

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΑΤΡΩΝ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ  
«ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΝΕΦΡΙΚΗ  
ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ»

«LIFE QUALITY OF PATIENS WITH RENAL FAILURE»



ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ: ΜΠΡΕΝΤΑ ΓΕΩΡΓΙΑ

ΣΥΝΤΑΚΤΕΣ: ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ ΓΚΙΖΑΛΗ  
ΑΝΤΖΕΛΑ ΤΣΟΜΠΟ  
ΕΛΒΙΡΑ ΦΑΣΙΛΗ

ΠΑΤΡΑ, 2020

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ- ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

---

Η παρούσα πτυχιακή εργασία συνιστά την τελική εργασία για την επιτυχή ολοκλήρωση της φοίτησης μας στο Πανεπιστήμιο Πατρών ( πρώην ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας ) , του τμήματος Νοσηλευτικής. Πρόκειται για μια ερευνητική εργασία η οποία στοχεύει στη διερεύνηση της ποιότητας ζωής των ασθενών με νεφρική ανεπάρκεια.

Με την ολοκλήρωση της εν λόγω πτυχιακής εργασίας θα ήθελα να ευχαριστήσω την εισηγήτρια μου κ. Μπρέντα Γεωργία, η οποία με βοήθησε με τις καίριες κατευθύνσεις και τις εύστοχες υποδείξεις ως προς την επιτυχή έκβαση της ερευνητικής πτυχιακής μας εργασίας. Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω για τη συμμετοχή τους στην ερευνητική μου εργασία, τα άτομα που υποβάλλονται στη διαδικασία της αιμοκάθαρσης στις μονάδες που επισκέφθηκα και το προσωπικό των μονάδων αυτών.

Τέλος θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τις οικογένειες μας για την ενθάρρυνση και την στήριξη τους κατά τη διάρκεια εκπόνησης της παρούσας πτυχιακής εργασίας.

Με εκτίμηση,  
Ελβίρα Φασιλή  
Άντζελα Τσόμπο  
Ευαγγελία Γκίζαλη

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

---

**Εισαγωγή:** Η χρόνια νεφρική νόσος είναι η προοδευτική, γενικά μη αναστρέψιμη μείωση της νεφρικής λειτουργίας που προκαλείται από βλάβη του νεφρού ποικίλης αιτιολογίας. Σύμφωνα με σύγχρονες έρευνες η χρόνια νεφρική νόσος εμφανίζεται συχνότερα σε υποανάπτυκτες χώρες εξαιτίας της χαμηλής ποιότητας ζωής και του ακριβού κόστους της θεραπείας. Παρόλα αυτά γίνονται μεγάλες προσπάθειες και έρευνες για να σταματήσει η εξέλιξη της νόσου ώστε να φτάσει ο ασθενής στο βέλτιστο επίπεδο της αποκατάστασης του.. Σημαντικό ρόλο σε αυτό διαδραματίζει ο νοσηλευτής καθώς παρέχει στον ασθενή τη σωστή ενημέρωση και φροντίδα προκειμένου το άτομο που πάσχει από νεφρική ανεπάρκεια να έχει μια καλύτερη ποιότητα ζωής.

**Σκοπός:** Η παρούσα ερευνητική εργασία στοχεύει στην διερεύνηση της ποιότητας ζωής των ασθενών που πάσχουν από νεφρική ανεπάρκεια .

**Συμπεράσματα:** Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια επιδρά στη ποιότητα ζωής των νεφροπαθών. Το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος αποτελούνταν από άντρες και επίσης η πλειοψηφία δεν ήταν ικανοποιημένοι από την τωρινή κατάστασή τους. Υπήρχε όμως και ένα ικανοποιητικό ποσοστό που έδειχνε ότι η ικανοποίηση από τη ζωή τους προερχόταν από το κατά πόσο είναι δραστήριοι και οι περισσότεροι μάλιστα δήλωσαν ότι εξακολουθούν να κρατάνε επαφές με τα αγαπημένα τους πρόσωπα και τις οικογένειές τους.

**Μεθοδολογία:** Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 71 νεφροπαθείς που υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση στη MTN «Κυανούς Σταυρός» στη Πάτρα. Για την συλλογή δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ένα ερωτηματολόγιο που αποτελούνταν από δύο μέρη: το πρώτο μέρος αφορούσε τα δημογραφικά στοιχεία και ατομικό ιστορικό των ασθενών και το δεύτερο μέρος ήταν το ερωτηματολόγιο Missula - Vitas® Quality of life index- Version 15R.

**Αποτελέσματα:** Από την ανάλυση των δεδομένων και κατόπιν στατιστικής επεξεργασίας με το IBM-SPSS Statistics Data Editor λάβαμε τα αποτελέσματα σχετικά με την ποιότητα ζωής ασθενών με νεφρική ανεπάρκεια.

**Λέξεις κλειδιά:** ποιότητα ζωής, νεφρική νόσος, νεφρική ανεπάρκεια, αιμοκάθαρση, τεχνητό νεφρό.

## SUMMARY

---

**Introduction:** Chronic kidney disease is a progressive, non reversible seduction of kidney function that is reliable to renal damage of various causes. According to recent research, chronic renal disease is more common in underdeveloped countries due to the low quality of life and the high cost of treatment. Nevertheless, great efforts and researches are made to stop the progression of the disease and to reach the optimal level of the patient's recovery. Nurses play an important part in this as they provide the patient with the right information and care in order for the person suffering from chronic renal failure to have a better quality of life.

**Purpose:** This research aims to investigate the quality of life of patients with renal failure.

**Methodology:** The sample of the study consisted of 71 kidney patients who underwent dialysis at the AKU "KYANOYS STAYROS" in Patras. A questionnaire consisting of two parts was used for data collection: the first part was about the demographics and individual history of the patients and the second part was the questionnaire MISSOULA - VITAS® QUALITY OF LIFE INDEX - VERSION – 15R.

**Results:** The present research paper aim to the quality of life research of patients with renal failure

**Conclusions:** The results of the research showed that chronic renal failure affects the quality of life of kidney patients. Most of the sample consisted of men and also the majority were not satisfied with their current situation. However, there was a satisfactory percentage that showed that the satisfaction from their life came from how active they are and most of them even stated that they still keep in touch with their loved ones and their families.

**Keywords:** quality of life, renal failure, kidney disease, dialysis, artificial kidney.

## Περιεχόμενα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	2
SUMMARY .....	3
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	6

### ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>

##### ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ

1.1 Ορισμός.....	7
1.2 Αίτια - Παράγοντες κινδύνου .....	7
1.2.1 Αίτια.....	7
1.2.2 Παράγοντες κινδύνου.....	8
1.3 Κλινική Εικόνα.....	9
1.4 Επιδημιολογία .....	11
1.5 Θεραπεία .....	13
1.5.1 Θεραπεία της υποκείμενης αιτίας.....	13
1.5.2 Επιβράδυνση της φυσικής ( μη σχετιζόμενης με την ασθένεια) εξέλιξης της ΧΝΝ.....	13
1.5.3 Θεραπευτικές μέθοδοι.....	14
1.5.3.1 Εξωνεφρική κάθαρση.....	14
1.5.3.1.1 Αιμοκάθαρση .....	15
1.5.3.1.2 Περιτοναϊκή κάθαρση .....	16
1.5.3.2 Μεταμόσχευση νεφρού .....	17

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>

##### ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

2.1 Θεωρητική προσέγγιση της υγείας.....	20
2.2 Θεωρητική προσέγγιση και έννοια της ποιότητας ζωής .....	20
2.3 Ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με την υγεία .....	21
2.4 Εργαλεία μέτρησης ποιότητας ζωής .....	23
2.4.1 Εργαλεία Γενικής Χρήσης (Generic instrument) .....	24

2.4.2 Εργαλεία συγκεκριμένων ασθενειών (Disease Specific Instruments) .....	27
2.5 Ποιότητα ζωής και Νεφρική ανεπάρκεια.....	29
2.5.1 Ποιότητα ζωής.....	29
2.5.2 Παράγοντες που επιδρούν ποιότητα ζωής των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών .....	30
2.5.3 Στάδια προσαρμογής.....	32
2.5.4 Ψυχολογικά προβλήματα αιμοκαθαιρόμενων ασθενών.....	33

## **ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>**

#### **ΕΡΕΥΝΑ**

3.1 Σκοπός της έρευνας.....	34
3.2 Εργαλεία της έρευνας.....	34
3.3 Δειγματοληψία .....	35
3.4 Ηθική και δεοντολογία.....	35
3.5 Περιορισμοί της έρευνας.....	35
3.6 Αποτελέσματα της έρευνας.....	36
3.6.1 Δημογραφικά στοιχεία .....	36
3.6.2 Ατομικό ιστορικό .....	40
3.6.3 MISSOULA - VITAS® QUALITY OF LIFE INDEX - VERSION – 15R .....	48

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>**

<b>ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ</b> .....	64
<b>ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ</b> .....	67
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b> .....	69
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ</b> .....	73

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

---

Η παρούσα πτυχιακή εργασία μελετά την ποιότητα ζωής των ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση λόγω της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας και την επίδραση που έχει στην ψυχική υγεία των ασθενών καθώς και στην κοινωνική τους ζωή. Το ερευνητικό αυτό αντικείμενο είναι ιδιαίτερος σημαντικό, γιατί έχει άμεσο αντίκτυπο και στον ίδιο τον ασθενή αλλά και στο ευρύτερο οικογενειακό και κοινωνικό του περιβάλλον επηρεάζοντας την ποιότητα ζωής του.

Σύμφωνα με μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί η επίδραση στην ποιότητα ζωής των αιμοκαθαρόμενων είναι αποτέλεσμα των επιπλοκών που ενδεχομένως προκαλούνται κατά τη διάρκεια της αιμοκάθαρσης, αλλά και των μεταβολών που προκύπτουν στην καθημερινότητά τους και τις κοινωνικές τους σχέσεις και επαφές λόγω της συγκεκριμένης νόσου. Η συνεχής εξάρτηση από το μηχάνημα και το νοσηλευτικό προσωπικό και η ανάγκη παραίτησης από διάφορες δραστηριότητες έχουν επιπτώσεις στην ψυχική υγεία των ασθενών, προκαλώντας άγχος και κατάθλιψη. Η δημιουργία στρεσογόνων καταστάσεων και η επιβάρυνση της ψυχικής και συναισθηματικής τους κατάστασης με βάση ερευνητικές μελέτες προκαλεί επιπολασμό του πόνου και συντελεί στην εμφάνιση σωματικών συνδρόμων που σχετίζονται με την ψυχική υγεία των ασθενών.

Η δομή της παρούσας μελέτης περιλαμβάνει δύο μέρη: το γενικό και το ειδικό μέρος. Στο πρώτο κεφάλαιο του γενικού μέρους γίνεται μια θεωρητική προσέγγιση της νεφρικής ανεπάρκειας. Στο δεύτερο κεφάλαιο παρουσιάζεται η έννοια της υγείας σε συνδυασμό με την θεωρητική προσέγγιση της ποιότητας ζωής.

Στο ειδικό μέρος παρουσιάζεται ο σκοπός και τα ερωτήματα της παρούσας μελέτης. Περιγράφεται το δείγμα της έρευνας, αναλύονται τα ερευνητικά εργαλεία και η μέθοδος στατιστικής ανάλυσης των δεδομένων. Στη συνέχεια γίνεται παράθεση των αποτελεσμάτων της έρευνας, συζήτηση των ευρημάτων και τέλος αναφέρονται τα συμπεράσματα καθώς και προτάσεις για την βελτίωση της ζωής των ατόμων που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση.

# ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>

### ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ

---

#### 1.1 Ορισμός

Η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια (ΧΝΑ) είναι μια προοδευτική μη αναστρέψιμη μείωση της νεφρικής λειτουργίας η οποία προκαλείται από βλάβη του νεφρού. Τα νεφρά δεν λειτουργούν σωστά με αποτέλεσμα όλες οι άχρηστες ουσίες να μην αποβάλλονται από τα ούρα και να συσσωρεύονται στο αίμα δημιουργώντας προβλήματα στον οργανισμό. Η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια ξεκινά ήπια και μπορεί να φτάσει μέχρι τελικού σταδίου νεφρικής ανεπάρκειας μια διαδικασία που μπορεί να διαρκέσει από 2 έως 10 χρόνια (Herold, 2014).

Οξεία νεφρική νόσος (Ο.Ν.Ν) ή οξεία νεφρική ανεπάρκεια (Ο.Ν.Α) καλείται η ξαφνική ελάττωση ή διακοπή της λειτουργίας των νεφρών. Στην οξεία νεφρική ανεπάρκεια οι νεφροί αδυνατούν πλήρως να διατηρήσουν την ισορροπία ύδατος και ηλεκτρολυτών του οργανισμού. Αποτέλεσμα της μη λειτουργίας των νεφρών είναι η συσσώρευση άχρηστων προϊόντων του μεταβολισμού, υγρών και ηλεκτρολυτών στον οργανισμό. Η συσσώρευση αυτή μπορεί να προκαλέσει σημαντικά προβλήματα στην υγεία καθώς και μπορεί να οδηγήσει σε θάνατο (Koza, 2016).

#### 1.2 Αίτια - Παράγοντες κινδύνου

##### 1.2.1 Αίτια

Ένας μεγάλος αριθμός από κληρονομικές, συγγενείς, ιδιοπαθείς και δευτεροπαθείς αιτίες των νεφρών μπορεί να προκαλέσουν χρόνια νεφρική ανεπάρκεια. Βασικότερες αιτίες που μπορεί να προκαλέσουν χρόνια νεφρική ανεπάρκεια είναι ο σακχαρώδη διαβήτη, η αρτηριακή υπέρταση και οι σπειραματονεφρίτιδες. Λιγότερο συχνές αιτίες χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας είναι οι πολυκυστικοί νεφροί, η απόφραξη της αποχετευτικής μούρας των νεφρών και οι λοιμώξεις (Μουτσόπουλος, 2009).

Τα συχνότερα αίτια είναι:

- Ο σακχαρώδης διαβήτης, είτε τύπου I είτε τύπου II, αποτελεί το συχνότερο αίτιο νεφρικής ανεπάρκειας παγκοσμίως
- Η υπέρταση



- Οι διαφόρων τύπων σπειραματονεφρίτιδες, φλεγμονές δηλαδή που επηρεάζουν τη δομή των σπειραμάτων
- Συγγενείς και κληρονομικές παθήσεις των νεφρών, με συχνότερη την πολυκυστική νόσο των νεφρών
- Η απόφραξη της αποχετευτικής οδού των ούρων, είτε από υπερτροφία του προστάτη, είτε από λίθους, κακοήθειες ή από κυστεοουρητηρική παλινδρόμηση
- Στένωση των νεφρικών αρτηριών
- Λοιμώξεις (πυελονεφρίτιδα)
- Τοξίνες και φάρμακα. Η χρόνια κατάχρηση αναλγητικών αλλά και αντιβιοτικά όπως οι αμινογλυκοσίδες μπορεί να προσβάλλουν μόνιμα τη νεφρική λειτουργία.

### 1.2.2 Παράγοντες κινδύνου

Με βάση τα ανωτέρω αίτια, μπορούμε να καθορίσουμε και τους παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση νεφρικής ανεπάρκειας. Αυξημένο κίνδυνο για νεφρική ανεπάρκεια (και συνεπώς ανάγκη για έλεγχο της νεφρικής λειτουργίας), εμφανίζουν όσοι έχουν:

- Σακχαρώδη διαβήτη
- Υπέρταση
- Χρόνια σπειραματονεφρίτιδα
- Συγγενή νόσο των νεφρών
- Αθηροσκλήρυνση
- Απόφραξη της ουροφόρου οδού
- Οικογενειακό ιστορικό νεφρικής νόσου
- Ηλικία μεγαλύτερη των 60 ετών
- Έκθεση σε τοξικούς παράγοντες ή νεφροτοξικά φάρμακα
- Ρευματικό νόσημα όπως ο συστηματικός ερυθρεμάτης λύκος
- Δρεπανοκυτταρική αναιμία

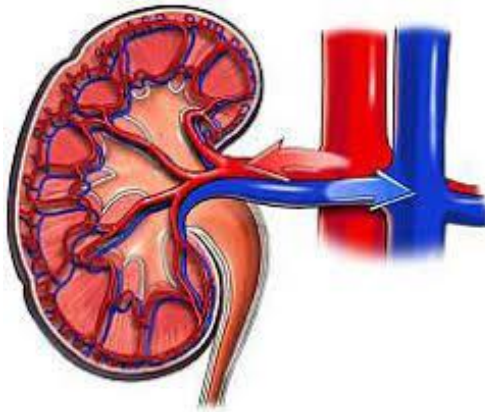
Έλεγχο νεφρικής λειτουργίας όμως θα χρειαστούν και όσοι παρατηρήσουν αλλαγές στην ποσότητα και το χρώμα των ούρων, αίμα στα ούρα, πόνο στην οσφυϊκή χώρα, ναυτία ή εμέτους, αλλαγές στην όρεξη και τις δυνάμεις τους, αλλαγές στο χρώμα του δέρματος, κνησμό (φαγούρα), μυϊκές κράμπες, μεταβολές στο βάρος, οίδημα (πρήξιμο) στα πόδια, τα βλέφαρα ή και τη ράχη, ανεξήγητους πονοκεφάλους.

### 1.3 Κλινική Εικόνα

Τα κλινικά χαρακτηριστικά της Χρονιάς Νεφρικής Ανεπάρκειας ( ΧΝΑ ) ποικίλουν ανάλογα την υποκείμενη αιτία και το στάδιο της νεφρικής νόσου. Στα πρώτα στάδια της νόσου, τα οποία μπορεί να διαρκέσουν από λίγους μήνες έως 30 χρόνια, οι περισσότεροι ασθενείς δεν έχουν κανένα σύμπτωμα. Αυτό ονομάζεται «σιωπηλή» φάση της νόσου. Κύριο συμπτώματα της, είναι η αυξημένη αρτηριακή πίεση και τα επίπεδα ουρίας έχουν ανοδική πορεία. Πρόκειται για τα πρώτα συμπτώματα που σηματοδοτούν την ύπαρξη νεφρικής δυσλειτουργίας. Ωστόσο, παρατηρείται σημαντική μείωση των πρωτεϊνών στα ούρα. Αυτό οφείλεται στο ότι οι νεφροί υπό φυσιολογικές συνθήκες αποβάλλουν τις άχρηστες ουσίες του οργανισμού, όμως όταν δεν λειτουργούν φυσιολογικά δεν μπορούν να ξεχωρίσουν τις πρωτεΐνες ανάμεσα από τις άχρηστες ουσίες, με αποτέλεσμα την απώλεια τους στα ούρα. Επιπλέον, συμπτώματα που μπορούν να εμφανιστούν κατά την διάρκεια της νόσου είναι η πολουρία, η νυχτουρία, η εύκολη κόπωση, η χρόνια αναιμία λόγω μειωμένης παραγωγής ερυθροποιητίνης, η χρόνια ανοχή στα φάρμακα της υπέρταση, η χαρακτηριστική απόπνοια με οσμή αμμωνίας, ναυτία, εμετοί, λόξυγκας, ξηρή και επιχριστική γλώσσα, ξηρό δέρμα, παραμόρφωση των αρθρώσεων και ραχίτιδα. Σημαντικά είναι τα οιδήματα που προκαλούνται από τις διαταραχές των ηλεκτρολυτών, της κατακράτησης υγρών και των αυξημένων επιπέδων φωσφόρου ή νατρίου όπου παρατηρούνται κυρίως στα πόδια και στους αστραγάλους (Hebert et al., 2014).

Τα συμπτώματα της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας

- Μειωμένη παραγωγή ούρων
- Οίδημα κάτω άκρων
- Κούραση, υπνηλία, καταβολή
- Ναυτία ή και έμετοι
- Ανορεξία
- Πονοκέφαλος και προβλήματα ύπνου
- Απώλεια βάρους
- Σύγχυση



**Εικόνα 1:** Αιμάτωση νεφρών

**Πηγή:** [www.nephrologia.gr](http://www.nephrologia.gr)

Η κλινική εξέλιξη της Οξείας Νεφρικής Ανεπάρκειας ( ΟΝΑ ) καθορίζεται στη πλειονότητα της από μια παροδική διαταραχή της νεφρικής λειτουργίας έως μια παρατεταμένη και συχνά απειλητική για τη ζωή νεφρική ανεπάρκεια. Η δυσλειτουργία αυτή περιλαμβάνει τρεις φάσεις σε κάθε μια από της οποίες εμφανίζονται και τα υποκείμενα συμπτώματα της νόσου. Ο χρόνος ανάμεσα στην αρχική βλάβη μέχρι την εμφάνιση της νεφρικής διαταραχής ονομάζεται αρχική φάση και έχει μεγάλη βαρύτητα ως προς την εξέλιξη αυτής της βλάβης. Στη φάση της συντήρησης παρατηρείται ολιγουρία δηλαδή μείωση του όγκου των ούρων (<500mL/ημέρα ) ή ανουρία δηλαδή ο όγκος των ούρων να είναι περίπου (<100mL/ημέρα ). Σε ορισμένες μόνο περιπτώσεις , ο όγκος των ούρων παραμένει στα φυσιολογικά επίπεδα, αν και η ποιότητάς τους είναι πτωχή, ο GFR εξαιρετικά μειωμένος , ενώ η κρεατίνη και η ουρία αυξάνονται. Χαρακτηριστικό της φάσης συντήρησης είναι ότι διαρκεί 10-14 ημέρες ανάλογα με τη φύση της βλάβης. Η τελική φάση αποτελεί τη φάση ανάρρωσης και αποκατάστασης.

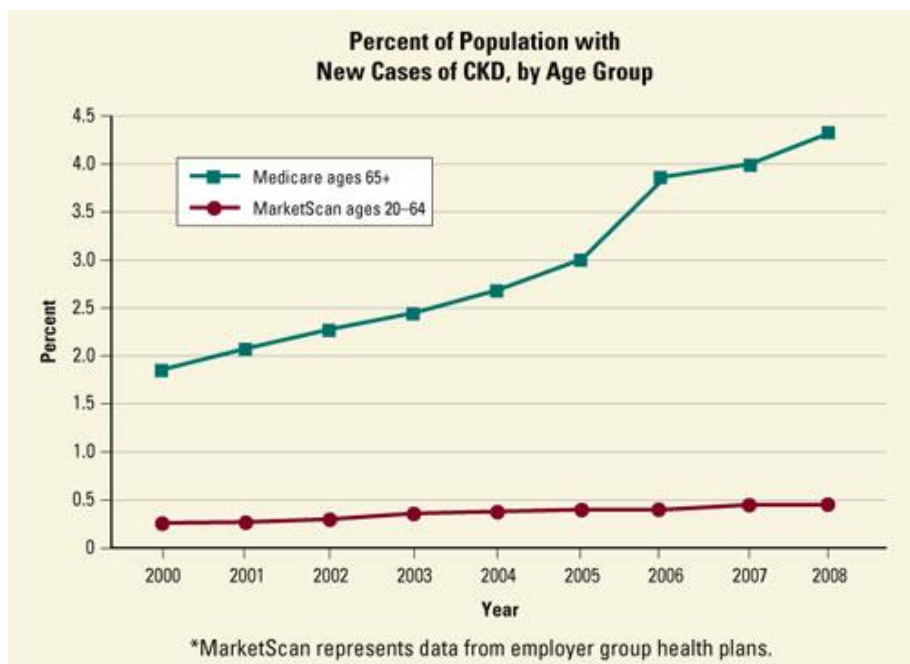
#### **Τα συμπτώματα της οξείας νεφρικής ανεπάρκειας**

- Μικρή ή καθόλου παραγωγή ούρων
- Χαμηλά επίπεδα αρτηριακής πίεσης
- Ταχυκαρδία
- Δίψα
- Οίδημα που εντοπίζεται κυρίως στα πόδια
- Ανορεξία
- Ανησυχία, άγχος, σύγχυση, υπνηλία
- Δύσπνοια, πόνος στον θώρακα

## 1.4 Επιδημιολογία

Ο αριθμός των ασθενών με χρόνια νεφρική νόσο (XNN) και η επακόλουθη ανάγκη για θεραπεία νεφρικής αποκατάστασης έχουν λάβει διαστάσεις επιδημίας και αναμένεται να αυξηθούν ακόμα περισσότερο. Η χρόνια νεφρική νόσος προσβάλλει περίπου 10% του πληθυσμού παγκοσμίως και εκτιμάται ότι σήμερα περισσότεροι από 1,1 εκατομμυρίων ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο τελικού σταδίου χρήζουν θεραπείας συντήρησης με εξωνεφρική κάθαρση, ο αριθμός που αυξάνεται με ρυθμό 7% ανά έτος. Αν αυτή η τάση συνεχιστεί ο αριθμός θα υπερβεί τα 2 εκατομμύρια. Οι υπολογισμοί αυτοί δεν έχουν συμπεριλάβει τις χώρες του τρίτου κόσμου στις οποίες υπάρχει περιορισμένη δυνατότητα και πρόσβαση στις μεθόδους κάθαρσης, συνεπώς υποτιμούν τις πραγματικές ανάγκες. (USRDS, 2016)

Πιο συγκεκριμένα στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής (ΗΠΑ) ο αριθμός των ασθενών με τάση σε ΧΝΑ το 2014 ήταν 120.688 με συχνότητα εμφάνισης 379 περιπτώσεις \ 1.000.000\έτος. Ο επιπολασμός της νόσου ήταν 3,7 φορές μεγαλύτερος στους μαύρους , 1,4 φορές μεγαλύτερος στους γηγενείς Αμερικανούς και 1,5 φορές μεγαλύτερος στους Ασιάτες. Περίπου 9.6% των ενηλίκων πάσχουν από χρόνια νεφρική νόσο ,19 εκατομμύρια άτομα και σχεδόν 3% των ατόμων του πληθυσμού εμφανίζει τιμή κρεατίνης ορού > 1.4 mg/dl. Οι ΗΠΑ ξοδεύουν το 10% του προϋπολογισμού για την υγεία, για τη ΧΝΝ, ποσό 48,5 δισεκατομμύρια δολάρια. Τα 42 δισεκατομμύρια για την τάση σε ΧΝΝ. Περίπου 8.8% παρουσιάζουν ήπια αλβουμινουρία (αλβουμίνη ούρων > 30mg/24h) , ποσοστό 4.7% των ενηλίκων του γενικού πληθυσμού στις ΗΠΑ παρουσιάζει GFR < 60 ml/min/ 1.73 m<sup>2</sup> δηλαδή ΧΝΑ σταδίου 3. Ασθενείς με ΧΝΑ σταδίου 1 και 2 εμφανίζονται με ανάλογα ποσοστά στο γενικό πληθυσμό δηλαδή 3- 3.5% .Ασθενείς με ΧΝΑ σταδίου 4 και 5 αποτελούν το μικρότερο ποσοστό (0.2% ). Στο Ηνωμένο Βασίλειο η επίπτωση της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας τελικού σταδίου έχει διπλασιαστεί μέσα στην τελευταία δεκαετία και πλέον ανέρχεται σε 101 ασθενείς ανά εκατομμύριο πληθυσμού, ενώ στην Ευρώπη και στην ΗΠΑ η μέση επίπτωση είναι μεγαλύτερη και ανέρχεται περίπου σε 135 και 336 ανά εκατομμύριο πληθυσμού αντίστοιχα (Plantinga L. C., et al,2010).



**Πίνακας 1 :** Ο αριθμός των ασθενών με Χρόνια Νεφρική Νόσο (XNN) ανά έτος  
**Πηγή:** [https://static.livemedia.gr/services/conferre/userfiles/used0\\_20191126134927\\_1.xristodoulidou134927.pdf](https://static.livemedia.gr/services/conferre/userfiles/used0_20191126134927_1.xristodoulidou134927.pdf)

Στην Ελλάδα η καταγραφή δεδομένων ασθενών με τάση ΧΝΝ ξεκίνησε το 1973 , ενώ το 1985 ξεκίνησε να λειτουργεί η Υπηρεσία Συντονισμού και Ελέγχου (ΥΣΕ ) χρόνιας νεφρικής νόσου με στόχο την κατανομή του πληθυσμού των ασθενών που πάσχουν από τη νόσο ανά μέθοδο θεραπείας ,πρωτοπαθούς νόσου ή άλλων μεταβλητών καθώς και την παρακολούθηση του επιπολασμού και της θνησιμότητας. Στην χώρα μας περισσότεροι από 10.000 ασθενών πάσχουν από ΧΝΑ τελικού σταδίου οι οποίοι για να επιβιώσουν υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση με τεχνητό νεφρό , περιτοναϊκή κάθαρση και μεταμόσχευση νεφρού. Η ΧΝΝ έχει σχέση με την εμφάνιση πολλών επιπλοκών σε πολλά όργανα όπως οστά αγγεία, καρδιά. Το 10%-14% του ενήλικα πληθυσμού ( περίπου 500 εκ.) έχει κάποια μορφή ΧΝΝ. Το 2010 >1,5 εκ. πληθυσμού ήταν σε θεραπεία υποκατάστασης νεφρικής λειτουργίας .Σήμερα περίπου 2 εκ. ασθενείς με ΧΝΝ (αντιπροσωπεύουν 10% όσων έχουν ανάγκη θεραπείας) , ενώ 50% των ασθενών με ΧΝΝ πάσχουν από ΣΔ και καρδιαγγειακή νόσο.

Η ΧΝΝ κοστίζει στη παγκόσμια κοινότητα κάθε χρόνο χιλιάδες νεκρούς και δισεκατομμύρια ευρώ είναι το κόστος σε όλο τον κόσμο λόγω της ιδιαίτερα υψηλής νοσηρότητας και θνητότητας των ασθενών και του υψηλού κόστους της εξωνεφρικής κάθαρσης καθώς και των φαρμάκων που χορηγούνται για την αντιμετώπιση των επιπλοκών της νόσου . Από στοιχεία του ΙΚΑ για το κόστος της αιμοκάθαρσης το 2001, υπολογίζεται ότι το κόστος ανά ασθενή ανέρχεται περίπου σε 30.000 ευρώ το χρόνο. Για το σύνολο των

ασφαλισμένων ασθενών σε αιμοκάθαρση κατά τη διάρκεια του 2001 το ΙΚΑ δαπάνησε συνολικά 134.080. 500 ευρώ, και αν στο ποσό αυτό συνυπολογισθούν και τα έξοδα μετακίνησης (8.200.467 ευρώ) και οι συντάξεις αναπηρίας (28.879.920 ευρώ) η δαπάνη ξεπερνά τα 171 εκ. ευρώ το χρόνο (Σουλιώτης και συν., 2009).

## **1.5 Θεραπεία**

### **1.5.1 Θεραπεία της υποκείμενης αιτίας**

Η βελτίωση της υποκείμενης αιτίας μπορεί να επιβραδύνει την εξέλιξη της νεφρικής νόσου αλλά σπανίως τη σταματάει εντελώς. Για την αντιμετώπιση της σπειραματονεφρίτιδας (συμπεριλαμβανομένης της μεμβρανώδους νεφροπάθειας, της IgA νεφροπάθειας, της εστιακής τμηματικής σπειραματικής σκλήρυνσης) έχουν χρησιμοποιηθεί ποικίλες στρατηγικές ανοσοκαταστολής. Εκτός από την θεραπεία του Ponticelli για τη μεμβρανώδη νεφροπάθεια, οι υπόλοιπες θεραπείες έχουν υπάρξει απογοητευτικές. Συγκεκριμένα, η IgA νεφροπάθεια, η πιο κοινή σπειραματονεφρίτιδα που προκαλεί ΧΝΝ, αντιστέκεται ιδιαίτερα στη θεραπεία. Εκτός από τις σπειραματονεφρίτιδες, η νεφρική αρτηριακή στένωση, μία άλλη αιτία της ΧΝΝ, επίσης δεν είναι δυνατόν να αντιμετωπιστεί με αγγειοπλαστική και τοποθέτηση stent. Ακόμη, επιτακτική κρίνεται η ανάγκη αντιμετώπισης της απόφραξης του ουροποιητικού συστήματος, μίας ακόμη αιτίας της ΧΝΝ, καθώς φαίνεται ότι αυτή επιβραδύνει ή και διακόπτει την εξέλιξη της ΧΝΝ, ιδιαίτερα εάν δεν έχει ακόμη εμφανιστεί πρωτεϊνουρία. Τέλος, υπάρχουν δεδομένα ότι ο αυστηρός έλεγχος των επιπέδων γλυκόζης στο αίμα έχει θετικές επιδράσεις στην πρόιμη διαβητική νεφροπάθεια επιβραδύνοντας την εξέλιξή της. (Haynes, 2010 )

### **1.5.2 Επιβράδυνση της φυσικής ( μη σχετιζόμενης με την ασθένεια) εξέλιξης της ΧΝΝ**

Για την επιβράδυνση της νόσου κρίνεται απαραίτητη η διατήρηση των επιπέδων της αρτηριακής πίεσης (< 130/80 mmHg ), καθώς τα υψηλά επίπεδα αρτηριακής πίεσης σχετίζονται με την ταχύτερη έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας. Εξίσου σημαντικό ρολό στην ελάττωση της εξέλιξης της ΧΝΝ παίζουν η διακοπή του καπνίσματος και η αντιμετώπιση της παχυσαρκίας , όπως επίσης και η διακοπή της λήψης μη στεροειδών φαρμάκων τα οποία έχουν ενοχοποιηθεί για την εσπευσμένη εξέλιξη της ΧΝΝ καθώς επηρεάζουν την αιμοδυναμική των νεφρών (Haynes, 2010 ).

### 1.5.3 Θεραπευτικές μέθοδοι

Καθώς η ΧΝΝ εξελίσσεται, κάποια στιγμή η νεφρική λειτουργία μειώνεται σε ένα επίπεδο το οποίο δεν είναι επαρκές για τη διατήρηση της υγείας των ασθενών και συνήθως είναι το επίπεδο στο οποίο ο ΡΣΔ έχει ελαττωθεί κάτω από τα 15 ml/min/1.73 m<sup>2</sup> (ΧΝΝ σταδίου 5). Σε αυτό το σημείο οι νεφρολόγοι θα πρέπει να εκτιμήσουν τα οφέλη, τους κινδύνους και τα μειονεκτήματα της έναρξης μιας θεραπείας νεφρικής υποκατάστασης ή μιας συντηρητικής αντιμετώπισης των συμπτωμάτων της νόσου. Βέβαια, συγκεκριμένες κλινικές εκτιμήσεις και χαρακτηριστικές επιπλοκές της νόσου (υπερκαλιαιμία, υπερφωσφαταιμία, νευρολογικές διαταραχές, αναιμία κ.λπ.) μπορεί να υποδείξουν την έναρξη μιας θεραπείας νεφρικής υποκατάστασης πριν από το στάδιο 5 της ΧΝΝ. Οι τρόποι θεραπείας είναι η εξωτερική κάθαρση και η μεταμόσχευση νεφρού που ανήκουν στις θεραπείες νεφρικής υποκατάστασης αλλά και η συντηρητική θεραπεία της νόσου για την ανακούφιση των συμπτωμάτων (National Kidney Foundation, 2006)

#### 1.5.3.1 Εξωνεφρική κάθαρση

Η Εξωνεφρική κάθαρση αποτελεί μια θεραπεία η οποία επιτελεί πολλές από τις βασικές λειτουργίες των υγιών νεφρών και είναι απαραίτητη σε ασθενείς που έχουν χάσει το 85-90% της νεφρικής τους λειτουργίας. Αναλυτικότερα, όταν οι νεφροί υπολειτουργούν σε τέτοιο βαθμό ώστε να χρειαστεί εξωτερική κάθαρση, αυτή η θεραπεία βοηθά στην διαμόρφωση μιας ισορροπίας στον οργανισμό του ασθενούς προκειμένου να απομακρυνθούν τα άχρηστα μεταβολικά παραπροϊόντα, ο χλωριούχο νάτριο που κατακρατείται και την περίσσεια νερού, σταθεροποιώντας τα επίπεδα ορισμένων ουσιών, όπως το κάλιο, το νάτριο και τα διττανθρακικά, μέσα σε ασφαλή όρια και συμβάλλοντας στη ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης. Με άλλα λόγια, η δράση της εξωτερικής κάθαρσης έγκειται στην απομάκρυνση των ουραιμικών τοξινών, του υπερβάλλοντος εξωκυττάριου υγρού και των ηλεκτρολυτών από το σώμα των ασθενών με νεφρική ανεπάρκεια. (Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease, 2013).

Αναφορικά με τις ενδείξεις έναρξης της εξωνεφρικής κάθαρσης, αυτή θα πρέπει να αρχίζει όταν παρατηρείται ένα η περισσότερα από τα παρακάτω:

- ❖ Συμπτώματα ή σημεία που αποδίδονται στη νεφρική ανεπάρκεια (ηλεκτρολυτικές ή οξεοβασικές διαταραχές, κνησμός κλπ)
- ❖ Διαταραχές του όγκου των υγρών του σώματος
- ❖ Αδυναμία ελέγχου της αρτηριακής πίεσης

- ❖ Προοδευτική επιδείνωση της διατροφικής κατάστασης του ασθενούς, η οποία δεν επιδέχεται βελτίωση παρά τις κατάλληλες διατροφικές παρεμβάσεις
- ❖ Γνωσιακή δυσλειτουργία (Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease, 2013)

Υπάρχουν δύο είδη εξωνεφρικής κάθαρσης: η αιμοκάθαρση (hemodialysis) και η περιτοναϊκή κάθαρση (peritoneal dialysis). Η επιλογή του τύπου εξωνεφρικής κάθαρσης καθορίζεται από προσωπικές παραμέτρους, όπως η οικογενειακή κατάσταση του ασθενούς, ο τόπος κατοικίας του, η εργασία, οι ασχολίες και ο τρόπος ζωής του, η ικανότητά του να πηγαίνει σε ένα κέντρο θεραπείας ή να αναλαμβάνει να κάνει μόνος του τη θεραπεία, υπό την προϋπόθεση ότι δεν υπάρχει κάποιος ιατρικός λόγος για τον οποίο ο ένας ή ο άλλος τύπος είναι καταλληλότερος για τον ασθενή (NIDDK, 2006).

### **1.5.3.1.1 Αιμοκάθαρση**

Η αιμοκάθαρση αποτελεί την πιο κοινή μέθοδο που χρησιμοποιείται για τη θεραπεία της προχωρημένης και μόνιμης πλέον νεφρικής ανεπάρκειας. Η αιμοκάθαρση έγινε για πρώτη φορά μια πρακτική θεραπεία της νεφρικής ανεπάρκειας μόλις το 1960. Από τότε έχουν σημειωθεί δραματικές εξελίξεις στην θεραπεία της νεφρικής ανεπάρκειας με αιμοκάθαρση με σκοπό την αύξηση της αποτελεσματικότητάς της και την ελαχιστοποίηση των ανεπιθύμητων επιδράσεων. Παρ' όλη αυτήν την πρόοδο στον τομέα της αιμοκάθαρσης, οι ασθενείς που υποβάλλονται σε αυτήν θα πρέπει να δέχονται υποστήριξη και παρακολούθηση από μία ολόκληρη ομάδα επιστημόνων υγείας, η οποία περιλαμβάνει νεφρολόγο, νοσηλεύτη και τεχνικό, υπεύθυνους για την αιμοκάθαρση, διαιτολόγιο και κοινωνικό λειτουργό. Ωστόσο, δε θα πρέπει να ξεχνάμε ότι τα πιο σημαντικά μέλη αυτής της ομάδας είναι ο ίδιος ο ασθενής και η οικογένειά του.

Η λειτουργία της αιμοκάθαρσης είναι να διηθεί το αίμα του ασθενούς από άχρηστες ουσίες και να απομακρύνει από αυτό την περίσσεια υγρών. Στην αιμοκάθαρση, το αίμα φιλτράρεται και καθαρίζεται έξω από το σώμα του ασθενούς μέσω ενός ειδικού μηχανήματος αιμοκάθαρσης, το οποίο καλείται και τεχνητός νεφρός. Το μηχάνημα της αιμοκάθαρσης επιτελεί τρεις κύριες λειτουργίες: αντλεί το αίμα και παρακολουθεί την ροή για ασφάλεια, καθαρίζει το αίμα από άχρηστες ουσίες, παρακολουθεί την πίεση του αίματος και τον ρυθμό της αφαίρεσης των υγρών από το σώμα του ασθενούς. Ο τεχνητός νεφρός, ο οποίος ουσιαστικά αναλαμβάνει το ρόλο του φυσιολογικού νεφρού, είναι ένα μεγάλο κουτί που περιέχει χιλιάδες μικρές ίνες μέσα από τις οποίες περνάει το αίμα. Το διάλυμα της διάλυσης



αντλείται γύρω από αυτές τις ίνες. Χάρη σε αυτές τις ίνες, οι άχρηστες ουσίες και η περίσσεια των υγρών που εντοπίζονται στο αίμα του ασθενούς μεταφέρονται από το αίμα προς το διάλυμα της διάλυσης κι έτσι απομακρύνονται από τον οργανισμό. Στην πραγματικότητα, το διάλυμα της διάλυσης, μέσω των χημικών ενώσεων που περιέχει, είναι αυτό που βοηθάει την απομάκρυνση των άχρηστων ουσιών και της περίσσειας των υγρών από το σώμα του ασθενούς (Hebert, 2014).

### **1.5.3.1.2 Περιτοναϊκή κάθαρση**

Η περιτοναϊκή κάθαρση έγινε για πρώτη φορά μια πρακτική και ευρέως διαδεδομένη θεραπεία της νεφρικής ανεπάρκειας το 1980. Από τότε έχει εξελιχθεί σημαντικά και έχουν βρεθεί αρκετοί τρόποι για να γίνει πιο αποτελεσματική και για να περιοριστούν οι πιθανές παρενέργειες. Η περιτοναϊκή κάθαρση παρέχει μεγαλύτερη ελευθερία στον ασθενή καθώς αυτός δεν είναι υποχρεωμένος να προγραμματίζει συνεδρίες κάθαρσης στο νοσοκομείο, όπως συμβαίνει με την αιμοκάθαρση. Επίσης του παρέχει περισσότερη ανεξαρτησία καθώς του δίνει τη δυνατότητα να κάνει τη θεραπεία στο σπίτι, στη δουλειά ή στα ταξίδια. Σαφώς είναι απαραίτητη η συνεργασία του ασθενούς με μια διεπιστημονική ομάδα, όπως αυτή που περιεγράφηκε και στην αιμοκάθαρση, της οποίας το πιο σημαντικό μέλος είναι ο ίδιος ο ασθενής και η οικογένειά του.

Η λειτουργία της περιτοναϊκής κάθαρσης έγκειται στο να διηθεί το αίμα του ασθενούς απομακρύνοντας από αυτό τις άχρηστες ουσίες και την περίσσεια των υγρών. Η διήθηση του αίματος στην περιτοναϊκή κάθαρση γίνεται μέσα στο σώμα, σε αντίθεση με την αιμοκάθαρση. Το περιτόναιο είναι μια μεμβράνη που περιβάλλει το τοίχωμα της κοιλιακής κοιλότητας καλύπτοντας τα κοιλιακά όργανα. Στην περιτοναϊκή κάθαρση η κοιλιακή κοιλότητα του ασθενούς γεμίζει με ένα υγρό που καλείται διάλυμα κάθαρσης, μέσω ενός μαλακού σωλήνα που ονομάζεται περιτοναϊκός καθετήρας. Το περιτόναιο επιτρέπει τη μεταφορά άχρηστων ενώσεων και περίσσειας υγρών από τα αιμοφόρα αγγεία που το διαπερνούν στο διάλυμα της κάθαρσης.

Το διάλυμα της κάθαρσης περιέχει δεξτρόζη, η οποία έχει την ικανότητα να προσελκύει τις άχρηστες ουσίες και την περίσσεια υγρών μέσα στην κοιλιακή ή περιτοναϊκή κοιλότητα. Στη συνέχεια, το διάλυμα της κάθαρσης, που περιέχει πλέον τις άχρηστες ουσίες και την περίσσεια υγρών του ασθενούς, αποστραγγίζεται από την κοιλιακή κοιλότητα μέσω του περιτοναϊκού 22 καθετήρα, απομακρύνοντας κάθετη περιττό από τον οργανισμό του ασθενούς. Η διαδικασία κατά την οποία το διάλυμα της κάθαρσης αποστραγγίζεται από την

περιτοναϊκή κοιλότητα μέσω του καθετήρα, αποβάλλοντας απόβλητα και περιττά υγρά από το αίμα του ασθενούς και ανταλλάσσεται με φρέσκο διάλυμα κάθαρσης, το οποίο ενσταλάζεται ξανά στην περιτοναϊκή κοιλότητα, ονομάζεται ανταλλαγή. Η ανταλλαγή διαρκεί 30-40 λεπτά περίπου. Η περίοδος κατά την οποία το διάλυμα της κάθαρσης παραμένει μέσα στην κοιλιά του ασθενούς ονομάζεται χρόνος παραμονής. Συνήθως, οι ασθενείς που υποβάλλονται σε περιτοναϊκή κάθαρση απαιτείται να πραγματοποιούν 4 ανταλλαγές την ημέρα, η κάθε μία από τις οποίες έχει χρόνο παραμονής 4- 6 ώρες. Ωστόσο, το πρωτόκολλο για τη διεξαγωγή της περιτοναϊκής κάθαρσης εξαρτάται από τον τύπο της περιτοναϊκής κάθαρσης.

Υπάρχουν δύο είδη περιτοναϊκής κάθαρσης: η **Συνεχής Φορητή Περιτοναϊκή Κάθαρση (ΣΦΟΠΕΚ)** και η **Αυτοματοποιημένη Περιτοναϊκή Κάθαρση (ΑΠΚ)**. Η ΣΦΟΠΕΚ δεν απαιτεί μηχανήμα και ο ασθενής έχει την ικανότητα να περπατάει με το διάλυμα της κάθαρσης στην περιτοναϊκή του κοιλότητα. Η ΑΠΚ απαιτεί όμως ένα ειδικό μηχανήμα που καλείται κυκλοποιητής προκειμένου να ενσταλάζει το διάλυμα της κάθαρσης στην κοιλιακή χώρα του ασθενούς και μετά να το αποστραγγίζει από αυτήν, συνήθως κατά τη διάρκεια του ύπνου.

Αναλυτικότερα, στη ΣΦΟΠΕΚ ο ασθενής αποστραγγίζει το φρέσκο διάλυμα κάθαρσης, που περιέχεται μέσα σε μια σακούλα, στην κοιλιακή του χώρα. Μετά την πάροδο 4-6 ωρών περίπου αποστραγγίζει ξανά το διάλυμα της κάθαρσης που τώρα περιέχει άχρηστες ουσίες και περιττά υγρά μέσα στη σακούλα. Έπειτα, επαναλαμβάνει τη συγκεκριμένη διαδικασία με μια καινούρια σακούλα που περιέχει φρέσκο διάλυμα κάθαρσης. Γίνεται λοιπόν κατανοητό πως στη ΣΦΟΠΕΚ δεν απαιτείται μηχανήμα παρά μόνο η βαρύτητα για την πραγματοποίηση της διαδικασίας ανταλλαγής. Συνήθως, στη ΣΦΟΠΕΚ απαιτούνται 3-4 ανταλλαγές στη διάρκεια της ημέρας και μία ανταλλαγή το βράδυ με μακρύ χρόνο παραμονής την ώρα του ύπνου. Επίσης, στη ΣΦΟΠΕΚ ο ασθενής έχει τη δυνατότητα να διαβάζει, να βλέπει τηλεόραση κ.λπ. καθώς το διάλυμα κάθαρσης ενσταλάζεται ή αποστραγγίζεται. Στην ΑΠΚ ο κυκλοποιητής επιτελεί αυτόματα 3-5 ανταλλαγές το βράδυ κατά τη διάρκεια του ύπνου και το πρωί ο ασθενής ξεκινάει μία ανταλλαγή που έχει χρόνο παραμονής όλη την υπόλοιπη ημέρα (O' Shaughnessy, 2007).

### **1.5.3.2 Μεταμόσχευση νεφρού**

Η Μεταμόσχευση είναι μια εγχείρηση κατά την οποία υγιή όργανα, ιστοί ή κύτταρα μεταφέρονται από ένα νεκρό ή ζωντανό δότη σε έναν χρονίως πάσχοντα άνθρωπο με σκοπό

την αποκατάσταση της λειτουργίας των οργάνων του. Η μεταμόσχευση αποτελεί μια από της μεγαλύτερες κατάκτησης της ιατρικής του 20<sup>ου</sup> αιώνα και έχει καθιερωθεί πλέον σήμερα ως μια θεραπευτική πρακτική ,αφού επιτρέπει την αποκατάσταση των λειτουργιών του σώματος που μέχρι εκείνη τη στιγμή είχαν μερικώς υποκατασταθεί με μια μηχανικού τύπου μέθοδο. Προϋπόθεση όμως για την εφαρμογή των μεταμοσχεύσεων είναι η προσφορά οργάνων, της κοινής γνώμης και της αποδοχής της ιδέας της δωρεάς οργάνων, ιστών και κυττάρων. Η δωρεά οργάνων μετά θάνατον αποτελεί ένα δώρο ζωής στον πάσχοντα συνάνθρωπο και ένα μήνυμα ελπίδας, ανθρωπιάς και αλληλεγγύης (Γαρδύκας, 2008 ; Καυκιά, 2009).

Οι νεφροί για μεταμόσχευση μπορούν να προέρχονται είτε από ζωντανό είτε από νεκρό δότη. Για πολλά χρόνια οι γονείς, τα αδέρφια και τα ενήλικα παιδιά του λήπτη ήταν οι κύριες πηγές ζωντανών δοτών. Στις μέρες μας, είναι συνηθισμένο και άτομα που δεν είναι συγγενείς του λήπτη, όπως φίλοι, να γίνονται δότες νεφρού. Και στις δύο περιπτώσεις μεταμόσχευσης δεν είναι βέβαιο ότι ο μεταμοσχευμένος νεφρός θα λειτουργεί ούτε για πόσο καιρό θα λειτουργεί. Ωστόσο, υπάρχουν αρκετές πιθανότητες για μια επιτυχή έκβαση της μεταμόσχευσης. Γενικά, η επιτυχής μεταμόσχευση νεφρού προτιμάται από τις άλλες θεραπείες νεφρικής υποκατάστασης καθώς παρέχει στους ασθενείς μεγαλύτερη ελευθερία και ανεξαρτησία. Κι αυτό γιατί ο ασθενής που έχει κάνει μεταμόσχευση απαλλάσσεται από το βαρύ φορτίο των συνεδριών αιμοκάθαρσης ή των διαδικασιών ανταλλαγής στην περιτοναϊκή κάθαρση κι έτσι εξασφαλίζει περισσότερο χρόνο για την προσωπική του ζωή. Επίσης, δεν χρειάζεται να ακολουθεί συγκεκριμένες δίαιτες ή να περιορίζει την κατανάλωση υγρών, όπως απαιτείται στις θεραπείες εξωνεφρικής κάθαρσης. Συνήθως, 3-6 μήνες μετά τη μεταμόσχευση ο ασθενής είναι ικανός να επιστρέψει σε όλες τις προηγούμενες καθημερινές του δραστηριότητες.

Ωστόσο υπάρχουν κάποιες δυσκολίες που καλούνται να αντιμετωπίσουν οι ασθενείς μετά από τη μεταμόσχευση. Κατ' αρχάς απαιτείται να λαμβάνουν ανοσοκατασταλτικά φάρμακα, τα οποία όμως προκαλούν έκπτωση της ανοσοποιητικής λειτουργίας καθιστώντας τους επιρρεπείς σε λοιμώξεις. Γι' αυτό απαιτείται ιδιαίτερη προσοχή και λήψη κατάλληλων προστατευτικών μέτρων από τον ασθενή για την αποφυγή πηγών μόλυνσης. Άλλες παρενέργειες των 25 ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων είναι ο αυξημένος κίνδυνος για καρκίνο του δέρματος και η ενδεχόμενη αύξηση της όρεξης που μπορεί να οδηγήσει σε αύξηση του σωματικού βάρους. Επομένως, ο ασθενής καλείται να λαμβάνει τις κατάλληλες προφυλάξεις για να προστατεύσει το δέρμα του από την έκθεση στην ηλιακή ακτινοβολία. Επίσης, η υιοθέτηση μιας ισορροπημένης διατροφής και η τακτική άσκηση μπορούν να

αποτρέψουν την αύξηση του σωματικού βάρους καθώς και να συμβάλλουν στη μείωση του κινδύνου για καρδιοπάθειες. Ακόμη, οι μεταμοσχευμένοι ασθενείς διανύουν μια δύσκολη περίοδο προσαρμογής καθώς χρειάζονται καθημερινές επισκέψεις στο γιατρό για αρκετές εβδομάδες αμέσως μετά την μεταμόσχευση, κάτι το οποίο δημιουργεί προβλήματα στην καθημερινότητά τους, μπορεί να διαταράξει την οικογενειακή και επαγγελματική τους ζωή και τους προκαλεί ανησυχία και αβεβαιότητα σχετικά με την έκβαση της μεταμόσχευσης. Καθώς όμως η νεφρική λειτουργία του ασθενούς σταθεροποιείται, μειώνονται οι επισκέψεις του στην κλινική και σταδιακά είναι σε θέση να επιστρέψει στην καθημερινή του ζωή (Cameron et al, 2000).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>

### ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

---

#### 2.1 Θεωρητική προσέγγιση της υγείας

Η υγεία θεωρείται σαν ένα από τα σημαντικότερα στοιχεία για μια ευτυχισμένη ζωή. Για τον προσδιορισμό της υγείας είναι σημαντικό να καταλάβουμε την αλληλεξάρτηση μεταξύ των βιολογικών, ψυχολογικών και των κοινωνικοοικονομικών παραγόντων που δρουν κάθε στιγμή και σε συνεχή αλληλεπίδραση. Ανά τα χρόνια έγιναν διάφορες προσεγγίσεις για τον ορισμό της, αλλά εξακολουθεί να μην έχει έναν κοινά αποδεκτό ορισμό, ωστόσο το 1946 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας(ΠΟΥ),όρισε την υγεία ως «την κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας». Η υγεία επίσης συμπεριλαμβάνει έννοιες όπως η ευεξία και η ποιότητα ζωής (Πράπα & Φακή, 2008).

#### 2.2 Θεωρητική προσέγγιση και έννοια της ποιότητας ζωής

Αρχικά η ποιότητα ζωής είχε απασχολήσει τους αρχαίους φιλοσόφους. Ο Αριστοτέλης ταυτίζει την έννοια του «ευ ζην» και του «ευ πράττειν» με την ποιότητα ζωής και με την ευδαιμονία, δηλαδή το «τέλειο και αυτάρκες αγαθό» που αποτελεί τον τελικό σκοπό των πράξεων του ανθρώπου. Τόσο η υγεία όσο και η ποιότητα ζωής έχουν πολλές διαστάσεις και επηρεάζονται από διάφορους παράγοντες. Σαφής και ακριβής ορισμός μιας τόσο σύνθετης έννοιας όπως η ποιότητα ζωής, βρίσκεται σε διαδικασία συνεχούς εξέλιξης. Όλοι οι άνθρωποι πρέπει να έχουν την ευκαιρία να αναπτύξουν το δυναμικό της υγείας, για να μπορέσουν να ζήσουν ζωές που τους ικανοποιούν κοινωνικά, οικονομικά και ψυχικά.(WHO-EURO 1991). Η έννοια της ποιότητας ζωής έχει διαφορετική υπόσταση ανάλογα με την ιστορική εποχή, την ειδικότητα, τα βιώματα, το πολιτισμικό περιβάλλον και τις επικρατούσες συνθήκες. Η ποιότητα ζωής είναι μια πολυδιάστατη έννοια και τα τελευταία 20 χρόνια έχουν γίνει πολλές ερευνητικές προσπάθειες για να σχεδιαστούν και να σταθμιστούν πίνακες, κατάλογοι, ερωτηματολόγια, δείκτες, βαθμολογήσεις που στοχεύουν στην αποτύπωση διάφορων πεδίων και διαστάσεων της ποιότητας ζωής,. Στόχος των ιατρικών υπηρεσιών δεν είναι πια μόνο η θεραπεία της αρρώστιας και η ανακούφιση από το σύμπτωμα, αλλά και η βελτίωση του συνόλου της υγείας, η προαγωγή της και η εξασφάλιση ικανοποιητικής για τον εξυπηρετούμενο ποιότητα ζωής (Βαλάσση & Αδάμ, 2001). Έχουν

αναπτυχθεί διάφορες προσεγγίσεις από αρκετούς επιστημονικούς κλάδους, όπως η επιδημιολογία, η δημογραφία, η κοινωνιολογία, η ψυχολογία και τη οικονομία, για την αξιολόγηση της ποιότητας της υγείας, έτσι όπως αυτή επηρεάζει την ποιότητα της καθημερινής ζωής. Οι βασικές μέθοδοι είναι τέσσερις.

Η πρώτη μέθοδος είναι η επιδημιολογική/βιοϊατρική προσέγγιση, με βάση την οποία η υγεία αντιμετωπίζεται ως βιολογικό φαινόμενο και εστιάζει σε χαρακτηριστικά του νοσήματος, στην κατηγοριοποίηση των ασθενών και στις διαφορετικές περιπτώσεις θεραπείας. Η δεύτερη είναι η λειτουργική/δυσλειτουργική, και μπορεί να θεωρηθεί ως προέκταση της επιδημιολογικής προσέγγισης. Στρέφεται στις επιπτώσεις των ιατρικών παρεμβάσεων ή των δυσλειτουργικών καταστάσεων της υγείας πάνω στις ικανότητες και τις αισθήσεις των ατόμων, σχετικά με τις καθημερινές τους δραστηριότητες. Η τρίτη προσέγγιση είναι η πολιτιστική και μπορεί να θεωρηθεί ως η προέκταση των δύο πρώτων μεθόδων, η οποία αναφέρεται στις αντιλήψεις της κοινωνίας για την ασθένεια, την υγεία, τις αποκλίνοσες συμπεριφορές, τον κοινωνικό στιγματισμό κ.ά. Η τέταρτη προσέγγιση αναφέρεται στην οικονομική διάσταση της μέτρησης του επιπέδου υγείας εισάγοντας την έννοια της ωφελιμότητας και της χρησιμότητας στην αξιολόγηση των υγειονομικών αναγκών (Θεοφίλου Π., 2011).

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ(1995) η ποιότητα ζωής είναι «η υποκειμενική αντίληψη που έχει το άτομο για τη θέση του στη ζωή, η οποία διαμορφώνεται στο πλαίσιο των αξιών και των πολιτισμικών χαρακτηριστικών της κοινωνίας στην οποία ζει, και είναι σε συνάρτηση με τους προσωπικούς στόχους, τις προσδοκίες, τα κριτήρια, τα ενδιαφέροντα και τις ανησυχίες του».

Ένας ευκρινής ορισμός της ποιότητας ζωής μειώνει σημαντικά την πιθανότητα να παρερμηνευτούν τα αποτελέσματα μέτρησης της ποιότητας ζωής, δεδομένου ότι, χωρίς ένα σαφή ορισμό, δεν θα είναι σαφές και το ερώτημα που μελετάμε.

### **2.3 Ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με την υγεία**

Η σωματική και ψυχολογική υγεία αποτελούν ένα μέρος του προσδιορισμού του επιπέδου ζωής ενός ατόμου, γι' αυτό και οι ερευνητές των ιατρικών επιστημών επινόησαν τον όρο «Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής», που αφορά την αξιολόγηση της σωματικής και ψυχολογικής υγείας και κοινωνικής ευημερίας (Hunt, 1997; Wood-Dauphinee, 1999; Mooney, 2006). Η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία μελετά την επίδραση που μπορεί να έχει το επίπεδο υγείας του πολίτη στην καθημερινή του ζωή και στην ικανότητα

του να λειτουργεί κανονικά (Αργέντου Α.,2009). Αν και την υγεία την μελετούσε αποκλειστικά η ιατρική επιστήμη, πλέον στις σύγχρονες κοινωνίες η υποκειμενική άποψη του ασθενή για την ιατρική φροντίδα του, αποτελεί καθοριστική παράμετρο παρακολούθησης ,μέτρησης και αξιολόγησης της ευημερίας του ατόμου. Πιο συγκεκριμένα, η αξιολόγηση της Σ.Υ.Π.Ζ. σε έναν ασθενή μπορεί να αναδείξει την επίδραση της νόσου στη σωματική και ψυχοκοινωνική του υγεία, το οποίο δεν είναι δυνατόν να διερευνηθεί μόνο με την κλινική εξέταση. Οπότε γίνεται κατανοητό ότι οι πληροφορίες για τη Σ.Υ.Π.Ζ. μπορεί να συμβάλει (α) στη γνώση των σωματικών και ψυχοκοινωνικών επιπτώσεων των νόσων, (β) στην κατανόηση των αιτιών για τις οποίες οι ασθενείς αντιδρούν διαφορετικά στην ίδια νόσο, καθώς επίσης και (γ) στην ανάπτυξη κλινικών παρεμβάσεων και υπηρεσιών για την αντιμετώπιση των επιπτώσεων των νόσων στην υγεία (Guyatt et al. 1993 ; Fontaine & Barofsky 2001).

Ωστόσο δεν υπάρχει κοινά αποδεκτός ορισμός για τη Σ.Υ.Π.Ζ., αλλά χαρακτηρίζεται σαν ένας κλάδος της ποιότητας ζωής που εστιάζει περισσότερο στην εκτίμηση της υγείας με την ευρύτερη έννοιά της (Fitzpatrick et al. 1998 ; Garratt et al. 2002; Chen et al. 2005; Miguel et al. 2008).

Η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία είναι η ανάλυση εκείνη η οποία μετρά την επίδραση των θεραπευτικών διαδικασιών στην ολιστική προσέγγιση της ζωής του ατόμου. Ο ΠΟΥ εισήγαγε την έννοια της ευεξίας κάτι που αποτέλεσε το υπόβαθρο για να αναπτυχθεί τα τελευταία χρόνια έντονος προβληματισμός για την έννοια της θετικής υγείας. Η θετική υγεία πέρα απ'τη σωματική υγεία ταυτίστηκε και με την ψυχική υγεία και την κοινωνική ευεξία. Οι J.Aston και H.Seymour όρισαν την υγεία ως «υγιή ψυχή σε υγιές σώμα» (Αργέντου Α., 2009).

Το 1986 ο ΠΟΥ διατύπωσε τη στρατηγική 'Υγεία για όλους' (2000), όπου εκτός απ' το στόχο 'περισσότερα χρόνια ζωής', πρόσθεσε και το στόχο 'περισσότερη υγεία στα χρόνια ζωής'. Η μέτρηση της Σχετιζόμενης με την Υγεία Ποιότητα Ζωής έχει σαν βασικό στόχο την ολιστική αποτίμηση της υγείας ενός ατόμου και ενός πληθυσμού, η οποία δεν πρέπει να περιορίζεται μόνο στους δείκτες νοσηρότητας και θνησιμότητας. Τα τελευταία 20 χρόνια έχουν γίνει πολλές ερευνητικές προσπάθειες για τη μέτρηση των διαφορετικών πεδίων και διαστάσεων της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία.

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ η Ποιότητα Ζωής Σχετιζόμενη με την Υγεία περιλαμβάνει τις εξής διαστάσεις:

-φυσική διάσταση: ασχολείται με την κινητικότητα, αυτοεξυπηρέτηση, την ικανότητα για εργασία και τη φυσική λειτουργία.

-την ψυχολογική διάσταση: περιλαμβάνει τους υποκειμενικούς παράγοντες και τον τρόπο ζωής.

-την κοινωνική διάσταση: περιλαμβάνει την οικογενειακή και κοινωνική ζωή.

Άλλος ορισμός της ΣΥΠΖ που υιοθετήθηκε απ' το χώρο της Δημόσιας Υγείας είναι ο εξής: Η Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής είναι η αξία που αναπτύσσεται στη διάρκεια της ζωής, που τροποποιείται απ' τη λειτουργική κατάσταση, τις αντιλήψεις και τις κοινωνικές ευκαιρίες που επηρεάζονται από αρρώστια, τραύμα, θεραπεία ή πολιτική υγείας' (Bullinger M., 1991). Η υγεία εκτός των σωματικών δεικτών πρέπει να αξιολογείται και μέσω της προσωπικής αντίληψης του ατόμου για την ψυχολογική και λειτουργική του κατάσταση και τις κοινωνικές του σχέσεις. Η Ιατρική δεν μπορεί εξ ολοκλήρου από μόνη της να προσδιορίσει την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία. Για την διαμόρφωση της έννοιας αυτής εμπλέκονται παράγοντες όπως η φυσική υγεία και λειτουργικότητα, η κοινωνική ευημερία και η συναισθηματική ικανοποίηση (Bullinger M. 1991; Bullinger M et al. 1999). Η Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής αφορά τόσο τους ασθενείς όσο και τους υγιείς. Στους ασθενείς μετρά τις επιπτώσεις μιας νόσου και σε τι βαθμό επηρεάζεται ή όχι η σωματική, συναισθηματική και κοινωνική ευεξία του ασθενή απ' τη νόσο ή τη θεραπεία αυτής. Είναι η πιο συχνή μέθοδος για την υποκειμενική εκτίμηση της υγείας, ιδιαίτερα στην περίπτωση των χρόνιων παθήσεων ή την επίδραση κάποιας θεραπείας ή φαρμάκου. Έτσι η ΣΥΠΖ διαμορφώνεται κυρίως απ' την κατάσταση της υγείας, τη λειτουργικότητα, τις γνώσεις για τη νόσο, τις συνήθειες υγείας, τη χρήση των υπηρεσιών, την ικανότητα προσαρμογής του ατόμου, την οικονομική του κατάσταση, την ψυχολογική κατάσταση και το μορφωτικό επίπεδο. Ωστόσο όσον αφορά το γενικό πληθυσμό, η ΣΥΠΖ βασίζεται στην εκτίμηση που κάνει το ίδιο το άτομο για την κατάσταση της υγείας του προσλαμβάνοντας φυσικές, συναισθηματικές και κοινωνικές διαστάσεις.

## **2.4 Εργαλεία μέτρησης ποιότητας ζωής**

Από τα εργαλεία μέτρησης που έχουν χρησιμοποιηθεί, άλλα στοχεύουν στην εκτίμηση μιας μόνο δραστηριότητας, στην έκβαση ενός συγκεκριμένου νοσήματος ή μιας παρέμβασης, ενώ άλλα είναι πολυδιάστατα, αφορούν στην γενική κατάσταση της υγείας και της ποιότητας ζωής, χωρίς να αναφέρονται σε συγκεκριμένα νοσήματα. Κάποια



δημιουργήθηκαν για να χρησιμεύσουν σε μια μόνο έρευνα ή σε μια συγκεκριμένη περίπτωση. Καθένα έχει πλεονεκτήματα, μειονεκτήματα και περιορισμούς (Βαλάσση & Αδαμ, 2001). Στη συνέχεια σχεδιάστηκαν γενικοί και ειδικοί δείκτες μέτρησης, που παρακολουθούν τη φυσική, ψυχολογική και κοινωνική διάσταση του ατόμου μετά την εμφάνιση μιας ασθένειας αλλά και την ικανοποίηση του ατόμου απ' το είδος και τον τρόπο που του παρέχεται φροντίδα για την αποκατάσταση της υγείας του. Οι δείκτες μέτρησης της ποιότητας ζωής σχετιζόμενη με την υγεία διακρίνονται σ' αυτούς που μετρούν την αντικειμενική λειτουργικότητα (objective functioning) του ατόμου και σε εκείνους που μετρούν την υποκειμενική ευημερία (subjective well-being), που αξιολογείται μόνο από τους ίδιους τους ασθενείς, π.χ. τα επίπεδα του πόνου. Σύμφωνα με την βιβλιογραφία οι πρώτες προσπάθειες μέτρησης της Π.Ζ. ξεκινούν γύρω στο 1970. Μέχρι τις αρχές του '90 είχαν εμφανιστεί και χρησιμοποιηθεί διάφορα εργαλεία για μελέτες για την ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με την υγεία. Όμως στη συνέχεια έγιναν προσπάθειες για να εξακριβωθεί ο στόχος και ο σκοπός των μελετών και στη βελτίωση των εργαλείων σχετικά με την αξιοπιστία και την εγκυρότητα τους. Υπάρχουν πολλά και διαφορετικά όργανα μέτρησης της Ποιότητας Ζωής που εκφράζουν διαφορετικές προσεγγίσεις και αντανακλούν διαφορετικές θεωρητικές σκέψεις. Κάθε όργανο μέτρησης πρέπει να πληροί κάποιες βασικές προϋποθέσεις και προκειμένου τα αποτελέσματα να ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα αλλά και να είναι εφικτή η ερμηνεία τους. Οι προϋποθέσεις αυτές αφορούν την αξιοπιστία, την εγκυρότητα, την ειδικότητα και την ευαισθησία ενός οργάνου μέτρησης.

Τα εργαλεία μέτρησης διακρίνονται σε δύο βασικές κατηγορίες:

1) Εργαλεία γενικής χρήσης ( Generic Instruments): σχεδιασμένα για να μετρούν το επίπεδο υγείας του γενικού πληθυσμού και εφαρμόζονται ευρέως σε διάφορους τύπους ασθενειών, διαταραχών, ανικανοτήτων και ιατρικών θεραπειών.

2) Εργαλεία συγκεκριμένων ασθενειών (Disease Specific Instruments): μετρούν τις αλλαγές στην κατάσταση της υγείας ή στα στάδια μια συγκεκριμένης ασθένειας.

Η τελική επιλογή του κατάλληλου εργαλείου εξαρτάται από τους στόχους των ερευνητών και τη φύση των υποκειμενικών κριτηρίων (Αργέντου Α., 2009).

Κάποια από τα όργανα μέτρησης της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία και χρησιμοποιούνται κυρίως τα τελευταία χρόνια είναι τα εξής:

#### **2.4.1 Εργαλεία Γενικής Χρήσης (Generic instrument)**

- ✓ **Επισκόπηση της Υγείας SF-36 (SF-36 Health Survey, (Ware E.J. 1993)**

Δημιουργήθηκε το 1992 από τον Ware για να επιτευχθούν οι ψυχομετρικές προδιαγραφές που απαιτούνται για τη σύγκριση του επιπέδου υγείας μεταξύ διαφόρων ομάδων του πληθυσμού, υγιών και ασθενών διαφορετικών κατηγοριών ή μεταξύ διαφορετικών θεραπευτικών μεθόδων μιας κατηγορίας ασθενών. Εκφράζει γενικές καταστάσεις υγείας που δεν προσδιορίζονται ως ειδικές κάποιας ασθένειας ή θεραπείας. Οι 36 ερωτήσεις προέρχονται από μια πηγή 149 ερωτήσεων που επεξεργάστηκαν και επιλέχθηκαν οι ερευνητές της Μελέτης Ιατρικών Αποτελεσμάτων. Είναι κατάλληλη για αυτοσυμπλήρωση, συμπλήρωση μέσω συνέντευξης πρόσωπο με πρόσωπο ή τηλεφωνικά για άτομα 14 ετών και άνω (Υφαντόπουλος & Σαρρής, 2001).

✓ **Ερωτηματολόγιο Euro-quality of life ( Euro-qol)**

Αναπτύχθηκε στα τέλη της δεκαετίας του '80 και είναι πλέον από τα πιο διαδεδομένα όργανα για την μέτρηση της ποιότητας ζωής. Έχει 5 βασικές διαστάσεις:

- α)κινητικότητα,
- β)αυτοεξυπηρέτηση,
- γ)πόνος,
- δ)συνήθειες δραστηριότητες,
- ε)άγχος-κατάθλιψη.

Κάθε διάσταση διακρίνεται σε 3 επίπεδα. Χρησιμοποιείται σε φυσιολογικό πληθυσμό αλλά και σε ειδικότερα δείγματα πληθυσμού που αναφέρονται σε ειδικές νόσους (Υφαντόπουλος & Σαρρής, 2001).

✓ **Επισκόπηση υγείας του Nottingham (Nottingham Health Profile) (Hunt S.M. et al., 1981),**

Κατασκευάστηκε από τους Hunt και McEwen το 1980 για να ερευνηθούν τα αποτελέσματα των ιατρικών θεραπευτικών πράξεων. Χρησιμοποιείται σε υγιείς πληθυσμούς, σημειώνοντας καλή εγκυρότητα διάκρισης μεταξύ υγιών και ασθενών. Το μειονέκτημά του είναι ότι μετράει μόνο τις αρνητικές διαστάσεις της υγείας. Είναι αυτοσυμπληρούμενο και αποτελείται από 2 μέρη. Το πρώτο μέρος περιέχει 38 καταστάσεις που ομαδοποιούνται στις εξής 6 κατηγορίες προβλημάτων:

- 1) Ενέργεια-Ενεργητικότητα
- 2) Πόνος
- 3) Συναισθηματικές Διαταραχές

- 4) Ύπνος
- 5) Σωματική Κίνηση
- 6) Κοινωνική απομόνωση

Το δεύτερο μέρος περιλαμβάνει επτά τομείς της καθημερινής ζωής:

- α) αμειβόμενη εργασία,
- β) οικιακή εργασία,
- γ) κοινωνική ζωή,
- δ) προσωπικές σχέσεις,
- ε) σεξουαλική ζωή,
- στ) ασχολίες ελεύθερου χρόνου, η) ενδιαφέροντα.

Η απάντηση σε κάθε ερώτηση είναι ΝΑΙ ή ΟΧΙ και η τελική βαθμολογία υπολογίζεται με βάση έναν ειδικό συντελεστή βαρύτητας για κάθε ερώτηση. Η υψηλή βαθμολογία υποδεικνύει την ύπαρξη προβλημάτων στον άρρωστο (Υφαντόπουλος & Σαρρής, 2001).

✓ **Απεικόνιση των επιπτώσεων της αρρώστιας (Sickness Impact Profile), (Bergner et al. 1981)**

Κατασκευάστηκε το 1976 από τους Bergner et al. και πλέον είναι από τα πιο γνωστά όργανα μέτρησης της ποιότητας ζωής. Αποτελείται από 136 ερωτήσεις που αφορούν 12 υποκατηγορίες που συνθέτουν δύο ανεξάρτητες κατηγορίες: 1) της σωματικής λειτουργίας, και 2) της ψυχοκοινωνικής λειτουργικότητας. Σαν όργανο μέτρησης έχει μεγάλη αξιοπιστία και εγκυρότητα και χρησιμοποιείται σε διάφορες κατηγορίες αρρώστων. Το μειονέκτημά του είναι ότι λόγω του μεγέθους είναι αρκετά χρονοβόρο και κουραστικό για αυτόν που το συμπληρώνει (Υφαντόπουλος & Σαρρής, 2001)

✓ **Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (General Health Questionnaire (Goldberd D., 1972))**

Δημιουργήθηκε το 1972 από τον Coldberg και υπάρχει σε τρεις εκδόσεις, η πρώτη με 28 ερωτήσεις, η δεύτερη με 30 και η τρίτη με 60. Στην πρώτη έκδοση οι 28 ερωτήσεις κατατάσσονται σε 4 κατηγορίες που αφορούν: α) την κατάθλιψη, β) το άγχος, γ) την κοινωνική λειτουργία και δ) τα σωματικά συμπτώματα. Χρησιμοποιείται σε αρρώστους αλλά και σε υγιείς πληθυσμούς. Το μειονέκτημα του είναι ότι δείχνει ενδιαφέρον για την σωματική

υγεία και την ψυχολογική κατάσταση χωρίς όμως να εστιάζει σε άλλες διαστάσεις της ποιότητας ζωής.( Υφαντόπουλος & Σαρρής, 2001).

#### **2.4.2 Εργαλεία συγκεκριμένων ασθενειών (Disease Specific Instruments)**

- ✓ **Δείκτης λειτουργικότητας Karnofsky (Karnofsky performance Index)(Karnofsky D.A., Burchenal J.H., 1949)**

Επικεντρώνεται στον προσδιορισμό της σωματικής λειτουργίας.. Η εκτίμηση γίνεται από τον γιατρό ή άλλον επαγγελματία υγείας. Έχουν κατηγοριοποιηθεί 10 επίπεδα σωματικής λειτουργικότητας και ικανότητας, σε μια ποσοστιαία κλίμακα από το 0 έως το 100, με ιεραρχική σχέση μεταξύ τους. Στην βαθμολογία το 100% αντικατοπτρίζει την φυσική σωματική λειτουργία χωρίς κάποιον περιορισμό ή κάποια νόσο και το 0 το θάνατο. Άρα η χαμηλή επί τοις εκατό βαθμολογία σημαίνει ότι ο άρρωστος έχει χαμηλή ποιότητα ζωής (Υφαντόπουλος & Σαρρής, 2001).

- ✓ **Δείκτης λειτουργικότητας του ΠΟΥ (WHO Performance Status)(WHO,1979)**

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας δημιούργησε μια 5βαθμη κλίμακα όπου από το 0 έως το 4 κατατάσσονται 5 κατηγορίες σωματικής λειτουργίας και ικανότητας. Στη βαθμίδα 0 ο άρρωστος είναι σε θέση να κάνει όλες τις δραστηριότητες χωρίς περιορισμούς ενώ στην βαθμίδα 4 ο άρρωστος δεν έχει τη δυνατότητα να κάνει τίποτα ούτε να φροντίσει τον εαυτό του μόνος του. Η αξιολόγηση γίνεται από τον γιατρό και ο δείκτης αυτός δεν αναφέρεται σε κάποια ψυχοκοινωνική διάσταση (Υφαντόπουλος & Σαρρής, 2001).

- ✓ **Δείκτης Katz των δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής.(Katz Index of Activities of Daily Living) (Katz S.T. et al., 1963)**

Αρχικά δημιουργήθηκε για την εκτίμηση της λειτουργικής κατάστασης των ηλικιωμένων σε ιδρύματα κλειστής περίθαλψης. Η εκτίμηση γίνεται από γιατρό ή νοσηλεύτη με βάση 6 ερωτήσεις που έχουν να κάνουν με την δυνατότητα του ατόμου να αυτοεξυπηρετηθεί. Η βαθμολογία γίνεται με βάση την εξάρτηση ή όχι σε συγκεκριμένα θέματα καθημερινής φροντίδας. Ο δείκτης αυτός αν και θεωρείται αξιόπιστος και έγκυρος για τους αρρώστους δεν είναι ιδιαίτερα κατάλληλος για την μέτρηση της ποιότητας της ζωής (Υφαντόπουλος & Σαρρής, 2001).

✓ **Δείκτης Spitzer για την ποιότητα ζωής (Spitzer Quality of Life Index) (Spitzer W.O. et al., 1981)**

Αρχικά δημιουργήθηκε για να χρησιμοποιείται στην μέτρηση της ποιότητας ζωής καρκινοπαθών, αλλά στη συνέχεια εφαρμόστηκε και σε άλλες κατηγορίες ασθενών. Η εκτίμηση επικεντρώνεται σε 5 βασικούς τομείς:

- 1)δραστηριότητες,
- 2)καθημερινή ζωή,
- 3)αντίληψη της υγείας,
- 4)κοινωνική υποστήριξη,
- 5)άποψη για τη ζωή.

Ο άρρωστος βαθμολογείται σε μία κλίμακα από το 0 έως το 2. Ο δείκτης αυτός έχει καλή διάκριση μεταξύ διαφορετικών ομάδων αρρώστων, αλλά και μεταξύ διαφορετικών επιπέδων αρρώστων (Υφαντόπουλος & Σαρρής, 2001).

✓ **Ερωτηματολόγιο McGill για τον πόνο(McGill Pain Questionnaire) (Melzack R., Torgerson W.S., 1971).**

Δημιουργήθηκε το 1971 από τους Melzack κι Torgerson με σκοπό την μέτρηση του πόνου. Η μέτρηση του πόνου είναι σημαντική καθώς επηρεάζει την ποιότητα ζωής του ατόμου, οπότε συμβάλλει στην καλύτερη εκτίμηση αυτής. Το ερωτηματολόγιο αυτό είναι χρήσιμο σε περιπτώσεις που περιγράφουν πως ένας άρρωστος αισθάνεται τον πόνο (Υφαντόπουλος & Σαρρής, 2001).

✓ **Κλίμακα ψυχολογικής προσαρμογής στην αρρώστια(Psychological Adjustment to Illness Scale) (Morrow et al, 1978)**

Δημιουργήθηκε το 1978 από τους Morrow et al. Οι 45 ερωτήσεις που συνθέτουν την κλίμακα αφορούν 7 κύριους τομείς της Ποιότητας ζωής:

- α)φροντίδα υγείας
- β)επαγγελματικό- εργασιακό περιβάλλον
- γ)οικιακό περιβάλλον
- δ)σεξουαλικές σχέσεις
- ε)ευρύτερες οικογενειακές σχέσεις
- στ)κοινωνικό περιβάλλον
- ζ)ψυχολογική κατάπτωση

Εφαρμόζεται σε διάφορες κατηγορίες χρόνιων αρρώστων(καρδιοπαθείς, καρκινοπαθείς κτλ.) και παρουσιάζει καλή εγκυρότητα και αξιοπιστία (Υφαντόπουλος & Σαρρής, 2001).

Το πλεονέκτημα από τη συνδυασμένη χρήση παράλληλων ή και διαφορετικών τρόπων συλλογής στοιχείων(π.χ. ερωτηματολόγιο, συνέντευξη κτλ.) είναι ότι αποφέρουν οφέλη πολλαπλών μετρήσεων, βελτιώνοντας την αξιοπιστία και την εγκυρότητά τους.

## **2.5 Ποιότητα ζωής και Νεφρική ανεπάρκεια**

### **2.5.1 Ποιότητα ζωής**

Οι συνέπειες μιας νόσου όπως η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου (ΧΝΑΤΣ) είναι ιδιαίτερα σημαντικές τόσο για την κοινωνία όσο και για την ποιότητα ζωής των ανθρώπων που πάσχουν από την συγκεκριμένη νόσο. Το γεγονός αυτό σε συνδυασμό με τον υψηλό επιπολασμό της νόσου επιβάλλει τον εντοπισμό και την καταγραφή όλων των παραγόντων που επιδρούν στην προσωπικότητα του ασθενούς και τις κοινωνικές προεκτάσεις. Ο εντοπισμός αυτών των παραγόντων αποτελεί σημαντική πληροφορία για τους επαγγελματίες υγείας καθώς θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη, όχι μόνο η παράταση της επιβίωσης των ασθενών, αλλά και η ποιότητα της οικογενειακής και κοινωνικής ζωής (Κουτσοπούλου κ.ά., 2009).

Οι ασθενείς με ΧΝΝ πριν από την ένταξη σε κάποιο πρόγραμμα εξωνεφρικής κάθαρσης, πέρα από τα προβλήματα υγείας, αντιμετωπίζουν και μια σειρά άλλων σε ατομικό, οικογενειακό και κοινωνικό επίπεδο (Covic et al., 2003 ; Covic et al., 2006 ; Θεοφίλου κ.ά., 2010; Θεοφίλου, 2011). Αυτό επηρεάζει καθοριστικά την ποιότητα ζωής τους, η οποία αποτελεί βασική παράμετρο της υγείας επηρεάζοντας και επηρεαζόμενη από αυτή. Η ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών περιγράφεται ως κακή λόγω της επίδρασης της κατάστασής τους σε:

- φυσικές δραστηριότητες, όπως η σωματική λειτουργικότητα και η ικανότητα για εργασία (Timmers et al., 2008 ; Ginieri - Coccossis et al., 2008; Karamanidou et al., 2009),
- ψυχολογικούς παράγοντες, όπως ικανοποίηση, ευχαρίστηση, ευημερία, αυτοεκτίμηση, άγχος, ανησυχία, κατάθλιψη (Θεοφίλου, 2010; Θεοφίλου & Παναγιωτάκη, 2010; Θεοφίλου, 2010; Θεοφίλου, 2011) και στην
- κοινωνική προσαρμοστικότητα, περιλαμβάνοντας την αποκατάσταση στην εργασία, τη διασκέδαση καθώς και τις κοινωνικές και οικογενειακές αντιδράσεις (Cameron, 1996;; Ehlers, 2002; Leventhal, 2003; Covic, 2004; Krespi et al., 2004; Θεοφίλου, 2011).

Μελέτες στις χρόνιες παθήσεις διαπιστώνουν ότι η ποιότητα ζωής και η ψυχική υγεία σχετίζονται με τις γνωστικές αναπαραστάσεις που έχει ο ασθενής αναφορικά με τη νόσο και τη θεραπεία της. Όταν ο ασθενής έρχεται αντιμέτωπος με το πρόβλημα της υγείας του, δημιουργεί δικά του μοντέλα και αναπαραστάσεις γύρω από την ασθένεια προκειμένου να κατανοήσει και να ανταποκριθεί στις δυσκολίες που καλείται να αντιμετωπίσει (Ridder, 1998; Caress et al., 2001; Hagger, Orbell, 2003; Moss-Morris, 2004; Rees et al., 2004; Θεοφίλου, 2011).

Πρόσφατα έχει αναγνωριστεί ότι οι αντιλήψεις των ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση (ΑΚ) σχετικά με το ότι οι ίδιοι μπορούν να ελέγξουν την κατάσταση της υγείας τους οδηγεί στην εμφάνιση λιγότερων συμπτωμάτων κατάθλιψης (Christensen et al., 1991). Επιπλέον, η εσωτερική εστίαση ελέγχου δεν αποτελεί σημαντικό προγνωστικό παράγοντα για την εμφάνιση κατάθλιψης σε ασθενείς με ΧΝΝ κατά τη διάρκεια της θεραπείας τους (Cvengros et al., 2005). Σε άλλες μελέτες, ο προσωπικός έλεγχος πάνω στο πρόβλημα της υγείας συνδέεται θετικά με τη φυσική και κοινωνική δραστηριότητα, τον έλεγχο του πόνου του σώματος καθώς και την αντίληψη για τη γενική κατάσταση της υγείας στους ασθενείς που υπόκεινται σε ΑΚ ή περιτοναϊκή κάθαρση (ΠΚ) (Timmers et al., 2008). Επιπρόσθετα, ο προσωπικός έλεγχος σχετίζεται με χαμηλότερη συναισθηματική αντίδραση και καλύτερη κατανόηση της νόσου (Conic, 2004).

Τέλος, οι εσωτερικές αντιλήψεις για την υγεία έχουν ως αποτέλεσμα να αξιολογούν θετικότερα οι ασθενείς την ποιότητα ζωής τους με την εμφάνιση λιγότερων συμπτωμάτων και αρνητικών συνεπειών (Griva et al., 2009).

## **2.5.2 Παράγοντες που επιδρούν στην ποιότητα ζωής των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών**

Η ποιότητα ζωής των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών εξαρτάται από ποικίλους παράγοντες, οι οποίοι κατηγοριοποιούνται σε μεταβαλλόμενους/ελεγχόμενους και μη μεταβαλλόμενους/ελεγχόμενους.

### ➤ Ελεγχόμενοι παράγοντες:

- το επίπεδο μόρφωσης,
- οι περιβαλλοντικές συνθήκες,
- η κατάσταση του ατόμου σε κοινωνικό και ατομικό επίπεδο,
- η οικονομική κατάσταση ,
- τα συμπτώματα

- το επίπεδο ποιότητας ύπνου.
- Μη ελεγχόμενοι παράγοντες:
  - η ηλικία ,
  - το φύλο,
  - τα διαφορετικά είδη θεραπείας,
  - η πολιτισμική ταυτότητα,
  - οι προγνωστικές και διαγνωστικές μέθοδοι,
  - η ψυχολογία του ασθενούς.

Σύμφωνα με έρευνες το γυναικείο φύλο συσχετίζεται αρνητικά με τη ποιότητα ζωής. Συγκεκριμένα, σε μελέτη που διεξήχθη σε έλληνες αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς, σε τρεις διαφορετικές μονάδες αιμοκάθαρσης, φάνηκε ότι το γυναικείο φύλο σχετίζεται με χειρότερη ποιότητα ζωής στους ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου (Theofilou, 2012). Ομοίως, σε μελέτη 154 αιμοκαθαιρόμενων ασθενών στο Ιράν, προέκυψε ότι οι γυναίκες νεφροπαθείς έχουν χειρότερη ποιότητα ζωής από ότι οι άντρες (Hajian-Tilaki, Heidari & Hajian-Tilaki, 2017). Το ίδιο εύρημα προκύπτει και από πολυκεντρική μελέτη στην Κίνα, σε 125 ασθενείς που υποβάλλονται τουλάχιστον από διαιτίας σε αιμοκάθαρση. Τα αποτελέσματα και αυτής της μελέτης επιβεβαιώνουν ότι το γυναικείο φύλο σχετίζεται με χειρότερη ποιότητα ζωής (Zhou et al., 2017).

Αναφορικά με την ηλικία των ασθενών οι μελέτες συγκλίνουν στο ότι όσο μεγαλύτερη είναι η ηλικία του ασθενούς τόσο χειρότερη είναι η ποιότητα ζωής (Theofilou, 2012, Hajian-Tilaki, Heidari & Hajian-Tilaki, 2017, Zhou et al., 2017). Όσον αφορά το επίπεδο εκπαίδευσης, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο του αιμοκαθαιρόμενου ασθενούς αποτελεί κακό προγνωστικό δείκτη για την ποιότητα ζωής του και όσο πιο μορφωμένος είναι ο ασθενής, τόσο καλύτερη αναμένεται να είναι η ποιότητα ζωής του (Theofilou, 2012, Bayoumi et al., 2013, Hajian-Tilaki, Heidari & Hajian-Tilaki, 2017, Zhou et al., 2017).

Σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση, τα στοιχεία που προκύπτουν από σχετικές έρευνες είναι αντικρουόμενα. Σε ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου, η απουσία συζύγου (διαζύγιο ή χηρεία) σχετίζεται με χειρότερη ποιότητα ζωής (Theofilou, 2012). Αντιθέτως, σε μια άλλη μελέτη 378 ασθενών, εν αναμονή για μεταμόσχευση νεφρού, φάνηκε ότι οι μη δεσμευμένοι ασθενείς είχαν καλύτερη ποιότητα ζωής από ότι οι παντρεμένοι (Akyuz et al., 2018).

Σημαντική επίδραση στην ποιότητα ζωής έχει και η παράμετρος εργασία. Σε μελέτη με ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου, που υποβάλλονταν σε θεραπεία



υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας (αιμοκάθαρση ή περιτοναϊκή κάθαρση), φάνηκε ότι ο περιορισμός στην εργασία ή στη μελέτη λόγω της νόσου είναι η παράμετρος με τη χειρότερη επίπτωση στην ποιότητα ζωής (Dabrowska-Bender et al., 2018). Άλλες παράμετροι που έχουν μελετηθεί για τον τρόπο που επιδρούν στην ποιότητα ζωής του ασθενή, είναι ο χώρος πραγματοποίησης της αιμοκάθαρσης (μονάδα τεχνητού νεφρού ή οικεία). Έχει φανεί ότι οι ασθενείς που πραγματοποιούν τη θεραπεία υποκατάστασης κατ' οίκον έχουν καλύτερη ποιότητα ζωής από ότι εκείνοι που χρειάζεται να επισκέπτονται εβδομαδιαία τη Μονάδα Τεχνητού Νεφρού (Rebollo&Ortega, 2002, Abdel-Kader, Urmuh, &Weisbord, 2009, Θεοφίλου, 2011, Τουλιά & Κουτσοπούλου, 2015).

### 2.5.3 Στάδια προσαρμογής

Η προσαρμογή του νεφροπαθή στη μέθοδο νεφρικής υποκατάστασης διακρίνεται σε τρία στάδια:

**Το πρώτο στάδιο, ή «μήνας του μέλιτος» :** περίοδος κατά την οποία ο ασθενής εμφορείται από αισθήματα αισιοδοξίας, ελπίδας και χαράς, αντιμετωπίζοντας με θετικό τρόπο το νοσηλευτικό προσωπικό, που επιμελείται τη φροντίδα του. Υποβόσκουν βέβαια και οι αγχωτικές τάσεις, το στρες ή ενδεχομένως και η κατάθλιψη, αλλά ο ασθενής αισθάνεται ανακούφιση και σιγουριά για τα αποτελέσματα της μεθόδου. Αυτή η θετική αντιμετώπιση κυμαίνεται χρονικά από τις πρώτες εβδομάδες έως και ένα χρόνο στην καλύτερη περίπτωση.

**Το στάδιο της απογοήτευσης:** ο νεφροπαθής σταδιακά χάνει την εμπιστοσύνη και την αισιοδοξία που τον διακατείχε στην προηγούμενη φάση και περνά σε μια περίοδο όπου το άγχος, οι αρνητικές σκέψεις, η θλίψη και γενικότερα η αποθάρρυνση εκφράζονται πλέον. Είναι το πιο δύσκολο στάδιο, καθώς, ο ασθενής προσπαθεί να προσαρμοστεί στα νέα δεδομένα βάσει της θεραπείας του που σαφώς τον περιορίζει στις δραστηριότητες του σε όλους τους τομείς. Οι φόβοι και οι καταθλιπτικές τάσεις αυξάνονται, ενώ δεν είναι λίγες οι φορές, που ο ασθενής νιώθει απροστάτευτος και ανίκανος, με ελλιπή αυτοπεποίθηση και αυτοεκτίμηση. Αυτή η διαρκεί από 3 μήνες έως και ένα χρόνο.

**Το στάδιο της μακροχρόνιας προσαρμογής:** σε αυτό το στάδιο ο νεφροπαθής, έχοντας περάσει από τη δύσκολη φάση της απογοήτευσης είναι σε θέση να επεξεργαστεί καλύτερα την κατάσταση του και να αποδεχτεί τα δεδομένα, τους φραγμούς και τις όποιες διαταραχές της ασθένειας. Χαρακτηρίζεται από μία γενική σταθερότητα στις αντιδράσεις και τα συναισθήματά του μπορεί να εναλλάσσονται από θετικά σε αρνητικά. Για παράδειγμα, ένας ασθενής μπορεί να αισθάνεται ικανοποιημένος από τον εαυτό του για μεγάλο διάστημα και

αυτή η αίσθηση να μεταβάλλεται με κρίσεις πανικού, άγχους ή καταθλιπτική συμπεριφορά. Σε αυτό το στάδιο είναι καλό, ο ασθενής να ενθαρρύνεται συναισθηματικά αναλαμβάνοντας δραστηριότητες που μπορεί με ευκολία να εκτελέσει, περιορίζοντας τον εργασιακό φόρτο και ακολουθώντας την κατάλληλη διατροφή (Abdel-Kader, Urnuh, & Weisbord, 2009, Theofilou, 2010).

#### **2.5.4 Ψυχολογικά προβλήματα αιμοκαθαιρόμενων ασθενών**

Η διαδικασία της προσαρμογής στην αιμοκάθαρση, σε συνδυασμό με τη χρόνια φύση της ασθένειας, επιφέρει με τη σειρά της αλλαγές στον ψυχισμό του ασθενή. Ο εργασιακός τομέας ενδέχεται να κλονιστεί σημαντικά, αφενός γιατί το άτομο δεν έχει πλέον την ενεργητικότητα και τη δύναμη να ανταπεξέλθει, όπως στο παρελθόν στις επαγγελματικές του υποχρεώσεις, αφετέρου γιατί η ίδια η θεραπεία της αιμοκάθαρσης τον υποχρεώνει να είναι διαθέσιμος για τις τακτικές συνεδρίες (ιδιαίτερα στο τελευταίο στάδιο της νόσου) που γίνονται 3 – 4 φορές την εβδομάδα. Τα παραπάνω προκαλούν με τη σειρά τους, εκτός από οικονομικές επιπτώσεις, και ψυχολογικές.

Ο νεφροπαθής αισθάνεται ανίκανος πλέον να ανταποκριθεί στην επαγγελματική του δραστηριότητα, με αποτέλεσμα να νιώθει ανασφάλεια, άγχος, για την επαγγελματική του πορεία, και σε πολλές περιπτώσεις ενοχή για την κατάστασή του. Οι περιορισμοί αυτοί δεν έχουν όμως μόνο επιδράσεις στον επάγγελμα. Επηρεάζουν σημαντικά τις σχέσεις του με την οικογένεια, τους φίλους και γενικότερα με τον κοινωνικό περίγυρο του. Αρκετοί νεφροπαθείς παρατηρούν διαφορές στη συμπεριφορά των οικείων προσώπων όσο και στους ίδιους. Το αίσθημα ενοχής, το άγχος, η επιθετική συμπεριφορά και η αυτολύπηση καταυλίζουν τον ασθενή, που αισθάνεται πως αποκλείεται κοινωνικά, πως δεν είναι πλέον χρήσιμος ή απαραίτητος στο περιβάλλον του λόγω της νόσου. Οι παραπάνω ψυχικές εκδηλώσεις μαρτυρούν τη σοβαρότητα της ψυχισμού του ασθενή, που παλεύει να διατηρήσει ταυτόχρονα την ψυχραιμία του και να δει τα πράγματα με θετική όψη (Αλεξανδρόπουλος & Χριστοδούλου, 2005).

Η σοβαρότητα όμως επιδεικνύεται και από την εμφάνιση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Η κατάθλιψη θεωρείται η πιο σημαντική διαταραχή του νεφροπαθή. Το αίσθημα της απομόνωσης, της αδυναμίας λόγω πνευματικής, ψυχικής και σωματικής κόπωσης, η έλλειψη ενδιαφερόντων, η αγωνία, οι διαταραχές στον ύπνο και στη διατροφή, αποτελούν μόνο μερικές μορφές εμφάνισής της. Ο ασθενής συχνά δεν αναφέρει την κατάσταση αυτή στους οικείους του και στο νοσηλευτικό προσωπικό, φοβούμενος την

αντίδρασή τους, αλλά κυρίως γιατί αισθάνεται μειονεκτικά. Επιπλέον, αποκρύπτει αυτή την κατάσταση καθώς αισθάνεται αβέβαιος για την πορεία της ασθένειας, ενώ συνάμα φοβάται για το ενδεχόμενο του θανάτου (Christensen & Ehlers, 2002).

## **ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>**

#### **ΕΡΕΥΝΑ**

---

#### **3.1 Σκοπός της έρευνας**

Σκοπός της παρακάτω έρευνας είναι η διερεύνηση και εκτίμηση της ποιότητας ζωής των ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση και η ικανοποίησή τους από τις υπηρεσίες υγείας που τους παρέχονται. Αναλυτικότερα διερευνήθηκαν τα δημογραφικά στοιχεία (φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση κοκ) και πως αυτά επιδρούν γενικά στη ποιότητα ζωής τους.

#### **3.2 Εργαλεία της έρευνας**

Η ερευνητική μελέτη είναι ποσοτική και πραγματοποιήθηκε από τέλη Μαΐου του 2020 έως και αρχές Αυγούστου του 2020 στην Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης “Κυανούς Σταυρός” στην Πάτρα κατόπιν άδειας που μας δόθηκε από την γιατρό και την προϊσταμένη της μονάδας. Ως εργαλείο της έρευνας χρησιμοποιήθηκε ένα ερωτηματολόγιο που αποτελείται από δύο μέρη. Το πρώτο μέρος περιλάμβανε ερωτήσεις σχετικά με τα δημογραφικά στοιχεία των ασθενών και το ατομικό τους ιστορικό. Συγκεκριμένα οι ασθενείς απάντησαν σε ερωτήσεις σχετικά με την ηλικία τους, το φύλο, την οικογενειακή τους κατάσταση, το μορφωτικό τους επίπεδο, τον τόπο διαμονής τους, την οικονομική κατάσταση. Επιπλέον, απάντησαν σε ερωτήσεις σχετικά με το ατομικό τους ιστορικό που αφορούν τα χρόνια που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση, το αίτιο της νόσου, το είδος της αγγειακής προσπέλασης και τα συνοδά προβλήματα. Το δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου είναι το Missoula-Vitas® Quality of life index version 15R για την αξιολόγηση και εκτίμηση της

ποιότητας ζωής τους. Το ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε ανώνυμα από τους ίδιους τους ασθενείς και η διάρκεια συμπλήρωσής τους ήταν 7/10 λεπτά.

### **3.3 Δειγματοληψία**

Το ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε συνολικά από 71 άτομα, ασθενείς της MTN «Κυανούς Σταυρός» στην Πάτρα από τέλη Μαΐου έως και αρχές του Αυγούστου, οι οποίοι υποβάλλονταν σε διαδικασία της αιμοκάθαρσης για την αποκατάσταση της νεφρικής λειτουργίας. Από το δείγμα οι 43 ήταν άντρες και 28 ήταν οι γυναίκες. Τα προσωπικά δεδομένα των ασθενών παραμένουν απόρρητα και μόνο οι ερευνητές έχουν γνώση.

### **3.4 Ηθική και δεοντολογία**

Το παρόν ερωτηματολόγιο εκτελέστηκε κατόπιν άδειας από την προϊσταμένη της κλινικής και σε συνεργασία με το προσωπικό έγινε η διανομή τους. Οι ασθενείς ενημερώθηκαν για το θέμα του ερωτηματολογίου καθώς και για τους κανόνες συμπλήρωσής τους και δόθηκε έμφαση για την εθελοντική τους συμμετοχή και το δικαίωμά τους να αποχωρήσουν από την διαδικασία όποτε θελήσουν. Επιπλέον, έγινε σαφές πως δεν πρόκειται να δημοσιοποιηθούν τα προσωπικά τους στοιχεία και έτσι η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων ήταν ανώνυμη και οποιαδήποτε πληροφορία δόθηκε διαφυλάχθηκε ως απόρρητο.

### **3.5 Περιορισμοί της έρευνας**

Δυσκολίες που αντιμετωπίστηκαν όσον αφορά το κομμάτι της έρευνας ήταν ότι δεν υπήρχε ιδιαίτερη ανταπόκριση από τις κλινικές και συλλόγους για να μοιράσουμε τα ερωτηματολόγια, εκτός από την συγκεκριμένη κλινική. Όσον αφορά την διαδικασία διανομής των ερωτηματολογίων δεδομένου του γεγονότος ότι ήταν το μοναδικό μέρος για να μαζέψουμε ένα ικανοποιητικό αριθμό δείγματος, με αποτέλεσμα να αυξηθεί ο αριθμός των ερωτηματολογίων που έπρεπε να συμπληρωθούν, μετά την συγκέντρωση 71 ερωτηματολογίων δεν υπήρχε πλέον περισσότερη ανταπόκριση από τους ίδιους τους ασθενείς. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα, εφόσον φτάσαμε σε ένα ικανοποιητικό αριθμό δείγματος, αποφασίστηκε να τερματιστεί η διαδικασία ώστε να προχωρήσουμε στην επεξεργασία και ανάλυση των δεδομένων που είχαμε συγκεντρώσει το οποίο και έγινε με ιδιαίτερη προσοχή για καλύτερη ακρίβεια. Σημαντικό ρολό στην μειωμένη ανταπόκριση των κλινικών καθώς και στην άμεση συμμετοχή των ασθενών διαδραμάτισε η πανδημία του

κορονοϊού (COVID-19). Λόγο της έξαρσης της πανδημίας ήταν δύσκολη η πρόσβαση στα κέντρα αιμοκάθαρσης καθώς και η επαφή με τους ασθενείς προκειμένου να τους βοηθήσουμε να συμπληρώσουν σωστά τα ερωτήματα. Επίσης η διάσταση του προβλήματος και η επικινδυνότητα της έκθεσης των ατόμων που πάσχουν από χρόνια νεφρική ανεπάρκεια στο κορονοϊό αύξησε τον φόβο για επικοινωνία και κοινωνική επαφή με αποτέλεσμα μειωθεί ακόμη περισσότερο ο αριθμός των ατόμων που θα μπορούσαν να συμπεριληφθούν στην διεξαγωγή της παρούσας ερευνάς.

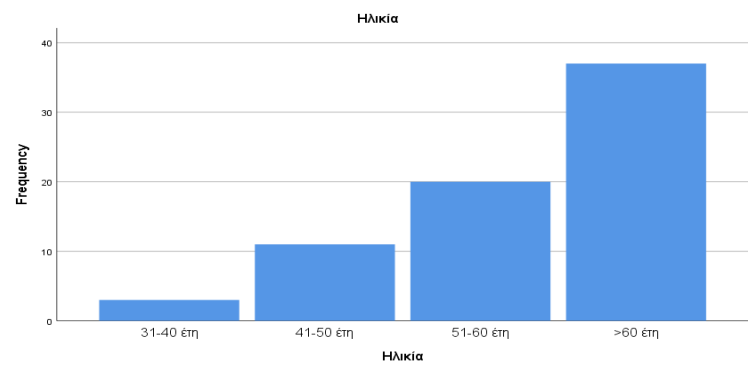
### 3.6 Αποτελέσματα της έρευνας

Στο παρόν κεφάλαιο παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του ερωτηματολογίου κατόπιν στατιστικής επεξεργασίας με το IBM-SPSS Statistics Data Editor.

#### 3.6.1 Δημογραφικά στοιχεία

##### ➤ Ηλικία

	Συχνότητα	Ποσοστά
31-40 έτη	3	4,2
41-50 έτη	11	15,5
51-60 έτη	20	28,2
>60 έτη	37	52,1
Σύνολο	71	100,0



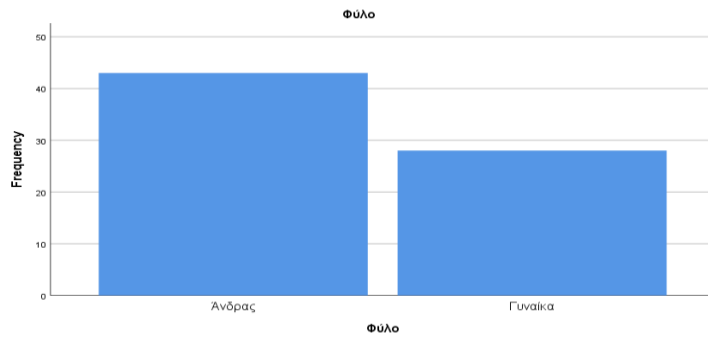
**Πίνακας 1, Γράφημα 1: Ηλικία δείγματος**

Παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών (52,1%) έχουν ηλικία άνω των 60 ετών.

##### ➤ Φύλο

	Συχνότητα	Ποσοστά
--	-----------	---------

Άνδρας	43	60,6
Γυναίκα	28	39,4
Σύνολο	71	100,0

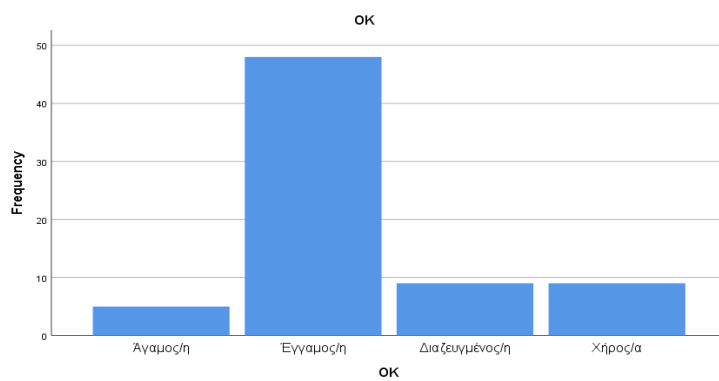


**Πίνακας 2, Γράφημα 2: Φύλο δείγματος**

Στον πίνακα παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό συμμετεχόντων είναι άντρες (60,6%) σε αντίθεση με τις γυναίκες (39,4%).

### ➤ Οικογενειακή κατάσταση

	Συχνότητα	Ποσοστά
Άγαμος/η	5	7,0
Έγγαμος/η	48	67,6
Διαζευγμένος/η	9	12,7
Χήρος/α	9	12,7
Σύνολο	71	100,0



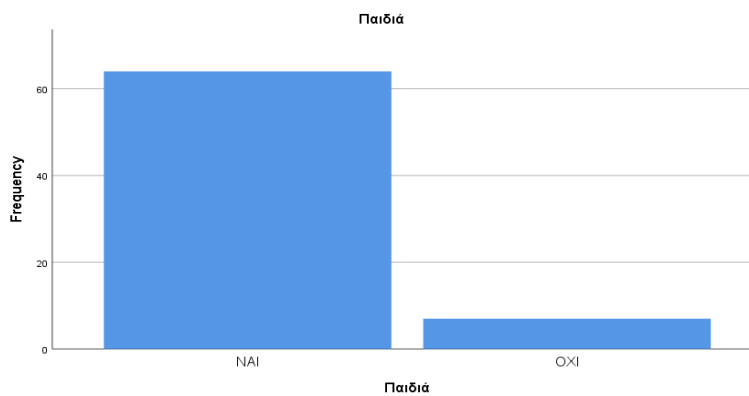
**Πίνακας 3, Γράφημα 3: Οικογενειακή κατάσταση δείγματος**

Παρατηρείται ότι οι περισσότεροι ασθενείς είναι έγγαμοι(67,6%), ενώ ένα πολύ μικρό ποσοστό αυτών είναι άγαμοι (7%).

### ➤ Παιδιά

	Συχνότητα	Ποσοστά
--	-----------	---------

ΝΑΙ	64	90,1
ΟΧΙ	7	9,9
Σύνολο	71	100,0

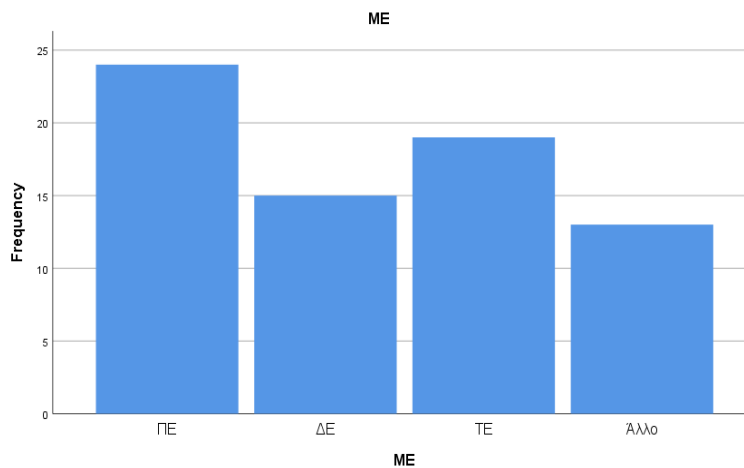


**Πίνακας 4, Γράφημα 4: Ύπαρξη παιδιών**

Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων έχουν παιδιά σε ποσοστό 90,1%.

### ➤ **Μορφωτικό επίπεδο**

	Συχνότητα	Ποσοστά
ΠΕ	24	33,8
ΔΕ	15	21,1
ΤΕ	19	26,8
Άλλο	13	18,3
Σύνολο	71	100,0

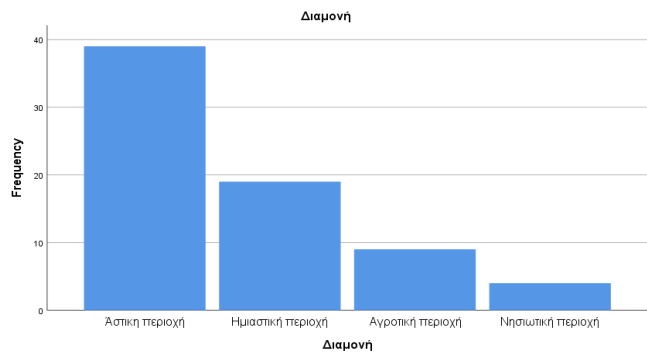


**Πίνακας 6, Γράφημα 6: Μορφωτικό επίπεδο δείγματος**

Γίνεται φανερό ότι ξεχωρίζει με μικρή διαφορά ο αριθμός των ατόμων που είναι ΠΕ με ποσοστό 33,8% και ακολουθούν έπειτα οι ΤΕ με ποσοστό 26,8%.

### ➤ Τόπος διαμονής

	Συχνότητα	Ποσοστά
Αστική περιοχή	39	54,9
Ημιαστική περιοχή	19	26,8
Αγροτική περιοχή	9	12,7
Νησιωτική περιοχή	4	5,6
Σύνολο	71	100,0



**Πίνακας 7, Γράφημα 7:** Τόπος διαμονής δείγματος

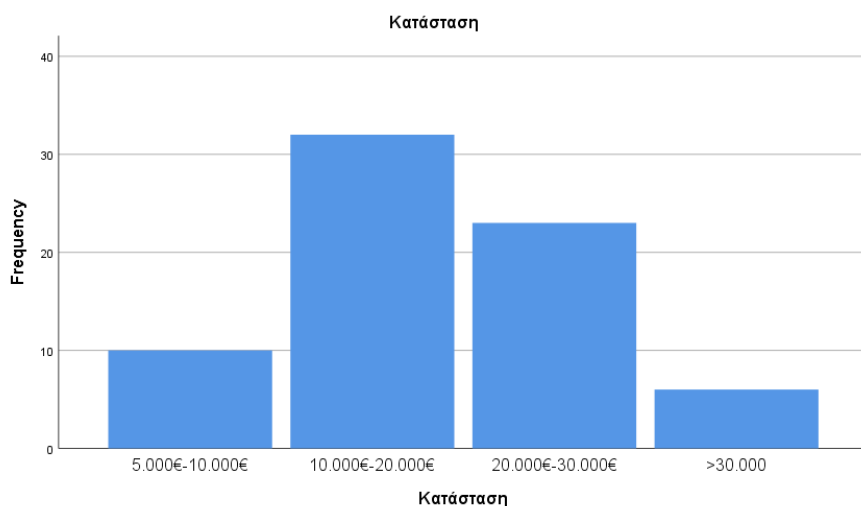
Παραπάνω από τους μισούς συμμετέχοντες κατοικούν σε αστική περιοχή (54,9%).

### ➤ Οικονομική κατάσταση

	Συχνότητα	Ποσοστά
5.000€-10.000€	10	14,1
10.000€-20.000€	32	45,1
20.000€-30.000€	23	32,4
>30.000	6	8,5
Σύνολο	71	100,0

**Πίνακας 8:** Οικονομική κατάσταση δείγματος





**Γράφημα 8:** Οικονομική κατάσταση δείγματος

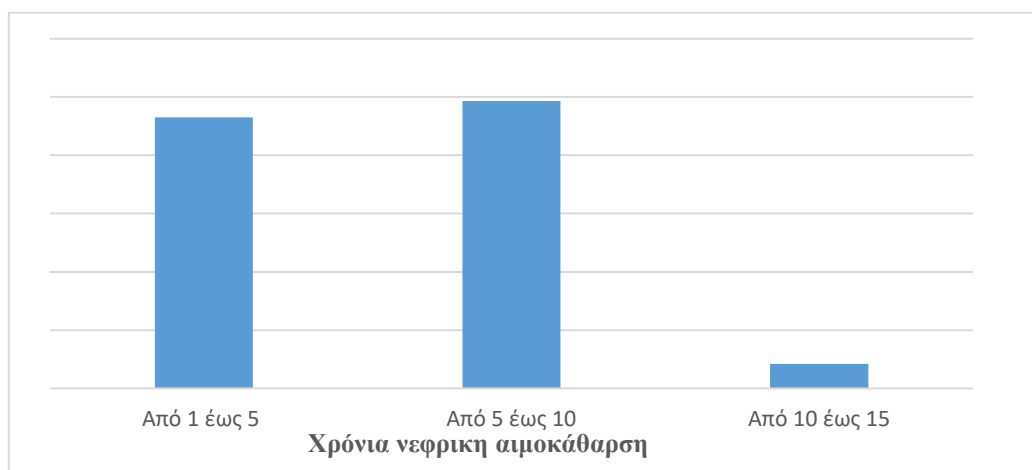
Στον πίνακα 8 παρατηρείται ότι το 45,1% του δείγματος ανήκουν στη μεσαία τάξη (10.000€-20.000€) ενώ με μικρή διαφορά (32,4%) ακολουθούν τα άτομα εκείνα που το ετήσιο εισόδημά τους κυμαίνεται στα 20.000€-30.000€.

### 3.6.2 Ατομικό ιστορικό

#### ➤ Χρόνια αιμοκάθαρσης

		Συχνότητα	Ποσοστά
	Από 1 έως 5 χρόνια	33	46,5
	Από 5 έως 10 χρόνια	35	49,3
	Από 10 έως 15 χρόνια	3	4,2

**Πίνακας 9:** Χρόνια αιμοκάθαρσης δείγματος



**Γράφημα 9:** Χρόνια αιμοκάθαρσης δείγματος

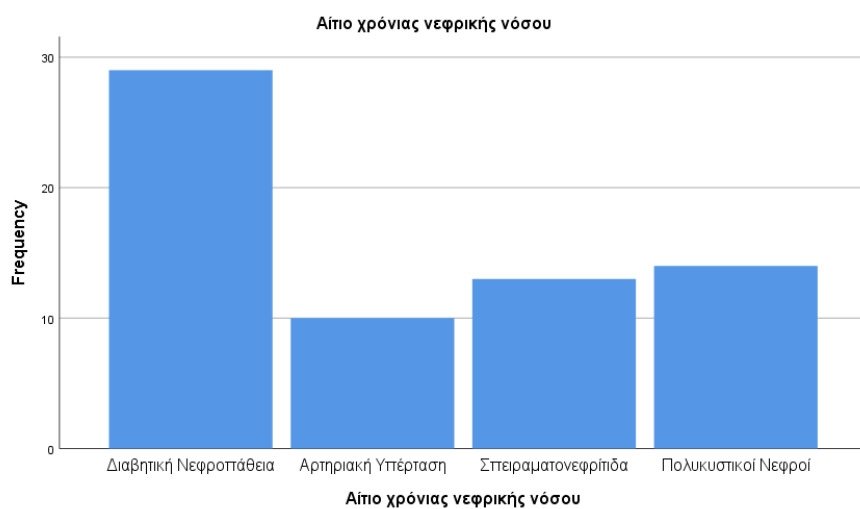
Στον πίνακα 9 παρατηρείται ότι από 1 έως 5 χρόνια το ποσοστό των ατόμων που κάνουν χρόνια νεφρική αιμοκάθαρση είναι (46,5%) , από 5 έως 10 χρόνια είναι (49,5%) και από 10 έως 15 χρόνια είναι μόνο (4,2%). Επίσης, το μικρότερο χρονικό διάστημα που κάνει κάποιος αιμοκάθαρση είναι 4 μήνες (1,4%), ενώ το μεγαλύτερο που κάνει κάποιος αιμοκάθαρση είναι 15 χρόνια (2,8%).

### ➤ Αίτιο χρόνιας νεφρικής νόσου

		Συχνότητα	Ποσοστά
	Διαβητική Νεφροπάθεια	29	40,8
	Αρτηριακή Υπέρταση	10	14,1
	Σπειραματονεφρίτιδα	13	18,3
	Πολυκυστικοί Νεφροί	14	19,7
	Σύνολο	66	93,0
	Άλλο	5	7,0

Σύνολο	71	100,0
--------	----	-------

**Πίνακας 10 : Αίτια νεφρικής νόσου**



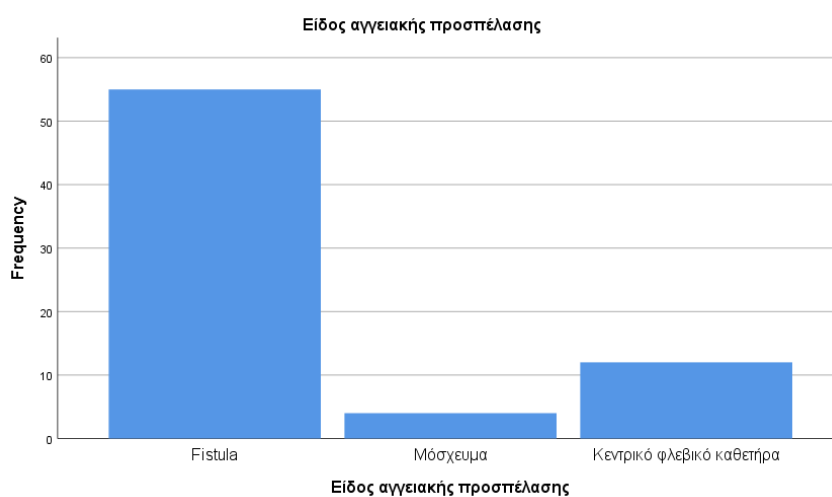
**Γράφημα 10: Αίτια χρόνιας νεφρικής νόσου**

Σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα στο 40,8% του δείγματος η νεφρική νόσος οφείλεται σε διαβητική νεφροπάθεια, ενώ το 7% του δείγματος είχε άλλο αίτιο νεφρικής νόσου όπως πέτρες στα νεφρά, ρευματικό πυρετό, υπερτροφία προστάτη.

➤ **Είδος αγγειακής προσπέλασης**

		Συχνότητα	Ποσοστά
	Fistula	55	77,5
	Μόσχευμα	4	5,6
	Κεντρικό φλεβικό καθετήρα	12	16,9
	Σύνολο	71	100,0

**Πίνακας 11:** Είδος αγγειακής προσπέλασης



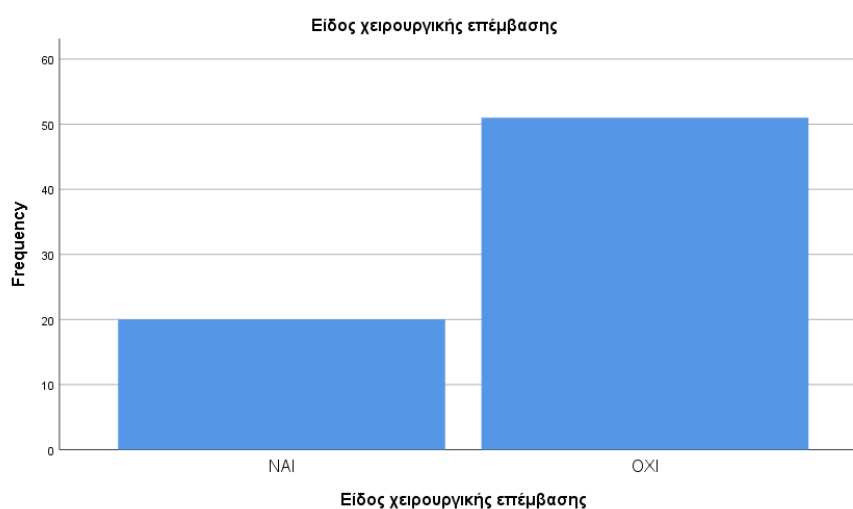
**Γράφημα 11:** Είδος αγγειακής προσπέλασης

Όπως φαίνεται στον πίνακα 11 το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος έχει ως αγγειακή προσπέλαση fistula (77,5%), αμέσως μετά και σε αρκετά μικρότερο ποσοστό(16,9%) είναι ο ΚΦΚ, και τέλος ένα μικρό ποσοστό(5,6%) έχει μόσχευμα.

### ➤ Είδος χειρουργικής επέμβασης

		Συχνότητα	Ποσοστά
	ΝΑΙ	20	28,2
	ΟΧΙ	51	71,8
	Σύνολο	71	100,0

**Πίνακας 12:** Είδος χειρουργικής επέμβασης δείγματος

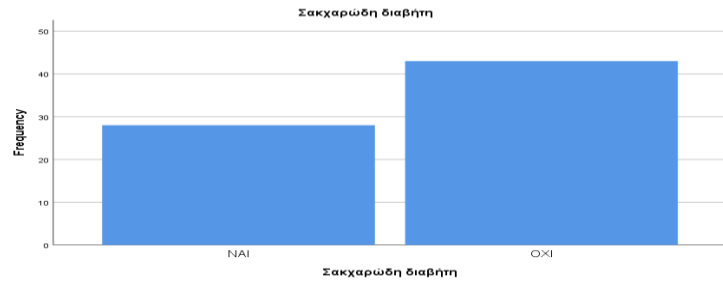


**Γράφημα 12:** Είδος χειρουργικής επέμβασης δείγματος

Στο συγκεκριμένο πίνακα αναγράφεται το αν οι ασθενείς έχουν υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση ή όχι όσο χρονικό διάστημα κάνουν αιμοκάθαρση. Όπως φαίνεται η πλειοψηφία τους (71,8%) δεν έχουν κάνει κάποια επέμβαση. Το 28,2% όμως έχουν υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση που αφορούν την χρόνια αυτή νόσο όπως νεφρεκτομή, χοληστεκτομή, δημιουργία fistula κ. α.

➤ **Συνοπάρχοντα νοσήματα – Σακχαρώδης διαβήτης**

	Συχνότητα	Ποσοστά
ΝΑΙ	28	39,4
ΟΧΙ	43	60,6
Σύνολο	71	100,0

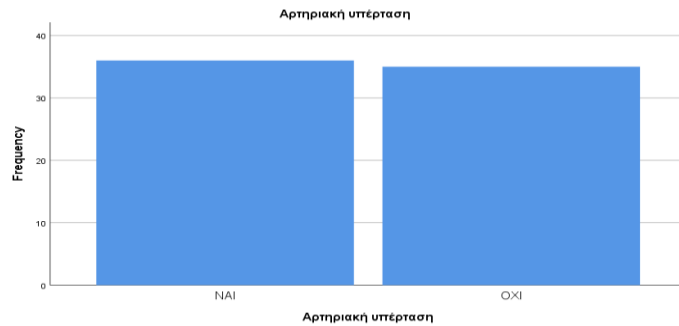


**Πίνακας 13, Γράφημα 13:** Συνοπάρχοντα νοσήματα - Σακχαρώδης διαβήτης

Σύμφωνα με τον πίνακα 13 το 39,4% του δείγματος πάσχει από σακχαρώδη διαβήτη. Ο σακχαρώδης διαβήτης αποτελεί ένα από τα κύρια συνοπάρχοντα νοσήματα της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας.

➤ **Συνοπάρχοντα νοσήματα – Αρτηριακή υπέρταση**

	Συχνότητα	Ποσοστά
ΝΑΙ	36	50,7
ΟΧΙ	35	49,3
Σύνολο	71	100,0

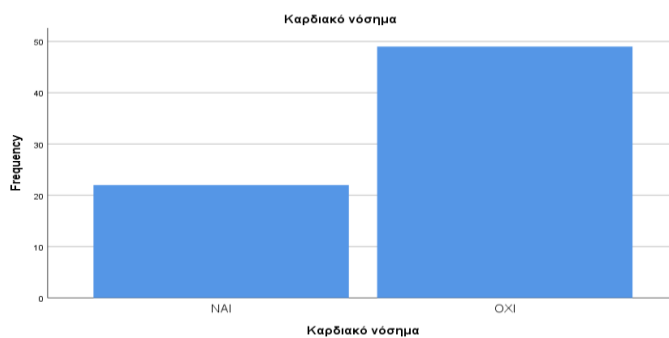


**Πίνακας 14, Γράφημα 14:** Συνοπάρχοντα νοσήματα - Αρτηριακή υπέρταση

Σύμφωνα με τον πίνακα το μισό δείγμα πάσχει από αρτηριακή υπέρταση.

➤ **Συνοπάρχοντα νοσήματα – Καρδιακό νόσημα**

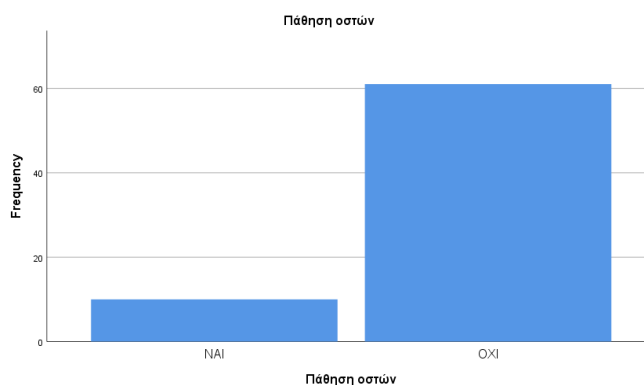
	Συχνότητα	Ποσοστά
ΝΑΙ	22	31,0
ΟΧΙ	49	69,0
Σύνολο	71	100,0



**Πίνακας 15, Γράφημα 15:** Συνοπάρχοντα νοσήματα - Καρδιακό νόσημα

➤ **Συνοπάρχοντα νοσήματα – Πάθηση οστών**

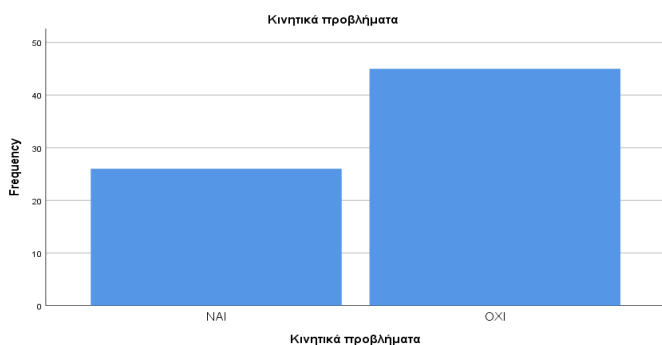
	Συχνότητα	Ποσοστά
ΝΑΙ	10	14,1
ΟΧΙ	61	85,9
Σύνολο	71	100,0



**Πίνακας 16 , Γράφημα 16:** Συνοπάρχοντα νοσήματα - Πάθηση των οστών

➤ **Συνοπάρχοντα νοσήματα – Κινητικά προβλήματα**

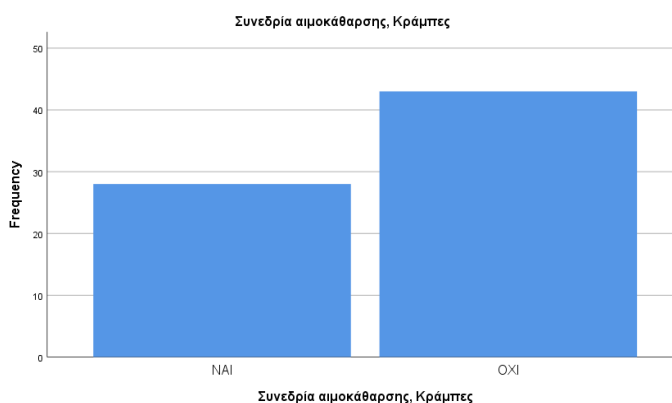
	Συχνότητα	Ποσοστά
ΝΑΙ	26	36,6
ΟΧΙ	45	63,4
Σύνολο	71	100,0



**Πίνακας 17, Γράφημα 17: Συνυπάρχοντα νοσήματα - Κινητικά Προβλήματα**

➤ **Συμπτώματα κατά την συνεδρία της αιμοκάθαρσης – Κράμπες**

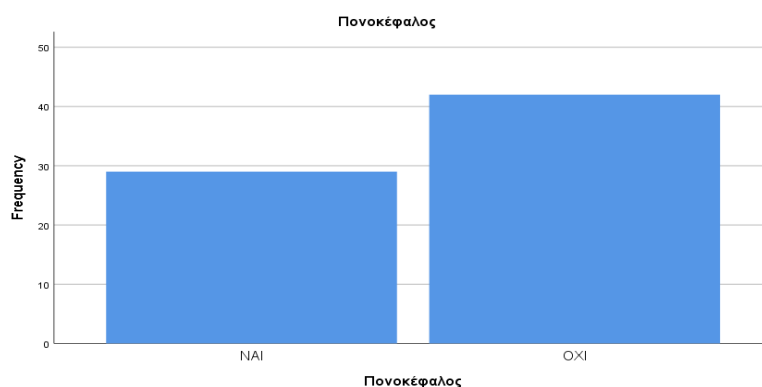
	Συχνότητα	Ποσοστά
ΝΑΙ	28	39,4
ΟΧΙ	43	60,6
Σύνολο	71	100,0



**Πίνακας 18, Γράφημα 18: Κράμπες**

➤ **Συμπτώματα κατά την συνεδρία της αιμοκάθαρσης – Πονοκέφαλος**

	Συχνότητα	Ποσοστά
ΝΑΙ	29	40,8
ΟΧΙ	42	59,2
Σύνολο	71	100,0

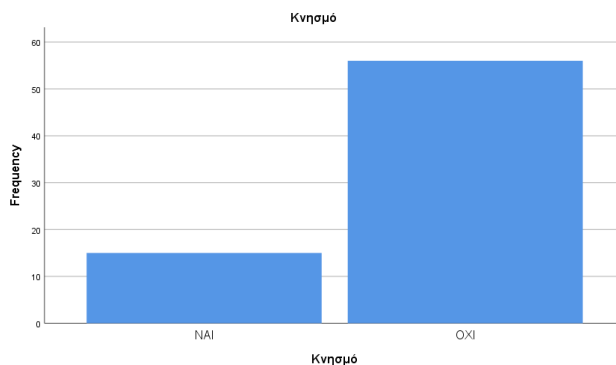


**Πίνακας 19, Γράφημα 19: Πονοκέφαλος**

➤ **Συμπτώματα κατά την συνεδρία της αιμοκάθαρσης - Κνησμός**



	Συχνότητα	Ποσοστά
ΝΑΙ	15	21,1
ΟΧΙ	56	78,9
Σύνολο	71	100,0



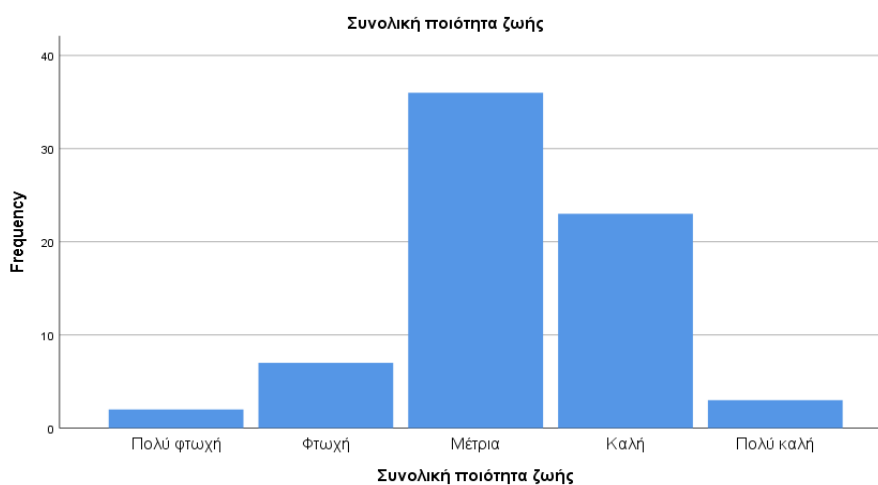
Πίνακας 20, Γράφημα 20: Κνησμός

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

#### ➤ Συνολική ποιότητα ζωής

		Συχνότητα	Ποσοστά
	Πολύ φτωχή	2	2,8
	Φτωχή	7	9,9
	Μέτρια	36	50,7
	Καλή	23	32,4
	Πολύ καλή	3	4,2
	Σύνολο	71	100,0

Πίνακας 21: Συνολική ποιότητα ζωής δείγματος



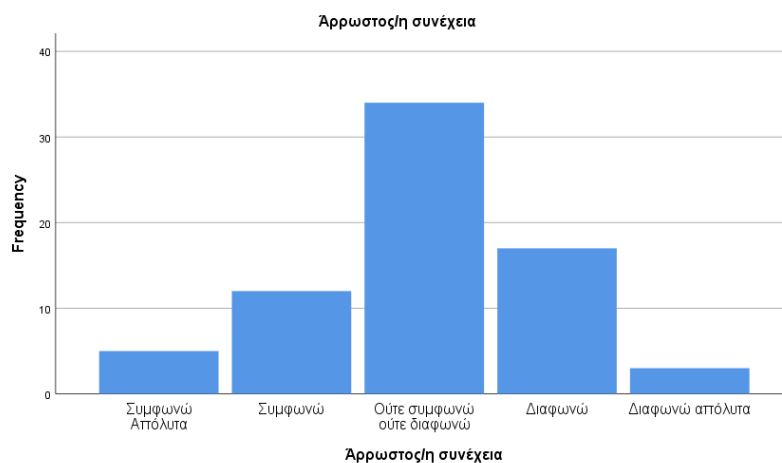
### Γράφημα 21: Συνολική ποιότητα ζωής δείγματος

Στον πίνακα 21 παρατηρείται ότι οι περισσότεροι ασθενείς από το δείγμα (50,7%) βιώνουν μέτριες ως προς καλές (32,4%) συνθήκες στην καθημερινότητά τους και λίγοι είναι αυτοί (2,8%) που θα χαρακτήριζαν την ποιότητα ζωής τους ως πολύ φτωχή.

#### ➤ Άρρωστος/η συνέχεια

	Συχνότητα	Ποσοστά
Συμφωνώ Απόλυτα	5	7,0
Συμφωνώ	12	16,9
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	34	47,9
Διαφωνώ	17	23,9
Διαφωνώ απόλυτα	3	4,2
Σύνολο	71	100,0

Πίνακας 22: Άρρωστος/η συνέχεια



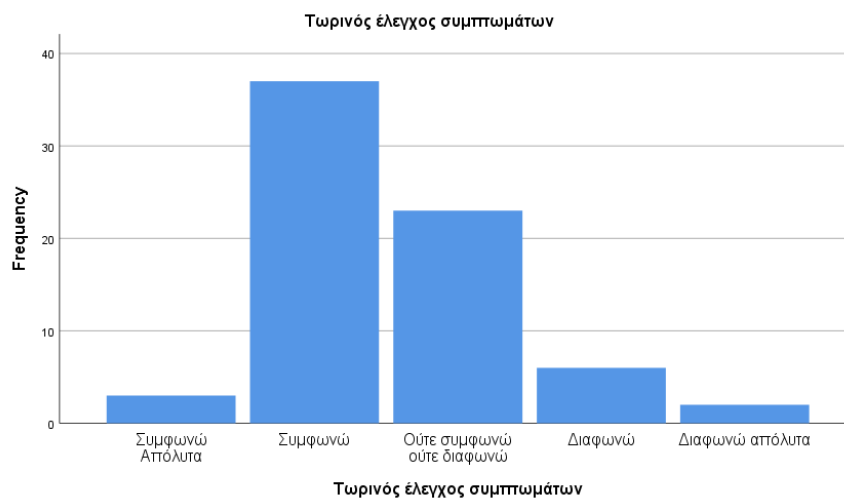
Γράφημα 22: Άρρωστος/η συνέχεια

Σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα περίπου το μισό ποσοστό του δείγματος (47,9%) δείχνει μια αβεβαιότητα ως προς το αν νοιώθουν συνέχεια άρρωστοι ή όχι ενώ λίγοι ήταν εκείνοι που δεν νοιώθουν αυτό το συναίσθημα (4,2%).

### ➤ Τωρινός έλεγχος συμπτωμάτων

	Συχνότητα	Ποσοστά
Συμφωνώ Απόλυτα	3	4,2
Συμφωνώ	37	52,1
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	23	32,4
Διαφωνώ	6	8,5
Διαφωνώ απόλυτα	2	2,8
Σύνολο	71	100,0

**Πίνακας 23:** Τωρινός έλεγχος συμπτωμάτων δείγματος



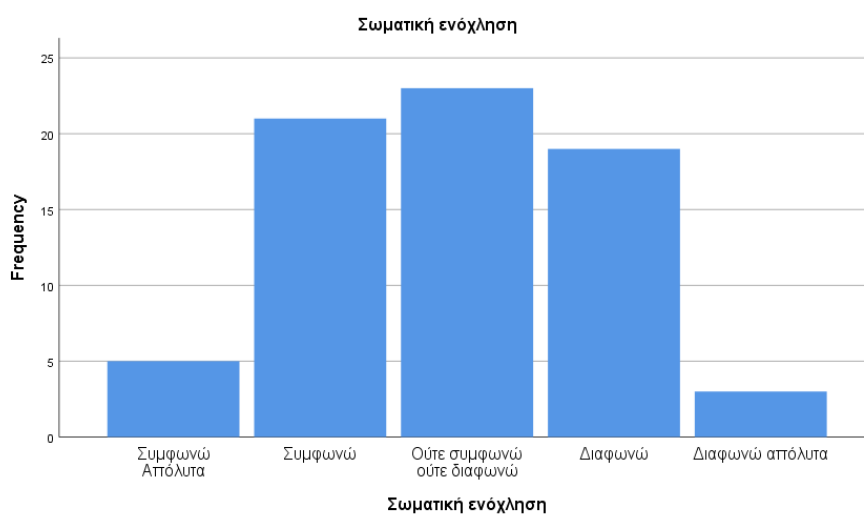
**Γράφημα 23:** Τωρινός έλεγχος συμπτωμάτων δείγματος

Στον πίνακα 23 αναγράφεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (52,1%) είναι ευχαριστημένοι από τον τωρινό έλεγχο των συμπτωμάτων τους και ελάχιστοι (2,8%) με διαφορά που αντιθέτως δεν νοιώθουν το ίδιο.

### ➤ Σωματική ενόχληση

	Συχνότητα	Ποσοστά
Συμφωνώ Απόλυτα	5	7,0
Συμφωνώ	21	29,6
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	23	32,4
Διαφωνώ	19	26,8
Διαφωνώ απόλυτα	3	4,2
Σύνολο	71	100,0

**Πίνακας 24:** Σωματική ενόχληση δείγματος



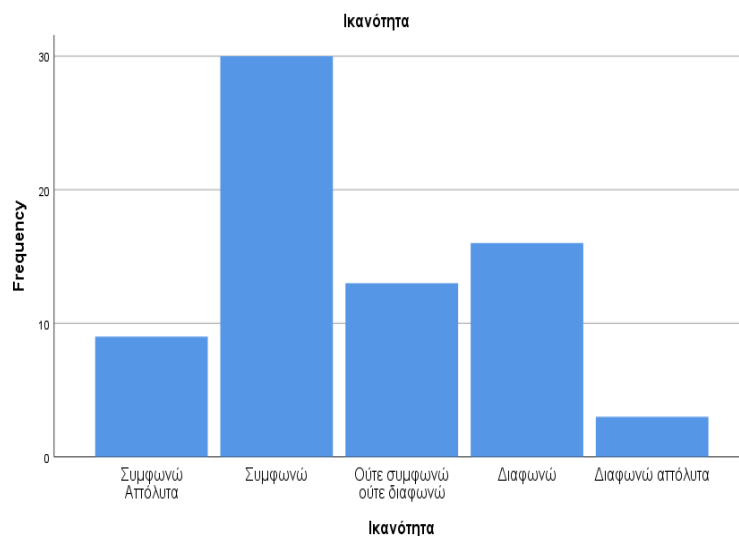
**Γράφημα 24:** Σωματική ενόχληση δείγματος

Το 32,4% του δείγματος δεν απαντούν με απόλυτη σιγουριά όσον αφορά το αν αισθάνονται σωματική ενόχληση σε καθημερινή βάση, γεγονός που δείχνει ότι δεν είναι όλες οι ημέρες το ίδιο ανάλογα με τη σοβαρότητα της κατάστασης ή ακόμα και τα συνοδά προβλήματα που ο ασθενής μπορεί να αντιμετωπίζει.

## ➤ Ικανότητα

	Συχνότητα	Ποσοστά
Συμφωνώ Απόλυτα	9	12,7
Συμφωνώ	30	42,3
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	13	18,3
Διαφωνώ	16	22,5
Διαφωνώ απόλυτα	3	4,2
Σύνολο	71	100,0

**Πίνακας 25:** Ικανότητα δείγματος



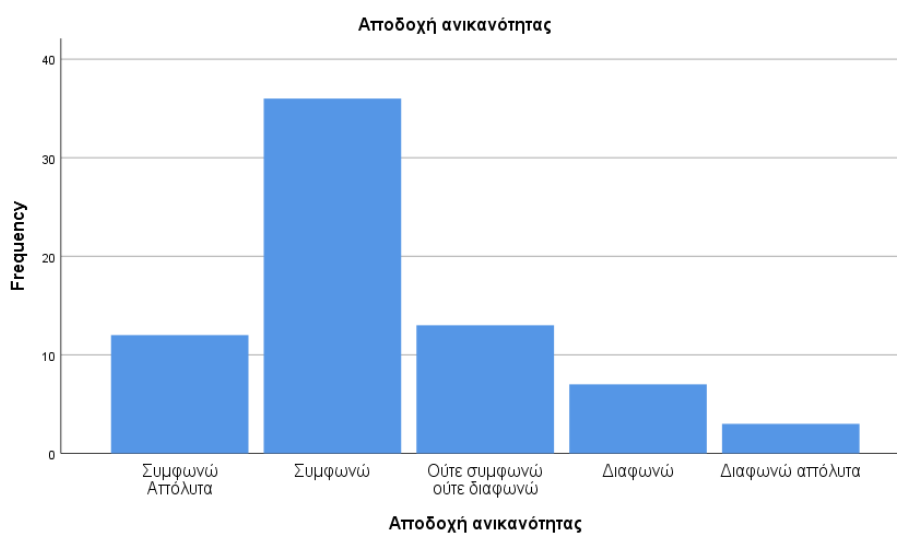
### Γράφημα 25: Ικανότητα δείγματος

Το 42,3% του δείγματος, στον πίνακα 25, δεν νοιώθουν ικανοί να κάνουν πολλά από τα πράγματα που τους αρέσει να κάνουν ενώ με μικρή διαφορά ακολουθούν εκείνοι οι 22,5% του δείγματος που είναι αντίθετοι με αυτήν την αντίληψη και εξακολουθούν να είναι εξίσου με πριν δραστήριοι.

#### ➤ Αποδοχή ανικανότητας

	Συχνότητα	Ποσοστά
Συμφωνώ Απόλυτα	12	16,9
Συμφωνώ	36	50,7
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	13	18,3
Διαφωνώ	7	9,9
Διαφωνώ απόλυτα	3	4,2
Σύνολο	71	100,0

Πίνακας 26: Αποδοχή ανικανότητας



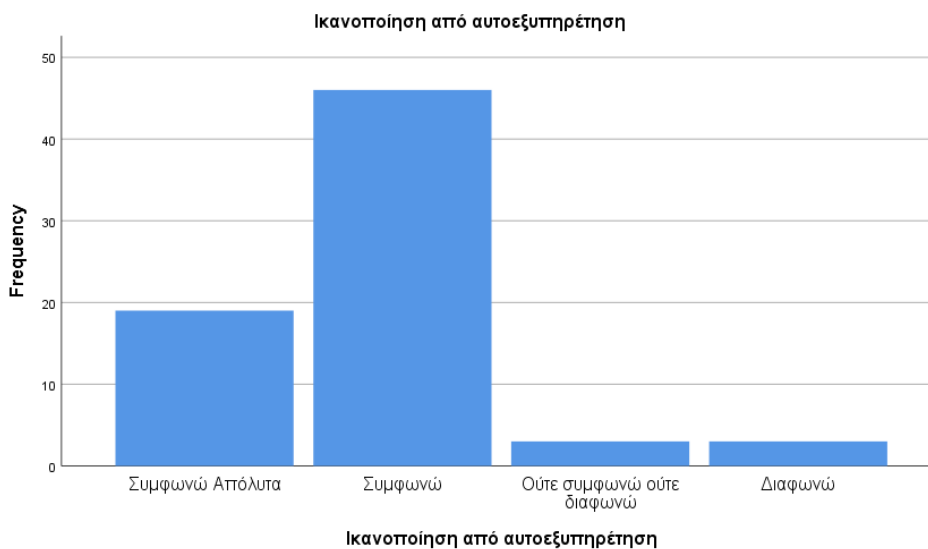
Γράφημα 26: Αποδοχή ανικανότητας

Στον παραπάνω πίνακα παρατηρείται ότι περίπου το μισό ποσοστό του δείγματος (50,7%) έχουν αποδεχτεί το γεγονός ότι είναι πλέον σε θέση που να μην μπορούν να κάνουν πολλά από τα πράγματα τα οποία συνήθιζαν να κάνουν πριν και μόνο το 4,2% είναι εκείνοι που διαφωνούν απόλυτα.

### ➤ Ικανοποίηση από αυτοεξυπηρέτηση

		Συχνότητα	Ποσοστά
	Συμφωνώ Απόλυτα	19	26,8
	Συμφωνώ	46	64,8
	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	3	4,2
	Διαφωνώ	3	4,2
	Σύνολο	71	100,0

**Πίνακας 27:** Ικανοποίηση δείγματος από αυτοεξυπηρέτηση



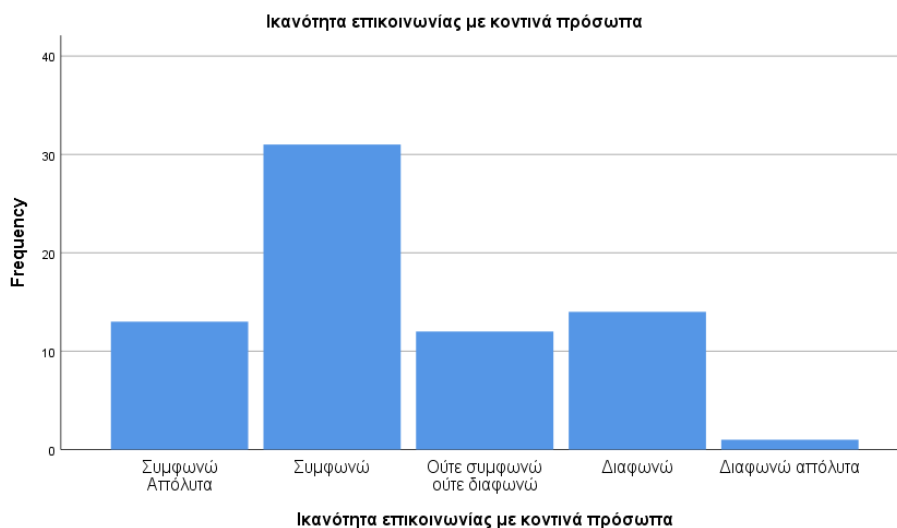
**Γράφημα 27:** Ικανοποίηση δείγματος από αυτοεξυπηρέτηση

Στον πίνακα 27 είναι εμφανές και με διαφορά (64,8%) ότι οι ασθενείς ικανοποιούνται όταν μπορούν να αυτοεξυπηρετούνται και το να είναι δραστήριοι.

### ➤ Ικανότητα επικοινωνίας με κοντινά πρόσωπα

		Συχνότητα	Ποσοστά
	Συμφωνώ Απόλυτα	13	18,3
	Συμφωνώ	31	43,7
	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	12	16,9
	Διαφωνώ	14	19,7
	Διαφωνώ απόλυτα	1	1,4
	Σύνολο	71	100,0

**Πίνακας 28:** Ικανότητα δείγματος να επικοινωνεί με κοντινά πρόσωπα



**Γράφημα 28:** Ικανότητα δείγματος να επικοινωνεί με κοντινά πρόσωπα

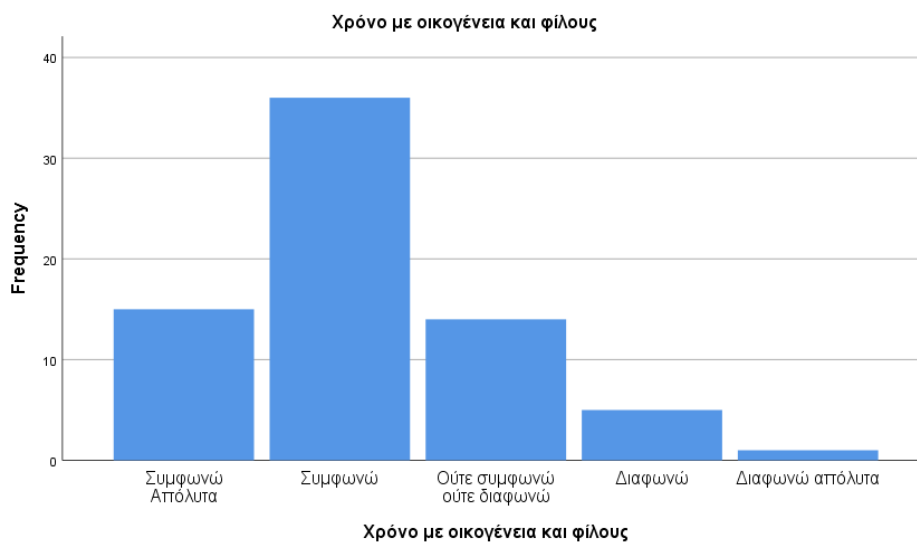


Στον παραπάνω πίνακα παρατηρείται ότι η πλειοψηφία του δείγματος (43,7%) μπορούν και μοιράζονται σημαντικά πράγματα με κοντινά τους πρόσωπα και μόνο το 19,7% είναι αυτοί που από την άλλη δυσκολεύονται να το κάνουν αυτό.

### ➤ Χρόνο με οικογένεια και φίλους

	Συχνότητα	Ποσοστά
Συμφωνώ Απόλυτα	15	21,1
Συμφωνώ	36	50,7
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	14	19,7
Διαφωνώ	5	7,0
Διαφωνώ απόλυτα	1	1,4
Σύνολο	71	100,0

**Πίνακας 29:** Χρόνο με οικογένεια και φίλους



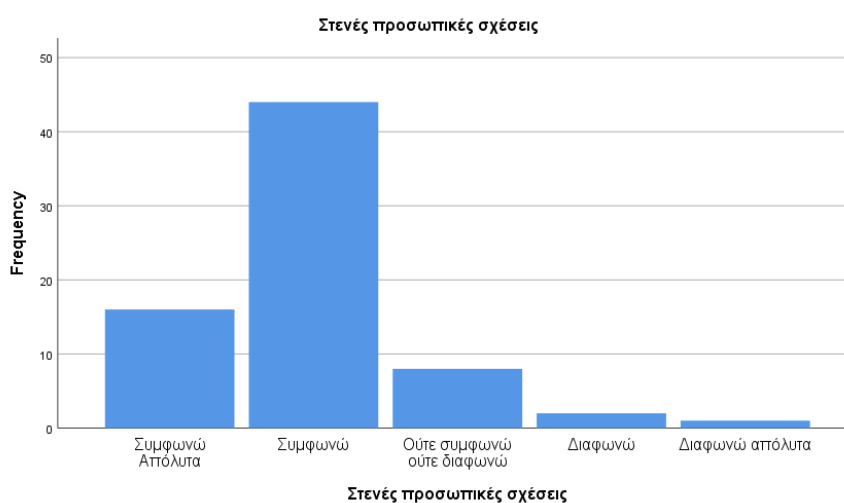
**Γράφημα 29:** Χρόνο με οικογένεια και φίλους

Στον πίνακα 29 διακρίνουμε ότι το 50,7% του δείγματος περνάνε όσο χρόνο θέλουν με τις οικογένειές τους και τους φίλους τους, γεγονός που αποδεικνύει σε συνδυασμό και με στοιχεία από τον προηγούμενο πίνακα (3.6.χxi) την στήριξη που νοιώθουν οι ασθενείς από τα αγαπημένα τους πρόσωπα.

### ➤ Στενές προσωπικές σχέσεις

		Συχνότητα	Ποσοστά
	Συμφωνώ Απόλυτα	16	22,5
	Συμφωνώ	44	62,0
	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	8	11,3
	Διαφωνώ	2	2,8
	Διαφωνώ απόλυτα	1	1,4
	Σύνολο	71	100,0

**Πίνακας 30:** Στενές προσωπικές σχέσεις δείγματος



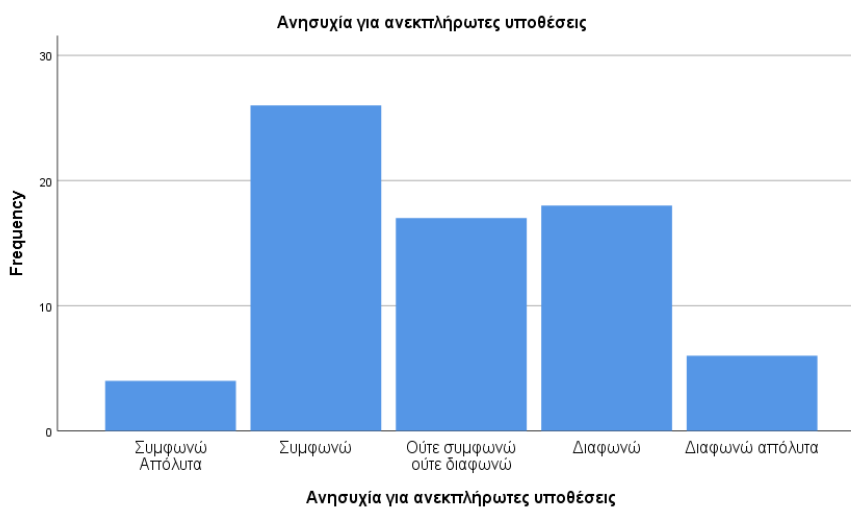
**Γράφημα 30:** Στενές προσωπικές σχέσεις δείγματος

Εν συνεχεία στον πίνακα 30 είναι φανερό (62,0%) το πόσο σημαντικό είναι για τους ασθενείς να έχουν στενές προσωπικές σχέσεις και με μεγάλη διαφορά ακολουθεί μόλις 4,2% που αναδεικνύει το ακριβώς αντίθετο.

➤ **Ανησυχία για ανεκπλήρωτες υποθέσεις**

		Συχνότητα	Ποσοστά
	Συμφωνώ Απόλυτα	4	5,6
	Συμφωνώ	26	36,6
	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	17	23,9
	Διαφωνώ	6	25,4
	Διαφωνώ απόλυτα	6	8,5
	Σύνολο	71	100,0

**Πίνακας 31:** Ανησυχία δείγματος για ανεκπλήρωτες υποθέσεις



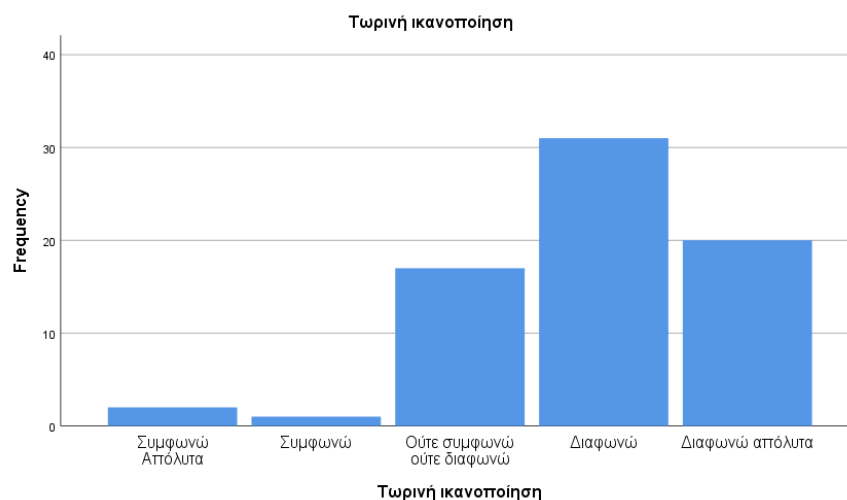
**Γράφημα 31:** Ανησυχία δείγματος για ανεκπλήρωτες υποθέσεις

Στον παραπάνω πίνακα βλέπουμε ότι θίγεται ένα ιδιαίτερο ζήτημα όσον αφορά τις υποχρεώσεις των ασθενών, κατά πόσο δηλαδή είναι σε θέση να μπορούν να λύσουν υποθέσεις της καθημερινότητας τους. Από αυτούς το 36,6% δηλώνει ότι είναι ιδιαίτερα προβληματισμένοι ή ακόμη και στρεσαρισμένοι, θα μπορούσαμε να πούμε, σχετικά με αυτό το ζήτημα και το 33,9% δείχνει ότι μπορούν κάλλιστα να ανταποκριθούν σε αυτά.

### ➤ Τωρινή ικανοποίηση

	Συχνότητα	Ποσοστά
Συμφωνώ Απόλυτα	2	2,8
Συμφωνώ	1	1,4
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	17	23,9
Διαφωνώ	31	43,7
Διαφωνώ απόλυτα	20	28,2
Σύνολο	71	100,0

**Πίνακας 32:** Τωρινή ικανοποίηση δείγματος



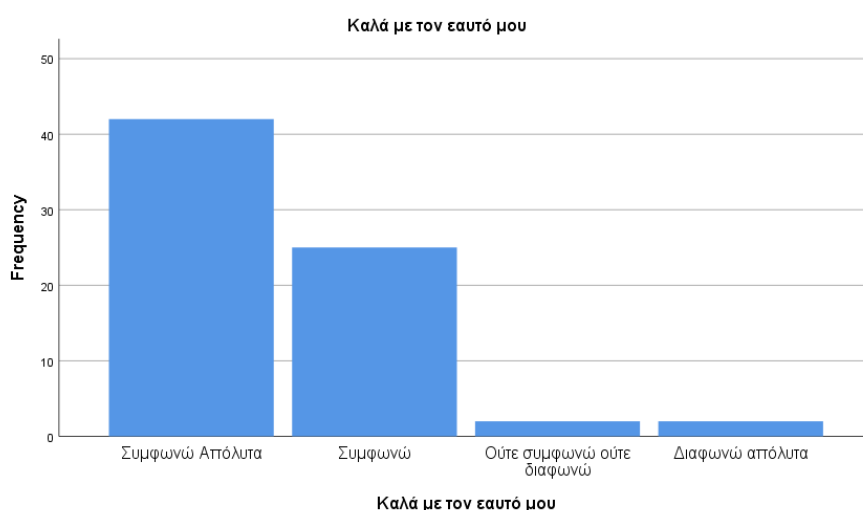
**Γράφημα 32:** Τωρινή ικανοποίηση δείγματος

Το 43,7% ή και 28,2% του δείγματος δεν είναι ευχαριστημένοι από την τωρινή κατάστασή τους απ' ότι ήταν πριν και μόνο το 1,4% δηλώνουν ότι είναι.

➤ **Καλά με τον εαυτό μου**

		Συχνότητα	Ποσοστά
	Συμφωνώ Απόλυτα	42	59,2
	Συμφωνώ	25	35,2
	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	2	2,8
	Διαφωνώ απόλυτα	2	2,8
	Σύνολο	71	100,0

**Πίνακας 33: Καλά με τον εαυτό μου**



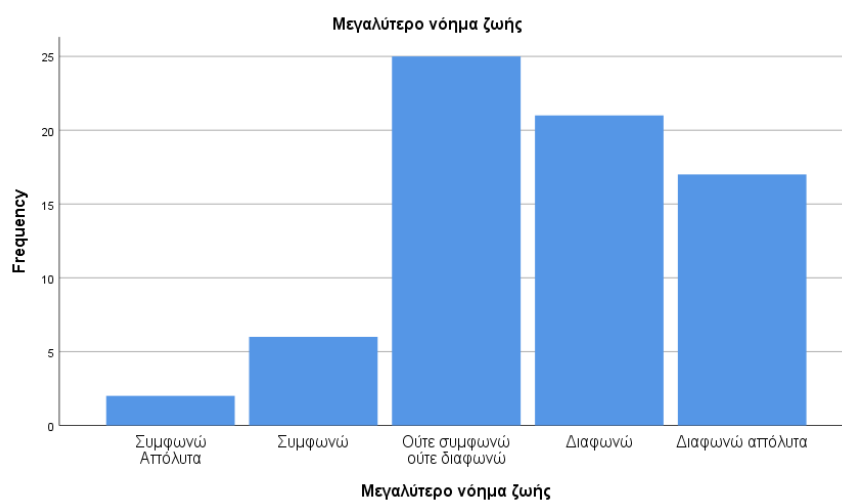
**Γράφημα 33: Καλά με τον εαυτό μου**

Στον παραπάνω πίνακα παρατηρείται με μεγάλη διαφορά (59,2%), το περισσότερο από το μισό δηλαδή, ότι έχει σημασία για τους ασθενείς να νοιώθουν καλά με τον εαυτό τους, ενώ ένα μικρό ποσοστό από αυτό (2,8%) δεν είναι βέβαιοι ή ακόμα δεν νοιώθουν άνετα με τον εαυτό τους στη παρούσα κατάσταση τους.

### ➤ Μεγαλύτερο νόημα ζωής

		Συχνότητα	Ποσοστά
	Συμφωνώ Απόλυτα	2	2,8
	Συμφωνώ	6	8,5
	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	25	35,2
	Διαφωνώ	21	29,6
	Διαφωνώ απόλυτα	17	23,9
	Σύνολο	71	100,0

**Πίνακας 34:** Μεγαλύτερο νόημα ζωής



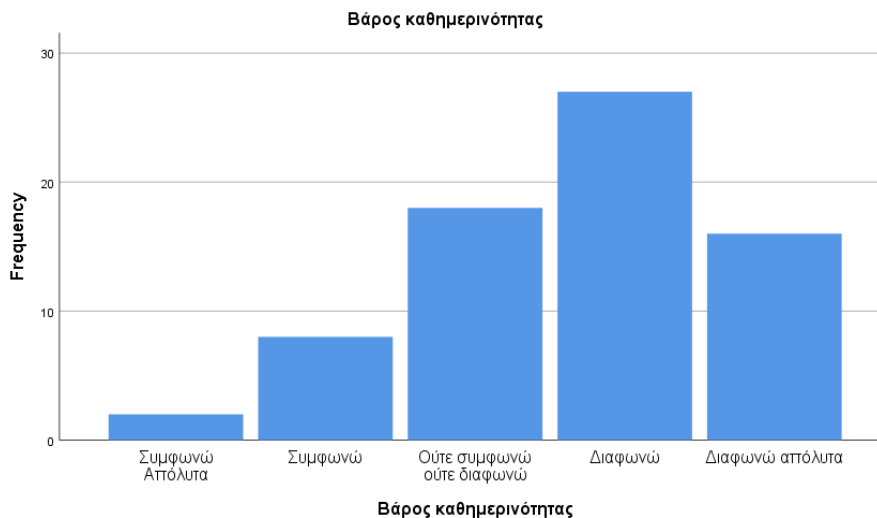
### Γράφημα 34: Μεγαλύτερο νόημα ζωής

Στον συγκεκριμένο πίνακα, αναγράφονται τα αποτελέσματα σχετικά με το αν η ζωή τους έχει περισσότερο νόημα τώρα σε σύγκριση με το παρελθόν. Από αυτούς το 35,2% του δείγματος δεν απαντάνε με βεβαιότητα ενώ αμέσως μετά το 29,6% δείχνουν ότι δεν έχει αποκτήσει μεγαλύτερο νόημα η ζωή τους συγκριτικά με το παρελθόν.

#### ➤ Βάρος καθημερινότητας

	Συχνότητα	Ποσοστά
Συμφωνώ Απόλυτα	2	2,8
Συμφωνώ	8	11,3
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	18	25,4
Διαφωνώ	27	38,0
Διαφωνώ απόλυτα	16	22,5
Σύνολο	71	100,0

Πίνακας 35: Βάρος καθημερινότητας



Γράφημα 35: Βάρος καθημερινότητας

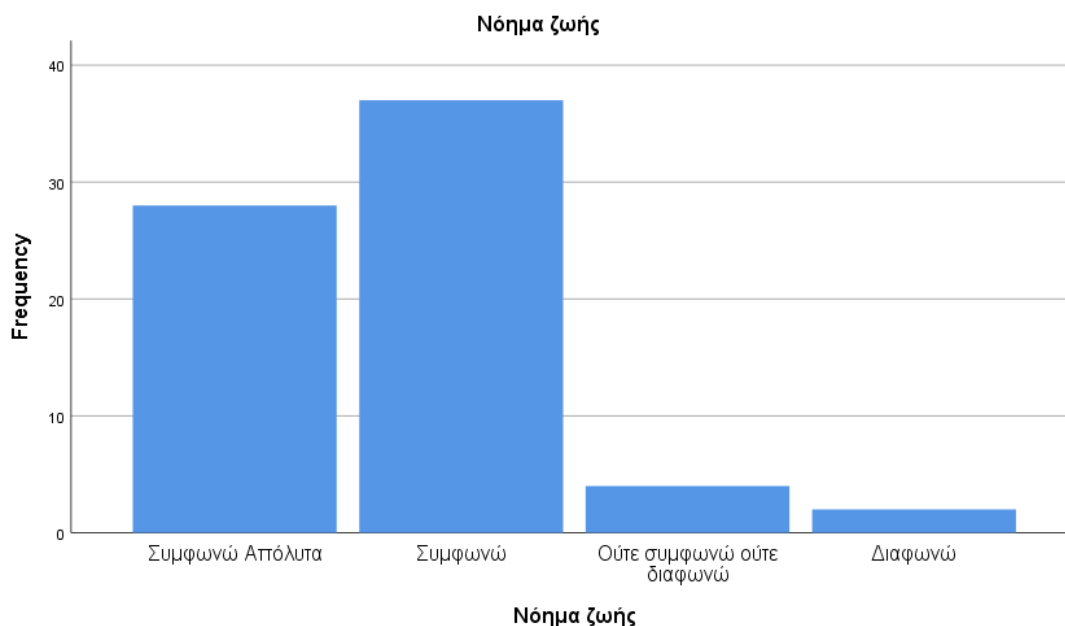
Παρ'όλο που τα προηγούμενα αποτελέσματα δείχνουν ότι η ζωή των ασθενών δεν έχει αποκτήσει μεγαλύτερο νόημα σε σχέση με το παρελθόν, στο συγκεκριμένο πίνακα (29) παρατηρούμε ότι η ζωή των περισσότερων (60,5%) εξακολουθεί να έχει νόημα και ότι η καθημερινότητά τους δεν είναι ένα βάρος, με μερικούς από αυτό το ποσοστό (22,5%) να είναι απόλυτοι σχετικά με αυτό. Αμέσως μετά ακολουθεί και το ποσοστό των ασθενών εκείνων (25,4%) που δεν μπορούν με σιγουριά να απαντήσουν σε αυτό το ερώτημα.

### ➤ **Νόημα ζωής**

	Συχνότητα	Ποσοστά
Συμφωνώ Απόλυτα	28	39,4
Συμφωνώ	37	52,1
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	4	5,6
Διαφωνώ	2	2,8
Σύνολο	71	100,0

**Πίνακας 36:** Νόημα ζωής δείγματος





**Γράφημα 36:** Νόημα ζωής δείγματος

Τέλος, όταν ερωτήθηκαν αν έχει σημασία για αυτούς να νοιώθουν ότι η ζωή τους έχει νόημα, οι περισσότεροι από το δείγμα μας (52,1%/39,4%) όπως επιβεβαιώνεται και από τον πίνακα 3.6.χχix, απάντησαν πως συμφωνούν και λίγοι ήταν εκείνοι που δείχνουν το αντίθετο (2,8%).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>

### ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

---

Η έρευνά μας αποσκοπεί στη προβολή και κατανόηση της ποιότητας ζωής των ατόμων με νεφρική ανεπάρκεια όχι μόνο από τους επαγγελματίες υγείας που κατά κύριο λόγο ασχολούνται με τα άτομα αυτά αλλά και γενικά από τον υπόλοιπο πληθυσμό που μπορεί να μην είναι αρκετά ενημερωμένοι επί του θέματος.

Αναλύοντας τα δημογραφικά δεδομένα του ερωτηματολογίου παρατηρείται ότι περισσότεροι (60,6%) ήταν άντρες και λιγότερες οι γυναίκες (39,4%) από το δείγμα μας. Όσο αφορά την ηλικία των συμμετεχόντων οι μισοί και παραπάνω από αυτούς έχουν ηλικία άνω των 60 ετών (52,1%) και η πλειοψηφία αυτών είναι παντρεμένοι (67,6%) ενώ πολύ μικρό ήταν το ποσοστό εκείνων που δεν έχουν (7%) και το μορφωτικό τους επίπεδο στο μεγαλύτερο ποσοστό (33,8%) είναι απόφοιτοι πανεπιστημίου. Στη συνέχεια, γίνεται φανερό

ότι ο αριθμός των συμμετεχόντων που έχουν παιδιά ήταν 90,1% γεγονός που αποδεικνύει όπως θα αναδειχθεί και παρακάτω ότι συμβάλλουν στη καλή ψυχική υγεία των ασθενών. Τέλος, το 54,9% του δείγματος κατοικούν σε αστική περιοχή και το 45,1% έχουν εισόδημα 10.000€-20.000€.

Όσον το ατομικό ιστορικό των ασθενών τα 15 χρόνια είναι η μέγιστη τιμή που κάποιος από τους συμμετέχοντες υποβάλλεται σε αιμοκάθαρση, ενώ η ελάχιστη τιμή είναι 4 μήνες. Οι περισσότεροι (15,5%) δήλωσαν ότι κάνουν 5 χρόνια αιμοκάθαρση. Τα συχνότερα αίτια πρόκλησης στα οποία οφείλεται η νεφρική νόσος είναι ο σακχαρώδης διαβήτης (I/II), η υπέρταση, πυελονεφρίτιδα, σπειραματονεφρίτιδα, πολυκυστικοί νεφροί και νεφρόλιθοι. Στο 40,8% του δείγματος η νεφρική νόσος οφείλεται σε διαβητική νεφροπάθεια, κάτι που είχε αποδειχθεί και σε άλλη έρευνα (Μιχαλάκης Α.,2018) και οι τρόποι που βοηθούν στην επιβράδυνση της εξέλιξης της νόσου είναι η αιμοκάθαρση, περιτοναϊκή κάθαρση και μεταμόσχευση νεφρού. Η εξωνεφρική κάθαρση θα πρέπει να αρχίζει όταν παρατηρείται ένα ή περισσότερα συμπτώματα ή σημεία που αποδίδονται στη νεφρική ανεπάρκεια (ηλεκτρολυτικές ή οξεοβασικές διαταραχές, κνησμός κ.λπ.), διαταραχές του όγκου των υγρών του σώματος, αδυναμία ελέγχου αρτηριακής πίεσης, προοδευτική επιδείνωση της διατροφικής κατάστασης του ασθενούς, η οποία δεν βελτιώνεται παρά τις κατάλληλες διατροφικές παρεμβάσεις και γνωσιακή δυσλειτουργία.

Το είδος της αγγειακής προσπέλασης, στη συγκεκριμένη περίπτωση, που βελτιώνει την ποιότητα ζωής τους είναι η Fistula (77,5%), γεγονός που επιβεβαιώνεται και με προηγούμενες έρευνες (Σιώπη, 2019). Επιπρόσθετα, το γεγονός ότι οι νεφροπαθείς κάνουν αιμοκάθαρση δεν σημαίνει ότι δεν μπορούν να υποβληθούν σε κάποιο είδος χειρουργείου, κάτι που αποδεικνύεται και από τα δεδομένα της παρούσας έρευνας, όπου το 28,2% του δείγματος είχε υποβληθεί σε κάποια χειρουργική επέμβαση κατά την διάρκεια των χρόνων που κάνει αιμοκάθαρση με πιο συχνές απαντήσεις όπως νεφρεκτομή ή χολοκυστεκτομή και στη συνέχεια αναφέρουν τα συνοδά προβλήματα υγείας που έχουν. Συγκεκριμένα, 50,7% του δείγματος πάσχει από αρτηριακή υπέρταση κάτι που έχει αποδειχθεί και από άλλες έρευνες (Θεοφίλου ,2012; Σιώπη 2019) εκτός από σακχαρώδη διαβήτη, κάποιο καρδιακό νόσημα ή ακόμα πάθηση των οστών και κινητικά προβλήματα. Κατά τη συνεδρία της αιμοκάθαρσης ένα ποσοστό των ασθενών(40,8%) δήλωσαν ότι υπέφεραν από πονοκεφάλους και κράμπες (39,4%).

Στο ερωτηματολόγιο Missula – Vitas οι συμμετέχοντες ερωτήθηκαν για την συνολική ποιότητα ζωής τους. Στόχος των επαγγελματιών υγείας δεν είναι μόνο η θεραπεία της

αρρώστιας και η ανακούφιση από τα συμπτώματα, αλλά και η βελτίωση του συνόλου της υγείας, η προαγωγή της και η εξασφάλιση ικανοποιητικής ποιότητας ζωής για τον ίδιο τον ασθενή. Στην ερώτηση για το πώς θα βαθμολογούσαν την συνολική ποιότητα ζωής τους, ελάχιστοι ήταν αυτοί που απάντησαν πως είναι πολύ φτωχή (2,8%). Αυτό μπορεί να οφείλεται στα συνοδά προβλήματα υγείας που έχουν τα οποία αποτελούν παραπάνω φόρτο με αποτέλεσμα να αυξάνονται οι απαιτήσεις τους ώστε να διατηρούνται σταθεροί προκειμένου να μην επιβαρύνει η οποιαδήποτε παραμέληση τη διαδικασία της θεραπείας η οποία έχει σημαντικό ρόλο στη ζωή τους τα τελευταία χρόνια. Συμπληρωματικά εδώ περιλαμβάνονται και ο βαθμός που τα προβλήματα αυτά επηρεάζουν, όχι μόνο την διαδικασία της αιμοκάθαρσης, αλλά και την απόδοση και την λειτουργικότητά τους στη κοινωνία και τις υποχρεώσεις που έχουν ως μέλη, στη συγκεκριμένη περίπτωση στη Πάτρα, και πως μπορούν να ανταποκριθούν σε αυτά. Επίσης λίγοι ήταν αυτοί που δήλωσαν ότι έχουν πολύ καλή ποιότητα ζωής(4,2%). Τέλος το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος απάντησε ότι έχουν μέτρια ποιότητα ζωής.(50,7%). Το 47,9% των ασθενών δεν απάντησαν απόλυτα για το αν νιώθουν άρρωστοι ή όχι, ωστόσο ένα μικρό ποσοστό δήλωσε ότι νιώθει άρρωστοι συνέχεια (7%). Σε ποσοστό 52,1% δηλώνουν ότι είναι ευχαριστημένοι με τον τωρινό έλεγχο των συμπτωμάτων τους και για το θέμα της διασκέδασης δεν είναι απόλυτα σίγουροι (32,4%) αν μπορούν πλέον να ανταποκριθούν καθώς όπως στη συνέχεια επιβεβαιώνεται νιώθουν ότι δεν είναι ικανοί να πραγματοποιήσουν πολλά πράγματα που τους αρέσει να κάνουν (42,3%) και επίσης έχουν αποδεχτεί το γεγονός ότι δεν μπορούν να κάνουν πράγματα που συνήθιζαν να κάνουν (50,7%). Εδώ είναι πολύ έντονο το άγχος που νιώθουν οι ασθενείς για τις καθημερινές τους υποχρεώσεις δεδομένου της υπάρχουσας κατάστασής τους κάτι που πρέπει να ληφθεί σοβαρά υπόψη από τους επαγγελματίες υγείας και να προβούν σε ανάλογες παρεμβάσεις, αν χρειαστεί και σε συνεργασία με άλλους επαγγελματίες που να μπορούν να παρέχουν ψυχολογική υποστήριξη ή ακόμα συλλόγους όπου με την ένταξή τους σε αυτά θα τους δίνεται η ευκαιρία να μιλούν για τις ανησυχίες τους. Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (64,8%) ικανοποιείται όταν έχει την δυνατότητα να αυτοεξυπηρετείται καθώς επίσης και όταν περνάνε χρόνο με τις οικογένειές τους (50,7%). Επιπρόσθετα, το 62% του δείγματος δείχνει πόσο σημαντικό είναι για εκείνους να έχουν προσωπικές σχέσεις αλλά και να μοιράζονται σημαντικά πράγματα με κοντινά τους πρόσωπα (43,7%). Το δεδομένο αυτό συμπληρώνει όσα ειπώθηκαν παραπάνω, όσο αφορά το άγχος των ασθενών για τις υποχρεώσεις που αυτοί έχουν ως προς την κοινωνία, που όπως αποδείχτηκε έχει μεγάλη σημασία για αυτούς. Το ερωτηματολόγιο αυτό συμβάλλει επίσης στη κατανόηση και του

ψυχικού κόσμου των ασθενών οι οποίοι εκφράζουν έντονη ανησυχία για την εκπλήρωση των υποχρεώσεών τους (36,6%) και πολλοί ήταν εκείνοι που δήλωσαν ότι όχι μόνο δεν είναι ικανοποιημένοι με την τωρινή κατάστασή τους (43,7%) αλλά και ότι δεν θα μπορούσαν να είναι βέβαιοι για το αν έχει αποκτήσει περισσότερο νόημα η ζωή τους τώρα συγκριτικά με το παρελθόν (35,2%). Αυτό που είχε περισσότερη σημασία για τους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς ήταν να νιώθουν άνετα με τον εαυτό τους (59,2%) δεδομένου της κατάστασής τους και ότι η καθημερινότητά τους δεν είναι βάρος (60,5%) και πως έχει σημασία να έχει νόημα η ζωή τους (52,1%).

---

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

---

Λαμβάνοντας υπόψη τα αποτελέσματα της έρευνάς μας καθώς επίσης και άλλων ερευνών (Μιχαλάκης, 2018 ; Σιώπη,2019) καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι η νεφρική νόσος είναι πιο συχνή στους άντρες παρά στις γυναίκες χωρίς όμως αυτό να σημαίνει απόλυτα ότι δυσκολεύονται πιο πολύ η πλειοψηφία αυτή όσο αφορά την ποιότητα ζωής τους. Μέσω αυτής της έρευνας έγινε φανερό επίσης ο βαθμός δυσκολίας και ικανοποίησης των ασθενών στην τωρινή τους κατάσταση σε σύγκριση με το παρελθόν.

Η ποιότητα ζωής ενός ατόμου ορίζεται από την αντίληψη που ο ίδιος έχει για την θέση του στη ζωή και κυρίως στην κοινωνία, η οποία επηρεάζει κατά κάποιο τρόπο την άποψη αυτή στο πλαίσιο των πολιτισμικών χαρακτηριστικών και αξιών που διαμορφώνει για

αυτόν σε συνδυασμό και με τους προσωπικούς του στόχους, τις προσδοκίες, τα κριτήρια και τα ενδιαφέροντά του.

Στο δείγμα παρόλο που μπορεί να αντιμετωπίζουν δυσκολίες στη διεκπεραίωση των καθημερινών τους υποχρεώσεων, βιώνοντας έντονο άγχος για το άμεσο μέλλον ίσως πιο πολύ απ' ότι στο παρελθόν, εξακολουθούν να αυτοεξυπηρετούνται και να προσπαθούν να κρατάνε επαφές με αγαπημένα τους πρόσωπα. Σύμφωνα με τα παραπάνω αποτελέσματα πολλοί ήταν αυτοί που ήταν παντρεμένοι και με παιδιά πράγμα που ίσως αποδεικνύει και την θέλησή τους να προσπαθούν να είναι δραστήριοι για να βρίσκονται κοντά τους και να μοιράζονται τους προβληματισμούς τους. Το γεγονός ότι αποδέχονται την κατάστασή τους παρόλο που δεν είναι ίδια με το παρελθόν και η ενασχόλησή τους με την θεραπεία τους, τους βοηθάει να είναι ενήμεροι για την υγεία τους και να φροντίζουν οι ίδιοι τους εαυτούς τους. Με αυτόν τον τρόπο αυξάνονται οι ικανότητες αυτοεξυπηρέτησής τους, γίνονται αυτόνομοι, μειώνονται οι πιθανότητες ανάπτυξης της κατάθλιψης, βελτιώνονται οι κοινωνικές τους δεξιότητες μέσω της κοινωνικοποίησης τους με άλλα μέλη της MTN κάτι που βοηθάει και την ψυχική τους υγεία εφόσον συναναστρέφονται συνεχώς με άλλα άτομα. Επιπλέον, δημιουργείται μια σχέση εμπιστοσύνης με τους επαγγελματίες υγείας καθώς η μονάδα αποτελεί ένα είδος «κλειστής κοινωνίας» όπου υπάρχει μια σχέση αλληλεπίδρασης μεταξύ τους. Ο στόχος της εργασίας αυτής είναι, όχι μόνο η κατανόηση της ποιότητας ζωής των ατόμων με νεφρική ανεπάρκεια αλλά και να τονιστεί το πόσο σημαντικό να τους προσφέρονται ικανοποιητικές συνθήκες για την βελτίωση της καθημερινότητάς τους. Το 43,7% από το δείγμα μας, δείχνει ότι δεν είναι ευχαριστημένοι από την τωρινή κατάστασή τους, για αυτό το λόγο πρέπει να προτρέπουμε να γίνονται περισσότερες αξιολογήσεις για την κατανόηση του θέματος με στόχο την βελτίωση της καθημερινότητάς τους. Ένας τρόπος που ευνοεί την πραγματοποίηση της διαδικασίας αυτής θα ήταν οι συνεντεύξεις με ερωτήσεις ανοιχτού τύπου όπου οι νεφροπαθείς μπορούν να εκφράσουν περεταίρω τα συναισθήματα και τυχόν ανησυχίες τους. Μάλιστα, ακόμα πιο βοηθητικό θα ήταν και η συμμετοχή των επαγγελματιών υγείας οι οποίοι κατά κύριο λόγο έρχονται σε επαφή με τους ασθενείς και είναι υπεύθυνοι για την πορεία τους. Από τα αποτελέσματα της έρευνας παρατηρήσαμε επίσης ότι ήταν πολύ σημαντικό για τους νεφροπαθείς να περνάνε χρόνο με τα αγαπημένα τους πρόσωπα και να μπορούν να μοιράζονται τους προβληματισμούς τους. Άρα αυτό που θα μπορούσε να γίνει θα ήταν οι επαγγελματίες υγείας να ενημερώνουν και τις οικογένειες των ασθενών σχετικά με την νεφρική ανεπάρκεια και τις επιπτώσεις αυτής στη ζωή τους ώστε να

μπορούν να τους συμπαρασταθούν ψυχολογικά αλλά και να είναι καλύτερα προετοιμασμένοι για τυχόν προβλήματα που προκύπτουν.

Τέλος, ευελπιστούμε ότι αυτή η εργασία (όπως και προηγούμενες παρόμοιές της) θα προτρέψουν και άλλους συναδέλφους να πραγματοποιήσουν και άλλες έρευνες για την ποιότητα ζωής των ασθενών με νεφρική ανεπάρκεια, κάτι που θα βοηθήσει στην απόκτηση περισσότερων γνώσεων άρα και στην συνεχή βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων αυτών.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

---

### **Ξενόγλωσση**

Abdel-Kader, K., Urnuh, M., Weisbord, S. (2009). Symptom Burden, Depression, and Quality of Life in Chronic and End-Stage Kidney Disease. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 2 (6): 1057-1064.

Agodoa L.,(2000), “United States Renal Data System (USRDS), *Nefrologia*,20(5),13-16, διαθέσιμο στο: <https://www.revistanefrologia.com/es-pdf-X021169950002636X>

Bayoumi, M., Al Harbi, A., Al Suwaida, A., Al Ghonaim, M., Al Wakeel, J. and Mishkiry, A. (2013). Predictors of quality of life in hemodialysis patients. *Saudi J Kidney Dis Transpl.* 24 (2): 254-259.

Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease, (2013), Official Journal of the International Society of Nephrology, 3(1) διαθέσιμο στο: [https://kdigo.org/wp-content/uploads/2017/02/KDIGO\\_2012\\_CKD\\_GL.pdf](https://kdigo.org/wp-content/uploads/2017/02/KDIGO_2012_CKD_GL.pdf)

Christensen, A., Ehlers, S. (2002). Psychological Factors in End - Stage Renal Disease: An Emerging Context for Behavioral Medicine Research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 1,(3): 712-24.

Dabrowska-Bender, M., Dykowska, G., Zuk, W., Milewska, M. and Staniszevska, A. (2018). The impact on quality of life of dialysis patients with renal insufficiency. *Patient Prefer Adherence.* 12, 577-583. 71

Denise O'Shaughnessy, (2007), Επιλογές Θεραπείας Νεφρικής Ανεπάρκειας: Κάνοντας τη σωστή επιλογή, Renal Resources Center, The Australian and New Zealand Society of Nephrology, διαθέσιμο στο: [https://www.aci.health.nsw.gov.au/\\_data/assets/pdf\\_file/0003/153957/kidney\\_failure\\_treatment\\_greek.pdf](https://www.aci.health.nsw.gov.au/_data/assets/pdf_file/0003/153957/kidney_failure_treatment_greek.pdf)

Hajian-Tilaki, K., Heidari, B. and Hajian-Tilaki, A. (2017) A comparison of health-related quality of life in patients with renal failure under hemodialysis and healthy participants. *Saudi J Kidney Dis Transpl.* 28 (1): 133-140

Hebert, L. A. et al. (2014) 'Differential diagnosis of glomerular disease: a systematic and inclusive approach', *NIH Public Access* 38(3),1-21 διαθέσιμο στο: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3842189/>

Herold, G., 2014. Εσωτερική Παθολογία. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις, Γιάννης Β. Παρισσιανός.

Jill I. Cameron, M., Catherine Whiteside, MD, PhD, Joel Katz, PhD, and Gerald M. Devins, PhD, (2000), Differences in QOL Across Renal Replacement Therapies: a meta-analytic comparison, *American Journal of Kidney Disease*, 35(4),629-637 διαθέσιμο στο: [https://www.ajkd.org/article/S0272-6386\(00\)70009-6/abstract](https://www.ajkd.org/article/S0272-6386(00)70009-6/abstract)

Koza, Y. (2016) 'Acute kidney injury: current concepts and new insights.', *Journal of injury & violence research*, 8(1), 58-62. διαθέσιμο στο: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4729334/>

Meda E. Pavkov, MD, PhD, Allan J. Collins, MD, Josef Coresh, MD, PhD, and Robert G. Nelson, MD, PhD, (2015), *Kidney Disease In Diabetes*, .S Department of Health and Human Services, N.I.o.H., National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (NIDDK), ed. *Treatment Methods for Kidney Failure Peritoneal Dialysis*. 2006, NIH Publication

National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, (2016), Kidney Disease Statistics for the United States, διαθέσιμο στο: <https://www.niddk.nih.gov/health-information/health-statistics/kidney-disease>

Netter H. F. (2012), ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ, Βασικές Αρχές, Μεταφράστηκε από τα Αγγλικά από Κ.Βλάχου και συν., Αθήνα, Π.Χ. Πασχαλίδης

Rebollo, P., Ortega, F. (2002). New trends on health-related quality of life assessment in end-stage renal disease patients. International Urology and Nephrology, 33, 195-202.

Richard J Haynes, C.G.W., (2010), Chronic Kidney Disease. Surgery, 2010,28(11), 525-529. διαθέσιμο στο: [https://www.surgeryjournal.co.uk/article/S0263-9319\(10\)00175-4/abstract](https://www.surgeryjournal.co.uk/article/S0263-9319(10)00175-4/abstract)

Ryan Patrick Radecki, (2017), Medical Evidence Revisits Acute Kidney Injury Risk with Contrast-Induced Nephropathy, 36(4), The official Voice of Emergency Medicine διαθέσιμο στο: <https://www.acepnow.com/article/medical-evidence-revisits-acute-kidney-injury-risk-contrast-induced-nephropathy/>

Theofilou, P. (2010). Psychiatric disorders in chronic periodic hemodialysis. Vima of Asklipiou, (4): 420-440.

Theofilou, P. (2012) The impact of Sociodemographic and Psychological Variables on Quality of Life in Patients With Renal Disease: Findings of a Cross-Sectional Study in Greece. World J Nephrol Urol. 1 (4-5):101-106.

Zhou, X., Xue, F., Wang, H., Qiao, Y., Liu, G., Huang, L, Li, D., Wang, S., Wang, Q., Li, L. and Li, R. (2017). The quality of life and associated factors in patients on maintenance hemodialysis- a multicenter study in Shanxi province. Renal Failure. 39 (1) 707-711.

## **Ελληνόγλωσση**

Αργέντου Α.,(2009), Ποιότητα Ζωής Σχετιζόμενη με την Υγεία, Ελευθώ, 1, 25-30 διαθέσιμο στο: διαθέσιμο στο: <http://ejournals.teiath.gr/index.php/eleutho/article/viewFile/3864/3576>

Αλεξανδρόπουλος, Κ., Χριστοδούλου, Χ. (2005). Ψυχιατρικές - Ψυχολογικές διαταραχές. Κλινική Νεφρολογία, (14): 1347-59

Βαλάση Ε.-Αδάμ,(2001), Κλινική Εκτίμηση της Ποιότητας Ζωής, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 18(3), 216-217 διαθέσιμο στο: <http://www.mednet.gr/archives/2001-3/pdf/216.pdf>

Γαρδύκας Κ.Δ., 2008, Ειδική Νοσολογία, Α΄ έκδοση. Αθήνα, Παρισσιανός



Θεοφίλου Α.Π.,(2011),«Η συμβολή των κοινωνικών επιστημών στην αξιολόγηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής», e-Journal of Science&Technology(e-JST),6(2),19-32 διαθέσιμο στο: [http://e-jst.teiath.gr/issues/issue\\_20/theofilou\\_20.pdf](http://e-jst.teiath.gr/issues/issue_20/theofilou_20.pdf)

Θεοφίλου Π.(2011), Ποιότητα ζωής, κατάθλιψη και άγχος σε ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο: ο ρόλος των αντιλήψεων για την υγεία, ,Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης,4(2), 38-46 διαθέσιμο στο: [http://journal-ene.gr/wp-content/uploads/2011/07/TOMOS4\\_TEFXOS2-dragged4.pdf](http://journal-ene.gr/wp-content/uploads/2011/07/TOMOS4_TEFXOS2-dragged4.pdf)

Θεοφίλου, Π. (2011). Ποιότητα ζωής και χρόνια νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου: μία ποιοτική ανάλυση. Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας, 3(2):70-80.

Θεοδοροπούλου Ε., Καρτεραλιώτης Κ., Νάσσης Γ., Κοσκοκού Μ, Γελαδάς Ν.,(2012), Μέθοδοι εκτίμησης της «Σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής», Κινησιολογία: Ανθρωπιστική Κατεύθυνση,9(1),58-66 διαθέσιμο στο: <http://kinisiologia.phed.uoa.gr/fileadmin/kinisiologia.phed.uoa.gr/uploads/THEODOROPOULOU.pdf>

Καυκιά Θεοδώρα, (2009), Νεφρολογική Νοσηλευτική ( 1<sup>ος</sup> τόμος),Αθήνα, University Studio Press, 422-465

Κουτσοπούλου,Σοφικίτη Ε. Βασιλική, ΚελέσηΣταυροπούλου Ν. Μάρθα, Βλάχου Δ. Ευγενία, Φασόη-Μπαρκά Γ. Γεωργία, (2009) ,Η επίδραση της χρόνιας αιμοκάθαρσης στην προσωπικότητα των ασθενών με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, Το βήμα του Ασκληπιού, 8(3), 240-254. διαθέσιμο στο:[http://hypatia.teiath.gr/xmlui/bitstream/handle/11400/4218/VA\\_OP\\_4\\_08\\_03\\_09.pdf?sequence=1](http://hypatia.teiath.gr/xmlui/bitstream/handle/11400/4218/VA_OP_4_08_03_09.pdf?sequence=1)

Μουτσόπουλος, Χ., (2009). Παθολογική Φυσιολογία. Εκδόσεις: Λίτσας, Αθήνα

Νάκου Σ.(2001), Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής στον χώρο της Υγείας, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής,18(3),254-266. διαθέσιμο στο: <http://www.mednet.gr/archives/2001-3/pdf/254.pdf?fbclid=IwAR0LOH3hMGHss4-8E4kYofvYoOEP8-OaUx1NwLLyXMtExIzfuJCZHZpvBbw>

Νάκου Σ.(2001), Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής στον χώρο της Υγείας, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής,18(3),254-266. διαθέσιμο στο: <http://www.mednet.gr/archives/2001-3/pdf/254.pdf?fbclid=IwAR0LOH3hMGHss4-8E4kYofvYoOEP8-OaUx1NwLLyXMtExIzfuJCZHZpvBbw>

Παπαδημητρίου Μ., Αδάμου Α., (2018), Ασθενείς με διαβητική νεφροπάθεια και χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, Ελληνική Νεφρολογία, 30(1), σελ. 74-78.

Τουλιά, Γ., Κουτσοπούλου,Β. (2015). Ποιότητα ζωής αιμοκαθαιρόμενων ασθενών. Περιεγχειρητική νοσηλευτική, 4(1), 10-18.

## **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ**

### **ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ**

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΑΤΡΩΝ (ΠΡΩΗΝ ΤΕΙ ΔΥΤ.ΕΛΛΑΔΑΣ)**

**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

## **Αξιολόγηση ποιότητας ζωής ασθενών με νεφρική ανεπάρκεια**

### **Εισαγωγικό σημείωμα**

Το παρόν ερωτηματολόγιο αποτελεί το ερευνητικό εργαλείο της πτυχιακής μας εργασίας με θέμα «Ποιότητας ζωής ασθενών με νεφρική ανεπάρκεια», υπό την επίβλεψη της κ. Μπρέντα Γεωργίας. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου είναι ανώνυμη και θα διαφυλαχθεί το απόρρητο των πληροφοριών που δίνονται. Είναι σαφές ότι δεν πρόκειται να δημοσιοποιηθούν προσωπικά στοιχεία των συμμετεχόντων και επιπλέον κανείς δεν γνωρίζει τους συμμετέχοντες εκτός από τους ερευνητές. Παρακαλώ να απαντήσετε σε όλα τα ερωτήματα χωρίς να παραλείψετε κάποιο. Η συμμετοχή σας στην έρευνα είναι εθελοντική και μπορείτε να αποχωρήσετε όποτε θελήσετε.

Σας ευχαριστούμε για τη συμμετοχή!

ΓΚΙΖΑΛΗ ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ  
ΤΣΟΜΠΙΟ ΑΝΤΖΕΛΑ  
ΦΑΣΙΛΗ ΕΛΒΙΡΑ

## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

### Δημογραφικά Στοιχεία

#### Ηλικία:

- 20-30 έτη
- 31-40 έτη
- 41-50 έτη
- 51-60 έτη
- >60 έτη

#### Φύλο:

- Άνδρας
- Γυναίκα

#### Οικογενειακή Κατάσταση:

- Άγαμος/η
- Έγγαμος/η
- Διαζευγμένος/η
- Χήρος/α

#### Παιδιά:

- Ναι
- Όχι

#### Μορφωτικό Επίπεδο:

- ΠΕ
- ΔΕ
- ΤΕ
- Άλλο

#### Τόπος Διαμονής:

- Αστική περιοχή
- Ημιαστική περιοχή
- Αγροτική περιοχή
- Νησιωτική περιοχή

#### Οικογενειακή Κατάσταση:

- 5.000 € - 10.000€
- 10.000€-20.000€
- 20.000€-30.000€
- >30.000

## ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

**1. Πόσα χρόνια υποβάλλεστε σε θεραπεία αιμοκάθαρσης;**

.....

**2. Ποιο είναι το αίτιο της χρόνιας νεφρικής σας νόσου;**

- Διαβητική νεφροπάθεια
- Αρτηριακή υπέρταση
- Σπειραματονεφρίτιδα
- Πολυκυστικοί νεφροί
- Άλλο; (προσδιορίστε).....

**3. Τι είδους αγγειακή προσπέλαση έχετε;**

- Fistula
- Μόσχευμα
- Κεντρικό φλεβικό καθετήρα

**4. Έχετε υποβληθεί σε κάποιου είδους χειρουργική επέμβαση στα έτη που υποβάλλεστε σε αιμοκάθαρση;**

- Ναι
- Όχι

**5. Αν ναι, σε τι είδους χειρουργικές επεμβάσεις έχετε υποβληθεί;**

.....

**6. Πάσχετε από σακχαρώδη διαβήτη;**

- Ναι
- Όχι

**7. Πάσχετε από αρτηριακή υπέρταση;**

- Ναι
- Όχι

**8. Πάσχετε από κάποιο καρδιακό νόσημα;**

- Ναι
- Όχι

**9. Πάσχετε από κάποια πάθηση των οστών;**

- Ναι
- Όχι

**10. Έχετε κινητικά προβλήματα;**

- Ναι
- Όχι

**11. Κατά τη συνεδρία της αιμοκάθαρσης υποφέρετε από:**

**Κράμπες**

- Ναι
- Όχι

**Πονοκεφάλους**

- Ναι
- Όχι

**Κνησμό**

- Ναι
- Όχι

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

**ΟΔΗΓΙΕΣ:**

Σημειώστε το βαθμό στον οποίο συμφωνείτε ή διαφωνείτε με τις παρακάτω προτάσεις επιλέγοντας κάθε φορά **μία απάντηση**. Αν κάνετε λάθος ή αλλάξετε γνώμη, διαγράψτε τη λάθος απάντηση και κυκλώστε τη σωστή απάντηση.

Παρακαλούμε να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις.

Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων.

**1. Πώς θα βαθμολογούσατε τη συνολική ποιότητα ζωής σας;**

- Πολύ Φτωχή
- Φτωχή
- Μέτρια
- Καλή
- Πολύ καλή

**2. Αισθάνομαι άρρωστος/η συνέχεια.**

- Συμφωνώ Απόλυτα
- Συμφωνώ
- Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ
- Διαφωνώ
- Διαφωνώ απόλυτα

**3. Είμαι ικανοποιημένος με τον τωρινό έλεγχο των συμπτωμάτων μου.**

- Συμφωνώ Απόλυτα
- Συμφωνώ
- Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ
- Διαφωνώ
- Διαφωνώ απόλυτα

**4. Η σωματική ενόχληση εμποδίζει κάθε ευκαιρία για διασκέδαση.**

- Συμφωνώ Απόλυτα
- Συμφωνώ
- Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ

- Διαφωνώ
- Διαφωνώ απόλυτα

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

- Συμφωνώ Απόλυτα
- Συμφωνώ
- Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ
- Διαφωνώ
- Διαφωνώ απόλυτα

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

- Συμφωνώ Απόλυτα
- Συμφωνώ
- Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ
- Διαφωνώ
- Διαφωνώ απόλυτα

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

- Συμφωνώ Απόλυτα
- Συμφωνώ
- Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ
- Διαφωνώ
- Διαφωνώ απόλυτα

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

- Συμφωνώ Απόλυτα
- Συμφωνώ
- Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ
- Διαφωνώ
- Διαφωνώ απόλυτα

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

- Συμφωνώ Απόλυτα
- Συμφωνώ
- Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ
- Διαφωνώ
- Διαφωνώ απόλυτα

**10. Είναι σημαντικό για μένα να έχω στενές προσωπικές σχέσεις.**

- Συμφωνώ Απόλυτα
- Συμφωνώ
- Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ
- Διαφωνώ
- Διαφωνώ απόλυτα

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

- Συμφωνώ Απόλυτα
- Συμφωνώ
- Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ
- Διαφωνώ
- Διαφωνώ απόλυτα

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

- Συμφωνώ Απόλυτα
- Συμφωνώ
- Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ
- Διαφωνώ
- Διαφωνώ απόλυτα

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

- Συμφωνώ Απόλυτα
- Συμφωνώ
- Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ
- Διαφωνώ
- Διαφωνώ απόλυτα

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

- Συμφωνώ Απόλυτα
- Συμφωνώ
- Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ
- Διαφωνώ
- Διαφωνώ απόλυτα

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

- Συμφωνώ Απόλυτα
- Συμφωνώ
- Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ
- Διαφωνώ
- Διαφωνώ απόλυτα

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

- Συμφωνώ Απόλυτα
- Συμφωνώ
- Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ
- Διαφωνώ
- Διαφωνώ απόλυτα



ΚΥΑΝΟΥΣ ΣΤΑΥΡΟΣ ΠΑΤΡΩΝ ΑΕ  
Μ.Χ.Α  
Δ/ΝΤΡΙΑ ΤΡΙΓΚΑ ΚΩΝ/ΝΑ  
ΓΕΡΜΑΝΟΥ 115-ΠΑΤΡΑ  
ΤΗΛ.2610-243110-119

Εγκρίνουμε το αίτημα των φοιτητριών Γκίζαλη Ευαγγελία, Τσόμπο Άντζελα και Φασιλή Ελβίρα, φοιτητριών στο τμήμα Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πατρών, για την διεξαγωγή έρευνας στη Μονάδα Τεχνητού Νεφρού "Κυανούς Σταυρός Πατρων ΑΕ", με τη χρήση ερωτηματολογίων για την πτυχιακή τους εργασία με θέμα την «Ποιότητα ζωής ασθενών με Νεφρική Ανεπάρκεια».

ΠΑΤΡΑ 03-09-2020

ΜΕ ΕΚΤΙΜΗΣΗ

ΤΡΙΓΚΑ ΚΩΝ/ΝΑ

ΤΡΙΓΚΑ Κ. ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑ  
ΔΙΕΥΘΥΝΩΝ ΣΥΜΒΟΥΛΟΣ  
ΝΕΦΡΟΛΟΓΟΣ  
ΑΜΚΑ: 24077202703 - Α.Μ. ΤΣΑΥ: 10364  
ΚΥΑΝΟΥΣ ΣΤΑΥΡΟΣ ΠΑΤΡΩΝ Α.Ε.  
ΓΕΡΜΑΝΟΥ 115 - ΠΑΤΡΑ  
ΣΥΜΒΕΒΛΗΜΕΝΟ ΜΕ ΤΟΝ ΕΟΠΥΥ

