

**ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ
ΙΔΡΥΜΑ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ»**

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΤΗΣ
ΝΟΣΟΥ ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ
ΚΛΑΣΙΚΗ ΚΑΙ ΠΑΡΑΤΕΤΑΜΕΝΗ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΔΑΜΙΑΝΙΔΟΥ ΕΥΘΥΜΙΑ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ

Επιβλέπων καθηγητής: Θεοδώρα Καυκιά

Θεσσαλονίκη, Σεπτέμβριος, 2017

**ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ
ΙΔΡΥΜΑ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ»**

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΤΗΣ
ΝΟΣΟΥ ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ
ΚΛΑΣΙΚΗ ΚΑΙ ΠΑΡΑΤΕΤΑΜΕΝΗ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΔΑΜΙΑΝΙΔΟΥ ΕΥΘΥΜΙΑ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ

Επιβλέπων καθηγητής: Θεοδώρα Καυκιά

Θεσσαλονίκη, Σεπτέμβριος, 2017

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ»**

Εγκρίθηκε την

ΒΑΘΜΟΣ: ΑΡΙΣΤΗ:.....

ΠΟΛΥ ΚΑΛΗ:.....

ΚΑΛΗ:.....

ΑΠΟΔΕΚΤΗ:.....

ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ:

ΥΠΟΓΡΑΦΗ:

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ:

ΚΑΥΚΙΑ Θ:

ΚΟΥΡΚΟΥΤΑ Λ:

ΘΕΟΦΑΝΙΔΗΣ Δ:

Στην αγαπημένη μου οικογένεια

ΠΡΟΛΟΓΟΣ - ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η παρούσα διπλωματική έγινε με την επίβλεψη της Dr Καυκιά Θεοδώρας, καθηγήτριας εφαρμογών στο τμήμα Νοσηλευτικής στο ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης. Η καθοδήγηση της ήταν πολύτιμη σε όλα τα στάδια της εργασίας και χωρίς αυτήν δεν θα μπορούσε να πραγματοποιηθεί η έρευνα. Για αυτό θεωρώ απαραίτητο να εκφράσω την ευγνωμοσύνη μου για την πολύτιμη βοήθειά της.

Η εργασία αυτή δεν θα μπορούσε να ολοκληρωθεί χωρίς την έγκριση και την στήριξη του Διευθυντή του Πρότυπου Νεφρολογικού Κέντρου Ν. Πέλλας Dr. Ζουμπαρίδη Νικόλαου τον οποίο ευχαριστώ πολύ.

Η απόφαση για την επιλογή του θέματος έγινε με αφορμή του ξεκινήματος της εργασίας μου στο Πρότυπο Νεφρολογικό Κέντρο Ν. Πέλλας. Η καθημερινή μου επαφή με άτομα που πάσχουν από νεφρική νόσο με έκανε να θέλω να μάθω περισσότερα πράγματα για αυτούς για να τους βοηθάω περισσότερο. Για όλα αυτά ευχαριστώ τους ασθενείς τη μονάδας που συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο και δέχτηκαν να συμμετέχουν στην έρευνα της μεταπτυχιακής διπλωματικής μου.

Τέλος θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένεια μου και τους συναδέλφους μου για την στήριξη τους που ο καθένας με τον τρόπο του με βοήθησε να ολοκληρώσω την εργασία.

Διερεύνηση της επίδρασης της κατάθλιψης και της διαχείρισης της νόσου στην ποιότητα ζωής ασθενών που υποβάλλονται σε κλασική και παρατεταμένη αιμοκάθαρση.

Ευθυμία Δαμιανίδου, damianidou1992@hotmail.gr

Αλεξάνδρειο ΤΕΙ Θεσσαλονίκης, Τμήμα Νοσηλευτικής,

Π.Μ.Σ. 'Φροντίδα στο Σακχαρώδη Διαβήτη', 2017

Επόπτης καθηγητής: Θεοδώρα Καυκιά

Περίληψη

Η παρούσα εργασία αποσκοπεί στη διερεύνηση της επίδρασης της κατάθλιψης και της διαχείρισης της νόσου στην ποιότητα ζωής ασθενών που υποβάλλονται σε κλασική και παρατεταμένη αιμοκάθαρση. Πρόκειται για μια συγκριτική μελέτη, δείγμα της οποίας αποτελούν ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη και χωρίς σακχαρώδη διαβήτη που υποβάλλονται σε κλασική και παρατεταμένη αιμοκάθαρση στη Μονάδα Τεχνητού Νεφρού «Πρότυπο Νεφρολογικό Κέντρο, Πέλλας» στη Σκύδρα, Πέλλας. Το ερευνητικό εργαλείο της μελέτης είναι το ερωτηματολόγιο, με τις ενότητες των δημογραφικών στοιχείων (φύλο, ηλικία, οικογενειακή & επαγγελματική κατάσταση, μορφωτικό επίπεδο), των κλινικών παραμέτρων (διάρκεια και είδος πρωτοπαθούς νόσου, διάρκεια Σακχαρώδη Διαβήτη, είδος αντιδιαβητικής αγωγής, σωματικό βάρος, διάρκεια αιμοκάθαρσης, επάρκεια κάθαρσης), τη σύντομη μορφή του Εργαλείου Ποιότητας Ζωής του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (World Health Organization Quality of Life Instrument, short form), τη Κλίμακα Άγχους και Κατάθλιψης στο νοσοκομείο (Hospital Anxiety and Depression Scale) και τη Κλίμακα Αυτο-αποτελεσματικότητας Διαχείρισης της Χρόνιας Νόσου (Self-Efficacy for Managing Chronic Disease Scale). Η εφαρμογή παρατεταμένης αιμοκάθαρσης διάρκειας 5 έως 7 ωρών αποτελεί μια νέα πρωτοπόρα τάση στη νεφρολογική φροντίδα. Τα αποτελέσματα της έρευνας κατέδειξαν ότι οι ασθενείς με διάρκεια αιμοκάθαρσης κάτω των τριών ετών παρουσιάζουν κατάθλιψη και άγχος ειδικά στην κλασική αιμοκάθαρση και κυρίως οι άνδρες. Επίσης, τα αποτελέσματα κατέδειξαν ότι η ποιότητα ζωής των ερωτώμενων επηρεάζεται από την αιμοκάθαρση. Η μέθοδος υποκατάστασης και η ύπαρξη σακχαρώδη

διαβήτη επηρεάζει, επίσης, και το επίπεδο της κατάθλιψης και του άγχους. Αντίστοιχα, τα οι ασθενείς με ΣΔ αναφέρουν ιδιαίτερα αυξημένες τιμές άγχους (8,17, \pm 4,27) σε σχέση με τους μη διαβητικούς (5,96, \pm 3,95), καθώς επίσης και αυξημένες τιμές κατάθλιψης (9,14, \pm 3,96) σε σύγκριση με τους μη διαβητικούς (6,32 \pm 3,87) ($p=,014$ και $,001$, αντίστοιχα). Πιο συγκεκριμένα, φαίνεται να υπάρχει στατιστικά σημαντική γραμμική συσχέτιση του φύλου με την κλίμακα άγχους και κατάθλιψης ($p=0,024$ και $p=0,015$, αντίστοιχα) καθώς και του μορφωτικού επιπέδου με την κλίμακα της κατάθλιψης ($p=0,025$). Η συνεργασία της διεπιστημονικής νεφρολογικής ομάδας (νεφρολόγος, νοσηλεύτης νεφρολογίας, ψυχολόγος, κοινωνικός λειτουργός, διαιτολόγος) είναι επιβεβλημένη για την επίτευξη της ομαλής προσαρμογής του ασθενή στη νέα πραγματικότητα της νεφρικής νόσου και την εξασφάλιση ενός ικανοποιητικού επιπέδου ποιότητας ζωής.

Λέξεις - Κλειδιά: Άγχος, Κατάθλιψη, Ποιότητα ζωής, Αιμοκάθαρση

Investigation of the impact of depression and management of the disease on the quality of life of patients undergoing classical and prolonged dialysis.

Efthymia Damianidou, damianidou1992@hotmail.gr

Alexandrio TEI of Thessaloniki, Department of Nursing,

PMS 'Care in Diabetes Mellitus', 2017

Supervisor: Theodora Kafia

Abstract:

The paper aims to investigate the impact of depression and management of the disease on the quality of life of patients undergoing classic and prolonged dialysis. This is a comparative study of patients with and without diabetes mellitus who undergo classic and prolonged hemodialysis in the Dialysis Unit of Pella in Skydra, Pella. The research tool of the study consists of a questionnaire with the demographic data (gender, age, family and professional status, educational level), clinical parameters (duration and type of primary disease, duration of diabetes mellitus, type of antidiabetic treatment, dialysis adequacy), the short form of the World Health Organization's Quality of Life Instrument, the Hospital Anxiety and Depression Scale, and the Self-Efficacy for Managing Chronic Disease Scale. Prolonged hemodialysis lasting for 5 to 7 hours is a new pioneering trend in nephrology care. The results of the study have shown that patients on hemodialysis less than three years, experience depression and anxiety especially those in classical hemodialysis and men. Also, the results showed that the quality of life of respondents is affected by hemodialysis. The type of hemodialysis and the existence of diabetes also affect the level of depression and anxiety. Correspondingly, patients with DM reported particularly higher anxiety (8,17, \pm 4,27) versus non-diabetics (5,96, \pm 3,95), as well as higher depression levels (9,14, \pm 3.96) compared to non-diabetics (6.32 \pm 3.87) ($p=.014$ and $p=.001$, respectively). In particular, there appears to be a statistically significant linear correlation of sex with the anxiety and depression scale ($p = 0.024$ and $p = 0.015$, respectively) and the educational level with the depression scale ($p = 0.025$). The collaboration of the

interdisciplinary nephrology team (nephrologist, renal nurse, psychologist, social worker and dietitian) is imperative in achieving patient's smooth adaptation to the new reality of renal disease and ensuring a satisfactory level of quality of life.

Keywords: Anxiety, Depression, Quality of Life, Hemodialysis

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	1
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	5
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ	6
1.1 Εισαγωγή.....	6
1.2Ο Σακχαρώδης διαβήτης και οι επιπλοκές του.....	6
1.3 Χρόνια Νεφρική Νόσος (XNN)	9
1.4 Η αιμοκάθαρση ως κλασική και παρατεταμένη διαδικασία	11
1.5 Διαχείριση της νόσου στην ποιότητα ζωής των ασθενών	16
1.6 Ερευνητικά δεδομένα.....	9
1.7 Ανακεφαλαίωση	21
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	22
2.1 Εισαγωγή.....	22
2.2 Η έννοια της έρευνας.....	22
2.3 Δείγμα της μελέτης.....	24
2.4 Εργαλείο Συλλογής Δεδομένων.....	24
2.5 Μεθοδολογία έρευνας.....	29
2.6 Ανακεφαλαίωση	29
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	30
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ	31
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	32
4.1. Περιγραφική Στατιστική	32
4.2 Επαγωγική Στατιστική	35
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΣΥΖΗΤΗΣΗ	38
5.1 Περιορισμοί της έρευνας.....	41

5.2 Μελλοντικές κατευθυντήριες έρευνες	41
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	42
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ	48
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ.....	56
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1: Πίνακες.....	57
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2: Ερωτηματολόγιο.....	60

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 3.1: Δομή ερωτηματολογίου.....	29
Πίνακας 4.1: Δημογραφικά Χαρακτηριστικά.....	33
Πίνακας 4.2: Μέση τιμή Ποιότητας Ζωής και Άγχους/Κατάθλιψης.....	35
Πίνακας 4.3: Συσχετίσεις μεταξύ δημογραφικών χαρακτηριστικών και κλίμακας άγχους και κατάθλιψης	37

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

ΧΝΝ: Χρόνια Νεφρική Νόσος

ΟΝΑ: Οξεία Νεφρική Νόσος

ΑΚ: Αιμοκάθαρση

ΠΚ: Περιτοναϊκή Κάθαρση

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα άτομα με Χρόνια Νεφρική Νόσο που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση (ΑΚ) αυξάνονται με ραγδαίο ρυθμό. Παρά τις σημαντικές προόδους στην τεχνολογία, οι αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς με νεφρική νόσο τελικού σταδίου συνεχίζουν να εξαρτώνται από ένα μηχάνημα. Παρόλα αυτά η επιβίωση των ασθενών αυτών έχει βελτιωθεί και είναι πολύ υψηλή σε σχέση με παλαιότερα. Η αιμοκάθαρση (ΑΚ), η περιτοναϊκή κάθαρση (ΠΚ) και η μεταμόσχευση αποτελούν τις θεραπείες υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας για ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου (ΝΑΤΣ) (Vilar and Farrington, 2011). Η αιμοκάθαρση είναι ένας τρόπος κάθαρσης του αίματος από τις τοξίνες και τα άχρηστα προϊόντα του μεταβολισμού με τη βοήθεια ενός μηχανήματος και ενός φίλτρου αιμοκάθαρσης. Βοηθά στην διατήρηση της οξεοβασικής ισορροπίας, καθώς και των υγρών και ηλεκτρολυτών και διατηρεί την πίεση του αίματος υπό έλεγχο (National Kidney Foundation, 2017).

Ο αριθμός των ασθενών που υποβάλλονται σε χρόνια αιμοκάθαρση σε όλο τον κόσμο έχει αυξηθεί δραματικά και πολλές εκατοντάδες χιλιάδες άνθρωποι υποβάλλονται σε θεραπεία υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας (Vilar and Farrington, 2011). Η αιμοκάθαρση είναι ευρέως διαδεδομένη. Το πρόγραμμα αιμοκάθαρσης συνήθως διαμορφώνεται σε τρεις φορές την εβδομάδα και αν υπάρχει ανάγκη, λόγω της κλινικής κατάστασης του ασθενή, πραγματοποιείται συχνότερα ή διαρκεί περισσότερο (Vilar and Farrington, 2011).

Αρκετά από τα άτομα, τα οποία υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση πάσχουν και από σακχαρώδη διαβήτη. Ο σακχαρώδης διαβήτης (ΣΔ), είναι μια ασθένεια στην οποία ο οργανισμός δεν παράγει αρκετή ινσουλίνη ή δεν μπορεί να χρησιμοποιήσει τις φυσιολογικές ποσότητες ινσουλίνης σωστά. Η ινσουλίνη είναι μια ορμόνη που ρυθμίζει την ποσότητα γλυκόζης στο αίμα. Μια αυξημένη τιμή γλυκόζης πλάσματος μπορεί να προκαλέσει προβλήματα σε πολλά συστήματα του ανθρώπινου οργανισμού (National Kidney Foundation, 2013). Η νεφρική νόσος είναι συχνή επιπλοκή του ΣΔ. Στην πραγματικότητα, ο ΣΔ είναι η πιο κοινή αιτία του τελικού σταδίου της νεφρικής νόσου (American diabetes association, 2013).

Οι ασθενείς, διαβητικοί και μη, που υποβάλλονται σε κλασική και παρατεταμένη αιμοκάθαρση παρουσιάζουν ποικιλία διαφορετικών συμπεριφορών και πολλές φορές αντιμετωπίζουν κοινωνικά και ψυχολογικά προβλήματα. Το μειονέκτημα της αιμοκάθαρσης έγκειται στο ότι είναι μία επίπονη διαδικασία τεσσάρων (4) ωρών. Ακόμη, κατά την διαδικασία της αιμοκάθαρσης μπορούν να προκύψουν ορισμένα κλινικά προβλήματα, όπως αιμορραγίες του γαστρεντερικού, προβλήματα από τα οστά ή από το νευρικό σύστημα, καρδιαγγειακά, ενδοκρινικές λοιμώξεις και διαταραχές καθώς και σεξουαλική δυσλειτουργία. Είναι προφανές ότι η ποιότητα ζωής των ασθενών με χρόνια αιμοκάθαρση δεν μπορεί να είναι υψηλή (Θεοφίλου *et al.*, 2010).

Στην παρούσα έρευνα, η παράμετρος αυτή, μετρείται με την σύντομη μορφή του Εργαλείου Ποιότητας Ζωής του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (World Health Organization Quality of Life Instrument, short form). Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχει αναπτύξει το παραπάνω ερωτηματολόγιο για μέτρηση της υγείας, πέρα από τους παραδοσιακούς δείκτες υγείας, όπως η θνησιμότητα και η νοσηρότητα. Στόχος είναι να περιλαμβάνει μέτρα επίπτωσης της νόσου και της μείωσης στις καθημερινές δραστηριότητες και τη συμπεριφορά (World Health Organization, 1996).

Στο πλαίσιο αυτό, αξιοσημείωτη είναι και η μέτρηση του άγχους και της κατάθλιψης κατά την παραμονή του ασθενή στο νοσοκομείο ή την εφαρμογή κάποιας χρόνιας θεραπείας, όπως η αιμοκάθαρση. Για τις ανάγκες της παρούσας έρευνας χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα Hospital Anxiety and Depression Scale (Zigmond and Snaitz, 1983). Η μελέτη διεξήχθη στο χώρο μιας ιδιωτικής μονάδας τεχνητού νεφρού πόλης της Βόρειας Ελλάδας. Αναμφισβήτητα, η ΧΝΝ είναι συχνά μια ασθένεια που μπορεί να περιλαμβάνει κάποια ψυχική διαταραχή (Shepherd *et al.*, 1960). Είναι απαραίτητη η χρήση μίας απλής μεθόδου για την αναγνώριση της συναισθηματικής διαταραχής στην κλινική πράξη με στόχο την έγκαιρη διάγνωση των προβλημάτων (Moffic and Paykel, 1975). Οι πληροφορίες αυτές συλλέγονται με ένα ερωτηματολόγιο, όπως το HADS, το οποίο ο ασθενής συμπληρώνει πριν από την κλινική εξέταση.

Τέλος, η Κλίμακα Αυτο-αποτελεσματικότητας Διαχείρισης της Χρόνιας Νόσου (Self-Efficacy for Managing Chronic Disease Scale) συμπεριλαμβάνεται στην έρευνα της εργασίας. Η θεωρία της αυτο-αποτελεσματικότητας, όπως αναπτύχθηκε από τον Bandura, δείχνει ότι η αυτο-αποτελεσματικότητα είναι ένας σημαντικός προγνωστικός

δείκτης της μελλοντικής συμπεριφοράς. Τα χρόνια πρόγραμμα αυτο-διαχείρισης της νόσου έχει σχεδιαστεί για να ενισχύσει την αυτο-αποτελεσματικότητα ως μια προσέγγιση για τη βελτίωση των συμπεριφορών υγείας και των αποτελεσμάτων για τα άτομα με ποικίλες χρόνιες παθήσεις. Στη δεκαετία του 1970, ο Albert Bandura ανέφερε ότι η πίστη κάποιου ή η εμπιστοσύνη ήταν μια ισχυρή ένδειξη της μελλοντικής συμπεριφοράς (Bandura, 1977). Η έννοια της αυτο-αποτελεσματικότητας ορίστηκε ως η αντιληπτή ικανότητα να εκτελέσει συγκεκριμένες ενέργειες που απαιτούνται για την επίτευξη συγκεκριμένων στόχων (Bandura, 1997). Η Θεωρία της αυτο-αποτελεσματικότητας αναφέρει ότι η δύναμη της πίστης στην ικανότητα ενός ατόμου είναι ένας καλός προγνωστικός δείκτης των κινήτρων και της συμπεριφοράς. Επιπλέον, οι πεποιθήσεις της αυτο-αποτελεσματικότητας κάποιου μπορούν να ενισχυθούν με μαεστρία των επιδόσεων, της μοντελοποίησης, των παρερμηνειών, των φυσιολογικών συμπτωμάτων, και της κοινωνικής πειθούς. Τέλος, η ενισχυμένη αυτοαποτελεσματικότητα οδηγεί σε βελτιωμένες συμπεριφορές, σε κίνητρα και σε τρόπους σκέψης και συναισθηματικής ευεξίας (Bandura, 1997). Οι αλλαγές στην αυτο-αποτελεσματικότητα αποτελούν συχνά μέρος των μέτρων ενδυνάμωσης ή της αυτο-διαχείρισης του ασθενή. Οι Lorig *et al.* (1996) επισημαίνουν ότι υπάρχουν πολλές συμπεριφορές που απαιτούνται για τη διαχείριση των χρόνιων νόσων και ότι υπάρχει ένα βασικό σύνολο συμπεριφορών που εκπροσωπούνται από κλίμακες. Ως μέρος της αρχικής αξιολόγησης χρησιμοποιείται ένα σύνολο από 10 κλίμακες αυτοαποτελεσματικότητας για τη μέτρηση συγκεκριμένων τύπων και δραστηριοτήτων που σχετίζονται με τα καθήκοντα της διαχείρισης χρόνιων ασθενειών. Στις κλίμακες αυτο-αποτελεσματικότητας συμπεριλαμβάνεται η τακτική άσκηση, η παροχή πληροφοριών για την ασθένεια, η αναζήτηση βοήθειας από την κοινότητα, την οικογένεια και τους φίλους, η επικοινωνία με το γιατρό, η διαχείριση της νόσου σε γενικές γραμμές, η πραγματοποίηση καθημερινών εργασιών στο σπίτι, η συμμετοχή σε κοινωνικές και ψυχαγωγικές δραστηριότητες, η διαχείριση των συμπτωμάτων, η διαχείριση της κατάθλιψης και η διαχείριση της δύσπνοια.

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση της επίδρασης της κατάθλιψης και της νεφρικής νόσου στην ποιότητα ζωής διαβητικών και μη διαβητικών ασθενών που υποβάλλονται σε κλασική και παρατεταμένη αιμοκάθαρση. Πρόκειται για μια συγκριτική μελέτη, το δείγμα της οποίας θα αποτελέσουν ασθενείς με σακχαρώδη

διαβήτη και χωρίς σακχαρώδη διαβήτη που υποβάλλονται σε κλασική και παρατεταμένη αιμοκάθαρση στη Μονάδα Τεχνητού Νεφρού «Πρότυπο Νεφρολογικό Κέντρο, Πέλλας» στη Σκύδρα, Πέλλας.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

1.1. Εισαγωγή

Στο παρόν κεφάλαιο της εργασίας διασαφηνίζονται οι σχετικοί με το θέμα ορισμοί, όπως, ο Σακχαρώδης Διαβήτης (ΣΔ) και οι επιπλοκές του και η Χρόνια Νεφρική Νόσος (ΧΝΝ). Επίσης, περιγράφεται η αιμοκάθαρση ως κλασική και παρατεταμένη διαδικασία και η διαχείριση της νόσου στην ποιότητα ζωής των ασθενών. Στη συνέχεια, γίνεται αναφορά στην κλίμακα άγχους και κατάθλιψης στο νοσοκομείο και στην κλίμακα αυτο-αποτελεσματικότητας διαχείρισης χρόνιας νόσου. Τέλος, απαριθμούνται ποικίλες έρευνες, παρομοίου ερευνητικού ζητήματος.

1.2. Ο σακχαρώδης διαβήτης και οι επιπλοκές του

Ο Σακχαρώδης Διαβήτης (ΣΔ) και οι επιπλοκές του είναι μια σημαντική αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας παγκοσμίως, συμβάλλοντας, ουσιαστικά στην αύξηση του κόστους υγειονομικής περίθαλψης. Σε παγκόσμιο επίπεδο, ο ΣΔ προσβάλλει περισσότερους από 380 εκατομμύρια ανθρώπους. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας υπολογίζει ότι μέχρι το 2030 ο αριθμός των ατόμων που ζουν με ΣΔ θα υπερδιπλασιαστεί. Σήμερα, τα ποσοστά θνησιμότητας του ΣΔ είναι περισσότερα από αυτά του AIDS και του καρκίνου του μαστού. Ο ΣΔ αποτελεί την κύρια αιτία απώλειας όρασης, νεφρικής ανεπάρκειας, ακρωτηριασμού, καρδιακής ανεπάρκειας και εγκεφαλικού επεισοδίου. Η διαβίωση με ΣΔ θέτει ένα τεράστιο συναισθηματικό, φυσικό και οικονομικό βάρος σε ολόκληρη την οικογένεια (Deshpande *et al.*, 2008).

Κατά την κατανάλωση των τροφών, το σώμα μετατρέπει τα τρόφιμα σε σάκχαρα ή γλυκόζη. Σε αυτό το σημείο, το πάγκρεας απελευθερώνει ινσουλίνη. Η ινσουλίνη χρησιμεύει ως "κλειδί" για το άνοιγμα των κυττάρων, για να επιτρέπεται η είσοδος της γλυκόζης, η οποία χρησιμοποιείται για ενέργεια. Αλλά με το ΣΔ, αυτό το σύστημα δεν

λειτουργεί (Diabetes research Institute, 2016). Ο διαβήτης είναι, δηλαδή, μια σοβαρή διαρκής κατάσταση διαταραχής της υγείας που συμβαίνει όταν η ποσότητα γλυκόζης στο αίμα είναι πολύ υψηλή, επειδή το σώμα δεν μπορεί να τη χρησιμοποιήσει σωστά. Εάν το άτομο αφεθεί χωρίς θεραπεία, τα υψηλά επίπεδα γλυκόζης στο αίμα μπορούν να προκαλέσουν σοβαρές επιπλοκές στην υγεία (Diabetes UK, 2017).

Υπάρχουν δύο (2) κύριοι τύποι διαβήτη: ο Τύπος 1 και ο Τύπος 2. Πρόκειται για διαφορετικές καταστάσεις που προκαλούνται από διαφορετικά αίτια, αλλά είναι και τα δύο σοβαρά και πρέπει να αντιμετωπιστούν και να αντιμετωπιστούν σωστά. Ο ΣΔ τύπου 1 και τύπου 2 είναι οι πιο κοινές μορφές της νόσου, αλλά υπάρχουν και άλλα είδη, όπως ο διαβήτης κύησης, που συμβαίνει κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, καθώς και άλλες μορφές (Diabetes research Institute, 2016).

Ο ΣΔ τύπου 1 συμβαίνει όταν το ανοσοποιητικό σύστημα του ανθρώπου καταστρέφει κύτταρα στο πάγκρεας που ονομάζονται βήτα κύτταρα. Μερικοί άνθρωποι είναι δυνατό να εκδηλώσουν μια κατάσταση που ονομάζεται δευτεροπαθής διαβήτης. Είναι παρόμοιος διαβήτης με τον τύπο 1, εκτός από το ότι το ανοσοποιητικό σύστημα δεν καταστρέφει τα βήτα κύτταρα. Εξουδετερώνεται από κάτι άλλο, όπως μια ασθένεια ή τραυματισμό στο πάγκρεας. Τα άτομα αυτά είναι απαραίτητο να χρησιμοποιούν ινσουλίνη. Η ινσουλίνη είναι μια ορμόνη που βοηθάει τη μετακίνηση της γλυκόζης, στους ιστούς του σώματος. Τα κύτταρα χρησιμοποιούν τη γλυκόζη ως καύσιμο. Η βλάβη στα βήτα κύτταρα από τον διαβήτη τύπου 1 επηρεάζει αυτή τη διαδικασία. Η γλυκόζη δεν μετακινείται στα κύτταρα επειδή η ινσουλίνη απουσιάζει. Αντί αυτού συσσωρεύεται στο αίμα και τα κύτταρα “λιμοκτονούν”. Αυτό προκαλεί υψηλή συγκέντρωση γλυκόζης στο αίμα, το οποίο μπορεί να οδηγήσει σε αφυδάτωση, απώλεια βάρους και διαβητική κετοξέωση (Dansinger, 2016).

Με την πάροδο του χρόνου, τα υψηλά επίπεδα γλυκόζης στο αίμα μπορεί να επηρεάσουν αρνητικά τα νεύρα και τα μικρά αιμοφόρα αγγεία στα μάτια, τους νεφρούς και την καρδιά. Μπορούν επίσης, να προκαλέσουν αθηροσκλήρωση, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε καρδιακές προσβολές και εγκεφαλικά επεισόδια (Dansinger, 2016).

Αντίστοιχα, ο ΣΔ τύπου 2 είναι μια προοδευτική κατάσταση στην οποία το σώμα γίνεται ανθεκτικό στις φυσιολογικές επιδράσεις της ινσουλίνης και / ή σταδιακά χάνει την

ικανότητα να παράγει αρκετή ινσουλίνη στο πάγκρεας. Δεν είναι ακόμη γνωστό τι ακριβώς προκαλεί το ΣΔ τύπου 2, ο οποίος, όμως, σχετίζεται με τον τρόπο ζωής και τους τροποποιήσιμους παράγοντες κινδύνου. Επίσης, σημαντικό ρόλο παίζουν οι γενετικοί και οικογενειακοί παράγοντες κινδύνου (Diabetes Australia, 2015).

Πιο συγκεκριμένα, ο ΣΔ τύπου 2 διαγιγνώσκεται όταν το πάγκρεας δεν παράγει αρκετή ινσουλίνη (μειωμένη παραγωγή ινσουλίνης) και/ή η ινσουλίνη δεν λειτουργεί αποτελεσματικά και/ή τα κύτταρα του σώματος δεν ανταποκρίνονται αποτελεσματικά στην ινσουλίνη (γνωστό ως αντίσταση στην ινσουλίνη). Ο τύπος αυτός, αντιπροσωπεύει το 85-90% όλων των περιπτώσεων του ΣΔ και συνήθως αναπτύσσεται σε ενήλικες, ηλικίας άνω των 45 ετών, αλλά εμφανίζεται όλο και περισσότερο και σε νεαρότερες ηλικιακές ομάδες συμπεριλαμβανομένων των παιδιών, των εφήβων και των νεαρών ενηλίκων (Diabetes research Institute, 2016). Επίσης, αναπτύσσεται για μεγάλο χρονικό διάστημα (έτη). Κατά τη διάρκεια αυτής της χρονικής περιόδου αρχίζει η αντίσταση στην ινσουλίνη, μια κατάσταση όπου η ινσουλίνη είναι όλο και πιο αναποτελεσματική στη διαχείριση των επιπέδων γλυκόζης στο αίμα. Ως αποτέλεσμα της αντίστασης στην ινσουλίνη, το πάγκρεας αποκρίνεται με την παραγωγή ολοένα και μεγαλύτερων ποσοτήτων ινσουλίνης, για να προσπαθήσει να επιτύχει κάποιο βαθμό διαχείρισης των επιπέδων της γλυκόζης στο αίμα (Diabetes Australia, 2015).

Καθώς η υπερπαραγωγή ινσουλίνης εμφανίζεται για πολύ μεγάλο χρονικό διάστημα, τα κύτταρα που παράγουν ινσουλίνη στο πάγκρεας, από τη στιγμή που κάποιος διαγνωστεί με διαβήτη τύπου 2, έχουν χάσει το 50-70% των κυττάρων που παράγουν ινσουλίνη. Αυτό σημαίνει ότι ο ΣΔ τύπου 2 είναι ένας συνδυασμός αναποτελεσματικής ινσουλίνης και όχι αρκετής ινσουλίνης. Αρχικά, ο ΣΔ τύπου 2 μπορεί συχνά να αντιμετωπιστεί με υγιεινή διατροφή και τακτική σωματική άσκηση (Benjamin *et al.*, 2003).

Τέλος, αξίζει να σημειωθεί ότι ο κίνδυνος εμφάνισης ΣΔ τύπου 2 αυξάνεται σημαντικά εάν οι άνθρωποι εμφανίζουν έναν αριθμό τροποποιήσιμων παραγόντων κινδύνου, όπως η υψηλή αρτηριακή πίεση, το υπερβολικό βάρος ή η παχυσαρκία, η ανεπαρκής σωματική δραστηριότητα, η κακή διατροφή και το περιττό λίπος γύρω από τη μέση. Συνεπώς, τα άτομα διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίσουν ΣΔ τύπου 2 εάν (Centers for Disease Control and Prevention, 2008):

- Έχουν οικογενειακό ιστορικό διαβήτη.
- Είναι άνω των 55 ετών - ο κίνδυνος αυξάνεται καθώς τα άτομα μεγαλώνουν.
- Είναι άνω των 45 ετών και είναι υπέρβαροι ή έχουν υψηλή αρτηριακή πίεση.
- Είναι γυναίκες που έχουν γεννήσει ένα παιδί άνω των 4,5 κιλών, ή είχαν διαβήτη κύησης ή παρουσίαζαν το σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών.

Συμπερασματικά, ο ΣΔ μπορεί να επηρεάσει πολλά διαφορετικά συστήματα και να οδηγήσει σε σοβαρές επιπλοκές. Οι επιπλοκές αυτές μπορεί να είναι: Μικροαγγειακές, όπως βλάβη στο νευρικό σύστημα (Νευροπάθεια), στους νεφρούς (Νεφροπάθεια) και τους οφθαλμούς (Αμφιβληστροειδοπάθεια) ή Μακροαγγειακές, όπως καρδιαγγειακές παθήσεις, εγκεφαλικό επεισόδιο και περιφερική αγγειακή νόσος (Deshpande *et al.*, 2008).

1.3. Χρόνια Νεφρική Νόσος (XNN)

Η Χρόνια Νεφρική Νόσος (XNN) ή Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια (XNA), όπως ονομάστηκε ιστορικά είναι ένας όρος που καλύπτει όλους τους βαθμούς μειωμένης νεφρικής λειτουργίας, ήπιας, μέτριας και σοβαρής χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας. Η XNN αποτελεί ένα παγκόσμιο πρόβλημα δημόσιας υγείας και είναι πιο διαδεδομένη στον ηλικιωμένο πληθυσμό. Ωστόσο, ενώ οι νεότεροι ασθενείς με XNN εμφανίζουν συνήθως προοδευτική απώλεια νεφρικής λειτουργίας, το 30% των ασθενών ηλικίας άνω των 65 ετών έχουν σταθερή νόσο (O'Hare *et al.*, 2007). Επιπλέον, σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου. Η XNN είναι η ένατη κύρια αιτία θανάτου στις Ηνωμένες Πολιτείες (Agora, 2017).

Ένας φυσιολογικός νεφρός περιέχει περίπου 1 εκατομμύριο νεφρώνες, καθένας από τους οποίους συνεισφέρει στο συνολικό ρυθμό σπειραματικής διήθησης. Εν όψει της νεφρικής βλάβης (ανεξάρτητα από την αιτιολογία), ο νεφρός έχει μια έμφυτη ικανότητα να διατηρεί τη σπειραματική διήθηση, παρά την προοδευτική καταστροφή των νεφρών, καθώς οι υπόλοιποι υγιείς νεφρώνες εμφανίζουν υπερδιήθηση και αντισταθμιστική υπερτροφία. Αυτή η προσαρμοστικότητα των νεφρών επιτρέπει τη συνεχή κανονική κάθαρση των προϊόντων του μεταβολισμού. Τα επίπεδα ουρίας και η κρεατινίνη αρχίζουν

να παρουσιάζουν αυξήσεις μόνο μετά από τη μείωση του ρυθμού σπειραματικής διήθησης στο 50% (Thakar *et al.*, 2011).

Η υπερδιήθηση και η υπερτροφία των υπολειμματικών νεφρών, αν και επωφελής για τους λόγους που αναφέρθηκαν, αντιπροσωπεύει μια κύρια αιτία προοδευτικής νεφρικής δυσλειτουργίας. Η αυξημένη τριχοειδής σπειραματική πίεση μπορεί να βλάψει τα τριχοειδή αγγεία, οδηγώντας αρχικά σε δευτερογενή εστιακή και τμηματική σπειραματοσκλήρυνση και τελικά σε ολική σπειραματοσκλήρυνση (Agora, 2017). Παράγοντες εκτός της υποκείμενης νόσου και της σπειραματικής υπέρτασης που μπορεί να προκαλέσουν προοδευτική νεφρική βλάβη είναι (Bash *et al.*, 2009):

- Συστηματική υπέρταση
- Νεφροτοξίνες (π.χ. μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα, ενδοφλέβια σκιαγραφικά μέσα)
- Μειωμένη διάχυση (π.χ. από σοβαρή αφυδάτωση ή επεισόδια σοκ)
- Πρωτεϊνουρία
- Υπερλιπιδαιμία
- Υπερφωσφαταιμία με εναπόθεση φωσφορικού ασβεστίου
- Κάπνισμα
- Ανεξέλεγκτος σακχαρώδης διαβήτης

Οι μέθοδοι υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας είναι :

- *Αιμοκάθαρση με τεχνητό νεφρό:*

Με τον όρο αιμοκάθαρση νοείται μια διαδικασία για την απομάκρυνση των υγρών και των υπολειμμάτων του μεταβολισμού από το αίμα και για τη διόρθωση της ηλεκτρολυτικής και οξεοβασικής ισορροπίας. Αυτό επιτυγχάνεται με τη χρήση ενός μηχανήματος και ενός φίλτρου, που επίσης αναφέρεται ως «τεχνητός νεφρός» (Levey *et al.*, 2013).

- *Μεταμόσχευση νεφρού:*

Η μεταμόσχευση νεφρού είναι η πλέον ενδεδειγμένη θεραπεία για τα άτομα που βρίσκονται στο τελικό στάδιο της χρόνιας νεφρικής νόσου (O'Hare *et al.*, 2007). Η τεχνική επιτυχία των μεταμοσχεύσεων εξελίχθηκε παράλληλα με την ανάπτυξη νέων

χειρουργικών τεχνικών που καθιστούσαν δυνατή την αφαίρεση πολλών οργάνων από έναν δότη και την ευαισθητοποίηση του κοινού (πτωματικός δότης). Ιδιαίτερα διαδεδομένη στη χώρα μας είναι η μεταμόσχευση από ζώντα συγγενή δότη, με πολύ καλά αποτελέσματα. Η ύπαρξη χρόνιου νοσήματος των νεφρών αποτελεί αντένδειξη για τη λήψη του νεφρικού μοσχεύματος (Κωστοπαναγιώτου, 2002). Περαιτέρω, η μεταμόσχευση στην περίπτωση του ζώντα δότη γίνεται προγραμματισμένα, μετά την ολοκλήρωση του ελέγχου ιστοσυμβατότητας μεταξύ δότη και λήπτη. Στην περίπτωση των ζώντων δοτών, απόλυτα υγιή άτομα υποβάλλονται σε σημαντική χειρουργική επέμβαση προκειμένου να προσφέρουν ένα μέρος του σώματός τους σε άλλον άνθρωπο.

-Περιτοναϊκή κάθαρση:

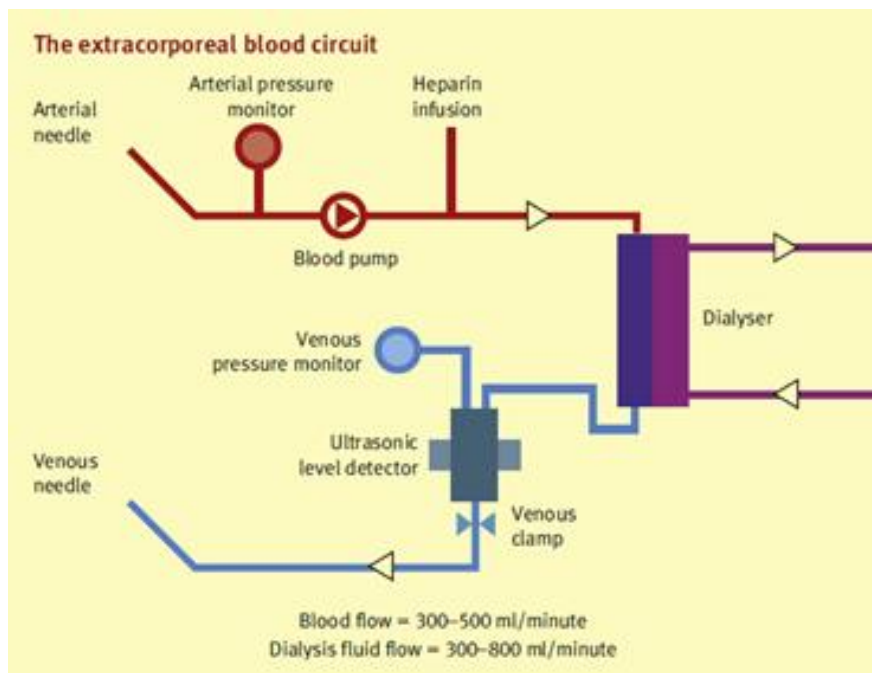
Η περιτοναϊκή κάθαρση αποτελεί τη δεύτερη συχνότερη μέθοδο υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας. Σε αυτήν τη μέθοδο η μεταφορά των ουσιών πραγματοποιείται μεταξύ του αίματος των τριχοειδών αγγείων του περιτοναίου και ενός διαλύματος που εγχέεται, με την χρήση ενός καθετήρα, στην περιτοναϊκή κοιλότητα (Μέντζα, 2017).

1.4 Η αιμοκάθαρση ως κλασική και παρατεταμένη διαδικασία

Η αιμοκάθαρση (ΑΚ) είναι μια άκρως επιτυχημένη θεραπευτική μέθοδος (Vilar and Farrington, 2011) και η πιο διαδεδομένη θεραπεία για τους ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου, μέχρι την ενδεχόμενη μεταμόσχευση νεφρού (Emre *et al.*, 2016). Κατά τη διαδικασία της αιμοκάθαρσης είναι πιθανό να παρουσιαστούν επιπλοκές και μεταβολές στις κλινικές παραμέτρους (Evans and Rosner, 2005). Στην ουσία, η ΑΚ περιλαμβάνει τη μετακίνηση των διαλυτών ουσιών και του νερού μέσω μιας ημιδιαπερατής μεμβράνης με διάχυση και μεταγωγή. Η διάχυση είναι η κίνηση των διαλυμένων ουσιών, μέσω μια ημι-διαπερατής μεμβράνης με διαφορά συγκέντρωσης. Η διάχυση της διαλυμένης ουσίας εξαρτάται από το μοριακό της βάρος, το ηλεκτρικό φορτίο, τη ρευστότητα του αίματος, τη διαφορά συγκέντρωσης, τα ποσοστά της ουσίας στο αίμα, τη ροή του διαλύματος αιμοκάθαρσης και τα χαρακτηριστικά της μεμβράνης (συντελεστής διάχυσης) (Feest *et al.*, 2005). Μικρότερα μόρια, όπως η ουρία (60 Da),

εκκαθαρίζονται καλά, ενώ μεγαλύτερα μόρια, όπως η λευκωματίνη (60.000 Da), δεν μπορούν να περάσουν μέσα από τη μεμβράνη. Η κάθαρση των μέσων μορίων όπως η b2-μικροσφαιρίνη (11.800 Da) μπορεί να βελτιωθεί με τη χρήση των μεμβρανών υψηλής ροής, οι οποίες έχουν πόρους επαρκούς μεγέθους για να επιτρέπουν τη διέλευση των εν λόγω μορίων. Η μεταγωγή (διάδοση της θερμότητας) αναφέρεται στην κίνηση του διαλύτη και των διαλυμένων ουσιών μέσω μιας ημι-διαπερατής μεμβράνης λόγω υδροστατικής πίεσης. Έτσι, βελτιώνεται η μέση κάθαρση των μορίων. Η υπερδιήθηση είναι η κίνηση, εκ μεταφοράς, του νερού δια μέσου της μεμβράνης. Ο ρυθμός υπερδιήθησης εξαρτάται από την υδροστατική διαφορά πίεσης κατά μήκος της μεμβράνης και επί της διαπερατότητας σε νερό (συντελεστής υπερδιήθησης) (Vilar and Farrington, 2011).

Η αιμοκάθαρση ως σύστημα, περιλαμβάνει το φίλτρο που αποτελούνται από ημι-διαπερατές μεμβράνες, διατεταγμένες με τέτοιο τρόπο ώστε να σχηματίζουν χωριστές παρακείμενες διαδρομές για το αίμα και το υγρό κάθαρσης, τα οποία ρέουν σε αντίθετη κατεύθυνση για μεγιστοποίηση της διάχυσης (Scribner *et al.*, 2002). Η διαπίδυση εξαρτάται από τη σύνθεση της μεμβράνης, το εμβαδόν της επιφάνειας, τη διαπερατότητα των χαρακτηριστικών (διάχυση και συντελεστή υπερδιήθησης) και τα χαρακτηριστικά βιοσυμβατότητας. Οι συσκευές διαπίδυσης των κοίλων ιών είναι αυτές που χρησιμοποιούνται πιο συχνά. Όπως παρατηρείται και στο παρακάτω σχήμα (Σχήμα 1), το αίμα αφαιρείται από τον ασθενή μέσω της βελόνας «Α» (αρτηριακή) και μέσω ενός εξωσωματικού κυκλώματος και μίας αντλίας, περνάει από το φίλτρο και μέσω διαπίδυσης καθαίρεται και επιστρέφει στον ασθενή μέσω της «V» (φλεβικής) βελόνας. Στο κύκλωμα εγχύεται ηπαρίνη, είτε κατά την έναρξη της συνεδρίας, είτε σε συνεχή ροή για αποφυγή θρόμβωσης. Η συσκευή παρακολούθησης της αρτηριακής πίεσης προστατεύει το κύκλωμα ανιχνεύοντας την υπερβολική αρνητική πίεση. Ο έλεγχος της φλεβικής πίεσης παρέχει κάποια προστασία έναντι της απώλειας αίματος από το κύκλωμα προς το περιβάλλον και των διαρροών που είναι πιθανό να προκύψουν από τη μετατόπιση της βελόνας «V» από το αγγείο. Ο ανιχνευτής φυσαλίδων προστατεύει τον ασθενή από εμβολή αέρα. Ο ρυθμός ροής του αίματος, ο ρυθμός ροής του προϊόντος διαπίδυσης, ο ρυθμός απομάκρυνσης του υγρού (ρυθμός υπερπήδησης) καθορίζουν τη διάρκεια της αιμοκάθαρσης, στοιχεία που εξατομικεύονται για κάθε ασθενή (Vilar and Farrington, 2011).



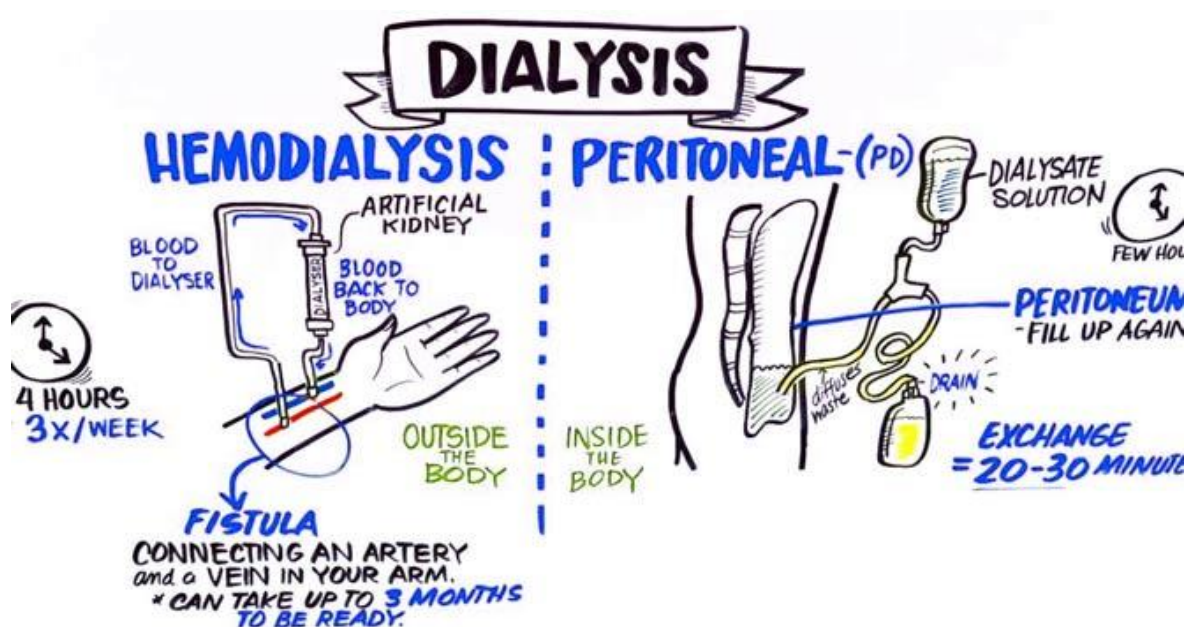
Σχήμα: 1.1 Το εξωσωματικό κύκλωμα αίματος

Πηγή: Vilar and Farrington, (2011)

Το μηχάνημα αιμοκάθαρσης έχει τη δυνατότητα να προγραμματίζει το ρυθμό ροής, τη θερμοκρασία και τη χημική σύνθεση του διαλύματος αιμοκάθαρσης. Το μηχάνημα παρακολουθεί, επίσης, το κύκλωμα εξωσωματικής κυκλοφορίας και σε περίπτωση μη ασφαλούς λειτουργίας ενεργοποιείται η φλεβική παγίδα και διακόπτεται η αντλία αίματος. Τα σύγχρονα μηχανήματα τεχνητού νεφρού χρησιμοποιούν ογκομετρικές μεθόδους και με ένα σύστημα εξισορρόπησης ρυθμίζουν τη ροή του υγρού κάθαρσης, επιτρέποντας την αφαίρεση των απαιτούμενων όγκων που έχουν προκαθοριστεί από το χειριστή. Άλλες προσθήκες στο μηχάνημα αποτελούν οι οθόνες θερμοκρασίας του αίματος, επιτρέποντας τον έλεγχο της θερμικής ισορροπίας και την ανίχνευση των αλλαγών στον αιματοκρίτη κατά την διάρκεια αιμοκάθαρσης, προσθήκες που είναι δυνητικά χρήσιμες για την πρόβλεψη υποτασικών επεισοδίων (Vilar and Farrington, 2011).

Η προσαρμογή σε αυτό το νέο τρόπο ζωής είναι συχνά δύσκολη στην αρχή της θεραπείας, αλλά οι περισσότεροι άνθρωποι επωφελούνται μακροπρόθεσμα, και έχουν μια αποδεκτή ποιότητα ζωής για πολλά χρόνια. Η επιλογή μεταξύ των μεθόδων θεραπείας

εξαρτάται από πολλούς παράγοντες: ιατρικούς λόγους, προσωπική επιθυμία και κοινωνική στήριξη. Οι περισσότεροι άνθρωποι είναι ελεύθεροι να επιλέξουν τη μέθοδο που οι ίδιοι επιθυμούν (Houde, 2000).



Σχήμα: 1.2 Αιμοκάθαρση -Περιτοναϊκή κάθαρση

Πηγή: Houde , (2000)

Η αιμοκάθαρση απαιτεί να ακολουθείται ένα σταθερό πρόγραμμα και ο ασθενής να κατοικεί κοντά σε ένα κέντρο αιμοκάθαρσης ή νοσοκομείο. Ακόμα θα πρέπει οι ασθενείς να λάβουν υπόψη τους ότι σε περίπτωση που θέλουν να ταξιδέψουν θα πρέπει να έχουν γίνει δεκτοί, μετά από συνεννόηση, με άλλο κέντρο αιμοκάθαρσης στην περιοχή που προγραμματίζουν το ταξίδι.

Ωστόσο, η επιλογή της αιμοκάθαρσης προσφέρει μεγαλύτερη ελευθερία μεταξύ των συνεδριών αιμοκάθαρσης. Από την άλλη πλευρά, η περιτοναϊκή κάθαρση απαιτεί αυτοφροντίδα και το μόνο που χρειάζεται είναι επίσκεψη στη Μονάδα Περιτοναϊκής Κάθαρσης περίπου μία φορά το μήνα για έλεγχο. Ωστόσο, είναι σημαντικό να οργανωθεί το πρόγραμμά του ασθενή στο σπίτι και στην εργασία για να μπορεί να πραγματοποιεί τις αλλαγές, ανά 6 ή 4 ώρες περίπου. Η περιτοναϊκή κάθαρση απαιτεί αυστηρή ασηπτική

τεχνική, επειδή οποιαδήποτε μόλυνση μπορεί να προκαλέσει περιτονίτιδα με αρνητικές συνέπειες (Houde, 2000).

Η αιμοκάθαρση, δηλαδή, η κάθαρση του αίματος χρησιμοποιεί μια συσκευή διάλυσης (τεχνητό νεφρό) για να καθαρίσει το αίμα των ανθρώπων που πάσχουν από σοβαρή νεφρική ανεπάρκεια (Davenport, 2006). Η θεραπεία διαρκεί συνήθως 4 ώρες. Η αιμοκάθαρση πρέπει να γίνεται τρεις φορές την εβδομάδα για να καθαρίζει το αίμα από τα άχρηστα προϊόντα του μεταβολισμού και να απομακρύνεται η περίσσια υγρού. Η αιμοκάθαρση αποτελεί μια υποκατάσταση της νεφρικής λειτουργίας. Ως εκ τούτου, θα πρέπει να συνεχιστεί επ' αόριστον, εκτός εάν μπορεί να γίνει μεταμόσχευση νεφρού. Κατά τη διάρκεια της θεραπείας, ο ασθενής μπορεί να φάει, να πιεί, να διαβάσει, να παρακολουθήσει τηλεόραση ή να κοιμηθεί (Houde, 2000). Μετά την αιμοκάθαρση, συνήθως, τα άτομα νιώθουν κούραση για λίγες ώρες. Όπως τονίστηκε και παραπάνω, το μηχάνημα της αιμοκάθαρσης περιλαμβάνει εξωσωματικό κύκλωμα, όπου κυκλοφορεί αίμα, και ένα φίλτρο στο οποίο κυκλοφορεί το αίμα. Το αίμα αναμειγνύεται με ένα υγρό που ονομάζεται υγρό διάλυσης. Η ανταλλαγή μεταξύ των δύο υγρών (αίματος και διαλύτη) βοηθά στην δέσμευση και απομάκρυνση ουσιών, όπως ουρία, κρεατινίνη, κάλιο, που δεν φιλτράρονται από τους εξασθενημένους νεφρούς (Davenport, 2006).

Για τη συνεδρία αιμοκάθαρσης απαιτείται καλή αγγειακή προσπέλαση, η οποία επιτυγχάνεται με την εμφύτευση μιας αρτηρίας σε μία φλέβα στο χέρι του ασθενή. Αυτή η αγγειακή προσπέλαση ονομάζεται αρτηριοφλεβική επικοινωνία ή φίστουλα. Η διαφορά πίεσης στο φλεβικό και το αρτηριακό δίκτυο θα προκαλέσει διάταση του αγγείου για να μπορεί να επιτευχθεί υψηλή ροή αίματος κατά τη συνεδρία αιμοκάθαρσης. Έπειτα, σε κάθε συνεδρία, μια βελόνα (αρτηριακή) εισάγεται στη φίστουλα, σε κατώτερο σημείο, για να απομακρύνει το αίμα προς το φίλτρο (Kroyan *et al.*, 2002). Μια άλλη βελόνα εισάγεται σε ανώτερο σημείο στη φίστουλα για να επιτρέψει το αίμα να ρέει πίσω στο σώμα (φλεβική βελόνα). Οι βελόνες αφαιρούνται στο τέλος του κάθε συνεδρίας. Μερικές φορές δεν είναι δυνατό να εκτελεσθεί κάθαρση με αρτηριοφλεβική αναστόμωση, φίστουλα. Σε αυτή την περίπτωση, ένας καθετήρας πρέπει να εισαχθεί σε μια μεγάλη φλέβα (σφαγίτιδα, υποκλείδια ή μηριαία), για να μπορέσει να πραγματοποιηθεί η συνεδρία αιμοκάθαρσης. Δεδομένου ότι αυτοί οι καθετήρες μπορεί να προκαλέσουν λοιμώξεις, είναι προτιμότερο, ο ασθενής να υποβάλλεται σε αιμοκάθαρση με αρτηριοφλεβική επικοινωνία (Houde, 2000).

Η περιτοναϊκή κάθαρση είναι μια άλλη μέθοδος υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας. Η αρχή πίσω από αυτή τη μέθοδο θεραπείας είναι η χρήση της περιτοναϊκής μεμβράνης (η μεμβράνη που περιβάλλει τα κοιλιακά όργανα) ως ένα φίλτρο. Ένας μικρός καθετήρας εισάγεται και εμφυτεύεται στην κοιλιακή χώρα, με το ένα άκρο να παραμένει έξω από το σώμα. Μέσω αυτού του σωλήνα, ένα υγρό κάθαρσης (συνήθως 2 λίτρα) που μοιάζει με το διάλυμα αιμοκάθαρσης, εισέρχεται στην κοιλιακή κοιλότητα, και έρχεται σε επαφή με τα αιμοφόρα αγγεία στο περιτόναιο (Dember and Jaber, 2006). Η περίσσεια νερού και τα προϊόντα του μεταβολισμού (ουρία, κρεατινίνη, κάλιο, κλπ) περνούν από το αίμα μέσω του περιτοναίου στο υγρό κάθαρσης. Συνήθως, το υγρό αφήνεται στην κοιλιά για 4 ώρες και στη συνέχεια αποστραγγίζεται χρησιμοποιώντας τον καθετήρα και ένα σύστημα αποστειρωμένων σάκων. Εάν επιλεγεί αυτή η μορφή της θεραπείας, θα πρέπει ο ασθενής να την πραγματοποιεί τέσσερις (4) φορές την ημέρα, επτά (7) ημέρες την εβδομάδα. Μπορεί να αφαιρείται η περίσσεια του υγρού με την αλλαγή των συγκεντρώσεων της γλυκόζης στο υγρό, η οποία προσελκύει το νερό με όσμωση. Η αλλαγή διαρκεί συνήθως 30-45 λεπτά. Πολλοί διαβητικοί που χρησιμοποιούν αυτή τη μέθοδο εγχύουν την ινσουλίνη τους στο υγρό διάλυσης, έτσι ώστε να μην χρειάζεται πλέον να κάνουν την ένεση υποδόρια. Υπάρχουν και άλλες μορφές της περιτοναϊκής κάθαρσης που πραγματοποιούνται κατά τη διάρκεια της νύχτας, για 10 έως 12 ώρες, αλλά απαιτούν περισσότερο πολύπλοκο εξοπλισμό (Knoyan *et al.*, 2002).

Μια εξειδικευμένη ομάδα υποστήριξης της αιμοκάθαρσης πρέπει να αποτελείται από ένα νεφρολόγο, διαιτολόγο, νοσηλεύτη, φαρμακοποιό και κοινωνικό λειτουργό που μπορεί να συμβουλευσει και να υποστηρίξει τον ασθενή κατά τη διάρκεια της πορείας της νόσου (Dember and Jaber, 2006).

1.5 Διαχείριση της νόσου στην ποιότητα ζωής των ασθενών

Η ποιότητα ζωής (ΠΖ) είναι ένα πολύ υποκειμενικό μέτρο της ευτυχίας ενός ατόμου. Παράγοντες που παίζουν ρόλο στην ποιότητα της ζωής ποικίλλουν ανάλογα με τις προσωπικές προτιμήσεις, αλλά συχνά περιλαμβάνουν την οικονομική ασφάλεια, την καθημερινή αυτοεξυπηρέτηση, την ικανοποίηση από την εργασία, την οικογενειακή ζωή,

την υγεία και την ασφάλεια γενικότερα (Evans *et al.*, 1985). Η ποιότητα ζωής (ΠΖ) ως ερευνητική μεταβλητή διερευνάται όλο και περισσότερο, και θεωρείται ως ένα από τα κύρια θετικά αποτελέσματα της νεφρικής θεραπείας. Το τελικό στάδιο της νεφρικής νόσου αποτελεί μια κλινική κατάσταση κατά την οποία είναι παρούσα μια μη αναστρέψιμη απώλεια της ενδογενούς νεφρικής λειτουργίας σε τέτοιο βαθμό ώστε να καθίσταται ο ασθενής μόνιμα εξαρτώμενος από κάποια θεραπεία υποκατάστασης (αιμοκάθαρση, περιτοναϊκή κάθαρση ή μεταμόσχευση) (Sayin *et al.*, 2007). Ένας από τους κύριους στόχους κατά τη θεραπεία ασθενών με νεφροπάθεια τελικού σταδίου, είναι η μεγιστοποίηση της λειτουργικότητας και της ευημερίας, δηλαδή η ικανότητα να εκτελούν διάφορες καθημερινές δραστηριότητες και η απουσία επώδυνων συμπτωμάτων της νόσου (Braunwald *et al.*, 2001). Η αξιολόγηση της λειτουργικότητας και της ευημερίας του ασθενή σχετίζεται με πολλούς τρόπους με την καλή ποιότητα ζωής, την καλή κατάσταση της υγείας και τα λειτουργικά αποτελέσματα.

Προηγούμενες έρευνες επικεντρώθηκαν κυρίως σε ιατρικές και τεχνικές πτυχές της νεφρικής θεραπείας, τις ψυχοκοινωνικές πτυχές, όπως η ποιότητα ζωής του ασθενή. Αντίθετα, οι πιο πρόσφατες μελέτες διερευνούν ως ένα από τα κύρια αποτελέσματα της θεραπείας την ποιότητα ζωής. Η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής βοηθά ώστε να σχεδιαστούν για το άτομο στρατηγικές θεραπείας, να προσδιοριστεί η αποτελεσματικότητα των ιατρικών παρεμβάσεων και να αξιολογηθεί η ποιότητα της ιατρικής περίθαλψης (Kutner and Jassal, 2002). Πρόσφατες μελέτες έδειξαν συσχέτιση μεταξύ της αξιολόγησης της ποιότητας ζωής και της νοσηρότητας και θνησιμότητας ασθενών με νεφρική νόσο τελικού σταδίου, γεγονός που υποδηλώνει ότι είναι ένα σημαντικό ζήτημα (Mingardi *et al.*, 1999). Επίσης, πολλές μελέτες από διάφορες χώρες έχουν εστιάσει στον να ανακαλύψουν τους παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ασθενών με νεφρική νόσο (Kimmel and Patel, 2006; Valderrabano *et al.*, 2001). Η ποιότητα ζωής φαίνεται ότι επηρεάζεται εξίσου από εργαστηριακούς παράγοντες, όπως τα επίπεδα αιμοσφαιρίνης, η αλβουμίνη, η κάθαρση ουρίας ή το ποσοστό πρωτεΐνης, από ψυχοκοινωνικούς παράγοντες, όπως η οικογενειακή κατάσταση, η κατάθλιψη και τα επίπεδα άγχους, και από κοινωνικο-δημογραφικούς και κλινικούς παράγοντες, όπως η ηλικία, το φύλο, τη διάρκεια της νεφροπάθειας και της αιμοκάθαρσης, η συνοσηρότητα (π.χ. σακχαρώδης διαβήτης) (Piescu *et al.*, 2003; Vasilieva, 2006).

Η ποιότητα ζωής είναι ένας δείκτης της θεραπευτικής αποτελεσματικότητας και συνήθως αντανακλά την υποκειμενική αντίληψη του ασθενούς (Ogutmen *et al.*, 2006). Όπως ορίζεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η ποιότητα ζωής είναι η αντίληψη ενός ατόμου για τη θέση του στη ζωή, στο πλαίσιο των συστημάτων πολιτισμού και των αξιών που βιώνει σε σχέση με τους στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα, και τις ανησυχίες του (Yildirim, 2002). Οι φορείς παροχής υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να στοχεύουν στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών κατά την παροχή φροντίδας (Akinçi *et al.*, 2005). Η νεφρική ανεπάρκεια είναι μια χρόνια διαταραχή που επηρεάζει όχι μόνο τον ασθενή, αλλά προκαλεί επίσης ένα σημαντικό κόστος στις υπηρεσίες υγείας. Η έγκαιρη αναγνώριση των προγνωστικών παραγόντων εμφάνισης της νόσου έχει επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής των ασθενών (Eser *et al.*, 2000).

Το πρωτόκολλο της Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO, 1997) ορίζει την υγεία ως «την κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς την απουσία ασθένειας». Επομένως, η μέτρηση της υγείας και τα αποτελέσματα της υγειονομικής περίθαλψης δεν πρέπει να περιλαμβάνουν μόνο μια ένδειξη των αλλαγών στη συχνότητα και την σοβαρότητα των ασθενειών, αλλά και μια εκτίμηση της ευημερίας, όσο αυτή μπορεί να εκτιμηθεί, μετρώντας την βελτίωση της ποιότητας ζωής που συνδέεται με την υγειονομική περίθαλψη. Σε γενικές γραμμές, υπάρχουν αρκετοί και ικανοποιητικοί τρόποι μέτρησης της συχνότητας και της σοβαρότητας των ασθενειών. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, με τη βοήθεια των 15 συνεργαζόμενων κέντρων, σε όλο τον κόσμο, έχει αναπτύξει δύο (2) όργανα για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής το WHOQOL-100 και το WHOQOL-BREF, τα οποία μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε μια ποικιλία πολιτισμικού περιβάλλοντος, ενώ επιτυγχάνεται η μέτρηση σε διαφορετικούς πληθυσμούς και χώρες καθώς και η μεταξύ τους σύγκριση (World Health Organization, 1997).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας συμπληρώνει ότι η ποιότητα ζωής είναι η ατομική αντίληψη για τη ζωή του ατόμου στο πλαίσιο των συστημάτων πολιτισμού και της αξίας στο οποίο ζει το άτομο σε σχέση με τους στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες του. Πρόκειται για μια ευρείας έκτασης έννοια που επηρεάζει, κατά ένα, περίπλοκο τρόπο τη σωματική υγεία του ατόμου, την ψυχολογική του κατάσταση, το επίπεδο ανεξαρτησίας του, τις κοινωνικές σχέσεις, τις προσωπικές πεποιθήσεις και τη σχέση με τα βασικά χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος τους (World Health Organization, 1997). Σύμφωνα με τους Kalantar Zadeh *et al.*, (2001) σε ασθενείς που υποβάλλονται σε

αιμοκάθαρση μειώνεται η ποιότητας ζωής τους και παρουσιάζουν σημαντικά μεγαλύτερα ποσοστά υποθρεψίας, φλεγμονής, νοσηλείας και θνησιμότητας σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό (Korple, 1997; Lowrie 1998; Korple *et al.*, 1999). Οι μετρήσεις της ποιότητας ζωής βασίζονται στην υποκειμενική αίσθηση ευεξίας του ασθενούς και χρησιμοποιούνται ευρέως ως μια σημαντική κλινική πράξη για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των ιατρικών παρεμβάσεων για τους ασθενείς στην αιμοκάθαρση (Curtin *et al.*, 1999; Kalantar – Zadeh *et al.*, 2001).

1.6 Ερευνητικά δεδομένα

Στο υποκεφάλαιο αυτής της έρευνας παρουσιάζονται ορισμένα ερευνητικά δεδομένα από έρευνες που πραγματοποιούνται παρόμοιο αντικείμενο μελέτης με την παρούσα εργασία.

Σε έρευνα των Cukor *et al.*, (2008) διερευνάται το άγχος των ενηλίκων ασθενών σε αιμοκάθαρση. Το άγχος περιπλέκει τη διάγνωση σε πολλούς ασθενείς. Σε ασθενείς με τελικού σταδίου νεφρική νόσο, οι διαταραχές άγχους είναι συχνές και συνοδεύονται, συνήθως, από κατάθλιψη. Στην παραπάνω μελέτη, για την αξιολόγηση των ψυχοκοινωνικών επιπτώσεων των διαταραχών άγχους σε ασθενείς με νεφρική νόσο τελικού σταδίου, χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα άγχους και κατάθλιψης στο νοσοκομείο (HADS) κατά τη διάρκεια δομημένης κλινικής συνέντευξης. Τέλος, εξετάστηκε η σχέση μεταξύ της διάγνωσης άγχους και της αντίληψης της ποιότητας ζωής (ΠΖ) και την κατάσταση υγείας. Οι συμμετέχοντες στην έρευνα αποτελούν ένα δείγμα εβδομήντα (70) τυχαίων επιλεγμένων ασθενών σε αιμοκάθαρση από ένα αστικό μητροπολιτικό κέντρο. Ένα σημαντικό ποσοστό των συμμετεχόντων ασθενών πληρούσαν τα κριτήρια διάγνωσης αγχώδους διαταραχής. Η διαπίστωση ότι, σε ασθενείς με νεφρική νόσο τελικού σταδίου, οι αγχώδεις διαταραχές επιδρούν αρνητικά στην ποιότητα ζωής τους και δεν είναι απλώς εκδηλώσεις της κατάθλιψης, τονίζει τη σημασία της ακριβούς διάγνωσης και της αποτελεσματικής θεραπείας.

Οι Goodkin *et al.*, (2017), διερευνούν τη θνησιμότητα, τη νοσηλεία και τη ποιότητα ζωής των ασθενών με ηπατίτιδα C σε αιμοκάθαρση. Εξετάστηκαν, συνολικά,

76.689 ενήλικες μεταξύ των ετών 1996 και 2015 και συγκρίθηκαν οι ασθενείς φορείς της HCV (HCV +) και οι ασθενείς μη φορείς της HCV (HCV-) για τον κίνδυνο νοσηλείας, μείωσης της συγκέντρωσης της αιμοσφαιρίνης κάτω από 8,5 g/dl, μετάγγισης ερυθρών αιμοσφαιρίων και αυξημένης θνησιμότητας. Επίσης, συγκρίθηκε η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία, χρησιμοποιώντας την κλίμακα ποιότητας ζωής ασθενών με νεφρική νόσο ζώη και τη Σύντομη Κλίμακα Κατάθλιψης. Τα αποτελέσματα της έρευνας κατέδειξαν ότι οι ασθενείς με HCV+ παρουσιάζουν σημαντικά χειρότερη βαθμολογία για τη φυσική λειτουργία, τον πόνο, τη ζωτικότητα, την ψυχική υγεία, την κατάθλιψη, τον κνησμό, και την ανορεξία. Ο κίνδυνος για χορήγηση μετάγγισης ήταν 1,36 (95% CI, 1,20 έως 1,55) και η επίπτωση της συγκέντρωσης αιμοσφαιρίνης κάτω από 8,5 g/dl ήταν 1,12 (95% CI, 01.03 - 01.21). Μόνο το 1,5% των ασθενών με HCV + έλαβαν αντιικά φάρμακα. Η παραπάνω έρευνα κατέληξε στο ότι, η λοίμωξη HCV μεταξύ των ασθενών σε αιμοκάθαρση συσχετίζεται με υψηλότερο κίνδυνο θανάτου, νοσηλεία, αναιμία και χειρότερη ποιότητα ζωής.

Οι Vilar και Farrington (2011), τονίζουν ότι ο πληθυσμός της αιμοκάθαρσης συνεχίζει να αυξάνεται με σημαντικούς ρυθμούς. Παρά τις σημαντικές προόδους στην τεχνολογία, μακροπρόθεσμα, τα κλινικά αποτελέσματα είναι απογοητευτικά.

Στην μελέτη των Ritter και Lorig (2014), μια μεταανάλυση, διερευνάται η αυτο-αποτελεσματικότητα με την Κλίμακα χρόνιων Νοσημάτων (SEMCD). Χρησιμοποιήθηκαν δευτερογενείς αναλύσεις ερευνητικών δεδομένων από 2.866 συμμετέχοντες σε έξι (6) μελέτες, με στόχο την αξιολόγηση της SEMCD. Οι μελέτες προέρχονταν από τις Ηνωμένες Πολιτείες, την Αγγλία, τον Καναδά, το Μεξικό και την Αυστραλία. Το συμπέρασμα των ερευνητών είναι ότι η κλίμακα αυτό-αποτελεσματικότητας των χρόνιων παθήσεων είναι αξιόπιστη και φαίνεται να αποτελεί έγκυρο μέσο για την αξιολόγηση της αυτο-αποτελεσματικότητας για τη διαχείριση της χρόνιας ασθένειας.

1.9 Ανακεφαλαίωση

Στο παρόν κεφάλαιο γίνεται αναφορά στο θεωρητικό υπόβαθρο, το οποίο είναι άρρηκτα συνδεδεμένο με τη κατάθλιψη και τη διαχείριση της νόσου στην ποιότητα ζωής των ασθενών που υποβάλλονται σε κλασική και παρατεταμένη αιμοκάθαρση. Στο επόμενο κεφάλαιο παρουσιάζεται η ερευνητική μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε προκειμένου να εξαχθούν ορθά αποτελέσματα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

2.1. Εισαγωγή

Ύστερα από βιβλιογραφική ανασκόπηση επισημαίνεται η μεθοδολογία της έρευνας που ακολουθήθηκε προκειμένου να εξαχθούν τα συμπεράσματα. Αρχικά, περιγράφεται η θεωρία που εμπερικλείει την έννοια της έρευνας. Στη συνέχεια, γίνεται αναφορά στο δείγμα που κλήθηκε να συμπληρώσει το ερωτηματολόγιο που επιλέχθηκε για το σκοπό της έρευνας. Επίσης, αναφέρεται ο τρόπος συλλογής και επεξεργασίας των δεδομένων.

2.2 Η έννοια της έρευνας

Η έρευνα αποτελεί μια συστηματική μελέτη, κατά την οποία διερευνώνται υποθέσεις, προτείνονται νέες ερμηνείες των δεδομένων και τίθενται νέα ερωτήματα για μελλοντική έρευνα (Emory and Cooper, 2003). Η έρευνα αποτελεί συχνά καταχρηστικό όρο, η χρήση της στην καθημερινή γλώσσα είναι πολύ διαφορετική από την αυστηρή επιστημονική έννοια. Η επιστημονική έρευνα ακολουθεί μια σειρά από αυστηρά πρωτόκολλα και δομές (Χασάνδρα και Γούδας, 2003).

Υπάρχουν δύο τύποι έρευνας που μπορούν για να αναπτυχθούν κατά την μελέτη. Οι τύποι αυτοί είναι (Greenland and O' Rourke, 2008):

- Πρακτική έρευνα: Η πρακτική προσέγγιση συνίσταται στην εμπειρική (με βάση τη δοκιμή ή την εμπειρία) μελέτη του ζητήματος στο πλαίσιο της έρευνας και κυρίως αποτελείται από την έμπρακτη προσέγγιση των δεδομένων. Πρόκειται για την πρώτη έρευνα που γίνεται στα δεδομένα, δηλαδή πρωτογενή δεδομένα, με τη μορφή ερωτηματολογίου, έρευνες, συνεντεύξεις, παρατηρήσεις και ομάδες συζήτησης.
- Θεωρητική Έρευνα: Μια μη εμπειρική προσέγγιση στην έρευνα, αυτό συνήθως περιλαμβάνει ανάγνωση των δημοσιευμένων εργασιών, όπως έρευνα στα αρχεία των

δημόσιων βιβλιοθηκών, αίθουσες δικαστηρίων και δημοσιεύσεις σε επιστημονικά περιοδικά.

Αντίστοιχα, οι τύποι των ερευνητικών προσεγγίσεων/μεθόδων είναι (Kvale, 1996):

- Ποιοτική: αυτό το είδος της μεθοδολογίας έρευνας περιλαμβάνει την περιγραφή με κάθε λεπτομέρεια, στη συγκεκριμένη περίπτωση με τη χρήση ερευνητικών εργαλείων, όπως συνεντεύξεις, έρευνες και παρατηρήσεις. Ποιοτική έρευνα είναι κυρίως η αναγνωριστική έρευνα. Χρησιμοποιείται για την κατανόηση των υποκείμενων λόγων, απόψεων, και κινήτρων. Παρέχει πληροφορίες σχετικά με το πρόβλημα ή βοηθά να αναπτυχθούν ιδέες ή τις υποθέσεις για τις πιθανές ποσοτικές έρευνες. Ποιοτική έρευνα χρησιμοποιείται επίσης για να αποκαλύψει τάσεις στη σκέψη και τις απόψεις, και να εμβαθύνει περισσότερο στο πρόβλημα. Οι ποιοτικές μέθοδοι συλλογής δεδομένων ποικίλουν χρησιμοποιώντας μη δομημένες ή ημι-δομημένες τεχνικές. Μερικές κοινές μέθοδοι περιλαμβάνουν τις ομάδες εστίασης (ομαδικές συζητήσεις), τις ατομικές συνεντεύξεις, και τη συμμετοχή/παρατηρήσεις. Το μέγεθος του δείγματος είναι συνήθως μικρό, και οι ερωτηθέντες επιλέγονται για να εκπληρώσουν μια συγκεκριμένη ποσόστωση (Sanchez, 1998).

- Ποσοτική έρευνα: αυτό το είδος των ερευνητικών μεθόδων απαιτεί ποσοτικά δεδομένα που αφορούν την αριθμητική και στατιστική εξήγηση. Η ποσοτική έρευνα χρησιμοποιείται για την ποσοτικοποίηση του προβλήματος μέσω της δημιουργίας αριθμητικών δεδομένων ή δεδομένων που μπορεί να μετατραπούν σε χρησιμοποιήσιμα στατιστικά δεδομένα. Χρησιμοποιείται για να ποσοτικοποιήσει τις στάσεις, τις απόψεις, τις συμπεριφορές, και άλλες καθορισμένες μεταβλητές - και να γενικευτούν τα αποτελέσματα από ένα μεγαλύτερο δείγμα πληθυσμού. Επίσης, χρησιμοποιεί μετρήσιμα στοιχεία για να διατυπώσει τα γεγονότα και να αποκαλύψει τα σχέδια στον τομέα της έρευνας. Οι ποσοτικές μέθοδοι συλλογής δεδομένων είναι πολύ πιο δομημένες από τις ποιοτικές μεθόδους συλλογής δεδομένων και περιλαμβάνουν διάφορες μορφές, όπως άμεσες έρευνες, έρευνες μέσω τηλεφώνου ή διαδικτυακής πλατφόρμας, πρόσωπο με πρόσωπο συνεντεύξεις, τηλεφωνικές συνεντεύξεις, μακροχρόνιες μελέτες, online δημοσκοπήσεις και συστηματικές παρατηρήσεις.

Συμπερασματικά, η παρούσα έρευνα μπορεί να θεωρηθεί ως μια ποσοτική εμπειρική επιστημονική έρευνα. Μέσω αυτής προάγεται η συστηματική μελέτη της εμπειρικής πραγματικότητας, ο καθορισμός των ερευνητικών μεταβλητών και της ερευνητικής μεθοδολογίας, η ενασχόληση με την ανακάλυψη νέων γνώσεων, η διεξαγωγή εμπειρικής έρευνας και η εξαγωγή συμπερασμάτων.

Τα δεδομένα που συλλέχθηκαν και χρησιμοποιήθηκαν στην μεταπτυχιακή διατριβή είναι πρωτογενή και δευτερογενή. Πρωτογενή θεωρούνται εκείνα τα στοιχεία τα οποία συλλέχθηκαν κατά την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων από τους ερωτώμενους. Αντίθετα, τα δευτερογενή δεδομένα που χρησιμοποιήθηκαν στην έρευνα είναι η ανασκόπηση των βιβλιογραφικών ευρημάτων που κυριαρχούν στην σύγχρονη και διεθνή βιβλιογραφία καθώς στο διαδίκτυο.

2.3 Δείγμα της μελέτης

Η παρούσα έρευνα είναι μια συγκριτική μελέτη, το δείγμα της οποίας αποτελούν ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη και χωρίς σακχαρώδη διαβήτη που υποβάλλονται σε κλασική και παρατεταμένη αιμοκάθαρση στη Μονάδα Τεχνητού Νεφρού «Πρότυπο Νεφρολογικό Κέντρο, Πέλλας» στη Σκύδρα, Πέλλας. Προσεγγίστηκαν 150 άτομα από τα οποία δέχτηκαν να συμμετέχουν στη μελέτη οι 91 (response rate 60,7%).

2.4 Εργαλείο Συλλογής Δεδομένων

Τα ερευνητικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν στη μελέτη είναι το ερωτηματολόγιο. Σύμφωνα με την Ζαφειρίου (2003), το ερωτηματολόγιο «αφορά ένα έντυπο το οποίο περιέχει μια σειρά δομημένων ερωτήσεων οι οποίες παρουσιάζονται σε μια συγκεκριμένη σειρά και στις οποίες ο ερωτώμενος καλείται να απαντήσει γραπτά». Πριν από την

συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, η ερευνήτρια επιζητά την συγκατάθεση των ερωτώμενων για την συμμετοχή τους με μια Βεβαίωση Συγκατάθεσης.

Η επιλογή του ερωτηματολογίου πραγματοποιήθηκε ύστερα από βιβλιογραφική επισκόπηση της σύγχρονης και διεθνούς βιβλιογραφίας. Πιο συγκεκριμένα, για την πρώτη ενότητα του ερωτηματολογίου χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο από την έρευνα των Dziubek *et al.*, (2016), ενώ για τη δεύτερη από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (2016). Αντίστοιχα, ερωτήσεις που απαρτίζουν την τρίτη ενότητα βασίστηκαν στην κλίμακα άγχους και κατάθλιψης στο νοσοκομείο (Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS). Οι ερωτήσεις της τέταρτης και τελευταίας ενότητας του ερωτηματολογίου προέκυψαν από την έρευνα των Huish *et al.*, (2016). Το ερωτηματολόγιο της παρούσας εργασίας παρατίθεται, αναλυτικά, στο Παράρτημα 1, και τα στατιστικά αποτελέσματα στο Παράρτημα: 2.

Για την μέτρηση του άγχους και της κατάθλιψης στο Νοσοκομείο χρησιμοποιείται μια κλίμακα, η Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), ένα ευρέως χρησιμοποιούμενου μέτρο αξιολόγησης της ψυχολογικής δυσφορίας. Η κλίμακα έχει σχεδιαστεί για χρήση σε μη-ψυχιατρικούς πληθυσμούς ασθενών (Zigmond and Snaith, 1983). Με άλλα λόγια, η κλίμακα HADS, είναι μια κλίμακα αυτο-αξιολόγησης, η οποία έχει αναπτυχθεί και έχει διαπιστωθεί ότι είναι ένα αξιόπιστο εργαλείο για την ανίχνευση της κατάθλιψης και του άγχους κατά την επίσκεψη ή παραμονή ενός ασθενή σε τμήμα του νοσοκομείου. Το άγχος και οι καταθλιπτικές υποκλίμακες μετρούν, επίσης, οποιαδήποτε συναισθηματική διαταραχή. Προτείνεται η υιοθέτηση των κλιμάκων στη γενική πρακτική του κάθε νοσοκομείου για να διευκολυνθεί η ανίχνευση και η διαχείριση της συναισθηματικής διαταραχής σε νοσηλευόμενους ασθενείς (Shepherd *et al.*, 1960).

Οι διαταραχές άγχους έχουν δείξει ότι επιφέρουν περίπλοκες διαγνώσεις σε πολλούς νοσηλευόμενους ασθενείς (Kroenke *et al.*, 2007). Σύμφωνα με τη Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, το άγχος είναι ένα σημαντικό αίτιο της χρόνιας νόσου (Mathers *et al.*, 2005). Πρόσφατα, οι Kroenke *et al.*, (2007) και οι Sareen *et al.*, (2005) υπογράμμισαν την αρνητική επίπτωση που μπορεί να έχουν οι διαταραχές άγχους, στην ποιότητα ζωής των ασθενών με χρόνια πάθηση ή αναπηρία. Η μελέτη των ψυχοκοινωνικών πτυχών της νεφροπάθειας εξακολουθεί να είναι σχετικά νέα, παρά την τη συνεχή αύξηση του αριθμού των ασθενών με χρόνια νεφρική νόσο που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση (USRDS, 2006).

Η βιβλιογραφία γύρω από τη νευροψυχολογία παρουσιάζει ότι η κατάθλιψη είναι πολύ διαδεδομένη (Cukor *et al.*, 2006). Η κλινική κατάθλιψη επηρεάζει περίπου το 10% έως 30% των ασθενών σε αιμοκάθαρση (Sareen *et al.*, 2005). Μια μελέτη στην Τουρκία (Taskapan *et al.*, 2005), εντόπισε ένα ποσοστό 30% διαταραχών άγχους σε ασθενείς σε αιμοκάθαρση, χρησιμοποιώντας την κλίμακα Αξιολόγησης Πρωτοβάθμιας Φροντίδας των Ψυχικών Διαταραχών ως διαγνωστικό εργαλείο. Ο πλήρης αντίκτυπος των διαγνώσεων του άγχους σε ασθενείς με νεφρική νόσο τελικού σταδίου είναι άγνωστος (Cukor *et al.*, 2007).

Στην έρευνα των Cukor *et al.*, (2007), το ποσοστό αυτών των διαταραχών σε δείγμα ενηλίκων σε αιμοκάθαρση είναι διπλάσιο από τον εθνικό μέσο όρο (National Institute of Mental Health, 2005) και σημαντικά αυξημένο σε σχέση με τα αναφερόμενα ποσοστά για άλλες ασθένειες (Sareen *et al.*, 2005). Σε μια άλλη έρευνα των Murtagh *et al.*, (2007) διαπιστώνεται ότι το ποσοστό του άγχους των ασθενών σε αιμοκάθαρση είναι 38%. Φαίνεται ότι η επίδραση της νεφρικής νόσου τελικού σταδίου σε πολλούς τομείς της ζωής (Cukor *et al.*, 2006; Baines *et al.*, 2003), καθώς και οι σημαντικές καθημερινές απαιτήσεις της, έχει ένα σημαντικό αντίκτυπο στον ψυχισμό των ασθενών. Έτσι εξηγείται το μεγαλύτερο, από το αναμενόμενο, ποσοστό άγχους (Cukor *et al.*, 2008). Η κατάθλιψη των ασθενών σε αιμοκάθαρση αυξάνεται (Cohen *et al.*, 2007; Kimmel and Peterson, 2006) αλλά είναι λίγα τα ευρήματα για πληθυσμό με νεφρική νόσο τελικού σταδίου (Cukor *et al.*, 2008).

Η κόπωση είναι ένα τόσο πανταχού παρόν σύμπτωμα σε ασθενείς με νεφρική νόσο και είναι δύσκολο να προσδιοριστεί. Μερικοί ερευνητές έχουν προσπαθήσει μέσα από τους ορισμούς να εντοπίσουν την πηγή της κόπωσης π.χ. μυϊκή δυσλειτουργία, ενώ άλλοι δίνουν βάρος σε μια συμπεριφορική άποψη, τη θεραπεία και τη μείωση της απόδοσης. Από μια φυσιολογική αδυναμία επέρχεται η μειωμένη ικανότητα των ξεκούραστων μυών για να ασκήσουν μέγιστη δύναμη, ενώ η κόπωση είναι η απώλεια της μέγιστης ικανότητας παραγωγής δύναμης που αναπτύσσεται κατά τη διάρκεια της μυϊκής δραστηριότητας (Lewis and Haller, 2001).

Πολλοί ορισμοί έχουν χρησιμοποιηθεί για να περιγράψουν την κούραση. Για παράδειγμα η «εξάντληση» είναι λιγότερο κοινή από τη «γενική κόπωση» (Tibllin *et al.*, 1990) ενώ το «αισθάνομαι κουρασμένος όλη την ώρα» είναι πιο συχνό από ό, τι το

«αίσθημα αδυναμίας» (Kimmel and Patel, 2006). Η κόπωση μπορεί να περιγράφεται ως ένα ενιαίο φαινόμενο ή διακριτή μεταβλητή, αλλά είναι ίσως πιο κατάλληλο να περιγραφεί ως μιας συνεχούς διάσταση, που βιώνεται ως υποκειμενική εσωτερική αίσθηση (Lewis and Haller, 2001). Σήμερα, παραμένει δύσκολη η μέτρηση της κόπωσης, όπως ήταν το 1921, όταν ο Muscio δήλωσε «ότι ο όρος αυτός τείνει, να εξοριστεί εντελώς από την επιστημονική συζήτηση, και, κατά συνέπεια από τον έλεγχο ή την αξιολόγηση».

Η Θεωρία της αυτο-αποτελεσματικότητας, όπως αναπτύχθηκε από τον Bandura, δείχνει ότι η αυτο-αποτελεσματικότητα είναι ένας σημαντικός προγνωστικός δείκτης της μελλοντικής συμπεριφοράς. Το χρόνιο πρόγραμμα αυτο-διαχείρισης της νόσου έχει σχεδιαστεί για να ενισχύσει την αυτο-αποτελεσματικότητα ως μια προσέγγιση για τη βελτίωση συμπεριφορών υγείας και των αποτελεσμάτων για τα άτομα με ποικίλες χρόνιες παθήσεις. Η Κλίμακα Αυτο-αποτελεσματικότητας για τη Διαχείριση Χρόνιων Νοσημάτων αναπτύχθηκε για τη μέτρηση των αλλαγών στην αυτο-αποτελεσματικότητα και έχει χρησιμοποιηθεί σε πολυάριθμες αξιολογήσεις των προγραμμάτων αυτο-διαχείρισης χρόνιων ασθενειών (Ritter and Lorig, 2014).

Στη δεκαετία του 1970, ο Albert Bandura ανέφερε ότι η πίστη κάποιου ή η εμπιστοσύνη ήταν μια ισχυρή ένδειξη της μελλοντικής του συμπεριφοράς (Bandura, 1977). Η έννοια της αυτο-αποτελεσματικότητας ορίζεται ως η αντιληπτή ικανότητα να εκτελέσει συγκεκριμένες ενέργειες που απαιτούνται για την επίτευξη συγκεκριμένων στόχων (Bandura, 1997). Η θεωρία της Αυτο-αποτελεσματικότητας αναφέρει ότι (1) η δύναμη της πίστης στην ικανότητα ενός ατόμου είναι ένας καλός προγνωστικός δείκτης των κινήτρων και της συμπεριφοράς του, (2) επιπλέον, οι πεποιθήσεις της αυτο-αποτελεσματικότητας κάποιου μπορεί να ενισχυθούν με μαεστρία των επιδόσεων, τη μοντελοποίηση, την επανερμηνεία των φυσιολογικών συμπτωμάτων, και την κοινωνική πειθώ. (3) Τέλος, η ενισχυμένη αυτό-αποτελεσματικότητα οδηγεί σε βελτίωση της συμπεριφοράς, σε υιοθέτηση κινήτρων, και άλλου τρόπο σκέψης και συναισθηματικής ευεξίας (Bandura, 1997). Ένα χαρακτηριστικό της αυτο-αποτελεσματικότητας είναι ότι η κάθε επιμέρους εργασία, σε αντίθεση με την αυτοεκτίμηση και την αυτοπεποίθηση, μπορεί να είναι παγκόσμιας εμβέλειας. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι αν και δεν αναπτύχθηκε αρχικά για το σκοπό αυτό, οι αλλαγές στην αυτο-αποτελεσματικότητα είναι συχνά μέρος των μέτρων ενδυνάμωσης του ασθενή ή της αυτο-διαχείρισής του (Ritter and Lorig, 2014).

Στις αρχές της δεκαετίας του 1980, το ερευνητικό κέντρο του Stanford (Patient Education Research Center) άρχισε να διερευνά το ρόλο της αυτο-αποτελεσματικότητας, ως μεταβλητής για να εξηγήσει τα αποτελέσματα των προγραμμάτων αυτοδιαχείρισης, αρχικά στα άτομα με αρθρίτιδα (Lorig *et al.*, 1989). Η έρευνα συνεχίστηκε στην δεκαετία του 1990, όταν το κέντρο συμπεριέλαβε στις σπουδές του το πρόγραμμα Αυτο-διαχείρισης Χρόνων Παθήσεων (CDSMP) Το CDSMP αναπτύχθηκε με βάση την υπόθεση ότι οι τεχνικές που αποσκοπούν στην ενίσχυση της αυτο-αποτελεσματικότητας θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν για τη βελτίωση της αυτο-διαχείρισης ασθενών με χρόνια νοσήματα (Lorig *et al.*, 1999).

Σχετικά με τη δομή του ερωτηματολογίου, οι ενότητες που το απαρτίζουν είναι τέσσερις (4) ενότητες και οι ερωτήσεις εξήντα μια (61). Πιο συγκεκριμένα, στην πρώτη ενότητα του ερωτηματολογίου παραθέτονται τα δημογραφικά στοιχεία (φύλο, ηλικία, οικογενειακή & επαγγελματική κατάσταση, μορφωτικό επίπεδο) και οι κλινικές παράμετροι (διάρκεια και είδος πρωτοπαθούς νόσου, διάρκεια σακχαρώδη διαβήτη, είδος αντιδιαβητικής αγωγής, σωματικό βάρος, διάρκεια αιμοκάθαρσης, επάρκεια κάθαρσης). Οι επόμενες ενότητες απαρτίζονται από τη σύντομη μορφή του Εργαλείου Ποιότητας Ζωής του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (World Health Organization Quality of Life Instrument, short form), την Κλίμακα Άγχους και Κατάθλιψης στο νοσοκομείο (Hospital Anxiety and Depression Scale), και τη Κλίμακα Αυτο-αποτελεσματικότητας Διαχείρισης της Χρόνιας Νόσου (Self-Efficacy for Managing Chronic Disease Scale).

Βεβαίωση Συγκατάθεσης:	
Α. Μέρος: Δημογραφικά Χαρακτηριστικά & Κλινικές παράμετροι	16 ερωτήσεις
Β.Μέρος: Εργαλείο Ποιότητας Ζωής του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας	25 ερωτήσεις
Γ. Μέρος: Κλίμακα Άγχους και Κατάθλιψης στο νοσοκομείο	14 ερωτήσεις
Δ. Μέρος: Κλίμακα Αυτο-αποτελεσματικότητας Διαχείρισης Χρόνιας Νόσου	6 ερωτήσεις
ΣΥΝΟΛΟ:	61 ερωτήσεις

Πίνακας 3.1: Δομή του ερωτηματολογίου

Η συλλογή των δεδομένων διήρκησε δύο μήνες, και συγκεκριμένα από 15/03/2016 έως 31.05.2017. Στον παραπάνω πίνακα (Πίνακας:1.1), αποτυπώνεται η δομή του ερωτηματολογίου.

2.5 Μεθοδολογία έρευνας

Τον Μάρτιο του 2017 ζητήθηκε η άδεια για να γίνει η μελέτη στο Πρότυπο Νεφρολογικό Κέντρο Ν. Πέλλας, αφού είχε προηγηθεί συζήτηση με τον διευθυντή της κλινικής για την μελέτη που θα πραγματοποιηθεί όπου δόθηκε και η έγκρισή του. Έγινε ενημέρωση των ασθενών και τους δόθηκαν οδηγίες για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Ακόμη τους δόθηκε το έντυπο συγκατάθεσης συμμετοχής στη μελέτη, το οποίο συμπληρώθηκε από αυτούς που συμμετείχαν στην έρευνα. Το ερωτηματολόγιο τους δόθηκε σε έναν κλειστό φάκελο και ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες να το επιστρέψουν εντός μιας εβδομάδας. Αν καθυστερούσαν με την επιστροφή του τότε γινόταν υπενθύμιση από την ερευνήτρια. Ακόμη καθώς κάποιοι ασθενείς δεν μπορούσαν να το συμπληρώσουν μόνοι τους η ερευνήτρια το συμπλήρωνε μαζί τους στο χώρο αναμονής της μονάδας για να είναι οι πληροφορίες εμπιστευτικές και ιδιωτικές. Οι περισσότεροι ασθενείς το συμπλήρωσαν με ευκολία εντός 20-30 λεπτών. Η διάρκεια συλλογής των ερωτηματολογίων διήρκησε περίπου δύο μήνες από τον Απρίλιο μέχρι τον Μάιο.

2.6 Ανακεφαλαίωση

Στο δεύτερο κεφάλαιο της παρούσας εργασίας παρουσιάζεται η ερευνητική μεθοδολογία που ακολουθήθηκε προκειμένου να εξαχθούν ορθά αποτελέσματα. Στο επόμενο κεφάλαιο (Κεφάλαιο: 3) περιγράφονται τα δεδομένα ύστερα από την στατιστική ανάλυση.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Για την περιγραφική ανάλυση υπολογίστηκαν η σχετική και η απόλυτη συχνότητα για κάθε κατηγορία καθώς επίσης και ο μέσος όρος, η τυπική απόκλιση και το εύρος. Στη συνέχεια, για τη διερεύνηση της αξιοπιστίας των κλιμάκων του ερωτηματολογίου χρησιμοποιήθηκε ο δείκτης Cronbach's α με βάση τις συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών. Η αξιοπιστία των εργαλείων έρευνας κυμάνθηκε από 0,878 έως 0,911 για το Εργαλείο Ποιότητας Ζωής του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, από 0,852 έως 0,865 για την Κλίμακα Άγχους και Κατάθλιξης στο Νοσοκομείο και από 0,917 έως 0,944 για την Κλίμακα Αυτοαποτελεσματικότητας Διαχείρισης της Χρόνιας Νόσου. Όπως φαίνεται όλες οι τιμές του δείκτη Cronbach's α (Cronbach's Alpha Coefficient) παρουσιάζονται μεγαλύτερες από το όριο αξιοπιστίας του 0,70.

Κατά την στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων πραγματοποιήθηκε αρχικά έλεγχος κανονικότητας των μεταβλητών με τη στατιστική δοκιμασία Shapiro Wilks καθώς το δείγμα αποτελούνταν από 91 άτομα. Σύμφωνα με τις στατιστικές δοκιμασίες το σύνολο των μεταβλητών δεν ακολουθούσαν κανονική κατανομή και έτσι χρησιμοποιήθηκαν μη παραμετρικά τεστ για τη στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

4.1. Περιγραφική στατιστική

Το συνολικό δείγμα της έρευνας απαρτίζεται από 91 αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς, από τους οποίους οι 35 (38,5%) έπασχαν από Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2. Από το συνολικό δείγμα, οι 58 (63,7%) ήταν άνδρες και οι 33 (36,3%) γυναίκες. Οι άνδρες ασθενείς που πάσχουν από ΣΔ2 ανέρχονται σε 22 (37,93%) και οι γυναίκες σε 13 (39,39%).

Από τους 22 άνδρες ασθενείς με ΣΔ2, η συντριπτική πλειοψηφία (86,86%, n=19) έπασχαν από ΣΔ για περισσότερο από 10 χρόνια, ενώ 69,33% (n=9) των γυναικών είχαν, επίσης, ΣΔ για περισσότερο από 10 χρόνια.

Για τις ανάγκες της έρευνας ζητήθηκε από τους ερωτώμενους να αναφέρουν το μορφωτικό επίπεδο τους. Το μεγαλύτερο ποσοστό 57,14% (n=52), δήλωσε ότι είναι απόφοιτοι της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, με ακριβώς ίση εκπροσώπηση ανδρών και γυναικών, το 13,18% (n=12) ήταν απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, με μόνο 2 γυναίκες, ενώ το 2,19% (n=2), όλοι άνδρες, ήταν κάτοχοι διδακτορικού τίτλου σπουδών. Αναφορικά με την οικογενειακή κατάσταση, η συντριπτική πλειοψηφία ήταν έγγαμοι (69,3%, n=61) και ακολουθούν οι χήροι/ες (13,6%, n=12). Η μέση ηλικία του δείγματος ήταν 63,37(±14,71) έτη, με διάμεσο 67 έτη και εύρος από 24 έως 84 έτη. Σχετικά με την υπηκοότητα των ερωτώμενων, το ποσοστό των ατόμων που δηλώνουν ελληνική ιθαγένεια ανέρχεται σε 99%, ενώ το 1,1% καταγόταν από την Αρμενία. Επίσης, ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες να αναφέρουν και την επαγγελματική τους κατάσταση. Με ποσοστό 14,28% (n=13) δήλωσαν ότι είναι άνεργοι, ακολουθούν με ποσοστό 13,19% (n=12) οι ελεύθεροι επαγγελματίες και με 6,6% (n=6) οι δημόσιοι υπάλληλοι, ενώ περισσότεροι από τους μισούς (n=58) είναι συνταξιούχοι (πίνακας 1).

Πίνακας 4.1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Φύλο		
	Άνδρες 63,74% (n=58)	
Με Σακχαρώδη Διαβήτη	37,93% (n=22)	
Χωρίς Σακχαρώδη Διαβήτη	60,07% (n=36)	
	Γυναίκες 36,26% (n=33)	
Με Σακχαρώδη Διαβήτη	39,39% (n=13)	
Χωρίς Σακχαρώδη Διαβήτη	60,61% (n=20)	
Χρονική διάρκεια ΣΔ τύπου 2		
	5-10 χρόνια	>10 χρόνια
Άνδρες	13,64% (n=3)	86,36% (n=19)
Γυναίκες	30,77% (n=4)	69,23% (n=9)
Μορφωτικό επίπεδο		
Απόφοιτος/η Δημοτικού	57,1% (n=52)	
Απόφοιτος/η Λυκείου	27,5% (n=25)	
Απόφοιτος Τριτοβάθμιας εκπαίδευσης	13,2% (n=12)	
Κάτοχος διπλωματικού τίτλου	2,2% (n= 2)	
Οικογενειακή κατάσταση		
Άγαμος/η	14,3% (n=13)	
Έγγαμος/η	68,1% (n=62)	
Διαζευγμένος/η	4,4% (n= 4)	
Χήρος/η	13,2% (n=12)	
Επαγγελματική κατάσταση		
Άνεργος	14,3% (n=13)	
Ιδιωτικός υπάλληλος	2,2% (n=2)	
Δημόσιος υπάλληλος	6,6% (n=6)	
Ελεύθερος επαγγελματίας	13,2% (n=12)	
Συνταξιούχος	63,7% (n=58)	

Μετά από μελέτη των ιατρικών φακέλων των ασθενών καταγράφηκε η πρωτοπαθής αιτία της νεφρικής νόσου. Η Διαβητική Νεφροπάθεια (ΔΝ) αποτελεί την

κύρια αιτία εμφάνισης ΧΝΝ για το 31,9% (n=29), ενώ για το 18,7% (n=17) η ΧΝΝ είναι αγνώστου αιτιολογίας. Επίσης, η Πολυκυστική Νόσος των Νεφρών έχει προκαλέσει ΧΝΝ στο 9,89% (n=9) των ασθενών, ενώ η Αρτηριακή Υπέρταση οδήγησε τον ίδιο αριθμό ασθενών σε ΧΝΝ. Τέλος, έξι άτομα αναφέρουν προβλήματα ουροποιητικού (υπερτροφία προστάτη, νεφρολιθίαση, νευρογενή κύστη) ως υπεύθυνα για την εμφάνιση ΧΝΝ.

Η διάρκεια της πρωτοπαθούς νόσου για περίπου το ένα τρίτο των ασθενών (37,4%, n=34) ήταν περισσότερη από 2 έως 5 χρόνια, ενώ υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση για 6 έως 12 μήνες οι 24/91 (26,4%) ασθενείς. Επίσης, αναφορικά με τη φαρμακευτική αγωγή οι περισσότεροι ασθενείς (38,5%, n=35) λαμβάνουν από 2 έως 5 φάρμακα την ημέρα και το ένα τρίτο (35,2%, n=32) πέντε έως δέκα. Εκτός από τη ΧΝΝ οι περισσότεροι (38,5%, n=35) είχαν και ένα ακόμα συνοδό νόσημα, και συγκεκριμένα αρτηριακή πίεση (67%, n=59). Το 61,5% του δείγματος (n=56) δεν είχαν ΣΔ, ενώ το 80% (n=28/35) των διαβητικών νοσούσε για περισσότερο από 10 χρόνια. Το είδος της αντιδιαβητικής αγωγής που λάμβαναν οι ασθενείς ήταν κυρίως η ινσουλίνη (97,1%, n=34). Θεωρήθηκε καλό να καταγραφεί και το σωματικό βάρος των ασθενών, και έτσι η μέση τιμή ήταν 78,21 κιλά με διάμεσο τα 77 κιλά και εύρος από 50 έως 143,5 κιλά.

Αναφορικά με τον τύπο της αιμοκάθαρσης, κλασική αιμοκάθαρση διάρκειας 3-4.45 ωρών ή παρατεταμένη με διάρκεια περισσότερη των πέντε ωρών, βρέθηκε ότι 70 άτομα (76,9%) υποβάλλονται σε κλασική αιμοκάθαρση, ενώ οι υπόλοιποι (n=21, 23,1%) υποβάλλονται σε παρατεταμένη αιμοκάθαρση. Από τους ασθενείς σε παρατεταμένη αιμοκάθαρση, οι άνδρες ήταν περίπου διπλάσιοι από τις γυναίκες (15/6), ενώ στην κλασική αιμοκάθαρση οι άνδρες ήταν επίσης περισσότεροι (43/27). Παράλληλα, βρέθηκε ότι οι διαβητικοί ασθενείς υποβάλλονται κυρίως σε κλασική αιμοκάθαρση (32/35), όπως επίσης και οι μη διαβητικοί (38/56).

Κατά τη στατιστική επεξεργασία, βρέθηκε ότι η ποιότητα ζωής, όπως αξιολογήθηκε από τους ίδιους τους ασθενείς, ήταν λίγο καλύτερη από μέτρια (3,67, $\pm 0,893$) (1 πολύ φτωχή ΠΖ και 5 πολύ καλή ΠΖ), όπως επίσης και η ικανοποίηση των ασθενών από την υγεία τους (3,50, $\pm 0,844$). Αναφορικά με την αξιολόγηση του άγχους και της κατάθλιψης που βιώνουν οι ασθενείς στο νοσοκομείο/μονάδα τεχνητού νεφρού (κλίμακα HADS), βρέθηκε ότι το άγχος είναι εντός φυσιολογικών τιμών (6,81 μονάδες) και η κατάθλιψη οριακά πιο πάνω από το φυσιολογικό (7,41 μονάδες), καθώς βαθμολογία

0-7 χαρακτηρίζεται φυσιολογική, 8-10 οριακή και 11-21 μη φυσιολογικό άγχος και κατάθλιψη (Πίνακας 4.2). Τέλος, παρόμοια η κλίμακα αυτοαποτελεσματικότητας διαχείρισης της χρόνιας νόσου δείχνει ασθενείς που είναι αρκετά ικανοί να διαχειριστούν τη νόσο τους. Η μέση τιμή σε αυτή την κλίμακα ήταν 6,03 (1 δεν είμαι βέβαιος έως 10 είμαι απόλυτα βέβαιος) (Παράρτημα, Πίνακας 1).

Πίνακας 4.2. Μέση τιμή Ποιότητας Ζωής και Άγχους/Κατάθλιψης					
<i>Εργαλείο ποιότητας ζωής του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας</i>					
	Μέση Τιμή	Τυπικό Σφάλμα	Ελάχιστη Τιμή	Μέγιστη τιμή	Τυπική απόκλιση
Πώς αξιολογείτε την ποιότητα ζωής σας;	3,67	,095	1	5	,893
Πόσο ικανοποιημένοι είστε με την υγεία σας;	3,50	,090	1	5	,844
<i>Κλίμακα άγχους και κατάθλιψης στο νοσοκομείο (HADS)</i>					
Συνολικό Σκορ κλίμακας άγχους	6,81	,460	0	17	4,195
Συνολικό Σκορ κλίμακας κατάθλιψης	7,41	,428	0	18	4,123

4.2. Επαγωγική στατιστική

Κατά τη σύγκριση της κλίμακας άγχους και κατάθλιψης με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και με τις κλινικές παραμέτρους, βρέθηκε ότι οι γυναίκες παρουσιάζουν αυξημένο άγχος και κατάθλιψη σε σύγκριση με τους άνδρες. Πιο συγκεκριμένα οι γυναίκες σκόραραν 8,21 ($\pm 4,39$) στην κλίμακα του άγχους έναντι 6,02 ($\pm 3,89$) των ανδρών ($p=,016$) και 8,58 ($\pm 4,47$) έναντι του 6,74 ($\pm 3,79$) των ανδρών στην κλίμακα της κατάθλιψης ($p=,041$). Παράλληλα, οι ασθενείς με ΣΔ αναφέρουν ιδιαίτερα αυξημένες τιμές άγχους (8,17, $\pm 4,27$) σε σχέση με τους μη διαβητικούς (5,96, $\pm 3,95$), καθώς επίσης

και αυξημένες τιμές κατάθλιψης (9,14, $\pm 3,96$) σε σύγκριση με τους μη διαβητικούς (6,32 $\pm 3,87$) ($p=,014$ και $,001$, αντίστοιχα). Παράλληλα, οι ασθενείς με ΣΔ αναφέρουν ιδιαίτερα αυξημένες τιμές άγχους (8,17, $\pm 4,27$) σε σχέση με τους μη διαβητικούς (5,96, $\pm 3,95$), καθώς επίσης και αυξημένες τιμές κατάθλιψης (9,14, $\pm 3,96$) σε σύγκριση με τους μη διαβητικούς (6,32 $\pm 3,87$) ($p=,014$ και $,001$, αντίστοιχα). Τέλος, κατά την αξιολόγηση του άγχους και της κατάθλιψης ανάλογα με τον τύπο της αιμοκάθαρσης, βρέθηκε στατιστική σημαντικότητα της κατάθλιψης με τον τύπο της αιμοκάθαρσης ($p=,009$) ενώ δεν βρέθηκε καμία συσχέτιση με το άγχος ($p=,314$).

Κατά την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής με το εργαλείο μέτρησης του παγκόσμιου οργανισμού υγείας, βρέθηκε ότι το σύνολο των ασθενών είχε 3,37 ($\pm 0,90$) στην πεντάβαθμη κλίμακα αξιολόγησης. Σε περαιτέρω διερεύνηση της ποιότητας ζωής ανάλογα με το φύλο, βρέθηκε ότι οι άνδρες είχαν ελαφρά καλύτερη ποιότητα ζωής (3,42 $\pm 0,89$) από τις γυναίκες (3,33 $\pm 0,91$) χωρίς όμως στατιστική σημαντικότητα.

Τέλος, η μέση τιμή της αυτοαποτελεσματικότητας διαχείρισης της χρόνιας νόσου ήταν 36,37, με διάμεσο το 38 (6-59). Αυτή η τιμή δείχνει μια μέση έως ελαφρά θετική αντίληψη της αυτοαποτελεσματικότητας διαχείρισης της νόσου από τους συμμετέχοντες στη μελέτη. Πιο συγκεκριμένα, ενώ οι άνδρες συμμετέχοντες σκόραραν υψηλότερα από τις γυναίκες (37,74 έναντι 33,97) παρόλα αυτά δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά ($p=,155$). Σε σύγκριση της προαναφερθείσας παραμέτρου ανάμεσα στους ασθενείς σε κλασική και παρατεταμένη αιμοκάθαρση, βρέθηκε ότι οι ασθενείς σε παρατεταμένη αιμοκάθαρση ($n=21$) είχαν υψηλότερη αυτοαποτελεσματικότητα στη διαχείριση της νόσου (42,14) σε σχέση με αυτούς σε κλασική αιμοκάθαρση (34,64) ($p=,012$). Τέλος, ολοκληρώνοντας τη μελέτη της αυτοαποτελεσματικότητας βρέθηκε ότι οι μη διαβητικοί ασθενείς ($n=56$) είχαν υψηλότερο σκορ (39,61) σε σχέση με τους διαβητικούς (31,20) μια συσχέτιση με στατιστική σημαντικότητα ($p=,001$).

Έπειτα για την στατιστική ανάλυση επιλέχθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson που είναι ένα μέτρο συσχέτισης δύο μεταβλητών που μετρούνται σε μια κλίμακα διαστήματος. Από τον Πίνακα 4.3, προκύπτει ότι ο συντελεστής συσχέτισης Pearson r , για τη συσχέτιση των δημογραφικών χαρακτηριστικών και της κλίμακας άγχους και κατάθλιψης. Η p -value που έχει υπολογιστεί για κάθε συντελεστή ξεχωριστά αναφέρεται στον έλεγχο της υπόθεσης ότι στο συγκεκριμένο ζεύγος μεταβλητών δεν υπάρχει

γραμμική συσχέτιση (δηλαδή ότι ο συντελεστής συσχέτισης για το ζεύγος είναι ίσος με το μηδέν). Πιο συγκεκριμένα, φαίνεται να υπάρχει στατιστικά σημαντική γραμμική συσχέτιση του φύλου με το μορφωτικό επίπεδο ($p=.003$), με την κλίμακα άγχους και κατάθλιψης ($p=0,024$ και $p=0,015$, αντίστοιχα) καθώς και του μορφωτικού επιπέδου με την κλίμακα της κατάθλιψης είναι ($p=0,025$).

	Φύλο	Μορφωτικό επίπεδο	Οικογενειακή κατάσταση	Επαγγελματική κατάσταση	Κλίμακα Άγχους	Κλίμακα Κατάθλιψης
Φύλο Pearson Correlation	1	-,306**	,126	-,059	,241*	,258*
Sig. (2-tailed)		,003	,235	,577	,024	,015
N	91	91	91	91	91	91

Πίνακας 4.3. Συσχετίσεις μεταξύ δημογραφικών χαρακτηριστικών και κλίμακας άγχους και κατάθλιψης.

Στη συνέχεια διερευνήθηκε η συσχέτιση μεταξύ της διάρκειας πρωτοπαθούς νόσου με τα κάποια δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά του δείγματος (φύλο, την ηλικία, τη διάρκεια αιμοκάθαρσης, ύπαρξη σακχαρώδη διαβήτη), και τις μεταβλητές του εργαλείου ποιότητας ζωής και την κλίμακα άγχους και κατάθλιψης. Για τη συσχέτιση χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία One – Way Anova (Παράρτημα, πίνακας 1). Μπορεί να παρατηρήσει κανείς ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μόνο με τη διάρκεια αιμοκάθαρσης ($p=0,00$).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Κατά τη στατιστική επεξεργασία, βρέθηκε ότι η ποιότητα ζωής, όπως αξιολογήθηκε από τους ίδιους τους ασθενείς, ήταν λίγο καλύτερη από μέτρια, όπως επίσης και η ικανοποίηση των ασθενών από την υγεία τους. Έρευνα των Firoz et al. (2017) έδειξε ότι η πλειοψηφία των ασθενών είχε κακή ποιότητα ζωής και λίγο λιγότεροι από τους μισούς έπασχαν από κατάθλιψη. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι συνθήκες αυτές σχετίζονταν σημαντικά με πολλούς παράγοντες, όπως την ηλικία, το γυναικείο φύλο, τον αναλφαβητισμό, την ανεργία, τη διαμονή στις αγροτικές περιοχές και το σακχαρώδη διαβήτη, τον εθισμό στα ηρεμιστικά και τα επίπεδα φωσφόρου.

Αναφορικά με την αξιολόγηση του άγχους και της κατάθλιψης που βιώνουν οι ασθενείς στο νοσοκομείο/μονάδα τεχνητού νεφρού (κλίμακα HADS), βρέθηκε ότι το άγχος είναι εντός φυσιολογικών τιμών και η κατάθλιψη οριακά πιο πάνω από το φυσιολογικό. Σε σύγκριση με την έρευνα των Mehrabi *et al.* (2017), οι ασθενείς που υποβάλλονται σε κλασική αιμοκάθαρση επηρεάζονται από τους ψυχολογικούς στρεσογόνους παράγοντες, οι οποίοι συμβάλλουν στην κακή ποιότητα ζωής τους και στις αρνητική κλινική έκβαση. Επίσης, σε έρευνα των Teles *et al.* (2014), ανεξάρτητοι παράγοντες κινδύνου για την κατάθλιψη βρέθηκε ότι ήταν η ηλικία, τα χαμηλότερα επίπεδα αιμοσφαιρίνης και ο φωσφόρος. Ο κίνδυνος νοσηλείας σε καταθλιπτικούς ασθενείς ήταν 4,5 φορές υψηλότερος από εκείνον των μη καταθλιπτικών ασθενών. Επιπρόσθετα, η έρευνα του Stankovic (2014) κατέδειξε ότι η κατάθλιψη αποτελούσε σημαντικό πρόβλημα για τους ασθενείς. Οι ασθενείς με κατάθλιψη ήταν σημαντικά μεγαλύτεροι σε ηλικία, με χαμηλότερη επάρκεια κάθαρσης και σημαντικά χειρότερη ποιότητα ύπνου, ενώ δεν εμφάνισαν σημαντικές διαφορές όσον αφορά το φύλο, την απασχόληση και ο τύπος αιμοκάθαρσης.

Κατά την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής με το εργαλείο μέτρησης του παγκόσμιου οργανισμού υγείας, βρέθηκε ότι το σύνολο των ασθενών χαρακτήριζε την ποιότητα ζωής του μέση. Σε περαιτέρω διερεύνηση της ποιότητας ζωής ανάλογα με το φύλο, βρέθηκε ότι οι άνδρες είχαν ελαφρά καλύτερη ποιότητα ζωής από τις γυναίκες, χωρίς όμως στατιστική σημαντικότητα. Στην έρευνα των Lerma *et al.* (2017),

εξετάστηκαν τα συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους σε 152 άτομα και βρέθηκε ήπια ή μέτρια κατάθλιψη και άγχος σε εξήντα από αυτούς. Η κατάθλιψη, το άγχος και η ποιότητα ζωής αξιολογήθηκαν κατά την έναρξη και μετά από 5 εβδομάδες και βρέθηκε μια ισχνή τάση χειροτέρευσης. Πιο πρόσφατες μελέτες, (Alonso *et al.*, 2017), που αξιολογούν την ποιότητα ζωής, το άγχος και την κατάθλιψη στους ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση έδειξαν σημαντικά χειρότερη ποιότητα ζωής σε ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση. Η κατάθλιψη και το άγχος ήταν μεγαλύτερη μεταξύ αυτών που υποβάλλονταν σε θεραπεία για 1-2,9 χρόνια. Συμπερασματικά, η ποιότητα ζωής των αιμοκαθαιρόμενων επιδεινώνεται καθώς ο χρόνος της αιμοκάθαρσης επιμηκύνεται, ενώ το άγχος και η κατάθλιψη είναι πιο έντονη σε άτομα στην αρχή της διαδικασίας της αιμοκάθαρσης, ίσως γιατί αυτή αποτελεί κάτι άγνωστο και συγκεχυμένο.

Επιπρόσθετα, κατά την αξιολόγηση του άγχους και της κατάθλιψης ανάλογα με τον τύπο της αιμοκάθαρσης, βρέθηκε στατιστική σημαντικότητα της κατάθλιψης με τον τύπο της αιμοκάθαρσης, ενώ δεν βρέθηκε καμία συσχέτιση με το άγχος. Οι Najafi *et al.* (2016), υποστηρίζουν στην έρευνά τους ότι τα ποσοστά της κατάθλιψης και του άγχους ήταν 31,5% και 41,7% αντίστοιχα, με σημαντικά υψηλότερη κατάθλιψη στις γυναίκες. Εύρημα παρόμοιο με την παρούσα έρευνα. Βρέθηκε, επίσης, ότι η μικρότερη ηλικία ήταν ο μόνος παράγοντας που προέβλεπε υψηλότερες βαθμολογίες άγχους. Επίσης, η έρευνα των Mehrabi *et al.* (2017), κατέδειξε ότι ένα πρόγραμμα ψυχολογικής στήριξης μπορεί να μειώσει το άγχος και την κατάθλιψη σε ασθενείς που υποβάλλονται σε κλασική αιμοκάθαρση και να βελτιώσει την ποιότητα της ζωής τους.

Κατά τη σύγκριση της κλίμακας άγχους και κατάθλιψης με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και με τις κλινικές παραμέτρους, βρέθηκε ότι οι ασθενείς με ΣΔ αναφέρουν ιδιαίτερα αυξημένες τιμές άγχους και κατάθλιψης σε σύγκριση με τους μη διαβητικούς. Σε παρόμοια έρευνα των Teles *et al.* (2014), τα αποτελέσματα κατέδειξαν ότι ο κίνδυνος νοσηλείας σε καταθλιπτικούς ασθενείς ήταν 4,5 φορές υψηλότερος από εκείνον των μη καταθλιπτικών ασθενών. Τέλος, αξίζει να αναφερθεί ότι ο Asfar (2013), στην έρευνά του υποστηρίζει ότι τα οφέλη για ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση από την αεροβική φυσική δραστηριότητα είναι σημαντικά.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι ασθενείς, διαβητικοί και μη, που υποβάλλονται σε κλασική και παρατεταμένη αιμοκάθαρση παρουσιάζουν ποικιλία διαφορετικών συμπεριφορών και πολλές φορές αντιμετωπίζουν κοινωνικά και ψυχολογικά προβλήματα. Η προσαρμογή σε αυτό το νέο τρόπο ζωής είναι συχνά δύσκολη στην αρχή της θεραπείας, αλλά οι περισσότεροι άνθρωποι επωφελούνται μακροπρόθεσμα και έχουν μια αποδεκτή ποιότητα ζωής για πολλά χρόνια. Οι ασθενείς με ΣΔ είναι μια ομάδα ασθενών με ιδιαίτερα αυξημένες τιμές άγχους και κατάθλιψης.

Η συνεργασία της διεπιστημονικής νεφρολογικής ομάδας (νεφρολόγος, νοσηλεύτης νεφρολογίας, ψυχολόγος, κοινωνικός λειτουργός, διαιτολόγος) είναι επιβεβλημένη για την επίτευξη της ομαλής προσαρμογής του ασθενή στη νέα πραγματικότητα της νεφρικής νόσου και την εξασφάλιση ενός ικανοποιητικού επιπέδου ποιότητας ζωής.

5.1 Περιορισμοί της έρευνας

Όπως σε κάθε εργασία, έτσι και στην παρούσα υφίσταται ένας αριθμός μεθοδολογικών περιορισμών. Η ερευνήτρια ήταν σαφής όσον αφορά την διευκρίνιση τυχόν αποριών, παρόλα αυτά οι ερωτώμενοι είναι δυνατό να μην κατανοούσαν πλήρως τις ερωτήσεις. Ένας άλλος περιορισμός είναι η επιλογή του δείγματος, η οποία δεν έγινε τυχαία. Το δείγμα της μελέτης ήταν δείγμα ευκολίας, καθώς χρησιμοποιήθηκαν οι ασθενείς της μονάδας τεχνητού νεφρού που εργάζεται η ερευνήτρια. Επίσης, ο περιορισμένος χρονικός ορίζοντας πραγματοποίησης της εργασίας μπορεί να λειτούργησε ως ανασταλτικός παράγοντας.

5.2 Μελλοντικές έρευνες

Η διεξαγωγή της παρούσας έρευνας είναι ωφέλιμο να πραγματοποιηθεί και σε δείγμα ατόμων σε άλλες περιοχές είτε της Ελλάδος, είτε του εξωτερικού ώστε να συγκριθούν τα

αποτελέσματα και στο σύνολό τους να αποτελέσουν ακρογωνιαίο λίθο για την ισχυροποίηση της γνώσης.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

Α. Ξενόγλωσση βιβλιογραφία:

Akinci F, Yildirim A, Ogutmen B, (2005). Translation, cultural adaptation, initial reliability and validation of Turkish 15D's version: a generic health-related quality of life (HRQoL) Instrument. *Journal of Evaluation Health*, Vol.1, Pp. 28:53.

Alonso C. Garcia C. Ortiz M. Espinosa D. Celdran D. Godino M. Sanchez R. SilesM. (2017). Oral status, quality of life, and anxiety and depression in hemodialysispatients and the effect of the duration of treatment by dialysis on these variables. *Odontology*, Vol.2, Pp.1-8

Asfar (2013), The relationship between depressive symptoms and erythropoietin resistance in stable hemodialysis patients with adequate iron stores. *The International Journal of Artificial Organs*. Vol.36, Pp. 305-372

Bash L., Erlinger T., Coresh J., Marsh-Manzi J., Folsom A., Astor B., (2009). Inflammation, hemostasis, and the risk of kidney function decline in the Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) Study. *Journal of Kidney Desertion*. Vol. 53, (4), Pp. 596-605.

Bandura A., (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Journal of Psychological Review*, Vol. 84, Pp. 191-215.

Bandura A., (1997). Self-efficacy: the exercise of control. New York, NY:WH, Freeman and Company.

Benjamin S., Valdez R., Geiss L., (2003). Estimated number of adults with prediabetes in the US in 2000: opportunities for prevention. *Journal of Diabetes Care*. Vol. 26, Pp. 645–649.

Centers for Disease Control and Prevention. (2008). National Diabetes Fact Sheet: General Information and National Estimates on Diabetes in the United States, 2005. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention;2005. Cohen S., Norris L., Acquaviva K., Kimmel P., (2007). Screening,

diagnosis, and treatment of depression in ESRD. *Journal of Nephrology*, Vol. 2, Pp. 1332-1342.

Chan M. Chenung C. Chan Y. Chan H. Chak W. Chau K. (2016). Prevalence and impact of anxiety and depression in Chinese peritoneal dialysis patients: a single center study. *Nephrology*. Vol. 4, Pp. 142-151.

Cukor D., Peterson R., Cohen S., Kimmel P., (2006). Depression in end-stage renal disease hemodialysis patients. *Journal of Nephrology*, Vol. 2, Pp. 678-687.

Cukor D., Coplan J., Brown C., (2007). Depression and anxiety in urban hemodialysis patients. *Journal of Nephrology*, Vol., 2, Pp. 484-490.

Cukor D., Coplan J., Brown C., Friedman S., Newville H., Safier M., Spielman L., Peterson R. and Kimmel P., (2008). Anxiety Disorders in Adults Treated by Hemodialysis: A Single-Center Study. *Journal of Kidney*, Vol. 52, Pp. 128-136.

Curtin R., Lowrie E., DeOreo P., (1999). Self-reported functional status: An important predictor of health outcomes among endstage renal disease patients. *Journal of Replace Therapy*, Vol. 6, Pp. 133–140.

Davenport A. (2006). Intradialytic complications during hemodialysis. *Journal of Hemodialicy*, Vol. 10, Pp. 162–67.

Dember L. and Jaber B., (2006). Dialysis-related amyloidosis: late finding or hidden epidemic? *Journal of Hemodialicy*, Vol. 19, Pp. 105–09.

Deshpande A., Harris-Hayes M., Schootman M., (2008). Epidemiology of Diabetes and Diabetes-Related Complications, *Journal of Diabetes Special*, Vol. 88, Pp. 1254-1264.

Dziubeka W., Kowalskaa J., Kusztalb M., Rogowskic L., Gołębiowskib T., Nikifura M., Szczepańska-Gierachaa J., Zembroń-Łacnyd A., Klingerb M., Woźniewskia M., (2016). The Level of Anxiety and Depression in Dialysis Patients Undertaking Regular Physical Exercise Training – a Preliminary Study. *Journal of Kidney Blood*, Vol. 41, Pp. 86-98.

- Firoz M, Shafipour V, Jafari H, Hosseini H, and Charati J.(2017), Relationship of hemodialysis shift with sleep quality and depression in hemodialysis patients, *Clinical Nursing Research, American Journal of Kidney Disease*, 41, Pp. 105-110
- Eknoyan G., Beck G., Cheung A., (2010). Effect of dialysis dose and membrane flux in maintenance hemodialysis. *Journal of Evaluation Health*, Vol. 347, Pp. 2010–19.
- Eser E., Fidaner H., Eser S., (2000). Derivation of Response Scales for WHOQOL TR. *Journal of European Psychologist*, Vol. 5, Pp. 273-278.
- Evans R., Manninen D., Garrison L., Hart L., Blagg C., Gutman R., Hull A., Lowrie E., (1985). The quality of life of patients with end-stage renal disease. *Journal of Evaluation Health*, Vol. 312, Pp. 553–559.
- Goodkin D., Bieber B., Jadoul M., Martin P., Kanda E. and Pisoni R., (2017). Mortality, Hospitalization, and Quality of Life among Patients with Hepatitis C Infection on Hemodialysis, *Journal of Nephrology*, Vol. 12, Pp. 287-297.
- Greenland S. and O' Rourke K., (2008). *Meta-Analysis in Modern Epidemiology*, 3rd ed. Edited by Rothman KJ, Greenland S, Lash T. Lippincott Williams and Wilkins.
- Huish S., Fletcher S., Dunn J., Hewison M, Bland R., (2016). Prevalence and treatment of hypovitaminosis D in the haemodialysis population of Coventry. *Journal of Steroid Biochemistry & Molecular Biology*, Vol. 164, Pp. 214-217.
- Kalantar-Zadey K., Kopple J., Block G. and Humphreys M., (2001). Association Among SF36 Quality of Life Measures and Nutrition, Hospitalization, and Mortality in Hemodialysis, *Journal of Nephrology*, Vol. 12, Pp. 2797-2806.
- Kimmel P. and Peterson R., (2006). Depression in patients with end-stage renal disease treated with dialysis: Has the time to treat arrived? *Journal of Nephrology*, Vol. 1, Pp. 349-352.
- Kopple J., (1997), Nutritional status as a predictor of morbidity and mortality in maintenance dialysis patients. . *Journal of Evaluation Health*, Vol. 43, Pp. 246–250.

- Kopple J., Zhu X., Lew N., Lowrie E., (1999). Body weight-for-height relationships predict mortality in maintenance hemodialysis patients. *Journal of Kidney*, Vol. 56, Pp. 1136–1148.
- Kraus M. Fluck R. Weinhandl E. Kansal S. Copland M. Komenda P. Finkelstein F. (2016). Intensive Hemodialysis and Health-Related Quality of Life. *Kidney Diseases*. Vol.5, Pp. 33-42.
- Kroenke K., Spitzer R., Williams J., Monahan P., Lowe B., (2007). Anxiety disorders in primary care: Prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Journal of Medicine*, Vol. 146, Pp. 317-325.
- Lerma A. Grovas P. Bermudez L. Pedrero P. Garcia R. Lerma C. (2017). Brief cognitive behavioural intervention for depression and anxiety symptoms improves quality of life in chronic haemodialysis patients. *Psychol Psychotter*, Vol.1, Pp.105-123.
- Levey A., Coresh J., Balk E., Kausz A., Levin A., Steffes M., (2003). National Kidney Foundation practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification. *Journal of Internal Medicine*. Vol. 15. (2), Pp. 137-47.
- Lilympaki I. Makri A. Vlantousi K. Koutelekos I. Babatsikou I. Polikandrioti M. (2016). Effect of perceived social support on the levels of anxiety and depression of hemodialysis patients. *Materia Sociomedia, Journal of the Academy of Medical Sciences of Bosnia and Herzegovina*. Vol.6, Pp. 87-94.
- Lorig K., Chastain R., Ung E., Shoor S., Holman H., (1989). Development and evaluation of a scale to measure perceived self-efficacy in people with arthritis. *Journal of Arthritis Rheum*, Vol. 32, Pp. 37-44.
- Lorig K., Sobel D., Stewart A., Brown B., Bandura A., Ritter P., (1999). Evidence suggesting that a chronic disease self-management program can improve health status while reducing hospitalization: a randomized trial. *Journal of Medicine Care*, Vol. 37, Pp. 5-14.

- Lorig K., Stewart A., Ritter P., Gonzalez V., Laurent D., Lynch J., (1996). Outcome measures for health education and other health care interventions. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Maguire G., Julier D., Hawton K. and Bancroft J., (1974). Psychiatric morbidity and referral on two general medical wards, *Journal of British Medicine*, Vol. 1, Pp. 268-70.
- Mathers C., Bernard C., Iburg K., (2003). The global burden of disease in 2002: Data sources, methods and results. Geneva, World Health Organization (GPE Discussion Paper No. 54).
- Mehrabi Y. Ghzavi Z. Shahgholian N. (2017). Effect of Fordyce's Happiness Program on Stress, Anxiety, and Depression among the Patients Undergoing Hemodialysis. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery*. Vol.3, Pp. 190-194.
- Murtagh F., Addington-Hall J., Higginson I., (2007). The prevalence of symptoms in end-stage renal disease: A systematic review. *Journal of Kidney*, Vol., 14, Pp. 82-99.
- National Institute of Mental Health Depression, (2005). Washington, DC, US Government Printing Office.
- Ogutmen, B., Yildirim, A. Sever, M. Bozfakioglu, S., Ataman, R. Erek, E., Cetin, O. and Emel A., (2006). Health-Related Quality of Life After Kidney Transplantation in Comparison Intermittent Hemodialysis, Peritoneal Dialysis and Normal Controls. *Journal of Transplantation Proceedings*, Vol. 38, Pp. 419–421.
- O'Hare A., Choi A., Bertenthal D., Bacchetti P., Garg A., Kaufman J., (2007). Age affects outcomes in chronic kidney disease. *Journal of Nephrology*, Vol. (10), Pp. 2758-65.
- Ritter P. and Lorig K., (2014). The English and Spanish Self-Efficacy to Manage Chronic Disease Scale measures were validated using multiple studies. *Journal of Clinical Epidemiology*, Vol. 3, Pp. 1-9.

- Sareen J., Cox B., Clara I., Asmundson G., (2005). The relationship between anxiety disorders and physical disorders in the U.S. National Comorbidity Survey. *Journal of Depress Anxiety*, Vol. 21, Pp. 193-202.
- Sayin A., Mutluay R. and Sindel S. (2007). Quality of Life in Hemodialysis, Peritoneal Dialysis, and Transplantation Patients, *Journal of Transplantation Proceedings*, Vol. 39, Pp. 3047–3053.
- Scribner B., (2002). Lasker Clinical Medicine Research Award. Medical dilemmas: the old is new. *Journal of Nature Medicine*, Vol. 8, Pp. 1066-7.
- Shepherd M, Davis B. and Culpan R., (1960). Psychiatric illness in a general, *Journal of Psychiatric Scandinavica*, Vol. 35, Pp. 518-25.
- Shepherd M, Davis B. and Culpan R., (1960). Psychiatric illness in a general, *Journal of Psychiatric Scandinavica*, Vol. 35, Pp. 518-25.
- Stankovic J. Stojimirovic B. Bukumiric E. Djordevic V. Marjanovic. Z Nestic D. and Jovanovic D.(2014), Depression and quality of sleep in maintenance hemodialysis patients, *Clinics* ,Vol.142, Pp. 437-443
- Taskapan H., Ates F., Kaya B., (2005). Psychiatric disorders and large interdialytic weight gain in patients on chronic haemodialysis. *Journal of Nephrology*, Vol. 10, Pp. 15-20.
- Thakar C., Christianson A., Himmelfarb J., Leonard A., (2011). Acute kidney injury episodes and chronic kidney disease risk in diabetes mellitus. *Journal of Social Nephrology*. Vol. 6, (11), Pp. 2567-72.
- Teles F. Azevedo V. Miranda C. Miranda M. Teixeira C. and Elias R. (2014), Depression in hemodialysis patients : the role of dialysis shift, *Clinics*, Vol. 3, Pp.198
- World Health Organization, (1997). Programme on mental health, Field Trial Version. Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment.

US Renal Data System:USRDS, (2006). Annual Data Report. The National Institutes of Health, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, Bethesda, MD.

Vilar E. and Farrington K., (2011). Haemodialysis, *Journal of Medicine*, Vol.2, Pp. 429-433.

Zigmond A. and Snaith R., (1983). The Hospital Anxiety And Depression Scale, *Journal of Psychiatric Scandinavica*, Vol. 67, Pp. 361-70.

B. Ελληνόγλωσσα βιβλιογραφία:

Αντωνιάδης- Σκλάβος "Δότες οργάνων, Θέματα αναισθησιολογίας και Εντατικής Ιατρικής 2010" σελ. 11-20

Κωστάκης Α. «Μεταμοσχεύσεις ιστών και οργάνων : δώρο ζωής», Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε. Αθήνα 2005, σελ. 11

Κωστοπαναγιώτου Γ. " Δότης οργάνων, Εγκεφαλικός θάνατος και φροντίδα του δότη οργάνων στην μονάδα εντατικής θεραπείας και το χειρουργείο" Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης 2002, σελ.1-3

Θεοφίλου Π. και Παναγωτάκη Ε., (2010). Ποιότητα ζωής σε ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια. *Journal of Nursing*, Vol. 49, (3), Pp. 52-63.

Χασσάνδρα, Μ., & Γούδας, Μ., (2003).“Κριτήρια εγκυρότητας και αξιοπιστίας στην ποιοτική – ερμηνευτική έρευνα”, Επιστημονική Επετηρίδα της Ψυχολογικής Εταιρείας Βορείου Ελλάδος, Vol. 2, Pp. 31-48.

Γ. Πηγές από το διαδίκτυο:

American diabetes association, (2013). «Dialysis Reduces Insulin Needs for Patients With Type 2 Diabetes», Ανακτήθηκε στις 23-03-2017, από <http://www.diabetes.org/research-and-practice/patient-access-to-research/dialysis-reduces-insulin.html?referrer=https://www.google.gr/>

- Arora P., (2017). «Chronic Kidney Disease». Ανακτήθηκε στις 12/05/2017, από <http://emedicine.medscape.com/article/238798-overview#a3>.
- Diabetes Research Institute, (2016). What is Type 1 Diabetes?, Ανακτήθηκε στις 12-05-2017, από <https://www.diabetesresearch.org/what-is-type-one-diabetes>
- Diabetes Australia, (2015). «Diabetes», Ανακτήθηκε στις 12-05-2017, από <https://www.diabetesaustralia.com.au/type-2-diabetes>
- Diabetes UK, (2016). «Types 2 Diabetes: The Basics», Ανακτήθηκε στις 12-05-2017, από <https://www.diabetes.org.uk/Diabetes-the-basics/>
- National Kidney Foundation, (2017). «About Haemodialysis», Ανακτήθηκε στις 23-03-2017, από <http://www.nkfs.org/treatment/haemodialysis/about-haemodialysis/>
- National Kidney Foundation, (2013). «Diabetes – a major risk factor for kidney disease». Ανακτήθηκε στις 23-03-2017, από <https://www.kidney.org/atoz/content/diabetes>.
- Ζαφειρίου Σ., (2003). Μεθοδολογία της έρευνας, Ανακτήθηκε στις 17-12-2016, από <http://eureka.lib.teithe.gr:8080/bitstream/handle/10184/803/Methodologia.doc?sequence=4>
- Καλλιακμάνη Π., (2010). Αιμοκάθαρση, 9ο Παμπελοποννησιακό Ιατρικό Συνέδριο «Θέσεις και Αντιθέσεις στην Ιατρική», Ανακτήθηκε στις 17-12-2016, από http://www.iedep.gr/images/stories/sinedria/9/sunday10_30kaliakmani.pdf.
- Μέντζα Δ., (2017). Ανακτήθηκε στις 17-12-2016, από Περιτοναϊκή Κάθαρση. <http://www.nephrologia.gr/neph/articles/article.jsp?categoryid=3124&context=103&globalid=10151&articleid=3212>.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1: ΠΙΝΑΚΕΣ

Πίνακας 1. Κλίμακα άγχουςκαι κατάθλιψης στο νοσοκομείο					
	Μέση Τιμή	Τυπικό Σφάλμα	Ελάχιστη Τιμή	Μέγιστη τιμή	Τυπική απόκλιση
Νιώθω ένταση ή «ότι είμαι διαλυμένος»	1,13	,087	0	3	,814
Ακόμη διασκεδάζω με πράγματα που διασκεδάζα και παλιότερα	1,59	,117	0	3	1,100
Έχω ένα συναίσθημα φόβου σα να πρόκειται να συμβεί κάτι κακό:	1,05	,100	0	3	,934
Μπορώ να γελάσω και να δω την αστεία πλευρά των πραγμάτων	1,07	,103	0	3	,968
Ανησυχητικές σκέψεις περνούν από το μυαλό μου	,91	,092	0	3	,866
Νιώθω χαρούμενος:	,68	,094	0	3	,878
Μπορώ να κάθομαι άνετα και να αισθάνομαι χαλαρός/η	1,08	,103	0	3	,962
Νιώθω σαν να με καθυστερεί κάτι	,94	,091	0	3	,849
Έχω ένα συναίσθημα φόβου σα να σφίγγεται το στομάχι μου:	1,64	,122	0	3	1,147
Έχω χάσει το ενδιαφέρον για την εμφάνιση μου:	,95	,100	0	3	,934
Νιώθω ανήσυχος, σα να πρέπει να κινούμαι συνέχεια	1,14	,113	0	3	1,063
Νιώθω ευχάριστη ανυπομονησία για διάφορες δραστηριότητές	,68	,137	0	10	1,282
Έχω ξαφνικά αισθήματα πανικού	,89	,075	0	3	,702
Μπορώ να απολαύσω ένα καλό βιβλίο, ραδιόφωνο ή ένα τηλεοπτικό πρόγραμμα	,39	,071	0	3	,668
Συνολικό Σκορ κλίμακας άγχους	7,82	,460	0	18	4,311
Συνολικό Σκορ κλίμακας κατάθλιψης	6,31	,428	0	18	4,015

Πίνακας 2. Κλίμακα Αυτό-αποτελεσματικότητας Διαχείρισης Χρόνιας Νόσου

	Μέση Τιμή	Τυπικό Σφάλμα	Ελάχιστη Τιμή	Μέγιστη τιμή	Τυπική απόκλιση
Πόσο σίγουροι είστε ότι μπορείτε να					
1. Μην επιτρέψετε την κόπωση που αισθάνεστε εξαιτίας της νόσου σας να σας εμποδίσει από τις δραστηριότητες που θέλετε να κάνετε.	5,98	,236	1	10	2,213
2. Μην επιτρέψετε τη σωματική κόπωση ή πόνο εξαιτίας της νόσου σας να σας εμποδίσει από τις δραστηριότητες που θέλετε να κάνετε	6,15	,229	1	10	2,152
3. Μην επιτρέψετε τη συναισθηματική κόπωση εξαιτίας της νόσου σας να σας εμποδίσει από τις δραστηριότητες που θέλετε να κάνετε.	6,31	,238	1	10	2,235
4. Μην επιτρέψετε άλλα συμπτώματα ή προβλήματα υγείας που έχετε να σας εμποδίσουν από τις δραστηριότητες που θέλετε να κάνετε.	6,10	,246	1	10	2,310
5. Πραγματοποιήστε διαφορετικές δραστηριότητες για να αντιμετωπίσετε την κατάσταση της υγείας σας ώστε να μειώσετε την ανάγκη σας να επισκεφθείτε το γιατρό	5,94	,257	1	10	2,413
6. Να πραγματοποιήσετε πράγματα άλλα από το να παίρνετε τα φάρμακά σας ώστε να μειώσετε την επίδραση της νόσου στην καθημερινή σας ζωή	5,69	,266	1	10	2,498

Πίνακας 3. Σχέσεις μεταξύ των ομάδων

Διάρκεια πρωτοπαθούς νόσου		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Φύλο	Between Groups	,738	4	,246	1,039	,380
	Within Groups	19,887	87	,237		
	Total	20,625	91			
Ηλικία	Between Groups	1053,150	4	351,050	1,784	,156
	Within Groups	16527,566	87	196,757		
	Total	17580,716	91			
Διάρκεια αιμοκάθαρσης	Between Groups	26,021	4	8,674	12,150	,000
	Within Groups	59,968	87	,714		
	Total	85,989	91			
Αξιολόγηση της ζωής	Between Groups	2,427	4	,809	1,014	,391
	Within Groups	67,016	87	,798		
	Total	69,443	91			
Ικανοποίηση με την υγεία	Between Groups	,966	4	,322	,443	,723
	Within Groups	61,034	87	,727		
	Total	62,000	91			
Σωματικός πόνος	Between Groups	,083	4	,028	,022	,996
	Within Groups	105,906	87	1,261		
	Total	105,989	91			
Απόλαυση ζωής	Between Groups	,516	4	,172	,320	,811
	Within Groups	45,075	87	,537		
	Total	45,591	91			
Υγιές φυσικό περιβάλλον	Between Groups	1,085	4	,362	,815	,489
	Within Groups	37,279	87	,444		
	Total	38,364	91			
Αρνητικά συναισθήματα	Between Groups	1,958	4	,653	,791	,502
	Within Groups	69,315	87	,825		
	Total	71,273	91			
Κόπωση καθημερινές δραστηριότητες	Between Groups	2,872	4	,957	,190	,903
	Within Groups	423,083	87	5,037		
	Total	425,955	91			
Κλίμακα άγχους	Between Groups	51,310	4	17,103	,918	,436
	Within Groups	1565,781	87	18,640		
	Total	1617,091	91			
Κλίμακα κατάθλιψης	Between Groups	11,201	4	3,734	,225	,879
	Within Groups	1391,515	87	16,566		
	Total	1402,716	91			

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2: Ερωτηματολόγιο



Μεταπτυχιακή εργασία

Αγαπητέ, αγαπητή

Ονομάζομαι Δαμιανίδου Ευθυμία και στο πλαίσιο της ολοκλήρωσης της μεταπτυχιακής μου εργασίας με τίτλο «Διερεύνηση της επίδρασης της κατάθλιψης και της διαχείρισης της νόσου στην ποιότητα ζωής ασθενών που υποβάλλονται σε κλασική και παρατεταμένη αιμοκάθαρση» θα σας παρακαλούσα να συμπληρώσετε το παρακάτω ερωτηματολόγιο. Θα σας παρακαλούσα να συμπληρώσετε μόνοι σας το ερωτηματολόγιο με όποια απάντηση αντιστοιχεί στις απόψεις ή τα συναισθήματα που έχετε. Δεν υπάρχει σωστή ή λάθος απάντηση. Τα στοιχεία σας δεν θα γίνουν γνωστά σε κανένα άλλο εκτός από εμένα. Σας διαβεβαιώνω ότι θα τηρηθεί αυστηρά η ανωνυμία σας.

Βεβαίωση Συγκατάθεσης:

Μετά την προσεκτική ανάγνωση των οδηγιών συμπληρώστε τη βεβαίωση συγκατάθεσης, εάν επιθυμείτε τη συμμετοχή σας στη μελέτη.

Έχω διαβάσει την περιγραφή της μελέτης []

Τονίζω ότι η συμμετοχή μου στη μελέτη είναι εθελοντική []

Οι απαντήσεις μου θα αντιμετωπιστούν με εμπιστευτικότητα & ανωνυμία []

Δίνω τη συγκατάθεσή μου για τη συμμετοχή μου στη μελέτη []

Υπογραφή: _____

Ονοματεπώνυμο: _____

Ημερομηνία: _____

A.1 ΕΝΟΤΗΤΑ: Δημογραφικά Χαρακτηριστικά

Παρακαλώ κυκλώστε την απάντησή σας.

A.1.1 Φύλο: 1. Άνδρας 2. Γυναίκα

A.1.2 Ηλικία: ετών

A.1.3 Υπηκοότητα:

1. Ελληνική 2. Μη ελληνική. Παρακαλώ προσδιορίστε:.....

A.1.4 Μορφωτικό επίπεδο:

1. Απόφοιτος/η Δημοτικού 2. Απόφοιτος/η Λυκείου

3. Απόφοιτος/η Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης 4. Κάτοχος Μεταπτυχιακού διπλώματος

5. Κάτοχος Διπλωματικού τίτλου

A.1.5 Οικογενειακή κατάσταση:

1. Άγαμος/η 2. Έγγαμος/η

3. Διαζευμένος/η 4. Χήρος/α

A.1.6 Επαγγελματική κατάσταση:

1. Άνεργος/η 2. Άεργος/η 3. Ιδιωτικός Υπάλληλος

4. Δημόσιος Υπάλληλος 5. Ελεύθερος επαγγελματίας

A.2 ΕΝΟΤΗΤΑ: Κλινικές παράμετροι

A.2.1 Αίτια Νόσου:

1. Διαβητική Νεφροπάθεια 2. Αρτηριακή Υπέρταση

3. Άγνωστη αιτία 4. Σπειραματονεφρίτιδα

5. Άλλο. Παρακαλώ προσδιορίστε:.....

A.2.2 Διάρκεια πρωτοπαθούς νόσου (σε χρόνια):

1. <1 χρόνο 2. 2-5 χρόνια 3. 5-10 χρόνια 4. >10 χρόνια

A.2.3 Διάρκεια αιμοκάθαρσης (σε χρόνια):

1. <1 χρόνο 2. 2-5 χρόνια 3. 5-10 χρόνια 4. >10 χρόνια

A.2.4 Αριθμός φαρμάκων:

1. 1 φάρμακο 2. 2-5 φάρμακα 3. 5-10 φάρμακα 4. >10 φάρμακα

A.2.5 Αριθμός από συνοδά νοσήματα:

1. 1 νόσημα 2. 2-5 νοσήματα 3. 5-10 νοσήματα 4. >10 νοσήματα

A.2.6 Ποια είναι τα συνοδά νοσήματα:

1. Αρτηριακή Υπέρταση 2. Σακχαρώδης Διαβήτης
 3. Καρδιαγγειακή νόσος (ισχαιμική καρδιοπάθεια, κολπική μαρμαρυγή, εγκεφαλικό εισόδιο)
 4. Νόσος περιφερειακής αγγειοπάθειας 5. Εκφυλιστική αρτηριακή νόσος
 6. Άλλο Παρακαλώ προσδιορίστε:..... 7. Τίποτα

A.2.7 Στις περιπτώσεις που έχετε ο Σακχαρώδη Διαβήτη, να σημειωθεί η χρονική διάρκεια του:

1. <1 χρόνο 2. 2-5 χρόνια 3. 5-10 χρόνια 4. >10 χρόνια

A.2.8 Είδος αντιδιαβητικής αγωγής:

1. Αντιδιαβητικά Δισκία 2. Ινσουλίνη
 3. Συνδυασμός 4. Διατροφή

A.2.9 Επάρκεια κάθαρσης:.....

A.2.10 Σωματικό βάρος:.....

B. ΕΝΟΤΗΤΑ: Εργαλείο Ποιότητας Ζωής του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας

B.1 Οι παρακάτω προτάσεις περιγράφουν το πώς αξιολογείτε την ποιότητα ζωής σας. Επιλέξτε την απάντηση που εκφράζει τις σκέψεις, τις απόψεις και τους προβληματισμούς σας και αντιστοιχεί στην ποιότητα ζωής τις τελευταίες 4 εβδομάδες.

	Πολύ Φτωχή (1)	Φτωχή (2)	Ούτε φτωχή- ούτε καλή (3)	Καλή (4)	Πολύ καλή (5)
1. Πώς αξιολογείτε την ποιότητα ζωής σας;					
	Πολύ δυσανεστημέν ος (1)	Δυσανεστημέν ος (2)	Ούτε δυσανεστημένο ς-ούτε ικανοποιημένος (3)	Ικανοποιημένο ς (4)	Πολύ ικανοποιημέν ος (5)
2. Πόσο ικανοποιημένοι είστε με την υγεία σας;					
Οι παρακάτω ερωτήσεις διερευνούν το πόσο συχνά βιώνετε κάποιες καταστάσεις στις τελευταίες 4 εβδομάδες					
	Καθόλου (5)	Λίγο (4)	Αρκετά (3)	Πάρα πολύ (2)	Υπερβολικά πολύ (1)
3. Σε ποιο βαθμό					

πιστεύετε ότι ο σωματικός πόνος σας εμποδίζει από το να πραγματοποιήσετε αυτά που χρειάζεστε;					
4. Πόσο χρειάζεστε οποιαδήποτε ιατρική θεραπεία για να λειτουργήσετε στην καθημερινή σας ζωή;					
5. Πόσο απολαμβάνετε τη ζωή σας;					
6. Σε ποιο βαθμό νιώθετε ότι η ζωή σας έχει νόημα;					
	Καθόλου (1)	Λίγο (2)	Αρκετά (3)	Πάρα πολύ (4)	Υπερβολικά πολύ (5)
7. Σε ποιο βαθμό είστε					

σε θέση να συγκεντρωθείτε;					
8. Πόσο ασφαλής νιώθετε στην καθημερινή σας ζωή;					
9. Πόσο υγιές είναι το φυσικό σας περιβάλλον;					
Οι παρακάτω ερωτήσεις διερευνούν την ικανότητά σας να πραγματοποιήσετε κάποια πράγματα τις τελευταίες 4 εβδομάδες					
	Καθόλου (1)	Λίγο (2)	Αρκετά (3)	Πάρα πολύ (4)	Υπερβολικά πολύ (5)
10. Έχετε αρκετή ενέργεια στην καθημερινή σας ζωή;					
11. Είστε σε θέση να αποδεχθείτε τη σωματική σας εμφάνιση;					
12. Διαθέτετε αρκετά					

χρήματα για να καλύψετε τις ανάγκες σας;					
13. Πόση πρόσβαση έχετε σε πληροφορίες που χρειάζεστε στην καθημερινή σας ζωή;					
14. Σε ποιο βαθμό έχετε την ευκαιρία για δραστηριότητες αναψυχής;					
	Πολύ λίγο (1)	Λίγο (2)	Αρκετά (3)	Καλά (4)	Πολύ καλά (5)
15. Πόσο είσαστε σε θέση να κυκλοφορείτε;					
	Πολύ δυσαρεστημένος (1)	Δυσαρεστημένος (2)	Ούτε δυσαρεστημένος-ούτε ικανοποιημένος	Ικανοποιημένος (4)	Πολύ ικανοποιημένος (5)

			(3)		
16. Πόσο ικανοποιημένοι είστε με τον ύπνο σας;					
17. Πόσο ικανοποιημένοι είστε με την ικανότητά σας να εκτελέσετε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σας;					
18. Πόσο ικανοποιημένοι είστε με την ικανότητά σας για εργασία;					
19. Πόσο ικανοποιημένοι είστε με τον εαυτό σας;					
20. Πόσο ικανοποιημένοι είστε με τις προσωπικές σας σχέσεις;					
	Πολύ δυσαρεστημένοι	Δυσάρεστοι ένοχοι	Ούτε δυσαρεστημένοι	Ικανοποιημένοι ένοχοι	Πολύ ικανοποιημένοι

	ένος (1)	(2)	νος-ούτε ικανοποιημέν ος (3)	(4)	ένος (5)
21. Πόσο ικανοποιημένο είστε με την υποστήριξη που έχετε από τους φίλους σας;					
22. Πόσο ικανοποιημένο είστε με τις συνθήκες διαβίωσής σας;					
23. Πόσο ικανοποιημένο είστε με την πρόσβαση σας στις υπηρεσίες υγείας;					
24. Πόσο ικανοποιημένο είστε με τη μετακίνησή σας;					
Οι παρακάτω ερωτήσεις αναφέρονται στη συχνότητα που αισθανθήκατε ή βιώσατε κάποιες καταστάσεις τις τελευταίες 4 εβδομάδες					

	Ποτέ (5)	Σπάνια (4)	Αρκετά συχνά (3)	Πολύ συχνά (2)	Πάντοτε (1)
25. Πόσο συχνά έχετε αρνητικά συναισθήματα, όπως άσχημη διάθεση, απόγνωση, άγχος, κατάθλιψη;					

Γ. ΕΝΟΤΗΤΑ: Κλίμακα Άγχους και Κατάθλιψης στο νοσοκομείο

Σημειώστε το πλαίσιο δίπλα από την απάντηση που είναι πιο κοντά στα αισθήματά σας την τελευταία εβδομάδα. Μην καθυστερείτε πολύ κατά την επιλογή σας: καταγράψτε την πρώτη σας σκέψη.

K	A		K	A	
		Νιώθω ένταση ή «ότι είμαι διαλυμένος»			Νιώθω σαν να με καθυστερεί κάτι
	3	Τον περισσότερο χρόνο	3		Σχεδόν συνέχεια
	2	Πολύ χρόνο	2		Πολύ συχνά
	1	Ανά διαστήματα, περιστασιακά	1		Κάποιες φορές
	0	Καθόλου	0		Καθόλου
		Ακόμη διασκεδάζω με πράγματα που διασκεδάζα και παλιότερα			Έχω ένα συναίσθημα φόβου σα να σφίγγεται το στομάχι μου:
0		Σίγουρα όσο και πριν	0		Καθόλου
1		Όχι τόσο πολύ	1		Περιστασιακά
2		Μόνο λίγο	2		Αρκετά συχνά
3		Σχεδόν καθόλου	3		Πολύ συχνά
		Έχω ένα συναίσθημα φόβου σα να πρόκειται να συμβεί κάτι κακό:			Έχω χάσει το ενδιαφέρον για την εμφάνιση μου:
	3	Πολύ ξεκάθαρο και αρκετά κακό	3		Φυσικά και συνεχίζω να τον φροντίζω
	2	Ναι, αλλά όχι τόσο σοβαρό	2		Δεν φροντίζω σε σημαντικό βαθμό τον εαυτό μου, όσο θα έπρεπε
	1	Λίγο, αλλά δεν με ανησυχεί	1		Σε μικρότερο βαθμό από ότι πριν
	0	Καθόλου	0		Φροντίζω την εμφάνισή μου όσο

				και παλιότερα
		Μπορώ να γελάσω και να δω την αστεία πλευρά των πραγμάτων		Νιώθω ανήσυχος, σα να πρέπει να κινούμαι συνέχεια
0		Όπως πάντα	3	Σε σημαντικό βαθμό
1		Όχι όπως πριν	2	Αρκετά
2		Σε μικρότερο βαθμό από ότι πριν	1	Όχι και τόσο πολύ
3		Καθόλου	0	Καθόλου
		Ανησυχητικές σκέψεις περνούν από το μυαλό μου		Νιώθω ευχάριστη ανυπομονησία για διάφορες δραστηριότητές
	3	Το μεγαλύτερο μέρος του χρόνου	0	Όπως πάντα
	2	Πολλές φορές	1	Σχεδόν λιγότερο από πριν
	1	Ανά δαστήματα, όχι όμως τόσο συχνά	2	Σίγουρα λιγότερο από πριν
	0	Μόνο περιστασιακά	3	Σχεδόν καθόλου
		Νιώθω χαρούμενος:		Έχω ξαφνικά αισθήματα πανικού
3		Καθόλου	3	Πολύ συχνά
2		Όχι συχνά	2	Αρκετά συχνά
1		Κάποιες φορές	1	Όχι πολύ συχνά
0		Τις περισσότερες φορές	0	Καθόλου
		Μπορώ να κάθομαι άνετα και να αισθάνομαι χαλαρός/η		Μπορώ να απολαύσω ένα καλό βιβλίο, ραδιόφωνο ή ένα τηλεοπτικό πρόγραμμα
	0	Σίγουρα	0	Συχνά
	1	Συνήθως	1	Κάποιες φορές

	2	Όχι συχνά	2		Όχι συχνά
	3	Καθόλου	3		Πολύ σπάνια

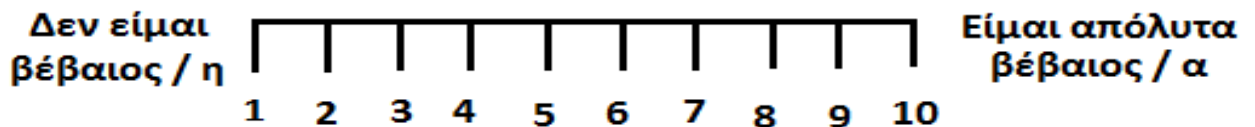
ΣΚΟΡ**Κατάθλιψη (Κ)****Άγχος (Α).....**

Δ. ΕΝΟΤΗΤΑ: Κλίμακα Αυτο-αποτελεσματικότητας Διαχείρισης Χρόνιας Νόσου

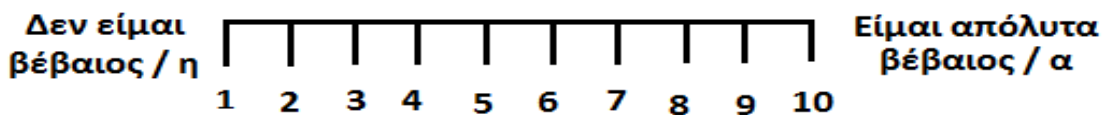
Για κάθε μια από τις παρακάτω ερωτήσεις, παρακαλώ βάλτε σε κύκλο ποιος αριθμός αντιπροσωπεύει την άποψή σας ότι μπορείτε να πραγματοποιήσετε τις δραστηριότητες που περιγράφονται σήμερα. Η απάντησή σας θα τοποθετηθεί στην κλίμακα από 1 (δεν είμαι βέβαιος) έως 10 (είμαι απόλυτα βέβαιος).

Πόσο σίγουροι είστε ότι μπορείτε να

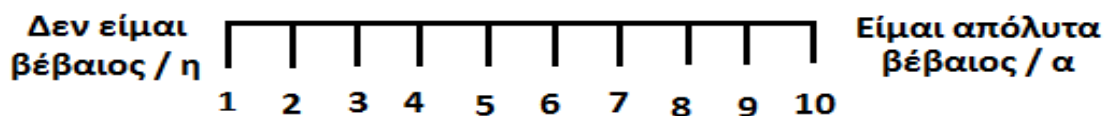
1. Μην επιτρέψετε την κόπωση που αισθάνεστε εξαιτίας της νόσου σας να σας εμποδίσει από τις δραστηριότητες που θέλετε να κάνετε.



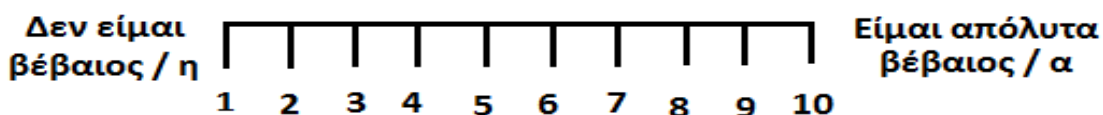
2. Μην επιτρέψετε τη σωματική κόπωση ή πόνο εξαιτίας της νόσου σας να σας εμποδίσει από τις δραστηριότητες που θέλετε να κάνετε.



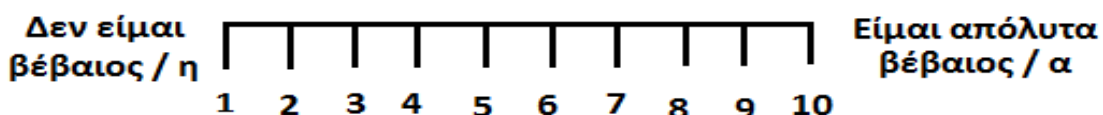
3. Μην επιτρέψετε τη συναισθηματική κόπωση εξαιτίας της νόσου σας να σας εμποδίσει από τις δραστηριότητες που θέλετε να κάνετε.



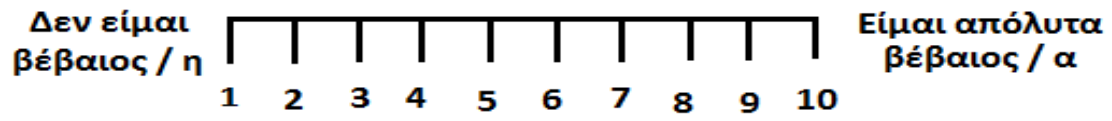
4. Μην επιτρέψετε άλλα συμπτώματα ή προβλήματα υγείας που έχετε να σας εμποδίσουν από τις δραστηριότητες που θέλετε να κάνετε.



5. Πραγματοποιήσετε διαφορετικές δραστηριότητες για να αντιμετωπίσετε την κατάσταση της υγείας σας ώστε να μειώσετε την ανάγκη σας να επισκεφθείτε το γιατρό



6. Να πραγματοποιήσετε πράγματα άλλα από το να παίρνετε τα φάρμακά σας ώστε να μειώσετε την επίδραση της νόσου στην καθημερινή σας ζωή



Ευχαριστώ για τη συμμετοχή σας

