσμένων στις ανάγκες των ευάλωτων υποομάδων που εντοπίστηκαν, και (γ) η διερεύνηση οικογενειοκεντρικών παρεμβάσεων, οι οποίες θα απευθύνονται όχι μόνο στον ασθενή αλλά και στο οικογενειακό του περιβάλλον, δεδομένου ότι ο φόβος επιβάρυνσης των οικείων αναδείχθηκε ως σημαντικό πεδίο ανησυχίας στο σύνολο του δείγματος (Κεφάλαιο 2, Πίνακας 2.3).

Αναγνωρίζονται ορισμένοι περιορισμοί της παρούσας μελέτης. Πρώτον, το σχετικά μικρό μέγεθος δείγματος ($n=35$) περιορίζει τη στατιστική ισχύ και τη γενικευσιμότητα των ευρημάτων, ιδίως ως προς την ανίχνευση ασθενέστερων συσχετίσεων. Δεύτερον, ο συγχρονικός σχεδιασμός της μελέτης δεν επιτρέπει την εξαγωγή αιτιωδών συμπερασμάτων σχετικά με τις παρατηρούμενες συσχετίσεις. Τρίτον, η χρήση ευκαιριακής δειγματοληψίας περιορισμένης σε μία μονάδα της Αττικής ενδεχομένως εισάγει στοιχεία συστηματικού σφάλματος επιλογής (selection bias), περιορίζοντας τη δυνατότητα γενίκευσης σε άλλες γεωγραφικές περιοχές και πλαίσια φροντίδας της Ελλάδας. Μελλοντικές έρευνες θα ήταν σκόπιμο να επεκτείνουν το μέγεθος δείγματος, να υιοθετήσουν διαχρονικό (longitudinal) σχεδιασμό για τη διερεύνηση της εξέλιξης των δύο δομημάτων στον χρόνο, και να συμπεριλάβουν πολυκεντρικά δείγματα από διαφορετικές περιφέρειες της χώρας, ώστε να ενισχυθεί η εξωτερική εγκυρότητα των ευρημάτων και να υποστηριχθεί η ανάπτυξη τεκμηριωμένων κλινικών παρεμβάσεων σε εθνική κλίμακα.

Βιβλιογραφικές Αναφορές

Ελληνόγλωσση βιβλιογραφία

- Ελληνική Εταιρεία Φαρμακοοικονομικών Αναλύσεων Μελετών (ΕΕΦΑΜ). (2024). Επιδημιολογικά δεδομένα χρόνιας νεφρικής νόσου στην Ελλάδα. ΕΕΦΑΜ.
- Ευρωπαϊκή Ένωση. (2016). Κανονισμός (ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 27ης Απριλίου 2016 για την προστασία των φυσικών προσώπων έναντι της επεξεργασίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα (Γενικός Κανονισμός για την Προστασία Δεδομένων). Επίσημη Εφημερίδα της Ευρωπαϊκής Ένωσης, L 119.
- Πανελλήνια Ομοσπονδία Νεφροπαθών / Ελληνική Εταιρία Φαρμακευτικού Management [ΕΕΦΑΜ]. (2024). Το 90% των αιμοκαθαιρόμενων στην Αττική εξυπηρετείται από ιδιωτικές δομές. <https://eefam.gr/to-90-ton-aimokathairomenon-stin-attiki-eksypireiteitai-apo-idiotikes-domes/>

Ξενόγλωσση βιβλιογραφία

- Abecassis, M., Bartlett, S. T., Collins, A. J., Davis, C. L., Delmonico, F. L., Friedewald, J. J., Metzger, R. A., Oberai, R., Schwab, T., Ascher, N. L., Matas, A. J., Kramer, W., Altiero, M., & Steffens, E. K. (2008). Kidney transplantation as primary therapy for end-stage renal disease: A National Kidney Foundation/Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (NKF/KDOQI) conference. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 3(2), 471–480. <https://doi.org/10.2215/CJN.05021107>
- Bello, A. K., Levin, A., Tonelli, M., Okpechi, I. G., Feehally, J., Harris, D., Jindal, K., Salako, B. L., Rateb, A., Osman, M. A., Qarni, B., Saad, S., Lunney, M., Wiebe, N., Ye, F., & Johnson, D. W. (2017). Assessment of global kidney health care status. *JAMA*, 317(18), 1864–1881. <https://doi.org/10.1001/jama.2017.4046>
- Chapter 1: Definition and classification of CKD. (2013). *Kidney International Supplements*, 3(1), 19–62. <https://doi.org/10.1038/kisup.2012.64>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- da Cunha, A. C., dos Santos Neto, E. T., & Salaroli, L. B. (2022). Self-assessment of the health status and leisure activities of individuals on haemodialysis. *Scientific Reports*, 12, 20465. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-23955-7>

- De Sousa, A. (2008). Psychiatric issues in renal failure and dialysis. *Indian Journal of Nephrology*, 18(2), 47–50. <https://doi.org/10.4103/0971-4065.41283>
- European Renal Association (ERA). (2022). ERA Registry Annual Report 2022. ERA Registry.
- Felton, B. J., Revenson, T. A., & Hinrichsen, G. A. (1984). Stress and coping in the explanation of psychological adjustment among chronically ill adults. *Social Science & Medicine*, 18(10), 889–898. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(84\)90158-8](https://doi.org/10.1016/0277-9536(84)90158-8)
- Fox, C. S., Larson, M. G., Leip, E. P., Culleton, B., Wilson, P. W. F., & Levy, D. (2004). Predictors of new-onset kidney disease in a community-based population. *JAMA*, 291(7), 844–850. <https://doi.org/10.1001/jama.291.7.844>
- GBD Chronic Kidney Disease Collaboration. (2020). Global, regional, and national burden of chronic kidney disease, 1990–2017: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*, 395(10225), 709–733. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30045-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30045-3)
- Giese-Davis, J., Collie, K., Rancourt, K. M. S., Neri, E., Kraemer, H. C., & Spiegel, D. (2011). Decrease in depression symptoms is associated with longer survival in patients with metastatic breast cancer: A secondary analysis. *Journal of Clinical Oncology*, 29(4), 413–420. <https://doi.org/10.1200/JCO.2010.28.4455>
- Herschbach, P., Berg, P., Dankert, A., Duran, G., Engst-Hastreiter, U., Waadt, S., Keller, M., Ukati, R., & Henrich, G. (2005). Fear of progression in chronic diseases: Psychometric properties of the Fear of Progression Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 58(6), 505–511. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.02.007>
- Hill, N. R., Fatoba, S. T., Oke, J. L., Hirst, J. A., O’Callaghan, C. A., Lasserson, D. S., & Hobbs, F. D. R. (2016). Global prevalence of chronic kidney disease — A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*, 11(7), e0158765. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0158765>
- Hreńczuk, M. K., Rudnicka, W., Piątek, T. D., & Małkowski, P. (2024). Acceptance of illness and health behaviours of patients with end-stage renal disease treated with haemodialysis: A single-centre study. *Healthcare*, 12(24), 2562. <https://doi.org/10.3390/healthcare12242562>
- Hsu, C. Y., Chertow, G. M., McCulloch, C. E., Fan, D., Ordoñez, J. D., & Go, A. S. (2008). Nonrecovery of kidney function and death after acute on chronic renal failure. *Clinical*

- Journal of the American Society of Nephrology, 3(6), 1623–1628.
<https://doi.org/10.2215/CJN.01511308>
- Inker, L. A., Grams, M. E., Levey, A. S., Coresh, J., Cirillo, M., Collins, J. F., Gansevoort, R. T., Gutierrez, O. M., Hamano, T., Heine, G. H., ... & CKD Prognosis Consortium. (2019). Relationship of estimated GFR and albuminuria to concurrent laboratory abnormalities: An individual participant data meta-analysis in a global consortium. *American Journal of Kidney Diseases*, 73(2), 206–217. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2018.08.013>
- Jankowski, J., Floege, J., Fliser, D., Böhm, M., & Marx, N. (2021). Cardiovascular disease in chronic kidney disease: Pathophysiological insights and therapeutic options. *Circulation*, 143(11), 1157–1172. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.120.050686>
- Juczyński, Z. (2001). Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia [Measurement tools in health promotion and psychology]. Pracownia Testów Psychologicznych.
- Kramer, A., Pippias, M., Noordzij, M., Stel, V. S., Afentakis, N., Ambühl, P. M., Bonthuis, M., Bouzas, E., Cases, A., Collart, F., Couchoud, C., De Meester, J., Dinits-Pensy, M., Hemke, A. C., Jager, K. J., & ERA Registry. (2025). The ERA Registry Annual Report 2022: Epidemiology of kidney replacement therapy in Europe, with a focus on sex comparisons. *Clinical Kidney Journal*, 18(2), sfac405. <https://doi.org/10.1093/ckj/sfac405>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer.
- Lee-Jones, C., Humphris, G., Dixon, R., & Hatcher, M. B. (1997). Fear of cancer recurrence — A literature review and proposed cognitive formulation to explain exacerbation of recurrence fears. *Psycho-Oncology*, 6(2), 95–105. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1611\(199706\)6:2<95::AID-PON250>3.0.CO;2-B](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1611(199706)6:2<95::AID-PON250>3.0.CO;2-B)
- Levey, A. S., & Coresh, J. (2012). Chronic kidney disease. *The Lancet*, 379(9811), 165–180. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60178-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60178-5)
- Levey, A. S., Coresh, J., Balk, E., Kausz, A. T., Levin, A., Steffes, M. W., Hogg, R. J., Perrone, R. D., Lau, J., & Eknoyan, G. (2003). National Kidney Foundation practice guidelines for chronic kidney disease: Evaluation, classification, and stratification. *Annals of Internal Medicine*, 139(2), 137–147. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-139-2-200307150-00013>
- Mehnert, A., Herschbach, P., Berg, P., Henrich, G., & Koch, U. (2006). Fear of progression in breast cancer patients — Validation of the short form of the Fear of Progression

- Questionnaire (FoP-Q-SF). *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 52(3), 274–288. <https://doi.org/10.13109/zptm.2006.52.3.274>
- Murdeswar, H. N., & Anjum, F. (2024). Hemodialysis. In StatPearls. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK563296/>
- Murray, S. L., Holmes, J. G., & Collins, N. L. (2006). Optimizing assurance: The risk regulation system in relationships. *Psychological Bulletin*, 132(5), 641–666. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.132.5.641>
- Mutsaers, B., Jones, G., Rutkowski, N., Tomei, C., Séguin Leclair, C., Petricone-Westwood, D., Simard, S., & Lebel, S. (2016). When fear of cancer recurrence becomes a clinical issue: A qualitative analysis of features associated with clinical fear of cancer recurrence. *Supportive Care in Cancer*, 24(10), 4207–4218. <https://doi.org/10.1007/s00520-016-3248-5>
- Nabolsi, M. M., Wardam, L., & Al-Halabi, J. O. (2015). Quality of life, depression, adherence to treatment and illness perception of patients on haemodialysis. *International Journal of Nursing Practice*, 21(1), 1–10. <https://doi.org/10.1111/ijn.12205>
- National Kidney Foundation. (2015). KDOQI clinical practice guideline for hemodialysis adequacy: 2015 update. *American Journal of Kidney Diseases*, 66(5), 884–930. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2015.07.015>
- Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric theory* (2nd ed.). McGraw-Hill.
- Pompey, C. S., Ridwan, M. N., Zahra, A. N., & Yona, S. (2019). Illness acceptance and quality of life among end stage renal disease patients undergoing hemodialysis. *Enfermería Clínica*, 29(Suppl. 2), 128–133. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.04.020>
- Sahathevan, S., Khor, B. H., Ng, H. M., Gafor, A. H. A., Mat Daud, Z. A., Mafra, D., & Karupaiah, T. (2020). Understanding development of malnutrition in hemodialysis patients: A narrative review. *Nutrients*, 12(10), 3147. <https://doi.org/10.3390/nu12103147>
- Senmar, M., Razaghpoor, A., Mousavi, A. S., Zarrinkolah, F., Esmaili, F., & Rafiei, H. (2020). Psychological symptoms in patients on dialysis and their relationship with spiritual well-being. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 28(3), 243–249. <https://doi.org/10.5152/FNJJN.2020.19061>
- Sharma, M., Yadav, S., & Sharma, M. (2018). Etiological profile of chronic kidney disease. *Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation*, 29(2), 409–413. <https://doi.org/10.4103/1319-2442.228642>

- Sidawy, A. N., Spergel, L. M., Besarab, A., Allon, M., Jennings, W. C., Padberg, F. T., Jr., Murad, M. H., Montori, V. M., Dardik, A., & Society for Vascular Surgery. (2008). The Society for Vascular Surgery: Clinical practice guidelines for the surgical placement and maintenance of arteriovenous hemodialysis access. *Journal of Vascular Surgery*, 48(5 Suppl.), 2S–25S. <https://doi.org/10.1016/j.jvs.2008.08.042>
- Stanton, A. L., Revenson, T. A., & Tennen, H. (2007). Health psychology: Psychological adjustment to chronic disease. *Annual Review of Psychology*, 58, 565–592. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.58.110405.085615>
- Taylor, S. E. (1983). Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaptation. *American Psychologist*, 38(11), 1161–1173. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.38.11.1161>
- Teitelbaum, I., & Burkart, J. (2003). Peritoneal dialysis. *American Journal of Kidney Diseases*, 42(5), 1082–1096. [https://doi.org/10.1016/S0272-6386\(03\)00987-3](https://doi.org/10.1016/S0272-6386(03)00987-3)
- Telford, K., Kralik, D., & Koch, T. (2006). Acceptance and denial: Implications for people adapting to chronic illness. *Journal of Advanced Nursing*, 55(4), 457–464. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03942.x>
- Van Biesen, W., Vanholder, R. C., Veys, N., Dhondt, A., & Lameire, N. H. (2000). An evaluation of an integrative care approach for end-stage renal disease patients. *Journal of the American Society of Nephrology*, 11(1), 116–125. <https://doi.org/10.1681/ASN.V111116>
- Webster, A. C., Nagler, E. V., Morton, R. L., & Masson, P. (2017). Chronic kidney disease. *The Lancet*, 389(10075), 1238–1252. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32064-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32064-5)
- World Medical Association. (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA*, 310(20), 2191–2194. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>
- Zazzeroni, L., Pasquinelli, G., Nanni, E., Cremonini, V., & Rubbi, I. (2017). Comparison of quality of life in patients undergoing hemodialysis and peritoneal dialysis: A systematic review and meta-analysis. *Kidney and Blood Pressure Research*, 42(4), 717–727. <https://doi.org/10.1159/000484115>

Παραρτήματα

Παράρτημα Α: Εργαλεία Συλλογής Δεδομένων

Στο παρόν παράρτημα παρατίθενται τα σταθμισμένα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν για τη συλλογή των δεδομένων της μελέτης, ήτοι η Κλίμακα Αποδοχής της Ασθένειας (AIS) και το Ερωτηματολόγιο Φόβου Επιδείνωσης — Σύντομη Μορφή (FoP-Q-SF), καθώς και το έντυπο καταγραφής των κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών.

A.1 Κλίμακα Αποδοχής της Ασθένειας (Acceptance of Illness Scale — AIS)

#	Δήλωση
1	Αντιμετωπίζω προβλήματα προσαρμογής στους περιορισμούς που μου επιβάλλει η ασθένειά μου.
2	Δεν μπορώ να κάνω αυτό που μου αρέσει περισσότερο λόγω της κατάστασης υγείας μου.
3	Μερικές φορές η ασθένειά μου με κάνει να νιώθω ανεπιθύμητος.
4	Τα προβλήματα υγείας μου με κάνουν να νιώθω εξαρτώμενος από τους άλλους περισσότερο από ό,τι θα ήθελα.
5	Η ασθένειά μου με καθιστά βάρος για την οικογένεια και τους φίλους μου.
6	Η κατάσταση της υγείας μου με κάνει να νιώθω ανάξιο άτομο.
7	Δεν θα είμαι ποτέ αυτόνομος στον βαθμό που θα ήθελα να είμαι.
8	Νιώθω ότι οι άνθρωποι γύρω μου συχνά ντρέπονται λόγω της ασθένειάς μου.

Σημείωση. Κλίμακα Likert: Συμφωνώ έντονα · Συμφωνώ · Δεν μπορώ να αποφασίσω · Διαφωνώ · Διαφωνώ έντονα. Εύρος συνολικής βαθμολογίας 8–40· υψηλότερη βαθμολογία = υψηλότερη αποδοχή (Felton et al., 1984· Juczyński, 2001).

A.2 Ερωτηματολόγιο Φόβου Επιδείνωσης — Σύντομη Μορφή (FoP-Q-SF)

#	Δήλωση
1	Νιώθω άγχος αν σκεφτώ ότι η ασθένειά μου μπορεί να επιδεινωθεί.
2	Ανησυχώ πριν από τα ραντεβού με τους γιατρούς ή τις τακτικές εξετάσεις.
3	Φοβάμαι τον πόνο.
4	Η σκέψη ότι θα γίνω λιγότερο παραγωγικός στην εργασία μου με φοβίζει.
5	Όταν είμαι αγχωμένος έχω σωματικά συμπτώματα, όπως ταχυκαρδία και πόνο στο στομάχι.

6	Φοβάμαι την πιθανότητα ότι θα κληρονομήσω στα παιδιά μου την ασθένειά μου.
7	Με ενοχλεί να βασίζομαι σε ξένους για δραστηριότητες της καθημερινότητας.
8	Ανησυχώ ότι κάποια στιγμή δεν θα είμαι ικανός να συνεχίσω τις ασχολίες μου λόγω της ασθένειάς μου.
9	Φοβάμαι επώδυνες θεραπείες κατά την πορεία της ασθένειάς μου.
10	Ανησυχώ ότι η θεραπεία θα μπορούσε να βλάψει το σώμα μου.
11	Νιώθω άγχος για την οικογένειά μου αν μου συμβεί κάτι.
12	Η σκέψη ότι ίσως να μην είμαι ικανός να δουλέψω λόγω της ασθένειάς μου με ενοχλεί.

Σημείωση. Κλίμακα Likert: Ποτέ · Σπάνια · Μερικές φορές · Συχνά · Πολύ συχνά. Εύρος συνολικής βαθμολογίας 12–60· κλινικό κατώφλι σημαντικότητας $FoP \geq 34$ (Mehnert et al., 2006).

A.3 Δημογραφικά Στοιχεία

Φύλο: _____

Ηλικία: _____

Οικογενειακή κατάσταση: _____

Επαγγελματική κατάσταση: _____

Μορφωτικό επίπεδο: _____

Μέθοδος υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας:

Παράρτημα Β: Έντυπο Ενήμερης Συγκατάθεσης

Έντυπο ενημερης συγκατάθεσης της έρευνας «Η αποδοχή και ο φόβος επιδείνωσης της νόσου σε ασθενείς που βρίσκονται σε θεραπεία υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας τους σε περιοχή της Αττικής» και των προϊόντων αυτής.

Αξιότιμε κύριε/-α,

Προτού αποφασίσετε αν θα λάβετε μέρος στην παρούσα ερευνητική δραστηριότητα, είναι σημαντικό να κατανοήσετε τους λόγους πραγματοποίησής της, καθώς και τι περιλαμβάνει. Για αυτό, σας παρακαλούμε να διαβάσετε προσεκτικά τις πληροφορίες που παρέχονται στη συνέχεια. Παρακαλούμε να ζητήσετε διευκρινίσεις για ό,τι δεν σας

είναι ξεκάθαρο από τα μέλη της ερευνητικής ομάδας. Σας ευχαριστούμε που διαβάζετε τις πληροφορίες αυτές.

Ποιος είναι ο στόχος αυτής της έρευνας;

Η παρούσα μελέτη υλοποιείται στο πλαίσιο της εκπόνησης της μεταπτυχιακής εργασίας της Πρόφη Μαρίας στο Δ.Π.Μ.Σ. «Διαχείριση γήρανσης και χρόνιων νοσημάτων» της Σχολής Κοινωνικών Επιστημών του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου και του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, υπό την επίβλεψη του Δρ. Ζαρογιάννη Σωτήριου, Καθηγητή του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, ο οποίος μετέχει και ως συ-συγγραφέας. Τούτο το πόνημα στοχεύει στη δημοσίευση μιας πρωτότυπης μελέτης, καθώς και άλλων ερευνητικών προϊόντων που τη διαδέχονται, τα οποία δίνουν τον λόγο σε νεφρολογικούς ασθενείς για την εκτίμηση της αποδοχής της νόσου και του φόβου επιδείνωσής της. Κατ' αυτόν τον τρόπο, με τη δημοσίευση σε έγκριτα περιοδικά, η διεθνής επιστημονική νεφρολογική κοινότητα θα είναι σε θέση να λάβει υπόψιν της τη δυναμική αλληλεπίδραση των παραγόντων που ενδεχομένως επηρεάζουν την πορεία της θεραπείας.

Γιατί καλούμαι να λάβω μέρος;

Καλείστε να συμμετέχετε διότι η εμπειρία σας θα αποδειχθεί ιδιαίτερα χρήσιμη στην προσπάθειά μας να κατανοήσουμε το βίωμα των νεφρολογικών ασθενών.

Πρέπει να συμμετέχω;

Η συμμετοχή στην ερευνητική δραστηριότητα είναι εθελοντική και ανώνυμη, ενώ δεν απαιτεί την πρόσβαση σε κλινικά αρχεία και ιστορικό ασθενών. Το αν θα λάβετε μέρος είναι καθαρά δική σας επιλογή και μπορείτε να αρνηθείτε. Επίσης, ακόμα και αν δεχτείτε να λάβετε μέρος, μπορείτε να αρνηθείτε να απαντήσετε σε κάποια ερώτηση. Τέλος, μπορείτε να αποχωρήσετε κατά τη διάρκεια της ερευνητικής διαδικασίας οποιαδήποτε στιγμή, χωρίς αιτιολόγηση. Θα θέλαμε να σας ενημερώσουμε ότι θα είναι δυνατό να αποσύρετε τη συμμετοχή σας από τις έρευνες μόνο για το διάστημα που θα μπορούμε να ταυτοποιήσουμε τις απαντήσεις σας στα δεδομένα που θα έχουν συλλεγεί. Μετά την ολοκλήρωση της διαδικασίας και από τη στιγμή που έχουν καταστραφεί τα αρχεία βάσει των οποίων θα μπορούμε να εντοπίσουμε τις απαντήσεις σας στα δεδομένα, η απόσυρση της συμμετοχής σας δεν θα είναι εφικτή.

Τι θα χρειαστεί να κάνω;

Αν αποφασίσετε να συμμετέχετε, θα χρειαστεί να αφιερώσετε περίπου δέκα λεπτά από τον χρόνο σας, ώστε να απαντήσετε σε δύο σύντομα ερωτηματολόγια που αναφέρονται στην εμπειρία του νοσήματός σας.

Πώς θα επωφεληθώ εγώ από την έρευνα;

Εκτιμούμε ότι οι πληροφορίες που θα συλλέξουμε θα συμβάλλουν στην καλύτερη κατανόηση του φαινομένου της έρευνας και των μηχανισμών διαχείρισής του. Συνεπώς, με τη συμμετοχή σας συμβάλλετε στην ουσιαστική διερεύνηση ενός ζητήματος της καθημερινής ζωής των νεφρολογικών ασθενών που απασχολεί μεγάλο αριθμό ατόμων. Παράλληλα, εφόσον το επιθυμείτε, μπορεί να πραγματοποιηθεί κατοπινή ενημέρωσή σας για τα αποτελέσματα της ερευνητικής διαδικασίας.

Σε περίπτωση που λάβω μέρος, υπάρχουν κάποιες αρνητικές συνέπειες ή πιθανοί κίνδυνοι;

Η συμμετοχή σε αυτή την έρευνα δεν αναμένεται να προκαλέσει δυσφορία ή να εκθέσει τους συμμετέχοντες σε κίνδυνο. Η πιθανότητα πρόκλησης δυσφορίας στο πλαίσιο της συλλογής δεδομένων δεν διαφοροποιείται από αυτή που αφορά οποιαδήποτε καθημερινή δραστηριότητα. Επίσης, η έρευνα δεν πρόκειται να έχει οποιαδήποτε αρνητική επίπτωση σε εσάς, καθώς δεν πρόκειται να κοινοποιηθούν προσωποποιημένες πληροφορίες σας.

Τι θα γίνει με τις πληροφορίες που θα μου παρέχετε;

Οι πληροφορίες που θα συλλέξουμε θα είναι ανώνυμες και εμπιστευτικές και θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς. Οι απαντήσεις στα ερωτηματολόγια θα καταγραφούν σε φόρμες των ερευνητών. Το ηλεκτρονικό αρχείο στο οποίο κρατούνται οι κωδικοί των συμμετεχόντων θα φυλάσσεται σε κωδικοποιημένο αρχείο στους υπολογιστές των μελών της ερευνητικής ομάδας και θα καταστραφεί αμέσως μετά την ολοκλήρωση της έρευνας. Στο αρχείο αυτό πρόσβαση θα έχουν αποκλειστικά τα μέλη της ερευνητικής ομάδας. Η άρση του απορρήτου επιτρέπεται μόνο σε εξαιρετικές περιπτώσεις, όταν η ερευνητική ομάδα κρίνει ότι κινδυνεύει η ζωή, η ασφάλεια και η σωματική ακεραιότητα του συμμετέχοντα ή τρίτων προσώπων.

Καθώς στο πλαίσιο της παρούσας ερευνητικής διαδικασίας θα συλλεγούν κάποια δεδομένα που ορίζονται ως ευαίσθητα, συγκεκριμένα το φύλο, η ηλικία, η εργασιακή κατάσταση και το εκπαιδευτικό επίπεδο, πρέπει να σας ενημερώσουμε ότι εφαρμόζουμε τη νομοθεσία που ισχύει στην Ευρωπαϊκή Ένωση από τις 28 Μαΐου 2018 και η οποία ορίζει ότι η χρήση αυτών των δεδομένων επιτρέπεται για σκοπούς επιστημονικής έρευνας. Σε περίπτωση που έχετε οποιαδήποτε ερώτηση ή προβληματισμό, μη διστάσετε να επικοινωνήσετε μαζί μας. Είμαστε στη διάθεσή σας ανά πάσα στιγμή. Σας ευχαριστούμε ιδιαίτερα για τον χρόνο που αφιερώσατε.

Πρόφη Μαρία, Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια στο Δ.Π.Μ.Σ. «Διαχείριση γήρανσης και χρόνιων νοσημάτων» της Σχολής Κοινωνικών Επιστημών του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου και του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας (e-mail: std516528@ac.eap.gr, κινητό τηλέφωνο: 6986894724).

Ζαρογιάννης Σωτήριος, Καθηγητής Τμήματος Ιατρικής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας (e-mail: szarog@med.uth.gr).

Έντυπο ενήμερης συγκατάθεσης — Δήλωση Συμμετέχοντος

Δήλωση	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Διάβασα και κατανόησα το περιεχόμενο του εντύπου ενημέρωσης που αφορά στην παρούσα ερευνητική δραστηριότητα.		
Είχα τη δυνατότητα να θέσω ερωτήσεις όταν μου δόθηκε το έντυπο συγκατάθεσης και να συζητήσω τη συμμετοχή μου στην έρευνα. Οι ερωτήσεις μου απαντήθηκαν ικανοποιητικά.		
Συμφωνώ να συμμετάσχω στην ερευνητική διαδικασία. Κατανοώ ότι η συμμετοχή μου περιλαμβάνει τη συμπλήρωση δύο ερωτηματολογίων που διερευνούν ζητήματα σχετικά με την υγεία μου, τη θεραπεία που δέχομαι και τον τρόπο ζωής μου, καθώς και τη δημοσίευση σε διεθνή επιστημονικά περιοδικά μίας μελέτης και των επακόλουθων ερευνών αυτής.		
Κατανοώ ότι η συμμετοχή μου είναι εθελοντική και είμαι ελεύθερη/-ος να μην απαντήσω σε όσες ερωτήσεις δεν επιθυμώ ή και να αποσύρω τη συμμετοχή μου, χωρίς συνέπειες και χωρίς να αιτιολογήσω την απόφασή μου. Έχω κατανοήσει τους περιορισμούς που ισχύουν σχετικά με την απόσυρση των δεδομένων μου.		
Γνωρίζω ότι τα δεδομένα που θα συλλεχθούν θα χρησιμοποιηθούν κατά τη διάρκεια των μελετών αλλά και μετά την ολοκλήρωσή τους. Σε κάθε περίπτωση τηρείται η ανωνυμία των προσωπικών μου πληροφοριών.		
Κατανοώ ότι προσωπικές πληροφορίες, όπως ονόματα και στοιχεία επικοινωνίας, δεν θα αποκαλυφθούν σε μη μέλη της ερευνητικής ομάδας.		
Δίνω τη συγκατάθεσή μου στα μέλη της ερευνητικής ομάδας να έχουν πρόσβαση στα ανώνυμα δεδομένα που θα συλλεχθούν και να τα χρησιμοποιήσουν σε δημοσιεύσεις ή παραδοτέα της έρευνας, μόνο εφόσον τηρήσουν την εμπιστευτικότητα των πληροφοριών.		
Δίνω τη συγκατάθεσή μου ώστε τα ανώνυμα δεδομένα μου να χρησιμοποιηθούν σε δημοσιεύσεις ή παραδοτέα της παρούσας έρευνας (π.χ. επακόλουθες έρευνες, ανακοινώσεις σε συνέδρια, ημερίδες, ιστοσελίδες). Κατανοώ ότι δεν μπορεί να εμφανίζεται το όνομά μου σε κανένα σχετικό παραδοτέο.		

Όνομα ερευνητή: Πρόφη Μαρία · e-mail: std516528@ac.eap.gr · Κινητό τηλέφωνο: 6986894724

Κωδ. συμμετέχοντα: _____

Υπογραφή: _____

Ημερομηνία: _____
