

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ
ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ
Τμήμα Νοσηλευτικής

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ»

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
«Αξιολόγηση κόπωσης και ποιότητας ζωής
σε ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση»

ΝΤΕΛΗ ΜΑΓΔΑΛΗΝΗ
ΠΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ

Μέλη Εξεταστικής Επιτροπής

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: Σοφία Ζυγά, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια

Μέλος: Ανδρέα Παόλα Ρόχας Χίλ, Επίκουρος Καθηγήτρια

Μέλος: Στυλιανός Κατσαραγάκης, Λέκτορας

ΙΟΥΝΙΟΣ 2017

ΣΠΑΡΤΗ

Copyright © Ντέλη Μαγδαληνή, 2017

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο των απαιτήσεων του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Ειδίκευσης «Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας και Διαχείριση Κρίσεων» του Τμήματος Νοσηλευτικής. Η έγκρισή της δεν υποδηλώνει απαραίτητως και την αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου.

Βεβαιώνω ότι η παρούσα διπλωματική εργασία είναι αποτέλεσμα δικής μου δουλειάς και δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής. Στις δημοσιευμένες ή μη δημοσιευμένες πηγές που αναφέρω έχω χρησιμοποιήσει εισαγωγικά και όπου απαιτείται έχω παραθέσει τις πηγές τους στο τμήμα της βιβλιογραφίας.

Υπογραφή: Ντελή Μαγδαληνή

Η Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή

- 1) Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: Σοφία Ζυγά, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια
- 2) Μέλος: Ανδρέα Παόλα Ρόχας Χίλ, Επίκουρος Καθηγήτρια
- 3) Μέλος: Στυλιανός Κατσαραγάκης, Λέκτορας

**Αφιερώνεται στον γιο μου Κωνσταντίνο-Νικόλα
που ήρθε στην ζωή μου και έφερε την απόλυτη ευτυχία!**

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Θεωρητικό υπόβαθρο: Ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση χαρακτηρίζονται από υψηλά επίπεδα κόπωσης και χαμηλό επίπεδο ποιότητας ζωής. Σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν και τα προσωπικά χαρακτηριστικά των ασθενών.

Σκοπός: Σκοπός της συγκεκριμένης μελέτης είναι η διερεύνηση της συχνότητας εμφάνισης της κόπωσης, πνευματικής και φυσικής, στις διάφορες δραστηριότητες και η συσχέτισή της με την ποιότητα ζωής των ασθενών που υποβάλλονται σε θεραπεία υποκατάστασης της νεφρικής τους λειτουργίας με αιμοκάθαρση. Παράλληλα, διερευνάται και η συσχέτιση μεταξύ της κόπωσης, της ποιότητας ζωής και των δημογραφικών στοιχείων των ασθενών.

Μέθοδος: Χρησιμοποιήθηκε η ποσοτική μέθοδος με ερωτηματολόγιο. Τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν είναι το Missoula - VITAS Quality of Life Index -15 (MVQOLI -15) και το Fatigue Assessment Scale. παράλληλα, υπήρχαν και ερωτήσεις σχετικά με το δημογραφικό προφίλ των ασθενών. Το δείγμα της έρευνας αποτελείται από 149 ασθενείς που υποβάλλονται σε υποκατάσταση της νεφρικής λειτουργίας σε δημόσιες και ιδιωτικές Μονάδες Τεχνητού Νεφρού.

Αποτελέσματα: Τα αποτελέσματα της έρευνας δεν έδειξαν ιδιαίτερα υψηλά επίπεδα κόπωσης, καθώς ο μέσος όρος του συνολικού σκορ της κόπωσης είναι 25.97 ± 6.105 . Η κόπωση δε σχετίζεται με το φύλο, την ηλικία και τα έτη θεραπείας των ασθενών, αλλά σχετίζεται με τα έτη διάγνωσης, το εκπαιδευτικό επίπεδο, το επάγγελμα και την οικογενειακή κατάσταση. Η ποιότητα ζωής των ασθενών χαρακτηρίστηκε ως καλή. Η ηλικία σχετίζεται θετικά με τη διάσταση της λειτουργικότητας και αρνητικά με τη διάσταση της πνευματικότητας, ενώ άτομα με χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο, καθώς και άγαμοι, έχουν χαμηλό σκορ στην ποιότητα ζωής. Επίσης, βρέθηκε αρνητική συσχέτιση μεταξύ της κόπωσης και της ποιότητας ζωής των ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση.

Συμπεράσματα: Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας έρχονται σε μερική αντίθεση με τα αποτελέσματα προηγούμενων ερευνών, κάτι το οποίο σημαίνει πως άλλοι παράγοντες επηρεάζουν θετικά τους ασθενείς, όπως ο παράγοντας των διαπροσωπικών σχέσεων που βρέθηκε σε αυτήν την έρευνα, ενώ προς διερεύνηση είναι και οι παράγοντες εισοδήματος και περιβάλλοντος.

Λέξεις-κλειδιά: ποιότητα ζωής, κόπωση, αιμοκάθαρση

ABSTRACT

Theoretical Background: Patients undergoing hemodialysis are characterized by high levels of fatigue and low levels of quality of life. Patient's personal characteristics play also an important role.

Purpose: The aim of this study is to explore the levels of fatigue, mental and physical, in the various activities, and its correlation with the quality of life of patients undergoing hemodialysis under renal replacement therapy. At the same time, the relationship between fatigue, quality of life and the demographic characteristics of patients will be explored.

Method: Quantitative method using questionnaire was used. The questionnaires used were the Missoula - VITAS quality of life index -15 (MVQOLI -15) and the Fatigue Assessment Scale. At the same time, some questions about the demographic profile of patients were posed. The sample of the study consists of 149 patients undergoing renal function replacement in public and private kidney Units.

Results: The results of the study did not show particularly high levels of fatigue, as the mean score the total fatigue was 25.97 ± 6.105 . Fatigue is not related to gender, age and years of treatment of patients, but it is related to years of diagnosis, educational level, occupational status and marital status. The quality of life of patients was characterized as good. Age is positively related to the dimension of functionality and negatively to the dimension of spirituality, while those with a low educational level, as well as males, have a low level of quality of life. Further, a negative correlation was found between fatigue and the quality of life of hemodialysis patients.

Conclusions: The findings of this research contradict the results of previous research, which means that other factors may have a positive effect on patients, such as the interpersonal relationships that were found in this research, while the factors of income and environment should also be explored.

Key words: quality of life, fatigue, hemodialysis

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	10
Τοποθέτηση του προβλήματος.....	10
Σκοπός της έρευνας και ερευνητικά ερωτήματα	12
Μεθοδολογία	12
Δομή της εργασίας	12
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ	14
1.1 Ορισμός της ποιότητας ζωής	14
1.2 Έννοια και μέτρηση της ποιότητας ζωής	17
1.3 Επιμέρους διαστάσεις της ποιότητας ζωής	19
1.4 Η σχέση υγείας και ποιότητας ζωής.....	37
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΚΟΠΩΣΗ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ	40
2.1 Ποιότητα ζωής σε ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση	40
2.2 Κόπωση σε ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρσης	48
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	52
3.1 Μέθοδος συλλογής δεδομένων	52
3.2 Δείγμα της έρευνας	52
3.2.1 Missoula – VITAS Quality of Life Index – 15 (MVQOLI-15)	53
3.2.2 Fatigue Assessment Scale (FAS)	55
3.3 Δεοντολογία της έρευνας	56
3.4 Ανάλυση δεδομένων	57
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΕΡΕΥΝΑΣ	58
4.1 Δημογραφικά Χαρακτηριστικά.....	58
4.2 Περιγραφική στατιστική	64
4.3 Επαγωγική στατιστική	68
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	96
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	100
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	101
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι	106
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ	114

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τοποθέτηση του προβλήματος

Η πρόοδος των επιστημών υγείας και η βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης επέφεραν παράταση της ζωής στα άτομα με χρόνια προβλήματα υγείας και αποτέλεσαν κίνητρο ανάπτυξης μεθόδων εκτίμησης, όχι μόνο της διάρκειας της ζωής αλλά και της ποιότητάς της (Νάκου, 2001). Είναι γνωστό ότι τα χρόνια νοσήματα δεν επιφέρουν μόνο, αποσταθεροποίηση των βασικών λειτουργιών του οργανισμού, αλλά οδηγούν σε βαθύτερες προεκτάσεις, που ανατρέπουν την συναισθηματική, κοινωνική και οικονομική ισορροπία του ατόμου και της οικογένειάς του. Οι χρόνιοι πάσχοντες έρχονται αντιμέτωποι με μακροχρόνιες θεραπείες και προκλήσεις όπως, της διατήρησης της συναισθηματικής ισορροπίας, της αυτοεκτίμησης, του αυτοέλεγχου και του συμβιβασμού, πολλές φορές, με ένα αβέβαιο μέλλον (Μηνασίδου και Λεμονίδου, 2005). Μια σημαντική ομάδα χρόνιων πασχόντων αποτελούν οι ασθενείς με Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια (XNN) που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση. Η XNN είναι μια νόσος, η οποία συνδυάζεται με χαμηλή Ποιότητα Ζωής (ΠΖ) (Θεοφίλου, 2009).

Η ΠΖ συχνά ερμηνεύεται ως ικανοποίηση από τη ζωή, το υποκειμενικό αίσθημα ευτυχίας, ψυχικής ευφορίας και αυτοεκτίμησης, τα οποία συχνά αναφέρονται στη βιβλιογραφία ως δείκτες ΠΖ. Ωστόσο, υπάρχει ομοφωνία μεταξύ των ερευνητών ότι η ΠΖ είναι πολυδιάστατη και συμπεριλαμβάνει σωματικές, ψυχοκοινωνικές και οικονομικές διαστάσεις της ζωής του ατόμου (Μάτζιου – Μεγαπάνου, 2009). Τις τελευταίες δεκαετίες παρατηρείται σημαντική ανάπτυξη κατάλληλων μεθόδων διερεύνησης και παρεμβάσεων από την πλευρά των ειδικών σε θέματα ποιότητας ζωής των ασθενών. Στην κατεύθυνση αυτή έχει συμβάλει η προοδευτική επικράτηση της ολιστικής προσέγγισης στην υγεία και της αντίληψης ότι ο ασθενής πρέπει να αποτελεί το επίκεντρο της ιατρικής πράξης (Laine και Davidoff, 1996).

Η εκτίμηση της ΠΖ μπορεί να βοηθήσει στην εξεύρεση τρόπων για τη βελτίωση της ευημερίας των ασθενών με XNN και, ενδεχομένως, στον προσδιορισμό στρατηγικών για την πρόληψη των ανεπιθύμητων αποτελεσμάτων. Έχει αποδειχθεί, για παράδειγμα, ότι η ΠΖ είναι ένα αξιόπιστο μέτρο της αποτελεσματικότητας της θεραπείας της νεφρικής αναιμίας. Επιπλέον, η αξιολόγηση της ΠΖ μπορεί να

βοηθήσει στον εντοπισμό του κινδύνου θανάτου ή νοσηλείας ενός ασθενή (Lopes et al., 2002).

Η κόπωση είναι ένα από τα συχνότερα παράπονα των ασθενών σε αιμοκάθαρση και σχετίζεται με διαταραχές της ΠΖ των ασθενών. Η έννοια της κόπωσης είναι αόριστη, και είναι πάρα πολύ δύσκολο να ορισθεί και να αξιολογηθεί ποιοτικά και ποσοτικά. Συνήθως ο όρος κόπωση περιλαμβάνει αρκετά επιμέρους στοιχεία, όπως μειωμένη σωματική και νοητική λειτουργικότητα, ελαττωμένη τάση για ενέργεια και επιδόσεις κατώτερες από τις αναμενόμενες, χωρίς αυτό να οφείλεται σε έντονη προσπάθεια ή κατανάλωση ενέργειας (Krupp, 2003). Ο επιπολασμός της κόπωσης κυμαίνεται από 60% έως 97% σε ασθενείς σε μακροχρόνια θεραπεία νεφρικής υποκατάστασης (Fried et al., 2005). Η σημασία της κόπωσης σε ασθενείς με νεφρική νόσο υπογραμμίζεται από την παρατήρηση ότι το 94% των ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση δήλωσαν πρόθυμοι να υποβληθούν σε συχνότερη αιμοκάθαρση, αν θα υπάρξει μια σχετική αύξηση του επιπέδου της ενέργειάς τους (Ramkumar et al., 2005). Οι Ream και Richardson περιγράφουν την κόπωση σαν «ένα υποκειμενικό, δυσάρεστο σύμπτωμα το οποίο περιλαμβάνει την συνολική αίσθηση του σώματος που κυμαίνεται από την κούραση έως την εξάντληση δημιουργώντας μια αδιάκοπη γενική κατάσταση, η οποία επηρεάζει την ικανότητα των ατόμων να λειτουργούν στην κανονική τους δυναμικότητα».

Η παραδοσιακή προσέγγιση για τον εντοπισμό, την έρευνα και την αξιολόγηση της κόπωσης έχει διττό χαρακτήρα:

- Πνευματική κόπωση είναι μια ψυχοβιολογική κατάσταση που προκαλείται από παρατεταμένη και εντατική γνωστική δραστηριότητα και εκφράζεται από την έλλειψη συγκέντρωσης και την αδυναμία εστίασης σε ορισμένες περιστάσεις (Marcora et al., 2009).
- Σωματική κόπωση από την άλλη πλευρά είναι η αδυναμία άσκησης ή διατήρησης της μυϊκής δύναμης σε μια δεδομένη εργασία (Wells, 1975).

Ομοίως σε χρόνια πάσχοντες, έχει διατυπωθεί η άποψη ότι τα συμπτώματα της κόπωσης αφορούν δύο συνιστώσες: τη ψυχική, που περιλαμβάνει συναισθηματικές και γνωστικές ιδιότητες και τη φυσική, που περιλαμβάνει την υπνηλία, την έλλειψη ενέργειας και τη μυϊκή αδυναμία (Hardy και Studenski, 2010).

Σκοπός της έρευνας και ερευνητικά ερωτήματα

Σκοπός της συγκεκριμένης μελέτης ήταν η διερεύνηση της συχνότητας εμφάνισης της κόπωσης, πνευματικής και φυσικής, στις διάφορες δραστηριότητες και η συσχέτισή της με την ΠΖ των ασθενών που υποβάλλονται σε θεραπεία υποκατάστασης της νεφρικής τους λειτουργίας με αιμοκάθαρση.

Η κύρια υπόθεση της μελέτης αυτής αφορούσε τη στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της εκτιμώμενης ΠΖ και της κόπωσης των ασθενών. Ειδικότερα, αναμενόταν ότι οι ασθενείς που εμφάνιζαν σημάδια κόπωσης ότι θα εμφανίζουν χειρότερη ΠΖ.

Παράλληλα, διερευνήθηκε και η συσχέτιση μεταξύ της κόπωσης, της ποιότητας ζωής και των δημογραφικών στοιχείων των ασθενών, καθώς παρατηρείται μία έλλειψη μελετών σε αυτό το πεδίο.

Μεθοδολογία

Για τους σκοπούς αυτής της έρευνας επιλέχθηκε η ποσοτική μεθοδολογική προσέγγιση. Η συλλογή των δεδομένων έγινε με ανώνυμα ερωτηματολόγια συμπληρωμένα από τους ίδιους τους ασθενείς. Τον πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση στο πλαίσιο υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας σε Μονάδες Τεχνητού Νεφρού. Η διανομή και η συγκέντρωση των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε από την ερευνήτρια.

Δομή της εργασίας

Η παρούσα εργασία αποτελείται από πέντε κεφάλαια. Το πρώτο κεφάλαιο αναφέρεται στην ποιότητα ζωής των ασθενών. Πιο συγκεκριμένα, σε αυτό το κεφάλαιο προσδιορίζεται εννοιολογικά η ποιότητα ζωής, παρουσιάζεται η έννοια και η μέτρηση της ποιότητας ζωής, ενώ τέλος εξετάζεται η σχέση μεταξύ της υγείας και της ποιότητας ζωής. Στο δεύτερο κεφάλαιο, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα ερευνών αναφορικά με τη σχέση της ποιότητας ζωής και της κόπωσης σε άτομα που υποβάλλονται σε θεραπεία υποκατάστασης της νεφρικής τους λειτουργίας με αιμοκάθαρση. Στο επόμενο κεφάλαιο, παρουσιάζεται η μέθοδος της έρευνας, δηλαδή η μεθοδολογική προσέγγιση, το εργαλείο συλλογής δεδομένων, το δείγμα της

έρευνας, ζητήματα δεοντολογίας και η μέθοδος ανάλυσης των δεδομένων. Το τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζει τα αποτελέσματα της στατιστικής ανάλυσης. Το τελευταίο κεφάλαιο συνοψίζει τα κυριότερα συμπεράσματα της έρευνας και καταθέτει προτάσεις για μελλοντική έρευνα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

1.1 Ορισμός της ποιότητας ζωής

Στις μέρες μας, η σύγχρονη ιατρική κοινότητα φαίνεται να εστιάζεται στην εφαρμογή των ορθών ιατρικών πρακτικών και των επιπτώσεών τους στην ζωή του αρρώστου. Ο συνδυασμός αυτών των καταστάσεων διαμορφώνει το πλαίσιο της μελέτης για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής, δηλαδή την υποκειμενική εμπειρία ενός ατόμου και τον συνδυασμό όλων των εξωτερικών παραγόντων που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής τους, δηλαδή τον συνδυασμό της υποκειμενικής και της αντικειμενικής διάστασης. Για το λόγο αυτό καθίσταται σημαντικό να διαμορφώσουμε το πλαίσιο μελέτης της θεωρητικής προσαρμογής και αντίστοιχης μεθοδολογίας μέτρησης, μιας μεθοδολογίας μέτρησης της ποιότητας ζωής που λαμβάνει υπόψη της, τις υποκειμενικές και αντικειμενικές διαστάσεις και επιδιώκει την επιστημονική διερεύνηση των βασικών απαιτήσεων και προϋποθέσεων της έρευνας (Jackson, 2011).

Η εννοιολογική αποτύπωση του όρου ποιότητα της ζωής αποτελεί και στις μέρες αντικείμενο μελέτης και συνεχούς αναδιατύπωσης. Ο όρος αναφέρεται για πρώτη φορά στους αρχαίους Ελληνικούς χρόνους με τις πρώτες αναφορές να γίνονται από τον Σωκράτη και τον Πλάτωνα διαμορφώνοντας μέτρα σύγκρισης της ποιότητας της ζωής με την ποσότητα, ενώ ο Αριστοτέλης που ασχολήθηκε επίσης με τον ορισμό της την συνέκρινε με την λέξη της ευδαιμονίας αλλά και με τις υπόλοιπες φιλοσοφικές προεκτάσεις (Townsend-White και συν., 2012).

Στις αρχές των σύγχρονων δεκαετιών οι επιστήμονες όρισαν την ποιότητα ζωής ως μέγεθος συνυφασμένο με το βιοτικό επίπεδο ή το επίπεδο διαβίωσης καθώς περιελάμβανε έννοιες που έχουν να κάνουν με την καταναλωτική κοινωνία. Έννοιες, όπως ο ελεύθερος χρόνος, η κοινωνική αναψυχή και η παιδεία προστέθηκαν αργότερα. Ακόμη και σήμερα λοιπόν, ο όρος της ποιότητας ζωής δεν έχει γίνει κοινά αποδεκτός καθώς αυτός ερμηνεύεται διαφορετικά από τα εκάστοτε άτομα, καθώς για κάποιους μπορεί να σημαίνει καλή καθημερινότητα με ικανοποιητική οικονομική κατάσταση, για άλλους καλές παροχές ποιότητας υγείας και κοινωνικών δομών, ενώ για άλλους μπορεί να έχει να κάνει με την εικόνα μιας πλούσιας ζωής με κοινωνική και πολιτιστική δραστηριότητα.

Παρά όμως την ποικιλία των απόψεων, δύναται να υπάρχει ταύτιση για ένα σύνολο πραγμάτων που περιέχονται σε αυτήν την έννοια όπως ο περιορισμός της εγκληματικότητας, η διατήρηση της καλής υγείας, η διεύρυνση της υγειονομικής περιθαλψης στο σύνολο του πληθυσμού, η προστασία του περιβάλλοντος και ο περιορισμός της διαφθοράς και των αθέμιτων συνθηκών διαβίωσης και δραστηριότητας.

Αναλυτικότερα, μπορεί να περικλείει προσωπικές στάσεις και αντιλήψεις σχετικά με πολιτικές, ψυχολογικές, οικονομικές και πνευματικές διαστάσεις της καθημερινότητας. Η ποιότητα ζωής άλλοτε μπορεί να είναι αποτέλεσμα των ατομικών φυσικών χαρακτηρισμάτων του ανθρώπου, σε συνδυασμό με την επίδραση της κοινωνίας και της οικογένειας και άλλες φορές αναφέρεται στα προσωπικά θετικά και αρνητικά χαρακτηριστικά της ζωής του ατόμου. Οι κλινικές έρευνες για τον προσδιορισμό της ποιότητας ζωής δεν αναφέρονται στην ικανοποίηση από τον τρόπο ζωής ή του περιβάλλοντος, αλλά ασχολούνται αποκλειστικά με την υγεία, δηλαδή την ποιότητα ζωής, που έχει σχέση με την υγεία (Townsend-White και συν., 2012).

Το ερώτημα όμως, που δημιουργείται στην περίπτωση αυτή στους επιστήμονες, είναι εάν τα επιπλέον χρόνια ζωής θα είναι ποιοτικά, δηλαδή με υγεία και χωρίς ασθένειες, ή μήπως τα μεγάλα σε ηλικία άτομα θα υποφέρουν από αυτή την αύξηση ηλικίας από χρόνια νοσήματα. Για την απάντηση σε αυτό το ερώτημα οι μετρήσεις επικεντρώνονται στην ποιότητα ζωής με συνδυασμό την υγεία και όχι στις μέχρι πριν λίγα χρόνια μετρήσεις νοσηρότητας και θνησιμότητας (Townsend-White και συν., 2012).

Σύμφωνα με τους Townsend-White και συν., (2012), η ποιότητα ζωής αποτελεί τη «διαφορά μεταξύ της ιδανικής και της πραγματικής κατάστασης μιας κοινωνίας ή κοινότητας με αυτή να μπορεί να οριστεί ως η μέτρηση των παραγόντων καθώς και το πώς αυτοί αξιολογούνται από τους κατοίκους τονίζοντας την σημασία που προσδίδουν οι κάτοικοι στους παράγοντες αυτούς». Παράλληλα, αναφέρει ότι η αστικοποίηση συνδέεται άμεσα με την ποιότητα της ζωής καθώς οι συνθήκες διαβίωσης σε μια πόλη είναι άμεσα συνδεδεμένες με την κακή ποιότητα της ζωής, τις ψυχολογικές διαταραχές και τα μειωμένα επίπεδα κοινωνικής δραστηριότητας ενώ συνάμα τα άτομα που διαμένουν στις πόλεις εμφανίζουν αυξημένα επίπεδα ψυχολογικών διαταραχών και μοναξιάς (Townsend-White και συν., 2012).

Μία ακόμη ερμηνεία της ποιότητας ζωής είναι ότι αποτελεί την υποκειμενική αντίληψη των ανθρώπων της θέσης που κατέχουν ως προς το σύστημα αξιών της κοινωνίας στην οποία ζουν και δρουν, σε αντιστοιχία με τους προσωπικούς στόχους, τα πρότυπα, τις προσδοκίες και ανησυχίες που τους διακατέχουν (Νάκου, 2001).

Μελετώντας την ποιότητα ζωής ο Jackson (2011) υποστήριξε ότι είναι μία σύνθετη έννοια με πολλές προοπτικές και βασικές διαστάσεις όπως την συναισθηματική ευημερία, τις διαπροσωπικές σχέσεις, την προσωπική ανάπτυξη, την κοινωνική δραστηριοποίηση και τα ανθρώπινα δικαιώματα. Αυτές λοιπόν οι διαστάσεις είναι σαφές ότι προσδιορίζουν το πλαίσιο ζωής. Της τελευταίας δεκαετίας, η έννοια της ποιότητα ζωής έχει προσελκύσει τους επαγγελματίες στον χώρο της υγείας μέσα από την διατύπωση τριών μοντέλων, του μοντέλου ικανοποίησης του μοντέλου συνδυασμού ικανοποίησης και σημαντικότητας και του μοντέλου κοινωνικών ρόλων και λειτουργικότητας (Jackson, 2011).

Για τον λόγο αυτό εισήχθησαν δείκτες για τον προσδιορισμό του επιπέδου υγείας μέσω της συνεκτίμησης και ποσοτικής έκφρασης κοινωνικών, ψυχικών και βιολογικών παραμέτρων που για τις περισσότερες από αυτές τις περιπτώσεις η προσέγγιση αυτή είναι ανέφικτη. Ο δείκτης, που όπως αναφέρθηκε είναι μια παράμετρος, στην ουσία είναι ένα κλάσμα που αποτελείται από τρεις συνιστώσες: έναν αριθμητή που είναι ο αριθμός των ατόμων του πληθυσμού που μας ενδιαφέρουν ως περιστατικά (π.χ. θάνατοι, κρούσματα νόσων, γεννήσεις, είσοδοι σε νοσοκομεία και άλλα), έναν παρανομαστή που είναι ο συνολικός αριθμός ατόμων του πληθυσμού που μελετάται (του πληθυσμού σε κίνδυνο-population risk) ή αλλιώς πληθυσμού αναφοράς (reference population) και μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο, κατά την οποία συνέβησαν τα γεγονότα. Οι συχνότεροι χρησιμοποιούμενοι δείκτες για την αξιολόγηση και σύγκριση του επιπέδου υγείας είναι οι δείκτες θνησιμότητας και νοσηρότητας. Οι δείκτες αυτοί μπορούν να εκφράσουν την συχνότητα ή την έκβαση ποικίλων παθολογικών καταστάσεων ή νόσων στους διάφορους πληθυσμούς και επιτρέπουν τοπικές και διεθνείς συγκρίσεις (Ιωαννίδης, 2007).

Για την Ευρωπαϊκή Διάσταση της Ποιότητας Ζωής, η στρατηγική της Λισαβόνας διαμορφώνει ένα κοινό πλαίσιο δημόσιας πολιτικής για την επίτευξη των στόχων της οικονομικής ανάπτυξης και της κοινωνικής συνοχής. Μάλιστα, εκπρόσωποι των κοινωνικών επιστημών υποστήριξαν ότι η κοινωνική ποιότητα αποτελεί βασική συνιστώσα για τη χάραξη της ευρωπαϊκής πολιτικής (Υφαντόπουλος, 2007).

1.2 Έννοια και μέτρηση της ποιότητας ζωής

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ορίζει την Ποιότητα της Ζωής ως την αντίληψη ενός ατόμου για τη θέση του στη ζωή στο πλαίσιο του πολιτισμού και των αξιακών συστημάτων στα οποία ζει και έχει σχέση με τους στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες του. Πρόκειται για μια ευρεία έννοια που επηρεάζεται με πολύπλοκο τρόπο από τη σωματική υγεία του ατόμου, την ψυχολογική κατάσταση, το επίπεδο ανεξαρτησίας, τις κοινωνικές σχέσεις, τις προσωπικές πεποιθήσεις και τη σχέση τους με τα κυριότερα χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος τους (WHO, 1997).

Η έννοια της ποιότητας της ζωής εξαρτάται από ένα πλήθος παραγόντων, οι οποίοι αρκετά συχνά αλληλεπιδρούν μεταξύ τους. Για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής, η πιο βασική διάκριση είναι μεταξύ των υποκειμενικών και των αντικειμενικών δεικτών. Η υποκειμενική διάσταση των δεικτών αναφέρεται στην αίσθηση ευημερίας και στην ικανοποίηση που αντλούν τα άτομα από το περιβάλλον στο οποίο βρίσκονται, στις διαπροσωπικές σχέσεις τους που περιλαμβάνουν διαπροσωπικές και ατομικές διαφορές, τα ατομικά σχέδια, τις γενετικές προδιαθέσεις και την δυναμική των συμπεριφορών και των δραστηριοτήτων των εκάστοτε ατόμων και των διακριτών προσωπικοτήτων (Yfantopoulos, 2001).

Αντίθετα, η αντικειμενική διάσταση συνδέεται με την ικανοποίηση που αντλείται σε σχέση με τις πολιτισμικές και κοινωνικές απαιτήσεις αναφορικά με την συνεχιζόμενη απόκτηση υλικών αγαθών, την κοινωνικοοικονομική κατάσταση και κυρίως την σωματική ευημερία και ευεξία. Σε αυτή μπορούν επίσης να ανήκουν οι κοινωνικές διαστάσεις, η εθνική και κοινωνική ταυτότητα των συμμετεχόντων, τα συλλογικά και ατομικά δικαιώματα, η υγειονομική κατάσταση και οι πιθανές δυνατότητες συνεχιζόμενης βελτίωσης του επιπέδου διαβίωσης.

Παράλληλα, στον κλάδο της υγείας που από πολλούς επηρεάζει πιο καθοριστικά την ποιότητα ζωής των ατόμων, η κατάσταση υγείας μπορεί να αξιολογείται από το άτομο σύμφωνα με την ικανοποίηση ή τη δυσαρέσκεια, που νοιώθει για την ζωή σύμφωνα με τους εκάστοτε στόχους και προοπτικές, που έχει θέσει και διατυπώσει την δεδομένη χρονική στιγμή.

Μια από τις περισσότερο ουσιαστικές προσεγγίσεις και αναφορές είναι αυτή των Hancock και συν.,(1999), οι οποίες ορίζουν ότι η καλή λειτουργία μιας κοινότητας θεωρείται υπεύθυνη για την ευημερία των κατοίκων της περιοχής, και είναι ανάλογη από την ομαδική και ατομική συνοχή, την υγεία, την συμμετοχή των πολιτών στα πολιτιστικά και τα κοινά, και το επίπεδο πολιτικοποίησης. Η ποιότητα ζωής εξαρτάται κυρίως από την ευημερία, την ομαδική συνοχή και κυρίως από την διατήρηση της ευημερίας. Οι προσδοκίες από την ποιότητα ζωής, παίζουν σημαντικό ρόλο στην διαμόρφωση των αντιλήψεων των ανθρώπων, όπως επίσης οι οικογενειακές σχέσεις και η προσωπικότητα θεωρούνται κύρια μέτρα αναφοράς για σύγκριση του κάθε πληθυσμού.

Τέλος, θα πρέπει να αναφερθεί πως, η χρησιμότητα των κοινωνικών δεικτών ποιότητας ζωής έγκειται στο γεγονός ότι επιτρέπουν τη μακροχρόνια παρακολούθηση της εξέλιξης ενός φαινομένου και συνεπώς συμβάλλουν στην αξιολόγηση του βαθμού επίτευξης σκοπών και στόχων (Κωσταγιόλας και συν., 2008). Για παράδειγμα, η διοργάνωση σε πανελλήνια εμβέλεια ενός προγράμματος οδικής ασφάλειας προβλέπεται να επηρεάσει μακροχρόνια το προσδόκιμο επιβίωσης ένα συγκεκριμένο αριθμό. Στους ατομικούς δείκτες υγείας μπορεί κανείς να αξιολογήσει την παρέμβαση σε επίπεδο ατόμου, αλλά και γενικότερης αποτελεσματικότητας μιας θεραπείας. Πόσο λόγου χάρη θα βελτιώσει μία θεραπεία την ποιότητα ζωής των ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση σε σύγκριση με μία άλλη θεραπεία, είναι ένα ερώτημα που μπορεί να απαντηθεί μόνο εάν έχουν γίνει οι κατάλληλες μετρήσεις της ποιότητας ζωής πριν και μετά από την παρέμβαση (Κωσταγιόλας και συν., 2008).

Καθώς η ποιότητα ζωής συνδέεται με την υγεία, όπως θα καταδειχθεί λεπτομερώς στην επόμενη ενότητα, αξίζει μία μικρή αναφορά στη μέτρηση της υγείας. Η στατιστική εκτίμηση της υγείας απαιτεί τόσο μέτρα σχετιζόμενα με τη θνησιμότητα όσο και τη νοσηρότητα (δηλαδή τα αποτελέσματα για την υγεία), καθώς και σχετικά με τους παράγοντες που οδηγούν ή μη στην υγεία και την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη (Eurostat, 2015):

- Οι δείκτες για την έκβαση της υγείας περιλαμβάνουν στοιχεία σχετικά με το προσδόκιμο ζωής (τον αριθμό των υπολειπόμενων ετών που ένα άτομο αναμένεται να ζήσει κατά τη γέννηση ή σε μια ορισμένη ηλικία), καθώς και στοιχεία σχετικά με τη νοσηρότητα και την κατάσταση της υγείας, συμπεριλαμβανομένων των ετών υγιούς

ζωής, τον αυτοαναφερόμενο περιορισμό στις δραστηριότητες λόγω προβλημάτων υγείας, αλλά και την ψυχική υγεία. Τα στοιχεία για τους δείκτες σχετικά με τις μακροχρόνιες ασθένειες και την αυτο-αντίληψη της υγείας συλλέγονται μέσω της ευρωπαϊκής στατιστικής για το εισόδημα και τις συνθήκες διαβίωσης. Τα στοιχεία για το προσδόκιμο ζωής παρέχονται στα στατιστικά στοιχεία του πληθυσμού. Τα έτη υγιούς ζωής εκτιμώνται χρησιμοποιώντας στοιχεία που αφορούν το προσδόκιμο ζωής και ερώτηση σχετικά με τον περιορισμό των δραστηριοτήτων

- Οι παράγοντες υγείας αναφέρονται σε υγιείς ή ανθυγιεινές συμπεριφορές και περιλαμβάνουν δεδομένα σχετικά με τον δείκτη μάζας σώματος (BMI) και τους τακτικούς καπνιστές. Αυτή η έρευνα στοχεύει στη μέτρηση της κατάστασης της υγείας, του τρόπου ζωής (καθοριστικοί παράγοντες για την υγεία) και της χρήσης υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης των κατοίκων της ΕΕ σε εναρμονισμένη βάση και με υψηλό βαθμό συγκρισιμότητας μεταξύ των κρατών μελών της ΕΕ. Επίσης, συμπεριλαμβάνονται δείκτες σχετικά με την κατανάλωση αλκοόλ και τη συχνότητα της σωματικής δραστηριότητας

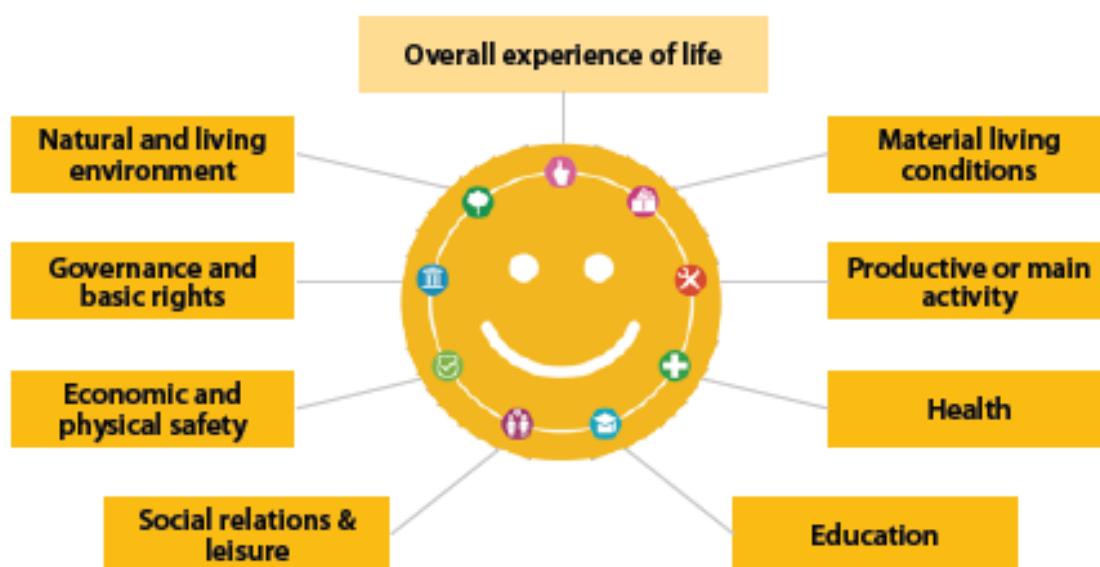
- Η πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη μετριέται με τη μέτρηση αυτοαναφερόμενων μη ικανοποιημένων ιατρικών αναγκών (για λόγους κόστους, απόστασης ή ύπαρξης λιστών αναμονής).

1.3 Επιμέρους διαστάσεις της ποιότητας ζωής

Συνολικά, η ποιότητα ζωής είναι μια ευρύτερη έννοια από την οικονομική παραγωγή και το βιοτικό επίπεδο. Περιλαμβάνει το πλήρες φάσμα των παραγόντων που επηρεάζουν το τι εκτιμούν οι άνθρωποι στη ζωή, πέρα από τις καθαρά υλικές πτυχές. Η ποιότητα της ζωής είναι μια πολυδιάστατη έννοια. Όπως φαίνεται από το παρακάτω σχήμα, μία ομάδα δεικτών αναπτύχθηκε και οργανώθηκε σε εννέα διαστάσεις που αποτελούν το πλαίσιο «ποιότητας ζωής». Στο πλαίσιο αυτό, οι διαστάσεις αυτές μπορούν να μετρηθούν στατιστικά ώστε να αντιπροσωπεύουν τις διάφορες συμπληρωματικές πτυχές της ποιότητας ζωής, συμπληρώνοντας τον δείκτη που χρησιμοποιείται παραδοσιακά ως μέτρο της οικονομικής και κοινωνικής ανάπτυξης, που είναι το ΑΕΠ. Οκτώ από αυτές τις διαστάσεις σχετίζονται με τις δυνατότητες των ανθρώπων να ακολουθούν την αυτό-οριζόμενη ευημερία τους, σύμφωνα με τις δικές τους αξίες και προτεραιότητες. Η τελευταία διάσταση

«συνολική πείρα της ζωής» αναφέρεται στην προσωπική αντίληψη της ποιότητας ζωής (δηλαδή της ικανοποίησης από την ζωή, των επιδράσεων, της σημασίας της ζωής) (Eurostat, 2015).

Σχήμα 1. Πλαίσιο ποιότητας ζωής

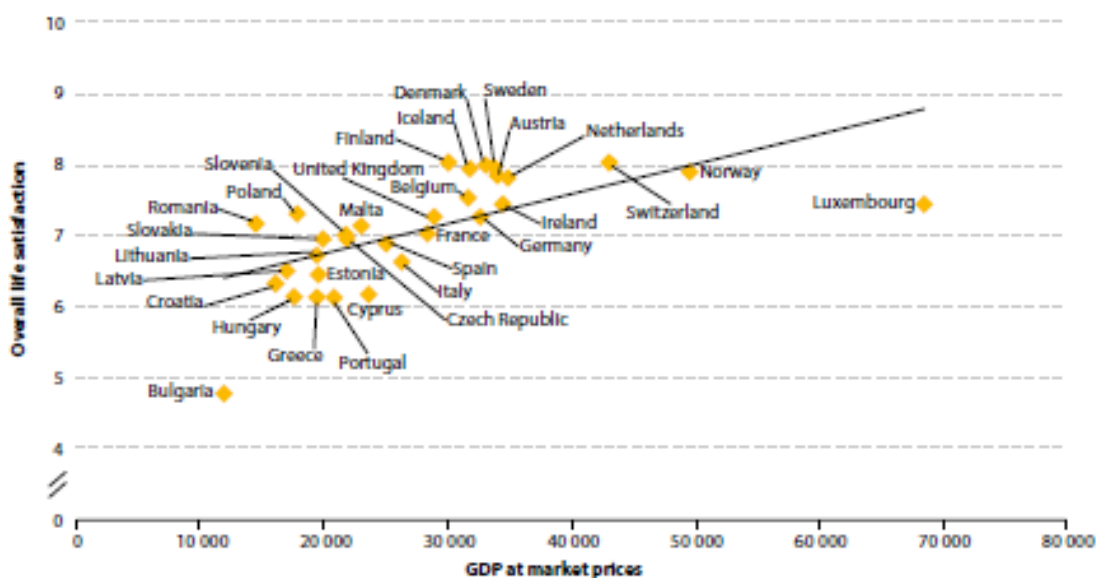


Πηγή: Eurostat, 2015, σελ. 9

Το 2013, η Eurostat εισήγαγε μια ad hoc ενότητα για την υποκειμενική ευημερία στα στατιστικά στοιχεία για το εισόδημα και τις συνθήκες διαβίωσης (EU-SILC). Ένα σύνολο μεταβλητών με υποκειμενικές εκτιμήσεις της ζωής εν γένει, αλλά και αρκετές διαστάσεις της ποιότητας ζωής συμπληρώνουν τα δεδομένα που συλλέγονται για το εισόδημα και τις συνθήκες διαβίωσης (που χρησιμοποιείται σε μεγάλο βαθμό στο πλαίσιο της ανάλυσης της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού). Οι αντικειμενικές διαστάσεις των συνθηκών διαβίωσης των ανθρώπων συμπληρώθηκαν συνεπώς με μικρο-δεδομένα που συλλέχθηκαν σχετικά με τις αντιλήψεις των ανθρώπων για την ποιότητα ζωής, που ονομάζεται επίσης «υποκειμενική ευημερία». Ως εκ τούτου, τα δεδομένα για την υποκειμενική ευημερία συλλέχθηκαν για πρώτη φορά σε όλα τα κράτη μέλη της ΕΕ με τα πρότυπα ποιότητας των επίσημων στατιστικών. Στο πιο κάτω σχήμα απεικονίζεται η συνολική ικανοποίηση ζωής των ατόμων με το ΑΕΠ σε τιμές αγοράς του 2013. Αναλυτικά, η ποιότητα ζωής των

κατοίκων της ΕΕ στη βάση αυτών των εννέα διαστάσεων παρουσιάζεται αμέσως μετά το σχήμα, στη βάση της τελευταίας έρευνας της Eurostat (2015).

Σχήμα 2. Συνολική ικανοποίηση από τη ζωή σε σύγκριση με το ΑΕΠ, 2013



Πηγή: Eurostat, 2015, σελ. 9

Υλικές συνθήκες διαβίωσης

Η οικονομική κατάσταση σχετίζεται με το βιοτικό επίπεδο που εκφράζεται μέσω του εισοδήματος. Το διαθέσιμο εισόδημα παρέχει τους οικονομικούς πόρους που διατίθενται για δαπάνες (ή αποταμίευση) και καθορίζει την κυριότητα (ή πρόσβαση σε) υλικά αγαθά και υπηρεσίες. Το διαθέσιμο εισόδημα των νοικοκυριών αντιστοιχεί στο εισόδημα από πηγές της αγοράς και στις παροχές σε χρήμα μετά την αφαίρεση των άμεσων φόρων και των τακτικών μεταβιβάσεων μετρητών μεταξύ των νοικοκυριών. Μπορεί να θεωρηθεί ως το εισόδημα που διατίθεται στο νοικοκυριό για δαπάνες ή αποταμίευση. Το βιοτικό επίπεδο που μπορεί να επιτευχθεί από ένα νοικοκυριό με ένα δεδομένο διαθέσιμο εισόδημα εξαρτάται από το πόσοι άνθρωποι και σε ποια ηλικία ζουν στο νοικοκυριό. Επομένως, το εισόδημα των νοικοκυριών είναι «ισοδύναμο», δηλαδή προσαρμοσμένο στο μέγεθος και τη σύνθεση των νοικοκυριών, έτσι ώστε τα εισοδήματα όλων των νοικοκυριών να μπορούν να εξεταστούν σε συγκρίσιμη βάση. Το ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα αποτελεί δείκτη των οικονομικών πόρων που διατίθενται σε ένα τυποποιημένο νοικοκυριό.

Τα άτομα και τα νοικοκυριά χρησιμοποιούν υλικούς πόρους, σύμφωνα με τις δικές τους αξίες και προτεραιότητες, για να επιδιώξουν τη δική τους αυτόνομη ευημερία. Επομένως, η ποιότητα της ζωής περιορίζεται ουσιαστικά από την πρόσβαση του ατόμου στους υλικούς πόρους που χρειάζεται ή επιθυμεί, για να μετατραπεί σε ευημερία. Από αυτή την άποψη, οι οικονομικές συνθήκες και, ειδικότερα, οι υλικές συνθήκες διαβίωσης, αν και δεν αντικατοπτρίζουν την ποιότητα ζωής καθαυτή, παρέχουν ένα πλαίσιο για τη μέτρηση του δυναμικού των ατόμων και των νοικοκυριών για την επίτευξη αυτής.

Οι γυναίκες και οι άνδρες ήταν εξίσου ικανοποιημένοι από τις υλικές συνθήκες διαβίωσης, στο πλαίσιο της ποιότητας ζωής τους, ενώ οι ηλικιωμένοι και οι νεότεροι σε ηλικία πολίτες της ΕΕ φάνηκαν πιο ικανοποιημένοι από τις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες. Οι απασχολούμενοι και όσοι πριν και μετά από τα ενεργά / παραγωγικά έτη (στην εκπαίδευση, στην κατάρτιση ή στους συνταξιούχους) εμφανίστηκαν κατά μέσο όρο πιο ικανοποιημένοι από τις άλλες κατηγορίες. Οι αντικειμενικές συνθήκες διαβίωσης συνδέονται στενά με την υποκειμενική εκτίμηση της οικονομικής κατάστασης τόσο σε επίπεδο χώρας όσο και σε επίπεδο ατόμων. Επιπρόσθετα, ορισμένες χώρες αποκλίνουν από αυτό το πρότυπο και παρουσιάζουν υψηλότερα ή χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης από αυτά που θα μπορούσαν να αναμένονται λόγω των αντικειμενικών συνθηκών διαβίωσής τους.

Συνθήκες στέγασης

Το ποσοστό υπερπληθυσμού ορίζεται ως το μερίδιο του πληθυσμού που ζει σε ένα νοικοκυριό με πολλά άτομα. Οι πληροφορίες σχετικά με το εάν μια κατοικία χαρακτηρίζεται από υπερπληθυσμό ή όχι, αναφέρεται στο επίπεδο των νοικοκυριών και περιλαμβάνει την εξέταση του ελάχιστου αριθμού δωματίων που απαιτούνται για το νοικοκυριό, ο οποίος υπολογίζεται σύμφωνα με το κριτήριο της εκχώρησης: ένα δωμάτιο για το νοικοκυριό, ένα ανά ζευγάρι στο νοικοκυριό, ένα για κάθε ένα άτομο ηλικίας 18 ετών και άνω, ένα ανά ζεύγος ατόμων του ίδιου φύλου μεταξύ 12 και 17 ετών, ένα δωμάτιο για κάθε ένα άτομο ηλικίας μεταξύ 12 και 17 ετών και δεν περιλαμβάνεται στην προηγούμενη κατηγορία και Ένα ανά ζευγάρι παιδιά κάτω των 12 ετών. Το ποσοστό υπερπληθυσμού υπολογίζεται με τη σύγκριση του συνολικού αριθμού των διαθέσιμων δωματίων με αυτόν τον ελάχιστο αριθμό δωματίων που

χρειάζονται. Εάν το ποσοστό υπερπληθυσμού είναι χαμηλότερο από το τελευταίο, το νοικοκυριό ταξινομείται ως 'υπερπληθυσμένο'. Η κατοικία θεωρείται ανεπαρκής όταν ο αριθμός των δωματίων που διατίθενται στο νοικοκυριό υπερβαίνει κατά τουλάχιστον έναν ελάχιστο αριθμό δωματίων που απαιτούνται για το νοικοκυριό.

Παρόμοια με την ικανοποίηση της χρηματοοικονομικής κατάστασης, η ικανοποίηση της κατοικίας μπορεί να βασίζεται τόσο σε αντικειμενικά όσο και σε υποκειμενικά κριτήρια. Η αξιολογούμενη κατοικία μπορεί να κριθεί παράλληλα με αντικειμενικά κριτήρια όπως ο τύπος κατοχής, η επάρκεια ή η έλλειψη χώρου, η ποιότητα στέγασης (διαθεσιμότητα ορισμένων παροχών και ύπαρξη διαρθρωτικών προβλημάτων, όπως η υγρασία σε καταλύματα κλπ.). Τα υποκειμενικά κριτήρια εξαρτώνται από τις διαφορετικές ανάγκες και τις αξίες των ανθρώπων (για παράδειγμα, ένα μεγάλο σπίτι, το οποίο ήταν απαραίτητο για το νοικοκυριό όταν χρειάστηκε να φιλοξενήσει μια μεγαλύτερη οικογένεια, μπορεί να γίνει μειονέκτημα σε μεγαλύτερη ηλικία).

Το 2013, το 17.2% των κατοίκων της ΕΕ ζούσε σε υπερπλήρεις κατοικίες, σημειώνοντας μείωση κατά 2.3 ποσοστιαίες μονάδες σε σύγκριση με το 2005. Πάνω από οκτώ στους δέκα Ευρωπαίους ήταν σχετικά ικανοποιημένοι από την κατοικία στην οποία ζούσαν. Ειδικότερα, σε μια κλίμακα από 0 έως 10, το 51.8% των κατοίκων της ΕΕ ανέφερε μεσαία ικανοποίηση (6-8 στα 10), το 32.5% των κατοίκων της ΕΕ ανέφεραν υψηλή ικανοποίηση (9-10 στα 10) και μόνο το 15.7% ανέφεραν χαμηλή ικανοποίηση (0-5 στα 10) από την κατοικία στην οποία ζούσαν. Πρόκειται για μια πολύ καλύτερη κατάσταση σε σύγκριση με τα επίπεδα ικανοποίησης των κατοίκων της ΕΕ όσον αφορά την οικονομική τους κατάσταση, η οποία είναι η άλλη πτυχή των υλικών συνθηκών διαβίωσης.

Όσον αφορά τη μέση ικανοποίηση, βρέθηκε ίση με 7.5 με τιμές που κυμαίνονται από 6.0 στη Βουλγαρία έως 8.4 στη Φινλανδία. Δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές μορφές ικανοποίησης της στέγασης σε σχέση με το φύλο, αν και οι γυναίκες ανέφεραν ελαφρώς υψηλότερο ποσοστό χαμηλής και υψηλής ικανοποίησης. Αυτό δεν προκαλεί έκπληξη, δεδομένου ότι η πλειοψηφία του πληθυσμού (59.8%) ζούσε ως ζευγάρι (με ή χωρίς παιδιά) που μοιράζεται την ίδια κατοικία και συνεπώς τις ίδιες αντικειμενικές συνθήκες στέγασης. Παρόμοια τάση παρατηρήθηκε και για την ικανοποίηση της οικονομικής κατάστασης του νοικοκυριού. Η ικανοποίηση από τη στέγαση ήταν χαμηλότερη για τα νεαρά άτομα που ζούσαν από μόνα τους (κατά μέσο

όρο 7.0 για ξεχωριστά παιδιά και για αρσενικά ηλικίας κάτω των 65 ετών και 7.3 για γυναίκες στην ίδια ηλικιακή ομάδα). Η ικανοποίηση από τη στέγαση ήταν υψηλότερη μεταξύ των ατόμων ηλικίας άνω των 65 ετών (κατά μέσο όρο 7.9 για δύο ενήλικα νοικοκυριά, 7.7 για γυναίκες και 7.6 για άνδρες)

Η μεγαλύτερη ηλικία και η κατοχή στέγης οδήγησε σε σημαντικά υψηλότερη ικανοποίηση της στέγασης. Όπως και η οικονομική ικανοποίηση, η ικανοποίηση της στέγασης αυξάνεται με την ηλικία, με εξαίρεση τη νεότερη ηλικιακή ομάδα (η οποία στις περισσότερες περιπτώσεις εξακολουθεί να ζει με τις οικογένειές τους). Επίσης, δεν υπάρχει σχέση μεταξύ της παρουσίας διαρθρωτικών προβλημάτων και του βαθμού ικανοποίησης των κατοικιών στα περισσότερα κράτη μέλη της ΕΕ.

Τα υψηλότερα ποσοστά ατόμων με χαμηλή ικανοποίηση από τη στέγαση βρέθηκαν στη Βουλγαρία (46.2% του πληθυσμού), ακολουθούμενα από άλλα κράτη της Ανατολικής ή Νότιας Ευρώπης, όπως η Λετονία (30.6%), η Ελλάδα (29.7%) και η Κροατία (28.5%). Η υψηλή ικανοποίηση αναφέρθηκε από περίπου τους μισούς κατοίκους στη Φινλανδία, την Αυστρία, τη Δανία, τη Σουηδία και την Ιρλανδία. Συγκεκριμένα, η Φινλανδία, η Δανία και η Σουηδία συγκαταλέγονται στις χώρες στις οποίες λιγότερο από το 10% του πληθυσμού ανέφερε χαμηλό επίπεδο ικανοποίησης από τη διαμονή.

Απασχόληση

Η απασχόληση βρίσκεται στο επίκεντρο των πολιτικών της ΕΕ, καθώς αποτελεί τη βάση για τη δημιουργία πλούτου. Συνεπώς, η στρατηγική «Ευρώπη 2020» για την ανάπτυξη και την απασχόληση δίνει μεγάλη έμφαση στην απασχόληση και τη δημιουργία θέσεων απασχόλησης μέσω της προτεραιότητας της για την «χωρίς αποκλεισμούς ανάπτυξη». Η αμειβόμενη εργασία και οι μη αμειβόμενες κύριες δραστηριότητες, όπως η οικιακή εργασία, επηρεάζουν την ποιότητα ζωής εκτός από το εισόδημα ή τη χρησιμότητα που παράγεται, επειδή αποτελούν σημαντικό καθοριστικό παράγοντα της προσωπικής ταυτότητας και παρέχουν ευκαιρίες για κοινωνική αλληλεπίδραση. Εκτός από την απλή πρόσβαση στην απασχόληση (δηλαδή την ποσοτική πτυχή), η ποιότητα της αμειβόμενης εργασίας είναι ιδιαίτερα σημαντική, καθώς σχετίζεται με την προσωπική αξιοπρέπεια. Ως εκ τούτου, η αντιμετώπιση της ποιότητας των θέσεων εργασίας και των συνθηκών απασχόλησης

καλύπτεται από τις κατευθυντήριες γραμμές για τις πολιτικές απασχόλησης των κρατών μελών.

Ο απασχολούμενος πληθυσμός αποτελείται από άτομα τα οποία κατά τη διάρκεια της εβδομάδας εργάζονταν για μισθό ή κέρδος για τουλάχιστον μία ώρα ή δεν εργάζονταν αλλά είχαν θέσεις από τις οποίες απουσίαζαν προσωρινά (δηλαδή ο αριθμός των απασχολουμένων ως ποσοστό του πληθυσμού ηλικίας 15-64 ετών). Ωστόσο, καθώς ο στόχος για την απασχόληση στο πλαίσιο της στρατηγικής «Ευρώπη 2020» βασίζεται σε ένα κατώτερο όριο ηλικίας 20 ετών (για να εξασφαλιστεί η συμβατότητα με τους πρωταρχικούς στόχους της στρατηγικής για την εκπαίδευση).

Το ποσοστό απασχόλησης της ΕΕ ήταν χαμηλότερο από εκείνο των κυριότερων διεθνών ανταγωνιστών της, με ποσοστό απασχόλησης κατά περίπου 2.8 ποσοστιαίες μονάδες χαμηλότερο από εκείνο των Ηνωμένων Πολιτειών (68.3% έναντι 71.1%) και 8% χαμηλότερο από αυτό της Ιαπωνίας (68.3% έναντι 76.4% %). Η ΕΕ ανέφερε επίσης ένα χάσμα 11.6 ποσοστιαίων μονάδων μεταξύ των ποσοστών απασχόλησης των ανδρών και των γυναικών το 2013 (74.2% έναντι 62.6%), παρόλο που παρόμοια κενά παρατηρήθηκαν και στις Ηνωμένες Πολιτείες (77.0% έναντι 65.4%) και στην Ιαπωνία (86.4% έναντι 66.3%).

Το 2014, το ποσοστό απασχόλησης για την ηλικιακή ομάδα 20-64 ετών στην ΕΕ ήταν 69.2%, έναντι 67.9% το 2005 και 70.3% το 2008, έτος που έλαβε χώρα η παγκόσμια χρηματοπιστωτική και οικονομική κρίση . Έτσι, το ποσοστό απασχόλησης ανερχόταν σε 5.8 εκατοστιαίες μονάδες (2014), κάτω από τον στόχο του 75% (της ίδιας ηλικιακής ομάδας) που όρισε η ΕΕ για το 2020. Παρά τις προσπάθειες για την αύξηση της απασχόλησης των γυναικών, υπήρχε ακόμη 11.5 μονάδες διαφορά μεταξύ ποσοστών απασχόλησης ανδρών και γυναικών το 2014 (από 15.9 ποσοστιαίες μονάδες το 2005).

Η ικανοποίηση από την εργασία έδειξε διαφορετικά πρότυπα ανάλογα με την κοινωνικοδημογραφική ομάδα στην οποία μπορεί να ανήκει ένας εργαζόμενος. Δε βρέθηκε κάποια συσχέτιση μεταξύ της ικανοποίησης από την εργασία και των παραγόντων όπως η ηλικία και το φύλο. Ωστόσο, η μέση ικανοποίηση από την εργασία αυξήθηκε εμφανώς σε όλα τα εισοδήματα, στα επίπεδα εκπαίδευσης και στις επαγγελματικές τάξεις. Το καθεστώς απασχόλησης σχετίζεται επίσης με την ικανοποίηση από την εργασία, δεδομένου ότι οι αυτοαπασχολούμενοι με

εργαζόμενους ανέφεραν υψηλότερη μέση ικανοποίηση σε σύγκριση με τις άλλες ομάδες. Σε άτομα με πλήρη απασχόληση αυξήθηκε ελαφρώς η μέση ικανοποίηση από την εργασία. Το ίδιο ισχύει και για τη σταθερότητα της εργασίας, παρότι μια πρόσφατη αλλαγή θέσεων απασχόλησης οδήγησε σε μέτρια αύξηση των ποσοστών των εργαζομένων που ήταν ιδιαίτερα ικανοποιημένοι με τη δουλειά τους. Η ικανοποίηση με το χρόνο μετακίνησης ακολούθησε διαφορετικά πρότυπα σε σχέση με την ικανοποίηση από την εργασία. Υπήρξε μια μικρή επίδραση από την ηλικία, με τους νεότερους εργαζόμενους να είναι λιγότερο ικανοποιημένοι από τους ηλικιωμένους. Ομοίως, το φύλο επηρέασε ελαφρώς τα επίπεδα ικανοποίησης, καθώς οι άνδρες εργαζόμενοι ανέφεραν ότι ήταν λίγο λιγότερο ικανοποιημένοι από τις γυναίκες. Ο αντίκτυπος του εισοδήματος και της εκπαίδευσης ήταν ελάχιστος. Η πλήρης απασχόληση μείωσε την ικανοποίηση του χρόνου μετακίνησης, ενώ η σταθερότητα της απασχόλησης την αύξησε μετρίως. Τέλος, η ζωή σε μια πόλη ή ένα προάστιο είχε ως αποτέλεσμα μια ελαφρώς μεγαλύτερη μέση ικανοποίηση με το χρόνο μετακίνησης σε σύγκριση με τις πόλεις και τις αγροτικές περιοχές. Η χαμηλή ικανοποίηση από την εργασία διαφέρει κατά 10 παράγοντες σε όλα τα κράτη μέλη της ΕΕ. Οι χώρες στις οποίες τα υψηλά ποσοστά ατόμων σε ενεργό ηλικία αντιμετώπιζαν την εργασιακή ανασφάλεια και δυσκολίες πρόσβασης στην αγορά εργασίας (όπως εκφράζεται με χαμηλή ένταση εργασίας), με αποτέλεσμα να καταγράφουν χαμηλότερη ικανοποίηση από την εργασία. Αυτό ήταν λιγότερο ξεκάθαρο για την υποαπασχόληση, η οποία εξαρτιόταν από την επικράτηση των συμβάσεων μερικής απασχόλησης και από την προσωρινή απασχόληση που συνδέεται με κινδύνους που μπορούν να μετριαστούν από την κατάσταση που επικρατεί στην αγορά εργασίας ή στο κράτος πρόνοιας.

Εκπαίδευση

Η εκπαίδευση επηρεάζει την ποιότητα ζωής των ατόμων με πολλούς τρόπους. Τα άτομα με περιορισμένες δεξιότητες και εξειδίκευση τείνουν να έχουν μειωμένες ευκαιρίες απασχόλησης και χειρότερες οικονομικές προοπτικές, ενώ οι μαθητές που εγκαταλείπουν πρόωρα το σχολείο αντιμετωπίζουν υψηλότερους κινδύνους κοινωνικού αποκλεισμού και είναι λιγότερο πιθανό να συμμετάσχουν στην κοινωνική ζωή. Επιπλέον, πέραν των ρεαλιστικών εκτιμήσεων, η εκπαίδευση είναι μία από τις

μεγαλύτερες αξίες της κοινωνίας, καθώς επιτρέπει την καλύτερη κατανόηση του κόσμου στον οποίο ζούμε.

Η εκπαίδευση φάνηκε να είναι ένας ισχυρός καθοριστικός παράγοντας της υποκειμενικής ευημερίας: οι πιο μορφωμένοι στην ΕΕ ήταν πολύ λιγότερο επιρρεπείς στο να δηλώνουν ότι ήταν καταθλιπτικοί ή νευρικοί και ήταν πιο ευτυχισμένοι από τους λιγότερο μορφωμένους. Το μορφωτικό επίπεδο φαίνεται επίσης να επηρεάζει την ικανοποίηση με διαφορετικές πτυχές της ζωής τόσο σε επίπεδο ΕΕ όσο και σε όλα τα κράτη μέλη της ΕΕ, στα οποία οι πιο μορφωμένοι είχαν υψηλότερα ποσοστά ικανοποίησης και συνεπώς ποιότητας ζωής. Επιπλέον, οι απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης είχαν πιο ικανοποιητικές κοινωνικές σχέσεις, αισθάνονταν πιο ασφαλείς και διέπονταν από καλύτερη υγεία.

Ενώ το μορφωτικό επίπεδο είναι ένας παράγοντας που επηρεάζει την ψυχική ευημερία ενός ατόμου, μπορεί επίσης να οδηγήσει σε ξεχωριστές αξιολογήσεις ορισμένων σημαντικών πτυχών της καθημερινής ζωής, όπως οι υλικές συνθήκες διαβίωσης, η εργασία, οι προσωπικές σχέσεις, η υγεία και άλλες. Μπορεί επίσης να επηρεάσει τη συνολική ικανοποίηση της ζωής και να οδηγήσει σε διαφορετική αντίληψη για το νόημά της. Η συνολική ικανοποίηση από τη ζωή και το νόημα της ζωής μετρούν τα διαφορετικά πράγματα. Η έννοια της ζωής θεωρείται ως η ψυχολογική ή «λειτουργική» προσέγγιση της υποκειμενικής ευημερίας - όπως είναι ο σκοπός, ή η αυτονομία - ενώ η ικανοποίηση από την ζωή αποσκοπεί στην κάλυψη μιας ευρείας αντανεκλαστικής εκτίμησης όλων των περιοχών που σχετίζονται με την ύπαρξη ενός ατόμου. Τα δύο αυτά στοιχεία θεωρούνται βασικοί δείκτες για την υποκειμενική ευημερία

Τα άτομα 25-34 ετών ήταν πιο μορφωμένα σε σύγκριση με άτομα μεγαλύτερης ηλικίας. Αναφορικά με το φύλο, οι γυναίκες εμφανίστηκαν καλύτερα από τους άνδρες από την άποψη της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης κατά 1.2 εκατοστιαίες μονάδες (27.3% έναντι 26.1%). Ωστόσο, περισσότερες γυναίκες από τους άνδρες είχαν ολοκληρώσει τη χαμηλότερη δευτεροβάθμια εκπαίδευση (29.6% έναντι 26.5%), ενώ περισσότεροι άνδρες από γυναίκες είχαν ανώτερη δευτεροβάθμια εκπαίδευση.

Υγεία

Η κακή υγεία όχι μόνο μειώνει τη διάρκεια ζωής των ανθρώπων, αλλά μπορεί επίσης να υπονομεύσει την ποιότητα ζωής τους. Σε συλλογικό επίπεδο, εμποδίζει την οικονομική και κοινωνική ανάπτυξη μειώνοντας το διαθέσιμο «ανθρώπινο κεφάλαιο» μιας κοινωνίας και δημιουργεί το κόστος για αυτήν. Έτσι, η μακρά και υγιής ζωή δεν είναι μόνο ένας σημαντικός προσωπικός στόχος, αλλά και μια ένδειξη κοινωνικής ευημερίας και επιτυχίας. Παρατηρείται μια γενική ανοδική τάση στο προσδόκιμο ζωής και για τα δύο φύλα. Ωστόσο πολλές διαφορές παρέμειναν σε εθνικό επίπεδο. Σχεδόν οι επτά στους δέκα (67.7%) κάτοικοι της ΕΕ ανέφεραν ότι ήταν σε καλή ή πολύ καλή υγεία. Το 22.2% στην πραγματικότητα ανέφερε ότι έχει πολύ καλή υγεία.

Οι πληθυσμοί που ζουν στα κράτη μέλη της ΕΕ με υψηλά επίπεδα εισοδήματος φαινόταν πιθανότερο να είναι σε θέση να έχουν ποιοτική υγειονομική περίθαλψη. Όταν αναλύονται οι διαφορές μεταξύ των κρατών μελών της ΕΕ, πρέπει να ληφθεί υπόψη ένα σύνολο παραγόντων. Αυτοί οι παράγοντες μπορεί να έχουν κοινωνικοοικονομικό χαρακτήρα, συμπεριλαμβανομένης της διαθεσιμότητας / πρόσβασης και της ποιότητας της ιατρικής περίθαλψης, οι οποίοι διαφέρουν από το ένα κράτος μέλος στο άλλο, αν και η πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη είναι σχεδόν καθολική στην ΕΕ. Άλλοι καθοριστικοί παράγοντες είναι οι περιβαλλοντικές συνθήκες, οι πολιτισμικές συμπεριφορές (π.χ. προς το κάπνισμα ή το ποτό), οι διαφορές στην αναφορά της κατάστασης της υγείας του ατόμου (συμπεριλαμβανομένης της συνειδητοποίησης των προβλημάτων υγείας)

Αναφορικά με την ηλικία, τα ποσοστά των ατόμων με κακή υγεία αυξήθηκαν και τα άτομα με καλή υγεία μειώθηκαν. Συνολικά, πάνω από το ένα τέταρτο των ατόμων της ομάδας ηλικίας 75+ δήλωσε ότι έχει (πολύ) καλή υγεία (28.2%), ενώ λίγο περισσότερο από εννέα στους δέκα νεότερους (16-24) (92.5%) ανέφεραν το ίδιο. Το ποσοστό των ατόμων που ανέφεραν κακή ή πολύ κακή υγεία αυξήθηκε σημαντικά με την ηλικία, ενώ οι μικρότεροι σε ηλικία πολίτες (16-24) ανέφεραν το χαμηλότερο ποσοστό κακής ή πολύ κακής υγείας (1.4%) και οι μεγαλύτεροι (75+) κακή ή πολύ κακή υγεία (29.7%). Οι άνδρες τείνουν να εκτιμούν την κατάσταση υγείας τους πιο θετικά από ότι οι γυναίκες. Το 70.7% των ανδρών αντιλήφθηκε ως καλή ή πολύ καλή υγεία τους και μόνο το 8.4% ως κακό ή πολύ κακό, ενώ τα αντίστοιχα ποσοστά για τις γυναίκες ήταν 65.0% και 10.5%.

Στις περισσότερες ηλικιακές ομάδες, οι γυναίκες τείνουν να αξιολογούν λιγότερο θετικά (και πιο αρνητικά) από τους άνδρες στην υγεία τους. Από την μία πλευρά, η καλή ή πολύ καλή υγεία αναφέρθηκε από το 91.4% των γυναικών έναντι του 93.7% των ανδρών στην ηλικιακή ομάδα 16-24 ετών και κατά 34.3% των γυναικών και 41.3% των ανδρών στην ηλικιακή ομάδα των 65 ετών. Από την άλλη πλευρά, κακή ή πολύ κακή υγεία αναφέρθηκε από το 1.5% των γυναικών έναντι του 1.3% των ανδρών στην ηλικιακή ομάδα 16-24 ετών και κατά 24.7% των γυναικών και 19.5% των ανδρών στην ηλικιακή ομάδα των 65 ετών. Μια πιθανή εξήγηση θα μπορούσε να είναι ότι οι γυναίκες ήταν πιο πιθανό να ζήσουν περισσότερο από τους άνδρες, αντιμετωπίζοντας έτσι περισσότερα προβλήματα υγείας - τείνουν να είναι πιο επιρρεπείς σε μακροχρόνιες ασθένειες από τους άνδρες - και να εκτιμούν την υγεία τους πιο αρνητικά. Οι γυναίκες, ιδίως από την ηλικία των 65 ετών (πολλοί από τους οποίους ζουν μόνοι τους), είχαν επίσης την τάση να αντιμετωπίζουν περισσότερα προβλήματα κατά την κάλυψη των ιατρικών αναγκών τους για οικονομικούς λόγους. Τέλος, ο βαθμός συνειδητοποίησης σχετικά με τη σημασία της υγείας ποικίλλει μεταξύ των φύλων. Οι άνδρες έτειναν να μην γνωρίζουν τα συμπτώματά τους σε σύγκριση με τις γυναίκες και, ως εκ τούτου, ήταν πιο απρόθυμοι να ζητήσουν βοήθεια. Ως εκ τούτου, ήταν λιγότερο πιθανό από τις γυναίκες να δηλώνουν ότι είχαν κακή υγεία.

Ελεύθερος χρόνος και κοινωνικές / διαπροσωπικές σχέσεις

Μια κοινωνική ζωή, στην οποία οι άνθρωποι μπορούν να απολαμβάνουν μια ισορροπία μεταξύ εργασίας και ιδιωτικών ενδιαφερόντων, σημαίνει ότι αφιερώνουν επαρκή χρόνο στις ψυχαγωγικές και κοινωνικές αλληλεπιδράσεις, κάτι το οποίο συνδέεται ιδιαίτερα με την ικανοποίηση από τη ζωή τους. Η ικανότητα κάποιου να ασκεί κοινωνικές δραστηριότητες είναι σημαντική για την ψυχολογική ισορροπία ενός ατόμου, άρα και την ευημερία. Η ικανότητα του ατόμου να επωφελείται από τις δραστηριότητες αναψυχής συνδέεται με την ικανοποίηση από τη ζωή, και έτσι το άτομο απολαμβάνει ισορροπημένη και ικανοποιητική χρήση του χρόνου.

Οι κάτοικοι της ΕΕ αφιέρωσαν περίπου το 8.5% των δαπανών των νοικοκυριών για αναψυχή και πολιτιστικές δραστηριότητες το 2012, υπογραμμίζοντας τη σημασία που αποδίδεται σε αυτά. Το ποσό αυτό ανήλθε σε 9.3% του συνολικού προϋπολογισμού των νοικοκυριών, γεγονός που υποδηλώνει μικρή μείωση του

ποσοστού κατά τα τελευταία έτη. Τα διαθέσιμα στοιχεία δείχνουν ότι το 2013 σχεδόν το ήμισυ του πληθυσμού (49.2%) ανέφερε ένα μεσαίο επίπεδο ικανοποίησης με τη χρήση του χρόνου, ένα τέταρτο (28.1%) χαμηλό επίπεδο ικανοποίησης και ένα άλλο τέταρτο (22.7%) υψηλή ικανοποίηση. Σε κλίμακα από 0 έως 10 (όπου το 0 αντιστοιχεί στο χαμηλότερο και το 10 στο υψηλότερο βαθμό ικανοποίησης) αυτό αντιπροσωπεύει μια μέση ικανοποίηση 6.7, η δεύτερη χαμηλότερη βαθμολογία που καταγράφηκε σε όλους τους τομείς ευημερίας. Η ικανοποίηση από τη χρήση του χρόνου συνδέεται στενά με την ηλικία, ενώ οι νεότερες και μεγαλύτερες ηλικιακές ομάδες αναφέρουν τα υψηλότερα μέσα (μεταξύ 7.2 και 7.6). Το φαινόμενο του φύλου είναι ελάχιστονο σημασίας, με μέση ικανοποίηση 6.8 για άνδρες και 6.7 για γυναίκες. Τα άτομα με υψηλότερο εισόδημα ή εκπαίδευση ήταν εξίσου ή λιγότερο ικανοποιημένοι με τη χρήση του χρόνου τους.

Λόγω της διαφορετικής χρονικής διαθεσιμότητας που παρέχει, το εργασιακό καθεστώς έχει αντίκτυπο στην ικανοποίηση του χρόνου χρήσης. Ως εκ τούτου, οι συνταξιούχοι, οι εκπαιδευόμενοι και οι εργαζόμενοι με μερική απασχόληση ανέφεραν υψηλότερο επίπεδο ικανοποίησης (7.6 έως 6.6) από ότι τα άτομα με πλήρη απασχόληση και οι αυτοαπασχολούμενοι (6.3 και 6.1 αντίστοιχα). Τα υψηλά ποσοστά του χρόνου που διατέθηκε για αναψυχή (ως ποσοστό των συνολικών δαπανών) και ο χαμηλός εβδομαδιαίος χρόνος εργασίας συνδέονταν με μια πιο θετική μέση αξιολόγηση της χρήσης του χρόνου σε ορισμένα κράτη μέλη της ΕΕ, ενώ σε άλλες η σχέση ήταν πιο χαλαρή.

Η επιβράβευση μέσω των κοινωνικών σχέσεων και η εμπιστοσύνη του ατόμου σε περίπτωση ανάγκης ή η συζήτηση προσωπικών ζητημάτων αυξάνει επίσης τη συνολική ικανοποίηση της ζωής: ως εκ τούτου, το 40.8% των ατόμων που δήλωσαν ότι έχουν κοινωνική στήριξη σε περίπτωση ανάγκης ανέφεραν υψηλά επίπεδα ικανοποίησης από την ζωή. Ωστόσο, κατά μέσο όρο, το 6.7% των κατοίκων ανέφερε ότι δεν ήταν σε θέση να λάβει τέτοια στήριξη, ποσοστό που υπερέβαινε το 10% σε πολλά κράτη μέλη της ΕΕ. Αυτή η έλλειψη υποστήριξης ήταν πιο διαδεδομένη στους μετανάστες, ειδικά για εκείνους που προέρχονταν από χώρες εκτός της ΕΕ. Η πλειοψηφία των κατοίκων της ΕΕ (49.2%) ανέφερε μεσαία ικανοποίηση από τις προσωπικές τους σχέσεις. Αυτό αντιπροσωπεύει ένα μέσο επίπεδο ικανοποίησης 7.8, που είναι η υψηλότερη βαθμολογία ενός χώρου ευημερίας. Όπως παρατηρήθηκε με τη χρήση του χρόνου, η ικανοποίηση με τις σχέσεις και την ηλικία ήταν ελαφρώς

συσχετισμένη. Το μέσο επίπεδο ικανοποίησης με τις προσωπικές σχέσεις ενός ατόμου ήταν υψηλότερο μεταξύ των νεώτερων γενεών (16-24 ετών και 25-34 ετών) και επίσης μεταξύ των ατόμων άνω των 65 ετών, με μέσο όρο κοντά ή πάνω από 8.0. Η επίδραση του φύλου ήταν αμελητέα, με τους άνδρες να είναι λιγότερο ικανοποιημένοι από τις γυναίκες από μόλις 0.1 βαθμούς (7.8 έναντι 7.9). Άτομα με υψηλότερο εισόδημα και υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης ανέφεραν μεγαλύτερη ικανοποίηση.

Οικονομική και σωματική ασφάλεια

Η ασφάλεια αποτελεί ζωτική πτυχή της ζωής των πολιτών. Η ικανότητα να προγραμματίζει κάποιος και να ξεπερνάει μια ξαφνική επιδείνωση του οικονομικού και ευρύτερου περιβάλλοντός του έχει αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής τους. Η ανασφάλεια οποιασδήποτε φύσης αποτελεί πηγή φόβου και ανησυχίας που μπορεί να έχει αρνητικό αντίκτυπο στη γενική ποιότητα ζωής. Αυτό συνεπάγεται αβεβαιότητα σχετικά με το μέλλον, η οποία μπορεί να έχει αρνητικό αντίκτυπο στο παρόν. Η οικονομική κρίση έχει δείξει πόσο σημαντική είναι η οικονομική ασφάλεια για την ποιότητα ζωής των Ευρωπαίων, καθώς το αίσθημα της ευπάθειας μπορεί να μειώσει δραστικά την αίσθηση της προσωπικής ελευθερίας. Η ασφάλεια διακρίνεται σε οικονομική και σωματική (φυσική).

Η έννοια της οικονομικής ασφάλειας καλύπτει πτυχές όπως ο πλούτος, το χρέος και η εργασιακή ανασφάλεια. Η ικανότητα αντιμετώπισης απρόβλεπτων εξόδων, που συμπληρώνεται από την ύπαρξη (ή μη) καθυστερούμενων οφειλών (ως δείκτης χρέους) χρησιμοποιείται ως μία μονάδα μέτρησης της οικονομικής ασφάλειας. Η σωματική ανασφάλεια περιλαμβάνει όλους τους εξωτερικούς παράγοντες που θα μπορούσαν να θέσουν σε κίνδυνο τη φυσική ακεραιότητα του ατόμου. Οι ποινικές πράξεις και τα ατυχήματα είναι τα πιο προφανή παραδείγματα, καθώς ένα σημαντικό ποσοστό ανθρώπων αντιμετωπίζει βία στην καθημερινή ζωή του.

Το πλαίσιο ποιότητας ζωής παρέχει δείκτες και για την υποκειμενική και αντικειμενική σωματική ασφάλεια. Για παράδειγμα, το ποσοστό ανθρωποκτονίας δίνει μια αντικειμενική εικόνα της σωματικής ακεραιότητας στην κοινωνία. Αυτός είναι ο πιο εναρμονισμένος δείκτης της ΕΕ σχετικά με το έγκλημα. Ωστόσο, η ανθρωποκτονία είναι ένα σχετικά σπάνιο γεγονός και ως εκ τούτου πρέπει να συμπληρωθεί με περισσότερες πληροφορίες από άλλα είδη εγκλημάτων που είναι

συχνότερα. Ο δείκτης «αισθήματα ασφάλειας» προσθέτει σχετικές πληροφορίες σχετικά με την αντιληπτή έλλειψη ασφάλειας στη γειτονιά. Η αυτοαξιολόγηση της φυσικής ασφάλειας, από τη φύση της, είναι υποκειμενική. Μπορεί να επηρεάζεται από τις προσωπικές εμπειρίες, καθώς και τις απόψεις των άλλων, οι οποίες επεξεργάζονται από ένα άτομο σε σχέση με τις δικές του πεποιθήσεις και στάσεις. Στο πλαίσιο της ασφάλειας, τα μέσα ενημέρωσης διαδραματίζουν επίσης καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση των προσωπικών απόψεων της ασφάλειας στην κοινωνία. Η αντίληψη αυτή μπορεί φυσικά να ποικίλει ανάλογα με ένα σύνολο κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών όπως η ηλικία, το φύλο ή το εισόδημα, αλλά και η έκθεσή τους σε εγκληματικότητα, βία ή βανδαλισμό, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε διαφορετικά επίπεδα συνειδητοποίησης σχετικά με την ύπαρξη αυτού του προβλήματος.

Το 46.4% των Ευρωπαίων κατοίκων ανέφερε ότι αισθάνεται αρκετά ασφαλές όταν περπατά μόνο τη νύχτα το 2013, ενώ το 28.4% ανέφερε ότι αισθάνεται πολύ ασφαλές και το 25.2% πολύ ή λίγο ανασφαλές. Περισσότερες γυναίκες από τους άνδρες και ηλικιωμένα άτομα αισθάνονται μεγαλύτερη ανασφάλεια. Οι Ευρωπαίοι ένιωθαν ασφαλέστερα στις λιγότερο πυκνοκατοικημένες περιοχές όταν περπατούσαν μόνοι τους στη γειτονιά τους τη νύχτα. Η ζωή σε γειτονιές που εκτίθενται σε εγκλήματα, βία ή βανδαλισμούς μειώνει γενικά το αίσθημα της σωματικής ασφάλειας. Η εκδηλωμένη έκθεση του ατόμου στην εγκληματικότητα κλπ. στη γειτονιά σχετίζεται με την υποκειμενική εκτίμηση της σωματικής ασφάλειας τόσο σε επίπεδο χώρας όσο και σε επίπεδο ατόμου.

Επίσης, υπήρχαν μόνο μικρές διαφορές στην αντίληψη της σωματικής ασφάλειας μεταξύ ανθρώπων σε πόλεις και προάστια. Επιπλέον, οι άνθρωποι στις αγροτικές περιοχές ανέφεραν το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων που αισθάνονται πολύ ασφαλή (36.9%) σε σύγκριση με τους ανθρώπους στις πόλεις / προάστια (23.1% και 28.2% αντίστοιχα). Από τους κατοίκους της ΕΕ που ζουν σε αστικές περιοχές, το 30.3% αισθάνθηκε λίγο ή πολύ ανασφαλές, το οποίο ήταν σχεδόν διπλάσιο από το ποσοστό στις αγροτικές περιοχές (17.8%). Οι αριθμοί αυτοί δείχνουν ότι όσο λιγότερο αστικοποιήθηκε μία περιοχή, τόσο μεγαλύτερη αίσθηση ασφάλειας υπάρχει.

Η οικονομική ασφάλεια περιλαμβάνει πολλές πτυχές, τόσο υποκειμενικές όσο και αντικειμενικές. Η οικονομική ασφάλεια διακρίνεται από την εισοδηματική φτώχεια και την υλική στέρηση (δείκτες που αντικατοπτρίζουν την τρέχουσα κατάσταση) και δείχνει το μέλλον. Αυτό σημαίνει ότι η οικονομική ασφάλεια έχει μια

βαθιά ψυχολογική διάσταση, η οποία βασίζεται στην τρέχουσα κατάσταση ενός νοικοκυριού / ατόμου και στις προσδοκίες για το πώς θα εξελιχθεί η κατάσταση στο μέλλον. Ο πληθυσμός της ΕΕ είχε υψηλότερα ποσοστά ατόμων που δεν μπόρεσαν να πληρώσουν για απροσδόκητα έξοδα το 2013 (39.4%) από ό, τι το 2008 (34.3%).

Η οικονομική ασφάλεια κατανέμεται άνισα μεταξύ των διαφόρων κοινωνικο-δημοκρατικών ομάδων. Τα άτομα με ασφαλή απασχόληση και κανονικά εισοδήματα θα έχουν μια πιο θετική άποψη από τους ανέργους ή τα άτομα που δεν μπορούν να συμμετάσχουν στην αγορά εργασίας λόγω ασθένειας ή άλλων περιορισμών. Τα νοικοκυριά ενός ατόμου με μικρές συντάξεις θα έχουν υψηλότερη πιθανότητα να μην είναι σε θέση να αντιμετωπίσουν οικονομικούς κινδύνους από τα νοικοκυριά με διπλά εισοδήματα.

Όσον αφορά την οικονομική ασφάλεια, οι νέοι ηλικίας 16-24 ετών (46.2%), ακολουθούμενοι από άτομα ηλικίας 25-34 ετών (43.8%), κατέγραψαν τα υψηλότερα ποσοστά ανικανότητας αντιμετώπισης απροσδόκητων δαπανών. Συνολικά, ωστόσο, η οικονομική ασφάλεια τείνει να αυξάνεται με την ηλικία στην ΕΕ αν και αυτό ποικίλλει σημαντικά μεταξύ των χωρών. Η διαβίωση σε μονογονεϊκά νοικοκυριά συνδέεται με υψηλότερα ποσοστά αδυναμίας πληρωμής για απρόβλεπτα έξοδα. Τα υψηλότερα ποσοστά αδυναμίας πληρωμής για απροσδόκητα έξοδα καταγράφηκαν στον άνεργο πληθυσμό, ενώ τα χαμηλότερα ποσοστά παρατηρήθηκαν για τους αυτοαπασχολούμενους.

Διακυβέρνηση και βασικά δικαιώματα

Η ποιότητα των δημοκρατικών θεσμών και η εξάλειψη των διακρίσεων αποτελούν σημαντικές πτυχές της ποιότητας ζωής των κατοίκων της Ευρωπαϊκής Ένωσης στον δημόσιο ή στον πολιτικό τομέα. Οι κάτοικοι της ΕΕ που απομακρύνονται από την πολιτική ζωή και την ενδυνάμωση των γυναικών στην κοινωνία εξακολουθούν να αποτελούν πρόκληση. Στο πλαίσιο αυτό, μια ανάλυση του τρόπου με τον οποίο γίνονται αντιληπτές οι θεσμοί και η εξέλιξη της διαφοράς των αμοιβών μεταξύ των δύο φύλων (GPG) φαίνεται να είναι πολύ σημαντική για την αξιολόγηση της «διακυβέρνησης» της ΕΕ στο πλαίσιο μιας προοπτικής ποιότητας ζωής.

Πολλά πρέπει ακόμη να γίνουν για τη μείωση των ανισοτήτων μεταξύ των φύλων στην Ευρώπη. Αν και μειώθηκε κατά την τελευταία δεκαετία, μετά από μια

πτώση κατά τη διάρκεια της παγκόσμιας χρηματοπιστωτικής και οικονομικής κρίσης και της στασιμότητας από το 2010, το χάσμα μεταξύ των ωριαίων αποδοχών ανδρών και γυναικών εξακολουθούσε να ανέρχεται σε 16.4% το 2013. Η συμμετοχή στην κοινωνία των πολιτών μετράται με τη συμμετοχή των ψηφοφόρων. Οι εθνικές και οι ευρωπαϊκές βουλευτικές εκλογές έδειξαν σημάδια διάβρωσης, αντανακλώντας μια γενική έλλειψη ενδιαφέροντος για την πολιτική ζωή. Το 2013, 67.9% των ψηφοφόρων ψήφισαν στις εθνικές εκλογές σε ολόκληρη την ΕΕ, που είναι 10 ποσοστιαίες μονάδες λιγότερο από το 1990, 3.4 εκατοστιαίες μονάδες λιγότερο από το 2000 και 3.6 ποσοστιαίες μονάδες λιγότερο από ό, τι το 2004.

Η ηλικία των ερωτηθέντων είχε μικρή επίδραση στην εμπιστοσύνη στα πολιτικά και νομικά συστήματα, η οποία ήταν λίγο μεγαλύτερη στην ηλικία των νέων και των ηλικιωμένων. Η εμπιστοσύνη στην αστυνομία αυξάνεται παράλληλα με την ηλικία. Οι άνδρες και οι γυναίκες εμπιστεύτηκαν τα ιδρύματα σχεδόν με τον ίδιο τρόπο, με μια διαφορά μόλις 0.1 μονάδων ανάλογα με το ίδρυμα. Η εμπιστοσύνη στα πολιτικά και νομικά συστήματα ήταν, κατά περίπου 0.6 μονάδες, υψηλότερη μεταξύ των ατόμων που ανήκουν στο υψηλότερο εισοδηματικό επίπεδο από ότι στα χαμηλότερα. Η εμπιστοσύνη στην αστυνομία, ήταν περίπου 0.5 πόντους. Το χάσμα μεταξύ των ατόμων με χαμηλή μόρφωση και των αποφοίτων τριτοβάθμιας εκπαίδευσης έφθασε σε βαθμολογία 1.3 βαθμών (για τα νομικά και πολιτικά συστήματα). Για την εμπιστοσύνη στην αστυνομία, το χάσμα ήταν πιο μετριοπαθές (0.5 μονάδες). Οι άνεργοι διέπονταν από χαμηλότερη εμπιστοσύνη, με μέσο όρο 2.4 ή 3.6 για την εμπιστοσύνη στα νομικά και πολιτικά συστήματα (σε αντίθεση με τα 4.2 και 5.2 για τους εκπαιδευόμενους ή τους εκπαιδευόμενους). Η οικονομική ανασφάλεια και η πιθανή έλλειψη υποστήριξης που αντιμετώπισαν τα νοικοκυριά με παιδιά / με εξαρτώμενα μέλη οδήγησαν σε χαμηλότερο επίπεδο εμπιστοσύνης.

Φυσικό περιβάλλον και περιβάλλον διαβίωσης

Υπάρχει ισχυρή συναίνεση μεταξύ των κατοίκων της Ευρωπαϊκής Ένωσης σχετικά με τη σημασία της προστασίας του περιβάλλοντος, με τα πιο ανησυχητικά ζητήματα είναι η ατμοσφαιρική ρύπανση και η ρύπανση των υδάτων. Το περιβάλλον διαβίωσης επηρεάζει διαφορετικές πτυχές της ζωής των ανθρώπων, επηρεάζοντας την υγεία και την ευημερία τους. Πράγματι, η ρύπανση έχει άμεσες δυσμενείς επιπτώσεις

στους θεμελιώδεις πόρους, όπως το καθαρό νερό, αλλά και οι έμμεσες επιπτώσεις στα οικοσυστήματα και τη βιοποικιλότητα. Αυτές μπορεί μερικές φορές να οδηγήσουν σε φυσικές καταστροφές. Οι περισσότεροι κάτοικοι πιστεύουν ότι τα περιβαλλοντικά ζητήματα έχουν άμεσο αντίκτυπο στην καθημερινότητά τους και στην οικονομία. Μαζί με οικονομικούς παράγοντες (όπως το εισόδημα) οι περιβαλλοντικές προτιμήσεις μπορούν να καθορίσουν τις επιλογές τους, για παράδειγμα, κατά την επιλογή του τόπου κατοικίας τους. Παρόλο που οι περιβαλλοντικοί δείκτες είναι σχετικά άφθονοι, είναι συχνά πολύ συγκεκριμένοι ή επικεντρωμένοι στο φυσικό περιβάλλον για να έχουν μεγάλη χρησιμότητα σε μια προοπτική ποιότητας ζωής. Ωστόσο, ορισμένοι παρέχουν πολύτιμες πληροφορίες, ιδίως όταν συνδυάζονται με αυτοαναφερόμενες εκτιμήσεις της ποιότητας του περιβάλλοντος του ατόμου.

Σύμφωνα με τα διαθέσιμα στοιχεία σε επίπεδο ΕΕ, η έκθεση των ανθρώπων σε ρύπανση, μόλυνση και άλλα περιβαλλοντικά προβλήματα μειώθηκε κατά την τελευταία δεκαετία. Το ίδιο μπορεί να παρατηρηθεί και για την έκθεση σε θόρυβο από γείτονες ή από το δρόμο. Ωστόσο, το 2013, περίπου ένας στους επτά ανθρώπους δήλωσε ότι εξακολουθεί να εκτίθεται σε ρύπανση και ένας στους πέντε στο θόρυβο. Επιπλέον, στα περισσότερα κράτη μέλη της ΕΕ-28, τα άτομα που κινδυνεύουν από τη φτώχεια ήταν περισσότερο εκτεθειμένα σε ρύπανση και θόρυβο από ότι ο πληθυσμός που δεν κινδυνεύει. Μετά την εφαρμογή των πολιτικών και της νομοθεσίας της ΕΕ, η έκθεση των κατοίκων των πόλεων σε ρύπανση και μόλυνση έχει μειωθεί από το 2005, αλλά υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ των κρατών μελών.

Υπό αυτές τις συνθήκες περιβάλλοντος, περίπου το 30% των κατοίκων της ΕΕ δήλωσε μεγάλη ικανοποίηση από το περιβάλλον διαβίωσης και τις περιοχές αναψυχής ή πράσινου που βρίσκονται κοντά στον τόπο κατοικίας τους, το 20% χαμηλή ικανοποίηση και το υπόλοιπο 50% μεσαία ικανοποίηση. Σε κλίμακα από 0 έως 10, αυτό αντιπροσωπεύει συνολική μέση ικανοποίηση 7.3 με το περιβάλλον διαβίωσης και 7.1 με πράσινες περιοχές. Δεν αποτελεί έκπληξη το γεγονός ότι η ικανοποίηση από το περιβάλλον διαβίωσης είναι χαμηλότερη μεταξύ του πληθυσμού που πλήττεται από ρύπανση ή θόρυβο. Η ικανοποίηση με το περιβάλλον διαβίωσης σχετίζεται με το φύλο, αλλά δεν επηρεάστηκε έντονα από την ηλικία, αν και οι μεγαλύτερες ηλικιακές ομάδες είχαν την τάση να δηλώνουν υψηλότερο επίπεδο ικανοποίησης. Ο αντίκτυπος της εργασιακής κατάστασης είναι σαφής: οι εργαζόμενοι

με μερική απασχόληση, ακολουθούμενοι από τους συνταξιούχους, ήταν οι πιο ικανοποιημένοι από το περιβάλλον διαβίωσης και τις περιοχές πρασίνου. Τα άτομα με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο και τα άτομα με υψηλότερο εισόδημα ήταν επίσης πιο πιθανό να έχουν υψηλότερο επίπεδο ικανοποίησης, κυρίως λόγω της μεγαλύτερης ικανότητας να παρέχουν καλύτερες συνθήκες διαβίωσης, συμπεριλαμβανομένου ενός καλύτερου περιβάλλοντος. Η διαβίωση σε αραιοκατοικημένες περιοχές επιφέρει ελαφρώς υψηλότερη πιθανότητα ικανοποίησης από το περιβάλλον, καθώς οι περιοχές αυτές επηρεάζονται λιγότερο από τη ρύπανση.

Συνολική ικανοποίηση από τη ζωή

Η υποκειμενική ευημερία επιτρέπει την ενσωμάτωση της ποικιλίας των εμπειριών, των επιλογών, των προτεραιοτήτων και των αξιών ενός ατόμου. Η υποκειμενική ευημερία περιλαμβάνει τρεις διακριτές αλλά συμπληρωματικές υποδιαστάσεις: την ικανοποίηση της ζωής, με βάση μια γενική γνωστική αξιολόγηση, θετικά συναισθήματα και απουσία αρνητικών συναισθημάτων και την ευδαιμονία, την αίσθηση του ατόμου ότι η ζωή του έχει νόημα.

Η ικανοποίηση από τη ζωή αντιπροσωπεύει τον τρόπο με τον οποίο ένα άτομο αξιολογεί τη ζωή του ως σύνολο. Ο όρος «ζωή» προορίζεται εδώ ως όλοι οι τομείς της ύπαρξης ενός ατόμου. Ως εκ τούτου, η μεταβλητή αναφέρεται στην άποψη του ατόμου σχετικά με το βαθμό ικανοποίησης από τη ζωή του / της. Ενώ οι δείκτες όπως η ικανοποίηση από την εργασία, η ικανοποίηση από την οικονομική κατάσταση του νοικοκυριού ή η ικανοποίηση από τη στέγαση αφορούν ορισμένους τομείς της ζωής, η γενική ικανοποίηση από την ζωή αναφέρεται στην αξιολόγηση του ατόμου για όλους τους υποκειμενικούς τομείς ζωής και επομένως θεωρείται ως συνολικό μέτρο για την υποκειμενική ύπαρξή του.

Το νόημα της ζωής είναι ένα πολύπλευρο κατασκεύασμα που έχει αντιληφθεί με ποικίλους τρόπους. Αναφέρεται ευρέως στην αξία και το σκοπό της ζωής, σημαντικούς στόχους ζωής, και για ορισμένους, πνευματικότητα. Δεν σχετίζεται με κανένα συγκεκριμένο τομέα της ζωής, αλλά επικεντρώνεται μάλλον στη ζωή γενικά. Επίσης, η ευδαιμονία αναφέρεται στο σκοπό και το νόημα στη ζωή. Ως εκ τούτου, αναφέρεται επίσης ως ψυχολογική ή «λειτουργική» προσέγγιση στην υποκειμενική ευημερία. Η έννοια του στοιχείου ζωής σκοπεύει να συλλάβει σημαντικούς

παράγοντες, όπως η ικανοποίηση από τη ζωή, συμπεριλαμβανομένου του σκοπού, της αίσθησης νοήματος ή της αυτονομίας.

Σε κλίμακα από 0 έως 10, σχεδόν το 80% των ευρωπαϊών κατοίκων αξιολόγησε τη συνολική ικανοποίηση από τη ζωή του το 2013 με 6 ή υψηλότερη. Αυτό αντιπροσωπεύει μία μέση ικανοποίηση 7.1, με τιμές που κυμαίνονται από 4.8 στη Βουλγαρία (ακολουθούμενη από την Πορτογαλία, την Ουγγαρία, την Ελλάδα και την Κύπρο, όλες στο 6.2) έως 8.0 στη Φινλανδία, τη Δανία και τη Σουηδία. Οι γυναίκες και οι άνδρες ήταν σχεδόν εξίσου ικανοποιημένοι και οι νεότεροι πολίτες της ΕΕ ήταν περισσότερο ικανοποιημένοι από τις άλλες ηλικιακές ομάδες. Οι άνεργοι ήταν κατά μέσο όρο οι λιγότερο ικανοποιημένοι (5.8) σε σύγκριση με τους μισθωτούς πλήρους απασχόλησης (7.4) ή τους ανθρώπους στην εκπαίδευση ή την κατάρτιση (7.8), οι οποίοι ανέφεραν τα υψηλότερα ποσοστά ικανοποίησης από τη ζωή. Οι υλικές συνθήκες διαβίωσης, οι κοινωνικές σχέσεις και η κατάσταση της υγείας συνδέονται σαφώς με την ικανοποίηση της ζωής. Η ύπαρξη κινδύνου φτώχειας ή σοβαρής στέρησης έχει επίσης ιδιαίτερη σημασία. Ωστόσο, η αρνητική κατάσταση υγείας έχει αρνητική επίδραση στην ικανοποίηση της ζωής.

Και οι τρεις πτυχές της υποκειμενικής ευημερίας συσχετίζονται τόσο σε επίπεδο χώρας όσο και σε ατομικό επίπεδο, με ορισμένες εξαιρέσεις. Σε γενικές γραμμές, οι άνθρωποι που γνώρισαν ευτυχία πιο συχνά τις τελευταίες 4 εβδομάδες έχουν επίσης υψηλότερη πιθανότητα υψηλών βαθμολογιών όσον αφορά το νόημα της ζωής ή της ικανοποίησης από τη ζωή, αν και σημαντικό ποσοστό 7.1% όσων «χαίρονται όλο το χρόνο» ανέφεραν χαμηλά επίπεδα ικανοποίησης από τη ζωή.

1.4 Η σχέση υγείας και ποιότητας ζωής

Η ποιότητα ζωής και η υγεία δεν προσδιορίζονται αποκλειστικά από την ευημερία και τις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες, αλλά εξαρτώνται και από την ευεξία και ψυχοκοινωνική υγεία του ανθρώπου. Άλλοι παράγοντες, που μπορούν να συσχετιστούν με την υγεία, είναι η ικανοποίηση από τη ζωή, η αυτοεκτίμηση, η αυτογνωσία και η ηθική.

Η υγεία αποτελεί τον σπουδαιότερο παράγοντα ευεξίας και βοηθά μια χώρα, κατά μεγάλο ποσοστό στην καλύτερευση του επιπέδου της κοινωνικοοικονομικής της ανάπτυξης, καθώς και στην γενικότερη προαγωγή του κοινωνικού συνόλου. Σύμφωνα

με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η υγεία ορίζεται ως μια κατάσταση πλήρους σωματικής, πνευματικής και κοινωνικής ευημερίας, όχι μόνο της απουσίας ασθένειας. Συνεπώς, η μέτρηση της υγείας και των επιπτώσεων της υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να περιλαμβάνει όχι μόνο την ένδειξη αλλαγών στη συχνότητα και τη σοβαρότητα των ασθενειών, αλλά και μια εκτίμηση της ευημερίας και αυτό μπορεί να εκτιμηθεί με τη μέτρηση της βελτίωσης της ποιότητας της ζωής (WHO, 1997).

Οι παράγοντες από τους οποίους επηρεάζεται η ποιότητα ζωής ενός ατόμου και η υγεία είναι πολλοί. Σημαντικότεροι θεωρούνται οι κλιματικές συνθήκες, το εισόδημα, ο τρόπος ζωής, η εκπαίδευση, η διατροφή, οι συνθήκες εργασίας, η ιατροφαρμακευτική παροχή και η κοινωνικοοικονομική κατάσταση του ατόμου.

Το επίπεδο εισοδήματος θεωρείται σημαντικός παράγοντας δεδομένου ότι οι περισσότερες μεταβλητές συσχετίζονται άμεσα με αυτό. Για παράδειγμα, έχουν διαπιστωθεί σημαντικές διαφορές στο προσδόκιμο ζωής, καθώς και στη βρεφική θνησιμότητα μεταξύ των χαμηλότερων και υψηλότερων κοινωνικών και επαγγελματικών κατηγοριών. Οι συνθήκες εργασίας αποτελούν έναν από τους δυσμενέστερους παράγοντες διαμόρφωσης του επιπέδου υγείας που επηρεάζει σημαντικά τις κοινωνικές ανισότητες μπροστά στη νόσο και το θάνατο (για παράδειγμα τα εργατικά ατυχήματα) (Υφαντόπουλος, 2007).

Έρευνες αναφέρουν ότι η μείωση των εισοδημάτων των νοικοκυριών, η ανεργία και η εργασιακή ανασφάλεια επηρεάζουν αρνητικά την υγεία των ανθρώπων. Συγκεκριμένα, αναφέρεται ότι η επαπειλούμενη απώλεια εργασίας προκαλεί αύξηση της νοσηρότητας και της θνησιμότητας. Η αύξηση της ανεργίας συνδέεται με αύξηση των ποσοστών θνησιμότητας, της τάξης έως και 25% (Κυριόπουλος, 2010) αλλά και με την αύξηση των ψυχικών διαταραχών, της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών και της εγκληματικότητας (Πατελάρου & Βιβιλάκη, 2008).

Η διατροφή στη σημερινή εποχή, όπου οι υγιεινές διατροφικές συνήθειες δεν συναντώνται σε πολλά άτομα, και ο συνδυασμός με την καθιστική ζωή αποτελούν τους βασικότερους παράγοντες για την ανάπτυξη καρδιαγγειακών παθήσεων. Η κατανάλωση αλκοόλ και τα κάπνισμα ευθύνονται για τα πολλά τροχαία ατυχήματα που συμβαίνουν καθημερινά, καθώς και για την εμφάνιση καρκίνου και καρδιοπάθειας (WHO, 1979).

Η αλόγιστη κατανάλωση πολλών φαρμάκων προκαλεί επίσης, στον χρήστη παρενέργειες. Έκθεση του ΠΟΥ αναφέρει ότι οι δαπάνες για την αντιμετώπιση των παρενεργειών από αλόγιστη χρήση φαρμάκων είναι πολύ μεγάλη. Παρόλο που τα βασικά και αναγκαία φάρμακα είναι επισήμως περίπου 200 τουλάχιστον στην Ελλάδα, κυκλοφορούν γύρω στα 8.000.

Συμπερασματικά οι παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής και την υγεία είναι:

- Κοινωνικοοικονομική δομή και λειτουργία της κοινωνίας: Τρόπος παραγωγής, σχέσεις παραγωγής, καταμερισμός εργασίας, κοινωνική διαστρωμάτωση.
- Οικονομικοί και πολιτικοί παράγοντες: Επίπεδο κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης και ευημερίας, τύποι διανομής εισοδήματος, προγραμματισμός, αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα των τομέων της οικονομίας.
- Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες: Τρόπος ζωής, ποσοτικά και ποιοτικά χαρακτηριστικά κατοικίας, αστική και αγροτική διάρθρωση, κοινωνικοοικονομικές ανισότητες.
- Ψυχικοί, κοινωνικοί και πολιτισμικοί παράγοντες: Ήθη και έθιμα, επίπεδα αλφαριθμητισμού, ποιότητα εκπαιδευτικού συστήματος, συνήθειες, νοοτροπία, τάσεις και στάσεις, κοινωνική συμπεριφορά και άσκηση κοινωνικών ρόλων.
- Περιβαλλοντολογικοί παράγοντες: Επίπεδο μόλυνσης του οικολογικού περιβάλλοντος, βαθμός προστασίας των οικοσυστημάτων.
- Γεωφυσικοί παράγοντες: Φυσικός πλούτος, πρώτες ύλες, παραγωγικότητα, κλιματολογικές συνθήκες.
- Δημογραφικοί παράγοντες: Ρυθμός εξέλιξης πληθυσμού, αστική και αγροτική πυκνότητα, εσωτερική και εξωτερική μετανάστευση, σύνθεση του πληθυσμού κατά φύλο, ηλικία, επάγγελμα και άλλα.
- Υγειονομικοί και ιατρικοί παράγοντες: Επίπεδο και εξέλιξη υγειονομικών, επιδημιολογικών και ιατρικών γνώσεων και πρακτικών (Πατελάρου & Βιβιλάκη, 2008).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΚΟΠΩΣΗ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ

2.1 Ποιότητα ζωής σε ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση

Η θεραπεία αντικατάστασης των νεφρών (RRT) είναι μια θεραπεία επιμήκυνσης της ζωής για ασθενείς με νεφρική νόσο τελικού σταδίου. Οι δύο βασικοί τρόποι θεραπείας είναι η μεταμόσχευση και η αιμοκάθαρση (δηλαδή η αιμοκάθαρση [ΑΚ] ή η περιτοναϊκή κάθαρση [ΠΚ]). Λόγω της αύξησης των ποσοστών επιβίωσης για ασθενείς με νεφρική νόσο τελικού σταδίου, η διερεύνηση της ποιότητας ζωής έχει αποκτήσει ολοένα και μεγαλύτερη σημασία ως μέτρο έκβασης στην αξιολόγηση θεραπειών αιμοκάθαρσης. Έχει επίσης καταδειχθεί ότι για τους ασθενείς που λαμβάνουν RRT, τα μέτρα ποιότητας ζωής μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την πρόβλεψη της μελλοντικής νοσηρότητας και θνησιμότητας. Οι μελέτες που εξετάζουν τη διαφορά στην ποιότητα των αποτελεσμάτων της ζωής που σχετίζονται με ΑΚ και ΠΚ έχουν μικτά αποτελέσματα. Το ερωτηματολόγιο SF-12 και το ερωτηματολόγιο σύντομης μορφής της ασθένειας νεφρικής νόσου (KDQoL-SF) χρησιμοποιήθηκαν για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής σε δείγμα ασθενών στη Βραζιλία που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση και σε περιτοναϊκή κάθαρση στην έρευνα των de Abreu και συν. (2011).

Η έρευνα κατέδειξε ότι δεν υπήρχε διαφορά μεταξύ των βαθμολογιών των ασθενών με ΠΚ και ΑΚ στο SF-12. Η ΠΚ είχε σταθερά καλύτερα αποτελέσματα από την ΑΚ, όπως και στον τομέα της ικανοποίησης των ασθενών και στους τομείς ενθάρρυνσης / υποστήριξης του προσωπικού. Η ΑΚ είχε μεγαλύτερες κλινικές βελτιώσεις σε αρκετές μεταβλητές. Οι ασθενείς που έλαβαν ΠΚ είχαν καλύτερες βαθμολογίες σε αρκετούς τομείς ποιότητας ζωής καθ' όλη τη διάρκεια της μελέτης, ακόμη και μετά την προσαρμογή τους για διάφορους παράγοντες, συμπεριλαμβανομένης της ηλικίας και της συννοσηρότητας. Ωστόσο, λαμβάνοντας υπόψη ότι η θεραπεία με αιμοκάθαρση είναι χρόνια, ίσως αυτά τα στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα να χρειαστούν περισσότερο χρόνο παρατήρησης για καλύτερη κατανόηση όσον αφορά τα αποτελέσματα κλινικής σημασίας. Ωστόσο, αυτές οι διαφορές δεν είναι κλινικά σημαντικές. Ως εκ τούτου, οι συγγραφείς

καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι χρειάζονται περαιτέρω έρευνες που θα συγκρίνουν τους ασθενείς που υποβάλλονται σε ΑΚ και ΠΚ.

Παρόμοια ήταν και η μελέτη της Theofilou (2011) που σύγκρινε την ποιότητα ζωής σε ασθενείς με περιτοναϊκή κάθαρση και αιμοκάθαρση στην Αθήνα. Τα εργαλεία συλλογής δεδομένων ήταν τα WHOQOL-BREF inventory του World Health Organization, το General Health Questionnaire (GHQ-28) του Goldberg, το State-Trait Anxiety Inventory, Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) και το Multidimensional Health Locus of Control (MHLC). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση ανέφεραν χαμηλότερη ποιότητα ζωής στον τομέα του περιβάλλοντος και των κοινωνικών σχέσεων. Άλλα συμπτώματα αναφέρθηκαν επίσης στις εξής υποκλίμακες του GHQ-28: άγχος / αϋπνία και σοβαρή κατάθλιψη, που οδηγούν σε προβλήματα ύπνου και αυτοκτονικές σκέψεις. Τα ευρήματα επιβεβαιώνουν τις διαφορές μεταξύ των δύο τρόπων θεραπείας, υποδεικνύοντας ότι οι ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση έχουν μειωμένη ποιότητα ζωής σε διάφορες πτυχές του περιβάλλοντος και των κοινωνικών τους σχέσεων. Και οι δύο ομάδες ανέφεραν αυξημένη κατάθλιψη. Ωστόσο, οι ασθενείς με αιμοκάθαρση ανέφεραν περισσότερες αυτοκτονικές σκέψεις και προβλήματα ύπνου σε σύγκριση με τους ασθενείς με περιτοναϊκή κάθαρση.

Μία ενδιαφέρουσα μελέτη σχετικά με την ψυχική υγεία και την επίδραση των δημογραφικών στοιχείων των ασθενών αιμοκάθαρσης διεξήχθη από τους Jadhav και συν., (2014). Οι συγγραφείς τονίζουν πως, ένας ασθενής που υποβάλλεται σε αιμοκάθαρση βρίσκεται σε κατάσταση αντικειμενικής εξάρτησης από ένα μηχάνημα, μία συγκεκριμένη διαδικασία και μια ομάδα εξειδικευμένων ιατρικών επαγγελματιών για το υπόλοιπο της ζωής του. Καμία άλλη ιατρική κατάσταση δεν έχει τέτοιο βαθμό εξάρτησης για τη θεραπεία συντήρησης χρόνιων ασθενειών. Οι ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια συχνά πάσχουν από πολλές άλλες ιατρικές καταστάσεις όπως οι καρδιαγγειακές διαταραχές, οι πνευμονικές ασθένειες, η νευροπάθεια, οι διαταραχές των ηλεκτρολυτών κ.λπ. και λαμβάνουν πολλά διαφορετικά φάρμακα. Όλοι αυτοί οι παράγοντες διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση διαφόρων ψυχιατρικών νοσημάτων σε αυτούς τους ασθενείς. Οι ψυχικές διαταραχές που παρατηρούνται συχνά σε ασθενείς με αιμοκάθαρση είναι συναισθηματικές διαταραχές, ιδιαίτερα κατάθλιψη, οργανικές εγκεφαλικές νόσοι (π.χ. άνοια και παραλήρημα), διαταραχές

που σχετίζονται με φάρμακα και εξαρτησιογόνες (όπως ο αλκοολισμός), σχιζοφρένεια και άλλες ψυχώσεις. Διάφοροι ψυχολογικοί παράγοντες, με τη σειρά τους, επηρεάζουν τη μακροπρόθεσμη σωματική έκβαση του ασθενούς. Διάφορες συννοσηρές διαταραχές είναι πιθανό να μειώσουν την προσκόλληση με τα σύνθετα συνταγογραφούμενα διαιτητικά και φαρμακευτικά σχήματα. Η μακροχρόνια θεραπεία αιμοκάθαρσης οδηγεί συχνά σε απώλεια ελευθερίας, εξάρτηση από τους φροντιστές, διαταραχές της οικογενειακής, οικογενειακής και κοινωνικής ζωής και μειωμένο οικονομικό εισόδημα. Λόγω αυτών των λόγων, οι φυσικές, ψυχολογικές, κοινωνικοοικονομικές και περιβαλλοντικές πτυχές της ζωής επηρεάζονται αρνητικά, οδηγώντας σε μειωμένη ποιότητα ζωής.

Οι Jadhav και συν., (2014) χρησιμοποίησαν το εργαλείο World Health Organization quality of life scale για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής των ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση. Το εργαλείο αυτό είναι μία έκδοση με 26 ερωτήσεις από το αρχικό WHO-QOL-100. Βαθμολογείται σε τέσσερις τομείς: σωματική υγεία, ψυχολογική υγεία, κοινωνικές σχέσεις και περιβάλλον. Τα άλλα δύο στοιχεία μετρούν συνολικά την ποιότητα ζωής και τη γενική υγεία. Οι ερωτηθέντες βαθμολογούν την ένταση, τη συχνότητα ή την αξιολόγηση των επιλεγμένων χαρακτηριστικών της ποιότητας ζωής κατά τις προηγούμενες 2 εβδομάδες σε μία πενταβάθμια κλίμακα Likert.

Τα κοινωνικοδημογραφικά ευρήματα που παρατηρήθηκαν στη μελέτη των Jadhav και συν., (2014) κατέδειξαν ότι το 31.7% των ασθενών με αιμοκάθαρση ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα 61-70 ετών. Η πλειοψηφία (68.3%) των ασθενών ήταν άνδρες, το 85% ήταν παντρεμένοι, το 46.7% είχε συμπληρώσει δευτεροβάθμια και ανώτερη δευτεροβάθμια εκπαίδευση, ενώ το 55% ήταν άνεργοι. Η ύπαρξη χρόνιας εξουθενωτικής ασθένειας, όπως αυτή που απαιτεί αιμοκάθαρση, έχει σημαντικό αντίκτυπο στη λειτουργία του ασθενούς και έχει ως αποτέλεσμα την έλλειψη απασχόλησης. Η αιμοκάθαρση συνεπάγεται μια σημαντική αλλαγή στη ζωή των ασθενών, επηρεάζοντας την κοινωνική, επαγγελματική, σωματική και προσωπική τους κατάσταση. Το σωματικό και ψυχολογικό στρες σε ασθενείς με αιμοκάθαρση οδηγεί στην ανάπτυξη ψυχιατρικής νοσηρότητας. Οι σημαντικές επιπτώσεις των συναισθηματικών διαταραχών στην ευημερία των ασθενών και η πιθανή επίδραση τους στη νοσηρότητα - θνησιμότητα, καθιστούν τη διάγνωση και τη διαχείρισή τους ουσιώδεις. Μεταξύ των διαφόρων ψυχιατρικών νοσηρότητας που παρατηρούνται σε

ασθενείς με αιμοκάθαρση, η κατάθλιψη είναι η πιο συνηθισμένη και μπορεί να είναι δευτερογενής σε απώλεια πρωταρχικού ρόλου στην οικογένειά τους, μειωμένη φυσική λειτουργία, μείωση των γνωσιακών δεξιοτήτων ή μείωση της σεξουαλικής λειτουργίας. Τα συμπτώματα της κατάθλιψης είναι δύσκολο να διαγνωσθούν εξαιτίας της άρνησης των συμπτωμάτων και της επικάλυψης των συμπτωμάτων με άλλες ασθένειες, όπως η ουραιμία. Η ακριβής συχνότητα εμφάνισης της κατάθλιψης σε ασθενείς με αιμοκάθαρση είναι ασαφής, καθώς φέρεται να κυμαίνεται από 10% έως 66%. Σύμφωνα με τα παραπάνω ευρήματα, η πιο συνηθισμένη ψυχιατρική διάγνωση στη μελέτη των Jadhav και συν., (2014) ήταν η κατάθλιψη.

Επίσης, μια μεγάλη ιατρική κρίση μπορεί να συμβάλλει στην εμφάνιση ή την επιδείνωση μιας διαταραχής άγχους. Η αβεβαιότητα σχετικά με τις επιλογές θεραπείας, την έκβαση, τις ανησυχίες για την υγεία, τα οικονομικά (κόστος θεραπείας), το πρόγραμμα θεραπείας και την αλλαγή εμφάνισης κλπ., μαζί με ιατρικές καταστάσεις όπως η ουραιμία, η αναιμία κλπ., μπορούν να συμβάλουν στην ανάπτυξη άγχους. Στη μελέτη των Jadhav και συν., (2014), το 12.4% των ασθενών είχαν διαγνωσθεί με διαταραχή προσαρμογής με ανήσυχη διάθεση. Οι ψυχιατρικές ασθένειες είναι συχνές μεταξύ ασθενών με χρόνιες διαταραχές, κάτι το οποίο έχει αρνητικές επιπτώσεις στο QOL των ασθενών. Η ψυχιατρική διάγνωση παρατηρήθηκε στο 64% των ασθενών. Η συνολική βαθμολογία της ποιότητας ζωής ήταν μέση σε καλή σε όλους τους τομείς της κλίμακας QOL-BREF με σημαντικά χαμηλή μέση βαθμολογία σε ασθενείς με ψυχιατρική νοσηρότητα σε σύγκριση με ασθενείς χωρίς ψυχιατρική διάγνωση.

Μία παρόμοια έρευνα διεξήχθη από τους Costa και συν.,(2016) σε ένα δείγμα 50 ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση στη Βραζιλία. Η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια και η θεραπεία αιμοκάθαρσης προκαλούν διαφορετικές καταστάσεις για τον ασθενή, επηρεάζοντας διάφορες πτυχές που σχετίζονται με την υγεία.

Οι συνθήκες θεραπείας και η χρόνια εξέλιξη της νόσου προκαλούν άγχος, κοινωνική απομόνωση καθώς και περιορισμούς στη δυνατότητα μετακίνησης, μειωμένη σωματική δραστηριότητα, εξάρτηση και αισθήματα φόβου και αβεβαιότητας σχετικά με την υγεία και την ευημερία. Επομένως, η ποιότητα ζωής αυτών των ασθενών είναι ένας εξαιρετικά σημαντικός παράγοντας επειδή επηρεάζει άμεσα την αποτελεσματικότητα των θεραπειών και παρεμβάσεων στην υγεία. Ακόμη και με τις τεχνολογικές και θεραπευτικές προόδους που έχουν επιτευχθεί μέχρι

σήμερα για τη βελτίωση της κλινικής κατάστασης και την αύξηση της επιβίωσης ασθενών με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, το επίπεδο ποιότητας ζωής τους συνεχίζει να μειώνεται. Η έρευνα των Costa και συν.,(2016) χρησιμοποίησε ένα ερωτηματολόγιο επικεντρωμένο στο κοινωνικοδημογραφικό προφίλ των συμμετεχόντων και το WHOQOL-BREF.

Αναφορικά με το δημογραφικό προφίλ των ασθενών, το 54% εξ αυτών είναι άντρες και το 46% είναι γυναίκες. Επίσης, ασθενείς μεταξύ 18 και 30 ετών, αντιπροσώπευαν ποσοστό 10.25%, από 31 έως 50 ετών 33.34% και από 51 ετών και μετά 56.41%. Οι περισσότεροι από τους ερωτηθέντες είναι επίσημα παντρεμένοι (66.67%). Έτσι, συνάγεται το συμπέρασμα ότι οι συμμετέχοντες στη μελέτη που ήταν έγγαμοι δεν αισθάνονταν μόνοι στην αντιμετώπιση της ασθένειας, ξεπερνώντας τα εμπόδια και τις προκλήσεις που δημιουργούσαν οι φυσικοί περιορισμοί που προκλήθηκαν από την ασθένεια. Η πλειοψηφία του πληθυσμού έχει κάποιο πτυχίο. Στον επαγγελματικό τομέα, κανένας δεν έχει εργασιακή δραστηριότητα, με το 44% να λαμβάνουν βοήθεια ασθενείας, το 51% συνταξιοδοτείται και το 5% είναι συνταξιούχοι. Η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια είναι μια ασθένεια που έχει αρνητικό αντίκτυπο στην επαγγελματική διάσταση, δηλαδή επιβάλλει δυσκολίες και φυσικούς περιορισμούς που εξαλείφουν, τις περισσότερες φορές, την ικανότητα εργασίας. Επίσης, παρατηρείται μείωση του βιοτικού επιπέδου των ασθενών αυτών επειδή απολαμβάνουν μόνο παροχές / σύνταξη / σύνταξη, με αρνητικό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής. Μια άλλη κοινωνική πτυχή που αναλύθηκε σε αυτή τη μελέτη ήταν η παρατήρηση του αριθμού των ανθρώπων που ζουν μόνοι ή με άλλους, που είναι μέρος της οικογενειακής κοινωνικής ζωής, όπου παρατηρήθηκε ότι μόνο το 2.56% αυτών ζουν μόνοι τους.

Αναφορικά με την ποιότητα ζωής των ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση, η μελέτη των Costa και συν.,(2016) βρήκε ότι ο τομέας που επηρεάζεται περισσότερο είναι ο φυσικός (FD) με μέσο όρο 59.44 και ο τομέας που επηρεάζεται λιγότερο είναι ο κοινωνικός (SD) με μέσο όρο 72.87. Ωστόσο, οι άλλοι τομείς, τόσο ψυχολογικοί (PD) όσο και περιβαλλοντικοί (ED) παρουσίαζαν επίσης χαμηλό μέσο όρο, αντανακλώντας τη χαμηλή ποιότητα ζωής των ασθενών με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, οι οποίοι είχαν κατά μέσο όρο 64.96. Η θεραπεία προκαλεί πόνο και δυσφορία, καθώς και εξάρτηση από φαρμακευτική αγωγή και θεραπεία αντικατάστασης νεφρών. Ως εκ τούτου, δημιουργεί κόπωση, μειώνει την

κινητικότητα του ασθενούς, καθώς χρειάζεται να συνδεθεί με μια μηχανή κατά τη διάρκεια αρκετών ημερών την εβδομάδα, επηρεάζει τον ύπνο, τη δραστηριότητα της καθημερινής ζωής και της ικανότητας εργασίας. Οι περιβαλλοντικές συνθήκες ήταν επίσης ένας τομέας με χαμηλό μέσο όρο, που καταδεικνύει ότι οι ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην απόκτηση νέων δεξιοτήτων, ευκαιριών απασχόλησης, αναψυχής και διασκέδασης, ίσως λόγω δυσκολίας να μεταφερθούν από το ένα μέρος στο άλλο. Έτσι, συμπεραίνεται ότι οι φυσικοί περιορισμοί που προκαλούνται από την ασθένεια, καθώς και οι περιβαλλοντικές συνθήκες στις οποίες ζουν, είναι οι πιο επιβαρυντικοί παράγοντες για την ποιότητα ζωής των ασθενών με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια που βρέθηκαν στην έρευνα των Costa και συν., (2016). Αυτό οδηγεί τους συγγραφείς στο συμπέρασμα ότι με την πάροδο του χρόνου οι ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση μπορούν να ξεπεράσουν τις επιβαλλόμενες ψυχολογικές προκλήσεις, στηριζόμενοι σε μεγαλύτερη κοινωνική στήριξη για την αντιμετώπιση της νόσου και της θεραπείας της. Ένα καλό χαρακτηριστικό γνώρισμα της ομάδας μελέτης ήταν ο καλύτερος μέσος όρος στις κοινωνικές σχέσεις, δείχνοντας ότι παρά την ασθένεια και τη θεραπεία, οι ασθενείς διατηρούν μια καλή προσωπική σχέση, σεξουαλική δραστηριότητα και κοινωνική υποστήριξη.

Συνολικά, η μελέτη των Costa και συν.,(2016) αναφέρει πως, η χρόνια πάθηση και η αιμοκάθαρση αποτελούν πηγές άγχους που προκαλούν πολλά προβλήματα, όπως η κοινωνική απομόνωση, η απώλεια της απασχόλησης, η εξάρτηση από την κοινωνική ασφάλιση, η μερική αποτυχία μετακίνησης, η μειωμένη σωματική δραστηριότητα, η ανάγκη προσαρμογής στην απώλεια της αυτονομίας, καθώς επίσης και ένα διφορούμενο αίσθημα φόβου ζωής και θανάτου. Ωστόσο, οι κοινωνικές σχέσεις, η στήριξη της οικογένειας και των φίλων, τα οικονομικά ζητήματα και το περιβάλλον όπου αυτοί οι ασθενείς ζουν, προκαλούν μια ψυχολογική αλλαγή στους ασθενείς.

Οι Lessan-Pezeshki και Rostami (2009) διεξήγαγαν έρευνα για την ποιότητα ζωής 152 ασθενών με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση με τη χρήση του KDQoL-SF, διερευνώντας παράλληλα και τα δημογραφικά τους στοιχεία. Άντρες ασθενείς, ηλικίας κάτω των 50 ετών, ανώτερου εκπαιδευτικού επιπέδου, έγγαμοι και απασχολούμενοι είχαν καλύτερη απόδοση στη φυσική κατάσταση, τη συναισθηματική κατάσταση, αλλά και στους τομείς που

περιλαμβάνονται στον τομέα της νεφρικής ανεπάρκειας, με την απόδοση αυτή να μειώνεται καθώς η ηλικία αυξάνεται.

Η ποιότητα ζωής 160 ασθενών στο Ιράν που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση σε σχέση με την κατάθλιψη, το άγχος και το στρες ήταν το αντικείμενο της έρευνας των Shafirour και συν., (2015). Οι ασθενείς με αιμοκάθαρση αντιμετωπίζουν διάφορους παράγοντες σωματικής και διανοητικής επιβάρυνσης, όπως η κατάθλιψη, το άγχος και το στρες, που μειώνουν την ποιότητα ζωής τους. Η συλλογή δεδομένων πραγματοποιήθηκε κατά τη διάρκεια τριών μηνών με τη χρήση τριών ερωτηματολογίων: δημογραφικών χαρακτηριστικών, DASS-21 και ποιότητας ζωής (SF-36). Σε αυτή τη μελέτη, η μέση ηλικία των ασθενών ήταν $50,8 \pm 12,81$ έτη και το 88.8%, το 92.5% και το 85.6% των ατόμων είχαν σοβαρή κατάθλιψη, άγχος και στρες, αντίστοιχα. Ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman έδειξε μια σημαντική αντίστροφη συσχέτιση μεταξύ των φυσικών και πνευματικών τομέων του ερωτηματολογίου SF-36 με την κατάθλιψη, το άγχος και το στρες, καταδεικνύοντας ότι η αιμοκάθαρση επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών.

Παρομοίως, οι Yusop και συν., (2013) αναφέρουν πως, παρόλο που η θεραπεία με αιμοκάθαρση έχει αυξήσει σημαντικά το προσδόκιμο ζωής των ασθενών με νεφρική νόσο τελικού σταδίου, συχνά οδηγεί σε χαμηλή ποιότητα ζωής. Η μελέτη τους διεξήχθη σε 90 ασθενείς από τη Μαλαισία. Η ψυχική και σωματική ποιότητα ζωής μετρήθηκε με τη χρήση της σύννοψης ψυχικής σύνθεσης (Physical Composite Summary - MCS) και της σύννοψης φυσικών συνθετών (PCS) με το SF-36. Η συνολική βαθμολογία του SF-36 ήταν $54,1 \pm 19,2$, ενώ η βαθμολογία για τα ψυχικά και σωματικά συστατικά ήταν 45.0 ± 8.6 και 39.6 ± 8.6 αντίστοιχα. Παράγοντες που σχετίζονται με υψηλότερη βαθμολογία MCS ήταν η απουσία σακχαρώδους διαβήτη και χαμηλότερου ασβεστίου ορού, ενώ υψηλότερη ροή αίματος ($p = 0,000$), υψηλότερη κρεατινίνη συσχετίστηκαν με υψηλότερη βαθμολογία στον τομέα PCS. Για να βελτιωθεί η συνολική ποιότητα ζωής των ασθενών με αιμοκάθαρση, δικαιολογείται μια διεπιστημονική παρέμβαση που περιλαμβάνει ιατρικές, διατροφικές και ψυχοκοινωνικές στρατηγικές που αντιμετωπίζουν παράγοντες που συνδέονται με την ψυχική και σωματική ποιότητα ζωής, προκειμένου να μειωθούν περαιτέρω οι επιπλοκές της υγείας και να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής τους.

Η μελέτη των Cruz και συν., (2011) εστίασε στη διερεύνηση της ποιότητας ζωής των ασθενών στα στάδια 1-5 της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας και ασθενών που

υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση, σε σχέση και με το κοινωνικοδημογραφικό τους προφίλ. Η ποιότητα ζωής μετρήθηκε με το Medical Outcomes Study Short Form 36-Item (SF-36), ενώ η λειτουργική διάσταση με το Karnofsky Performance Scale. Η ποιότητα ζωής των ασθενών μειώθηκε σε όλα τα στάδια της νεφροπάθειας. Μείωση της σωματικής λειτουργίας παρατηρήθηκε σταδιακά στα διάφορα στάδια της νεφροπάθειας. Τα άτομα με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο που ήταν επαγγελματικά ενεργά εμφάνιζαν υψηλότερες φυσικές συνιστώσες, ενώ οι άνδρες και εκείνοι με υψηλότερο εισόδημα παρουσίαζαν καλύτερες επιδόσεις πνευματικών συνιστωσών. Οι ηλικιωμένοι ασθενείς εμφάνιζαν χειρότερα σκορ αναφορικά με το σωματικό τομέα (φυσική λειτουργία) και καλύτερα στα διανοητικά στοιχεία. Ένας μεγαλύτερος αριθμός συννοσηρότητας συσχετίστηκε με τη μεγαλύτερη ηλικία, τον διαβήτη και την ανεργία ή το καθεστώς των συνταξιούχων.

Οι Abdelghany και συν., (2016) διεξήγαγαν έρευνα σε 81 ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση για περισσότερο από ένα έτος στην Αίγυπτο προκειμένου να εκτιμηθεί η ποιότητα ζωής τους, χρησιμοποιώντας το KDQOL SF-36. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η ποιότητα ζωής των ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση ήταν πολύ κακή σε όλους τους τομείς. Η μέση συνολική βαθμολογία ήταν κάτω από 50 (στα 100) με μέσο όρο στον τομέα της φυσικής υγείας (PHC) 35.57 ± 7.34 και στον τομέα της ψυχικής υγείας (MHC) $= 36.76 \pm 10.22$. Γενικά, οι βαθμολογίες ήταν σχετικά υψηλότερες στους άνδρες, τις νεότερες ηλικιακές ομάδες, τα άτομα με υψηλό μορφωτικό επίπεδο, άτομα με κάποιο επάγγελμα, αλλά και υψηλότερο οικογενειακό εισόδημα. Όσον αφορά την κλινική ζωή, αυτή η μελέτη έδειξε ότι οι βαθμολογίες ήταν χαμηλότερες μεταξύ των ασθενών που υποφέρουν από αναιμία, δυσλιπιδαιμία, υποαλβουμιναιμία ή / και από συννοσηρότητα. Η μελέτη έδειξε επίσης ότι η επαγγελματική απασχόληση ήταν ο μόνος σημαντικός παράγοντας πρόβλεψης για το συνολικό αποτέλεσμα της ποιότητας ζωής.

Σε παρόμοιο πλαίσιο κινήθηκαν και τα αποτελέσματα από την έρευνα των Kamble και Shinde (2015) σε 50 ασθενείς που υποβάλλονται για αιμοκάθαρση. Πιο συγκεκριμένα, οι συγγραφείς βρήκαν ότι το οικογενειακό εισόδημα των ασθενών, καθώς και ψυχολογικοί παράγοντες επηρέαζαν την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών. Αντίθετα με τις άλλες έρευνες, όμως, δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της ποιότητας ζωής με δημογραφικούς παράγοντες, αλλά και παράγοντες σχετικούς με τη σωματική, κοινωνική και περιβαλλοντική διάσταση.

Αντίθετα, το φύλο βρέθηκε ότι σχετίζεται με την ποιότητα ζωής των ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση στην έρευνα των Mingardi και συν., (1999) στην Ιταλία, με τις γυναίκες να σκοράρουν χαμηλότερα από τους άντρες. Επίσης, υψηλά σκορ ιδίως στον τομέα της φυσικής υγείας βρέθηκαν σε μεγαλύτερους σε ηλικία ασθενείς. Ασθενείς με διαβήτη ήταν χειρότερη επίδοση στη σωματική λειτουργία, ενώ ασθενείς με ψυχικές ασθένειες σκόραραν χαμηλότερα στην κλίμακα πνευματικής υγείας.

Η ποιότητα ζωής των ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση σε σχέση με την ψυχιατρική συννοσηρότητα και τη σεξουαλική δυσλειτουργία ήταν το αντικείμενο της έρευνας των Balaban και συν., (2017). Η ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών βρέθηκε να είναι χαμηλή, ιδίως στον τομέα της σωματικής και ψυχολογικής υγείας. Επίσης, σωματικά συμπτώματα όπως η έλλειψη όρεξης, οι διαταραχές ύπνου, η κόπωση και η έλλειψη ενέργειας, αναφέρθηκαν το ίδιο συχνά όπως και ψυχιατρικές διαταραχές, ως αποτέλεσμα της νόσου και της αιμοκάθαρσης.

2.2 Κόπωση σε ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση

Η μελέτη των Tsiamis και συν., (2015) εξέτασε την ποιότητα ζωής και την κόπωση σε 134 ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση. Η κόπωση είναι ένα από τα πιο συνηθισμένα συμπτώματα των ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση και σχετίζεται με κακή ποιότητα ζωής. Η πλειοψηφία των ασθενών (52.9%) φάνηκε να έχει χαμηλά ποσοστά κόπωσης ($10 \leq 20$). Ωστόσο, το 15% αυτών των ασθενών φαινόταν να εμφανίζει υψηλά έως πολύ υψηλά επίπεδα κόπωσης ($30 \leq 50$). Μελετώντας την ποιότητα ζωής αυτών των ασθενών, η έρευνα κατέδειξε μια συσχέτιση μεταξύ κόπωσης και ποιότητας ζωής. Συγκεκριμένα, οι ασθενείς που παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά κόπωσης φαίνεται να έχουν χειρότερη ποιότητα ζωής από εκείνους που παρουσιάζουν χαμηλότερα ποσοστά κόπωσης.

Παρομοίως, ο Mollaoglu (2009) αναφέρουν πως η κόπωση, ένα κοινό σύμπτωμα που αναφέρθηκε από άτομα με τελική φάση νεφρικής νόσου, είναι ένα μη ειδικό και αόρατο σύμπτωμα και είναι ένα φαινόμενο που δεν είναι καλά κατανοητό από τους επαγγελματίες του τομέα της υγείας. Υπάρχει περιορισμένη κατανόηση του επιπέδου κόπωσης που βιώνουν τα άτομα με νεφρική ανεπάρκεια και ιδίως εκείνα τα οποία υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση. Τα επίπεδα κόπωσης στην έρευνα του Mollaoglu

(2009) σε 138 ασθενείς στην Τουρκία αξιολογήθηκαν χρησιμοποιώντας την Visual Analog Scale for Fatigue (VAS-F). Τα δεδομένα δημογραφικής και νεφρικής υγείας συλλέχθηκαν επίσης με ένα δομημένο ερωτηματολόγιο. Το επίπεδο κόπωσης που βίωσαν τα άτομα που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση στη μελέτη ήταν υψηλό και το επίπεδο ενέργειας τους ήταν χαμηλό. Επίσης, βρέθηκε ότι η ηλικία και η διάρκεια της αιμοκάθαρσης ήταν οι ανεξάρτητοι παράγοντες πρόβλεψης της κόπωσης. Συνολικά, επομένως, τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι υπάρχουν υψηλά επίπεδα κόπωσης σε ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση. Προκειμένου να βελτιωθεί η φροντίδα των ασθενών και να προωθηθεί η ποιότητα ζωής του ασθενούς, οι επαγγελματίες της νεφρολογίας πρέπει να κατανοήσουν τη συνολική εκτίμηση της κόπωσης και να εργαστούν με τους ασθενείς για να ξεκινήσουν μια σειρά στρατηγικών και παρεμβάσεων για την αντιμετώπισή τους.

Οι Motedayen και συν., (2013) αναφέρουν ότι, παρά την τακτική θεραπεία με αιμοκάθαρση, οι ασθενείς που υποβάλλονται σε αυτή τη θεραπεία επηρεάζονται από το ουραιμικό σύνδρομο, το οποίο χαρακτηρίζεται από κόπωση. Η κόπωση υποτίθεται ότι είναι το συνηθέστερο και το σοβαρότερο σύμπτωμα που αναφέρθηκε ποτέ από ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο. Ο στόχος της μελέτης των Motedayen και συν., (2013) ήταν η αξιολόγηση της επίδρασης των ενδοδιαλυτικών σωματικών και πνευματικών ασκήσεων στην κόπωση σε 66 ασθενείς που υποβάλλονται σε μακροχρόνια αιμοκάθαρση και οι οποίοι κατηγοριοποιήθηκαν σε μία ομάδα ελέγχου και σε μία πειραματική. Η πειραματική ομάδα συμμετείχε σε πρόγραμμα ενδοδιαλυτικής κατάρτισης δύο φορές την εβδομάδα για δύο μήνες. Το πρόγραμμα σχεδιάστηκε από έναν ανώτερο ειδικό στη φυσική αγωγή. Η κόπωση μετρήθηκε μέσω ενός ερωτηματολογίου κλίμακας σοβαρότητας κόπωσης πριν από ένα και δύο μήνες μετά την παρέμβαση και στις δύο ομάδες. Ο μέσος όρος βαθμολογίας κόπωσης στις ερευνητικές μονάδες ήταν 42.37. Συνολικά, το 42.2% και το 56.1% των συμμετεχόντων παρουσίασαν μέτρια και σοβαρή κόπωση, αντίστοιχα. Τα αποτελέσματα κόπωσης μειώθηκαν σημαντικά από την αρχή έως δύο μήνες μετά την επέμβαση στην ομάδα πειράματος. Συμπερασματικά, αυτή η μέθοδος θεραπείας συνιστάται επειδή είναι οικονομικά αποδοτική, εύκολη, εφαρμόσιμη και ευέλικτη για την ελάφρυνση της επίδρασης της κόπωσης στις προσωπικές, ψυχολογικές και κοινωνικές πτυχές της ποιότητας ζωής σε ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση.

Σε παρόμοιο πλαίσιο κινείται και η έρευνα των Sajadi και συν., (2010), οι οποίοι τονίζουν πως η κόπωση είναι ένα συνηθισμένο εξουθενωτικό σύμπτωμα σε ασθενείς με αιμοκάθαρση που επηρεάζει σημαντικά την ποιότητα ζωής και την ευημερία τους. Το δείγμα της έρευνας αποτελούνται από 56 ασθενείς στην τεχεράνη. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν με την κλίμακα σοβαρότητας κόπωσης (fatigue severity scale - FSS). Ο μέσος όρος βαθμολογίας της κόπωσης ήταν 5.1. Οι γυναίκες, οι χήρες και οι άνεργοι ανέφεραν μεγαλύτερη κόπωση. Η κόπωση ήταν υψηλότερη επίσης σε άτομα με χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης, χαμηλό εισόδημα και μεγάλη ηλικία, καθώς και με μακρά περίοδο αιμοκάθαρσης και υψηλό κίνδυνο χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας.

Το γεγονός ότι η κόπωση είναι εμφανής σε ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση βρέθηκε και στην έρευνα των Bahgat και συν., (2016) σε ένα δείγμα 100 ασθενών χρησιμοποιώντας την κλίμακα Fatigue Symptom Inventory (FSI), Karnofsky Performance Status scale (KPS) και ημιδομημένη συνέντευξη. Η πλειοψηφία των ασθενών ήταν γυναίκες, 50-60 ετών, με χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο. Τα αποτελέσματα της μελέτης κατέδειξαν ότι οι μισοί από τους ασθενείς με κόπωση ήταν στην ηλικιακή ομάδα των 50-60 ετών και όλα τα άτομα που μελετήθηκαν χωρίς κόπωση ήταν ηλικίας μικρότερης των 20 ετών. Αυτό το αποτέλεσμα μπορεί να αποδοθεί στο γεγονός ότι η πλειονότητα της μεγαλύτερης ηλικίας δεν εργάζεται. Επίσης, οι ασθενείς με κόπωση ήταν διαζευγμένοι. Αυτό το εύρημα εξηγείται από το ότι οι διαζευγμένοι έχουν επιβάρυνση λόγω άγχους. Επιπλέον, περισσότεροι από τους μισούς ασθενείς χωρίς κόπωση υποβλήθηκε σε θεραπεία αιμοκάθαρσης πριν από 3-7 χρόνια, ενώ το ένα τρίτο του δείγματος με κόπωση υποβλήθηκε σε θεραπεία αιμοκάθαρσης πριν από 7-12 χρόνια. Αυτό το αποτέλεσμα δικαιολογείται από το γεγονός ότι, με τη μακρά διάρκεια της αιμοκάθαρσης, το επίπεδο κόπωσης αυξάνεται. Σε σχέση με τα συμπτώματα που σχετίζονται με την κόπωση, διαπιστώθηκε ότι τα περισσότερα από τα άτομα έχουν απώλεια κινητικότητας, δυσκολία έναρξης και λήξης καθημερινών δραστηριοτήτων, απώλεια συγκέντρωσης, κεφαλαλγία και διαταραχή του ύπνου.

Οι Zyga και συν., (2015) διεξήγαγαν έρευνα για τη μέτρηση της κόπωσης σε ένα δείγμα 135 ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση στην Αθήνα. Για τη μέτρηση της κόπωσης χρησιμοποιήθηκε η Fatigue Assessment Scale (FAS). Η μέση βαθμολογία της κλίμακας FAS ήταν 24.99. Πιο συγκεκριμένα, 49 ασθενείς (38.0%) δεν ήταν κουρασμένοι, 61 ασθενείς (47.3%) ήταν κουρασμένοι και 19 ασθενείς

(13.7%) ήταν εξαιρετικά κουρασμένοι. Υψηλότερα επίπεδα κόπωσης αναφέρθηκαν στους ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση σε αστικές περιοχές, σε άτομα με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο και σε άνεργους. Τα επίπεδα κόπωσης σε ασθενείς με αιμοκάθαρση ποικίλλουν ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο, το καθεστώς απασχόλησης και τον τόπο διαμονής. Οι ασθενείς με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο φαίνεται να αντιμετωπίζουν ανεπαρκώς την κόπωση και να βιώνουν μεγαλύτερη κόπωση. Επιπλέον, οι ασθενείς με υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης μπορεί να αντιμετωπίσουν πιο αποτελεσματικά την κόπωση. Οι άνεργοι και οι ασθενείς που ασχολούνται με οικιακά κατέγραψαν υψηλότερο συνολικό δείκτη κόπωσης σε σχέση με τους αυτοαπασχολούμενους και τους δημόσιους υπαλλήλους. Η παραμονή στο σπίτι μπορεί να μειώσει το επίπεδο φυσικής δραστηριότητας και την κοινωνική υποστήριξη από τους συναδέλφους. Αντίθετα, η ηλικία και το φύλο δε σχετίζονται με την κόπωση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

3.1 Μέθοδος συλλογής δεδομένων

Για την παρούσα εργασία χρησιμοποιήθηκε η ποσοτική μέθοδος με εργαλείο μέτρησης το ερωτηματολόγιο. Το βασικό πλεονέκτημα της συγκεκριμένης μορφής έρευνας είναι ο ρεαλισμός και η αντικειμενικότητα, ως συνέπεια της μαθηματικής παρουσίασης των ευρημάτων και ο περιορισμός του βαθμού υποκειμενικότητας, διότι ο ερευνητής, δε μπορεί να ερμηνεύσει τα αποτελέσματα, σύμφωνα με τις προσωπικές του πεποιθήσεις και τα προσωπικά του πιστεύω (Punch, 2005; Creswell, 2011). Στην προκειμένη περίπτωση, η ποσοτική ανάλυση κρίνεται η κατάλληλη για την απάντηση των ερευνητικών ερωτημάτων.

Στο πλαίσιο της ποσοτικής έρευνας το ερωτηματολόγιο ως μεθοδολογικό εργαλείο συλλογής δεδομένων, το οποίο αποτελεί το πιο συνηθισμένο εργαλείο για τη διενέργεια ποσοτικής ανάλυσης. Το εργαλείο αυτό επιλέχθηκε καθώς είναι εύκολο και γρήγορο στη διανομή και συμπλήρωσή του, ακόμα και από τους ίδιους τους ερωτηθέντες, ενώ επιτρέπει τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων που συλλέχθηκαν. Επίσης, το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε είναι δομημένο, δηλαδή έχει καθορισμένη με αυστηρό τρόπο τη σειρά των ερωτήσεων και δεν επιτρέπει στον ερευνητή να αλλάζει τη σειρά των ερωτήσεων, καθιστώντας το λιγότερο υποκειμενικό και περισσότερο ακριβές (United States Office of Personnel Management, 2008).

Στους συμμετέχοντες διανεμήθηκαν δύο ερωτηματολόγια: Το ερωτηματολόγιο Missoula - VITAS Quality of Life Index -15 (MVQOLI -15) και το fatigue assessment scale (FAS).

3.2 Δείγμα της έρευνας

Στη μελέτη συμμετείχαν ασθενείς με τελικό στάδιο Χρόνιας Νεφρικής Νόσου που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση. Η έρευνα διεξήχθη κατά το χρονικό διάστημα Ιούνιος 2016 μέχρι Σεπτέμβριος 2016. Τα κριτήρια ένταξης των ασθενών στο δείγμα ήταν τα εξής: α) οι ασθενείς θα έπρεπε να είναι άνω των 18 ετών, β) οι ασθενείς θα έπρεπε να είναι ικανοί να διαβάζουν, να γράφουν και να κατανοούν την

ελληνική γλώσσα μόνοι τους, ικανοί να διαβάσουν και να υπογράψουν το σχετικό έντυπο συγκατάθεσης, γ) οι ασθενείς θα έπρεπε να είναι προσανατολισμένοι στον χρόνο και στον χώρο και τέλος δ) οι ασθενείς θα έπρεπε να υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση για τουλάχιστον 6 μήνες και σε 3 συνεδρίες την εβδομάδα. Αντίστοιχα, τα κριτήρια αποκλεισμού ήταν τα εξής: α) ασθενείς με γνωστικές ή ψυχολογικές διαταραχές, β) ασθενείς με μειωμένη ικανότητα αυτοεξυπηρέτησης, γ) ασθενείς με προβλήματα όρασης ή ακοής.

Η ερευνήτρια έδωσε στον πρόεδρο του Πανελληνίου Συλλόγου Νεφροπαθών μετά την σχετική άδεια (επισυνάπτεται) κλειστό φάκελο, μέσα στον οποίο υπήρχαν διακόσια (200) ερωτηματολόγια, εξηγώντας το σκοπό της έρευνας. Μετά από τρεις μήνες επιστράφηκε ο φάκελος από τον οποίο είχαν συμπληρωθεί τα 149 από τα 200 ερωτηματολόγια, από δημόσιες και ιδιωτικές μονάδες της χώρας (ποσοστό απαντητικότητας: 74.5%).

Εργαλεία μέτρησης

Στους συμμετέχοντες διανεμήθηκαν δύο ερωτηματολόγια: Το ερωτηματολόγιο Missoula - VITAS Quality of Life Index -15 (MVQOLI -15) και η κλίμακα Fatigue Assessment Scale (FAS), αφού εξασφαλίστηκε η σχετική άδεια. Επιπλέον, δόθηκε ερωτηματολόγιο με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων.

3.2.1 Missoula - VITAS Quality of Life Index -15 (MVQOLI -15)

Το ερωτηματολόγιο Missoula - VITAS Quality of Life Index -15 (MVQOLI -15): Η κλίμακα Missoula-VITAS Quality of Life Index (MVQOLI) είναι ένα εργαλείο αξιολόγησης, το οποίο συγκεντρώνει αναφορές και πληροφορίες από ασθενείς, σχετικά με την ΠΖ κατά τη διάρκεια μίας προχωρημένης νόσου. Η ελληνική εκδοχή περιλαμβάνει τις 15 ερωτήσεις του αγγλικού πρωτοτύπου. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 5 διαστάσεις (συμπτώματα, λειτουργικότητα, διαπροσωπικές σχέσεις, ευεξία, πνευματικότητα) και τη συνολική βαθμολογία. Έχει σχεδιαστεί ειδικά για να αξιολογείται η προσωπική εμπειρία του κάθε ασθενή σε καθεμία από αυτές τις διαστάσεις ή τομείς της ΠΖ. Τέλος, επιδιώκει να περιγράψει την ποιοτική και υποκειμενική εμπειρία της ΠΖ των ασθενών με έναν τρόπο που μπορεί γρήγορα να ερμηνευθεί από επαγγελματίες φροντιστές.

Οι διαστάσεις αυτές υπολογίζονται όπως απεικονίζεται παρακάτω.

	Συμπτώματα	Λειτουργικότητα	Διαπροσωπικές σχέσεις	Ευεξία	Πνευματικότητα
Αξιολόγηση	Ερ. 1	Ερ. 4	Ερ. 7	Ερ. 10	Ερ. 13
Ικανοποίηση	Ρ. 2	Ερ. 5	Ερ. 8	Ερ. 11	Ερ. 14
Σημαντικότητα	Ερ. 3	Ερ. 6	Ερ. 9	Ερ. 12	Ερ. 15

- Αξιολόγηση - υποκειμενική μέτρηση της πραγματικής κατάστασης ή περίπτωσης (Τι είναι αυτό;). Παράδειγμα: Αισθάνομαι άρρωστος/η συνέχεια.
- Ικανοποίηση - βαθμός αποδοχής ή γνώσης της πραγματικής κατάστασης (Πόσο σας ενοχλεί;). Παράδειγμα: Είμαι ικανοποιημένος/η με τον τωρινό έλεγχο των συμπτωμάτων μου.
- Σημαντικότητα - ο βαθμός, στον οποίο μία δεδομένη διάσταση έχει αντίκτυπο στη συνολική ποιότητα ζωής (Πόσο σημασία έχει;). Παράδειγμα: Παρά την σωματική δυσφορία, μπορώ ακόμα να απολαμβάνω τις ημέρες μου.

Οι απαντήσεις σε κάθε ερώτηση δίνονται σε μία πεντάβαθμη κλίμακα (Likert), έτσι ώστε η χαμηλότερη βαθμολογία να δείχνει τη λιγότερο επιθυμητή κατάσταση και αντίστροφα. Οι ερωτήσεις είναι γενικές, που σημαίνει ότι το MVQOLI παρέχει πληροφορίες σχετικά με τις διαστάσεις, οι οποίες μειώνουν ή αυξάνουν την ποιότητα ζωής του ασθενή. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο εμπεριέχει επίσης μία ερώτηση για το επίπεδο ποιότητας ζωής (σφαιρική ποιότητα ζωής), η οποία χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση της συγκλίνουσας ισχύος του MVQOLI. Η μετάφραση και πολιτισμική προσαρμογή σε Ελληνικό πληθυσμό έχει γίνει από τους Θεοφίλου και συν (2012). Η εσωτερική εγκυρότητα του ερωτηματολογίου είναι ικανοποιητική με Cronbach's alpha 0.74 (Theofilou και συν 2013).

Υπολογισμός υπο-σκορ διαστάσεων

Αξιολόγηση + Ικανοποίηση = Μη σταθμισμένο σκορ διάστασης

Μη σταθμισμένο σκορ διάστασης x Σημαντικότητα = Σταθμισμένο σκορ διάστασης

Υπολογισμός σκορ σταθμισμένων διαστάσεων

Συμπτώματα: (Ερ. 1 + Ερ. 2) x Ερ. 3

Λειτουργικότητα: (Ερ. 4 + Ερ. 5) x Ερ. 6

Διαπροσωπικές σχέσεις: (Ερ. 7 + Ερ. 8) x Ερ. 9

Ευεξία: (Ερ. 10 + Ερ. 11) x Ερ. 12

Πνευματικότητα: (Ερ. 13 + Ερ. 14) x Ερ. 15

Συνολικό σκορ

Σύνολο σκορ σταθμισμένων διαστάσεων / 10 + 15 = Συνολικό σκορ

3.2.2 Fatigue Assessment Scale (FAS)

Το ερωτηματολόγιο «Fatigue Assessment Scale (FAS)»: το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο διερευνά και αξιολογεί την δυνατότητα του ασθενούς να ανταπεξέλθει πνευματικά και φυσικά σε διάφορες δραστηριότητες. Αποτελείται από δέκα ερωτήσεις, με τις οποίες εξετάζεται η συχνότητα εμφάνισης της κόπωσης:

1. Είμαι ενοχλημένος από την κούραση
2. Κουράζομαι πολύ γρήγορα
3. Δεν κάνω πολλά κατά τη διάρκεια της ημέρας
4. Έχω αρκετή ενέργεια για την καθημερινή ζωή
5. Φυσικά, αισθάνομαι εξαντλημένος
6. Έχω προβλήματα να ξεκινήσω τα πράγματα
7. Έχω πρόβλημα να σκεφτώ καθαρά

8. Δεν αισθάνομαι καμία επιθυμία να κάνω οτιδήποτε
9. Διανοητικά, αισθάνομαι εξαντλημένος
10. Όταν κάνω κάτι, μπορώ να συγκεντρωθώ αρκετά καλά

Η πρωτότυπη μορφή της FAS κατασκευάστηκε το 2003 από τους Michielsen και συν., (2003) και αποτελείται από 10 ερωτήσεις. Επιπλέον, έχει χρησιμοποιηθεί σε ασθενείς με σαρκοειδωση (De Vries 2004). Χρειάζεται μόνο δύο λεπτά για να συμπληρωθεί. Για τον υπολογισμό του σκορ συνοψίζονται οι απαντήσεις των ασθενών στις 10 ερωτήσεις. Η κωδικοποίηση των απαντήσεων έχει ως εξής. 1 = ποτέ, 2 = Μερικές φορές, 3 = τακτικά, 4 = συχνά, 5 = πάντα. Επομένως, η βαθμολογία κυμαίνεται μεταξύ 10-50. Πέντε ερωτήσεις σχετίζονται με τη σωματική κόπωση και πέντε με την ψυχική κόπωση (Zyga και συν 2016). Οι ασθενείς κατηγοριοποιούνται ως "μη κουρασμένοι" εάν η βαθμολογία της κλίμακας είναι κάτω από 22, ως "κουρασμένος" εάν είναι η βαθμολογία είναι μεγαλύτερη ή ίση με 22 και "εξαιρετικά κουρασμένος" αν η βαθμολογία είναι μεγαλύτερη ή ίση με 35. Η συνολική βαθμολογία FAS υπολογίζεται, αφού ληφθεί υπ' όψη η αντιστροφή των ερωτήσεων 4 και 10. Η εσωτερική αξιοπιστία της κλίμακας έχει ελεγχθεί σε Έλληνες ασθενείς με χρόνια νοσήματα από τους Αλικάρη και συν (2016) και βρέθηκε να είναι 0.761.

3.3 Δεοντολογία της έρευνας

Πριν από τη διεξαγωγή της έρευνας οι συμμετέχοντες στην έρευνα ενημερώθηκαν σχετικά με το σκοπό της και τον εθελοντικό χαρακτήρα της συμμετοχής τους. Διασφαλίστηκε η ανωνυμία των συμμετεχόντων και η εμπιστευτικότητα των δεδομένων.

Επίσης, δεν ασκήθηκε πίεση σε κανέναν από τους συμμετέχοντες να λάβει μέρος στην έρευνα. Εκτός των παραπάνω, η ερευνήτρια ενημέρωσε τους συμμετέχοντες πως όλα τα δεδομένα θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για τους σκοπούς της παρούσας έρευνας (Gregory, 2003). Όλα τα παραπάνω περιλαμβάνονταν σε μία συνοδευτική του ερωτηματολογίου επιστολή.

3.4 Ανάλυση δεδομένων

Η ανάλυση των δεδομένων έγινε με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 21.0. Οι μέθοδοι στατιστικής ανάλυσης που χρησιμοποιήθηκαν είναι η περιγραφική στατιστική (πίνακες συχνοτήτων-ποσοστών και περιγραφικά μέτρα μέσω όρων και τυπικών αποκλίσεων), αλλά και η επαγωγική στατιστική. Πριν από τη διεξαγωγή της επαγωγικής στατιστικής θα διεξαχθεί έλεγχος κανονικότητας των δεδομένων, προκειμένου να διαπιστωθεί αν τα δεδομένα ακολουθούν την κανονική κατανομή, ούτως ώστε να χρησιμοποιηθούν παραμετρικά τεστ, η όχι (Green και Salkind, 2008).

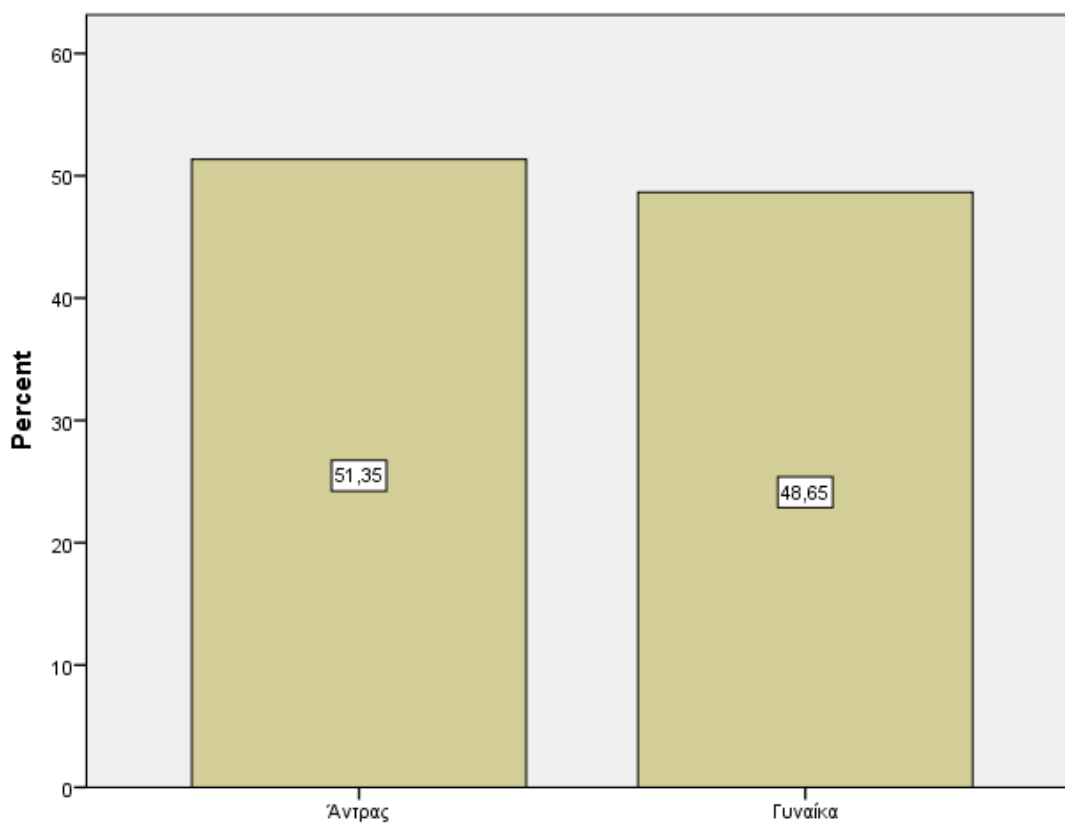
ΚΕΦΑΛΟΙ 4. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΕΡΕΥΝΑΣ

4.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Φύλλο

Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων στην έρευνα είναι άντρες σε ποσοστό 51.4%, ενώ οι γυναίκες αποτελούν το 48.6% των ερωτηθέντων.

Γράφημα 1. Φύλο ερωτηθέντων



Ηλικία

Στον πιο κάτω πίνακα απεικονίζονται τα περιγραφικά μέτρα της ηλικίας των συμμετεχόντων στην έρευνα. Ο μικρότερος σε ηλικία συμμετέχων είναι 27 ετών, ενώ ο μεγαλύτερος είναι 92 ετών. Ο μέσος όρος των ερωτηθέντων είναι 63.92 ετών (± 13.813).

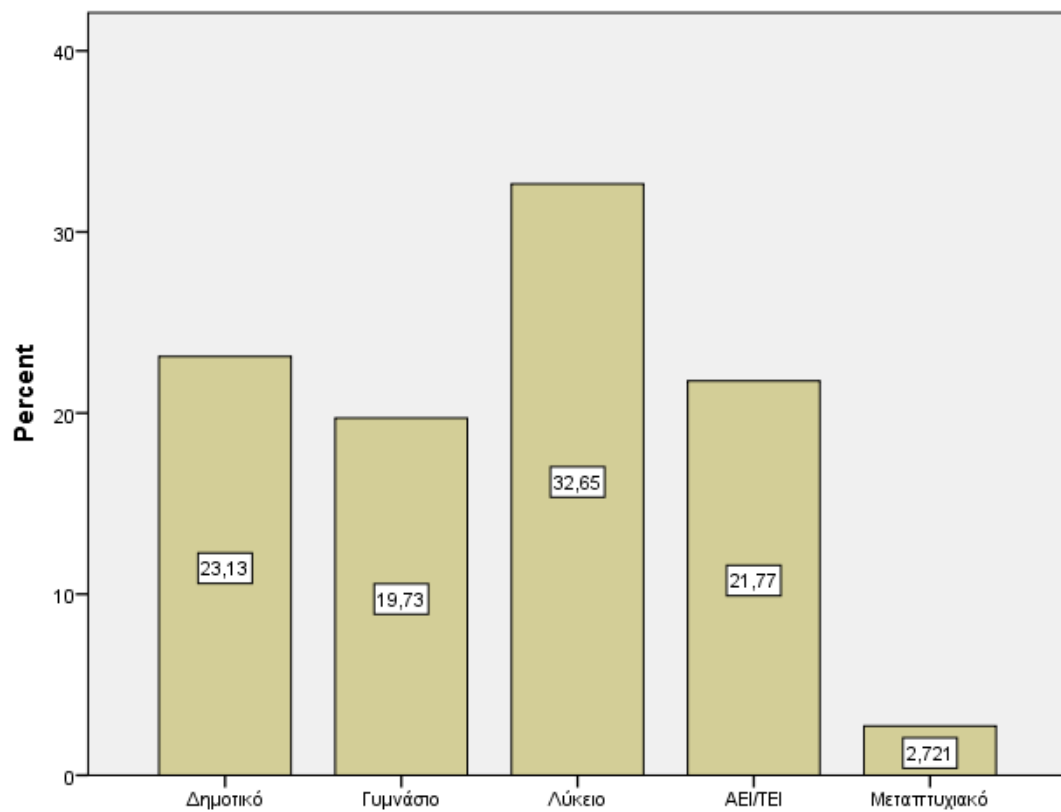
Πίνακας 1. Περιγραφικά μέτρα ηλικίας ερωτηθέντων

	N	Minimu m	Maximu m	Mean	Std. Deviation
ΗΛΙΚΙΑ	149	27	92	63.92	13.813

Επίπεδο εκπαίδευσης

Αναφορικά με το επίπεδο εκπαίδευσης, όπως φαίνεται και από το πιο κάτω γράφημα, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων στην έρευνα είναι απόφοιτοι λυκείου σε ποσοστό (32.7%). Ακολουθούν όσοι είναι απόφοιτοι δημοτικού (23.1%), όσοι είναι απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (21.8%), όσοι είναι απόφοιτοι γυμνασίου (19.7%), ενώ ένα πολύ μικρό ποσοστό (2.7%) είναι κάτοχοι μεταπτυχιακού (2.7%).

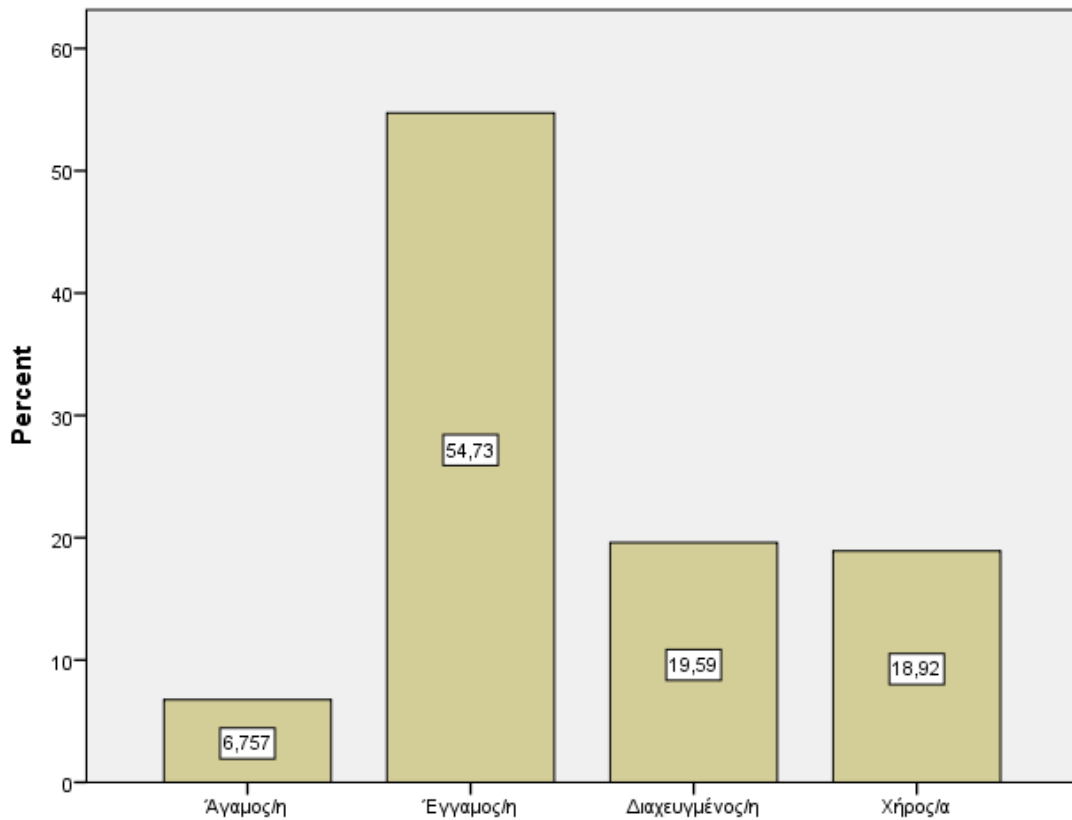
Γράφημα 2. Επίπεδο εκπαίδευσης ερωτηθέντων



Οικογενειακή κατάσταση

Στο πιο κάτω γράφημα απεικονίζεται η οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων στην έρευνα. Όπως φαίνεται, η πλειοψηφία των ερωτηθέντων σε ποσοστό 54.7% είναι έγγαμοι. Επίσης, ένα ποσοστό 19.6% είναι διαζευγμένο, ενώ το 18.9% των ερωτηθέντων δηλώνουν χήροι. Τέλος, ένα πολύ μικρό ποσοστό (6.8%) είναι άγαμοι.

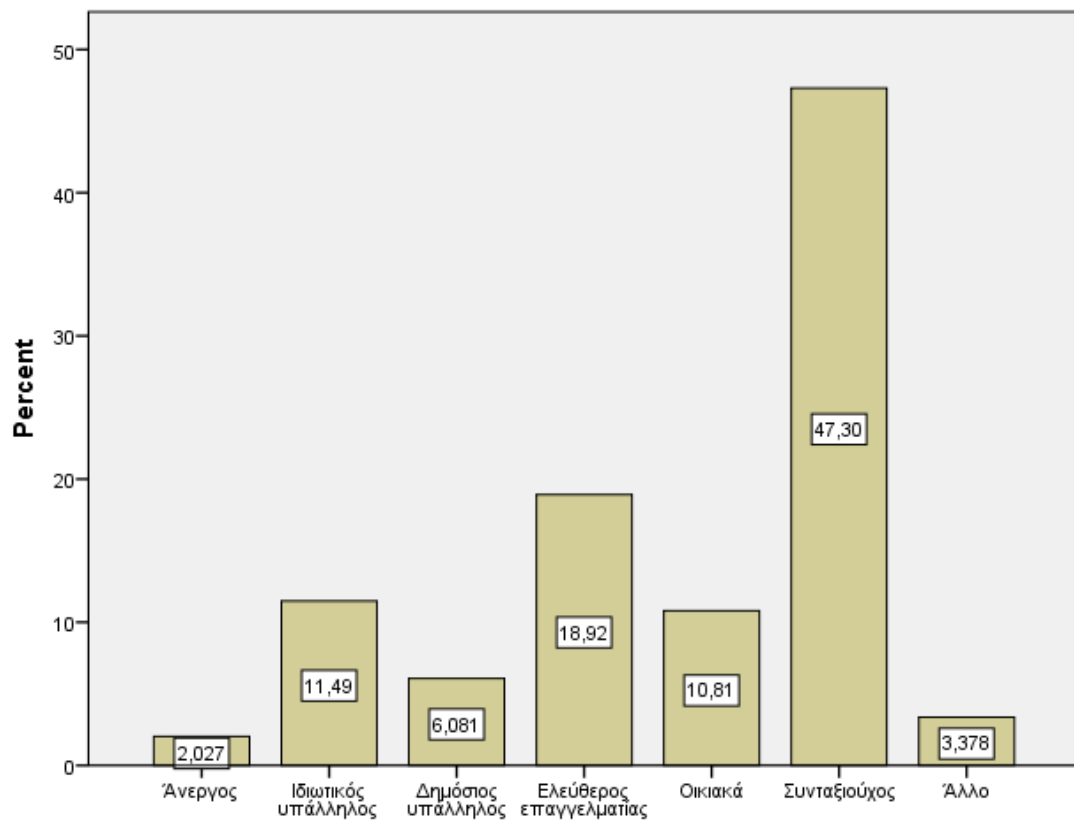
Γράφημα 3. Οικογενειακή κατάσταση ερωτηθέντων



Επαγγελματική απασχόληση

Στο παρακάτω γράφημα απεικονίζεται το επάγγελμα των συμμετεχόντων στην έρευνα. Όπως παρατηρούμε, οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες στην έρευνα είναι συνταξιούχοι σε ποσοστό 47.3%. Επίσης, το 18.9% είναι ελεύθεροι επαγγελματίες, το 11.5% είναι ιδιωτικοί υπάλληλοι, ενώ το 10.8% δηλώνει οικιακά. Ένα μικρό ποσοστό της τάξης του 6.1% δηλώνουν δημόσιοι υπάλληλοι, το 2% είναι άνεργοι, ενώ το 3.4% δηλώνει άλλο.

Γράφημα 4. Επαγγελματική απασχόληση ερωτηθέντων



Χρόνια θεραπείας

Στον παρακάτω πίνακα απεικονίζονται τα περιγραφικά μέτρα των ετών στα οποία υποβάλλονται οι ασθενείς σε θεραπεία. Η ελάχιστη τιμή των ετών θεραπείας είναι κανένα έτος, ενώ μέγιστη τιμή είναι τα 25 έτη. Ο μέσος όρος ετών θεραπείας των ερωτηθέντων είναι τα 6.26 έτη (± 5.513).

Πίνακας 2. Περιγραφικά μέτρα ετών θεραπείας των ερωτηθέντων

	N	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση
Χρόνια θεραπείας	143	0	25	6,26	5.513

Χρόνια από τότε που έγινε η διάγνωση

Στον παρακάτω πίνακα απεικονίζονται τα περιγραφικά μέτρα των ετών στα οποία υποβάλλονται οι ασθενείς σε θεραπεία. Η ελάχιστη τιμή των ετών θεραπείας είναι ένα έτος, ενώ μέγιστη τιμή είναι 30 έτη. Ο μέσος όρος ετών θεραπείας των ερωτηθέντων είναι τα 8.72 έτη ($\pm 6,449$).

Πίνακας 3. Περιγραφικά μέτρα των ετών από τη διάγνωση των ερωτηθέντων

	N	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση
Χρόνια θεραπείας	141	1	30	8.72	6.449

4.2 Περιγραφική στατιστική

Fatigue Assessment Scale

Στη συγκεκριμένη μελέτη ο δείκτης εσωτερικής αξιοπιστίας της Fatigue Assessment Scale είναι ίσος με 0.758

Πίνακας 4. Εσωτερική αξιοπιστία δεδομένων

Cronbach's Alpha	N of Items
0.758	10

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται οι απόψεις των ερωτηθέντων σχετικά με την κόπωση που αισθάνονται, με τη χρήση περιγραφικών μέτρων. Όπως φαίνεται, όλες οι προτάσεις της εν λόγω κλίμακας έχουν απαντηθεί μεταξύ των απαντήσεων ‘μερικές φορές’ και ‘τακτικά’.

Πίνακας 5. Περιγραφικά μέτρα απαντήσεων ερωτηθέντων σχετικά με την κόπωση που αισθάνονται

	N	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση
Είναι ενοχλημένος από την κούραση	147	2.80	1.077
Κουράζομαι πολύ γρήγορα	148	2.93	1.076
Δεν κάνω πολλά κατά τη διάρκεια της ημέρας	147	2.87	1.002
Έχω αρκετή ενέργεια για την καθημερινή ζωή	148	2.51	.845
Φυσικά, αισθάνομαι εξαντλημένος	148	2.89	1.072
Έχω προβλήματα να ξεκινήσω τα πράγματα	148	2.57	1.126

Έχω πρόβλημα να σκεφτώ καθαρά	148	2.18	1.050
Δεν αισθάνομαι καμία επιθυμία να κάνω οτιδήποτε	148	2.26	.730
Διανοητικά, αισθάνομαι εξαντλημένος	148	2.32	.983
Όταν κάνω κάτι, μπορώ να συγκεντρωθώ αρκετά καλά	148	2.86	1.153

Η ελάχιστη τιμή της Fatigue Assessment Scale είναι μηδενική, ενώ η μέγιστη είναι 43. Ο μέσος όρος είναι 25.97 (\pm 6.105). Αυτό δηλώνει ότι οι συμμετέχοντες στην έρευνα στην πλειοψηφία τους δε διέπονται από υψηλά επίπεδα κόπωσης, αλλά από μέτρια.

Πίνακας 6. Περιγραφικά μέτρα της Fatigue Assessment Scale

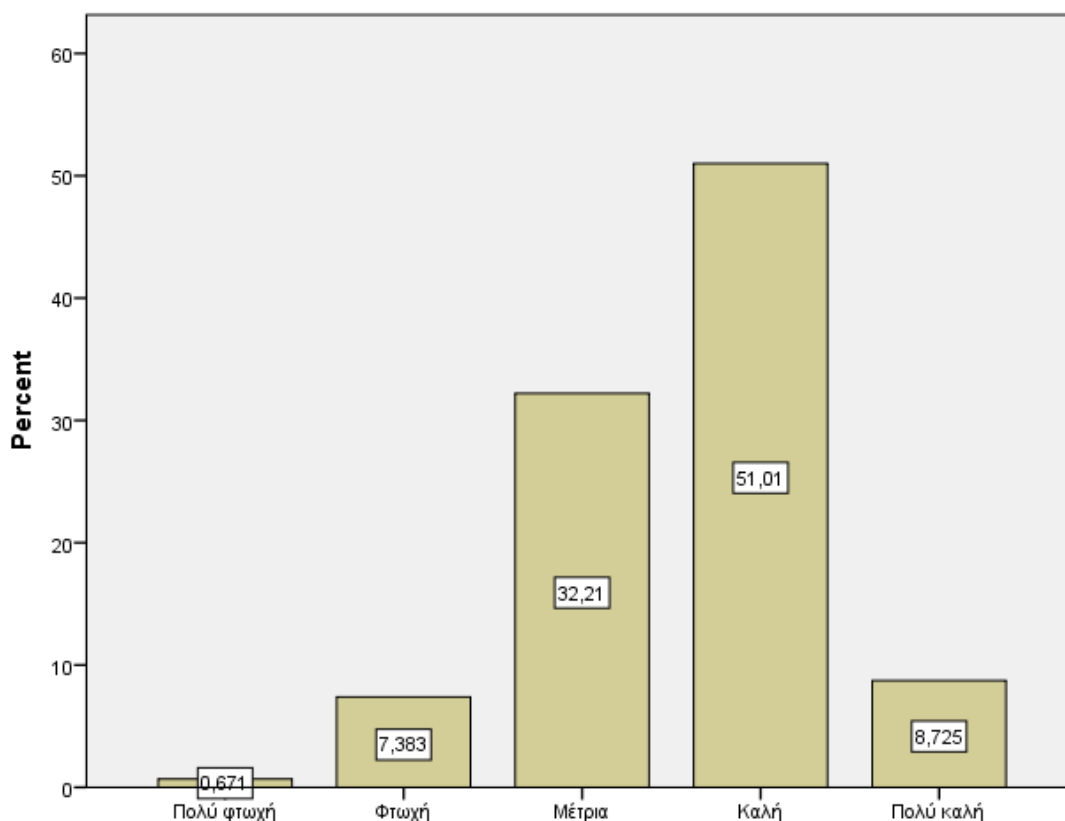
	N	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση
FAS	149	0	43	25.97	6.105

Missoula-Vitas Quality of Life Index

Σφαιρική ποιότητα ζωής

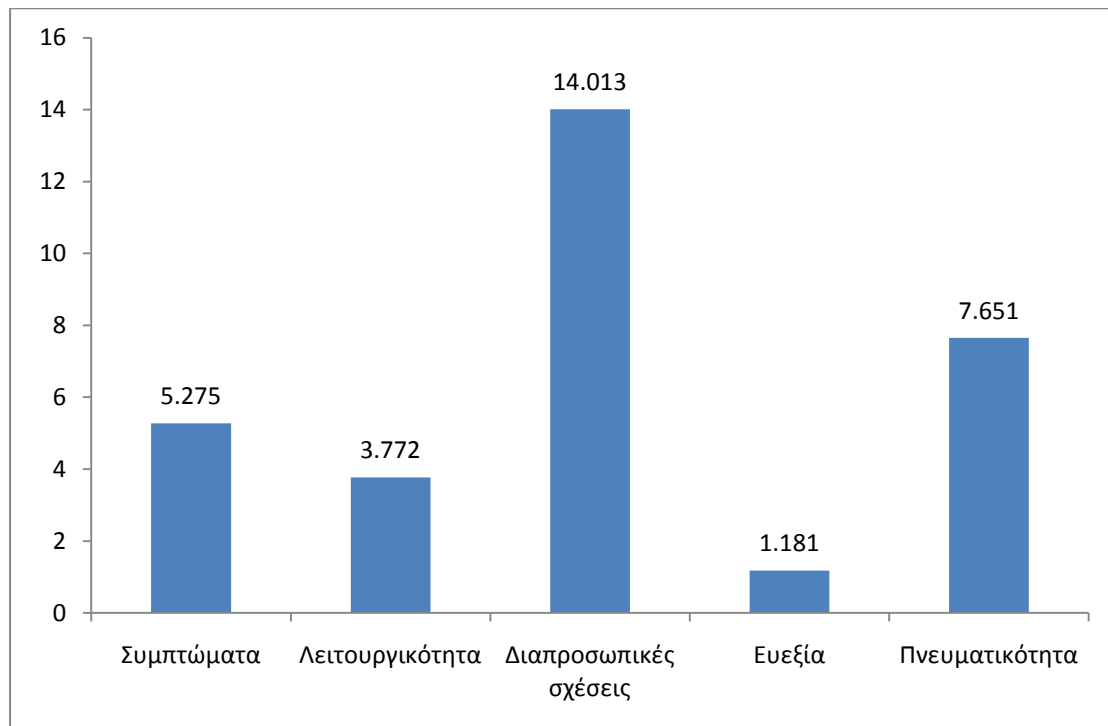
Όπως φαίνεται από το παρακάτω γράφημα, οι ασθενείς στην πλειοψηφία τους (51%) δηλώνουν ότι η συνολική ποιότητα ζωής τους χαρακτηρίζεται ως καλή. Ένα ποσοστό της τάξης του 32.2% χαρακτηρίζει τη συνολική ποιότητα ζωής του ως μέτρια. Ένα μικρό ποσοστό (8.7%) θεωρεί ότι η συνολική ποιότητα ζωής τους είναι πολύ καλή, ένα μικρότερο ποσοστό (7.4%) τη χαρακτηρίζει ως φτωχή, ενώ ένα ακόμη πιο μικρό ποσοστό τη χαρακτηρίζει ως πολύ φτωχή (0.7%).

Γράφημα 5. Εκτίμηση ερωτηθέντων της συνολικής ποιότητας ζωής τους



Στο παρακάτω γράφημα απεικονίζονται οι πέντε τομείς που συνθέτουν το Missoula-Vitas Quality of Life Index. Υψηλότερο σκορ παρατηρείται στον τομέα των διαπροσωπικών σχέσεων, ενώ χαμηλότερο σκορ παρατηρείται στον τομέα της ευεξίας. Συνεπώς, ο τομέας των διαπροσωπικών σχέσεων είναι εκείνος που επηρεάζει περισσότερο την ποιότητα ζωής των ασθενών, ενώ ο τομέας της ευεξίας επηρεάζει σε μικρότερο βαθμό την ποιότητα ζωής των συμμετεχόντων στην έρευνα. Ο δεύτερος τομέας που επηρεάζει την ποιότητα ζωής των ασθενών που έλαβαν μέρος στην έρευνα είναι η πνευματικότητα, ο τρίτος τα συμπτώματα και ο τέταρτος η λειτουργικότητα. Κανένας τομέας δεν επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα ζωής των ασθενών.

Γράφημα 6. Missoula-Vitas Quality of Life Index



Πιο αναλυτικά, από τον πιο κάτω πίνακα παρατηρούμε πως ο μέσος όρος της ευεξίας είναι ο χαμηλότερος ($M=3.77, \pm 8.311$), ενώ ο τομέας των διαπροσωπικών σχέσεων είναι ο υψηλότερος ($M=14.01, \pm 10.810$).

Πίνακας 7. Περιγραφικά μέτρα επιμέρους διαστάσεων του Missoula-Vitas Quality of Life Index

	N	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση
Συμπτώματα	149	-30	30	7.65	14.368
Λειτουργικότητα	149	-10	20	3.77	8.311
Διαπροσωπικές σχέσεις	149	-15	30	14.01	10.810
Ευεξία	149	-30	30	1.18	14.372
Πνευματικότητα	149	-30	30	7.65	14.368
Συνολικό σκορ	149	-20	59	31.36	16.245

4.3 Επαγωγική στατιστική

Στην ενότητα αυτή εξετάζονται πιθανές συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών, τόσο μεταξύ της κλίμακας κόπωσης και του Missoula-Vitas Quality of Life Index, όσο και μεταξύ αυτών των κλιμάκων και των δημογραφικών στοιχείων των συμμετεχόντων στην έρευνα. Προκειμένου να προσδιοριστεί αν θα χρησιμοποιηθούν παραμετρικά ή μη τεστ, αρχικά εξετάστηκε η κανονικότητα των δεδομένων με το τεστ Kolmogorov-Smirnov και επικουρικά με το Shapiro-Wilk. Όπως παρατηρούμε από τα αποτελέσματα που απεικονίζονται στον πιο κάτω πίνακα, τα δεδομένα δεν ακολουθούν την κανονική κατανομή ($p < 0.05$). Ως εκ τούτου, για την ανάλυση των συσχετίσεων θα χρησιμοποιηθούν μη παραμετρικά τεστ.

Πίνακας 8. Έλεγχος κανονικότητας δεδομένων

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Συμπτώματα	.222	146	.000	.917	146	.000
Ευεξία	.277	146	.000	.847	146	.000
Διαπροσωπικές σχέσεις	.277	146	.000	.847	146	.000
Λειτουργικότητα	.277	146	.000	.847	146	.000
Πνευματικότητα	.222	146	.000	.917	146	.000
Είμαι ενοχλημένος από την κούραση	.307	146	.000	.824	146	.000
Κουράζομαι πολύ γρήγορα	.254	146	.000	.870	146	.000
Δεν κάνω πολλά κατά τη διάρκεια της ημέρας	.193	146	.000	.905	146	.000

Έχω αρκετή ενέργεια για την καθημερινή ζωή	.317	146	.000	.831	146	.000
Φυσικά, αισθάνομαι εξαντλημένος	.251	146	.000	.865	146	.000
Έχω προβλήματα να ξεκινήσω τα πράγματα	.293	146	.000	.859	146	.000
Έχω πρόβλημα να σκεφτώ καθαρά	.282	146	.000	.848	146	.000
Δεν αισθάνομαι καμία επιθυμία να κάνω οτιδήποτε	.383	146	.000	.727	146	.000
Διανοητικά, αισθάνομαι εξαντλημένος	.247	146	.000	.881	146	.000
Όταν κάνω κάτι, μπορώ να συγκεντρωθώ αρκετά καλά	.277	146	.000	.847	146	.000

Αρχικά εξετάζεται η συσχέτιση μεταξύ της Fatigue Assessment Scale και του Missoula-Vitas Quality of Life Index. Για τον έλεγχο αυτό θα χρησιμοποιηθεί ο συντελεστής Spearman. Όπως παρατηρούμε, η κόπωση σχετίζεται αρνητικά με το συνολικό σκορ του Missoula-Vitas Quality of Life Index, δηλαδή με την ποιότητα ζωής των ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση. Αναφορικά με τις διαστάσεις της ποιότητας ζωής, η κόπωση σχετίζεται αρνητικά με τα συμπτώματα, τη λειτουργικότητα, την ευεξία και την πνευματικότητα. Ωστόσο, δε σχετίζεται καθόλου με τις διαπροσωπικές σχέσεις.

Πίνακας 9. Συσχέτιση της Fatigue assessment scale και του Missoula-Vitas Quality of Life Index

		FAS
	Correlation Coefficient	-.192 ^{**,*}
Συμπτώματα	Sig. (2-tailed)	.019
	N	149
	Correlation Coefficient	-.128 ^{**}
Λειτουργικότητα	Sig. (2-tailed)	.119
	N	149
	Correlation Coefficient	-.128
Διαπροσωπικές	Sig. (2-tailed)	.119
Σχέσεις	N	149
	Correlation Coefficient	-.303 ^{**}
Ευεξία	Sig. (2-tailed)	.000
	N	149
	Correlation Coefficient	-.192 [*]
Πνευματικότητα	Sig. (2-tailed)	.019
	N	149
	Correlation Coefficient	-.293 ^{**}
Συνολικό σκορ	Sig. (2-tailed)	.000
	N	149

^{**}. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

^{*}. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Στη συνέχεια εξετάζεται η συσχέτιση μεταξύ της σφαιρικής ποιότητας ζωής και της κόπωσης (Fatigue assessment scale) μέσω του συντελεστή Spearman. Όπως παρατηρούμε από τα αποτελέσματα που παρατίθενται στον παρακάτω πίνακα,

υπάρχει στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση μεταξύ αυτών των δύο μεταβλητών. Αυτό σημαίνει πως η κόπωση επηρεάζει αρνητικά τη σφαιρική ποιότητα ζωής των ασθενών που συμμετείχαν στην έρευνα.

Πίνακας 10. Συσχέτιση μεταξύ της κόπωσης και της σφαιρικής ποιότητας ζωής

		FAS
Ποιότητα ζωής	Correlation Coefficient	-.367**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	149

***. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).*

Στη συνέχεια εξετάζεται η συσχέτιση μεταξύ της κόπωσης και των δημογραφικών στοιχείων των ερωτηθέντων. Πιο συγκεκριμένα, με τη χρήση του συντελεστή Spearman εξετάζεται η συσχέτιση μεταξύ της κόπωσης και της ηλικίας των ασθενών. Όπως παρατηρούμε, δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ αυτών των δύο μεταβλητών.

Πίνακας 11. Συσχέτιση μεταξύ της κόπωσης και της ηλικίας των ασθενών

		FAS
Ηλικία	Correlation Coefficient	.050
	Sig. (2-tailed)	.542
	N	149

Η επόμενη συσχέτιση που εξετάζεται είναι μεταξύ της κόπωσης και των ετών θεραπείας με το συντελεστή Spearman. Από τον πιο κάτω πίνακα παρατηρούμε πως δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ αυτών των δύο μεταβλητών.

Πίνακας 12. Συσχέτιση μεταξύ της κόπωσης και των ετών θεραπείας

		FAS
Έτη θεραπείας	Correlation	
	Coefficient	-.106
	Sig. (2-tailed)	.207
	N	143

Η επόμενη συσχέτιση που εξετάζεται είναι μεταξύ της κόπωσης και των ετών διάγνωσης με το συντελεστή Spearman. Από τον πιο κάτω πίνακα παρατηρούμε πως υπάρχει στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση μεταξύ αυτών των δύο μεταβλητών. Αυτό σημαίνει πως η κόπωση δεν αυξάνεται όσο περνούν τα χρόνια διάγνωσης.

Πίνακας 13. Συσχέτιση μεταξύ της κόπωσης και των ετών διάγνωσης

		FAS
Έτη διάγνωσης	Correlation	
	Coefficient	-.173*
	Sig. (2-tailed)	.040
	N	141

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Στη συνέχεια, χρησιμοποιώντας το τεστ Mann-Whitney, εξετάζεται η κόπωση σε σχέση με το φύλο. Από τον παρακάτω πίνακα παρατηρούμε πως δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του φύλου και της κόπωσης των ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση.

Πίνακας 14. Στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ της κόπωσης και του φύλου

	Φύλο	N	Mean Rank	p-value
FAS	Άντρας	76	79.66	0.131
	Γυναίκα	72	69.06	
	Total	148		
Είμαι ενοχλημένος από την κούραση	Άντρας	76	76.78	0.291
	Γυναίκα	70	69.94	
	Total	146		
Κουράζομαι πολύ γρήγορα	Άντρας	76	79.55	0.086
	Γυναίκα	71	68.06	
	Total	147		
Δεν κάνω πολλά κατά τη διάρκεια της ημέρας	Άντρας	75	78.84	0.102
	Γυναίκα	71	67.86	
	Total	146		
Έχω αρκετή ενέργεια για την καθημερινή ζωή	Άντρας	76	74.84	0.786
	Γυναίκα	71	73.10	
	Total	147		
Φυσικά, αισθάνομαι εξαντλημένος	Άντρας	76	75.95	0.545
	Γυναίκα	71	71.91	
	Total	147		
Έχω προβλήματα να ξεκινήσω τα πράγματα	Άντρας	76	76.36	0.461
	Γυναίκα	71	71.48	
	Total	147		
Έχω πρόβλημα να σκεφτώ καθαρά	Άντρας	76	72.40	0.619
	Γυναίκα	71	75.71	

	Total	147		
Δεν αισθάνομαι καμία επιθυμία να κάνω οτιδήποτε	Άντρας	76	72.33	0.555
	Γυναίκα	71	75.79	
	Total	147		
Διανοητικά, αισθάνομαι εξαντλημένος	Άντρας	76	73.03	0.764
	Γυναίκα	71	75.04	
	Total	147		
Όταν κάνω κάτι, μπορώ να συγκεντρωθώ αρκετά καλά	Άντρας	76	78.13	0.199
	Γυναίκα	71	69.58	
	Total	147		

Εν συνεχεία, χρησιμοποιώντας το τεστ Kruskal-Wallis, εξετάζεται η κόπωση σε σχέση με την εκπαίδευση των συμμετεχόντων στην έρευνα. Όπως παρατηρούμε, άτομα με υψηλό εκπαιδευτικό επίπεδο δηλώνουν ότι είναι ενοχλημένα από την κούραση, ότι αισθάνονται εξαντλημένα, καθώς και ότι δεν αισθάνονται καμία επιθυμία να κάνουν οτιδήποτε.

Πίνακας 15. Στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ της κόπωσης και του εκπαιδευτικού επιπέδου

	Εκπαιδευτικό επίπεδο	N	Mean Rank	p-value
FAS	Δημοτικό	34	71,75	0.315
	Γυμνάσιο	29	64.31	
	Λύκειο	48	77.38	
	ΑΕΙ/ΤΕΙ	32	75.69	
	Μεταπτυχιακό	4	109.38	
	Total	147		

	Δημοτικό	34	63.96	0.045
	Γυμνάσιο	29	59.72	
Είμαι ενοχλημένος από την κούραση	Λύκειο	48	78.46	
	ΑΕΙ/ΤΕΙ	30	85.67	
	Μεταπτυχιακό	4	85.63	
	Total	145		
	Δημοτικό	34	77.47	0.409
	Γυμνάσιο	29	60.40	
Κουράζομαι πολύ γρήγορα	Λύκειο	48	75.58	
	ΑΕΙ/ΤΕΙ	31	76.98	
	Μεταπτυχιακό	4	82.75	
	Total	146		
	Δημοτικό	34	67.35	0.060
	Γυμνάσιο	28	72.34	
Δεν κάνω πολλά κατά τη διάρκεια της ημέρας	Λύκειο	48	69.23	
	ΑΕΙ/ΤΕΙ	31	78.60	
	Μεταπτυχιακό	4	127.50	
	Total	145		
	Δημοτικό	34	70.53	0.418
	Γυμνάσιο	29	67.41	
Έχω αρκετή ενέργεια για την καθημερινή ζωή	Λύκειο	48	80.75	
	ΑΕΙ/ΤΕΙ	31	74.05	
	Μεταπτυχιακό	4	51.63	
	Total	146		
Φυσικά, αισθάνομαι	Δημοτικό	34	77.88	0.006

εξαντλημένος	Γυμνάσιο	29	56.69	
	Λύκειο	48	67.06	
	ΑΕΙ/ΤΕΙ	31	93.19	
	Μεταπτυχιακό	4	82.75	
	Total	146		
Έχω προβλήματα να ξεκινήσω τα πράγματα	Δημοτικό	34	69.79	0.574
	Γυμνάσιο	29	72.53	
	Λύκειο	48	70.09	
	ΑΕΙ/ΤΕΙ	31	81.00	
	Μεταπτυχιακό	4	94.75	
Έχω πρόβλημα να σκεφτώ καθαρά	Total	146		
	Δημοτικό	34	69.96	0.065
	Γυμνάσιο	29	66.64	
	Λύκειο	48	76.94	
	ΑΕΙ/ΤΕΙ	31	71.52	
Δεν αισθάνομαι καμία επιθυμία να κάνω οτιδήποτε	Μεταπτυχιακό	4	127.50	
	Total	146		
	Δημοτικό	34	66.96	0.006
	Γυμνάσιο	29	80.97	
	Λύκειο	48	70.58	
Διανοητικά, αισθάνομαι	ΑΕΙ/ΤΕΙ	31	70.50	
	Μεταπτυχιακό	4	133.25	
	Total	146		
	Δημοτικό	34	67.25	0.078
	Γυμνάσιο	29	72.31	

εξαντλημένος	Λύκειο	48	77.09	
	ΑΕΙ/ΤΕΙ	31	69.16	
	Μεταπτυχιακό	4	125.75	
	Total	146		
	Δημοτικό	34	79.84	0.068
Όταν κάνω κάτι, μπορώ να συγκεντρωθώ αρκετά καλά	Γυμνάσιο	29	79.05	
	Λύκειο	48	74.28	
	ΑΕΙ/ΤΕΙ	31	66.66	
	Μεταπτυχιακό	4	23.00	
	Total	146		

Αναφορικά με την οικογενειακή κατάσταση, χρησιμοποιώντας το τεστ Kruskal-Wallis, διαπιστώνουμε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του συνολικού σκορ της κόπωσης και της οικογενειακής κατάστασης, ιδίως στους διαζευγμένους. Άτομα που είναι διαζευγμένα δηλώνουν σε μεγαλύτερο βαθμό ότι είναι ενοχλημένα από την κούραση, ενώ οι έγγαμοι έχουν υψηλότερο σκορ στο ότι κουράζονται πολύ γρήγορα.

Πίνακας 16. Στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ της κόπωσης και της οικογενειακής κατάστασης

	Οικογενειακή κατάσταση	N	Mean Rank	p-value
FAS	Άγαμος/η	10	38.00	0.010
	Έγγαμος/η	81	76.93	
	Διαζευγμένος/η	29	87.79	
	Χήρος/α	28	66.73	
	Total	148		

	Άγαμος/η	10	49.70	0.028
Είμαι ενοχλημένος από την κούραση	Έγγαμος/η	79	74.87	
	Διαζευγμένος/η	29	87.33	
	Χήρος/α	28	63.82	
	Total	146		
	Άγαμος/η	10	44.10	0.037
Κουράζομαι πολύ γρήγορα	Έγγαμος/η	80	80.52	
	Διαζευγμένος/η	29	73.66	
	Χήρος/α	28	66.41	
	Total	147		
	Άγαμος/η	10	65.55	0.439
Δεν κάνω πολλά κατά τη διάρκεια της ημέρας	Έγγαμος/η	79	74.93	
	Διαζευγμένος/η	29	80.76	
	Χήρος/α	28	64.79	
	Total	146		
	Άγαμος/η	10	65.25	0.112
Έχω αρκετή ενέργεια για την καθημερινή ζωή	Έγγαμος/η	80	72.19	
	Διαζευγμένος/η	29	89.03	
	Χήρος/α	28	66.71	
	Total	147		
	Άγαμος/η	10	57.00	0.344
Φυσικά, αισθάνομαι εξαντλημένος	Έγγαμος/η	80	75.76	
	Διαζευγμένος/η	29	80.76	
	Χήρος/α	28	68.05	
	Total	147		

	Άγαμος/η	10	46.85	0.131
Έχω προβλήματα να ξεκινήσω τα πράγματα	Έγγαμος/η	80	73.58	
	Διαζευγμένος/η	29	79.91	
	Χήρος/α	28	78.79	
	Total	147		
	Άγαμος/η	10	68.25	0.946
Έχω πρόβλημα να σκεφτώ καθαρά	Έγγαμος/η	80	73.36	
	Διαζευγμένος/η	29	75.14	
	Χήρος/α	28	76.70	
	Total	147		
	Άγαμος/η	10	73.30	0.849
Δεν αισθάνομαι καμία επιθυμία να κάνω οτιδήποτε	Έγγαμος/η	80	76.08	
	Διαζευγμένος/η	29	73.12	
	Χήρος/α	28	69.23	
	Total	147		
	Άγαμος/η	10	56.45	0.176
Διανοητικά, αισθάνομαι εξαντλημένος	Έγγαμος/η	80	79.44	
	Διαζευγμένος/η	29	74.38	
	Χήρος/α	28	64.34	
	Total	147		
	Άγαμος/η	10	60.40	0.216
Όταν κάνω κάτι, μπορώ να συγκεντρωθώ αρκετά καλά	Έγγαμος/η	80	69.88	
	Διαζευγμένος/η	29	80.14	
	Χήρος/α	28	84.27	
	Total	147		

Τέλος, η κόπωση εξετάστηκε σε σχέση με το επάγγελμα των συμμετεχόντων στην έρευνα με το τεστ Kruskal-Wallis. Βρέθηκε συσχέτιση μεταξύ του συνολικού σκορ της κόπωσης και του επαγγέλματος, ιδίως στους ανέργους, αλλά και στο ότι φυσικά αισθάνονται εξαντλημένοι.

Πίνακας 17. Στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ της κόπωσης και της επαγγελματικής απασχόλησης

	Επάγγελμα	N	Mean Rank	p-value
FAS	Ανεργος	3	107.00	0.035
	Ιδιωτικός υπάλληλος	17	47.65	
	Δημόσιος υπάλληλος	9	64.61	
	Ελεύθερος επαγγελματίας	28	65.68	
	Οικιακά	16	75.84	
	Συνταξιούχος	70	83.09	
	Άλλο	5	89.00	
	Total	148		
Είμαι ενοχλημένος από την κούραση	Ανεργος	3	133.00	0.097
	Ιδιωτικός υπάλληλος	16	69.16	
	Δημόσιος υπάλληλος	9	64.61	
	Ελεύθερος επαγγελματίας	28	64.93	
	Οικιακά	15	74.20	
	Συνταξιούχος	70	74.70	
	Άλλο	5	96.80	
	Total	146		

	Ανεργος	3	67.00	0.493
	Ιδιωτικός υπάλληλος	16	57.34	
	Δημόσιος υπάλληλος	9	64.33	
Κουράζομαι πολύ γρήγορα	Ελεύθερος επαγγελματίας	28	69.54	
	Οικιακά	16	80.41	
	Συνταξιούχος	70	78.89	
	Άλλο	5	84.90	
	Total	147		
	Ανεργος	3	49.83	0.205
	Ιδιωτικός υπάλληλος	16	51.69	
	Δημόσιος υπάλληλος	9	89.89	
Δεν κάνω πολλά κατά τη διάρκεια της ημέρας	Ελεύθερος επαγγελματίας	27	76.76	
	Οικιακά	16	73.53	
	Συνταξιούχος	70	74.77	
	Άλλο	5	92.50	
	Total	146		
	Ανεργος	3	77.50	0.384
	Ιδιωτικός υπάλληλος	16	91.81	
	Δημόσιος υπάλληλος	9	61.28	
Έχω αρκετή ενέργεια για την καθημερινή ζωή	Ελεύθερος επαγγελματίας	28	72.14	
	Οικιακά	16	73.75	
	Συνταξιούχος	70	70.73	
	Άλλο	5	94.80	

	Total	147		
	Ανεργος	3	97.50	0.432
	Ιδιωτικός υπάλληλος	16	57.81	
	Δημόσιος υπάλληλος	9	79.44	
Φυσικά, αισθάνομαι εξαντλημένος	Ελεύθερος επαγγελματίας	28	70.04	
	Οικιακά	16	73.09	
	Συνταξιούχος	70	78.99	
	Άλλο	5	57.20	
	Total	147		
	Ανεργος	3	49.00	0.013
	Ιδιωτικός υπάλληλος	16	47.56	
	Δημόσιος υπάλληλος	9	80.06	
Έχω προβλήματα να ξεκινήσω τα πράγματα	Ελεύθερος επαγγελματίας	28	63.98	
	Οικιακά	16	69.63	
	Συνταξιούχος	70	85.69	
	Άλλο	5	69.20	
	Total	147		
	Ανεργος	3	83.83	0.096
	Ιδιωτικός υπάλληλος	16	43.25	
Έχω πρόβλημα να σκεφτώ καθαρά	Δημόσιος υπάλληλος	9	79.61	
	Ελεύθερος επαγγελματίας	28	75.09	
	Οικιακά	16	76.59	
	Συνταξιούχος	70	78.66	

	Άλλο	5	76.70	
	Total	147		
	Ανεργος	3	60.50	0.609
	Ιδιωτικός υπάλληλος	16	58.28	
	Δημόσιος υπάλληλος	9	76.67	
Δεν αισθάνομαι καμία επιθυμία να κάνω οτιδήποτε	Ελεύθερος επαγγελματίας	28	73.29	
	Οικιακά	16	74.19	
	Συνταξιούχος	70	77.87	
	Άλλο	5	76.80	
	Total	147		
	Ανεργος	3	79.17	0.286
	Ιδιωτικός υπάλληλος	16	55.22	
	Δημόσιος υπάλληλος	9	75.50	
Διανοητικά, αισθάνομαι εξαντλημένος	Ελεύθερος επαγγελματίας	28	69.11	
	Οικιακά	16	72.56	
	Συνταξιούχος	70	78.02	
	Άλλο	5	104.00	
	Total	147		
	Ανεργος	3	116.50	0.186
	Ιδιωτικός υπάλληλος	16	72.00	
Όταν κάνω κάτι, μπορώ να συγκεντρωθώ αρκετά καλά	Δημόσιος υπάλληλος	9	46.83	
	Ελεύθερος επαγγελματίας	28	73.45	
	Οικιακά	16	69.63	

Συνταξιούχος	70	78.14
Άλλο	5	63.00
Total	147	

Στη συνέχεια εξετάζεται η συσχέτιση μεταξύ της ποιότητας ζωής και των δημογραφικών στοιχείων των ερωτηθέντων. Πιο συγκεκριμένα, με τη χρήση του συντελεστή Spearman εξετάζεται η συσχέτιση μεταξύ της ποιότητας ζωής και της ηλικίας των ασθενών. Όπως παρατηρούμε, υπάρχει στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας και της διάστασης της λειτουργικότητας, καθώς και στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας και της διάστασης της πνευματικότητας.

Πίνακας 18. Συσχέτιση μεταξύ της ποιότητας ζωής και της ηλικίας των ασθενών

		Ηλικία
	Correlation Coefficient	.054
Συμπτώματα	Sig. (2-tailed)	.510
	N	149
	Correlation Coefficient	.200*
Λειτουργικότητα	Sig. (2-tailed)	.015
	N	149
	Correlation Coefficient	.004
Διαπροσωπικές σχέσεις	Sig. (2-tailed)	.958
	N	149
	Correlation Coefficient	.019
Ευεξία	Sig. (2-tailed)	.816
	N	149
	Correlation Coefficient	-.166*

	Sig. (2-tailed)	.043
	N	149
	Correlation Coefficient	-.007
Συνολικό σκορ	Sig. (2-tailed)	.932
	N	149

*. *Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).*

***. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).*

Η επόμενη συσχέτιση που εξετάζεται είναι μεταξύ της ποιότητας ζωής και των ετών θεραπείας με το συντελεστή Spearman. Από τον πιο κάτω πίνακα παρατηρούμε πως δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ αυτών των δύο μεταβλητών.

Πίνακας 19. Συσχέτιση μεταξύ της ποιότητας ζωής και των ετών θεραπείας

		Έτη θεραπείας
	Correlation Coefficient	-.054
Συμπτώματα	Sig. (2-tailed)	.519
	N	143
	Correlation Coefficient	-.002
Λειτουργικότητα	Sig. (2-tailed)	.979
	N	143
	Correlation Coefficient	-.101
Διαπροσωπικές σχέσεις	Sig. (2-tailed)	.230
	N	143
Ευεξία	Correlation Coefficient	.085

	Sig. (2-tailed)	.310
	N	143
	Correlation Coefficient	-.095
Πνευματικότητα	Sig. (2-tailed)	.259
	N	143
	Correlation Coefficient	-.065
Συνολικό σκορ	Sig. (2-tailed)	.440
	N	143

Η επόμενη συσχέτιση που εξετάζεται είναι μεταξύ της ποιότητας ζωής και των ετών διάγνωσης με το συντελεστή Spearman. Από τον πιο κάτω πίνακα παρατηρούμε πως δε υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ αυτών των δύο μεταβλητών.

Πίνακας 20. Συσχέτιση μεταξύ της ποιότητας ζωής και των ετών διάγνωσης

		Έτη διάγνωσης
	Correlation Coefficient	-.047
Συμπτώματα	Sig. (2-tailed)	.578
	N	141
	Correlation Coefficient	-.057
Λειτουργικότητα	Sig. (2-tailed)	.502
	N	141
	Correlation Coefficient	-.062
Διαπροσωπικές σχέσεις	Sig. (2-tailed)	.464
	N	141
Ευεξία	Correlation Coefficient	.119

	Sig. (2-tailed)	.159
	N	141
	Correlation Coefficient	-.032
Πνευματικότητα	Sig. (2-tailed)	.706
	N	141
	Correlation Coefficient	-.019
Συνολικό σκορ	Sig. (2-tailed)	.824
	N	141

Στη συνέχεια, χρησιμοποιώντας το τεστ Mann-Whitney, εξετάζεται η ποιότητα ζωής σε σχέση με το φύλο. Από τον παρακάτω πίνακα παρατηρούμε πως υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του φύλου και της ευεξίας των ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση, με τις γυναίκες να έχουν υψηλότερο σκορ από τους άντρες.

Πίνακας 21. Στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ της ποιότητας ζωής και του φύλου

	Φύλο	N	Mean Rank	p-value
Συμπτώματα	Άντρας	76	76.53	0.549
	Γυναίκα	72	7.36	
	Total	148		
Λειτουργικότητα	Άντρας	76	75.99	0.662
	Γυναίκα	72	72.93	
	Total	148		
Διαπροσωπικές σχέσεις	Άντρας	76	71.40	0.354
	Γυναίκα	72	77.77	

	Total	148		
Ευεξία	Αντρας	76	67.04	0.029
	Γυναίκα	72	82.38	
	Total	148		
Πνευματικότητα	Αντρας	76	71.70	0.411
	Γυναίκα	72	77.46	
	Total	148		
Συνολικό σκορ	Αντρας	76	69.62	0.154
	Γυναίκα	72	79.65	
	Total	148		

Εν συνεχεία, χρησιμοποιώντας το τεστ Kruskal-Wallis, εξετάζεται η συσχέτιση μεταξύ της ποιότητας ζωής και της εκπαίδευσης των ασθενών. Όπως παρατηρούμε, άτομα με υψηλό εκπαιδευτικό επίπεδο έχουν υψηλότερο σκορ τόσο στο συνολικό σκορ της ποιότητας ζωής, όσο και στον επιμέρους τομέα της πνευματικότητας. Αντίθετα, άτομα χαμηλού εκπαιδευτικού επιπέδου έχουν μικρότερο σκορ σε αυτούς τους τομείς.

Πίνακας 22. Στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ της ποιότητας ζωής και του εκπαιδευτικού επιπέδου

	Εκπαίδευση	N	Mean Rank	p-value
Συμπτώματα	Δημοτικό	34	70.69	0.186
	Γυμνάσιο	29	86.67	
	Λύκειο	48	76,72	
	ΑΕΙ/ΤΕΙ	32	65,47	
	Μεταπτυχιακό	4	45.88	

	Total	147		
	Δημοτικό	34	74.56	0.793
	Γυμνάσιο	29	82.22	
	Λύκειο	48	72.36	
Λειτουργικότητα	ΑΕΙ/ΤΕΙ	32	69.20	
	Μεταπτυχιακό	4	67.63	
	Total	147		
	Δημοτικό	34	79.79	0.549
	Γυμνάσιο	29	77.48	
Διαπροσωπικές	Λύκειο	48	66.64	
σχέσεις	ΑΕΙ/ΤΕΙ	32	73.63	
	Μεταπτυχιακό	4	90.88	
	Total	147		
	Δημοτικό	34	77.40	0.107
	Γυμνάσιο	29	79.95	
	Λύκειο	48	73.26	
Ευεξία	ΑΕΙ/ΤΕΙ	32	60.97	
	Μεταπτυχιακό	4	115.13	
	Total	147		
	Δημοτικό	34	61.79	0.021
	Γυμνάσιο	29	76.07	
	Λύκειο	48	76.24	
Πνευματικότητα	ΑΕΙ/ΤΕΙ	32	74.02	
	Μεταπτυχιακό	4	135.75	
	Total	147		

	Δημοτικό	34	71.28	0.020
	Γυμνάσιο	29	87.66	
	Λύκειο	48	69.17	
Συνολικό σκορ	ΑΕΙ/ΤΕΙ	32	65.02	
	Μεταπτυχιακό	4	128.00	
	Total	147		

Αναφορικά με την οικογενειακή κατάσταση, χρησιμοποιώντας το τεστ Kruskal-Wallis, διαπιστώνουμε ότι οι άγαμοι έχουν χαμηλότερο σκορ ποιότητας ζωής στον τομέα της πνευματικότητας.

Πίνακας 23. Στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ της ποιότητας ζωής και της οικογενειακής κατάστασης

	Οικογενειακή κατάσταση	N	Mean Rank	p-value
	Άγαμος/η	10	82.05	0.257
	Έγγαμος/η	81	68.62	
Συμπτώματα	Διαζευγμένος/η	29	85.74	
	Χήρος/α	28	77.16	
	Total	148		
	Άγαμος/η	10	62.70	0.067
	Έγγαμος/η	81	73.78	
Λειτουργικότητα	Διαζευγμένος/η	29	64.00	
	Χήρος/α	28	91.68	
	Total	148		
Διαπροσωπικές	Άγαμος/η	10	46.55	0.101

σχέσεις	Έγγαμος/η	81	78.31	
	Διαζευγμένος/η	29	79.60	
	Χήρος/α	28	68.16	
	Total	148		
Ευεξία	Άγαμος/η	10	77.15	0.467
	Έγγαμος/η	81	69.59	
	Διαζευγμένος/η	29	79.22	
	Χήρος/α	28	82.88	
	Total	148		
	Άγαμος/η	10	40.10	0.047
Πνευματικότητα	Έγγαμος/η	81	76.75	
	Διαζευγμένος/η	29	82.71	
	Χήρος/α	28	71.77	
	Total	148		
	Άγαμος/η	10	48.45	0.207
	Έγγαμος/η	81	74.07	
Συνολικό σκορ	Διαζευγμένος/η	29	80.50	
	Χήρος/α	28	78.84	
	Total	148		

Τέλος, η ποιότητα ζωής εξετάστηκε σε σχέση με το επάγγελμα των συμμετεχόντων στην έρευνα με το τεστ Kruskal-Wallis, από όπου βρέθηκε ότι δεν υπάρχει κάποια συσχέτιση ούτε στο συνολικό σκορ της ποιότητας ζωής, ούτε και σε επιμέρους διαστάσεις της ποιότητας ζωής.

Πίνακας 24. Στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ της ποιότητας ζωής και της επαγγελματικής απασχόλησης

	Επαγγελματική απασχόληση	N	Mean Rank	p-value
Συμπτώματα	Άνεργος	3	121.67	0.357
	Ιδιωτικός υπάλληλος	17	73.18	
	Δημόσιος υπάλληλος	9	79.50	
	Ελεύθερος επαγγελματίας	28	75.34	
	Οικιακά	16	74.03	
	Συνταξιούχος	70	74.16	
	Άλλο	5	43.30	
	Total	148		
Λειτουργικότητα	Άνεργος	3	50.67	0.866
	Ιδιωτικός υπάλληλος	17	68.50	
	Δημόσιος υπάλληλος	9	65.72	
	Ελεύθερος επαγγελματίας	28	73.50	
	Οικιακά	16	73.72	
	Συνταξιούχος	70	78.99	
	Άλλο	5	70.30	
	Total	148		
Διαπροσωπικές σχέσεις	Άνεργος	3	84.83	0.165
	Ιδιωτικός υπάλληλος	17	75.09	
	Δημόσιος υπάλληλος	9	98.94	
	Ελεύθερος επαγγελματίας	28	78.86	
	Total			

	Οικιακά	16	80,66	
	Συνταξιούχος	70	70,47	
	Άλλο	5	34.60	
	Total	148		
	Άνεργος	3	56.83	0.188
	Ιδιωτικός υπάλληλος	17	66.59	
	Δημόσιος υπάλληλος	9	93.50	
	Ελεύθερος επαγγελματίας	28	89.98	
Ευεξία	Οικιακά	16	80.19	
	Συνταξιούχος	70	67.84	
	Άλλο	5	66.20	
	Total	148		
	Άνεργος	3	67.00	0.062
	Ιδιωτικός υπάλληλος	17	97.29	
	Δημόσιος υπάλληλος	9	86.33	
	Ελεύθερος επαγγελματίας	28	81.86	
Πνευματικότητα	Οικιακά	16	81.91	
	Συνταξιούχος	70	63.09	
	Άλλο	5	75.00	
	Total	148		
	Άνεργος	3	66.50	0.109
Συνολικό σκορ	Ιδιωτικός υπάλληλος	17	79.26	
	Δημόσιος υπάλληλος	9	97.83	

Ελεύθερος επαγγελματίας	28	86.02
Οικιακά	16	82.34
Συνταξιούχος	70	66.38
Άλλο	5	45.20
Total	148	

Στον παρακάτω πίνακα συνοψίζονται οι συσχετίσεις μεταξύ των δημογραφικών στοιχείων των ασθενών, της συνολικής κόπωσης και της ποιότητας ζωής.

Πίνακας 25. Συσχετίσεις μεταξύ των δημογραφικών στοιχείων, της συνολικής κόπωσης και της ποιότητας ζωής

	Συνολική κόπωση	Ποιότητα ζωής
Φύλο	0.131	0.154
Ηλικία	0.542	0.932
Έτη θεραπείας	0.207	0.440
Έτη διάγνωσης	0.040	0.824
Εκπαιδευτικό επίπεδο	0.315	0.020
Οικογενειακή κατάσταση	0.010	0.207
Επάγγελμα	0.035	0.109

Τέλος, διεξήχθη μία παλινδρόμηση, όπου εξαρτημένες μεταβλητές είναι οι διαστάσεις ποιότητας ζωής και ανεξάρτητες μεταβλητές η συνολική κόπωση, η ηλικία, τα χρόνια θεραπείας και η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των ασθενών. Η συνολική κόπωση, η ηλικία, τα χρόνια θεραπείας και η ποιότητα ζωής ερμηνεύουν το 20,3% της μεταβλητότητας της εξαρτημένης μεταβλητής 'συμπτώματα'. Στην περίπτωση της μεταβλητής 'λειτουργικότητα', το ποσοστό αυτό είναι ακόμα πιο μικρό, 13,6%. Αντίθετα, στις διαπροσωπικές σχέσεις οι ανεξάρτητες μεταβλητές

ερμηνεύουν το 26,9% της μεταβλητότητας της εξαρτημένης μεταβλητής, στην ευεξία το 23% και τέλος στην πνευματικότητα το 22,9%. Όπως φαίνεται από τον παρακάτω πίνακα, τα συμπτώματα και η λειτουργικότητα προβλέπουν τη συνολική κόπωση. Επίσης, η λειτουργικότητα, οι διαπροσωπικές σχέσεις, η ευεξία και η πνευματικότητα προβλέπουν την ποιότητα ζωής, αλλά όχι τα συμπτώματα.

Πίνακας 26. Παλινδρόμηση

	Συμπτώματα		Λειτουργικότητα		Διαπροσωπικές σχέσεις		Ευεξία		Πνευματικότητα	
	B	P	B	P	β	P	β	P	β	P
Συνολική κόπωση	-0.394	0.000	0.202	0.022	-0.066	0.410	-0.096	0.245	-0.0074	0.370
Ηλικία	0.038	0.623	0.106	0.188	0.083	0.263	0.055	0.471	-0.062	0.414
Χρόνια θεραπείας	0.046	0.554	0.042	0.596	-0.122	0.100	-0.002	0.977	-0.090	0.234
Ποιότητα ζωής	0.109	0.193	-0.204	0.020	0.473	0.000	0.434	0.000	0.423	0.000

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Αναφορικά με το δείγμα της έρευνας, η πλειοψηφία είναι άντρες, με μέσο όρο ηλικίας 63.92 ± 13.813 ετών, απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, έγγαμοι, συνταξιούχοι, με μέσο όρο ετών θεραπείας 6.26 ± 5.513 έτη και μέσο όρο ετών διάγνωσης τα 8.72 ± 6.449 έτη. Παρομοίως, στην έρευνα των Jadhav και συν., (2014) οι περισσότεροι ασθενείς ήταν άντρες, ηλικίας 61-70 ετών, έγγαμοι και απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, αλλά στο επάγγελμα ήταν άνεργοι. Έγγαμοι άντρες χωρίς κάποια επαγγελματική απασχόληση (συνταξιούχοι) ήταν και η πλειοψηφία των ασθενών του δείγματος στην έρευνα των έρευνα των Costa και συν., (2016), αλλά αντίθετα με την παρούσα έρευνα, σε εκείνη οι ασθενείς στην πλειοψηφία τους είχαν πτυχίο και ήταν ηλικίας 31-50 ετών. Στη μελέτη των Bahgat και συν., (2016) οι περισσότεροι ασθενείς ήταν ηλικίας 50-60 ετών, σχετικά χαμηλού εκπαιδευτικού επιπέδου, αλλά γυναίκες. Τέλος, άντρες, ηλικίας κοντά στα 60 ήταν και οι περισσότεροι ασθενείς στην έρευνα των Shafirour και συν., (2015).

Αναφορικά με την κόπωση, τα αποτελέσματα της έρευνας δεν έδειξαν ιδιαίτερα υψηλά επίπεδα, καθώς ο μέσος όρος του συνολικού σκορ της κόπωσης είναι 25.97 ± 6.105 . Πιο συγκεκριμένα, οι ασθενείς δήλωσαν σε μεγαλύτερο βαθμό ότι κουράζονται εύκολα, ενώ σε μικρότερο βαθμό έχουν πρόβλημα να σκεφτούν καθαρά. Συνολικά, βρέθηκε κόπωση των ερωτηθέντων, αλλά όχι πολύ υψηλή, καθώς τα αποτελέσματα από την FAS δεν ήταν πάνω από 25. Το γεγονός ότι η κόπωση, ανεξαρτήτως αν είναι χαμηλού ή υψηλού επιπέδου, αποτελεί σημαντικό χαρακτηριστικό των ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση αναφέρεται από πολλούς ερευνητές (Mollaoglu, 2009; Sajadi και συν., 2010; Motedayen και συν., 2013; Zyga και συν., 2015; Tsiamis και συν., 2015; Bahgat και συν., 2016). Επίσης, και στην έρευνα των Tsiamis και συν., (2015) οι περισσότεροι ασθενείς είχαν χαμηλά επίπεδα κόπωσης. Ωστόσο, τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας δε συνάδουν με τα ευρήματα της έρευνας του Mollaoglu (2009) στην οποία έχει βρεθεί πολύ υψηλό επίπεδο κόπωσης σε ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση.

Αναφορικά με τη σχέση μεταξύ της κόπωσης και των δημογραφικών στοιχείων των συμμετεχόντων στην έρευνα, τα αποτελέσματα της στατιστικής ανάλυσης κατέδειξαν πως η κόπωση δε σχετίζεται με το φύλο και την ηλικία των ασθενών,

όπως και στην έρευνα των των Zyga και συν., (2015) και των Sajadi και συν., (2010), αλλά ούτε και με τα έτη θεραπείας, σε αντίθεση με την έρευνα των Bahgat και συν.,(2016), του Mollaoglu (2009) και των Sajadi και συν., (2010). Αντίθετα, βρέθηκε ότι η κόπωση σχετίζεται με τα έτη διάγνωσης, καθώς όσο αυξάνονται τα έτη διάγνωσης δεν αυξάνεται παράλληλα και η κόπωση. Επίσης, βρέθηκε συσχέτιση μεταξύ της κόπωσης και του εκπαιδευτικού επιπέδου, ιδίως στα άτομα με υψηλό εκπαιδευτικό επίπεδο, σε αντίθεση με τα ευρήματα της έρευνας των Zyga και συν., (2015) και των Sajadi και συν., (2010). Εκτός των παραπάνω, βρέθηκε επίσης συσχέτιση μεταξύ της κόπωσης και της οικογενειακής κατάστασης, χωρίς, ωστόσο, να υπάρχει κάποια συγκεκριμένη τάση, καθώς οι διαζευγμένοι δηλώνουν σε μεγαλύτερο βαθμό ότι είναι ενοχλημένοι από την κούραση, ενώ οι έγγαμοι ότι κουράζονται πολύ γρήγορα. Το γεγονός ότι οι διαζευγμένοι χαρακτηρίζονται από υψηλό επίπεδο κούρασης βρέθηκε και στην έρευνα των Bahgat και συν., (2016). Τέλος, άτομα που είναι άνεργα έχουν υψηλότερο σκορ κόπωσης, κάτι το οποίο δεν έρχεται σε αντίθεση με τα ευρήματα της μελέτης των Zyga και συν., (2015).

Όσον αφορά στην ποιότητα ζωής των ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση, τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας κατέδειξαν ότι οι ασθενείς που έλαβαν μέρος σε αυτή την έρευνα χαρακτηρίζουν τη συνολική ποιότητα ζωής τους ως καλή. Το εύρημα αυτό έρχεται σε σημαντική αντίθεση με τα ευρήματα προηγούμενων ερευνών (Theofilou, 2011; Jadhav και συν., 2014; Shafipour και συν., 2015; Costa και συν., 2016), βάσει των οποίων ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση χαρακτηρίζονται από χαμηλό επίπεδο ποιότητας ζωής. Υψηλότερο σκορ παρατηρείται στον τομέα των διαπροσωπικών σχέσεων, ενώ χαμηλότερο σκορ παρατηρείται στον τομέα της ευεξίας, κάτι το οποίο συνάδει με την έρευνα των Costa και συν., (2016). Αυτό σημαίνει ότι οι ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση διέπονται από χαμηλά επίπεδα ευεξίας που επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα ζωής τους, αλλά οι διαπροσωπικές τους σχέσεις συμβάλλουν σε ένα καλύτερο επίπεδο ποιότητας ζωής. Το γεγονός ότι οι διαπροσωπικές / κοινωνικές σχέσεις είναι σημαντική παράμετρος της καλύτερης ποιότητας ζωής αναφέρεται και στην έρευνα της Eurostat (2015). Ωστόσο, το εύρημα αυτό έρχεται σε αντίθεση με τα αποτελέσματα της έρευνας της Theofilou (2011) όπου βρέθηκε ότι οι ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση έχουν μειωμένη ποιότητα ζωής στον τομέα των κοινωνικών τους σχέσεων.

Αναφορικά με το κοινωνικοδημογραφικό προφίλ των ασθενών σε συνάρτηση με την ποιότητα ζωής τους, από την έρευνα που διεξήχθη βρέθηκε αρχικά πως η ηλικία σχετίζεται θετικά με τη διάσταση της λειτουργικότητας, όπως και στην έρευνα των Lessan-Pezeshki και Rostami (2009) και Abdelghany και συν., (2016), και αρνητικά με τη διάσταση της πνευματικότητας. Ως προς το φύλο υπάρχει συσχέτιση μόνο στον τομέα της ευεξίας, με τους άντρες να δηλώνουν χαμηλότερο σκορ από τις γυναίκες, αντίθετα από τα ευρήματα της έρευνας των Mingardi και συν., (1999). Επίσης, άτομα με χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο, καθώς και άγαμοι, έχουν χαμηλό σκορ στην ποιότητα ζωής, όπως στην περίπτωση της έρευνας των Abdelghany και συν., (2016), καθώς και στην επιμέρους διάσταση της πνευματικότητας. Ωστόσο, δε βρέθηκε η ποιότητα ζωής να σχετίζεται με τα έτη θεραπείας και τα έτη διάγνωσης, αλλά ούτε και με την επαγγελματική ενασχόληση των ασθενών, όπως στην περίπτωση της έρευνας των Abdelghany και συν., (2016).

Ένα ακόμη εύρημα αυτής της μελέτης είναι ότι υπάρχει αρνητική συσχέτιση μεταξύ της κόπωσης και της ποιότητας ζωής των ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση, όπως βρέθηκε και στην έρευνα των Tsiamis και συν., (2015). Πιο αναλυτικά ακόμα, η κόπωση βρέθηκε ότι σχετίζεται αρνητικά με τα συμπτώματα, τη λειτουργικότητα, την ευεξία και την πνευματικότητα, όπως και στην περίπτωση της έρευνας των Bahgat και συν.,(2016), αλλά δε σχετίζεται καθόλου με τις διαπροσωπικές σχέσεις. Αυτό σημαίνει και πάλι ότι ο τομέας των διαπροσωπικών σχέσεων ενδεχομένως είναι εκείνος που μειώνει την αρνητική επίδραση της κόπωσης στην ποιότητα ζωής των ασθενών. Άλλωστε, δεν θα πρέπει να ξεχνάμε πως η πλειοψηφία των συμμετεχόντων στην έρευνα είναι έγγαμοι, που σημαίνει ότι υπάρχει συντροφικότητα, συζήτηση προσωπικών προβλημάτων και γενικά θετικά συναισθήματα, τα οποία μπορούν να συμβάλλουν σε καλύτερο επίπεδο ποιότητας ζωής, όπως αναφέρεται και στην έρευνα της Eurostat (2015) και όπως βρέθηκε και στην έρευνα των Costa και συν., (2016).

Συνολικά, επομένως, παρατηρούμε ορισμένες διαφοροποιήσεις μεταξύ των αποτελεσμάτων της παρούσας έρευνας και των αποτελεσμάτων προηγούμενων ερευνών, ιδίως ως προς το ότι σε αυτήν την έρευνα ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση δε διέπονται από πολύ υψηλό επίπεδο κόπωσης και χαρακτηρίζουν τη συνολική ποιότητα ζωής τους ως καλή. Ένας παράγοντας που βρέθηκε ότι ενδεχομένως να επηρεάζει θετικά τους ασθενείς ήταν οι διαπροσωπικές σχέσεις, όπως

άλλωστε έχει βρεθεί και σε άλλες έρευνες. Ωστόσο, τα διαφορετικά αποτελέσματα ως προς το επίπεδο κόπωσης και κυρίως ως προς το επίπεδο της ποιότητας ζωής οδηγούν στο συμπέρασμα ότι ίσως θα πρέπει να μελετηθούν και άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν το επίπεδο ζωής.

Για παράδειγμα, η έρευνα της Eurostat (2015) αναφέρει ότι παράγοντες όπως το διαθέσιμο εισόδημα, οι συνθήκες στέγασης και γενικότερα διαβίωσης, όπως και η ασφάλεια και το περιβάλλον μπορούν να επηρεάσουν θετικά ή αρνητικά την ποιότητα ζωής των ατόμων. Παράλληλα, το εισόδημα και το περιβάλλον έχουν αποτελέσει αντικείμενο και άλλων ερευνών που μελέτησαν την κόπωση και την ποιότητα ζωής σε ασθενείς με αιμοκάθαρση. Ως εκ τούτου, θα πρέπει να διερευνηθεί η επίδραση αυτών των παραγόντων στην ποιότητα ζωής των ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Με βάση τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την παρούσα μελέτη, μία μελλοντική έρευνα θα μπορούσε να εξετάσει την επίδραση και άλλων παραγόντων που έχουν βρεθεί ότι επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση, όπως το εισόδημα και το περιβάλλον, αλλά και γενικότερα την επίδραση παραγόντων που σχετίζονται με την ποιότητα ζωής.

Επίσης, αρκετές έρευνες έχουν εστιάσει και στην εξέταση της ψυχικής υγείας (π.χ. κατάθλιψη) σε ασθενείς που πάσχουν από νεφρική ανεπάρκεια και υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση, καθώς και στη συννοσηρότητα. Κατά συνέπεια, μία μελλοντική έρευνα θα μπορούσε να εξετάσει παράλληλα και τα προαναφερθέντα, καθώς έχει βρεθεί ότι η αιμοκάθαρση έχει αρνητικό αντίκτυπο στην ψυχική υγεία των ασθενών που υποβάλλονται σε αυτή, ενώ και η συννοσηρότητα χαρακτηρίζει αυτούς τους ασθενείς, επιβαρύνοντας την ποιότητα ζωής τους.

Τέλος, μία ακόμα μελλοντική έρευνα θα μπορούσε να χρησιμοποιήσει και άλλα εργαλεία τόσο για τη μέτρηση της κόπωσης, όσο και για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής. Μέσα από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση που προηγήθηκε, καταδείχθηκε πως διάφορες έρευνες έχουν χρησιμοποιήσει διάφορα εργαλεία πρωτίστως για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής των ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση. Κατά συνέπεια, μία περαιτέρω έρευνα θα μπορούσε να εστιάσει και σε τυχόν διαφορές που απορρέουν στη μέτρηση της κόπωσης και της ποιότητας ζωής αυτών των ασθενών μέσα από τη χρήση διαφορετικών εργαλείων.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνόγλωσση

1. Αλικάρη Β., Φραδέλος Ε., Σαχλάς Α., Πανουτσόπουλος Γ., Λαβδανίτη Μ., Πάλλα Π., Λάππα Τ., Γιατράκου Σ., Σταθούλης Ι., Μπαμπάτσικου Φ., Ζυγά Σ. (2016) Αξιοπιστία και εγκυρότητα της ελληνικής εκδοχής της κλίμακας "The Fatigue Assessment Scale". *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 32(2), 231-238.
2. Θεοφίλου Π. (2009). Ποιότητα ζωής, κατάθλιψη και άγχος σε ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο: ο ρόλος των αντιλήψεων για την υγεία. *Περιοδικό Νοσηλευτική*, 4(2), 38-46.
3. Ιωαννίδης Ι. (2007). Κλινική Επιδημιολογία. Ιωάννινα: Ιατρική Σχολή Ιωαννίνων.
4. Κωσταγιόλας Π., Καϊτελίδου Δ., Χατζοπούλου Μ. (2008). *Βελτιώνοντας την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας*. Αθήνα: Παπασωτηρίου.
5. Μάτζιου - Μεγαπάνου Β. (2009). *Νεφρολογική Νοσηλευτική*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος.
6. Μηνασίδου Ε., Λεμονίδου Χ. (2005). Ποιότητα ζωής ατόμων με χρόνια νοσήματα και η θεωρία της Κοινωνικής Παραγωγής Λειτουργιών. *Νοσηλευτική*, 44(2), 202-211.
7. Νάκου Σ. (2001). Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής στο χώρο της υγείας. Εφαρμογές στην παιδιατρική. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 18(3), 254-266.
8. Υφαντόπουλος Γ.Ν. (2007). Μέτρηση της ποιότητα ζωής και το ευρωπαϊκό υγειονομικό μοντέλο. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 24(συμπλ. 1), 6-18.

Ξενόγλωσση

1. Abdelghany M.A., Elgohary E.E., Nienaa Y.A. (2016). Assessment of Health-Related Quality of Life in Patients Receiving Regular Hemodialysis. *Journal of Nephrology & Therapeutics*, 6(2), 246-250.

2. Bahgat Z.F., Bahgat R.S., El-azazy H.M. (2016). The Effect of Fatigue on Daily Living Activities for Adults Undergoing Hemodialysis. *IOSR Journal of Nursing and Health Science*, 5(3), 82-89.
3. Balaban O.D., Aydin E., Keyvan, A., Yazar M.S., Tuna O., Ozguven H.D. (2017). Psychiatric Comorbidity, Sexual Dysfunction, and Quality of Life in Patients Undergoing Hemodialysis: A Case-Control Study. *Archives of Neuropsychiatry*, DOI: 10.5152/npa.2016.12677.
4. Costa G.M.A., Pinheiro M.B.G.N., de Medeiros S.M., Costa R.R., Cossi M.S. (2016). Quality of life of patients with chronic kidney disease undergoing hemodialysis. *Enfermeria Global*, 43, 87-99.
5. Creswell J.W. (2011). *Η έρευνα στην εκπαίδευση. Σχεδιασμός, διεξαγωγή και αξιολόγηση της ποσοτικής και της ποιοτικής έρευνας*. Αθήνα: Έλλην.
6. Cruz M.C., Andrade C., Urrutia M., Draibe S., Nogueira-Martins L.A., Cintra Sesso R.C. (2011). Quality of life in patients with chronic kidney disease. *Clinics*, 66(6), 991-995.
7. De Abreu M.M., Walker D.R., Sesso R.C., Ferraz M.B. (2011). Health-Related Quality of Life of Patients Receiving Hemodialysis and Peritoneal Dialysis in São Paulo, Brazil: A Longitudinal Study. *Value in Health*, 14, 119-121.
8. De Vries J., Michielsen H., Van Heck G.L., Drent M. Measuring fatigue in sarcoidosis: the Fatigue Assessment Scale (FAS). *Br J Health Psychol*. 2004; 9: 279-291.
9. Eurostat (2015). Quality of life. Ανακτήθηκε από: <http://ec.europa.eu/eurostat/documents/3217494/6856423/KS-05-14-073-EN-N/>
10. Fried L., Arnold R., Fine M., Levenson D., Peterson R., Switzer G. (2005). Prevalence, severity, and importance of physical and emotional symptoms in chronic hemodialysis patients. *Journal of the American Society of Nephrology*, 16(8), 2487–2494.
11. Green S.B., Salkind N.J. (2008). *Using SPSS for Window and Macintosh: Analyzing and understanding data*. Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall.
12. Gregory I. (2003). *Ethics in research*. New York: Ian Gregory.
13. Hancock T., Labonte R., Edwards R. (1999). *Indicators that count! - Measuring population health at the community level*. Ottawa: Health Canada.

14. Hardy S.E., Studenski S.A.J. (2010). Qualities of fatigue and associated chronic conditions among older adults. *Pain Symptom Management*, 39(6), 1033-1042.
15. Jackson R. (2011). Challenges of residential and community care: ‘the times they are a-changing. *Journal of Intellectual Disability Research*, 55(9), 933-944.
16. Jadhav B.S., Dhavale H.S., Dere S.S., Dadarwla D.D. (2014). Psychiatric morbidity, quality of life and caregiver burden in patients undergoing hemodialysis. *Medical Journal of D.Y. Patil University*, 7(6), 722-727.
17. Kamble D.S., Shinde M.B. (2015). Factors Affecting Quality of Life among Hemodialysis Patients. *International Journal of Science and Research*, 6(1), 572-576.
18. Krupp L.B.(2003). *Fatigue*. Philadelphia: Butterworth Heinemann.
19. Laine C., Davidoff F. (1996). Patient - centered medicine. A professional evolution. *The Journal of the American Medical Association*, 275, 152-156.
20. Lessan-Pezeshki M., Rostami Z. (2009). Contributing Factors in Health-Related Quality of Life Assessment of ESRD Patients: A Single Center Study. *International Journal of Nephrology and Urology*, 1(2), 129-136.
21. Lopes A.A., Bragg J., Young, A., *et al* (2002). Depression as a predictor of mortality and hospitalization among hemodialysis patients in the United States and Europe in the Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS). *Kidney International*, 62, 199–207.
22. Marcora S.M., Staiano W., Manning V.J. (2009). Mental fatigue impairs physical performance in humans. *Applied Physiology*, 106(3), 857-864.
23. Michielsen HJ, De Vries J, Van Heck GL. Psychometric qualities of a brief self-rated fatigue measure: The Fatigue Assessment Scale. *J Psychosom Res.* 2003; 54: 345-352.
24. Mingardi G., Cornalba L., Cortinovis E., Ruggiata R., Mosconi P., Apolone G. (1999). Health-related quality of life in dialysis patients. A report from Italian study using SD-36 Health Survey. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 14, 1503-1510.
25. Mollaoglu M. (2009). Fatigue in People Undergoing Hemodialysis. *Dialysis & Transplantation*, 38(6), 1-5.
26. Motedayen Z., Nehrir B., Tayebi A., Ebadi A., Einollahi B. (2014). The Effect of the Physical and Mental Exercises During Hemodialysis on Fatigue: A Controlled Clinical Trial. *Nephro-Urology Monthly*, 6(4), e14686.

27. Ramkumar N., Beddhu S., Eggers P., Pappas L.M., Cheung A.K. (2005). Patient preferences for in-center intense hemodialysis. *Hemodialysis International*, 9, 281– 295.
28. Sajadi A., Farahani F., Zanjami E., Durmanesh B., Zare M. (2010). Factors affecting fatigue in chronic renal failure patients treated with hemodialysis. *Iranian Journal of Critical Care Nursing*, 3(1), 33-38.
29. Shafipour V., Alhani F., Kazemnejad A. (2015). A survey of the quality of life in patients undergoing hemodialysis and its association with depression, anxiety and stress. *Journal of Nursing and Midwifery Sciences*, 2(2), 29-35.
30. Theofilou P (2011). Quality of Life in Patients Undergoing Hemodialysis or Peritoneal Dialysis Treatment. *Journal of Clinical Medicine Research*, 3(3), 132-138.
31. Townsend-White C., Phaml A., Vassos M. (2012). Systematic review of quality of life measures for people with intellectual disabilities and challenging behaviors. *Journal of Intellectual Disability Research*, 56(3), 270-284.
32. Theofilou P., Kapsalis,P., Panagiotaki H. (2012). Greek version of MVQOLI - 15: Translation and cultural adaptation. *International Journal of Caring Sciences*, 5(3), 289-294.
33. Theofilou P., Aroni A., Ralli M., Gouzou M., Zyga S. (2013). Measuring Health: Related Quality of Life in Hemodialysis Patients. Psychometric Properties of the Missoula-VITAS Quality of Life Index (MVQOLI-15) in Greece. *Health Psychology Research*, 1(2), e17. <http://doi.org/10.4081/hpr.2013.e17>
34. Tsiamis G., Alikari V., Fradelos E., Papapetrou S., Zyga S. (2015). Assessment of Quality of Life and Fatigue among Haemodialysis Patients. *American Journal of Nursing Science. Special Issue: Mental Health Care: Aspects, Challenges and Perspectives*, 4(2-1), 66-73.
35. Yfantopoulos J. (2001). The "Social" Quality of Life. *Archives of Hellenic Medicine*, 18(2), 114-130.
36. Yusop, N.B., Yoke, M.C., Shariff, Z.M., Beng, H.C. (2013). Factors Associated with Quality of Life among Hemodialysis Patients in Malaysia. *PLoS ONE*, 8(12): e84152, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0084152>.

37. Wells, H.M. (1975). A trial of fenfluramine (PACaps) and diet in overweight diabetic patients. *Postgraduate Medical Journal*, 51(Suppl1), 137.
38. WHO (1997). WHOQOL. Measuring quality of life. Ανακτήθηκε από: http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf
39. Zyga S., Alikari V., Sachlas A., Fradelos E.C., Stathoulis J., Panoutsopoulos G., Georgopoulou M., Theophilou P., Lavdaniti M. (2015). Assessment of Fatigue in End Stage Renal Disease Patients Undergoing Hemodialysis: Prevalence and Associated Factors. *Medical Archives*, 69(6), 376-380.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Αγαπητέ κύριε / κυρία,

Ονομάζομαι Ντελή Μαγδαληνή και στο πλαίσιο της μεταπτυχιακής μου εργασίας στο Τμήμα Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου εκπονώ έρευνα με στόχο την αξιολόγηση της κόπωσης και της εκτιμώμενης ποιότητας ζωής σε ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση. Για το λόγο αυτό θα σας παρακαλούσα να συμπληρώσετε τα παρακάτω ερωτηματολόγια.

Η συμμετοχή σας είναι εθελοντική και ταυτόχρονα σημαντική για την ολοκλήρωση της έρευνας. Για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου δε θα χρειαστείτε περισσότερο από 15'. Θα τηρηθεί πλήρης ανωνυμία των στοιχείων σας, ενώ τα δεδομένα που θα συλλεχθούν θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για τους σκοπούς αυτής της έρευνας. Τα δεδομένα θα επεξεργαστούν ομαδικά. Μπορείτε να αποσυρθείτε από την έρευνα οποιαδήποτε στιγμή επιθυμείτε, χωρίς οποιαδήποτε αρνητική συνέπεια. Στην περίπτωση που επιθυμείτε να αποσυρθείτε μετά από τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου και μέχρι τις 30.9.2016, παρακαλείσθε να ενημερώσετε την ερευνήτρια στο

Σε περίπτωση που επιθυμείτε να σας κοινοποιηθούν τα αποτελέσματα της έρευνας, παρακαλώ σημειώστε μία διεύθυνση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου:.....

Σας ευχαριστώ εκ των προτέρων για το χρόνο σας.

Με εκτίμηση,

Ντελή Μαγδαληνή

Fatigue Assessment Scale (FAS)

Όνοματεπώνυμο ασθενή (προαιρετικά):.....

Ημερομηνία:.....

Οι παρακάτω δέκα δηλώσεις αναφέρονται για το πώς συνήθως αισθάνεστε. Ανά δήλωση, μπορείτε να επιλέξετε μία από τις πέντε απαντήσεις, που κυμαίνονται από το ποτέ μέχρι το Πάντα.

Παρακαλώ κυκλώστε την απάντηση σε κάθε ερώτηση που ισχύει για εσάς.

Παρακαλώ δώστε μια απάντηση σε κάθε ερώτηση, ακόμα και αν δεν έχετε οποιοδήποτε παράπονο αυτή τη στιγμή.

1= Ποτέ, 2= Μερικές φορές, 3= Τακτικά, 4= Συχνά, 5= Πάντα

*ΠΟΤΕ ΜΕΡΙΚΕΣ ΤΑΚΤΙΚΑ ΣΥΧΝΑ ΠΑΝΤΑ
ΦΟΡΕΣ*

1	Είμαι ενοχλημένος από την κούραση.	1	2	3	4	5
2	Κουράζομαι πολύ γρήγορα.	1	2	3	4	5
3	Δεν κάνω πολλά κατά τη διάρκεια της ημέρας	1	2	3	4	5
4	Έχω αρκετή ενέργεια για την καθημερινή ζωή	1	2	3	4	5
5	Φυσικά, αισθάνομαι εξαντλημένος	1	2	3	4	5
6	Έχω προβλήματα να ξεκινήσω τα πράγματα	1	2	3	4	5
7	Έχω πρόβλημα να σκεφτώ καθαρά	1	2	3	4	5
8	Δεν αισθάνομαι καμία επιθυμία να κάνω οτιδήποτε.	1	2	3	4	5
9	Διανοητικά, αισθάνομαι εξαντλημένος	1	2	3	4	5

10	Όταν κάνω κάτι, μπορώ να συγκεντρωθώ αρκετά καλά	1	2	3	4	5
----	--	---	---	---	---	---

Όνοματεπώνυμο ασθενή (προαιρετικά).....

Ημερομηνία.....

MISSOULA - VITAS® QUALITY OF LIFE INDEX

VERSION – 15R

© Copyright 2004 by VITAS Healthcare Corporation, Miami, FL and Ira R. Byock, MD, Missoula, MT. Do not reproduce without permission.

Μετάφραση-Πολιτισμική Προσαρμογή: Δρ. Παρασκευή Θεοφίλου

ΟΔΗΓΙΕΣ:

Σημειώστε το βαθμό στον οποίο συμφωνείτε ή διαφωνείτε με τις παρακάτω προτάσεις κυκλώνοντας κάθε φορά μία απάντηση. Αν κάνετε λάθος ή αλλάξετε γνώμη, διαγράψτε με ένα X τη λάθος απάντηση και κυκλώστε τη σωστή απάντηση. Παρακαλούμε να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις. Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων.

ΣΦΑΙΡΙΚΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

Πώς θα βαθμολογούσατε τη συνολική ποιότητα ζωής σας;

1	2	3	4	5
Πολύ Φτωχή	Φτωχή	Μέτρια	Καλή	Πολύ καλή

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

1. Αισθάνομαι άρρωστος/η συνέχεια.

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

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

4	3	0	-3	-4
Συμφωνώ Απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα

3. Η σωματική ενόχληση εμποδίζει κάθε ευκαιρία για διασκέδαση.

5	4	3	2	1
Συμφωνώ Απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα

ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ

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

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

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

4	3	0	-3	-4
Συμφωνώ Απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα

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

5	4	3	2	1
Συμφωνώ Απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα

ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ

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

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

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

4	3	0	-3	-4
Συμφωνώ Απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα

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

5	4	3	2	1
Συμφωνώ Απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα

ΕΥΕΞΙΑ

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

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

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

4	3	0	-3	-4
Συμφωνώ Απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα

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

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

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

ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

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

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

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

-4	-3	0	3	4
Συμφωνώ Απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα

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

5	4	3	2	1
Συμφωνώ Απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα

Δημογραφικά Στοιχεία

A.1. Πότε γεννηθήκατε;

1	9		
---	---	--	--

A.2. Φύλο:

Άνδρας

1

Γυναίκα

2

A.3. Σε ποια περιοχή μένετε;

A.4. Ποιο επίπεδο εκπαίδευσης έχετε ολοκληρώσει;

Δημοτικό

1

Γυμνάσιο

2

Λύκειο

3

ΑΕΙ/ΤΕΙ

4

Μεταπτυχιακά

5

A.5. Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;

Άγαμος/η

1

Έγγαμος/η

2

Διαζευγμένος/η

3

Χήρος/α

4

Α.6. Ποια είναι η επαγγελματική σας απασχόληση;

Άνεργος Φοιτητής	Ιδιωτικός Άλλο	Δημόσιος	Ελεύθερος	Οικιακά	Συντ/χος
	Υπάλληλος	Υπάλληλος	Επαγγελματίας		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6
7	8				

Χρόνια Θεραπείας:

Χρόνια από τότε που έγινε η διάγνωση:.....

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ



ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΣ ΣΥΝΔΕΣΜΟΣ ΝΕΦΡΟΠΑΘΩΝ
ΥΠΟ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ ή ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ

ΒΑΣ. ΣΟΦΙΑΣ 90 - Τ.Κ. 115 28 Τηλ.: 210 7771176 - 210 7771808 • Fax: 210 7771848

Αθήνα 02/06/2017

Α.Π. 80

ΒΕΒΑΙΩΣΗ

Βεβαιώνουμε ότι η κ. Ντελή Μάγδα, σε συνεργασία με τον Πανελλήνιο Σύλλογο Νεφροπαθών, παρέδωσε 200 ερωτηματολόγια σε Ασθενείς υπό Αιμοκάθαρση, σε Δημόσιες και Ιδιωτικές Μονάδες Τεχνητού Νεφρού σε κλειστό φάκελλο. Επεστράφησαν 149 συμπληρωμένα ερωτηματολόγια.

Το θέμα της Μεταπτυχιακής εργασίας είναι:

" Αξιολόγηση κόπωσης και Ποιότητας Ζωής σε Ασθενείς που υποβάλλονται σε Αιμοκάθαρση"

Για το ΔΣ

Ο Πρόεδρος

