



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ**  
**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ**  
**ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ**

**Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ**  
**ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟ ΚΑΙ Η ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΜΕ**  
**ΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΤΙΣ ΓΝΩΣΙΑΚΕΣ ΤΟΥΣ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ**

**ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ Χ. ΦΡΑΔΕΛΟΣ**

**ΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΠΤΥΧΙΟΥΧΟΣ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**  
**ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ**

**MSc «ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ: ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΩΝ**  
**ΘΕΜΑΤΩΝ ΜΕ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ»**

**ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗΣ ΕΘΝΙΚΟΥ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ**  
**ΑΘΗΝΩΝ**

**ΣΠΑΡΤΗ 2018**



Copyright © 2018 ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ Χ. ΦΡΑΔΕΛΟΣ

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος, All rights reserved

Η παρούσα εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο της διδακτορικής διατριβής «Η επίδραση της πνευματικότητας στην ποιότητα ζωής και την ψυχική υγεία στη χρόνια νεφρική νόσο και η συσχέτισή της με γνωσιακές αντιλήψεις». Η έγκρισή της δεν υποδηλώνει απαραίτητως και την αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου.

Βεβαιώνω ότι η παρούσα εργασία είναι αποτέλεσμα δικής μου εργασίας 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:

## **ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ**

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ  
ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟ ΚΑΙ Η ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ  
ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΤΙΣ ΓΝΩΣΙΑΚΕΣ ΤΟΥΣ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ

**Ευάγγελος Χ. Φραδέλος**

## **ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ**

**Ζυγά Σοφία**, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου  
Πελοποννήσου (Επιβλέπουσα Καθηγήτρια)

**Κούκια Ευμορφία**, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής Εθνικού  
και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών

**Τζαβέλλα Φωτεινή**, Επίκουρος Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής  
Πανεπιστημίου Πελοποννήσου

## **ΕΠΤΑΜΕΛΗΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ**

**Ζυγά Σοφία**, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου  
Πελοποννήσου (Επιβλέπουσα Καθηγήτρια)

**Τσιρώνη Μαρία**, Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου  
Πελοποννήσου

**Κούκια Ευμορφία**, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής Εθνικού  
και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών

**Πρεζεράκος Παναγιώτης**, Αναπληρωτής Καθηγητής Τμήματος Νοσηλευτικής  
Πανεπιστημίου Πελοποννήσου

**Σπυριδάκης Εμμανουήλ**, Αναπληρωτής Καθηγητής Τμήματος Κοινωνικής και  
Εκπαιδευτικής Πολιτικής Πανεπιστημίου Πελοποννήσου

**Τζαβέλλα Φωτεινή**, Επίκουρος Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής  
Πανεπιστημίου Πελοποννήσου

**Τζιαφέρη Στυλιανή**, Επίκουρος Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου  
Πελοποννήσου

*Στους γονείς μου που παρά τις αντιξοότητες της ζωής φέραν εις πέρας το πολύμορφο  
και πολύμοχθο έργο της γονεϊκότητας επτά φορές.  
Στα αδέρφια μου για την αγάπη και την υποστήριξη τους όλα αυτά τα χρόνια.  
Στη δασκάλα μου, η οποία υπήρξε συνεχής αρωγός και εμπνευστής κατά τη διάρκεια  
εκπόνησης της διατριβής αυτής.  
Και στους ασθενείς για το μάθημα ζωής που μας δίνουν καθημερινά.*

*«Συχνά συγχέουμε την πνευματική γνώση με την πνευματική ανάπτυξη. Η πνευματικότητα δεν είναι θέμα της γνώσης των γραφών και συμμετοχής σε φιλοσοφικές συζητήσεις. Είναι θέμα καλλιέργειας καρδιάς και ανυπολόγιστης δύναμης».*

**Μαχάτμα Γκάντι**

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η εκπόνηση διδακτορικής διατριβής αποτελεί σταθμό στη σταδιοδρομία κάθε επιστήμονα. Η απόκτηση του ανώτατου ακαδημαϊκού τίτλου του διδάκτορα του Τμήματος Νοσηλευτικής της Σχολής Επιστημών Ανθρώπινης Κίνησης και Ποιότητας Ζωής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου, αποτέλεσε για μένα πρόκληση και ταυτόχρονα όνειρο ζωής. Πρόκειται για μια μακρά και επίπονη εκπαιδευτική διαδικασία. Ωστόσο, έχει και μια βαθύτερη ανθρωπιστική διάσταση, καθώς προσπαθείς μέσω της έρευνας να προσφέρεις νοσηλευτική φροντίδα, η οποία έχει βαθύτερες επιδράσεις.

Η παρούσα διδακτορική διατριβή εκπονήθηκε στο Τμήμα Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου υπό την επίβλεψη της Αναπληρώτριας Καθηγήτριας κ. Σοφίας Ζυγά. Δεν θα μπορούσα παρά να ξεκινήσω ευχαριστώντας από τα βάθη της καρδιάς μου την επιβλέπουσά μου, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου και Αντιπρύτανη Έρευνας και Δια Βίου Εκπαίδευσης του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου κ. Σοφία Ζυγά. Τόσο για τη μοναδική ευκαιρία που μου έδωσε να ασχοληθώ με την έρευνα και να γνωρίσω τα προβλήματα των ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση, όσο και για της αξίες που της οποίες μου εμφύσησε όλα αυτά τα χρόνια που συνεργαστήκαμε. Κατά τη διάρκεια της εκπόνησης αυτής της διδακτορικής διατριβής υποστήριξε θερμά την ιδέα μου και ήταν δίπλα μου σε όλη την πορεία της εκπόνησης, με παρατηρήσεις, συμβουλές και ενέσεις ενθάρρυνσης.

Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω από τα βάθη της καρδιάς μου την κ. Τζαβέλλα Φωτεινή, Επίκουρο Καθηγήτρια του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου για τη συνεργασία και την υποστήριξη κάθε φορά που χρειαζόταν. Ήταν ιδιαίτερη τιμή για εμένα να αποτελεί μέλος της τριμελούς επιτροπής της διατριβής μου.

Σε αυτό το σημείο θέλω να εκφράσω ένα μεγάλο ευχαριστώ στην κ. Κούκια Ευμορφία, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια του Τμήματος Νοσηλευτικής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών για τη συνεργασία, την καθοδήγηση και τη στήριξη κάθε φορά που χρειαζόταν.



Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω ιδιαίτερα τη διδάκτορα του τμήματος Βικτώρια Αλικάρη, καθώς επίσης τους κ.κ. Ιωάννα Παπαθανασίου και Κωνσταντίνο Τσάρα, Επίκουρους καθηγητές του Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Θεσσαλίας, για την πολύτιμη βοήθεια και συμπαράσταση όλα αυτά τα χρόνια.

Τους συνάδελφους νοσηλευτές που βοήθησαν στη διανομή των ερωτηματολογίων κ.κ. Αδαμαντία Αρώνη, Μαργίτσα Σκοπελίτου, Περιστέρα Πάλλα, Γκουτζιβελάκη Αθανάσιο, Ματθία Κοτζιά, Μαρία Ράλλη, Γιάννη Μώσογλου, Έλενα Μπακόλα και Τζαννή Πολυκανδριώτη.

Επίσης, θα ήθελα να απευθύνω θερμές ευχαριστίες στους Διευθυντές, Προϊστάμενους και στο προσωπικό των Μονάδων Τεχνητού Νεφρού, στις οποίες διεξήχθη η έρευνα, για την εγκάρδια υποδοχή τους και τη διευκόλυνση της ερευνητικής διαδικασίας κατά τη διανομή και συμπλήρωση των ερωτηματολογίων.

Τέλος, θα ήθελα να πω ένα μεγάλο ευχαριστώ σε όλους τους ασθενείς, οι οποίοι παρόλο που υποβάλλονται στην επίπονη και ψυχοφθόρα διαδικασία της αιμοκάθαρσης, δέχθηκαν να συμμετάσχουν στην έρευνα. Ιδιαίτερα, όμως, στον καθένα από αυτούς οφείλω ευγνωμοσύνη για το μάθημα ζωής που μου χάρισε μέσα από τη συναναστροφή μας στο πλαίσιο εκπόνησης αυτής της διδακτορικής διατριβής. Με έμαθαν ότι υπάρχει ζωή αληθινή ακόμα και όταν κάποιος είναι άρρωστος.....

## Περιεχόμενα

<b>ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ</b> .....	8
<b>ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ</b> .....	14
Περίληψη .....	15
Abstract.....	17
<b>ΠΡΟΛΟΓΟΣ</b> .....	19
<b>ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</b> .....	23
Κεφάλαιο 1: Χρόνια Νεφρική Νόσος: Κλινικά χαρακτηριστικά και ψυχοκοινωνικές διαστάσεις .....	24
Εισαγωγή .....	24
1.1. Κλινικά Χαρακτηριστικά της Χρόνιας Νεφρικής Νόσου .....	25
1.1.1.Ορισμός και Ταξινόμηση.....	25
1.1.2. Επιδημιολογία.....	26
1.1.3. Κλινικά Χαρακτηριστικά και Επιπλοκές.....	27
1.1.4. Παράγοντες κινδύνου .....	27
1.1.5. Θεραπευτικές μέθοδοι .....	29
1.2. Ψυχοκοινωνικές διαστάσεις της Χρόνιας Νεφρικής Νόσου .....	30
1.2.1 Η Ψυχική Καταπόνηση της Χρόνιας Νεφρικής Νόσου .....	30
1.2.2.Κατάθλιψη στη ΧΝΝ .....	31
1.2.3. Άγχος και ΧΝΝ .....	32
1.2.4. Διαταραχές του ύπνου και ΧΝΝ .....	34
1.2.5. Κόπωση και ΧΝΝ.....	35
1.2.6.Επιδράσεις της ΧΝΝ στη σεξουαλικότητα, την αυτοεικόνα και την αυτοεκτίμηση του ατόμου .....	35
1.3. Ποιότητα ζωής και ΧΝΝ .....	37
Κεφάλαιο 2: Η έννοια της πνευματικότητας ορισμός, μέτρηση και θεωρητικές προσεγγίσεις στη νοσηλευτική επιστημολογία και βιβλιογραφία.....	38
Εισαγωγή .....	38
2.1. Η έννοια της Πνευματικότητας .....	38
2.2. Πνευματικότητα και Θρησκευτικότητα.....	44
2.3. Η Πνευματικότητα στη Νοσηλευτική Επιστημολογία και Βιβλιογραφία... 47	
2.3.1. Πνευματικότητα και Νοσηλευτικές Θεωρίες .....	49
2.3.1.1 Η Έννοια της Πνευματικότητας στις Μεγάλες Νοσηλευτικές Θεωρίες με βάση τις Ανθρώπινες Ανάγκες .....	50
2.3.1.1.1 Florence Nightingale: Τι είναι νοσηλευτική και τι δεν είναι.....	50

2.3.1.1.2. Η Πνευματική Διάσταση του Ατόμου μέσα από το Θεωρητικό Μοντέλο Συστημάτων της Betty Neuman .....	51
2.3.1.2. Η Έννοια της Πνευματικότητας στις Μεγάλες Νοσηλευτικές Θεωρίες με βάση τη Διαδικασία Αλληλεπίδρασης.....	53
2.3.1.2.1. Η Πνευματικότητα στα έργα της Jean Watson «Η Επιστήμη της Φροντίδας ως Ιερή Επιστήμη» και «Νοσηλευτική: Ανθρωπιστική Επιστήμη και Ανθρωπιστική Φροντίδα: Μια Θεωρία Νοσηλευτικής» .....	53
2.3.1.2.2. Η Έννοια της Πνευματικότητας στο Διασυστηματικό Μοντέλο της Barbara M. Artinian.....	54
2.3.1.3 Η Πνευματικότητα στις Θεωρίες που βασίζονται στις Ενοποιητικές Διαδικασίες των Θεωριών της Margaret Newman's: Theory of Health και της Rosemary Parse's: Human Becoming Theory.....	56
2.3.1.4. Η Έννοια της Πνευματικότητας στις Νοσηλευτικές Θεωρίες Μεσαίου Πεδίου.....	59
2.3.1.4.1. Η Θεωρία της Πνευματικής Ευημερίας στην Ασθένεια.....	59
2.3.1.4.2. Η Θεωρία των Nardi & Rooda's για Νοσηλευτική Πρακτική Βασισμένη την Πνευματικότητα .....	60
2.3.1.4.3. Άλλες Θεωρίες Μεσαίου Πεδίου που στηρίζονται σε Δομικά Χαρακτηριστικά της Πνευματικότητας .....	61
2.3.2. Η Πνευματικότητα στη Σύγχρονη Νοσηλευτική Βιβλιογραφία και Πρακτική .....	63
2.4. Μέτρηση της Πνευματικότητας .....	68
2.4.1. Κλίμακες που μετρούν την Πνευματικότητα ως Μονοδιάστατη Έννοια. 68	
2.4.2. Κλίμακες που μετρούν την Πνευματικότητα ως μια Πολυδιάστατη Έννοια .....	71
2.4.3. Κλίμακες που μετρούν την Πνευματικότητα ως διάσταση της Ποιότητας Ζωής .....	73
<b>Κεφάλαιο 3. Η Επίδραση της Πνευματικότητας σε Ψυχικές Παραμέτρους ...</b>	<b>77</b>
3.1 Η Επίδραση της Πνευματικότητας στην Ψυχική Υγεία.....	77
3.2 Η Επίδραση της Πνευματικότητας στις Αντιλήψεις για τη Νόσο.....	82
3.3 Η Επίδραση της Πνευματικότητας στην Ποιότητα Ζωής .....	86
3.4. Η επίδραση της πνευματικότητας σε ψυχικές παραμέτρους στη Χρόνια Νεφρική Νόσο: Μια κριτική ανασκόπηση μελετών της τελευταίας πενταετίας.....	89
Συμπεράσματα.....	97
<b>Ε Ι Δ Ι Κ Ο Μ Ε Ρ Ο Σ.....</b>	<b>98</b>
<b>4<sup>ο</sup> Κεφάλαιο: Μεθοδολογία της ερευνητικής μελέτης .....</b>	<b>99</b>
4.1. Σκοπός και ερευνητικά ερωτήματα της μελέτης .....	99

Συμβολή στην Νοσηλευτική Επιστήμη .....	100
4.2. Μεθοδολογία και Ερευνητικός σχεδιασμός.....	101
4.3. Μέθοδος συλλογής δεδομένων – Εργαλεία μέτρησης .....	102
4.4. Η Μετάφραση στην Ελληνική γλώσσα, γλωσσική εγκυρότητα, και εγκυρότητα περιεχομένου της κλίμακας Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being Scale (FACIT-Sp-12) – Λειτουργική εκτίμηση στη θεραπεία της χρόνιας νόσου- Κλίμακα Πνευματικής Ευεξίας 105	
4.5. Στατιστική Ανάλυση.....	107
5 <sup>ο</sup> Κεφάλαιο: Αποτελέσματα .....	109
5.1. 1 <sup>η</sup> φάση - Αποτελέσματα μετάφρασης, πολιτισμικής προσαρμογής, αξιοπιστίας και εγκυρότητας της κλίμακας Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being Scale (FACIT-Sp-12) – Λειτουργική εκτίμηση στη θεραπεία της χρόνιας νόσου- Κλίμακα Πνευματικής Ευεξίας και εκτίμηση της πνευματικότητας στη ΧΝΝ.....	109
5.2. 2 <sup>η</sup> φάση - Αποτελέσματα κυρίου μέρους της μελέτης.....	128
A. ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ .....	128
A.1 Χαρακτηριστικά του Δείγματος .....	128
A.2 Αξιοπιστία των Κλιμάκων.....	131
B. ΕΠΑΓΩΓΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ.....	140
B.1 Πνευματικότητα και Χαρακτηριστικά των ασθενών.....	140
B.2 Επίδραση της Πνευματικότητας στην Ποιότητα Ζωής.....	149
B.3 Επίδραση της Πνευματικότητας στην Ψυχική Υγεία .....	167
B.4 Επίδραση της Πνευματικότητας στις Αντιλήψεις για τη Νόσο .....	203
Κεφάλαιο 6 <sup>ο</sup> :Συζήτηση των Αποτελεσμάτων.....	228
6.1. Η στάθμιση του ερωτηματολογίου Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being Scale (FACIT-Sp-12) – Λειτουργική εκτίμηση στη θεραπεία της χρόνιας νόσου- Κλίμακα Πνευματικής Ευεξίας .....	229
6.2. Η αξιολόγηση της Πνευματικότητας στη ΧΝΝ με τη χρήση του ερωτηματολογίου Functional Assessment of Chronic Illness Therapy- Spiritual Well-Being Scale (FACIT-Sp-12) – Λειτουργική εκτίμηση στη θεραπεία της χρόνιας νόσου- Κλίμακα Πνευματικής Ευεξίας .....	232
6.3. Ποιότητα Ζωής στη ΧΝΝ και η επίδραση της Πνευματικότητας στην Ποιότητα Ζωής .....	234
6.3.1. Ποιότητα Ζωής στη ΧΝΝ.....	234
6.3.2. Η επίδραση της Πνευματικότητας στην Ποιότητα Ζωής στη ΧΝΝ.....	237

6.4. Ψυχιατρική Συμπτωματολογία στη ΧΝΝ και η επίδραση της Πνευματικότητας στην σε αυτή.....	240
6.4.1. Ψυχιατρική Συμπτωματολογία στη ΧΝΝ.....	240
6.4.2. Η επίδραση της Πνευματικότητας στην εμφάνιση και ένταση ψυχιατρικών συμπτωμάτων σε ασθενείς με ΧΝΝ .....	244
6.5. Αντιλήψεις για τη Νόσο στη ΧΝΝ και η επίδραση της Πνευματικότητας στις Αντιλήψεις για τη Νόσο .....	246
6.5.1. Αντιλήψεις για τη Νόσο στη ΧΝΝ.....	246
6.5.1. Η επίδραση της Πνευματικότητας στις Αντιλήψεις για τη Νόσο στη ΧΝΝ .....	248
Κεφάλαιο 7: Συμπεράσματα .....	251
Κεφάλαιο 8: Εφαρμογές στη Νοσηλευτική Πρακτική .....	254
Αντί Επιλόγου.....	255
Βιβλιογραφία .....	256
Παραρτήματα .....	288

## **ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ**

**MTN:** Μονάδα Τεχνητού Νεφρού

**ΠΖ:** Ποιότητα Ζωής

**ΠΚ:** Περιτοναϊκή Κάθαρση

**ΣΥΠΖ:** Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής

**ΤΣΧΝΝ:** Τελικό Στάδιο Χρόνιας Νεφρικής Νόσου

**XNN:** Χρόνια Νεφρική Νόσος

**GFR:** Glomerular Filtration Rate, Ρυθμός Σπειραματικής Διήθησης

**MVQoLI-15:** Missoula Vitas Quality of Life Index, Δείκτης Ποιότητας Ζωής Missoula Vitas

**NKF-KDOQI:** National Kidney Foundation – Kidney Disease Outcomes Quality Initiative, Εθνικό Ίδρυμα Νεφρού- Πρωτοβουλία για την Ποιότητα της Έκβασης της Νεφρικής Νόσου

**ΓΣ:** Γενικός δείκτης Συμπτωμάτων

**ΣΘΣ:** Σύνολο Θετικών Συμπτωμάτων

**ΕΘΣ:** Δείκτης Ενόχλησης Θετικών Συμπτωμάτων

## **Η επίδραση της πνευματικότητας στην ποιότητα ζωής και την ψυχική υγεία στη χρόνια νεφρική νόσο και η συσχέτισή της με γνωσιακές αντιλήψεις**

**Ευάγγελος Χ. Φραδέλος**

### **Περίληψη**

**Εισαγωγή:** Οι ασθενείς με Χρόνια Νεφρική Νόσο (XNN) μπορεί να παρουσιάσουν ένα ευρύ φάσμα σωματικών και ψυχολογικών συμπτωμάτων, καθώς και να βιώσουν αλλαγές στον τρόπο ζωής και κατά συνέπεια, να αντιμετωπίσουν προκλήσεις σχετικές με την αυτοδιαχείριση της νόσου, οι οποίες είναι απαραίτητες για τη βελτίωση της κατάστασης της υγείας τους. Η πνευματικότητα, αλλά και η θρησκεία αποτελούν για αρκετά άτομα σημαντικές διαστάσεις της ύπαρξής τους, καθώς είναι πηγή υποστήριξης που συμβάλει στην ευεξία και την αντιμετώπιση των καθημερινών δυσκολιών της ζωής τους. Για πολλούς ασθενείς η ενσωμάτωση των πνευματικών τους πιστεύω στη θεραπευτική διαδικασία είναι ζωτικής σημασίας και έχει βρεθεί να συσχετίζεται με θετικές εκβάσεις για την ψυχική υγεία.

**Σκοπός** της μελέτης ήταν να αξιολογηθεί το επίπεδο πνευματικότητας των ασθενών με XNN και η σχέση της με την ποιότητα ζωής και την ψυχική υγεία αυτών των ασθενών.

**Μεθοδολογία:** Διεξήχθη συγχρονική μελέτη, στην οποία συμμετείχαν 367 ασθενείς Τελικού Σταδίου Χρόνιας Νεφρικής Νόσου που υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν με τη χρήση αυτοσυμπληρούμενων ερωτηματολογίων. Για την αξιολόγηση της πνευματικότητας χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being Scale (FACIT-Sp-12), για την αξιολόγηση της ψυχικής υγείας η κλίμακα SCL 90 – R, για τη μέτρηση του επιπέδου ποιότητας ζωής η κλίμακα Missoula Vitas Quality of Life Index-15 και για την αξιολόγηση των αντιλήψεων για την ασθένεια η κλίμακα Illness Perception Questionnaire (Brief Version), αφού εξασφαλίσθηκαν οι σχετικές άδειες των συγγραφέων. Η στατιστική επεξεργασία του εμπειρικού υλικού της έρευνας πραγματοποιήθηκε με το λογισμικό πρόγραμμα Statistical Package for the Social Sciences, 20.0 (S.P.S.S. Inc., Chicago, IL, USA), χρησιμοποιώντας τις μεθόδους της Περιγραφικής (Descriptive) και της Επαγωγικής (Inferential) Στατιστικής. Επίσης εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή ανάλυση χρησιμοποιώντας το στατιστικό υπόδειγμα της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης (multiple linear regression) και ως μέτρο

σχέσης τον συντελεστή παλινδρόμησης β. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας τέθηκε στο 0,05.

**Αποτελέσματα:** Το 62,1% των ασθενών του δείγματος ήταν άνδρες και το 37,9% γυναίκες. Η ηλικία τους κυμαίνονταν από 18 έως 92 ετών με μέση τιμή τα 61,80 έτη (TA=15,11). Το συνολικό σκορ της Κλίμακας Πνευματικότητας «FACIT – Sp12 Scale» κυμαίνονταν από 3 έως 47 με μέση τιμή 30,55 (TA=8,22) και διάμεσο τιμή 31,00, γεγονός που δείχνει ότι η πλειονότητα των ασθενών εμφάνιζε σχετικά υψηλές τιμές Συνολικής Πνευματικότητας. Η μέση τιμή των επιμέρους διαστάσεων της Κλίμακας ήταν για το «Νόημα» 11,99 (TA=3,27), τη «Γαλήνη» 9,26 (TA=3,38) και την «Πίστη» 9,30 (TA=3,95). Το συνολικό σκορ της Κλίμακας Ποιότητας Ζωής «MVQOLI – 15R» (Συνολική Ποιότητα Ζωής) είχε μέση τιμή 17,22 (TA=3,85), γεγονός που δείχνει ότι η πλειονότητα των ασθενών εμφάνιζε ικανοποιητικές τιμές Συνολικής Ποιότητας Ζωής. Το συνολικό σκορ της Κλίμακας Ψυχιατρικής Συμπτωματολογίας «SCL – 90R» είχε μέση τιμή 0,89 (TA=0,63). Το συνολικό σκορ της Κλίμακας Αντιλήψεων για τη Νόσο «BIPQ» (Συνολική Αντίληψη για τη Νόσο) είχε μέση τιμή 42,70 (TA=13,41), γεγονός που δείχνει ότι η πλειονότητα των ασθενών εμφάνιζε σχετικά υψηλές τιμές Συνολικής Αντίληψης για τη Νόσο, δηλαδή απειλητική άποψη για τη νόσο. Η συνολική Πνευματικότητα όσο και οι διαστάσεις της, δηλαδή «Νόημα» και «Γαλήνη» βρέθηκε να επιδρούν σημαντικά τόσο στη ποιότητα ζωής όσο και στη ψυχική υγεία και στις αντιλήψεις για τη νόσο. Από την άλλη η διάσταση «Πίστη» της πνευματικότητας παρουσίαζε λιγότερες και ασθενέστερες συσχετίσεις με τη ποιότητα ζωής, ψυχική υγεία και τις αντιλήψεις για τη νόσο.

**Συμπεράσματα:** Η πνευματικότητα επιδρά σημαντικά στην ΠΖ, την ψυχική υγεία και τις αντιλήψεις για τη νόσο των ασθενών με ΧΝΝ και αναδεικνύεται η συμβολή που μπορεί να έχει στην ατομική ευημερία, σε μια περίοδο μάλιστα τόσο κρίσιμη όπως αυτή της ασθένειας. Αυτή η επίδραση περιλαμβάνει την εύρεση νοήματος στην υγεία και τη νόσο, στο βίωμα ενός σκοπού στη ζωή και στην αίσθηση εσωτερικής αρμονίας.

**Λέξεις κλειδιά:** Πνευματικότητα, Ποιότητα Ζωής, Χρόνια Νεφρική Νόσος, ψυχική υγεία, αντιλήψεις για τη νόσο.



**The Effect of Spirituality on Quality of Life of Patients with Chronic Kidney Disease and Its Correlation with the Mental Health Status and Cognitive Perception for Their Illness.**

**Evangelos C. Fradelos**

**Abstract**

**Background:** Chronic Kidney Disease patients are dealing with a wide range of physical and psychological symptoms. In addition they are experiencing lifestyle changes and consequently must address challenges related to self-management of the disease that are necessary to improve their health. Spirituality and religion are, for many people, important dimensions of their existence as they are a source of support that contributes to well-being and to addressing the daily difficulties of their lives. For many patients the incorporation of their spiritual beliefs into the therapeutic process is vital and has been found to be associated with positive outcomes for mental health.

**Aim** of the present study was the assessment of spirituality in Chronic Kidney Disease patients and its relation with quality of life and mental health of those patients.

**Method:** A cross-sectional study was conducted in which 367 End Stage Renal Disease patients undergoing hemodialysis were participated. Data were collected with the use of an anonymous self-administrated questionnaire consisted by four parts: a) Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being Scale (FACIT-Sp-12) for measuring spirituality, b) SCL 90 – R scale for the assessment of mental health, c) Missoula Vitas Quality of Life Index-15 for the assessment of quality of life and d) Illness Perception Questionnaire (Brief Version). Statistical analysis performed with the use of Package for the Social Sciences, 20.0 (S.P.S.S. Inc., Chicago, IL, USA), using Descriptive and Inferential statistical methods. Moreover, multiple linear regressions were performed. The level of statistical significance was set to 0,05.

**Results:** 62,1% of the sample were male and των ασθενών του δείγματος ήταν 37,9% female patients. Their age ranged from 18 to 92 years with a mean 61,80 years (SD=15,11). The total score of spirituality using the “FACIT – Sp12 Scale” ranged from 3 to 47 with mean value 30,55 (SD=8,22) and median 31,00, fact that indicating that the majority of patients had relatively high Spirituality total value. The mean of

the value of the subscales of FACIT-Sp was for “meaning” 11,99 (SD = 3,27), “Peace” 9,26 (SD = 3,38) and “Faith” 9,30 (SD = 3,95). In addition quality of life total score using “MVQOLI – 15R” had mean value 17,22 (SD=3,85), fact which revealing that participants had satisfactory scores in quality of life. Moreover, the total score of “SCL – 90R” had a mean value 0,89 (SD=0,63). Finally, Illness Perception Questionnaire total score was 42,70 (SD=13,41), finding which revealing that the majority of the patients had a rather elevated total score thus, they perceived their illness as threatening. Total spirituality as well as the subscales meaning and peace found to significant affect quality of life , mental health and illness perception. On the other hand subscale faith exhibiting less and weaker correlations with quality of life , mental health and illness perception.

**Conclusions:** Spirituality can positive effect quality of life , mental health and illness perception of patients suffering by chronic kidney disease and the contribution to the wellbeing that can have is highlighted, especially in such crucial periods such as when dealing with a disease. This effect involves finding meaning in health and disease, a purpose in life and sense of inner peace.

**Key-words:** Spirituality, Quality of Life, Chronic kidney Disease, Mental Health, illness perceptions

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η πνευματικότητα, αλλά και η θρησκεία αποτελούν για αρκετά άτομα σημαντικές διαστάσεις της ύπαρξής τους, καθώς είναι πηγή υποστήριξης που συμβάλει στην ευεξία και στην αντιμετώπιση των καθημερινών δυσκολιών της ζωής τους. Για πολλούς ασθενείς η ενσωμάτωση των πνευματικών τους πιστεύω στη θεραπευτική διαδικασία είναι ζωτικής σημασίας και έχει βρεθεί να συσχετίζεται με θετικές εκβάσεις για την ψυχική υγεία (Greenberg, 2003).

Η θετική επιρροή που μπορεί να έχει η πνευματικότητα στην αντίληψη των ασθενών για την υγεία τους, αλλά και στην ατομική αντιμετώπιση και διευθέτηση των σοβαρών παθήσεων έχει τεκμηριωθεί από πολλές έρευνες. Συγκεκριμένα, μελέτες που πραγματοποιήθηκαν σε ασθενείς με διάγνωση σοβαρής πάθησης, όπως καρκίνος προχωρημένου σταδίου, κατέληξαν στο συμπέρασμα πως η πνευματικότητα αποτελεί σημαντικό παράγοντα υποστήριξης που επηρεάζει τόσο την προσαρμογή στη νόσο, όσο και τη γενικότερη κατάσταση ψυχικής υγείας των ασθενών (Zullig, Ward & Horn, 2006; Lin & Bauer-Wu, 2003).

Συγκριτική μελέτη η οποία πραγματοποιήθηκε μεταξύ υγιών ατόμων και χρονίως πασχόντων ασθενών από τους Sodhi and Manju (2012), κατέδειξε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ διαφόρων παραγόντων της πνευματικότητας και «καλής» ψυχικής κατάστασης. Τα άτομα με υψηλό επίπεδο πνευματικότητας παρουσιάζουν υψηλότερους δείκτες ψυχικής υγείας. Οι συγκεκριμένοι ερευνητές αναφέρουν ότι μπορεί κάποιος να ενισχύσει θετικά την υγεία ενός ατόμου παρέχοντας ένα θεραπευτικό περιβάλλον που βελτιώνει τις πνευματικές πεποιθήσεις και με τον τρόπο αυτό επιτυγχάνεται και θετική στάση απέναντι στη ζωή. Καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι οι πνευματικές πεποιθήσεις και πρακτικές μπορεί να είναι σημαντικές πηγές για την αντιμετώπιση και θετική διευθέτηση της χρόνιας ασθένειας και να συμβάλουν στην ψυχική υγεία των χρονίως πασχόντων ασθενών (Sodhi & Manju, 2012).

Σε ότι αφορά στη ΧΝΝ, η μετάβαση στο τελικό στάδιο αυτής και η έναρξη της θεραπείας υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας, αποτελεί ένα σημαντικό

ορόσημο στην όλη πορεία του ασθενή. Σημαντικές και ριζικές είναι οι αλλαγές στην καθημερινότητα και λειτουργικότητα αυτών των ασθενών. Συγκεκριμένα το άτομο δύο ή τρεις φορές εβδομαδιαίως καθίσταται "ασθενής", με τη ζωή του να εξαρτάται τόσο από το μηχάνημα της αιμοκάθαρσης, όσο και από τους ανθρώπους που το συντηρούν και το χειρίζονται. Στη φάση αυτή της μετάβασης στη θεραπεία με νεφρική υποκατάσταση, η κοινωνική και ψυχική υποστήριξη αποτελούν σημαντικές παραμέτρους της φροντίδας (Θεοφίλου, 2010; Finkelstein, Wuerth & Finkelstein, 2009; Avramovic & Stefanovic, 2012).

Τα νέα μοντέλα παροχής υπηρεσιών υγείας και φροντίδας που λαμβάνουν υπόψη όλες τις πλευρές της ατομικότητας του ασθενή και τις ανάγκες που απορρέουν από αυτές, ψυχικές, πνευματικές και κοινωνικές, έχει βρεθεί ότι συμβάλλουν σημαντικά στην προσαρμογή του ασθενή στη χρόνια νόσο και στην καλύτερη αποκατάσταση. Η αναγνώριση των πνευματικών αναγκών και η κάλυψή τους είναι ζωτικής σημασίας, η δε συμβολή τους εμφανίζεται ως πολύ σημαντική στην πολυδιάστατη φροντίδα των ασθενών με ΧΝΝ. Οι επιδράσεις που έχει η πνευματική δυσφορία σε ψυχικό και κοινωνικό επίπεδο, αλλά και στην έκβαση και προσαρμογή στη νόσο, καθιστούν αναγκαία τη διεξαγωγή περαιτέρω έρευνας με αξιόπιστα εργαλεία αξιολόγησης των πνευματικών αναγκών των ασθενών και των επιπτώσεων που αυτές έχουν στη γενικότερη κατάσταση του ασθενή (Davison & Jhangri, 2010; Davison & Jhangri, 2013; Greenberg, 2003; Moorehouse, Doenges & Murr, 2014).

Στην παρούσα διδακτορική διατριβή, μετά από μια αναλυτική ανασκόπηση ανάλογων ερευνητικών μελετών, παρουσιάζονται τα δεδομένα ποσοτικής έρευνας που πραγματοποιήθηκε σε πληθυσμό ασθενών με ΧΝΝ, οι οποίοι υποβάλλονται σε θεραπεία υποκατάστασης της νεφρικής τους λειτουργίας με τη μέθοδο της αιμοκάθαρσης. Αξιολογήθηκε η πνευματικότητα των ασθενών αυτών καθώς επίσης και η επίδρασή της στην ποιότητα ζωής και την ψυχική υγεία αυτών και η συσχέτισή της με τις γνωσιακές τους αντιλήψεις.

Το γενικό μέρος της διδακτορικής διατριβής αποτελείται από τρία κεφάλαια, τα οποία εξετάζουν τα εξής:

Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στη ΧΝΝ και τις ψυχοκοινωνικές διαστάσεις της. Ειδικότερα, παρουσιάζονται οι αιτίες της νόσου, τα επιδημιολογικά στοιχεία και οι σύγχρονες θεραπευτικές προσεγγίσεις. Γίνεται επίσης αναφορά και στις επιπτώσεις

της νόσου στην κατάσταση ψυχικής υγείας των ασθενών καθώς και στην σχετική με την υγεία ποιότητα ζωής τους.

Στο δεύτερο κεφάλαιο αναπτύσσεται η έννοια της πνευματικότητας. Ειδικότερα, η πνευματικότητα παρουσιάζεται υπό το πρίσμα των κοινωνικών επιστημών, αλλά κυρίως υπό το πρίσμα της νοσηλευτικής επιστήμης με την παρουσίαση δεδομένων ερευνητικών μελετών και σε συνδυασμό πάντα με το θεωρητικό υπόβαθρο της νοσηλευτικής. Επιπρόσθετα στο κεφάλαιο αυτό αναφέρονται οι συνήθεις μέθοδοι μελέτης και αξιολόγησής της και παρουσιάζονται τα σχετικά εργαλεία μέτρησής της.

Στο τρίτο κεφάλαιο, παρουσιάζονται τα πρόσφατα βιβλιογραφικά δεδομένα που αφορούν στην επίδραση της πνευματικότητας στην κατάσταση υγείας των ατόμων και των ασθενών ειδικότερα. Πιο συγκεκριμένα αναφέρονται σύγχρονες μελέτες, οι οποίες διερευνούν τη σχέση και την επίδραση της πνευματικότητας στην κατάσταση ψυχικής υγείας των ατόμων, την ποιότητα ζωής τους και τις αντιλήψεις τους για την υποκείμενη νόσο. Οι τρεις αυτές μεταβλητές αποτελούν και τις εξεταζόμενες παραμέτρους της παρούσας διδακτορικής διατριβής. Στο τέλος του κεφαλαίου γίνεται ιδιαίτερη αναφορά στις μελέτες που διερευνούν την πνευματικότητα σε ασθενείς με ΧΝΝ.

Στο ειδικό μέρος της παρούσας διδακτορικής διατριβής παρουσιάζεται το ερευνητικό τμήμα (μεθοδολογία), το οποίο αποτελείται από τα κάτωθι κεφάλαια:

Στο τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η ερευνητική μεθοδολογία. Συγκεκριμένα καταγράφονται ο σκοπός της ερευνητικής μελέτης, τα ερευνητικά ερωτήματα, τα ερευνητικά εργαλεία μέτρησης και οι μέθοδοι στατιστικής επεξεργασίας που εφαρμόστηκαν.

Στο πέμπτο κεφάλαιο παρατίθενται και αναλύονται τα αποτελέσματα της περιγραφικής και επαγωγικής στατιστικής ανάλυσης των δεδομένων της ερευνητικής μελέτης.

Στο έκτο κεφάλαιο γίνεται η συζήτηση και ο σχολιασμός των αποτελεσμάτων, με τη συγκριτική παρουσίασή τους με αποτελέσματα άλλων ερευνητικών μελετών που αφορούν την πνευματικότητα, ενώ στο τέλος του κεφαλαίου αυτού αναλύονται και οι αδυναμίες της παρούσας μελέτης.

Στο έβδομο και τελευταίο κεφάλαιο της διδακτορικής διατριβής διατυπώνονται τα συμπεράσματα και παρατίθενται προτάσεις για μελλοντικές κατευθύνσεις στην έρευνα του υπό μελέτη θέματος.

## **ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

## **Κεφάλαιο 1: Χρόνια Νεφρική Νόσος: Κλινικά χαρακτηριστικά και ψυχοκοινωνικές διαστάσεις**

### **Εισαγωγή**

Η ΧΝΝ χαρακτηρίζεται από επίμονη νεφρική βλάβη και / ή απώλεια της νεφρικής λειτουργίας. Η κατάσταση αυτή συσχετίζεται με υψηλή νοσηρότητα και θνησιμότητα και παρά την πρόοδο που έχει σημειωθεί στην πρόληψη, τη διάγνωση και τη θεραπεία, η ΧΝΝ παραμένει ένα σημαντικό πρόβλημα της δημόσιας υγείας. Ο παγκόσμιος επιπολασμός της νόσου εκτιμάται σε 5-10% και, κυρίως λόγω της καρδιαγγειακής νοσηρότητας και θνησιμότητας, η παγκόσμια επιβάρυνση από τις σχετιζόμενες με ΧΝΝ ασθένειες είναι ανησυχητικά υψηλή (Delles & Vanholder, 2017). Ειδικότερα, η ΧΝΝ συνδέεται με πολλαπλές συννοσηρότητες, απώλεια της ποιότητας ζωής (QOL) και σημαντικό κόστος για την υγειονομική περίθαλψη, ενώ έχει και υψηλό επιπολασμό στις περισσότερες υψηλού εισοδήματος χώρες (π.χ. 5,3% στο Ηνωμένο Βασίλειο και 13,7% στις ΗΠΑ) (Litbarg, 2018). Οι ασθενείς με ΧΝΝ μπορεί να παρουσιάσουν ένα ευρύ φάσμα σωματικών και ψυχολογικών συμπτωμάτων, καθώς και να βιώσουν αλλαγές στον τρόπο ζωής και, κατά συνέπεια, να αντιμετωπίσουν προκλήσεις σχετικές με την αυτοδιαχείριση της νόσου, οι οποίες είναι απαραίτητες για τη βελτίωση της κατάστασης της υγείας τους (Lin, Liu, Hsu, & Tsai, 2017). Η ΧΝΝ μπορεί να εξελιχθεί σε νεφρική νόσο τελικού σταδίου, με περισσότερους από 110.000 ασθενείς να χρειάζονται θεραπεία αιμοκάθαρσης ετησίως. Επιπρόσθετα, οι ασθενείς με ΧΝΝ έχουν υψηλό κίνδυνο για καρδιαγγειακές παθήσεις και θνησιμότητα και όπως και με άλλες χρόνιες ιατρικές παθήσεις, η πρόοδος της νόσου με τις σχετικές επιπλοκές της μπορεί να μετριαστεί μέσω της ευαισθητοποίησης και της εκπαίδευσης για την ασθένεια, τη δέσμευση με τους πόρους της υγειονομικής περίθαλψης και τη συμμόρφωση με την κατάλληλη ιατρική θεραπεία (Obadan, Walker, & Egede, 2017).



## 1.1. Κλινικά Χαρακτηριστικά της Χρόνιας Νεφρικής Νόσου

### 1.1.1.Ορισμός και Ταξινόμηση

Ο ορισμός και η ταξινόμηση της ΧΝΝ με την πάροδο του χρόνου έχουν εξελιχθεί. Σύμφωνα με τις τρέχουσες διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες του Εθνικού Ιδρύματος Νεφρού- Πρωτοβουλία για την Ποιότητα της Έκβασης της Νεφρικής Νόσου - National Kidney Foundation – Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (NKF-KDOQI, 2002), η κατάσταση της ΧΝΝ μπορεί να οριστεί ως η μειωμένη νεφρική λειτουργία που εμφανίζεται με μειωμένο ρυθμό σπειραματικής διήθησης (GFR) μικρότερο από 60 mL / min/ 1,73 m<sup>2</sup> επιφάνειας σώματος (Webster, Nagler, Morton, & Masson, 2017) ή ως οι διαταραχές της δομής των νεφρών ή ο συνδυασμός αυτών, που υπάρχουν για ≥ 3 μήνες και που έχουν επιπτώσεις στην υγεία (McManus & Wynter-Minott, 2017; Webster et al., 2017). Το κριτήριο των 3 μηνών επιτρέπει τη διάκριση μεταξύ οξείας και ΧΝΝ, δύο διακριτά διαφορετικών διαταραχών που απαιτούν διαφορετικές θεραπείες. Η αναγνώριση αυτή της χρονικής περιόδου είναι σημαντική, τόσο για κλινικούς, όσο και για ερευνητικούς σκοπούς (McManus & Wynter-Minott, 2017). Η ΧΝΝ μπορεί να ταξινομηθεί με βάση την αιτία, τον εκτιμώμενο ρυθμό σπειραματικής διήθησης (eGFR) και το βαθμό της λευκωματουρίας (Rossignol et al., 2015).

Σύμφωνα με το Εθνικό Ίδρυμα Νεφρού (National Kidney Foundation), η ΧΝΝ επαναπροσδιορίστηκε ως ασθένεια πέντε σταδίων, χρησιμοποιώντας τον εκτιμώμενο ρυθμό σπειραματικής διήθησης (eGFR) ως δείκτη για την αξιολόγηση της μη φυσιολογικής νεφρικής λειτουργίας. Το στάδιο 1, ορίζεται ως ο ελαφρώς μειωμένος eGFR ( $\geq 90,0$  mL / min / 1,73m<sup>2</sup>) με ενδείξεις βλάβης στους νεφρούς όπως πρωτεϊνουρία και αιματουρία. Το στάδιο 2, ορίζεται ως ο ελαφρά μειωμένος eGFR ( $\geq 60,0$ -89,9 mL / min / 1,73m<sup>2</sup>) με επιπλοκές όπως πρωτεϊνουρία και αιματουρία. Το στάδιο 3, ορίζεται ως ο μετρίως μειωμένος eGFR ( $\geq 30,0$ -59,9 mL / min / 1,73m<sup>2</sup>) και μπορεί να υποδιαιρεθεί σε στάδιο 3α (eGFR  $\geq 45,0$ -59,9 mL / min / 1,73m<sup>2</sup>) και σε Στάδιο 3b (eGFR  $\geq 30,0$ -44,9 mL / min / 1,73m<sup>2</sup>). Το στάδιο 4, ορίζεται ως μια προχωρημένη μείωση του eGFR ( $\geq 15,0$ -29,9 mL / min / 1,73m<sup>2</sup>), ενώ το στάδιο 5 ορίζεται ως νεφρική ανεπάρκεια, με έναν eGFR μικρότερο από 15.0 mL / min / 1.73m<sup>2</sup>. Το τελευταίο αυτό στάδιο αναφέρεται σε ασθενείς που πάσχουν από μη αναστρέψιμη απώλεια της νεφρικής λειτουργίας, περίσσεια υγρών και τοξικών

προϊόντων του μεταβολισμού, ηλεκτρολυτικές διαταραχές και διαταραχές οξεοβασικής ισορροπίας, συνθήκες που καθιστούν επιτακτική την ανάγκη για θεραπεία αιμοκάθαρσης (Lee, Wu, Hsieh, & Tsai, 2016).

### 1.1.2. Επιδημιολογία

Η ΧΝΝ αποτελεί διεθνώς ένα σημαντικό πρόβλημα της δημόσιας υγείας, με το φορτίο και τη συνολική επίδρασή της στα άτομα, αλλά και στην κοινωνία να ποικίλλει, ενώ σε πολλές χώρες δεν υπάρχουν ακριβή δεδομένα για την επίπτωση και τον επιπολασμό της. Η πλειοψηφία της δημοσιευμένης βιβλιογραφίας περιγράφει ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση ή παραθέτει δεδομένα από τα μητρώα ασθενών με Τελικού Σταδίου Χρόνια Νεφρική Νόσο (ΤΣΧΝΝ) (Venuthurupalli, Hoy, Healy, Cameron, & Fassett, 2017). Ο επιπολασμός της ΧΝΝ στον ενήλικο πληθυσμό των ΗΠΑ εκτιμάται σε περίπου 14%, ενώ σε ορισμένες ομάδες, όπως τα άτομα ηλικίας  $\geq 60$  ετών, ο επιπολασμός ανέρχεται σε περίπου 25%. Η νοσηρότητα και η θνησιμότητα είναι επίσης υψηλές μεταξύ των ατόμων με ΧΝΝ. Η νόσος σχετίζεται και με αυξημένη θνησιμότητα από καρδιαγγειακές παθήσεις, ενώ το 2010 αποτελούσε τη 16<sup>η</sup> κύρια αιτία πρόωρου θανάτου και χαμένων χρόνων ζωής (Dharmarajan et al., 2017). Σύμφωνα με την επιστημονική μελέτη «Global Burden of Disease Study» εκτιμάται ότι το 2013, οι θάνατοι λόγω ΧΝΝ μεταξύ των ανδρών όλων των ηλικιών ήταν 14,5 ανά 100,000 άτομα, ενώ στις γυναίκες ήταν 12,14 ανά 100,000 άτομα (Carrero, Hecking, Ulas, Sola, & Thomas, 2017). Η ΧΝΝ έχει επίσης σημαντικό οικονομικό κόστος για την υγειονομική περίθαλψη. Σύμφωνα με το Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS) της Βρετανίας, οι συνολικές εκτιμώμενες δαπάνες που αποδίδονται στην ΧΝΝ μεταξύ 2009 και 2010 ανέρχονταν σε περισσότερα από ένα δισεκατομμύριο λίρες, με τις θεραπείες νεφρικής υποκατάστασης να αντιστοιχούν σε περίπου στο ήμισυ των δαπανών αυτών. Στις ΗΠΑ, εκτιμάται ότι η διαχείριση των σταδίων 3 και 4 της ΧΝΝ κοστίζει για τις αμοιβές κατά πράξη στο Αμερικάνικο Medicare περίπου 44,4 δισεκατομμύρια δολάρια ετησίως (Aiyegbusi et al., 2017).

### **1.1.3. Κλινικά Χαρακτηριστικά και Επιπλοκές**

Οι νεφροί διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην ισορροπία πολλών ενδογενών και εξωγενών ενώσεων και η ΧΝΝ συνδέεται με ένα σύνολο μεταβολικών και αγγειακών επιπλοκών, με υψηλό κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου, καθώς και με αρκετές άλλες οξείες ή χρόνιες παθήσεις, συμπεριλαμβανομένων της οξείας νεφρικής βλάβης, λοιμώξεων, καταγμάτων, καρκίνου, γνωστικής δυσλειτουργίας ή διαταραχών του ύπνου, οι καθοριστικοί παράγοντες και οι μηχανισμοί των οποίων δεν είναι πλήρως κατανοητοί. Η μείωση της νεφρικής λειτουργίας αυξάνει επίσης τον κίνδυνο για ακατάλληλα υψηλή φαρμακοκινητική έκθεση σε φάρμακα που αποβάλλονται από τους νεφρούς και σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες (Stengel et al., 2014).

Η ΧΝΝ μπορεί να συμβάλλει την εξέλιξη της καρδιαγγειακής νόσου, για την ανάπτυξη της οποίας φαίνεται να αποτελεί παράγοντα κινδύνου. Οι ασθενείς με ΧΝΝ είναι πιο πιθανό να πεθάνουν από καρδιαγγειακή νόσο από το να αναπτύξουν ΤΣΧΝΝ. Η ΧΝΝ οδηγεί σε αυξημένα επίπεδα παραθορμόνης (PTH) και αυξητικού παράγοντα των ινοβλαστών 23 (FGF23), καθώς και σε μειωμένα επίπεδα 1,25-διυδροξυβιταμίνης D (1,25D), υπερασβεστιαμία, υπερφωσφαταιμία, οστική μεταβολική νόσο, ασβεστοποίηση του αγγειακού τοιχώματος ή έκτοπες εναποθέσεις αλάτων ασβεστίου και καρδιαγγειακή νόσο (Kitagawa et al., 2013).

### **1.1.4. Παράγοντες κινδύνου**

Η κατανόηση των γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων που επηρεάζουν τη νεφρική λειτουργία και η μεταξύ τους αλληλεπίδραση μπορεί να προσφέρει σημαντικές πληροφορίες για τη φυσιολογία και παθοφυσιολογία των νεφρών και να συμβάλλει στην διερεύνηση προηγουμένως άγνωστων ή μη αναμενόμενων μηχανισμών, συμβάλλοντας έτσι στην ταυτοποίηση νέων θεραπευτικών ή προληπτικών στόχων (Obrador et al., 2017).

Ο σακχαρώδης διαβήτης, η υπέρταση και η παχυσαρκία συμβάλλουν σημαντικά στην παγκόσμια επιβάρυνση της νόσου και αποτελούν σημαντικούς παραδοσιακούς παράγοντες κινδύνου για ΧΝΝ. Ωστόσο, οι μη παραδοσιακοί παράγοντες κινδύνου, όπως η έκθεση σε νεφροτοξίνες, η ουρολιθίαση, εμβρυομητρικοί παράγοντες, οι λοιμώξεις, οι περιβαλλοντικοί παράγοντες και η οξεία νεφρική βλάβη αναγνωρίζονται όλο και περισσότερο ως σημαντικές απειλές για την υγεία των

νεφρών παγκοσμίως (Luyckx et al., 2017). Η χρήση φαρμάκων μπορεί επίσης να είναι ένας πιθανός παράγοντας, ιδιαίτερα δεδομένης της τάσης προς την πολυφαρμακία και την αλόγιστη χρήση φαρμάκων (Lazarus et al., 2016).

Ειδικότερα, οι ασθενείς με νεφρολιθίαση έχουν διπλάσιο κίνδυνο εκδήλωσης χρόνιας νεφρικής νόσου ή νεφρικής νόσου τελικού σταδίου, με τον κίνδυνο να είναι ακόμη μεγαλύτερος για τις γυναίκες και τους υπέρβαρους ασθενείς με νεφρολιθίαση. Ασθενείς με συχνές λοιμώξεις του ουροποιητικού συστήματος, πέτρες στρουβίτη, δυσμορφίες του ουροποιητικού συστήματος, δυσλειτουργία του εντέρου και ορισμένες μονογονιδιακές διαταραχές, είναι υψηλού κινδύνου για ΧΝΝ. Από την άλλη πλευρά, η λιθοτριψία με κρουστικά κύματα ή οι ελάχιστα επεμβατικές ουρολογικές παρεμβάσεις για τους λίθους δεν επηρεάζουν δυσμενώς τη νεφρική λειτουργία. Η μείωση της λειτουργίας των νεφρών παρατηρείται γενικά σε ασθενείς με προϋπάρχουσα ΧΝΝ ή σε μεγάλο λιθιασικό φορτίο που απαιτεί επαναλαμβανόμενες ή και πολύπλοκη χειρουργική επέμβαση (Gambaro et al., 2017).

Η παχυσαρκία έχει αναφερθεί ότι οδηγεί σε ΧΝΝ μέσω της ανάπτυξης σακχαρώδη διαβήτη και υπέρτασης, καθώς και μέσω μηχανισμών που σχετίζονται με αλλαγές σε διάφορες αιμοδυναμικές, μεταβολικές, μηχανικές και φλεγμονώδεις διεργασίες (Lai et al., 2017). Το πρωταρχικό, σχετιζόμενο με την παχυσαρκία, μορφολογικό εύρημα της νεφρικής νόσου είναι η σπεραματοτονεφρίτιδα που προκύπτει από την σπειραματική υπερτροφία. Αυτή μπορεί να οδηγήσει σε μεσαγγειακή επέκταση και να εξελιχθεί σε εστιακή τμηματική σπειραματοσκλήρυνση. Οι προτεινόμενοι μηχανισμοί που οδηγούν στην παθολογία αυτή μπορεί να περιλαμβάνουν την αναστολή της AMP-κινάσης, το στρες του ενδοπλασματικού δικτύου και το μη φυσιολογικό μεταβολισμό του λίπους και τελικά τη επίδραση της λιποτοξικότητας στα σπειραματικά κύτταρα. Έτσι, η σχετιζόμενη με την παχυσαρκία νεφρική νόσος μπορεί ακόμη και να επεκταθεί σε νεφρική νόσο τελικού σταδίου, εάν δεν εφαρμόζονται μέθοδοι για τη διαχείριση του βάρους (Nasri & Amiri, 2017).

Όσον αφορά το σακχαρώδη διαβήτη, ο επιπολασμός του έχει σημειώσει ραγδαία αύξηση κατά τις τελευταίες δεκαετίες κατά περίπου 10% στις βιομηχανικές και ακόμη περισσότερο στις αναπτυσσόμενες χώρες, αποτελώντας έτσι ένα παγκόσμιο πρόβλημα υγείας. Περίπου έως και το 50% των ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη (Dunkler et al., 2015). Επιπρόσθετα,

το 40% περίπου των ασθενών με (διαγνωσμένο ή μη) σακχαρώδη διαβήτη έχει προχωρημένο στάδιο νεφροπάθειας, συχνά λόγω ανεπαρκούς διαχείρισης της ίδιας της νόσου. Σε ασθενείς οι οποίοι πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη η νεφρική νόσος εμφανίζεται και συχνά αναπτύσσεται δίχως συμπτώματα. Οι κύριες νεφρικές δυσλειτουργίες οφείλονται στην πάχυνση των σπειραματικών βασικών μεμβρανών, στον σχηματισμό μικροανευρυσμάτων και στην ανάπτυξη μεσαγγειακών οξιδίων (Di Lullo et al., 2017). Η διαβητική νεφροπάθεια ανιχνεύεται κλινικά μέσω δοκιμασιών ελέγχου για αυξημένη λευκωματουρία και μειωμένη GFR, ενώ συχνά απαιτείται και η εκτέλεση βιοψίας του νεφρού για τον καθορισμό της διάγνωσης (Alsahli & Gerich, 2014).

Πρόσφατες μελέτες αποκάλυψαν επίσης ότι τα μέλη της οικογένειας ασθενών με νεφρική νόσο τελικού σταδίου έχουν αυξημένο επιπολασμό ΧΝΝ, με τα αποτελέσματα να ποικίλουν ανάλογα με τις διαφορές μεταξύ των διαφόρων εθνοτικών ομάδων, τον τρόπο ζωής και τις μεθόδους διαλογής. Επιπλέον, μερικές μελέτες δεν διαφοροποιούσαν τα βιολογικά και μη βιολογικά μέλη της οικογένειας ασθενών με νεφρική νόσο τελικού σταδίου και σύμφωνα με πρόσφατη μελέτη από την Ταϊβάν, βρέθηκε πως τόσο οι συγγενείς όσο και οι σύζυγοι ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση, έχουν υψηλό επιπολασμό ΧΝΝ (Kong et al., 2013).

#### **1.1.5. Θεραπευτικές μέθοδοι**

Η πρωτοβάθμια φροντίδα παίζει σημαντικό ρόλο στην παρακολούθηση και τη διαχείριση της ΧΝΝ, ιδιαίτερα στις προσπάθειες για τη μείωση του κινδύνου καρδιαγγειακών παθήσεων και άλλων επιπλοκών. Σε ένα μικρό ποσοστό των ατόμων με ήπια ή μέτρια ΧΝΝ, η νόσος θα εξελιχθεί σε τελικού σταδίου νεφρική νόσο. Ως εκ τούτου, ο κύριος σκοπός της παρακολούθησης των ατόμων με ΧΝΝ έγκειται στην έγκαιρη αναγνώριση και προσδιορισμό του μικρού αυτού ποσοστού ατόμων που κινδυνεύουν από την εξέλιξη της νόσου, αλλά και τον εντοπισμό εκείνων που διατρέχουν κίνδυνο ανάπτυξης άλλων επιπλοκών, ιδιαίτερα των καρδιαγγειακών παθήσεων (Fraser & Blakeman, 2016).

Οι θεραπείες για τη ΧΝΝ μπορούν να αποτρέψουν την ανάπτυξη, να επιβραδύνουν την εξέλιξη, να μειώσουν τις επιπλοκές που σχετίζονται με τη μειωμένη GFR, να μειώσουν τον κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου και να βελτιώσουν το προσδόκιμο ζωής και την ποιότητα ζωής των ασθενών. Η διαχείριση των ασθενειών βασίζεται στην

κλινική διάγνωση και στο στάδιο της νόσου σύμφωνα με την GFR και την αλβουμινουρία. Η αναγνώριση της κλινικής διάγνωσης επιτρέπει τη συγκεκριμένη κάθε φορά θεραπεία που απευθύνεται στην αιτία και στις παθολογικές διεργασίες. Στη συνέχεια, το στάδιο της νόσου μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να καθοδηγήσει μη ειδικές θεραπείες για την καθυστέρηση της εξέλιξης της νόσου και τη μείωση του κινδύνου επιπλοκών (Levey & Coresh, 2012).

Παρόλο που υπάρχουν πολλά αναπάντητα ερωτήματα αναφορικά με την καλύτερη διαχείριση των ασθενών με ΧΝΝ, κάποιες στρατηγικές και θεραπείες έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικές στη μείωση της σχετιζόμενης με αυτή νοσηρότητας και θνησιμότητας. Ειδικές στρατηγικές που έχουν συσχετιστεί με καλύτερη έκβαση των ασθενών με ΧΝΝ περιλαμβάνουν την ελάττωση της αρτηριακής πίεσης, τη μείωση της πρωτεϊνουρίας, τη χρήση αναστολέων του μετατρεπτικού ενζύμου της αγγειοτενσίνης (α-MEA) και ανταγωνιστών των υποδοχέων της αγγειοτενσίνης (ARBs), τη χρήση στατίνων για τη μείωση των αθηροσκληρωτικών καρδιαγγειακών συμβαμάτων, καθώς και το γλυκαιμικό έλεγχο των ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη (Jardine et al., 2017).

## **1.2. Ψυχοκοινωνικές διαστάσεις της Χρόνιας Νεφρικής Νόσου**

### **1.2.1 Η Ψυχική Καταπόνηση της Χρόνιας Νεφρικής Νόσου**

Η συναισθηματική δυσφορία, η οποία εκδηλώνεται με συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης, είναι κοινή στις χρόνιες ασθένειες με τα ποσοστά επίπτωσης / επιπολασμού και τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων να είναι σημαντικά υψηλότερα μεταξύ των ασθενών με χρόνια προβλήματα υγείας όπως καρδιακή νόσος, ρευματοειδής αρθρίτιδα και ΧΝΝ, σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό. Ενώ οι ακριβείς εκτιμήσεις μπορεί να ποικίλουν λόγω μεθοδολογικών διαφορών και των διαφορών στις μετρήσεις μεταξύ των μελετών, υπάρχουν ενδείξεις ότι η χρόνια ασθένεια με συνυπάρχουσα κατάθλιψη συνδέεται με αυξημένη επιβάρυνση των συμπτωμάτων και λειτουργική βλάβη, κακή ποιότητα ζωής, μη συμμόρφωση στη θεραπεία και χειρότερες κλινικές εκβάσεις (Yoong et al., 2017).

Η έννοια του στρες είναι σημαντική για την κατανόηση του κύκλου ζωής του ασθενούς τελικού σταδίου νεφρικής νόσου. Ο ασθενής που υποβάλλεται σε αιμοκάθαρση βρίσκεται αντιμέτωπος με την επιβάρυνση που προκύπτει από την

υποκείμενη ασθένειά του και από την εφαρμοζόμενη θεραπεία, η οποία «προσδένει» τον ασθενή σε ένα μηχανήμα, στην περίπτωση της αιμοκάθαρσης ή της περιτοναϊκής κάθαρσης, και την εντατική φαρμακοθεραπεία με τη χρήση ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων, στην περίπτωση ασθενών που υποβάλλονται σε μεταμόσχευση νεφρού. Το στρες των ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση μπορεί να σχετίζεται με το γεγονός πως ζουν με ένα περίπλοκο σχήμα φαρμακευτικής αγωγής και βιώνουν διάφορους διατροφικούς και χρονικούς περιορισμούς και αλλαγές του ρόλου στην κοινότητα, στην οικογένεια και στο συζυγικό ζευγάρι. Τα διαιτητικά σχήματα είναι πολύπλοκα και μπορεί να έχουν αντίκτυπο στην οικογένεια, προκαλώντας ένταση. Οι πιέσεις αυτές μπορεί να οδηγήσουν σε δυσπροσαρμοστικές αντιδράσεις και μπορεί να επηρεάσουν τη διαδικασία της νόσου και τη συμμόρφωση του ασθενούς (Kimmel, Cohen, & Peterson, 2008).

Ο τρόπος ζωής και αλληλεπίδρασης του ασθενούς με τη ΧΝΝ και τη θεραπεία του είναι μοναδικός και προσωπικός, καθώς εξαρτάται από διάφορους παράγοντες, όπως το ψυχολογικό του προφίλ, τις κοινωνικές συνθήκες, την οικογενειακή υποστήριξη και άλλα. Η αντιμετώπιση της νόσου επηρεάζεται από τις αντιλήψεις των ασθενών σχετικά με τη θεραπεία και τις επιπτώσεις της στην ποιότητα ζωής. Οι θετικές αντιλήψεις συνδέονται με ορθολογικές στρατηγικές, όπως η ανίχνευση ενός στόχου και η γνώση των διαφορετικών πτυχών της νόσου, ενώ οι αρνητικές συνδέονται με την άρνηση της νόσου (Silva Junior et al., 2017).

### **1.2.2. Κατάθλιψη στη ΧΝΝ**

Η κατάθλιψη έχει θεωρηθεί ως η πιο κοινή ψυχιατρική διαταραχή σε ασθενείς με τελικού σταδίου νεφρική νόσο (Kimmel, 2002) και ενώ στο γενικό πληθυσμό, ο επιπολασμός της μείζονος κατάθλιψης ανέρχεται σε περίπου 1,1% -15% για τους άνδρες και 1,8% -23% για τις γυναίκες, μεταξύ των ασθενών με τελικού σταδίου νεφρική νόσο τα αντίστοιχα ποσοστά ανέρχονται σε περίπου 20-30%, και μπορεί να φτάνουν μέχρι στο 47% των περιπτώσεων (Chen et al., 2010). Ακόμα, πρόσφατες μελέτες έχουν δείξει ότι οι ασθενείς με ΧΝΝ, οι οποίοι δεν υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση έχουν ποσοστά κατάθλιψης έως 3 φορές υψηλότερα συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό (Shirazian et al., 2017). Η αυξημένη αυτή συχνότητα μπορεί να οφείλεται σε συνυπάρχουσες χρόνιες παθήσεις, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης και η καρδιακή ανεπάρκεια, οι οποίες σχετίζονται επίσης με συμπτώματα κατάθλιψης και

άγχους ή σχετίζονται άμεσα με τη ΧΝΝ (Iwagami et al., 2017). Ειδικότερα, η κατάθλιψη επιδρά στην ικανότητα των ατόμων να εκτελούν τις καθημερινές τους δραστηριότητες, επηρεάζοντας τον τρόπο που σκέφτονται, τρώνε, κοιμούνται και εργάζονται, ενώ τα συμπτώματα μπορεί μεταξύ άλλων, να κυμαίνονται από κόπωση, αισθήματα απελπισίας, ανησυχία, πονοκεφάλους και απόπειρες αυτοκτονίας. Τα συμπτώματα της κατάθλιψης μεταξύ των ασθενών με ΧΝΝ περιπλέκουν την ασθένειά τους και επηρεάζουν τη συμμόρφωσή τους στη θεραπεία, καθώς και την ικανότητά τους να διαχειριστούν την κατάστασή τους (Hawamdeh, Almari, Almutairi, & Dator, 2017). Τα συμπτώματα της κατάθλιψης έχουν επίσης συσχετιστεί με μειωμένη λειτουργική ικανότητα των ατόμων, υψηλότερα ποσοστά νοσηλείας, αυξημένα ποσοστά απόσυρσης από την αιμοκάθαρση, πρωιμότερη θνησιμότητα (Pascoe, Thompson, Castle, McEvedy, & Ski, 2017), επιδείνωση της διατροφικής κατάστασης και αυξημένο κίνδυνο καρδιαγγειακών επεισοδίων (Jhee et al., 2017).

### **1.2.3. Άγχος και ΧΝΝ**

Το άγχος επίσης είναι μια πολύ συνηθισμένη ψυχική διαταραχή που εντοπίζεται σε ασθενείς οι οποίοι πάσχουν από ΧΝΝ. Σύμφωνα με τους Zalai και συν. (2012) είναι πολύ πιο σύνηθες και από την κατάθλιψη και μάλιστα δεν αξιολογείται όσο θα έπρεπε. Χαρακτηρίζεται από ενοχλητικά συναισθήματα αβεβαιότητας και φόβου μιας υποκειμενικής απειλής. Το άγχος μπορεί να είναι μια προσαρμοστική διαδικασία, η οποία αποτελεί έναυσμα προετοιμασίας για δύσκολες καταστάσεις ή άλλες μελλοντικές απειλές. Το άγχος γίνεται μια διαταραχή όταν η ένταση και η διάρκεια αυτού εκτείνονται πέρα από το αναμενόμενο μιας δεδομένης τυπικής απόκρισης σε ένα συγκεκριμένο γεγονός. Το άγχος μπορεί να αποτελεί σύμπτωμα, αλλά και να συνυπάρχει μαζί με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές όπως: η κατάθλιψη, η μετατραυματική διαταραχή του στρες (PTSD) και η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή (Kroenke, Spitzer, Williams, Monahan & Löwe, 2007; Cukor et al., 2008) και αυτός είναι πιθανόν και ο λόγος για τον οποίο δεν διαγιγνώσκεται.

Σε μια πρόσφατη μελέτη των Turkistani και συν. (2014), στην οποία συμμετείχαν 286 ασθενείς οι οποίοι υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση και η οποία είχε ως σκοπό την ανίχνευση του άγχους και της κατάθλιψης, με εργαλείο ανίχνευσης τη νοσοκομειακή κλίμακα άγχους και κατάθλιψης, η επικράτηση του άγχους ανερχόταν σε ποσοστό 23.3% των συμμετεχόντων. Η παρουσία άγχους σχετίστηκε σε αυτή τη μελέτη με την



ηλικία και το μη υποστηρικτικό οικογενειακό περιβάλλον. Πιο συγκεκριμένα οι ασθενείς πάνω από 40 ετών, καθώς επίσης και αυτοί που αντιμετώπιζαν αρκετά οικογενειακά προβλήματα ήταν πιο πιθανό να παρουσιάσουν συμπτώματα άγχους (Turkistani et al., 2014).

Σύμφωνα με τους Bassola και συν. (2010), το 47.5% των ασθενών που υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση παρουσίαζε μέτρια συμπτώματα άγχους, ενώ το 48.7% παρουσίαζε έντονα συμπτώματα άγχους. Μάλιστα τα έντονα συμπτώματα φαίνεται να σχετίζονται με την ηλικία, τις συννοσηρότητες και τη μειωμένη ζωτικότητα όσον αφορά τις διαστάσεις της ποιότητας ζωής, με τις συννοσηρότητες να αποτελούν ανεξάρτητη ένδειξη που μπορεί να προβλέψει την παρουσία ή μη του άγχους στους ασθενείς αυτούς (Bossola et al., 2010). Επίσης στη μελέτη των Ng, Tan, Moorpil, Newman & Griva (2014) ενώ η επικράτηση της αγχώδους διαταραχής σε ασθενείς με ΧΝΝ έφτανε το ποσοστό των 44.7%, η διαταραχή αυτή δεν βρέθηκε να σχετίζεται με κοινωνικό-δημογραφικούς παράγοντες. Πάραυτα τα υψηλά επίπεδα άγχους στη μελέτη αυτή συσχετίστηκαν με συνυπάρχουσα καταθλιπτική συμπτωματολογία και χαμηλά επίπεδα αιμοσφαιρίνης στο αίμα.

Σύμφωνα με τη μελέτη των Preljevic και συν. (2013), που αφορούσε την επικράτηση του άγχους και της κατάθλιψης σε ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση, το 17% των ασθενών πληρούσε τα κριτήρια του DSM-IV για την διάγνωση αγχώδους διαταραχής και μάλιστα το 8.3% έπασχε από συνυπάρχον άγχος και κατάθλιψη, ενώ το 37.5% των πασχόντων από κατάθλιψη έπασχε και από τουλάχιστον μια αγχώδη διαταραχή (Preljevic et al., 2013). Από την άλλη σύμφωνα με τους Cukor και συν. (2008), το ποσοστό των ασθενών που υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση και έπασχαν από αγχώδη διαταραχή, σύμφωνα με τα κριτήρια DSM-IV, έφτανε το 45,7%. Η ύπαρξη μάλιστα άγχους συσχετίστηκε αρνητικά με την ποιότητα ζωής αυτών των ασθενών (Cukor et al., 2008).

Η παρουσία άγχους στη ΧΝΝ πιθανόν να οφείλεται στην αίσθηση αβεβαιότητας σχετικά με το μέλλον, τα αισθήματα ενοχής και τα αισθήματα απώλειας αίσθησης εαυτού, τα οποία συνδυάζονται με τη χρονιότητα και την ανίατη φύση της νόσου. Επιπροσθέτως θα πρέπει να αναφερθεί πως η επιβίωση εξαρτάται από τη θεραπεία της αιμοκάθαρσης ή την πιθανή μεταμόσχευση νεφρού και τη συμμόρφωση τους

ασθενούς στη θεραπεία, γεγονός που καθιστά αναγκαία την αντιμετώπιση του άγχους στη ΧΝΝ (Christensen & Ehlers, 2002; DeJean et al., 2013).

#### **1.2.4. Διαταραχές του ύπνου και ΧΝΝ**

Η διάρκεια και η ποιότητα του ύπνου είναι συνήθως μειωμένες στα άτομα με ΧΝΝ, ενώ οι διαταραχές ύπνου είναι συχνά παρούσες ακόμη και στα αρχικά στάδια της νόσου. Οι παράγοντες κινδύνου για διαταραχές ύπνου στο γενικό πληθυσμό, όπως η μεγαλύτερη ηλικία, το αρσενικό φύλο, η παχυσαρκία, το κάπνισμα, η αυξημένη περίμετρος του αυχένα και ο σακχαρώδης διαβήτης κυριαρχούν επίσης και στον πληθυσμό των ασθενών με ΧΝΝ (Natale, Ruospo, Saglimbene, Palmer, & Strippoli, 2017).

Η αϋπνία είναι πολύ συχνή σε ασθενείς με ΧΝΝ (Lindner, Novak, Bohra, & Mucsi, 2015), με τον επιπολασμό των διαταραχών του ύπνου να υπολογίζεται πως μπορεί να φθάσει έως το 80% μεταξύ των ατόμων αυτών (Ricardo et al., 2017). Η αϋπνία συνδέεται με κόπωση, υπνηλία, μειωμένη λειτουργικότητα των ατόμων κατά τη διάρκεια της ημέρας, διαταραγμένη ποιότητα ζωής και αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα. Πολλοί παράγοντες σχετιζόμενοι με την ασθένεια και τη θεραπεία (αλλαγές του μεταβολισμού, φλεγμονή, τροποποίηση των ρυθμιστικών μηχανισμών του ύπνου, συμπτώματα και επιπλοκές της ΧΝΝ, συνυπάρχουσες παθήσεις, φάρμακα και θεραπείες υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας) μπορεί να διαταράξουν τον ύπνο και να συμβάλουν στον υψηλό επιπολασμό της αϋπνίας σε αυτόν τον πληθυσμό ασθενών (Lindner et al., 2015).

Η μειωμένη ποιότητα ύπνου είναι επίσης συχνή σε ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση με τον αναφερόμενο επιπολασμό του «κακού ύπνου», συμπεριλαμβανομένων των παραπόνων για διαταραχές του κύκλου ύπνου-αφύπνισης, της αναπνευστικής διαταραχής κατά τη διάρκεια του ύπνου και της υπερβολικής υπνηλίας, στους ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση να κυμαίνεται από 45-80% (Piiescu, Yeates, & Holland, 2004).

Μεταξύ των ατόμων με ΧΝΝ, οι διαταραχές του ύπνου έχουν συσχετιστεί με νευρογνωστικές διαταραχές, συμπεριλαμβανομένων της απροσεξίας, των χαμηλότερων επιδόσεων στο σχολείο ή της παραγωγικότητας στην εργασία, και με τροχαία ατυχήματα. Μερικές μελέτες έχουν δείξει ότι οι διαταραχές του ύπνου

συνδέονται με αυξημένο καρδιαγγειακό κίνδυνο και αρτηριακή υπέρταση, υποκλινική αθηροσκλήρωση, στεφανιαία νόσο, καρδιακή ανεπάρκεια, αρρυθμίες, σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, δυσγλυκαιμία και μεταβολικό σύνδρομο (Natale et al., 2017).

### **1.2.5. Κόπωση και XNN**

Ένα ακόμα διαδεδομένο σύμπτωμα που βιώνουν οι ασθενείς με XNN είναι η κόπωση, η οποία έχει αναγνωριστεί ως ο κύριος παράγοντας που επηρεάζει την ποιότητα ζωής σε αυτόν τον πληθυσμό και έχει επιπτώσεις και στη θνησιμότητα των ασθενών. Η κόπωση αναγνωρίζεται ως πολυδιάστατη και αποτελείται από διάφορους υποτύπους, καθένας από τους οποίους μπορεί να έχει ξεχωριστούς μηχανισμούς (Macdonald, Fearn, Jibani, & Marcora, 2012). Ειδικότερα, η κόπωση μπορεί να οριστεί ως «η ασυνήθιστη, μη φυσιολογική ή υπερβολική κόπωση ολόκληρου του σώματος, η οποία είναι δυσανάλογη ή μη σχετική με την καταβαλλόμενη δραστηριότητα ή προσπάθεια» και μπορεί να διακριθεί σε σωματική (κόπωση ολόκληρου του σώματος), ψυχική (μειωμένη συγκέντρωση), συναισθηματική (μειωμένο κίνητρο ή απάθεια) κόπωση και σε κόπωση μετά την αιμοκάθαρση (Farragher, Polatajko, & Jassal, 2017).

Ειδικότερα, η συχνότητα της κόπωσης παρουσιάζεται στο 60% έως 97% των ασθενών οι οποίοι υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση (Zyga et al., 2015; Tsiamis et al., 2015), ενώ στους παράγοντες που μπορεί να σχετίζονται με την εμφάνιση της κόπωσης στους ασθενείς αυτούς περιλαμβάνονται η κατάθλιψη και η αναιμία (Horigan, Rocchiccioli, & Trimm, 2012), τα μη φυσιολογικά επίπεδα ουρίας και αιμοσφαιρίνης, οι διατροφικές ανεπάρκειες και οι διαταραχές του ύπνου (Bonner, Wellard, & Caltabiano, 2010).

### **1.2.6.Επιδράσεις της XNN στη σεξουαλικότητα, την αυτοεικόνα και την αυτοεκτίμηση του ατόμου**

Πλήθος σεξουαλικών προβλημάτων επηρεάζουν τόσο τους άνδρες όσο και τις γυναίκες με XNN, συμπεριλαμβανομένων της μειωμένης λίμπιντο, της στυτικής δυσλειτουργίας, της δυσμηνόρροιας και της στειρότητας (Anantharaman & Schmidt, 2007). Οι διαταραχές αυτές είναι κυρίως οργανικής φύσης και σχετίζονται με το ουραιμικό σύνδρομο, καθώς και με τις άλλες συνυπάρχουσες καταστάσεις που συχνά ταλαιπωρούν τους ασθενείς με XNN. Η κόπωση και οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες

που σχετίζονται με την ύπαρξη μιας χρόνιας ασθένειας συνιστούν επίσης παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση των δυσλειτουργιών αυτών. Οι διαταραχές στον άξονα Υποθαλάμου – Υπόφυσης - Γονάδων μπορούν να ανιχνευθούν πριν από την ανάγκη για αιμοκάθαρση, αλλά συνεχίζουν να επιδεινώνονται με την έναρξη της θεραπείας της νεφρικής υποκατάστασης. Η μειωμένη λειτουργία των γονάδων είναι εμφανής στους άνδρες με υψηλά επίπεδα ουρίας στο αίμα, ενώ οι κεντρικές διαταραχές είναι πιο εμφανείς στις γυναίκες με υψηλά επίπεδα ουρίας στο αίμα (Palmer, 2003). Περίπου το 50% των ασθενών με ΧΝΝ και το 80% των ανδρών οι οποίοι υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση, παρουσιάζουν στυτική δυσλειτουργία, ενώ ο επιπολασμός της στυτικής δυσλειτουργίας στους άνδρες οι οποίοι υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση αυξάνεται με την ηλικία (63% σε ασθενείς <50 ετών, έναντι 90% σε ασθενείς ≥50 ετών). Παρόμοια αποτελέσματα έχουν αναφερθεί και για τις γυναίκες με ΧΝΝ, με το 55% των γυναικών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση να αναφέρουν δυσκολία στη σεξουαλική διέγερση. Η δυσμηνόρροια, η καθυστερημένη σεξουαλική ανάπτυξη, η διαταραχή της κοιλιακής λίπανσης, η δυσπαρεύνια και οι δυσκολίες στην επίτευξη οργασμού παρατηρούνται επίσης συχνά (Vecchio et al., 2010). Το πρόβλημα όμως, μπορεί να είναι ακόμα πιο διαδεδομένο από ό, τι έχει αναφερθεί, καθώς η σεξουαλική δυσλειτουργία συχνά παραβλέπεται από τους ιατρούς. Για παράδειγμα, σε μία μελέτη ασθενών που έλαβαν θεραπεία με αιμοκάθαρση (HD), μόνο το 24,1% των ασθενών αυτών είχαν μιλήσει με το γιατρό τους για τη σεξουαλική τους δραστηριότητα και μόνο το 55,4% ήταν σεξουαλικά ενεργοί, συγκριτικά με το 79% των ατόμων αντίστοιχης ηλικίας στο γενικό πληθυσμό (Dancik, No, & Johansen, 2015).

Παράλληλα με τα παραπάνω, η αρνητική εικόνα του εαυτού και του σώματος αποτελούν κοινές ψυχολογικές συνέπειες της ζωής με την τελικού σταδίου νεφρική νόσο. Η θεραπεία με αιμοκάθαρση μπορεί να έχει σημαντικές επιπτώσεις στην εικόνα του σώματος, καθώς οι ασθενείς μπορεί να αντιλαμβάνονται τους εαυτούς τους ως μη ελκυστικούς. Τα ανοσοκατασταλτικά φάρμακα που λαμβάνονται για την πρόληψη της απόρριψης οργάνων συμβάλλουν επίσης σε εμφανείς σωματικές αλλαγές που βλάπτουν την αυτο-αποδοχή. Οι ασθενείς μπορεί να χρειαστεί να προσαρμοστούν στην μεταβαλλόμενη εμφάνισή τους αλλάζοντας τον τρόπο που ντύνονται και τον τρόπο που σχετίζονται με τους άλλους (Finnegan-John & Thomas, 2013). Για παράδειγμα, μεταξύ των αλλαγών που επιβάλλει η ασθένεια και η θεραπεία είναι και

η φίστουλα, η οποία προκαλεί ορατή παραμόρφωση σε μια περιοχή του σώματος του ασθενούς. Ασθενείς, αναφέρουν ότι αυτή η αλλαγή στο σώμα διεγείρει την περιέργεια των ανθρώπων και γι 'αυτό το λόγο προτιμούν να την κρύψουν χρησιμοποιώντας μακριά ρούχα για την κάλυψή της (Frazão, Tinôco, Fernandes, Macedo, & Lira, 2016).

Τέλος, οι ασθενείς με ΧΝΝ δυσκολεύονται να συμμετάσχουν σε αθλήματα και κοινωνικές δραστηριότητες, γεγονός που επιδρά αρνητικά στα αισθήματα αυτονομίας και αυτοεκτίμησης (Gerogianni SK, Babatsikou FP, 2014).

### **1.3. Ποιότητα ζωής και ΧΝΝ**

Τα τελευταία χρόνια, έχει δοθεί μεγαλύτερη έμφαση στην ποιότητα ζωής, καθώς η επιβίωση των ασθενών με χρόνιες παθήσεις έχει αυξηθεί. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ορίζει την ποιότητα της ζωής ως την *«αντίληψη του ατόμου για τη θέση του στη ζωή στο πλαίσιο του πολιτισμού και των αξιακών συστημάτων στα οποία ζει και σε σχέση με τους στόχους και τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες του. Πρόκειται για μια ευρεία έννοια που επηρεάζεται με πολύπλοκο τρόπο από τη σωματική υγεία ενός ατόμου, την ψυχολογική του κατάσταση, το επίπεδο ανεξαρτησίας και τις σχέσεις του με τα χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος»* (Zalai, Szeifert, & Novak, 2012; Ζυγά, 2017). Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής αντικατοπτρίζει τη συμβολή της νόσου στην ευεξία των ασθενών και μπορεί να χρησιμεύσει ως πολύτιμο εργαλείο για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των θεραπευτικών παρεμβάσεων (Soni, Weisbord, & Unruh, 2010). Η ποιότητα της ζωής έχει βρεθεί ότι είναι σημαντικά εξασθενημένη στους ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση, ενώ οι χαμηλές βαθμολογίες στις υποκλίμακες της SF-36 σχετίζονται με τη νοσηλεία σε νοσοκομείο και με το θάνατο (Perlman et al., 2005). Επιπλέον, σε αρκετές μελέτες βρέθηκε μειωμένη ποιότητα ζωής σε ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση στις διαστάσεις της σωματικής, κοινωνικής και ψυχικής κατάστασης, με την ποιότητα ζωής να είναι μειωμένη ήδη από τα αρχικά στάδια της ΧΝΝ, συγκριτικά με δείγματα του γενικού πληθυσμού, με την περισσότερο έντονη εξασθένηση που διαπιστώθηκε να αφορά στη φυσική λειτουργία (Jansen et al., 2013).

## **Κεφάλαιο 2: Η έννοια της πνευματικότητας ορισμός, μέτρηση και θεωρητικές προσεγγίσεις στη νοσηλευτική επιστημολογία και βιβλιογραφία**

### **Εισαγωγή**

Τα τελευταία χρόνια υπάρχει ένα συνεχώς αυξανόμενο ενδιαφέρον της επιστημονικής κοινότητας και ειδικά των επιστημόνων υγείας για την πνευματικότητα και την αξία της κατά τη θεραπεία διαφόρων παθήσεων (Koenig, George, & Titus, 2004; Pulchaski, 2004; Burkhart & Hogan, 2009; Fradelos et al., 2016).

Είναι αναμφισβήτητο γεγονός, ότι για πολλά άτομα η πνευματικότητα και η θρησκευτικότητα αποτελούν τρόπους διαχείρισης του στρες και των διαφόρων δυσκολιών της καθημερινότητας. Επιπροσθέτως, ερευνητές αποδίδουν στην πνευματικότητα την ικανότητα να βοηθά τα άτομα να αποδώσουν ένα νόημα και μια σημασία στις δυσκολίες, τις ασθένειες καθώς ακόμα και στο θάνατο. Είναι η ύστατη στιγμή κατά την οποία τα άτομα προσπαθούν να βγουν από τη σφαίρα της αβεβαιότητας και να αποκτήσουν μια αίσθηση ολότητας. Είναι ακριβώς αυτή η ιδιότητα της συνεχούς αναζήτησης του ατόμου για ίαση και ολοκλήρωση, την οποία αποδίδει ο Puchalski (2004) στην πνευματικότητα ως ανθρώπινη πτυχή.

Στο παρόν κεφάλαιο θα παρατεθούν διάφοροι ορισμοί της πνευματικότητας και θα πραγματοποιηθεί μια εννοιολογική ανάλυση αυτής στο πλαίσιο της νοσηλευτικής επιστημολογίας και βιβλιογραφίας. Επιπρόσθετα, θα αντιπαρατεθεί η έννοια της πνευματικότητας με αυτή της θρησκευτικότητας, ώστε να καταστεί σαφής ο διαχωρισμός τους και τέλος θα παρατεθούν χρήσιμα εργαλεία αξιολόγησης της πνευματικότητας, τα οποία έχουν εφαρμογές τόσο στο πεδίο έρευνας της πνευματικότητας, όσο και στην οργάνωση, εφαρμογή και αξιολόγηση της παρεχόμενης φροντίδας.

### **2.1. Η έννοια της Πνευματικότητας**

Η λέξη πνευματικότητα (spirituality στα αγγλικά), προέρχεται από τη λέξη πνεύμα, η οποία σημαίνει πνοή, φύσημα, αναπνοή, ζωή, εξυπνάδα, ψυχή, νόημα και ουσία, ενώ η έννοια της πνευματικότητας ορίζεται ως *«οι ιδιότητες που συγκροτούν το πνευματικό επίπεδο του ατόμου»* (Μητσόπουλος & Κυρίτση, 2007). Σύμφωνα με το λεξικό της αγγλικής γλώσσας της Οξφόρδης (Stevenson, 2010), οι αγγλικές λέξεις “spirituality” και “spirit” έχουν κοινή ρίζα με τη λατινική λέξη “spiritus”, που σημαίνει πνοή ζωής

(Rajakumar, Jillings, Osborne & Tognazzini, 2008). Η λέξη πνεύμα και στις δυο περιπτώσεις αναφέρεται στη μη φυσική υπόσταση ενός ατόμου και στο σύνολο των συναισθημάτων και χαρακτηριστικών του, στοιχεία τα οποία υπερβαίνουν το θάνατο και τη φυσική φθορά. Σε πρόσφατη μελέτη η πνευματικότητα ενός ατόμου ορίζεται ως *«η ιδιότητά του που εμπεριέχει και εμπλέκει βαθιά συναισθήματα και πεποιθήσεις θρησκευτικής κυρίως φύσεως που δεν σχετίζονται με υλικά μέρη της ζωής»* (Stevenson, 2010).

Δεδομένης της συνεχούς ανάδυσης του ερευνητικού ενδιαφέροντος γύρω από το συγκεκριμένο θέμα, πολλοί ερευνητές θέλησαν να ορίσουν τι ακριβώς είναι πνευματικότητα, με αποτέλεσμα κάθε φορά να καταλήγουν σε διαφορετικό ορισμό, σχετιζόμενο σχεδόν πάντα με τη φύση της επιστήμης που εκπροσωπούσε ο ερευνητής που κάθε φορά προσπαθούσε να την ορίσει (Ross, 1997; Delgado, 2005; Sheldrake, 2007). Με τον τρόπο αυτό αναδεικνύεται η περιπλοκότητα, το βάθος και η ρευστότητα της έννοιας της πνευματικότητας, καθιστώντας σαφές ότι μία βασική της χαρακτηριστική ιδιότητα είναι πως πρόκειται για κάτι το οποίο βιώνεται, παρατηρείται και περιγράφεται, όμως είναι πολύ δύσκολο για τα άτομα να αποδώσουν το νόημά της σε λίγες γραμμές (Flanagan & Jupp, 2016).

Ιστορικά, η έννοια της πνευματικότητας ήταν συνυφασμένη με αυτή της θρησκείας και οι ρίζες της χάνονται μέσα σε αυτή. Η φροντίδα αρχικά, είτε ιατρική είτε νοσηλευτική, παρέχονταν παραδοσιακά από μέλη θρησκευτικών κοινοτήτων, κατά κύριο λόγο χριστιανικών (Fradelos et al., 2015). Ωστόσο, μια προσέγγιση της πνευματικότητας μέσα από τη χριστιανική παράδοση δεν είναι πολιτισμικά ευαίσθητη και δεν μπορεί να αντανακλά το πολυπολιτισμικό προφίλ των πολλών σύγχρονων κοινωνιών. Ο καθορισμός ή η κατανόηση της πνευματικότητας από θρησκευτική ή θεωρητική άποψη μπορεί επίσης να μην συμβαδίζει με τις νεωτεριστικές, πολυπολιτισμικές ή κοσμικές απόψεις της έννοιας (McSherry & Cash, 2004). Μία πρώτη προσπάθεια διάκρισης της πνευματικότητας από τη θρησκευτικότητα καταγράφεται μόλις το 1950. Από τότε και έπειτα άρχισε μία επιστημονική προσέγγιση της πνευματικότητας ως καθολικής έννοιας, ενώ ταυτόχρονα ξεκίνησε και ο επιστημονικός διάλογος για το νόημα της έννοιας αυτής καθώς επίσης και τις αξίες και τα χαρακτηριστικά που συνθέτουν το νόημα αυτό (Nelson-Becker, 2018).

Συμφώνα με την Bregman (2006), υπάρχουν πάνω από 92 ορισμοί για την πνευματικότητα, ενώ οι Harrison και Brunard (1993), θεωρούν ότι οι ορισμοί της πνευματικότητας είναι τόσοι, όσοι και αυτοί που προσπαθούν να την ορίσουν. Τα

δεδομένα αυτά καταδεικνύουν το γεγονός ότι δεν υπάρχει ένας μονοδιάστατος και κοινά αποδεκτός ορισμός για την πνευματικότητα, παρά το γεγονός ότι αρκετοί ερευνητές έχουν προσπαθήσει κατά καιρούς να την ορίσουν. Βαθύτερη προσέγγιση όμως των εννοιολογικών ορισμών της πνευματικότητας δείχνει ότι παρά την περιπλοκότητα της έννοιας, υπάρχουν κάποια κοινά σημεία τα οποία και συναντάει κανείς αν όχι σε όλους, στους περισσότερους των ορισμών. Κοινό σημείο αποτελεί το στοιχείο πως *«η πνευματικότητα αποτελεί υποκειμενική εμπειρία μιας πραγματικότητας, η οποία μπορεί να θεωρηθεί ως υπερβατική και αυτό μπορεί να περιλαμβάνει - ή και όχι - στοιχεία μιας οργανωμένης θρησκείας»* (Rajakumar et al, 2008). Επιπροσθέτως, πολλοί ερευνητές προτείνουν πως κάθε ορισμός της πνευματικότητας πρέπει να ικανοποιεί τα κριτήρια που σχετίζονται με την ένταξη και την καθολικότητα, έτσι ώστε ο ορισμός της έννοιας να μπορεί να είναι αποδεκτός και εφαρμόσιμος σε όλα τα άτομα (McSherry & Draper, 1998, σ. 685).

Ο ορισμός της πνευματικότητας έχει μεταβληθεί κατά τη διάρκεια των χρόνων και από την αμιγώς θρησκευτική έννοια, έχει εξελιχθεί σε μια έννοια ιδεολογική-φιλοσοφική, κοινωνικό-πολιτισμική, αλλά και ταυτόχρονα ψυχο-βιολογική (Koenig, 2008). Ενώ παραδοσιακά συνήθως χρησιμοποιήθηκε η έννοια για να περιγραφεί ένα άτομο βαθιά θρησκευόμενο, σήμερα έχει επεκταθεί, ώστε να συμπεριλάβει και άτομα τα οποία δεν είναι βαθιά θρησκευόμενα, καθώς και άτομα με θρησκευτικές αναζητήσεις, άτομα που επιδιώκουν την ευημερία, αλλά και άτομα που επικεντρώνονται στα κοσμικά δρώμενα (Koenig, 2008).

Στις αρχές του προηγούμενου αιώνα, οι όροι πνευματικότητα και θρησκευτικότητα άρχισαν να αποσυνδέονται. Το χρονικό αυτό σημείο αποτελεί την έναρξη διαρκούς προσπάθειας για την απόδοση ενός κοινά αποδεκτού ορισμού για την πνευματικότητα. Αρκετοί θεωρητικοί της τότε εποχής ενασχολήθηκαν με αυτό το ερευνητικό πεδίο και εμφανίζονται τα πρώτα αποτελέσματα μελετών, όπως αυτά του Bucke (1923) ο οποίος αναφέρεται στην πνευματικότητα ως μια κοσμική συνείδηση και του Ouspensky (1934), ο οποίος περιγράφει την πνευματικότητα ως είναι μια αντίληψη του θαυμαστού (Dennis, 2006). Σε μεταγενέστερη μελέτη, ο Tart (1975) ενσωμάτωσε και πάλι στην έννοια κάποια στοιχεία θρησκευτικότητας και αποτυπώνει την άποψη ότι τα άτομα με υψηλότερο επίπεδο πνευματικότητας επιδιώκουν να ανακαλύψουν τις δυνατότητές τους καθώς επίσης και έναν ύστατο σκοπό, αλλά και την προσωπική τους σχέση με το Θεό.



Οι Elkins και συν. (1988), προσπάθησαν να αναπτύξουν ένα διευρυμένο ορισμό της πνευματικότητας, αναγνωρίζοντας ταυτόχρονα την *«ανθρώπινη και οικουμενική φύση»* αυτής και διεύρυναν την έννοια, ώστε να περιλαμβάνει τόσο θρησκευτικές, όσο και μη θρησκευτικές πεποιθήσεις και εκφράσεις. Στη μελέτη τους, η πνευματικότητα περιγράφεται μέσω της σύνθεσης και αποτύπωσης ενός διευρυμένου ορισμού, που δημιουργήθηκε βάσει στοιχείων που δόθηκαν από άλλες μελέτες όπως αυτές των Maslow, Dewey, Frankl, Buber και άλλων. Στη συγκεκριμένη μελέτη, η πνευματικότητα χαρακτηρίζεται ως *«ένα ανθρώπινο φαινόμενο, το οποίο υπάρχει, τουλάχιστον δυνητικά, σε όλα τα πρόσωπα»* (Elkins et al., 1988). Για τους Elkins και συν. (1988) η πνευματικότητα είναι μια πολυδιάστατη έννοια, η οποία μπορεί να περιλαμβάνει μια υπερβατική διάσταση, πίστη σε κάτι περισσότερο από αυτό που φαίνεται, αλλά και όχι απαραίτητα πίστη στο Θεό. Περιλαμβάνει επίσης τη διάσταση του νοήματος και του σκοπού στη ζωή, καθώς και μια διαρκή και εξελισσόμενη διαδικασία αναζήτησης αυτού του νοήματος, μια αποστολή στη ζωή με ταυτόχρονα ένα βαθύ αίσθημα ευθύνης και μια αποδοχή για την ιερότητα της ζωής. Διαστάσεις όπως αυτή του αλτρουισμού και της πίστης στην κοινωνική δικαιοσύνη, εμπεριέχονται σε αυτήν την προσέγγιση. Άλλες σημαντικές πτυχές που ενσωματώνονται είναι η έννοια της ικανοποίησης από τα πνευματικά αγαθά, τα οφέλη των οποίων πραγματώνονται στις σχέσεις με τον εαυτό, στις σχέσεις με τους άλλους, στη σχέση με τη φύση και στη σχέση με μια ανώτερη δύναμη που κάποιος αντιλαμβάνεται ως Θείο ή ως Ανώτερο Ον. Τέλος, η έννοια της πνευματικότητας βάσει αυτής της θεωρητικής προσέγγισης ενδέχεται να περιλαμβάνει και μια δέσμευση για τη δημιουργία ενός θετικού δυναμικού, αλλά και τη βαθειά συνειδητοποίηση του ανθρώπινου πόνου και του θανάτου (Elkins et al., 1988; Smith, 1994).

Συνεχίζοντας με ορισμούς από το πεδίο των κοινωνικών επιστημών και ειδικότερα από το χώρο της ψυχολογίας της θρησκείας, οι Zinnbauer και συν. (1997), σε μια προσπάθεια να διερευνήσουν τον τρόπο με τον οποίο τα άτομα προσδιορίζουν την πνευματικότητα, διεξήγαγαν μια μελέτη στην οποία συμμετείχαν 346 άτομα που κατοικούσαν στην Πενσυλβανία και το Οχάιο. Το δείγμα της μελέτης τους αποτέλεσαν άτομα, από διαφορετικές θρησκευτικές οργανώσεις (π.χ. Πρεσβυτεριανή, Καθολική, Λουθηρανική, Επισκοπική και Νέα Εποχή) και ποικίλες ηλικιακές ομάδες (15 έως 85 ετών). Σύμφωνα με την έρευνα αυτή, το 95% των συμμετεχόντων ήταν λευκοί Αμερικανοί και το 68% από αυτούς ήταν γυναίκες. Από τη μελέτη αυτή

προέκυψε μια ομάδα ατόμων, οι οποίοι αυτοπροσδιορίζονταν ως πνευματικοί, αλλά όχι ως θρησκευόμενοι. Χαρακτηριστικό στοιχείο των ατόμων αυτών ήταν η έντονη τάση αναζήτησης. Η μελέτη κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η πνευματικότητα των συμμετεχόντων περιγράφεται *«είτε ως η ύπαρξη μιας σχέσης με το Θεό ή με μια Ανώτερη Δύναμη γενικότερα, είτε ως η ύπαρξη ενός προσωπικού συστήματος πεποιθήσεων που αφορά το Θεό ή μια Ανώτερη Δύναμη»* (Zinnbauer et al., 1997).

Σε άλλες μελέτες αναφέρεται ότι η πνευματικότητα μπορεί ή όχι να οδηγήσει, ή να προκύψει από την ανάπτυξη θρησκευτικών τελετουργικών διαδικασιών. Η έννοιά της είναι υποκειμενική, προσωπική και επεκτείνεται πέρα από την έννοια της θρησκείας. Στις μελέτες αυτές η πνευματικότητα συνδέεται με την ερμηνεία που ένα άτομο δίνει στη ζωή του, ενώ η θρησκεία υποδηλώνει ένα τυπικό σύστημα πεποιθήσεων (Zinnbauer et al., 1997). Ο Hall (2004), τόνισε ότι στην έννοια της πνευματικότητας συμπεριλαμβάνονται και οι ψυχικές διαδικασίες που τελούνται κατά τη σύνδεση ενός ατόμου με το θείο και την εύρεση νοήματος μέσα από αυτή τη διαδικασία, καθώς η πνευματική και ψυχική διάσταση ενός ατόμου είναι μια και αδιαίρετη. Ο συγκεκριμένος ερευνητής αναφέρει ότι είναι οι ίδιες ψυχικές - ψυχολογικές διαδικασίες, οι οποίες διέπουν τις σχέσεις κάποιου με τον εαυτό του, αλλά και με τους σημαντικούς για αυτόν άλλους. Οι σχέσεις που κάποιος αναπτύσσει με τον εαυτό του και τους άλλους συμβάλλουν στην καλύτερη κατανόηση της πρωταρχικής συναισθηματικής εμπειρίας του Θεού και στην ολοκλήρωση των πνευματικών εμπειριών αυτής της διαδικασίας, οι οποίες με τη σειρά τους συνεισφέρουν στη διατήρηση του πνευματικού του μετασχηματισμού και της πνευματικής του ανάπτυξης (Hall, 2004).

Σύμφωνα με τον Zinnbauer (2005), η πνευματικότητα είναι μια ευρύτερη έννοια από τη θρησκεία. Ως εκ τούτου, *«η πνευματικότητα ορίζεται ως προσωπική ή ομαδική αναζήτηση του ιερού και η θρησκεία ως προσωπική ή ομαδική αναζήτηση του ιερού που εκτυλίσσεται μέσα σε ένα παραδοσιακό ιερό πλαίσιο»*. Ο όρος *«αναζήτηση»* χρησιμοποιείται για να δηλώσει την επιδίωξη ενός στόχου (Zinnbauer & Pargament, 2005). Η *«αναζήτηση του ιερού»* χρησιμοποιείται προκειμένου να αναφερθεί κανείς στη διαδικασία ταυτοποίησης και άρθρωσης του ιερού, καθώς και στη διατήρηση και μεταμόρφωση μιας σχέσης, μέσα από την κατανόηση ή την προσκόλληση στον ιερό (Hill, et al., 2000).

Πληθώρα ερευνητικών μελετών συνέθεσαν μια άλλη πιο ανθρωπιστική προσέγγιση της έννοιας της πνευματικότητας. Οι μελέτες αυτές περιλαμβάνουν και δίνουν

έμφαση σε διαστάσεις και έννοιες όπως το νόημα και ο σκοπός της ζωής, η πίστη σε μια ανώτερη δύναμη, αλλά και η ανάγκη των ανθρώπων να ανήκουν, να είναι μέλη μιας κοινότητας και να μπορούν να συνδεθούν είτε με τον εαυτό τους, είτε με τους άλλους, είτε με τη φύση (Dessio et al., 2004). Η σημαντικότητα των παραπάνω συνδέσεων τονίζεται και σε άλλες μελέτες, όπως των Musgrave, Allen, και Allen (2004), όπου η πνευματικότητα ορίζεται ως ποιοτικό χαρακτηριστικό, μοναδικό και ξεχωριστό για κάθε άτομο, μέσω του οποίου και πάλι διευκολύνεται η σύνδεση με τον εαυτό, τους άλλους ανθρώπους και τη φύση. Θεωρείται, βάσει αυτής της προσέγγισης ότι η πνευματικότητα έχει πολύ προσωπικό νόημα και είναι μοναδική εμπειρία για το κάθε άτομο (Moxey et al, 2011; Thomas et al, 2015). Σε αυτήν την ανθρωπιστική προσέγγιση της έννοιας της πνευματικότητας εξακολουθούν να υπάρχουν δεδομένα από παραδοσιακούς ορισμούς αυτής, όπως για παράδειγμα η σχέση και η πίστη σε ένα Ανώτερο Ον. Σύμφωνα με τους Karches και συν. (2012), η πνευματικότητα αποτελεί μια βασική πηγή ελπίδας, με αποτέλεσμα τα άτομα που εμφανίζουν υψηλότερο βαθμό πνευματικότητας και όσοι είναι αποδέκτες μεγαλύτερης πνευματικής υποστήριξης να παρουσιάζουν και καλύτερη ποιότητα ζωής (Karches et al, 2012).

Στο επιστημονικό πεδίο της νοσηλευτικής, για το οποίο θα γίνει και εκτενής αναφορά στις επόμενες ενότητες του παρόντος κεφαλαίου, ιδιαίτερη σημασία αποκτά η κατηγοριοποίηση της πνευματικότητας, η οποία και προτάθηκε από τον McSherry (2007). Στη συγκεκριμένη μελέτη τονίζεται ότι η πνευματικότητα σχετίζεται με την οπτική διάσταση του ατόμου σχετικά με τον κόσμο γύρω του. Αυτή η ατομική οπτική διάσταση μεταβάλλεται στη διάρκεια του χρόνου, και κυρίως μεταβάλλεται όταν το άτομο βιώνει στρεσογόνες καταστάσεις ή βιώνει την εμπειρία μιας ασθένειας. Σύμφωνα με τον McSherry, υπάρχουν δύο μορφές πνευματικότητας. Η πρώτη μορφή μπορεί να ορισθεί ως η παραδοσιακή μορφή, στην οποία η πνευματικότητα ορίζεται μέσα από ένα θρησκευτικό πρίσμα, στο οποίο κεντρικές διαστάσεις είναι η πίστη στο Θεό και οι ποικίλες θρησκευτικές δραστηριότητες. Η δεύτερη μορφή περιέχει μία πιο μοντέρνα προσέγγιση, στην οποία περιλαμβάνονται πιο σύγχρονες υπαρξιακές διαστάσεις, όπως το νόημα και ο σκοπός της ζωής, η δημιουργικότητα και οι σχέσεις (McSherry, 2007). Ο συγκεκριμένος ερευνητής στη μελέτη του δεν αναφέρει μόνο τις δύο βασικές μορφές της πνευματικότητας, αλλά προχωρά και σε ταξινόμηση των ποικίλων ορισμών αυτής. Οι διάφοροι ορισμοί ταξινομούνται βάσει της αναφοράς τους ή όχι σε μια θείκη πίστη, σε ένα υπέρτατο ον, σε μία θρησκευτική συνύπαρξη -

πίστη σε έναν Θεό, σε θρησκευτικές πρακτικές, θρησκευτικά έθιμα και τελετουργίες, αλλά και βάσει της αναφορά τους ή όχι στην ποιότητα ζωής και στην υπερβατική ζωή μετά το θάνατο (McSherry, 2007).

Σε έναν πιο σύντομο, ελεύθερο, ευρύ και κοινά αποδεκτό ορισμό της πνευματικότητας κατέληξαν οι Feenstra και Brouwer (2008), σύμφωνα με τους οποίους, η πνευματικότητα εκλαμβάνεται ως η αναζήτηση σκοπού της ζωής, η αναζήτηση νοήματος στην ανθρώπινη ύπαρξη, η επίτευξη της εσωτερικής αρμονίας και η ύπαρξη σχέσης του ανθρώπου με μια Ανώτερη Δύναμη, η οποία επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο το άτομο λειτουργεί μέσα στον κόσμο (Feenstra & Brouwer, 2008). Μάλιστα με γνώμονα αυτόν τον ορισμό έχουν εντοπιστεί και κατηγοριοποιηθεί μια σειρά από ανάγκες πνευματικές, υπαρξιακές αλλά και ψυχικές, με πρακτικές εφαρμογές στο πεδίο των επιστημών υγείας και ιδιαίτερα στη φροντίδα ασθενών με χρόνιες και απειλητικές για τη ζωή παθήσεις (Vachon, Fillion, and Achille, 2009; Büssing & Koenig, 2010).

Συνοψίζοντας, αξίζει να σημειωθεί πως μετά από σύνθεση των διαφόρων προσεγγίσεων εννοιολογικού προσδιορισμού της πνευματικότητας και λαμβάνοντας υπόψη τους διάφορους ορισμούς που κατά καιρούς έχουν δοθεί, οι λέξεις- κλειδιά που συνιστούν την έννοια της πνευματικότητας είναι «το νόημα», «η ελπίδα», «η σύνδεση» και «τα πιστεύω/ τα αξιακά συστήματα» (Cheawchanwattana et al, 2015). Βάσει όλων των παραπάνω λοιπόν η πνευματικότητα, μέσα από ένα ευρύ θεωρητικό και ερευνητικό πρίσμα, μπορεί να ορισθεί ως *“η αναζήτηση για νόημα στη ζωή, κυρίως μέσω των εμπειριών και των εκφάνσεων του πνεύματος. Αναφέρεται στην ακεραιότητα και συνοχή όλων των ανθρώπινων ατομικών διαστάσεων, του σώματος, της ψυχής, της σκέψης, και του πνεύματος. Είναι μία βαθιά, μοναδική και δυναμική διαδικασία που είναι διαφορετική για κάθε άτομο, η οποία μπορεί να αντανακλά και να εμπεριέχει την πίστη στο Θεό ή σ’ ένα Ανώτερο Ον, καθώς επίσης και τη βαθιά σχέση του ατόμου με τον εαυτό του, με τους άλλους, αλλά και με τη φύση”* (Fradelos et al, 2015).

## **2.2. Πνευματικότητα και Θρησκευτικότητα**

Σύνηθες φαινόμενο στην ευρύτερη ερευνητική κοινότητα είναι η ύπαρξη μίας σύγχυσης των δύο εννοιών της πνευματικότητας και της θρησκευτικότητας, καθώς πολύ συχνά οι δύο αυτοί όροι συγχέονται και επικαλύπτονται, παρά το γεγονός ότι

έχουν εξ' ορισμού διαφορετικό νόημα και σημασία. Στη παρούσα ενότητα θα αναδειχθεί η εννοιολογική και δομική διαφορά μεταξύ των δύο αυτών εννοιών με την παράθεση πρόσφατων βιβλιογραφικών δεδομένων.

Η κατανόηση της διαφοράς μεταξύ πνευματικότητας και θρησκευτικότητας κρίνεται απαραίτητη, ενώ παράλληλα είναι σημαντική και η ενσωμάτωση αυτής της διαφοράς στο κλινικό και στο ευρύτερο επιστημονικό πεδίο της νοσηλευτικής επιστήμης (Puchalski, Cobb & Rumbold 2012). Οι σύγχρονοι νοσηλευτές είναι σημαντικό να είναι ευαισθητοποιημένοι σχετικά με τα θέματα αυτά, να λαμβάνουν υπόψη τους τις πνευματικές ανάγκες των ασθενών τους, να τις αξιολογούν και να τις συμπεριλαμβάνουν στην καθημερινή νοσηλευτική φροντίδα που παρέχουν υπό το πρίσμα της ολιστικής προσέγγισης, να παρέχουν υποστήριξη σχετικά με πνευματικές ανάγκες και τέλος να γνωρίζουν τη διαφορά μεταξύ πνευματικότητας και θρησκευτικότητας, καθώς και τα λεπτά όρια που τις διαχωρίζουν (Puchalski, Cobb & Rumbold 2012).

Η πνευματικότητα αποτελεί μια πιο ασαφή εκδοχή της θρησκευτικότητας και αρκετά συχνά υπερκαλύπτει τις περιοχές της θρησκείας. Ενδέχεται να περιλαμβάνει θρησκευτικές και μη θρησκευτικές διαστάσεις και σχετίζεται κυρίως με την αναζήτηση νοήματος στην ζωή (Bregman, 2006 Guilherme et al, 2016). Η δε θρησκευτικότητα σχετίζεται άμεσα με την εξωτερική έκφραση της πίστης και περιλαμβάνει πάντοτε συγκεκριμένες πεποιθήσεις, τελετουργίες και αξίες (Bregman, 2006; Guilherme et al, 2016). Μπορεί η έννοια της πνευματικότητας να είναι βαθιά ριζωμένη στη θρησκεία, όμως από τις αρχές του προηγούμενου αιώνα, τα αποτελέσματα των μελετών δείχνουν να υπάρχει ένα χάσμα μεταξύ των δύο αυτών εννοιών που μεγαλώνει βαθμιαία (Gallagher & Tierney, 2016).

Όπως αναφέρθηκε και στην προηγούμενη ενότητα η πνευματικότητα μπορεί ή όχι να οδηγήσει στην ανάπτυξη θρησκευτικών τελετουργικών ή να προκύψει από αυτές. Πρόκειται για καθαρά υποκειμενική έννοια, βαθιά προσωπική, η οποία εκτείνεται πολύ πιο μακριά από την έννοια, τα όρια και το πλαίσιο μιας θρησκείας. Ενώ η πνευματικότητα αναφέρεται στην ερμηνεία που δίνει ένα άτομο για τη ζωή, η θρησκευτικότητα αναφέρεται και υποδηλώνει ένα οργανωμένο σύστημα πεποιθήσεων, πρακτικών, τελετουργιών και συμβόλων που χρησιμοποιούνται ώστε να υπάρξει εγγύτητα μεταξύ των ανθρώπων και του ιερού ή με μια ανώτερη δύναμη (Zinnbauer et al., 1997).

Οι Zinnbauer, Pargament, και Scott (1999), θέλοντας να διαχωρίσουν τις δύο αυτές έννοιες, παρουσίασαν τρεις βασικές διαφορές μεταξύ της θρησκευτικότητας και της πνευματικότητας: 1) στη θρησκευτικότητα βασικό στοιχείο είναι μια οργανωμένη θρησκεία, ενώ στην πνευματικότητα βασικό στοιχείο είναι η προσωπική διάσταση και φύση αυτής, (2) η θρησκευτικότητα εμπεριέχει μία τυποποιημένη θρησκεία, ενώ η πνευματικότητα μία λειτουργική ανθρώπινη διάσταση και (3) η θρησκεία ίσως είναι αρνητική διάσταση, ενώ η πνευματικότητα συνήθως είναι θετική διάσταση. Η οργανωμένη θρησκεία περιορίζεται στο πεδίο των θρησκευτικών πεποιθήσεων και πρακτικών, ενώ η πνευματικότητα τις υπερβαίνει αυτές (Zinnbauer, Pargament, & Scott 1999).

Σύμφωνα με τον Emblen (1992), οι βασικές διαφορές μεταξύ θρησκευτικότητας και πνευματικότητας είναι δύο. Η πίστη, η οργανωμένη θρησκεία, οι πεποιθήσεις και οι πρακτικές οι οποίες και καλλιεργούν αυτή τη σχέση με το θείο και ιερό συνδέονται καθαρά με τη θρησκεία και τη θρησκευτικότητα, ενώ η πνευματικότητα συνδέεται με μια προσωπική υπερβατική σχέση με τον Θεό και τους άλλους. Η πνευματικότητα εμπεριέχει την αναζήτηση για νόημα και σκοπό στη ζωή και αντιπροσωπεύει μια αίσθηση συνδεσιμότητας με τον εαυτό και τους άλλους, ενώ η θρησκευτικότητα εμπεριέχει μία θρησκεία, η οποία συνδέεται συνεχώς με συγκεκριμένους θρησκευτικούς θεσμούς (Emblen, 1992).

Σε πιο πρόσφατη μελέτη αναφέρεται ότι η θρησκευτικότητα έχει τρεις διαστάσεις: 1) την οργανωμένη θρησκευτική δραστηριότητα, (2) τη μη οργανωμένη θρησκευτική δραστηριότητα και (3) την υποκειμενική ή εσωτερική θρησκευτικότητα. Η οργανωμένη θρησκευτική δραστηριότητα περιλαμβάνει την παρουσία του ατόμου στην εκκλησία ή στη συναγωγή, τη συμμετοχή του στην προσευχή ή στην κατήχηση και τη συμμετοχή τους σε διάφορες δραστηριότητες της εκκλησίας/ συναγωγής. Αυτό αποτελεί και το κοινωνικό κομμάτι της θρησκευτικότητας. Η μη οργανωμένη θρησκευτική δραστηριότητα περιλαμβάνει πρακτικές πιο ιδιωτικές και προσωπικές, όπως είναι η προσευχή και ο διαλογισμός, η μελέτη της Βίβλου και άλλων θρησκευτικών βιβλίων και η παρακολούθηση εκκλησιαστικών εκπομπών στο ραδιόφωνο ή στην τηλεόραση. Τέλος, η εσωτερική θρησκευτικότητα αντανακλά το κατά πόσο η θρησκεία αποτελεί κίνητρο για τις ζωές των ανθρώπων, επηρεάζει συμπεριφορές, καθώς και τη λήψη αποφάσεων (Koenig et al, 2004).

Ο Koenig (2009), έπειτα από ενδελεχή μελέτη της σχετικής βιβλιογραφίας συμπεραίνει ότι η έννοια της πνευματικότητας είναι σημείο διαφωνίας αρκετών

επιστημόνων. Ο συγγραφέας αναφέρει ότι η θρησκεία περιλαμβάνει πεποιθήσεις, πρακτικές και τελετουργίες που σχετίζονται με την υπερβατικότητα ή τον Θεό, τον Αλλάχ, ή κάποια ανώτερη δύναμη. Συνεχίζοντας τη διαφοροποίηση μεταξύ των δύο όρων αναφέρει πως όλες οι θρησκείες έχουν κανόνες, τελετουργίες και πρακτικές για τα μέλη μιας κοινωνικής ομάδας, καθώς και συγκεκριμένες πεποιθήσεις σχετικά με τη ζωή μετά το θάνατο. Οι πεποιθήσεις, οι συμπεριφορές, οι τελετουργίες και οι τελετές συχνά συνδέονται με θρησκευτικές πρακτικές που μπορεί να διεξάγονται σε δημόσιο ή ιδιωτικό περιβάλλον. Επιπροσθέτως, η θρησκεία ενθαρρύνει την ανάπτυξη σχέσεων μεταξύ των μελών της κοινότητας, καθώς και τον καταμερισμό συγκεκριμένων ευθυνών σε συγκεκριμένα μέλη αυτής κοινότητας (Koenig, 2009). Η πνευματικότητα όμως σχετίζεται με την έννοια της υπερβατικότητας. Ίσως να συνδέεται στενά με την υπερφυσική, τη μυστικιστική και πολλές φορές με την οργανωμένη θρησκεία. Όμως καλλιεργεί και την αναζήτηση της υπέρβασης, επιτρέποντας τα άτομα να αμφισβητούν τις πεποιθήσεις τους, στοιχείο που είναι βασικό για την ανάπτυξη της πνευματικότητας (Koenig, 2008).

Σύμφωνα με το δίκτυο επαγγελματιών υγείας για την πνευματικότητα (The Spirituality Healthcare Network), ο όρος πνευματικότητα συνδέεται με τη θρησκεία, αλλά δεν ταυτίζεται και δεν εξατομικεύεται με κάποια συγκεκριμένη θρησκεία. Η πνευματικότητα σημαίνει την εύρεση νοήματος και σκοπού στη ζωή μέσω των σχέσεων με τους άλλους, συμπεριλαμβανομένης όμως και της σχέσης με το Θεό ή τους Θεούς και μπορεί να εκφραστεί μέσα από πολλές πτυχές όπως η μουσική, η τέχνη, η φύση ή οποιοδήποτε άλλο πλαίσιο. Οι πνευματικές πρακτικές μπορεί να περιλαμβάνουν την εθελοντική εργασία, το διαλογισμό, τη γιόγκα, τη δέσμευση προς μία κοινότητα, καθώς και άλλες μη θρησκευτικές πρακτικές (SHCN, 2013). Οι υπεύθυνοι για την σύνταξη του εγγράφου του SHCN (2013) αναφέρουν ότι η θρησκεία και οι θρησκευτικές πρακτικές μπορεί να περιλαμβάνουν δραστηριότητες όπως προσευχή, συμμετοχή σε θρησκευτικές τελετές και ενεργή συμμετοχή σε μια θρησκευτική κοινότητα.

### **2.3. Η Πνευματικότητα στη Νοσηλευτική Επιστημολογία και Βιβλιογραφία**

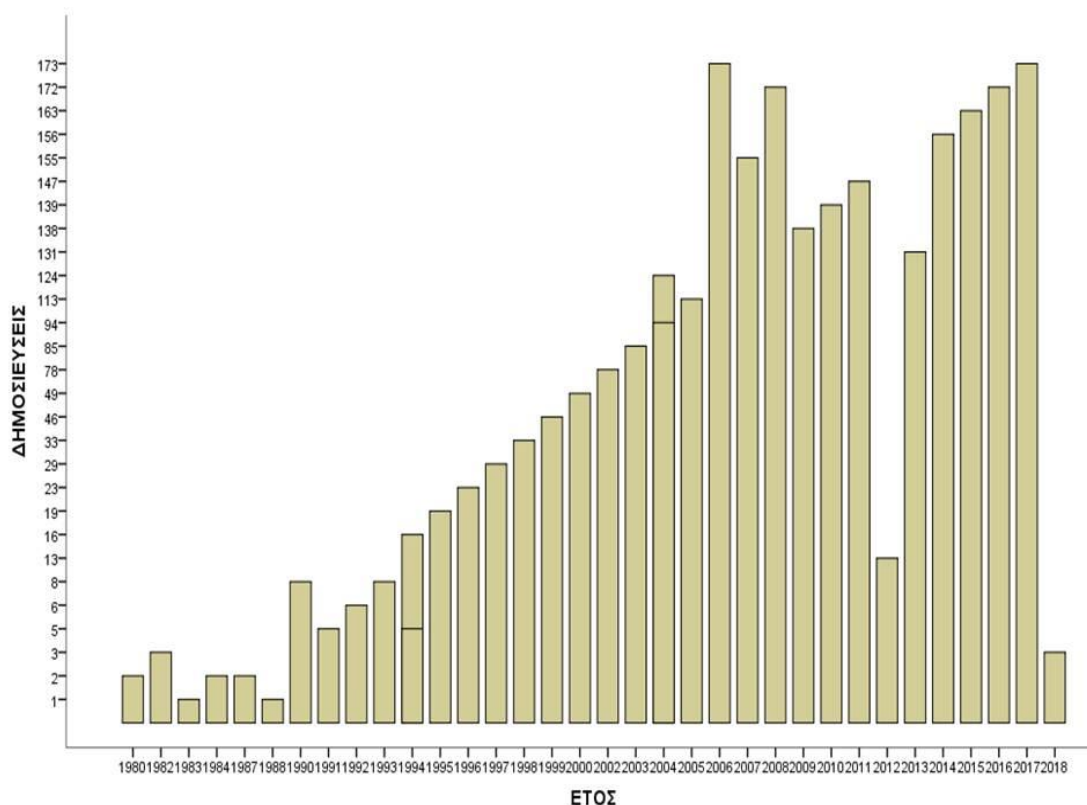
Η πνευματικότητα αποτελεί πηγή συναισθηματικής υποστήριξης, ασκεί θετική επιρροή στην υγεία και συντελεί στην αύξηση της ικανοποίησης από τη ζωή (Samuel-

Hodge et al., 2000). Σύμφωνα με τους Banks-Wallace & Parks (2004), η πνευματικότητα συμβάλει στη διατήρηση της ευημερίας, ακόμα και σε περιπτώσεις που το άτομο βιώνει μία ψυχική και συναισθηματική κρίση που σχετίζεται με θέματα υγείας. Έχει βρεθεί πως η συμμετοχή σε πνευματικές και θρησκευτικές πρακτικές και τελετουργίες έχουν θετική επίδραση στην ικανοποίηση από τη ζωή, την ενδυνάμωση και σε διάφορες εκβάσεις της υγείας (Banks-Wallace & Parks, 2004). Αν και μόλις τα τελευταία χρόνια έχει αυξηθεί το ερευνητικό ενδιαφέρον για την πνευματικότητα στις επιστήμες υγείας γενικότερα, στη νοσηλευτική επιστήμη και στην καθημερινή νοσηλευτική κλινική πρακτική η πνευματικότητα αποτελούσε αναπόσπαστο τμήμα όχι μόνο από τότε που αυτή ορίστηκε και οργανώθηκε ως επιστήμη, αλλά και πολλά χρόνια πιο πριν. Αξίζει για παράδειγμα να σημειωθεί ότι τα πρώτα οργανωμένα πλαίσια παροχής νοσηλευτικής φροντίδας στη Μεσόγειο ήταν οι βυζαντινοί ξενώνες, δομές οι οποίες λειτουργούσαν κατά κύριο λόγο δίπλα σε μονές κατά τη βυζαντινή περίοδο (Zyga, 2014), εδραιώνοντας έτσι και διαιωνίζοντας την ήδη ισχυρή σχέση μεταξύ υγείας, νοσηλευτικής και θρησκείας. Με την πάροδο των χρόνων μπορεί το πλαίσιο φροντίδας να μεταφέρθηκε από τους ξενώνες και τις χριστιανικές/θρησκευτικές δομές παροχής φροντίδας σε ένα πιο οργανωμένο υγειονομικό σύστημα, πάραυτα στα τέλη του 1960 ξαναδίνεται έμφαση στην πνευματικότητα και την πνευματική φροντίδα, η οποία παρέχεται στο πλαίσιο της νοσηλευτικής φροντίδας. Για παράδειγμα, χριστιανική αδελφότητα νοσηλευτών ξεκινάει έναν κύκλο πιστοποιημένων μαθημάτων και σεμιναρίων σχετικά με την παροχή πνευματικής φροντίδας στο πλαίσιο παροχής φροντίδας υγείας, στοιχείο που καταδεικνύει τη σημαντικότητα που προσδίδουν οι νοσηλευτές στις πνευματικές ανάγκες των νοσηλευτών (Shelly & Fish, 1988).

Στη συγκεκριμένη περίοδο φαίνεται μέσα από βιβλιογραφικές μαρτυρίες, ότι υπάρχει μεγάλος προβληματισμός και γίνεται έντονος διάλογος σχετικά με την ενσωμάτωση των θρησκευτικών και πνευματικών αναγκών στη παροχή φροντίδας υγείας. Οι νοσηλευτές ήταν εκείνοι που πρωτοστατούσαν στην έρευνα του θέματος, θέτοντας ερωτήματα και διλήμματα σχετικά με το θέμα, αλλά και διεξάγοντας αρκετές μελέτες για την πνευματικότητα, τις πνευματικές ανάγκες και τις μεθόδους κάλυψης αυτών. Αξίζει να σημειωθεί ότι μια αναζήτηση στη διεθνή βάση δεδομένων PubMed με τις λέξεις κλειδιά “spirituality” & “nursing” περιοριζόμενη χρονικά στην τελευταία πενταετία, θα επιστρέψει 780 επιστημονικές δημοσιεύσεις, ενώ αν αρθεί ο χρονικός περιορισμός ο αριθμός αυτός ανεβαίνει σε 2568 δημοσιεύσεις (Γράφημα 1). Το



γεγονός αυτό αποδεικνύει τη σημαντικότητα της πνευματικότητας στη νοσηλευτική, τόσο σε θεωρητικό επίπεδο όσο και σε επίπεδο κλινικής πρακτικής.



Γράφημα 1. Η εξέλιξη του πλήθους των δημοσιεύσεων για την πνευματικότητα στη νοσηλευτική

### 2.3.1. Πνευματικότητα και Νοσηλευτικές Θεωρίες

Η έννοια της πνευματικότητας στη νοσηλευτική επιστήμη εξετάζεται διαμέσου πολλών επιστημονικών πεδίων όπως της θεολογίας, της ψυχολογίας, της κοινωνιολογίας, αλλά και της ιατρικής. Η διερεύνηση της συγκεκριμένη έννοιας στη νοσηλευτική επιστήμη, γίνεται επίσης με τη χρήση ποιοτικών και ποσοτικών προσδιορισμών και χαρακτηρισμών μέσα από διάφορες προοπτικές, όπως της πνευματικής υγείας, της πνευματικής ευημερίας, της πνευματικής προοπτικής, της αυτοπεποίθησης, της πίστης, της ποιότητας ζωής, της ελπίδας, της θρησκείας, του σκοπού στη ζωή και της πνευματικής αντιμετώπισης (Meraviglia, 1999). Παραδοσιακά, η νοσηλευτική ανέκαθεν περιελάμβανε στη φροντίδα του ατόμου όλες τις πτυχές και εκφάνσεις της ανθρώπινης ολότητας. Η νοσηλευτική επιστήμη αντιλαμβάνεται το άτομο ως όλον, ως ολότητα, ως μια ενότητα σωματικών, ψυχικών, κοινωνικών, πολιτιστικών, περιβαλλοντικών και πνευματικών διαστάσεων (Parathanasiou, 2013). Η πνευματικότητα αποτελεί βασική έννοια στη νοσηλευτική

επιστημολογία και απαντάται σε μεγάλες νοσηλευτικές θεωρίες, σε θεωρίες μέσου πεδίου αλλά και σε νοσηλευτικά μοντέλα. Ενδεικτικά αξίζει να αναφερθεί πως η πνευματικότητα εμφανίζεται ως έννοια στις νοσηλευτικές θεωρίες, από τη θεωρία του περιβάλλοντος της Florence Nightingale, ως το θεωρητικό μοντέλο της Betty Neuman, τη θεωρία φροντίδας της Jean Watson, τη θεωρία της Margaret Newman για την υγεία ως επεκτεινόμενη συνειδητότητα και τη θεωρία του ανθρώπινου γίνεσθαι της Rosemary Parse.

### **2.3.1.1 Η Έννοια της Πνευματικότητας στις Μεγάλες Νοσηλευτικές Θεωρίες με βάση τις Ανθρώπινες Ανάγκες**

#### **2.3.1.1.1 Florence Nightingale: Τι είναι νοσηλευτική και τι δεν είναι**

Αν κάποιος θα ήθελε να ερευνήσει την έννοια και το νόημα της πνευματικότητας στις νοσηλευτικές θεωρίες θα έπρεπε οπωσδήποτε να ανατρέξει πίσω στις απαρχές της νοσηλευτικής ως επιστήμη, στη θεωρία της Florence Nightingale και στο έργο της «Σημειώσεις Νοσηλευτικής» τι είναι και τι όχι (1860), τον ακρογωνιαίο λίθο της νοσηλευτικής πρακτικής και έρευνας (Burkhart & Hogan, 2008). Η Florence Nightingale έχει θεμελιώσει τη σύγχρονη νοσηλευτική επιστήμη, αρχίζοντας με τον τρόπο αυτό τη φιλοσοφία της νοσηλευτικής, παραθέτοντας την άποψή της πως η νοσηλευτική αποτελεί ένα κάλεσμα θεού. Έδωσε κατά τον τρόπο αυτόν μια θρησκευτική χροιά στην άσκηση της νοσηλευτικής, στοιχείο που επιβεβαιώνεται και από ευρήματα πολύ πρόσφατων νοσηλευτικών ερευνών, οι οποίες καταλήγουν στο συμπέρασμα πως για ένα ποσοστό εργαζόμενων νοσηλευτών υπάρχουν κάποια θρησκευτικά κίνητρα που συνέβαλαν στην επιλογή του συγκεκριμένου επαγγέλματος (Taylor, Park & Pfeiffer, 2014; Awalkhan & Muhammad, 2016; Fradelos et al., 2017). Η Florence Nightingale στη θεωρία της διατυπώνει την άποψη ότι τα άτομα θα πρέπει να βρίσκονται σε μια αρμονία, τόσο εσωτερική όσο και με το Θείο. Αξίζει να σημειωθεί πως γι' αυτήν την εσωτερική αρμονία και την πίστη σε μια ανώτερη δύναμη έκαναν εκτενή αναφορά και οι Feenstra & Brouwer (2008), ορίζοντας την πνευματικότητα ως την αναζήτηση σκοπού στη ζωή, την αναζήτηση νοήματος στην ανθρώπινη ύπαρξη, την επίτευξη της εσωτερικής αρμονίας και την ύπαρξη σχέσης του ανθρώπου με μια Ανώτερη Δύναμη, η οποία επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο λειτουργεί ο ίδιος μέσα στον κόσμο.

Η ύπαρξη της πνευματικότητας στη νοσηλευτική επιστήμη είναι αναμφισβήτητη. Σύμφωνα με τη Nightingale, οι νοσηλευτές θα πρέπει να μπορούν να «δουν» και να ανιχνεύσουν της πνευματικές ανάγκες των ασθενών, ανεξαρτήτου θρησκευματος. Στις σημειώσεις της καταγράφει επίσης πως *“η φύση είναι η απόλυτη εκδήλωση του Θεού, και αν συνεργαστούμε με τη φύση για να προάγουμε τη θεραπεία είναι σαν να συνεργαζόμαστε με τον ίδιο το Θεό”*. Επιπροσθέτως, αναφέρει πως οι πνευματικές ανάγκες έχουν την ίδια ζωτική σημασία με τα διάφορα όργανα που απαρτίζουν το ανθρώπινο σώμα (Campbell,2008).

Η Nightingale κάνει αρκετές αναφορές για τη φύση στη θεωρία της, όχι μόνο με την έννοια του περιβάλλοντος, αλλά και με την έννοια της ενοποίησης, συνδέοντας έτσι την υγεία, το περιβάλλον και τη φύση. Αρκετοί από τους διάφορους ορισμούς που παρατέθηκαν στην προηγούμενη ενότητα έκαναν σαφή λόγο για την ανάγκη σύνδεσης του ανθρώπου με τη φύση και του γεγονότος πως αυτό αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι την ανθρώπινης πνευματικότητας (Dessio et al., 2004; Awalkhan & Muhammad, 2016). Η θεωρία της Nightingale παρέχει επαληθεύσιμα στοιχεία, όσον αφορά την πνευματικότητα και ταυτόχρονα πολλές ερευνητικές μελέτες στο χώρο της νοσηλευτικής έχουν διεξαχθεί υπό την επιρροή των απόψεών της σχετικά με την πνευματικότητα (Tanyi & Werner, 2008). Επιπρόσθετα, σημαντικό στοιχείο που θα πρέπει να αναφερθεί είναι η σημαντικότητα που κατέχει η προσευχή, καθώς και άλλες εναλλακτικές παρεμβάσεις ολιστικής προσέγγισης, στη συγκεκριμένη θεωρητική προσέγγιση. Για τη Florence Nightingale, οι νοσηλευτές θα πρέπει να δίνουν ιδιαίτερη σημασία σε πρακτικές που σχετίζονται με την προσευχή, το θεραπευτικό άγγιγμα και τον καθοδηγούμενο οραματισμό. Πολλές από αυτές τις πρακτικές προάγουν τη σύνδεση του ατόμου με τον εαυτό του, αλλά και με τους άλλους (Dossey, 2005). Η προσέγγιση αυτή της Nightingale, έβαλε τα θεμέλια για την ανάπτυξη, αλλά και εφαρμογή στην καθημερινή κλινική πρακτική πολλών ολιστικών παρεμβάσεων και νέων θεραπευτικών πρακτικών.

#### **2.3.1.1.2. Η Πνευματική Διάσταση του Ατόμου μέσα από το Θεωρητικό Μοντέλο Συστημάτων της Betty Neuman**

Υπό το πρίσμα της γενικής θεωρίας γενικών συστημάτων αναπτύχθηκε το νοσηλευτικό θεωρητικό μοντέλο συστημάτων της Betty Neuman. Σύμφωνα με το θεωρητικό αυτό μοντέλο κάθε ζωντανός οργανισμός λογίζεται ως ένα ανοικτό σύστημα, το οποίο βρίσκεται σε συνεχή αλληλεπίδραση με άλλους οργανισμούς,

αλλά και με το περιβάλλον. Στη θεωρία της Neuman σύστημα μπορεί να είναι ένα άτομο, μια οικογένεια, μια ομάδα, μια κοινότητα ή μια κοινωνία. Μια βασική υπόθεση της θεωρίας αυτής είναι ότι κάθε σύστημα είναι μοναδικό, καθώς σε κάθε ένα υπάρχει ένας συνδυασμός παραγόντων και χαρακτηριστικών, τα οποία εντοπίζονται εντός ενός δεδομένου εύρους απαντήσεων (Neuman & Fawcett, 2002).

Σύμφωνα με την Neuman κάθε άνθρωπος είναι μια ολότητα αποτελούμενη από πέντε βασικές διαστάσεις τη βιολογική, την ψυχολογική, την κοινωνικό-πολιτισμική, την πνευματική και την αναπτυξιακή (Ahmadi & Sadeghi, 2017). Η Neuman με τον όρο πνευματική διάσταση αναφέρεται στα πνευματικά πιστεύω και τις πνευματικές επιρροές που μπορεί να έχει το άτομο. Εξαιρετικό ενδιαφέρον παρουσιάζει στο μοντέλο αυτό ο ρόλος που έχει η πνευματικότητα στην ανταπόκριση και διαχείριση των στρεσογόνων παραγόντων και στη διατήρηση της ομοιόστασης (ισορροπίας). Ο πνευματικός παράγοντας δηλώνεται ως ένας από τους πέντε παράγοντες που αποτελούν τη «γραμμή άμυνας» των ατόμων και λειτουργούν θετικά προς τη διατήρηση της υγείας (Neuman & Fawcett, 2002).

Η Neuman αναφέρει πως κάθε άτομο έχει μια έμφυτη «πνευματική ενέργεια», η οποία και ενεργοποιείται μέσα από τη σχέση με το Θεό. Στο μοντέλο συστημάτων της Neuman *«το πνεύμα ελέγχει το μυαλό και το μυαλό είναι αυτό που ελέγχει το σώμα»*. Έτσι καθώς ενδυναμώνεται η πνευματική διάσταση του ατόμου, μπορεί να επέλθει μια θετική επίδραση στις αμυντικές γραμμές και να ενδυναμωθούν όλες οι διαστάσεις του ατόμου (Neuman & Fawcett, 2002). Η σχέση αυτή λοιπόν του ανθρώπου με το θείο που η Neuman αναφέρει πως φαίνεται να ενδυναμώνει και τις άλλες ανθρώπινες διαστάσεις, έχει μελετηθεί αρκετά από πολλούς επιστήμονες υγείας. Έχει βρεθεί ότι η πίστη αποτελεί σημαντικότερο παράγοντα για την αντιμετώπιση και διαχείριση μιας ασθένειας (Koenig, 1998). Η συμμετοχή σε διάφορες πνευματικές και θρησκευτικές πρακτικές έχει συνδεθεί θετικά με την καλύτερη λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος (Koenig et al, 1998). Τέλος οι Koenig και συν. (2004) σε σχετική πιο πρόσφατη μελέτη τους κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η ενδυνάμωση της πνευματικής διάστασης και η σχέση με το Θεό, οι οποίες περιγράφονται στη θεωρία συστημάτων της Neuman, φαίνεται όντως να επιδρούν θετικά στην ψυχολογική και κοινωνική διάσταση των ατόμων, καθώς τα άτομα αυτά δηλώνουν ότι δέχονται μεγαλύτερη κοινωνική υποστήριξη, παρουσιάζουν μειωμένο επίπεδο καταθλιπτικών συμπτωμάτων, διατηρούν υψηλότερο επίπεδο γνωστικής λειτουργίας και κατέχουν περισσότερες δεξιότητες συνεργασίας (Koenig, George & Titus, 2004).

### **2.3.1.2. Η Έννοια της Πνευματικότητας στις Μεγάλες Νοσηλευτικές Θεωρίες με βάση τη Διαδικασία Αλληλεπίδρασης**

#### **2.3.1.2.1. Η Πνευματικότητα στα έργα της Jean Watson «Η Επιστήμη της Φροντίδας ως Ιερή Επιστήμη» και «Νοσηλευτική: Ανθρωπιστική Επιστήμη και Ανθρωπιστική Φροντίδα: Μια Θεωρία Νοσηλευτικής»**

Η θεωρία της Watson για την ανθρώπινη φροντίδα, όπως αυτή εξελίχθηκε και αποτυπώθηκε μέσα στα έργα της «Η Επιστήμη της Φροντίδας ως Ιερή Επιστήμη» και «Νοσηλευτική: Ανθρωπιστική Επιστήμη και Ανθρωπιστική Φροντίδα: Μια Θεωρία Νοσηλευτικής», αποτελεί μια από τις μεγαλύτερες και σημαντικότερες νοσηλευτικές θεωρίες με πληθώρα εφαρμογών τόσο στην καθημερινή κλινική νοσηλευτική πρακτική, όσο και στη νοσηλευτική ως ακαδημαϊκή, θεωρητική και φιλοσοφική οντότητα. Στη θεωρία της κάνει εκτενή αναφορά στην πνευματικότητα, στη σημασία που αυτή κατέχει στο επίπεδο υγείας του ατόμου, αλλά και στη συμβολή της στην παροχή ποιοτικής ολιστικής φροντίδας (Withers, Zuniga & Sell, 2017). Για να συνθέσει τη θεωρία της και να αποτυπώσει τις έννοιες, τα χαρακτηριστικά και τα στοιχεία της φροντίδας, μελέτησε πληθώρα θεωρητικών άλλων επιστημονικών πεδίων (Clark, 2016). Όλη αυτή η προσπάθειά της συνέβαλε στην ανάπτυξη μιας εμπειριστατωμένης ψυχοκοινωνικής προοπτικής, στην οποία η διαδικασία παροχής φροντίδας ορίζεται ως *"μια σημαντική ανθρωπιστική, ηθική, φιλοσοφική και επιστημονική προσπάθεια και καλλιεργημένη πρακτική που συμβάλλει στη διατήρηση της ανθρωπότητας"* (Watson, 1979). Στη συγκεκριμένη θεωρία η φροντίδα δεν είναι απλώς μια ορισμένη στάση ή μια καλοπροαίρετη επιθυμία για παροχή βοήθειας, αλλά αποτελεί *"το ηθικό ιδανικό της νοσηλευτικής, δια του οποίου επέρχεται η προστασία, η ενίσχυση και η διατήρηση της ανθρώπινης αξιοπρέπειας. Η φροντίδα ασκείται μόνο διαπροσωπικά και τότε μόνο παρέχεται αποτελεσματικά"* (Cook and Peden, 2017).

Η θεωρία της Watson για την ανθρώπινη φροντίδα βασίζεται σε 10 παράγοντες φροντίδας, καθένας από τους οποίους έχει ένα δυναμικό φαινομενολογικό συστατικό σχετικό με τα άτομα που εμπλέκονται στη θεραπευτική σχέση, όπως αυτή περιγράφεται από τη νοσηλευτική (Jesse and Alligood, 2010). Οι δέκα αυτοί παράγοντες είναι η δημιουργία ενός ουμανιστικού αλτρομιστικού συστήματος αξιών και η ενστάλαξη πίστης-ελπίδας., η καλλιέργεια ευαισθησίας προς τον εαυτό και στους άλλους, η ανάπτυξη σχέσης βοήθειας-εμπιστοσύνης μεταξύ νοσηλευτή-

ασθενούς, η προαγωγή και αποδοχή της έκφρασης των θετικών και αρνητικών συναισθημάτων, η συστηματική χρήση επιστημονικής μεθόδου επίλυσης προβλημάτων για τη λήψη αποφάσεων, η προαγωγή διαπροσωπικής διδασκαλίας-μάθησης, η παροχή υποστηρικτικού, προστατευτικού, ψυχικού, φυσικού, κοινωνικοπολιτισμικού και πνευματικού περιβάλλοντος, η υποβοήθηση με ικανοποίηση των βιοφυσικών, ψυχολογικών, ψυχοκοινωνικών και διαπροσωπικών αναγκών του εαυτού και του ασθενούς και τέλος η παραδοχή υπαρξιακών-φαινομενολογικών δυνάμεων (Pajnkihar, Štiglic & Vrbnjak, 2017; Watson, 1979). Παρατηρεί λοιπόν κανείς ότι κάποια από τα βασικά στοιχεία φροντίδας για τα οποία κάνει λόγο η Watson, όπως η πίστη και η ελπίδα, η ανάπτυξη σχέσεων (σύνδεση με τον εαυτό και με τους άλλους) και η ύπαρξη ενός συστήματος αξιών είναι έννοιες στενά συνυφασμένες ή έννοιες οι οποίες εμπεριέχονται σε κάποιους από του βασικούς ορισμούς της πνευματικότητας.

Σύμφωνα με τη Watson (1979), ο βαθμός πνευματικότητας ενός ατόμου αυξάνεται καθώς το άτομο ωριμάζει και ο κόσμος γύρω του αλλάζει. Η παροχή φροντίδας από μέρους των νοσηλευτών, πρέπει να λαμβάνει υπόψη, να ενσωματώνει και να ενισχύει την πνευματικότητα ενός ατόμου, καθώς αυτή είναι που δίνει ώθηση στο άτομο να αγωνιστεί. Η Watson μάλιστα καλεί τους νοσηλευτές να αναλαμβάνουν ενεργό ρόλο στην αναγνώριση και ενσωμάτωση της πνευματικότητας στη φροντίδα, τόσο των ασθενών, όσο και των ίδιων των νοσηλευτών (Pajnkihar, Štiglic & Vrbnjak, 2017; Watson, 1988). Επίσης, σύμφωνα με τη Watson αναφέρεται πως η πνευματική καταπόνηση ενός ατόμου μπορεί να οδηγήσει στο βίωμα έντονου άγχους και σε εσωτερική ανησυχία. Πιθανά προβλήματα, τα οποία μπορεί να προκύψουν σε άτομα τα οποία βιώνουν πνευματική καταπόνηση ή σε άτομα στα οποία δεν ικανοποιούνται οι βασικές πνευματικές ανάγκες, είναι η μειωμένη ανθεκτικότητα και η εμφάνιση ασθένειας. Όσον αφορά τους επαγγελματίες υγείας, προβλήματα που ενδέχεται να εμφανιστούν ως συνέπεια της πνευματικής καταπόνησης είναι η μη ικανοποίηση από την εργασία, η επαγγελματική εξουθένωση, η ανεπαρκής παροχή φροντίδας και η εμφάνιση ασθένειας (Pajnkihar, Štiglic & Vrbnjak, 2017; Watson, 1988).

#### **2.3.1.2.2. Η Έννοια της Πνευματικότητας στο Διασυστηματικό Μοντέλο της Barbara M. Artinian**

Το διασυστηματικό μοντέλο φροντίδας της Artinian μπορεί να εφαρμοστεί κατά τη παροχή φροντίδας, είτε όταν η φροντίδα έχει τη μορφή προαγωγής υγείας, είτε όταν

πρόκειται για τη διευθέτηση ενός προβλήματος υγείας, είτε τέλος όταν η παροχή συστηματικής νοσηλευτικής φροντίδας απαιτείται. Σύμφωνα με αυτό το νοσηλευτικό μοντέλο, ασθενής ή λήπτης των υπηρεσιών φροντίδας υγείας μπορεί να είναι ένα άτομο, μια οικογένεια, μια δομή, μια κοινότητα, μια πολιτεία ή ακόμη και ένα έθνος, όμως καθένα από αυτά έχει το δικό του υποστηρικτικό δίκτυο (Artinian, West & Conger, 2011). Παρόμοια και ο νοσηλευτής μπορεί να είναι ένα άτομο ή ένα σύστημα παροχών υγείας σε ένα θεσμικό πλαίσιο, όπου και αυτός έχει το δικό του υποστηρικτικό δίκτυο. Στην αλληλεπίδραση, τα δύο συστήματα έρχονται μαζί για να σχηματίσουν ένα πιο σύνθετο σύστημα χαρακτηριζόμενο από συγκεκριμένο σύνολο σχέσεων που τα συνδέουν (Artinian, 1991; Artinian, West & Conger, 2011).

Η αλληλεπίδραση μεταξύ των δύο συστημάτων επικεντρώνεται στον τρόπο με τον οποίο μεταδίδονται οι πληροφορίες, στον τρόπο με τον οποίο διαπραγματεύονται οι ανθρώπινες αξίες και στον τρόπο με τον οποίο οργανώνονται οι συμπεριφορές για την εφαρμογή ενός αμοιβαίου σχεδίου φροντίδας που θα αυξήσει περιστασιακά την αίσθηση συνοχής του ατόμου. Χρησιμοποιώντας τις έννοιες του συστήματος και των υποσυστημάτων, ως σύστημα μπορεί να οριστεί το άτομο, η οικογένεια ή η κοινότητα, όπως έχει αναφερθεί (McEwen & Wills, 2011). Η αλληλεπίδραση που λαμβάνει χώρα αφορά τόσο το βιολογικό, όσο και το ψυχοκοινωνικό και πνευματικό υποσύστημα (Artinian, 1991; MacKenna, 2002). Ένας από τους βασικούς νεωτερισμούς που εισαγάγει το αυτό μοντέλο είναι ότι θεωρεί τις αξίες και την πνευματικότητα του ασθενούς σημαντικά στοιχεία στην εκτίμηση των αναγκών υγείας και στην εφαρμογή νοσηλευτικών διαδικασιών.

Η αναφορά που γίνεται στο πνευματικό υποσύστημα του ατόμου στο πλαίσιο αυτού του θεωρητικού νοσηλευτικού μοντέλου είναι εκτενής. Σύμφωνα με την Artinian είναι αυτό το στοιχείο του ατόμου που χαρακτηρίζεται από αξίες και ιδανικά, τα οποία διατηρούνται μέσα στην ύπαρξή του. Το υποσύστημα αυτό ενσωματώνει αλλά και υπερβαίνει τη βιοψυχοκοινωνική φύση του ατόμου, δίνοντας νόημα και σκοπό στη ζωή. Σύμφωνα με την Artinian (1991), η πνευματική γνώση είναι μια κεντρική αλήθεια για το άτομο, από την οποία καθορίζονται και οργανώνονται συμπεριφορές, σχέσεις και η φιλοσοφία ζωής σε σχέση με το θείο και τη σύνδεση με αυτό. Επίσης είναι αυτή η γνώση η οποία και δίνει ελπίδα, νόημα και σκοπό στη ζωή. Τα τρία επιμέρους υποσυστήματα, τα οποία απαρτίζουν το πνευματικό υποσύστημα, είναι οι πνευματικές πεποιθήσεις, οι πνευματικές αξίες και οι θρησκευτικές πρακτικές (Artinian, 1991; MacKenna, 2002).

Το μοντέλο αυτό έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως τόσο στην κλινική – κοινοτική νοσηλευτική πρακτική, όσο και στη νοσηλευτική εκπαίδευση. Οι Dover και Pfeiffer (2006) μελέτησαν την πνευματική φροντίδα χριστιανών ασθενών από νοσηλευτές της ενορίας. Στη μελέτη τους ανέπτυξαν μια θεωρία πνευματικότητας για την εργασία που παρέχει ο νοσηλευτής ενορίας, η οποία έχει αποτελεσματική εφαρμογή σε ποικίλες κλινικές περιστάσεις, όπως η επείγουσα φροντίδα και η κοινοτική νοσηλευτική, ενώ θα μπορούσε να διευκρινιστεί περισσότερο με την εφαρμογή της στο πεδίο της έρευνας (McEwen & Wills, 2011).

### **2.3.1.3 Η Πνευματικότητα στις Θεωρίες που βασίζονται στις Ενοποιητικές Διαδικασίες των Θεωριών της Margaret Newman's: Theory of Health και της Rosemary Parse's: Human Becoming Theory**

Αυτές οι δύο θεωρίες εξετάζονται μαζί για δύο κυρίως λόγους, πρώτον γιατί ανήκουν στο κοινό πλαίσιο των θεωριών που βασίζονται σε ενοποιητικές διαδικασίες, και δεύτερον γιατί ουσιαστικά στηρίζονται στη θεωρία των ολοκληρωμένων ανθρώπων της Martha Rogers. Η Rogers (1970) επισημαίνει ότι το άτομο αποτελεί *«ένα ενιαίο ενεργειακό σύστημα, που βρίσκεται σε συνεχή αμοιβαία αλληλεπίδραση με το ενεργειακό σύστημα του σύμπαντος»*. Με τη θεωρία της αυτή η Rogers επηρέασε δραστικά το πεδίο της νοσηλευτικής επιστήμης, ενθαρρύνοντας τους νοσηλευτές να αντιμετωπίζουν το άτομο ως μία ολοκληρωμένη ενότητα κατά τον προγραμματισμό και την παροχή φροντίδας υγείας (McEwen & Wills, 2011). Παρά το γεγονός ότι η συγκεκριμένη νοσηλευτική θεωρία αρχικά αντιμετωπίστηκε με έντονο σκεπτικισμό, στην πορεία αποτέλεσε σημαντικό σταθμό για την ανάπτυξη της νοσηλευτικής επιστήμης, καθώς έθεσε τις βάσεις για τη σύγχρονη ολιστική νοσηλευτική φροντίδα. Διαβάζοντας κανείς τη θεωρία της Rogers διαπιστώνει ότι η αναφορά σε όρους και έννοιες που σχετίζονται και παραπέμπουν σε αντίστοιχους όρους και έννοιες που συναντά κανείς σε θεωρίες για την πνευματικότητα είναι συνεχής και εκτενής.

Η Newman, λαμβάνοντας υπόψη στοιχεία από τη θεωρία της Rogers, στη θεωρία της διατυπώνει την άποψη ότι *«κάθε ανθρώπινο ον δεν έχει συνείδηση, αλλά αποτελεί εξολοκλήρου μια συνειδητότητα και κάθε άνθρωπος ως άτομο και ως είδος αναγνωρίζεται από τα πρότυπα αυτής της συνειδητότητας»*. Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή η διαδικασία της ζωής περιλαμβάνει τη μετάβαση προς υψηλότερα επίπεδα συνείδησης. Σημαντικό ρόλο σε αυτή τη μετάβαση διαδραματίζουν οι διαστάσεις της αλληλεπίδρασης του ατόμου με το περιβάλλον, οι οποίες αφορούν την ανταλλαγή,



την επικοινωνία, τη συσχέτιση, την αποτίμηση, την επιλογή, τη μετακίνηση, την αντίληψη, το συναίσθημα και τη γνώση. Αυτή η επεκταμένη συνείδηση περιγράφεται από τη Newman ως σημαντική πνευματική έννοια (Newman, 1994).

Συγκεκριμένα, στη θεωρία της αναφέρει ότι κάθε άτομο σε όποια κατάσταση και να βρίσκεται είναι τμήμα μια καθολικής διαδικασίας επεκτεινόμενης συνειδητότητας, μιας διαδικασίας αυτεπίγνωσης όπου επιτυγχάνεται η σύνδεση με τον εαυτό, και ταυτόχρονα μιας διαδικασίας αναζήτησης νοήματος και σύνδεσης με άλλους ανθρώπους (Macharia, 2015). Παρατηρεί λοιπόν κανείς ότι για ακόμη φορά μια μεγάλη νοσηλευτική θεωρία εμπεριέχει έννοιες και όρους όπως σύνδεση με τον εαυτό, σύνδεση με τους άλλους, αναζήτηση νοσήματος και σκοπού στη ζωή. Όροι και έννοιες που σαφώς παραπέμπουν σε αντίστοιχους ορισμούς της πνευματικότητας, όπως για παράδειγμα αυτός που διατυπώθηκε από τους Feenstra & Brouwer (2008) και αναπτύχθηκε στην προηγούμενη ενότητα. Η επεκταμένη συνειδητότητα επιτρέπει σε κάποιον να έχει νόημα και σκοπό στη ζωή και την υγεία, να εδραιώνει αλλά και να εντείνει τις σχέσεις με τον εαυτό του, τις σχέσεις με τους άλλους και τις σχέσεις του με τον περιβάλλοντα κόσμο. Αυτή η κίνηση και διαδικασία ονομάζονται *υπερβατικότητα*, κάτι το οποίο απαντάται επίσης συχνά στη βιβλιογραφία και την επιστημονική μελέτη της πνευματικότητας (Younas & Parveen, 2017; Bateman & Merryfeather, 2014).

Η νοσηλευτική θεωρία της Rosemarie Parse, ενώ αρχικά δημοσιεύθηκε με την ονομασία Άνθρωπος-Ζωή-Υγεία (1981), στη συνέχεια μετονομάστηκε ως Θεωρία του Ανθρώπινου Γίνεσθαι (1992) και αποτέλεσε μια από τις πιο αναγνωρισμένες νοσηλευτικές θεωρίες παγκοσμίως (McEwen & Wills, 2011). Αν και στη θεωρία αυτή δεν καταγράφεται αυτούσιος ο όρος πνευματικότητα, είναι συνεχείς οι αναφορές που γίνονται στην πνευματική διάσταση του ατόμου και στις έννοιες νόημα και υπερβατικότητα. Σε μία προσπάθεια λοιπόν κριτικής ανασκόπησης της πνευματικότητας μέσα από το πρίσμα της νοσηλευτικής επιστημολογίας, θα ήταν μεγάλη παράλειψη να μην γίνει αναφορά και σε αυτήν τη θεωρία.

Η θεωρία του ανθρώπινου γίνεσθαι αποτελεί έναν οδηγό για τους νοσηλευτές, οι οποίοι επιθυμούν να προάγουν την ποιότητα ζωής των ασθενών τους, λαμβάνοντας σοβαρά υπόψη τους τον τρόπο με τον οποίο οι ίδιοι οι ασθενείς προσδιορίζουν και βιώνουν αυτήν την ποιότητα ζωής. Η συγκεκριμένη θεωρία παρουσιάστηκε ως μια εναλλακτική προσέγγιση στα ιατρο-βιολογικά και βιο-ψυχο-κοινωνικο-πνευματικά μοντέλα φροντίδας υγείας που υπήρχαν τότε, και τα οποία ενσωμάτωσαν πολλές από

τις ήδη υπάρχουσες νοσηλευτικές θεωρίες. Οι τρεις κύριες υποθέσεις της θεωρίας αυτής φαίνεται να διατυπώνονται υπό την επίδραση των μελετών μεγάλων ευρωπαϊών φιλοσόφων. Ειδικότερα η θεωρία διαρθρώνεται γύρω από τρεις βασικές έννοιες *“του νοήματος, της ρυθμικότητας και της υπερβατικότητας”* (Martsolf & Mickley, 1998).

Σύμφωνα λοιπόν με τη Parse, *“Ο άνθρωπος λογίζεται ως Ένα Ον, το οποίο συμμετέχει στον κόσμο αυτό αυτοβούλως και ενεργά, ενώ η ολοκλήρωσή του επιτυγχάνεται μέσα από τη συμμετοχή του αυτή”*. Επιπροσθέτως κάνει εκτενή λόγο για την έννοια της καθημερινότητας και της εμπειρίας αυτής της συμμετοχής, καθώς επίσης για το ρόλο που έχει το άτομο στη δημιουργία του δικού του πεπρωμένου. Ο δε νοσηλευτής σύμφωνα με την Parse, διαδραματίζει ένα μοναδικό ρόλο με το να καθοδηγεί το άτομο προκειμένου να προσαρμοστεί στη νέα πραγματικότητα και να αποδίδει νόημα στη νέα κατάσταση υγείας, ενώ ταυτόχρονα εργάζεται από κοινού με το άτομο σε μία προσπάθεια αποκατάστασης της υγείας του, η οποία θα συμβάλει σημαντικά στο βίωμα και στην προσαρμογή της νέας καθημερινότητας (Parathanasiou, 2013).

Η θεωρία του ανθρώπινου γίνεσθαι εμπεριέχει την άποψη ότι κάθε άνθρωπος είναι ένας συνδυασμός βιολογικών, ψυχικών, κοινωνικών και πνευματικών παραγόντων και ταυτόχρονα αυτός ο ενιαίος άνθρωπος βρίσκεται σε μια συνεχή και αμοιβαία αλληλεπίδραση με το περιβάλλον. Η θεωρία της Parse έχει μεγάλη εφαρμογή στην καθημερινή νοσηλευτική πρακτική, ενώ ταυτόχρονα έχει επιβεβαιωθεί πάρα πολλές φορές από τα αποτελέσματα ερευνητικών μελετών. Στο θεωρητικό της πεδίο έχουν τη βάση τους πολλές νοσηλευτικές παρεμβάσεις, οι οποίες στοχεύουν στην ενίσχυση της πνευματικότητας του ατόμου. Για παράδειγμα ο Relf (1997) σε ερευνητική του μελέτη, αφού συνέθεσε το νόημα που αποδίδουν στην πνευματικότητα οροθετικοί ασθενείς που έπασχαν από AIDS, πρότεινε μια σειρά από νοσηλευτικές παρεμβάσεις και στρατηγικές για την ενίσχυσή της, οι οποίες στηριζόταν αποκλειστικά στην θεωρία της Parse, στη θεωρία του ανθρώπινου γίνεσθαι. Παράλληλα, η συγκεκριμένη θεωρία έχει εφαρμοστεί στη νοσηλευτική κλινική πρακτική, τόσο από την πλευρά της παροχής φροντίδας υγείας, όσο και από την πλευρά της διδασκαλίας των ασθενών στο πλαίσιο της προσαρμογής τους σε νέες καταστάσεις υγείας. Μία άλλη σημαντική νοσηλευτική μελέτη, που εδραιώνει τη θεωρία της Parse είναι η ποιοτική μελέτη που διεξήχθη από τους Barros et al. (2017). Στη μελέτη αυτή δείγμα αποτέλεσαν τέσσερις ασθενείς, οι οποίοι είχαν υποβληθεί σε μεταμόσχευση καρδιάς και στους οποίους εφαρμόστηκε νοσηλευτική φροντίδα, κλινική και εκπαιδευτική,

βάσει της θεωρίας του ανθρώπινου γίνεσθαι. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι σημαντικός παράγοντας για την αποτελεσματικότητα της νοσηλευτικής φροντίδας που παρασχέθηκε, αποτέλεσε το γεγονός ότι στους συγκεκριμένους ασθενείς δόθηκε η δυνατότητα να αναλογιστούν τις εμπειρίες τους, να αποδώσουν νόημα σε αυτές και να προσδιορίσουν τους παράγοντες που συμβάλουν στην δυσαρμονία της ζωής έπειτα από μεταμόσχευση καρδιάς. Η θεωρία επομένως επιβεβαιώθηκε ακόμη μια φορά στην κλινική πράξη, αφού βρέθηκε να είναι απόλυτα σχετική και εφαρμόσιμη στο πλαίσιο της κρίσης που χαρακτηρίζεται από τις αλλαγές που επήλθαν στους παραπάνω ασθενείς (Barros, Silva, Guedes & Pessoa, 2017).

#### **2.3.1.4. Η Έννοια της Πνευματικότητας στις Νοσηλευτικές Θεωρίες Μεσαίου Πεδίου**

Οι θεωρίες μεσαίου πεδίου είναι πιο ειδικές και εμπεριέχουν σαφέστατα λιγότερες έννοιες σε σχέση με τις μεγάλες νοσηλευτικές θεωρίες. Οι έννοιες που περιέχουν είναι πιο συμπαγείς και μπορεί να έχουν κάποιους λειτουργικούς ορισμούς. Ένα βασικό στοιχείο που χαρακτηρίζει τις θεωρίες μεσαίου πεδίου είναι ότι επιδέχονται εμπειρική δοκιμασία (McEwen & Wills, 2011). Η χρησιμότητα της ανάπτυξης θεωριών μεσαίου πεδίου στη Νοσηλευτική υποστηρίζεται από αρκετούς και αυτό γιατί είναι πιο εύχρηστες στην έρευνα από τις μεγάλες θεωρίες, οδηγούν σε προβλέψεις πιο εύκολα από τις μεγάλες θεωρίες, λόγω του περιορισμένου εύρους και της ειδικότητας των εννοιών και τέλος χαρακτηρίζονται από την εφαρμογή τους στην κλινική πρακτική και την εμπλοκή τους στη θεραπευτική διαδικασία (Smith & Liehr, 2014). Η πνευματικότητα σε αυτές τις θεωρίες αναφέρεται και ως αυτούσιος όρος, αλλά μπορεί και να γίνεται αναφορά μόνο των επιμέρους χαρακτηριστικών της, όπως το νόημα και η υπερβατικότητα, που αποτελούν κεντρικούς άξονες των θεωριών αυτών. Στην ενότητα που ακολουθεί θα γίνει μια σύντομη επισκόπηση των θεωριών μεσαίου πεδίου που έχουν ως βασικό χαρακτηριστικό την πνευματικότητα ή άλλες σχετικές με αυτή έννοιες.

##### **2.3.1.4.1. Η Θεωρία της Πνευματικής Ευημερίας στην Ασθένεια**

Η συγκεκριμένη νοσηλευτική θεωρία αναπτύχθηκε το 2003 από τη Mary Elizabeth O'Brien και στηρίχθηκε στο έργο της Joyce Travelbee και στον εννοιολογικό προσδιορισμό της πνευματικής ευημερίας (O'Brien, 2003). Από άποψη χρησιμότητας

στοχεύει στην καθοδήγηση των κλινικών νοσηλευτών προκειμένου να εκτιμούν τις πνευματικές ανάγκες των ασθενών και να σχεδιάζουν την κατάλληλη φροντίδα.

Πρόκειται για έναν οδηγό ολιστικής νοσηλευτικής φροντίδας υγείας που προσδίδει την ίδια σημαντικότητα στις ανάγκες του σώματος, του μυαλού και του πνεύματος. Ένας τέτοιος θεωρητικός προσανατολισμός είναι ιδιαίτερα σημαντικός για τους νοσηλευτές που φροντίζουν ασθενείς με μακροχρόνιες, απειλητικές για τη ζωή και τελικού σταδίου ασθένειες, καθώς και οποιαδήποτε ασθένεια ή τραυματισμό που επηρεάζει τους προσωπικούς ή / και επαγγελματικούς στόχους του ατόμου. Σε τέτοιες περιπτώσεις, οι ασθενείς συχνά αγωνίζονται σκληρά για να βρουν κάποιο λόγο που θα τους βοηθήσει να βρουν νόημα στην ασθένεια ή την αναπηρία. Ανεξάρτητα από το θρησκευτικό προσανατολισμό, τα άτομα που αντιμετωπίζουν καταστάσεις, οι οποίες μεταβάλλουν γενικά τη ζωή, προσπαθούν να κατανοήσουν και να αποδώσουν κάποιο νόημα στην κατάσταση στην οποία βρίσκονται. Παρόλο που φαντάζει απίθανο, οι περισσότεροι ασθενείς προσπαθούν να επιτύχουν την αίσθηση αποδοχής, ακόμη και τη γαλήνη, εν μέσω του πόνου τους (O'Brien, 2004).

Βασική έννοια στη θεωρία αυτή είναι η πνευματική ευημερία, η οποία διατυπώνεται ως η ικανότητα του ατόμου να αποδίδει νόημα στην παρουσία της ασθένειας. Η ικανότητα αυτή μπορεί να σχετίζεται με διάφορες συμπεριφορές και απόψεις όπως πίστη και εμπιστοσύνη στο Θείο, απουσία φόβου, σύνδεση με μια ανώτερη δύναμη και αίσθηση ασφάλειας που παρέχει ο Θεός. Μπορεί επίσης να σχετίζεται και με ποικίλες θρησκευτικές πρακτικές, όπως προσευχή, λατρευτικές πρακτικές και συμμετοχή σε μια θρησκευτική κοινότητα (O'Brien, 2003; O'Brien, 2004)

Βασική υπόθεση της θεωρίας αυτής είναι ότι *“υπάρχει μια σημαντική σχέση μεταξύ πνευματικής ευημερίας (η οποία μπορεί να είναι προσωπική πίστη, πνευματική ικανοποίηση ή θρησκευτική πρακτική) και ποιότητας ζωής στους ασθενείς, οι οποίοι πάσχουν από ασθένεια ή αναπηρία. Στη σχέση αυτή σημαντικό ρόλο έχουν μεταβλητές όπως η σοβαρότητα της ασθένειας, η κοινωνική υποστήριξη και οι στρεσογόνες καταστάσεις ζωής”* (O'Brien, 2003).

#### **2.3.1.4.2. Η Θεωρία των Nardi & Rooda's για Νοσηλευτική Πρακτική Βασισμένη την Πνευματικότητα**

Η θεωρία των Nardi και Rooda για νοσηλευτική πρακτική βασισμένη στην πνευματικότητα (Spiritually-Based Nursing Practice Theory) αναπτύχθηκε το 2011 και αποτελεί το θεωρητικό υπόβαθρο που οδηγεί την έρευνα και την κλινική

πρακτική των νοσηλευτών έχοντας ως κεντρικό άξονα την πνευματικότητα. Η θεωρία αυτή βασίστηκε στο Εννοιολογικό Μοντέλο Πολυπολιτισμικής Νοσηλευτικής (Rooda, 1992). Το εν λόγω μοντέλο καθορίζει ένα βέλτιστο πρόγραμμα σπουδών, κλινικές εμπειρίες και στρατηγικές για την ενίσχυση της ικανότητας των σπουδαστών να παρέχουν αποτελεσματική νοσηλευτική φροντίδα βασισμένη στην πνευματικότητα.

Οι Nardi και Rooda (2011) ανέπτυξαν αυτήν τη θεωρία βάσει τεκμηρίων, προκειμένου να προσπαθήσουν να εξηγήσουν την οντολογική πτυχή της νοσηλευτικής φροντίδας υγείας. Η θεωρία προτείνει ότι οι νοσηλευτές θα πρέπει να εξωτερικεύουν την προσωπική τους πνευματική συνείδηση, ενώ οι ασθενείς θα πρέπει να παρουσιάζουν τις μοναδικές πνευματικές τους ανάγκες στις σχέσεις που αναπτύσσουν με τους νοσηλευτές που τους φροντίζουν. Κάθε άτομο έχει διαφορετικό πνευματικό υπόβαθρο, διαφορετικές πεποιθήσεις και συμπεριφορές, αλλά και διαφορετικές καθημερινές πρακτικές. Για να μπορέσει ο νοσηλευτής να ανταποκριθεί στις ανάγκες πνευματικής φροντίδας των ασθενών, θα πρέπει να είναι σε θέση να αναγνωρίσει τις πιθανές διαφορές ανάμεσα στις πεποιθήσεις των ασθενών και στις δικές του και στη συνέχεια να επιδεικνύει μία βαθιά κατανόηση των πνευματικών αναγκών του ασθενούς. Ο ασθενής, με τη σειρά του μεταφέρει προς το νοσηλευτή τις δικές του εκφράσεις και συμπεριφορές που σχετίζονται με τις πεποιθήσεις του, καθώς και με τις ανάγκες πνευματικής φροντίδας (Nardi, & Rooda, 2011).

Με βάση την αναγνώριση και βαθιά κατανόηση από το νοσηλευτή των πνευματικών αναγκών του ασθενή, προγραμματίζεται και εφαρμόζεται μία σειρά ποικίλων πνευματικών παρεμβάσεων, όπως η προσευχή και η υποστήριξη, που στοχεύουν κυρίως στην άνεση του ασθενούς. Αυτές οι νοσηλευτικές ενέργειες έχει βρεθεί ότι προάγουν την ευημερία του ασθενή και συμβάλλουν σημαντικά στην ταχύτερη επούλωση. Οι τελικές εκβάσεις της νοσηλευτικής φροντίδας όμως επηρεάζονται σημαντικά από την ευρεία αντίληψη του ασθενή για τις πνευματικές ανάγκες και τη στάση δεκτικότητάς του απέναντι σε πνευματικές παρεμβάσεις (Nardi, & Rooda, 2011).

#### **2.3.1.4.3. Άλλες Θεωρίες Μεσαίου Πεδίου που στηρίζονται σε Δομικά Χαρακτηριστικά της Πνευματικότητας**

*Η θεωρία υπέρβασης εαυτού της Pamela G. Reed*

Η Pamela Reed ξεκίνησε τη διαδικασία ανάπτυξης της θεωρίας αυτής το 1983 με τη δημοσίευση του έργου της σχετικά με την εννοιολογική προσέγγιση του όρου υπέρβασης του εαυτού (self-transcendence). Η όλη της προσπάθεια ολοκληρώθηκε αρκετά χρόνια αργότερα, το 1991, οπότε και τυποποιήθηκε (McEwen & Wills, 2011). Στη θεωρία της ενσωμάτωσε το έργο και τις κλινικές εμπειρίες της Rogers, καθώς επίσης και διάφορες αναπτυξιακές θεωρίες (Smith & Liehr, 2014).

Η θεωρία αναπτύχθηκε γύρω από τρεις κεντρικές έννοιες που είναι σημαντικές για τους νοσηλευτές προκειμένου να δημιουργήσουν ένα πλαίσιο που θα τους βοηθήσει να κατανοήσουν τις ανάγκες των ασθενών, να σχεδιάσουν, να αναπτύξουν και να διαχειριστούν το εκάστοτε πλάνο νοσηλευτικής φροντίδας.

Η πρώτη κεντρική έννοια είναι η *υπέρβαση του εαυτού*. Πρόκειται για μια εγγενή, βαθμιαία, μη γραμμική αναπτυξιακή διαδικασία, με αποτέλεσμα την αύξηση της ευαισθητοποίησης και την επέκταση των προσωπικών ορίων, μέσα από ενδοπροσωπικούς, διαπροσωπικούς, υπερβατικούς και χρονικούς παράγοντες (McCarthy, Ling, Carini, 2013).

Οι *ενδοπροσωπικοί παράγοντες* αναφέρονται σε εσωτερικά χαρακτηριστικά του ατόμου, όπως οι αξίες και η φιλοσοφία ζωής, οι ελπίδες και τα όνειρα, ο τρόπος σκέψης και ο τρόπος που βλέπουμε τους εαυτούς μας και τους άλλους. Οι *διαπροσωπικοί παράγοντες* αναφέρονται στο περιβάλλον έξω από το σώμα μας και στον τρόπο αλληλεπίδρασης με τον κόσμο. Οι *χρονικοί παράγοντες* σχετίζονται με την αναπτυξιακή διαδικασία και τον τρόπο με τον οποίο εξελίχθηκε το άτομο ως λογικό και πνευματικό ον, στο πέρασμα του χρόνου. Και τέλος, το *υπερβατικό* αναφέρεται στην ανθρώπινη ικανότητα να συνδέεται με διαστάσεις πέρα από τον κόσμο και σχετίζεται με την πνευματική διάσταση του ατόμου (Reed, 1991).

Η δεύτερη έννοια είναι αυτή της *ευημερίας*, η οποία περιγράφεται ως η αίσθηση της ολοκλήρωσης και υγείας, σύμφωνα πάντα με τα κριτήρια του καθενός για το τι είναι πληρότητα και τι είναι υγεία (Reed, 2011). Συνεπώς, η έννοια της ευημερίας είναι καθαρά υποκειμενική και πρόκειται για προϊόν περιβαλλοντικών, πολιτισμικών, κοινωνικών και άλλων παραγόντων, οι όποιοι επηρεάζουν τις αναπτυξιακές διαδικασίες ενός ατόμου (Reed, 1991).

Η τρίτη και τελευταία κεντρική έννοια αυτής της θεωρίας είναι η *ευαλωτότητα*. Σύμφωνα με την Reed (1991), η ευαλωτότητα αναφέρεται στη συνειδητοποίηση ενός ατόμου για την προσωπική θνησιμότητα ή την εμπειρία δυσκολιών ζωής. Πρόκειται για μια αναπτυξιακή ικανότητα επιβίωσης, η οποία αναδύεται όταν το άτομο έρχεται

αντιμέτωπο με ζητήματα σχετικά με τη δική του θνησιμότητα και αθανασία (Reed, 1991).

Κύρια υπόθεση της θεωρίας είναι η ύπαρξη μιας θετικής σχέσης μεταξύ ευαλωτότητας και υπέρβασης εαυτού. Η υπέρβαση εαυτού επιδρά θετικά στην ευημερία του ατόμου και αρνητικά στα επίπεδα κατάθλιψης. Η υπέρβαση εαυτού είναι ένας διαμεσολαβητής για την επίτευξη της ευημερίας, ενώ προσωπικοί και πολιτισμικοί παράγοντες διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη θεραπευτική διαδικασία.

Σύμφωνα με τη Reed (1991), η θεωρία της υπέρβασης του εαυτού μπορεί να αξιοποιηθεί από νοσηλευτές για να παρατηρούν και να αξιολογούν τις πνευματικές και ψυχοκοινωνικές εκδηλώσεις υπέρβασης του εαυτού σε ασθενείς που αντιμετωπίζουν το τέλος της ζωής (Reed, 2011). Η θεωρία αυτή φαίνεται να ενσωματώνει και να χρησιμοποιεί αρκετές από τις έννοιες που έχουν χρησιμοποιηθεί στους ορισμούς της πνευματικότητας, καθώς επίσης και αρκετά από τα στοιχεία που τη χαρακτηρίζουν, όπως η υπέρβαση, η σύνδεση με το περιβάλλον, η σύνδεση με τον εαυτό και άλλους, η φιλοσοφία ζωής, οι ελπίδες και οι αξίες.

### **2.3.2. Η Πνευματικότητα στη Σύγχρονη Νοσηλευτική Βιβλιογραφία και Πρακτική**

Στη σύγχρονη νοσηλευτική βιβλιογραφία διαφαίνεται να υπάρχει μια γενική παραδοχή για τη συσχέτιση μεταξύ πνευματικότητας, ολιστικής νοσηλευτικής φροντίδας και υγείας (Berglund, Westin, Svanström, & Sundler, 2012; Sørensen et al., 2012; Kvande, Klöckner, Moksnes, & Espnes, 2015). Οι νοσηλευτές διεθνώς αναγνωρίζουν το κεντρικό ρόλο που κατέχει η πνευματικότητα, τόσο στη νοσηλευτική πρακτική και εκπαίδευση, όσο και στην υγεία και ευημερία των ασθενών (McSherry & Jamieson, 2013). Η παρούσα ενότητα φιλοδοξεί να αναδείξει τις κύριες σύγχρονες ερευνητικές τάσεις σχετικά με την πνευματικότητα στη σύγχρονη νοσηλευτική βιβλιογραφία.

Μπορεί να έχουν περάσει πάρα πολλά χρόνια από την εποχή που η Nightingale εισήγαγε τη σημαντικότητα να λαμβάνονται υπόψη οι πνευματικές ανάγκες των ασθενών στην παροχή της νοσηλευτικής φροντίδας, τα θέματα όμως αυτά μόλις τις δύο τελευταίες δεκαετίες άρχισαν να απασχολούν έντονα το νοσηλευτικό ερευνητικό ενδιαφέρον.

Πλήθος εκπαιδευτικών και επαγγελματικών νοσηλευτικών οργανισμών συμπεριλαμβάνουν την πνευματικότητα και την πνευματική φροντίδα στις διάφορες διακηρύξεις και κατευθυντήριες οδηγίες που εκδίδουν σχετικά με την ορθή νοσηλευτική πρακτική. Η Αμερικανική Ένωση Κολεγίων Νοσηλευτικής έχει συμπεριλάβει την εκπαίδευση σχετικά με την πνευματικότητα και την πνευματική φροντίδα μέσα στα βασικά μαθήματα της νοσηλευτικής, ενώ η Αμερικανική Ένωση Νοσηλευτών κάνει εκτενή λόγο για αυτά τα θέματα σε δημοσιεύσεις της, όπως τα πρότυπα Νοσηλευτικής Πρακτικής, τη δήλωση Κοινωνικής Πολιτικής για τους Νοσηλευτές, αλλά και τον Κώδικα Δεοντολογίας των Νοσηλευτών (Bennett & Thompson, 2014). Σε διεθνές επίπεδο, τόσο η πνευματικότητα όσο και η πνευματική φροντίδα έχουν αναγνωριστεί από διεθνείς οργανισμούς υγείας, όπως το Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτικής (ICN) και ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO), για την ευεργετική επίδραση που μπορεί να έχουν στην κατάσταση υγείας και ευημερίας του ατόμου (Zyga, 2015; Fradelos et al., 2015).

Τα κύρια θέματα που μπορούν να εντοπίσει κανείς στη σχετική με την πνευματικότητα βιβλιογραφία, είτε στη νοσηλευτική βιβλιογραφία, είτε στη βιβλιογραφία άλλων επιστημών υγείας, είναι το νόημα και ο σκοπός στη ζωή, η επικοινωνία και η σύνδεση με τον εαυτό και τους άλλους, η πνευματικότητα ως υπέρβαση, η πνευματικότητα ως μη θρησκευτική πεποίθηση και η πνευματικότητα ως ένα σύστημα αξιών (SHCN, 2011). Η σύγχρονη νοσηλευτική βιβλιογραφία προσπαθεί να αποσαφηνίσει τον όρο πνευματικότητα μέσα από ποιοτικές μελέτες σε διάφορα πλαίσια κλινικής πρακτικής, αλλά και να αναδειξεί τα οφέλη που προκύπτουν στην αποτελεσματικότητα και ποιότητα της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας, από την ανίχνευση των ατομικών πνευματικών αναγκών των ασθενών (ANA, 2012).

Από όλα τα προηγούμενα γίνεται σαφές ότι η πνευματικότητα αποτελεί μια υποκειμενική και πολυδιάστατη έννοια, η οποία εκφράζεται μέσα στην ανθρώπινη ύπαρξη και φαίνεται να λαμβάνει διαφορετικό νόημα και διαστάσεις σε διάφορους πληθυσμούς. Επομένως ακόμη και στο ίδιο επαγγελματικό πλαίσιο και πεδίο, η έννοια αυτή μεταβάλλεται ανάμεσα σε διαφορετικά επαγγελματικά και πολιτισμικά περιβάλλοντα (Greenstreet, 2007; Koslander & Arvidsson. 2007).

Σύμφωνα με τους Puchalski, Ferrell & Virani (2009), η πνευματικότητα είναι θεμελιώδης πτυχή της νοσηλευτικής και η πνευματική φροντίδα είναι κάτι το οποίο δεν σχετίζεται με τη θρησκεία. Οι συγκεκριμένοι ερευνητές αναφέρουν ότι όλοι



μπορούν να επωφεληθούν από την παροχή μιας μορφής πνευματικής φροντίδας, ακόμα και όσοι δεν ανήκουν σε συγκεκριμένη θρησκευτική κοινότητα ή ακόμη και όσοι δηλώνουν αγνωστικιστές, Καταλήγουν δε στο συμπέρασμα ότι η πνευματικότητα ως έννοια περιλαμβάνει πρωτίστως το νόημα και τον σκοπό στη ζωή. Θεωρούν ότι για κάποια άτομα η ισχυρή πνευματική πίστη μπορεί να αφορά την σύνδεση που νιώθουν με την οικογένεια, τους φίλους, τους σημαντικούς άλλους και γενικότερα τη σύνδεση με οτιδήποτε μπορεί να εκλαμβάνεται ως ιερό για το άτομο. Για άλλους βέβαια η πνευματικότητα μπορεί να συνίσταται στην ύπαρξη μιας ανώτερης δύναμης και στη φροντίδα των άλλων, μέσω της κατανόησης των πνευματικών τους πεποιθήσεων. Κατά την προσπάθεια κάλυψης των πνευματικών αναγκών των ασθενών, αναγκαία προϋπόθεση είναι οι νοσηλευτές να δείχνουν αυθεντικό ενδιαφέρον για τους ασθενείς τους ως άτομα και να αντιλαμβάνονται τη σημαντικότητα της πνευματικότητας γι' αυτούς.

Σε μελέτη ποιοτικού σχεδιασμού στο Ιράν, των Mahmoodishan και συν. (2010), κατά την οποία εξετάζεται η έννοια της πνευματικότητας σε κλινικούς νοσηλευτές εντοπίστηκαν τρεις μεγάλες κατηγορίες θεμάτων. Σύμφωνα με τους συγκεκριμένους ερευνητές η πνευματικότητα στο νοσηλευτικό επάγγελμα είναι το νόημα και ο σκοπός στην επαγγελματική ζωή, η οποία ενδέχεται να περιλαμβάνει μια πιο "πνευματική" οπτική του νοσηλευτικού επαγγέλματος και ταυτόχρονα μια δέσμευση και επαγγελματική ευθύνη με θετική άποψη και προοπτική. Στη μελέτη αυτή τονίσθηκε και η θρησκευτική χροιά που μπορεί να έχει ο όρος πνευματικότητα στο πλαίσιο του νοσηλευτικού επαγγέλματος περιλαμβάνοντας εκφάνσεις όπως αποδοχή από το Θεό, εσωτερική πίστη και Ανώτερο Ον. Η πνευματικότητα στη νοσηλευτική μπορεί να είναι μια υπερβατική αναζήτηση που περιλαμβάνει κυρίως την αναζήτηση του σεβασμού, αλλά και την υπέρβαση μεταξύ του ατομικού και επαγγελματικού ρόλου. Το βασικό όμως συμπέρασμα της έρευνας ήταν ότι για τους νοσηλευτές η πνευματικότητα παράγει και διατηρεί την αίσθηση αρμονίας και ισορροπίας σε σχέση με το Θείο. Με αυτόν τον τρόπο η πνευματικότητα δίνει μια θετική προοπτική στη ζωή, τόσο στην προσωπική όσο και στην επαγγελματική, προάγει ειρηνικές σχέσεις και επαφές και δρα ως κίνητρο, αυξάνοντας ταυτόχρονα και το επίπεδο ποιότητας της κλινικής και πνευματικής φροντίδας (Mahmoodishan, Alhani, Ahmadi & Kazemnejad, 2010).

Σε άλλη ερευνητική μελέτη ποιοτικής μεθοδολογίας, η οποία διενεργήθηκε από τους Moraes και Júlia Paes (2012), σε δείγμα 34 νοσηλευτών που εργάζονται σε μονάδες

εντατικής θεραπείας στο Σαο Πάολο της Βραζιλίας, διερευνήθηκε το νόημα που αποδίδουν οι νοσηλευτές στην πνευματικότητα στο πλαίσιο της επαγγελματικής τους ζωής. Οι απαντήσεις που δόθηκαν ταξινομήθηκαν σε τέσσερις διαφορετικές και διακριτές κατηγορίες. Οι κατηγορίες – πτυχές της πνευματικότητας, οι οποίες και αναγνωρίστηκαν ήταν: η πίστη και οι θρησκευτικές πεποιθήσεις, η πίστη σε μια ανώτερη δύναμη ή σε ένα ανώτερο Ον, η πνευματική υγεία και τα χαρακτηριστικά του πνεύματος. Βασικό συμπέρασμα της συγκεκριμένη έρευνας ήταν ότι τα παραπάνω πολλαπλά ποιοτικά χαρακτηριστικά της πνευματικότητας σχετίζονται τόσο με τη φροντίδα των ασθενών, όσο και με τη συναισθηματική κατάσταση των νοσηλευτών, καθώς επηρεάζουν τη στάση ενσυναίσθησης των νοσηλευτών αλλά και τη δική τους αναζήτηση για εύρεση νοήματος στη ζωή της. Τέλος επεσήμαναν το γεγονός ότι οι θρησκευτικές αξίες και πεποιθήσεις των ασθενών λαμβάνονται υπόψη κατά κύριο λόγο στη φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου. Να σημειωθεί όμως ότι οι συγκεκριμένες αξίες που αναφέρθηκαν από τους εργαζόμενους νοσηλευτές φαίνεται να δημιουργούν και ασαφείς καταστάσεις και κάποιες φορές να οδηγούν σε συγκρούσεις, καθώς οι νοσηλευτές ενδέχεται να αισθάνονται ανασφαλείς, όταν ασχολούνται με ασθενείς των οποίων η θρησκεία διαφέρει από τη δική τους (Penha & Silva, 2012).

Σύμφωνα με τον Abu-El-Noor (2016), η πνευματικότητα και η πνευματική φροντίδα στο πλαίσιο της νοσηλευτικής πρακτικής δεν διαφοροποιούνται και επομένως είναι δύσκολο να εξεταστούν ως έννοιες και να οριστούν στα πλαίσια της νοσηλευτικής, ενώ αναφέρουν ότι πολλοί από αυτούς που προσπαθούν να την ορίσουν, το πραγματοποιούν στα πλαίσια μιας οργανωμένης θρησκείας ή ως κάποια θρησκευτική θεραπευτική πρακτική. Για αρκετούς νοσηλευτές η έννοια της πνευματικής φροντίδας εμπεριέχει την ενσωμάτωση θρησκευτικών πεποιθήσεων των ασθενών στη παροχή ολιστικής νοσηλευτικής φροντίδας (Abu-El-Noor, 2016), ενώ σύμφωνα με τους McSherry & Jamieson (2011), η πνευματικότητα χρησιμοποιείται ως όρος ομπρέλα που εμπεριέχει πληθώρα ατομικών επιμέρους εννοιών, σχέσεων και ερμηνειών που χρησιμοποιούν οι άνθρωποι για ορίσουν και να κατανοήσουν αυτήν την πολυδιάστατη έννοια. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα πρόσφατης νοσηλευτικής έρευνας ευρείας κλίμακας που πραγματοποιήθηκε στην Αγγλία και στην οποία συμμετείχαν 4054 νοσηλευτές, οι νοσηλευτές έχουν μια ευρεία συνολική άποψη της πνευματικότητας, αναγνωρίζοντας ότι πρόκειται για μία έννοια η οποία έχει πρακτικές εφαρμογές στο πεδίο της φροντίδας, τόσο για θρησκευόμενους ανθρώπους,

όσο και γι' αυτούς που δεν έχουν θρησκευτικές πεποιθήσεις (McSherry & Jamieson, 2011).

Οι Withers, Zuniga και Van Sell (2017), έπειτα από εννοιολογική ανάλυση του όρου πνευματικότητα στη νοσηλευτική βιβλιογραφία συμπεραίνουν ότι υπάρχουν κάποια χαρακτηριστικά για την έννοια, τα οποία συναντάει κανείς συχνά στην ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας όπως για παράδειγμα πίστη, φώτιση και απόφαση. Ένα άτομο για να χαρακτηριστεί ως πνευματικό θα πρέπει να έχει αυτά τα τρία χαρακτηριστικά, τα οποία και είναι πολύ σημαντικό να αναγνωρίζονται από τους νοσηλευτές (Withers, Zuniga, Van Sell, 2017).

Οι Timmins και Caldeira (2017), αναφέρουν ότι εκτός από τις δυσκολίες που γεννά η περιπλοκότητα του ορισμού της πνευματικότητας και της πνευματικής φροντίδας στο πλαίσιο της νοσηλευτικής πρακτικής, μία επιπλέον σημαντική δυσκολία είναι ότι οι νοσηλευτές δεν εκπαιδεύονται επαρκώς, προκειμένου να παρέχουν πνευματική φροντίδα. Παράλληλα, οι νοσηλευτές θα πρέπει να είναι σε θέση όχι μόνο να αντιλαμβάνονται την πνευματικότητα, αλλά να διερευνούν και την επίδραση που πιθανόν να έχει πάνω της η ασθένεια, ο τραυματισμός και η νόσος. Το στοιχείο αυτό κρίνεται σημαντικό, καθώς οι νοσηλευτές θα πρέπει να είναι σε θέση να παρέχουν ολοκληρωμένη φροντίδα, δεδομένου του κεντρικού ρόλου που κατέχουν στην παροχή ολιστικής φροντίδας και να είναι σε θέση να παρέχουν υποστήριξη, τόσο στους ασθενείς όσο και στις οικογένειές τους (Timmins & Caldeira, 2017). Ταυτόχρονα όμως οι νοσηλευτές θα πρέπει να έχουν επίγνωση και των δικών τους πνευματικών πεποιθήσεων, τον τρόπο με τον οποίο αυτές επηρεάζουν την παροχή φροντίδας υγείας και των τυχόν εμποδίων που ίσως δημιουργούν. Η διεύρυνση της ικανότητάς τους να παρέχουν πνευματική φροντίδα στην καθημερινή κλινική πρακτική θα πρέπει να γίνεται συνεχώς, μέσα από διαδικασίες επιμόρφωσης και αλληλεπίδρασης (Caldeira & Timmins, 2017).

Τέλος οι Campbell και συν. (2010), υπογράμμισαν τη σπουδαιότητα της γαλήνης κατά τη διαδικασία λήψης κρίσιμων κλινικών αποφάσεων και τη σημασία της ισχυρής πνευματικής πίστης κατά την πραγματοποίηση αυτών των κλινικών επιλογών. Οι συγγραφείς εξέτασαν επίσης τη σχέση της πίστης με την ποιότητα ζωής, καθώς και τη σχέση της ύπαρξης υψηλού νοήματος, ειρήνης και σκοπού στη ζωή με την ποιότητα ζωής. Διαπίστωσαν ότι η πίστη δεν σχετίζεται με την ποιότητα ζωής, ενώ η ύπαρξη υψηλότερου νοήματος και σκοπού στη ζωή συνδέονται με την ύπαρξη υψηλότερης ποιότητας ζωής. Τα αποτελέσματα αυτά δείχνουν ότι η εύρεση του

νοήματος και του σκοπού στη ζωή είναι πιο σημαντικοί παράγοντες από την πίστη υπό το πρίσμα μιας οργανωμένης θρησκείας.

## **2.4. Μέτρηση της Πνευματικότητας**

Όπως αναφέρθηκε η πνευματικότητα είναι μια δυναμική και πολυδιάστατη έννοια, ορίζεται με πολυδιάστατες μεταβλητές και υπό το πρίσμα αυτό θα πρέπει να γίνεται η μέτρηση και η αξιολόγησή της. Η πολυδιάστατη εννοιολογική προσέγγιση του όρου φαίνεται να κερδίζει συνεχώς έδαφος στη σύγχρονη και επιστημονική μελέτη της πνευματικότητας (Berry, 2005). Ήδη από τα μέσα του προηγμένου αιώνα, κατά τη διάρκεια του οποίου και άρχισε ο διαχωρισμός των δύο εννοιών θρησκευτικότητας και πνευματικότητας, πάρα πολλές κλίμακες και ερευνητικά εργαλεία αναπτύχθηκαν προκειμένου να αξιολογηθεί η πνευματικότητα, καθώς και τα διάφορα δομικά χαρακτηριστικά της. Τα επιμέρους χαρακτηριστικά ήταν αυτά, τα οποία καθόριζαν κάθε φορά και την ονομασία του εκάστοτε εργαλείου μέτρησης. Σήμερα υπάρχει μια πληθώρα επιλογών για τους ερευνητές σχετικά με το πώς θα μετρήσουν την πνευματικότητα στο πλαίσιο ερευνητικών μελετών, τόσο στο πεδίο έρευνας της ψυχολογίας και της θρησκείας, όσο και στο πεδίο των επιστημών υγείας (Moberg, 2010). Στη παρούσα ενότητα πραγματοποιείται μία προσπάθεια παρουσίασης των ερευνητικών εργαλείων και κλιμάκων, τα οποία αξιολογούν την πνευματικότητα και χρησιμοποιούνται συχνά στις επιστήμες υγείας. Τα εργαλεία αυτά παρουσιάζονται σε τρεις κατηγορίες, σε όσα μετρούν την πνευματικότητα ως μονοδιάστατη έννοια παρέχοντας ένα ενιαίο σκορ, σε όσα μετρούν την πνευματικότητα ως μια πολυδιάστατη έννοια και τέλος σε αυτά που μετρούν την πνευματικότητα ως βασική έννοια της ποιότητας ζωής. Επιπροσθέτως, γίνεται αναφορά και σε όσα εργαλεία αξιολογούν μόνο την πνευματικότητα, σε όσα αξιολογούν πνευματικότητα και θρησκευτικότητα ή αξιολογούν την πνευματικότητα ως στρατηγική διαχείρισης ή μετρούν τις πνευματικές ανάγκες.

### **2.4.1. Κλίμακες που μετρούν την Πνευματικότητα ως Μονοδιάστατη Έννοια**

Τα ερωτηματολόγια που εντάσσονται σε αυτήν την κατηγορία ποσοτικοποιούν και αθροίζουν σε ένα ενιαίο σκορ τη πολυδιάστατη έννοια της πνευματικότητας. Τα ερωτηματολόγια αυτά συνήθως αποτελούνται από μικρό αριθμό ερωτήσεων, γεγονός που τα καθιστά πολύ εύχρηστα, ειδικά σε μελέτες των οποίων δείγμα είναι πάσχωτων πληθυσμός. Στην κατηγορία αυτή ανήκουν η κλίμακα μέτρησης της

πνευματικότητας “*Spirituality Self-rating Scale του Galanter*” (2006), η κλίμακα εσωτερικής πνευματικότητας “*The Intrinsic Spirituality Scale του Hodge*” (2003), η κλίμακα καθημερινής πνευματικής εμπειρίας “*The Daily Spiritual Experience Scale (DSES) της Underwood*” (2002), η Κλίμακα Πνευματικής Προοπτικής “*Spiritual Perspective Scale (SPS) της Reed*” (1987) και το ερωτηματολόγιο πνευματικών πεποιθήσεων “*Spiritual beliefs questionnaire (SBQ) του Christo*” (1995).

Η κλίμακα μέτρησης της πνευματικότητας “*Spirituality Self-rating Scale του Galanter*” (2006), περιλαμβάνει έξι ερωτήσεις και αξιολογεί εσωτερικές πτυχές της πνευματικότητας. Σχεδιάστηκε και δοκιμάστηκε τόσο σε υγιή πληθυσμό, όσο και σε ψυχιατρικούς ασθενείς. Η ενιαία παραγοντική ανάλυση έχει υποστηριχθεί από αρκετές μελέτες σε διαφορετικούς πληθυσμούς όπως φοιτητές, ψυχιατρικούς ασθενείς, άτομα σε προγράμματα απεξάρτησης από αλκοόλ και άλλες ουσίες (Goldfarb et al., 1996; McDowell, Galanter, Goldfarb, & Lifshutz, 1996). Το άθροισμα των ερωτήσεων αντανακλά την πνευματικότητα του ατόμου, με υψηλότερα σκορ να αποδίδονται σε υψηλότερα επίπεδα πνευματικότητας.

Ομοίως και η κλίμακα εσωτερικής πνευματικότητας “*The Intrinsic Spirituality Scale του Hodge (2003)*” είναι ένα ερωτηματολόγιο έξι ερωτήσεων που μετρά προσωπικές και εσωτερικές πτυχές της πνευματικότητας. Η έννοια της πνευματικότητας στο ερωτηματολόγιο αυτό ορίζεται ως μια σύνδεση με το θείο ή με οτιδήποτε δρα καταλυτικά και βοηθητικά στην υπερβατικότητα και στην εσωτερική ολοκλήρωση (Hodge & Gillespie, 2005). Πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο με υψηλό δείκτη αξιοπιστίας που επίσης έχει δοκιμαστεί σε αρκετούς και διαφορετικούς πληθυσμούς.

Ένα ακόμα μονοδιάστατο και ιδιαίτερα δημοφιλές ερωτηματολόγιο που έχει χρησιμοποιηθεί σε μελέτες διερεύνησης της πνευματικότητας και της υγείας είναι η κλίμακα καθημερινής πνευματικής εμπειρίας “*The Daily Spiritual Experience Scale (DSES) της Underwood*” (2002). Πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς δεκαέξι ερωτήσεων, το οποίο μετρά τις πνευματικές εμπειρίες του ατόμου. Αξιολογεί τη σχέση με το Θείο και την αντίληψη αυτού. Επιπροσθέτως εμπεριέχονται ερωτήσεις υπερβατικότητας και πνευματικών πιστεύω, τόσο από πνευματική, όσο και από θρησκευτική πλευρά. Η έννοια της πνευματικότητας στη συγκεκριμένη κλίμακα αποδίδεται ως μια προσωπική εμπειρία καθημερινής ζωής και περιλαμβάνει την έννοια της υπερβατικότητας, την έννοια του ιερού και Θεού και τις εμπειρίες του ατόμου σχετικά με τα θέματα αυτά.

Στην ίδια κατηγορία εντάσσεται και ένα ερωτηματολόγιο για τη διερεύνηση της πνευματικότητας, το οποίο αυτή τη φορά προέρχεται από το επιστημονικό πεδίο της νοσηλευτικής επιστήμης. Πρόκειται για την Κλίμακα Πνευματικής Προοπτικής, “*Spiritual Perspective Scale (SPS) της Reed*” (1987). Η συγκεκριμένη κλίμακα περιλαμβάνει 10 ερωτήσεις και σχεδιάστηκε ώστε να αξιολογεί το επίπεδο πνευματικών πεποιθήσεων που τα άτομα δηλώνουν ότι κατέχουν, καθώς και τη συμμετοχή τους σε συσχετιζόμενες πνευματικές πρακτικές και συμπεριφορές (Reed, 1987). Παρόλο που στην κλίμακα αυτή δεν εμπεριέχονται υποκλίμακες και υπολογίζεται ένα ενιαίο σκορ, οι ερωτήσεις μπορούν να κατηγοριοποιηθούν βάσει των πνευματικών πεποιθήσεων και βάσει των πνευματικών πρακτικών και συμπεριφορών. Συγκεκριμένα, τέσσερα ερωτήματα από τα δέκα διερευνούν τη συχνότητα εμφάνισης πνευματικών πρακτικών και συμπεριφορών, όπως για παράδειγμα η ερώτηση «Πόσο συχνά διαβάζετε υλικό σχετικό με πνευματικά ζητήματα». Οι υπόλοιπες έξι ερωτήσεις διερευνούν τις πνευματικές πεποιθήσεις, όπως για παράδειγμα η ερώτηση «οι πνευματικές απόψεις μου επηρέασαν τη ζωή μου». Να σημειωθεί πως μόνο ένα από τα ερωτήματα που αφορούν τις πνευματικές πεποιθήσεις αναφέρεται στο Θεό, και συγκεκριμένα η ερώτηση «Συχνά αισθάνομαι πολύ κοντά στο Θεό ή σε Ανώτερη Δύναμη την ώρα της προσευχής, κατά τη δημόσια λατρεία ή σε σημαντικές στιγμές στην καθημερινή μου ζωή». Παρατηρεί όμως κανείς ότι και στη συγκεκριμένη ερώτηση για τη μη θρησκευόμενα άτομα προσφέρεται μία εναλλακτική, καθώς εμπεριέχεται ο όρος «Ανώτερη Δύναμη». Το ενιαίο σκορ υπολογίζεται και κυμαίνεται από 1 έως 6, με τις υψηλότερες βαθμολογίες να υποδηλώνουν υψηλότερο επίπεδο πνευματικότητας (Reed, 1987).

Τέλος, σε αυτήν την κατηγορία εργαλείων αξιολόγησης της πνευματικότητας περιλαμβάνεται και το ερωτηματολόγιο πνευματικών πεποιθήσεων “*Spiritual beliefs questionnaire (SBQ) του Christo*” (1995). Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο αναπτύχθηκε σε πληθυσμούς ατόμων με θέματα εξάρτησης από ουσίες και χρησιμοποιήθηκε για την αξιολόγηση της απόχης από την πνευματικότητα και από συναφή ζητήματα, που αφορούν τον αυτοέλεγχο και την εξάρτηση από μια Ανώτερη Εξουσία. Πρόκειται για ένα ιδιαίτερα αξιόπιστο ερωτηματολόγιο, το οποίο έχει βρεθεί να διατηρεί την υψηλή εγκυρότητά του απαλλαγμένο από αποκλίσεις που αποδίδονται σε διαφορετικές πολιτισμικές καταβολές και θρησκευτικές προτιμήσεις (Li, Feifer & Strohm, 2000).

#### **2.4.2. Κλίμακες που μετρούν την Πνευματικότητα ως μια Πολυδιάστατη Έννοια**

Στη κατηγορία αυτήν περιλαμβάνονται κλίμακες οι οποίες εμπεριέχουν ένα σύνολο ερωτήσεων που αναφέρονται μεταξύ άλλων και στις διαφορετικές πτυχές και διαστάσεις της πνευματικότητας, όπως για παράδειγμα στη διάσταση της σύνδεσης με τον εαυτό και τους άλλους, στη διάσταση νόημα και σκοπός στη ζωή και στη διάσταση γαλήνη και υπερβατικότητα. Οι κλίμακες αυτές είναι ο δείκτης πνευματικής υπερβατικότητας “*The Spiritual Transcendence Index των Seidlitz και συν.*” (2002), ο δείκτης κεντρικής πνευματικής εμπειρίας “*The Index of Core Spiritual experience - INSPIRIT του Kass*” (1991), η κλίμακα αξιολόγησης της πνευματικότητας “*Spirituality Assessment Scale της Howden*” (1992), η κλίμακα πνευματικής εμπλοκής και πεποιθήσεων “*The Spiritual Involvement and Beliefs Scale – SIBS του Hatch*” (1998), το ερωτηματολόγιο πνευματικότητας “*The spirituality questionnaire – SQ των Parsian & Dunning*” (2009), το Ερωτηματολόγιο έκφρασης της πνευματικότητας “*The Expressions of Spirituality Inventory του MacDonald*” (2000) και τέλος η κλίμακα πνευματικότητας “*The Spirituality Scale της Delaney*” (2005). Συνήθως τα ερωτηματολόγια αυτά παρέχουν ένα συνολικό σκορ και επιμέρους αθροίσματα για τις υποκλίμακες.

Συγκεκριμένα, η Seidlitz και συν. (2002) ανέπτυξαν ένα δισδιάστατο ερωτηματολόγιο μέτρησης της πνευματικότητας που ονομάστηκε δείκτης πνευματικής υπερβατικότητας, *The Spiritual Transcendence Index*. Το ερωτηματολόγιο αυτό αποτελείται από οκτώ ερωτήσεις που σχηματίζουν δύο παράγοντες, ο ένας είναι η γενική πνευματικότητα και ο άλλος είναι η πίστη στην παρουσία του Θεού. Ο παράγοντας «γενική πνευματικότητα» εμπεριέχει ερωτήσεις στις οποίες δίνεται έμφαση στις εμπειρίες που αφορούν τις αντιλήψεις των ατόμων για τη δική τους πνευματικότητα, ενώ η παράγοντας «πίστη στην παρουσία του Θεού» εμπεριέχει ερωτήσεις στις οποίες δίνεται έμφαση στις εμπειρίες που απορρέουν από την αντιληπτή σχέση του ατόμου με τον Θεό. Πρόκειται για ένα ιδιαίτερα εύχρηστο και σύντομο ερωτηματολόγιο, το οποίο αν και δεν έχει χρησιμοποιηθεί αρκετά θα μπορούσε να έχει αρκετές εφαρμογές σε έρευνες σχετικά με την πνευματικότητα και την υγεία (Kim & Seidlitz, 2002; Seidlitz et al., 2002).

Δισδιάστατο ερωτηματολόγιο είναι επίσης και ο δείκτης κεντρικής πνευματικής εμπειρίας, *The Index of Core Spiritual experience - INSPIRIT* του Kass (1991).

Πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο αυτό-αναφοράς, το οποίο περιέχει επτά ερωτήσεις, οι οποίες σχηματίζουν δύο παράγοντες, εκ των οποίων ο πρώτος αφορά εμπειρίες και ο δεύτερος αφορά πεποιθήσεις. Η κλίμακα αυτή αναπτύχθηκε με βάση την παρατήρηση ότι ασθενείς που ανέφεραν πνευματικές και θρησκευτικές εμπειρίες βίωναν μια ολοκλήρωση και ένα νόημα στη ζωή τους και είχαν καλύτερη κλινική έκβαση σε σχέση με αυτούς που δεν ανέφεραν κάτι παρόμοιο.

Το νόημα και ο σκοπός στη ζωή φαίνεται να αποτελούν κεντρική έννοια και στην κλίμακα αξιολόγησης της πνευματικότητας *Spirituality Assessment Scale* της Howden (1992). Το εν λόγω εργαλείο αναπτύχθηκε έπειτα από ενδελεχή μελέτη της νοσηλευτικής βιβλιογραφίας και αποτελείται από εικοσιοκτώ ερωτήσεις που σχηματίζουν τέσσερις παράγοντες, τους εξής: νόημα και σκοπό στη ζωή, σύνδεση με άλλους, σύνδεση με τον εαυτό και υπερβατικότητα. Το εργαλείο αυτό έχει βρεθεί έγκυρο σύμφωνα και με τα αποτελέσματα ερευνητικών μελετών άλλων ερευνητών, από τους οποίους έχει επιβεβαιωθεί και η παραγοντική του ανάλυση (De Jager Meezenbroek et al., 2012).

Ο Hatch (1998), ανέπτυξε την κλίμακα πνευματικής εμπλοκής και πεποιθήσεων *The Spiritual Involvement and Beliefs Scale - SIBS*. Πρόκειται για ερωτηματολόγιο που αξιολογεί αρκετές πτυχές της πνευματικότητας σε άτομα που συμμετείχαν σε ομάδες ανώνυμων αλκοολικών. Η τελική του μορφή σχηματίζει τέσσερις παράγοντες, οι οποίοι είναι ονομαστικά: η κεντρική πνευματικότητα (νόημα, πίστη και πνευματικές δραστηριότητες), η πνευματική προοπτική (νόημα στη σύνδεση με τους άλλους, τη φύση, την ευγνωμοσύνη), οι προσωπικές εφαρμογές και ταπεινότητα και τέλος η αποδοχή και διορατικότητα. Η εν λόγω κλίμακα έχει δεχθεί αρκετή κριτική, κυρίως για τον τρόπο κατασκευής των παραγόντων, καθώς οι δύο πρώτοι περιέχουν πολλές και διαφορετικές πτυχές της πνευματικότητας (De Jager Meezenbroek et al., 2012).

Οι Parsian και Dunning (2009), ανέπτυξαν το ερωτηματολόγιο πνευματικότητας *The spirituality questionnaire - SQ*, το οποίο είναι ένα από τα πιο πρόσφατα ερωτηματολόγια πνευματικότητας που έχουν δημιουργηθεί. Στη μελέτη τους οι ερευνητές είχαν ως σκοπό την αξιολόγηση της πιθανής σχέσης μεταξύ πνευματικότητας και στρατηγικών διαχείρισης δύσκολων καταστάσεων, σε δείγμα νεαρών ατόμων που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο αποτελείται από 29 ερωτήσεις που σχηματίζουν τους εξής τέσσερις παράγοντες: αυτογνωσία, σημασία των πνευματικών πεποιθήσεων, σημασία των



πνευματικών πρακτικών και σημασία των πνευματικών αναγκών. Πρόκειται για ένα εργαλείο με ικανοποιητικές ψυχομετρικές ιδιότητες και αξιοπιστία (Parsian & AM, 2009).

Ένα ακόμα ερωτηματολόγιο που εμπεριέχει πολλές πτυχές της πνευματικότητας είναι το ερωτηματολόγιο εκφράσεως της πνευματικότητας *The Expressions of Spirituality Inventory του MacDonald* (2000). Το εν λόγω ερωτηματολόγιο αποτελείται από πέντε διαστάσεις, που είναι: ο γνωστικός προσανατολισμός προς την πνευματικότητα (αφορά πνευματικές πεποιθήσεις), η βιωματική πνευματικότητα (αφορά πνευματικές εμπειρίες), η υπαρξιακή διάσταση της πνευματικότητας (αφορά το νόημα και το σκοπό στη ζωή και την ικανότητα του ατόμου να αντιμετωπίζει τις αβεβαιότητες της ζωής), οι παραφυσικές πεποιθήσεις (αφορά αντιλήψεις σχετικά με τα παραφυσικά φαινόμενα) και τέλος η θρησκευτική διάσταση της πνευματικότητας (αφορά θρησκευτικές συμπεριφορές). Αποτελείται από τριάντα δύο ερωτήσεις εξάβαθμης κλίμακας Likert, έξι για κάθε διάσταση και δύο επιπλέον ερωτήσεις που δεν ανήκουν σε κάποια από τις προαναφερόμενες διαστάσεις.

Τελειώνοντας με τα ερωτηματολόγια που μετρούν την πνευματικότητα ως πολυδιάστατη έννοια γίνεται αναφορά στην κλίμακα πνευματικότητας *The Spirituality Scale της Delaney* (2005). Πρόκειται για μια κλίμακα 23 ερωτήσεων που λαμβάνουν απαντήσεις εξάβαθμιας κλίμακας Likert. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο αναπτύχθηκε σε μελέτη που ως δείγμα της είχε διακόσους εικοσιτέσσερις ασθενείς που αντιμετώπιζαν χρόνιες παθήσεις. Η παραγοντική ανάλυση ανέδειξε τρεις παράγοντες, την προσωπική πνευματικότητα, τη διαπροσωπική πνευματικότητα και την υπερβατική πνευματικότητα. Η ιδιαιτερότητα του συγκεκριμένου εργαλείου είναι ότι οι συγγραφείς προτείνουν μια κατηγοριοποίηση ανάλογα με το σκορ, σε χαμηλή πνευματικότητα, μέτρια και υψηλή, όπου το ιδιαίτερα χαμηλό σκορ υποδηλώνει πνευματική καταπόνηση, ενώ το υψηλό σκορ υποδηλώνει πνευματική ευημερία (Delaney, 2005).

#### **2.4.3. Κλίμακες που μετρούν την Πνευματικότητα ως διάσταση της Ποιότητας Ζωής**

Οι κλίμακες της κατηγορίας αυτής μελετούν, μετρούν και αξιολογούν την πνευματικότητα ως διάσταση της ποιότητας ζωής και ευημερίας. Επιπροσθέτως μπορεί να έχουν μια χρησιμότητα μέτρησης πριν και μετά από κάποια παρέμβαση παροχής κάποιου είδους φροντίδας υγείας. Μπορεί να χρησιμοποιηθούν στο πλαίσιο

ανάρρωσης, προσαρμογής και αποκατάστασης από κάποια νόσο, ως πτυχή της υποκειμενικής αντίληψης που το άτομο έχει για την υγεία του. Οι κλίμακες αυτές έχει βρεθεί ότι είναι “*The Spiritual Well-Being Scale – SWBS των Paloutzian και Ellison*” (1983), το “*JAREL Spiritual Well-Being Scale του Hungelmann*” (1998), “*The Spirituality Index of Well-Being των Daaleman και συν.*” (2002), και “*The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy - Spiritual Well-Being Scale, The FACIT-Sp του Brady*” (2002).

Η κλίμακα *The Spiritual Well-Being Scale - SWBS* των Paloutzian και Ellison (1983) είναι ένα αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο είκοσι ερωτήσεων εξάβαθμιας κλίμακας Likert, της οποίας οι απαντήσεις κυμαίνονται από το 1 (Συμφωνώ απόλυτα) έως το 6 (Διαφωνώ απόλυτα). Η κλίμακα αυτή παρέχει πληροφορίες για τη σχέση του ατόμου με το Θεό, το κατά πόσο το άτομο βιώνει ότι υπάρχει ένας σκοπός στη ζωή του και την ικανοποίηση που το άτομο λαμβάνει από τη ζωή του. Δίνει τη δυνατότητα να υπολογιστεί ένα ενιαίο και συνολικό σκορ συγκεντρώνοντας τις απαντήσεις σε όλα τα είκοσι ερωτήματα μετά την αντιστροφή των αρνητικά διατυπωμένων ερωτήσεων. Το συνολικό σκορ κυμαίνεται από 20 έως 120, με την υψηλότερη βαθμολογία να αντιπροσωπεύει υψηλότερη πνευματικότητα. Η κλίμακα αυτή αποτελεί ένα γενικό δείκτη πνευματικής ευημερίας και παρέχει μια συνολική μέτρηση της αντίληψης της πνευματικής ποιότητας ζωής (Paloutzian και Ellison, 1983). Από τη μέρα δημοσίευσής της έως και σήμερα έχει χρησιμοποιηθεί σε πάρα πολλές μελέτες που απευθύνονται σε διαφορετικούς πληθυσμούς ατόμων (Malinakova et al., 2017).

Δεύτερο εργαλείο αυτής της κατηγορίας είναι το *JAREL - Spiritual Well-Being Scale* του Hungelmann (1998), το οποίο και έχει πολλές εφαρμογές στη νοσηλευτική, αφού πρόκειται για ένα εργαλείο με το οποίο μπορεί να τεθεί η νοσηλευτική διάγνωση της πνευματικής καταπόνησης. Περιλαμβάνει 21 ερωτήσεις εξάβαθμιας κλίμακας Likert. Οι ερωτήσεις αυτές αφορούν το άτομο, τους άλλους και την υπερβατικότητα, ενώ εμπεριέχεται και μια επιπλέον ερώτηση η οποία δεν μπορεί να ενταχθεί σε κάποια από τις γνωστές διαστάσεις της πνευματικότητας.

Ένα ακόμα ερωτηματολόγιο της κατηγορίας αυτής είναι το *The Spirituality Index of Well-Being* των Daaleman και συν. (2002). Πρόκειται για ένα εργαλείο αυτοαναφοράς, το οποίο σχεδιάστηκε και αναπτύχθηκε ώστε να χρησιμοποιηθεί κατά κύριο λόγο σε ερευνητικές μελέτες που σχετίζονται με παραμέτρους υγείας.

Αποτελείται από δώδεκα ερωτήσεις, οι οποίες αθροίζονται σε δύο υποκλίμακες σχετικά με το σχέδιο ζωής και την αυτό-αποτελεσματικότητα. Επιπρόσθετα, οι δύο αυτές υποκλίμακες μπορούν να αθροιστούν και να προσφέρουν και ένα συνολικό σκορ πνευματικότητας. Η κλίμακα αυτή έχει χρησιμοποιηθεί σε αρκετές μελέτες, ενώ μελετώντας κανείς τη σύγχρονη βιβλιογραφία διαπιστώνει ότι τα αποτελέσματα ερευνητικών μελετών που διεξήχθησαν σε αρκετούς και ποικίλους πληθυσμούς συνθέτουν υψηλή εγκυρότητα και αξιοπιστία αυτής.

Τελειώνοντας με τα εργαλεία αυτής της κατηγορίας γίνεται αναφορά στο ερωτηματολόγιο *The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy - Spiritual Well-Being Scale, The FACIT-Sp* του Brady (2002). Το συγκεκριμένο εργαλείο, το οποίο και αποτελεί το εργαλείο μέτρησης και αξιολόγησης της πνευματικότητας της παρούσας διδακτορικής διατριβής είναι ένα από τα πιο ευρέως χρησιμοποιημένα ερωτηματολόγια. Το ερωτηματολόγιο αυτό αξιολογεί την πνευματικότητα ως αναπόσπαστο κομμάτι της ποιότητας ζωής μέσα στο πλαίσιο μιας χρόνιας πάθησης. Περιλαμβάνει 12 ερωτήσεις κατηγοριοποιημένες σε τρεις παράγοντες (νόημα, γαλήνη και πίστη). Γίνεται επομένως αντιληπτό ότι πρόκειται για ένα εργαλείο το οποίο δίνει στον ερευνητή τη δυνατότητα να αξιολογήσει τρεις από τις πιο βασικές και καθολικές πτυχές – διαστάσεις της πνευματικότητας, οι οποίες και περιλαμβάνονται σε όλους σχεδόν στους βασικούς εννοιολογικούς προσδιορισμούς της. Οι δώδεκα ερωτήσεις του ερωτηματολογίου λαμβάνουν απαντήσεις πεντάβαθμης κλίμακας Likert, ενώ υψηλότερες τιμές, τόσο της συνολικής κλίμακας, όσο και των επιμέρους υποκλιμάκων αυτής, δηλώνουν υψηλότερο επίπεδο πνευματικότητας.

Για αρκετά άτομα η πνευματικότητα, αλλά και η θρησκεία, είναι σημαντικές διαστάσεις της ύπαρξής τους. Αποτελούν σημαντική πηγή υποστήριξης, η οποία συμβάλει σημαντικά στην ευεξία και στην αντιμετώπιση των καθημερινών δυσκολιών της ζωής τους. Η ευεργετική και θετική επίδραση που έχει η πνευματικότητα, τόσο στην υγεία, όσο και γενικότερα στην πορεία της ζωής φαίνεται να αποτελεί έναυσμα για αρκετούς επιστήμονες υγείας, οι οποίοι με ερευνητικές τους μελέτες προσπαθούν να αξιολογήσουν τις πτυχές αυτές των ατόμων και να ενσωματώσουν αυτά τα χαρακτηριστικά στη θεραπευτική διαδικασία. Μετά από προσεκτική μελέτη της βιβλιογραφίας της πνευματικότητας γενικά, αλλά και από την πλευρά της θεωρίας, της φιλοσοφίας και της επιστήμης της νοσηλευτικής, και μέσα από τα διάφορα νοσηλευτικά μοντέλα, τα οποία ενσωματώνουν την πνευματικότητα

και τις πνευματικές ανάγκες, γίνεται σαφές ότι η πνευματικότητα κατέχει κεντρικό ρόλο στη νοσηλευτική φροντίδα υγείας.

## **Κεφάλαιο 3. Η Επίδραση της Πνευματικότητας σε Ψυχικές Παραμέτρους**

### **Εισαγωγή**

Η σχέση μεταξύ πνευματικότητας και υγείας είναι καταγεγραμμένη από αρχαιοτάτων χρόνων. Στην αρχαιότητα ο θεραπευτής ταυτιζόταν συχνά με το θρησκευτικό ηγέτη, και με τον τρόπο αυτό το ίδιο πρόσωπο φρόντιζε ταυτόχρονα σώμα και πνεύμα (Martsolf & Mickley, 1998). Για αρκετά άτομα η πνευματικότητα αλλά και η θρησκεία είναι σημαντικές διαστάσεις της ύπαρξής τους και αποτελούν πηγή υποστήριξης που συμβάλει στην ευεξία και στην αντιμετώπιση των καθημερινών δυσκολιών της ζωής. Για πολλούς ασθενείς η ενσωμάτωση των πνευματικών τους πιστεύω στη θεραπευτική διαδικασία είναι ζωτικής σημασίας και έχει βρεθεί να συσχετίζεται με θετικές εκβάσεις για την ψυχική υγεία (Greenberg, 2003). Η θετική επιρροή που μπορεί να έχει η πνευματικότητα στην αντίληψη των ασθενών για την υγεία τους, αλλά και στην ατομική αντιμετώπιση και διευθέτηση των σοβαρών παθήσεων έχει τεκμηριωθεί από πολλές έρευνες. Συγκεκριμένα, μελέτες που πραγματοποιήθηκαν σε ασθενείς με διάγνωση σοβαρής πάθησης, όπως καρκίνος προχωρημένου σταδίου, κατέληξαν στο συμπέρασμα πως η πνευματικότητα αποτελεί σημαντικό παράγοντα υποστήριξης που επηρεάζει τόσο την προσαρμογή στη νόσο, όσο και τη γενικότερη κατάσταση ψυχικής υγείας των ασθενών (Zullig, Ward & Horn, 2009; Hung-Ru & Bauer-Wu, 2003). Στις δύο υποενοότητες που ακολουθούν δίνονται δύο προτεινόμενα θεωρητικά μοντέλα για τον τρόπο που η πνευματικότητα και θρησκευτικότητα επιδρούν στην ανθρώπινη υγεία.

### **3.1 Η Επίδραση της Πνευματικότητας στην Ψυχική Υγεία**

Η έννοια της πνευματικότητας τα τελευταία χρόνια έχει υπάρξει στο επίκεντρο της ερευνητικής δραστηριότητας που πραγματοποιείται στο πεδίο της ψυχικής υγείας. Γίνεται μία προσπάθεια διερεύνησης της έννοιας αυτής τόσο ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας, όσο και ως γνωστικό, συναισθηματικό, συμπεριφορικό αλλά και ψυχικό φαινόμενο, το οποίο συνθέτει την ανθρώπινη προσωπικότητα (Delaney, 2005). Η αλληλεπίδραση της πνευματικότητας με την ψυχική υγεία έχει ερευνηθεί και προσεγγιστεί ποικιλοτρόπως, τόσο από ψυχιάτρους, ψυχοθεραπευτές και

θεολόγους, όσο και από νοσηλευτές, στο πλαίσιο μιας συνεχούς προσπάθειας να διερευνηθεί αν υπάρχει τελικά ή όχι σχέση μεταξύ αυτών των δύο παραμέτρων και ποια είναι αυτή (McSherry, Cash & Ross, 2004).

Η πνευματικότητα έχει βρεθεί και αναγνωριστεί ότι αποτελεί βασική πηγή υποστήριξης του ατόμου, παρέχει συναισθηματική στήριξη και έχει θετική επίδραση στη γενικότερη κατάσταση υγείας του ατόμου, καθώς δρα προστατευτικά καθοδηγώντας το στην υιοθέτηση συγκεκριμένων πρακτικών που σχετίζονται με την υγεία (Thomas et al, 2015).

Η πνευματικότητα έχει βρεθεί να αποτελεί κύρια πηγή στήριξης και μέσο διατήρησης της ψυχικής ευημερίας σε άτομα που πάσχουν από σοβαρές και απειλητικές για τη ζωή ασθένειες. Σύμφωνα με τη μελέτη των Dalmida, Holstad, DiIorio & Laderman, (2012), γυναίκες που είχαν διαγνωσθεί με HIV/AIDS θεωρούσαν την πνευματικότητα ως βασική πηγή υποστήριξης, τόσο κοινωνικής όσο και ψυχικής. Δήλωσαν δε ότι η πνευματικότητα τους βοηθά να ανταπεξέλθουν στις καθημερινές δυσκολίες που προκύπτουν λόγω της ασθένειάς τους.

Άλλοι ερευνητές υποστηρίζουν πως η πνευματικότητα, πέρα από τον προστατευτικό ρόλο που έχει για την ψυχική υγεία στις δυσκολίες της ζωής και στην αντιμετώπιση τραυματικών γεγονότων, μπορεί να αποτελεί και παράγοντα μετατραυματικής ανάπτυξης (Paredes & Pereira, 2017). Η πνευματικότητα ενισχύει το νόημα της ζωής, την αποδοχή μιας ασθένειας και των δυσκολιών. Αποτελεί μέρος ενός δομημένου συστήματος πεποιθήσεων, με θετική επίδραση στη συναισθηματική ευεξία και μειώνοντας την ψυχική καταπόνηση (Shaw et al., 2005).

Τα καταθλιπτικά συμπτώματα που πολλές φορές εντοπίζονται σε άτομα με χρόνιες παθήσεις και ερμηνεύονται συνήθως ως κακή διάθεση, έχουν συσχετιστεί με το βίωμα του πόνου. Σε χρόνιες καταστάσεις ασθένειας η κακή διάθεση, που αναγνωρίζεται μέσω των καταθλιπτικών συμπτωμάτων της, συσχετίζεται με αυξημένη αίσθηση του πόνου (Baetz et al, 2004). Αντιλαμβάνεται λοιπόν κανείς, λαμβάνοντας πάντα υπόψη την παραπάνω σχέση, ότι η πνευματικότητα διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην ανακούφιση και στην αντιμετώπιση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, του άγχους, της σωματοποίησης και του πόνου (Manshaee & Amini, 2013).

Σύμφωνα με τη μελέτη των Brown, Carney, Parrish και Klem ( 2013), που διεξήχθη σε δείγμα φοιτητών, η πνευματικότητα συσχετίστηκε με λιγότερα καταθλιπτικά συμπτώματα και μειωμένο άγχος. Στη συγκεκριμένη μελέτη οι φοιτητές που συγκέντρωσαν υψηλά σκορ στην υπαρξιακή κλίμακα της πνευματικότητας παρουσίασαν χαμηλές τιμές στις κλίμακες του άγχους και της κατάθλιψης. Βασικό επίσης συμπέρασμα της μελέτης αυτής ήταν ότι τα άτομα με υψηλότερη πνευματικότητα διαχειρίζονται καλύτερα το στρες και τις αγχογόνες καταστάσεις (Brown, Carney, Parrish & Klem, 2013).

Επιπλέον μελέτες που έχουν γίνει σε εφήβους κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η πνευματικότητα συμβάλει στην κατανόηση του νοήματος στη ζωή σε αυτή την ηλικιακή ομάδα, αλλά και στον τρόπο με τον οποίο οι έφηβοι αλληλεπιδρούν μεταξύ τους και με άλλους, κατά τη διάρκεια της ζωής του. Οι πνευματικές τους πεποιθήσεις συσχετίστηκαν με χαμηλότερα επίπεδα καταθλιπτικών συμπτωμάτων και χαμηλότερο κίνδυνο αυτοκτονίας (Pour Ashouri, Hamadiyan, Nafisi, Parvizpanah, & Rasekhi, 2016).

Επιπροσθέτως, σύμφωνα με πρόσφατη μετά-ανάλυση (2015), η οποία εξέταζε την επίδραση της πνευματικότητας στην ψυχική υγεία, στο πλαίσιο μια απειλητικής για τη ζωή ασθένειας, όπως ο καρκίνος, κατέληξε στο συμπέρασμα πως μεταξύ πνευματικότητας και ψυχικής υγείας υπάρχουν θετικές συσχετίσεις. Μάλιστα πολλοί από τους ασθενείς δηλώνουν πως η πνευματικότητα είναι ο σημαντικότερος υποστηρικτικός παράγοντας για την αντιμετώπιση της ασθένειάς τους και διαδραματίζει ευεργετικό ρόλο στην ψυχική τους υγεία. Αξίζει να σημειωθεί ότι μέσα από το πλήθος των εμπειρικών δεδομένων που εξετάστηκε, στο πλαίσιο της ανασκόπησης αυτής, βρέθηκε σημαντική σχέση μεταξύ της πνευματικότητας και μεταβλητών όπως η συναισθηματική ευεξία, το άγχος και η κατάθλιψη ( Salsman, et al., 2015).

Ένας ακόμη τρόπος με τον οποίο η πνευματικότητα φαίνεται να ευεργετεί την ψυχική υγεία και συγκεκριμένα τη διαχείριση του στρες, είναι μέσω της κοινωνικής υποστήριξης που παρέχει. Σύμφωνα με τον Nelson (2009), η κοινωνική υποστήριξη μπορεί να είναι άμεση, έμμεση, αλλά και πνευματική. Με τον όρο πνευματική κοινωνική υποστήριξη νοείται η στήριξη από το Θεό ή από άλλες θρησκευτικές πηγές όπως μια θρησκευτική κοινότητα κ.α. Ο συγκεκριμένος ερευνητής έκανε λόγο για

πέντε ακόμα τρόπους με τους οποίους η πνευματικότητα δρα ως θετικός διαμεσολαβητής στην προαγωγή της υγείας, σωματικής και ψυχικής. Αναφέρει ότι η πνευματικότητα έχει θετικό διαμεσολαβητικό ρόλο διότι προωθεί ορθότερες επιλογές και συμπεριφορές υγείας, υποστηρίζει θετικές πεποιθήσεις, παρέχει πόρους και δεξιότητες για αντιμετώπιση, ρυθμίζει τα συναισθήματα κατά την προσευχή και κατά τα διάφορα τελετουργικά και συμβάλει στην ενθάρρυνση εμπειριών υπερβατικότητας μέσω θρησκευτικών πρακτικών (Aldwin, Park, Jeong & Nath, 2014 Nelson, 2009).

Σύμφωνα με μια πρόσφατη μετά-ανάλυση σχετικά με την ενσωμάτωση των πνευματικών πεποιθήσεων στη γνωσιακή και συμπεριφορική θεραπεία για το άγχος και την κατάθλιψη, βρέθηκε ότι υπάρχουν αρκετά δεδομένα που συνηγορούν υπέρ μιας τέτοιας ενσωμάτωσης. Πιο συγκεκριμένα αναλύθηκαν τα αποτελέσματα δεκαέξι σχετικών ερευνών, από τις οποίες προέκυψε πως η ενσωμάτωση αυτή αποτελεί μία βέλτιστη πρακτική προκειμένου οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας να μειώσουν πιθανούς φραγμούς και να βελτιώσουν την προσβασιμότητα σε ομάδες ασθενών που βρίσκονται σε μειονεκτική θέση. Η τοποθέτηση αυτή των συγγραφέων έρχεται να ενισχύσει την παρόμοια θέση που είχε πάρει κάποια χρόνια πριν το Εθνικό Ινστιτούτο για την Υγεία και την Κλινική Αριστεία το 2010 (NICE, 2010; Anderson et al., 2015). Την ενσωμάτωση πτυχών της πνευματικότητας στην ψυχοθεραπεία εξέτασαν και οι Breitbart και συν (2015), δημιουργώντας ένα μοντέλο ομαδικής ψυχοθεραπείας βασισμένης στο νόημα. Πιο συγκεκριμένα το μοντέλο αυτό απευθύνεται σε ασθενείς με καρκίνο, οι οποίοι βιώνουν πνευματική καταπόνηση, απώλεια νοήματος ζωής και διάφορα υπαρξιακά ζητήματα. Μετά από μια τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη συμπεράναν ότι υπάρχει ισχυρή σχέση μεταξύ ψυχικής καταπόνησης και πνευματικότητας και ότι η ενσωμάτωση στοιχείων της πνευματικότητας στη θεραπευτική διαδικασία έχει ευεργετικά αποτελέσματα (Breitbart, et al., 2015).

Παρά όμως τα συνεχόμενα αναδυόμενα στοιχεία εμπειρικών μελετών που υποστηρίζουν τη θετική επίδραση της πνευματικότητας, μερικοί μελετητές είναι πιο επιφυλακτικοί σχετικά με τις επιρροές που μπορεί αυτή να έχει, υποστηρίζοντας μάλλον ότι αυτές μπορεί να είναι συνέπεια των αποτελεσμάτων επιλογής και της μεροληψίας της κοινωνικής επιθυμίας σε έρευνες (Regnerus and Smith, 2005). Πιο συγκεκριμένα κάνουν λόγο για απροθυμία των ατόμων να εμπλακούν σε πνευματικές ή θρησκευτικές πρακτικές λόγω π.χ ενοχής για μια πράξη, η οποία θα ήταν από τη θρησκευτική κοινότητα κατακριτέα. Έτσι άτομα παραδείγματος χάρη που



αντιμετωπίζουν θέματα εξάρτησης, δεν εντοπίζονται ή δεν συμμετέχουν σε ανάλογες μελέτες, οι οποίες και συμπεραίνουν τελικά ότι η πνευματικότητα δρα προφυλακτικά προς την κατάχρηση ουσιών. Έτσι η όποια σύνδεση σχετικά με την υγεία και την πνευματικότητα θα πρέπει να γίνεται με σύνεση και λαμβάνοντας υπόψη τους διαφόρους συγχυτικούς παράγοντες, πριν οδηγηθούν σε συμπεράσματα (Iannaccone, 1995; Dein, Cook & Koenig, 2012).

Τα αποτελέσματα για την ευεργετική δράση της πνευματικότητας στην ψυχική υγεία είναι αντικρουόμενα. Σύμφωνα με τους Drabble, Veldhuis, Riley, Rostosky & Hughes (2017), η πνευματικότητα βρέθηκε να σχετίζεται θετικά με την εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων και τη χρήση ουσιών σε γυναίκες που ανήκουν σε συγκεκριμένη ομάδα σεξουαλικού προσανατολισμού (Drabble, Veldhuis, Riley, Rostosky & Hughes, 2017). Επιπροσθέτως, σύμφωνα με τους King και συν. (2013), τα άτομα τα οποία έχουν μια πνευματική κατανόηση της ζωής είχαν επιβαρημένη ψυχική υγεία σε σχέση με εκείνα στα οποία η κατανόηση για τη ζωή δεν ήταν ούτε θρησκευτική, ούτε πνευματική. Όσον αφορά τη σχέση μεταξύ ψυχικής υγείας και θρησκευτικότητας, δεν βρέθηκε να υπάρχει, παρόλα αυτά βρέθηκε ότι τα θρησκευόμενα άτομα, ήταν πολύ λιγότερο πιθανό να χρησιμοποιήσουν ή να εξαρτηθούν από τα ναρκωτικά ή το αλκοόλ (King et al., 2012).

Σε αυτό το σημείο αξίζει να σημειωθεί ότι η θρησκευτικότητα και η πνευματικότητα καμία φορά έχουν αρνητική επίδραση, μέσα από το μηχανισμό της αρνητικής θρησκευτικής/πνευματικής διαχείρισης μιας κατάστασης. Πρόκειται για μια κατάσταση στην οποία τα άτομα εκλαμβάνουν τις διάφορες δυσκολίες στη ζωή τους ως *Θεία Τιμωρία* και συνήθως η κατάσταση αυτή σχετίζεται με πτωχό επίπεδο ψυχικής υγείας (Weber & Pargament, 2014). Παράλληλα, τα άτομα που ανήκουν σε αυτήν την κατηγορία έχει βρεθεί ότι βιώνουν μια έντονη εσωτερική ενοχή και αμφιβολίες και συνήθως αντιμετωπίζουν διαπροσωπικές δυσκολίες μέσα στη θρησκευτική ή πνευματική κοινότητά τους, γεγονός που οδηγεί σε έντονη ψυχική καταπόνηση, η οποία έχει βρεθεί να σχετίζεται με την ύπαρξη καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, αυτοκτονικού ιδεασμού, αυξημένα επίπεδα άγχους και θλίψης (Weber & Pargament, 2014).

Συνοψίζοντας, οι άνθρωποι, όπως έχει ήδη αναφερθεί, είναι πνευματικά, ψυχικά, κοινωνικά και βιολογικά όντα. Όπως και οι άλλες διαστάσεις της ανθρώπινης

συμπεριφοράς, έτσι και η πνευματικότητα (υπό το πρίσμα της θρησκείας κυρίως), μπορεί να εκδηλωθεί με εποικοδομητικούς και καταστροφικούς τρόπους. Λόγω των αντικρουόμενων αποτελεσμάτων στη διεθνή βιβλιογραφία, αλλά και της σημαντικότητας που έχει η πνευματικότητα ως διάσταση της ανθρώπινης ύπαρξης, υπάρχει ανάγκη για περαιτέρω διερεύνηση της επίδρασης που μπορεί αυτή να έχει στην ψυχική υγεία.

### **3.2 Η Επίδραση της Πνευματικότητας στις Αντιλήψεις για τη Νόσο**

Ένας άλλος παράγοντας ο οποίος έχει βρεθεί να σχετίζεται με διάφορες εκβάσεις και παραμέτρους υγείας είναι οι αντιλήψεις για τη νόσο, οι οποίες μάλιστα βρίσκονται στο επίκεντρο της ερευνητικής δραστηριότητας τα τελευταία χρόνια. Οι αντιλήψεις ασθενείας είναι οι υποκειμενικές γνωστικές πεποιθήσεις των ασθενών σχετικά με τα συμπτώματα και την ασθένειά τους (Leventhal et al., 1980) και βασίζονται στο μοντέλο της αυτορρύθμισης.

Το Μοντέλο Αυτορρύθμισης της Ασθένειας, που αρχικά περιγράφηκε το 1980 ως «*Μοντέλο κοινής λογικής για την αναπαράσταση των ασθενειών*» από τους Leventhal και συν. (1980) παρέχει ένα πλαίσιο για την κατανόηση του τρόπου με τον οποίο τα μεμονωμένα συμπτώματα και συναισθήματα που βιώνουν τα άτομα κατά τη διάγνωση και τη διάρκεια μιας νόσου μπορούν να επηρεάζουν τις αντιλήψεις για τη νόσο αυτή και πως αυτές οι αντιλήψεις σχετίζονται με συμπεριφορές απέναντι στη νόσο και τον τρόπο διαχείρισης αυτής (Leventhal et al., 1980).

Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή τα άτομα ψάχνουν να καταλάβουν την ασθένεια ή την απειλή, την οποία αντιμετωπίζουν εξαιτίας της νόσου, αναπτύσσοντας μια κατανόηση για το τι είναι η ασθένεια, τι σημαίνει, ποιες είναι οι αιτίες της, ποιες οι συνέπειές της, πόσο καιρό θα διαρκέσει και εάν μπορεί να θεραπευτεί ή να ελεγχθεί. Αυτή η κατανόηση (ή αναπαράσταση της νόσου) αποτελεί την καθαρά υποκειμενική εμπειρία, όπως αυτή βιώνεται (σωματικά συμπτώματα και συναισθήματα) από τις επιδράσεις που μπορεί να έχει στην κοινωνική ζωή ή / και στην αλληλεπίδραση με τους παρόχους φροντίδας υγείας. Θεωρείται ότι τα άτομα μειώνουν τους κίνδυνους για την υγεία τους ή αλλάζουν τις σχετικές με την υγεία συμπεριφορές με τρόπους που συνάδουν με τη δική τους αναπαράσταση της νόσου (Leventhal et al., 1980;

Browning et al., 2009). Σε ένα ευρύ φάσμα χρόνιων σωματικών ασθενειών, όπως για παράδειγμα ο καρκίνος, η ρευματοειδής αρθρίτιδα και η ΧΝΝ, οι αντιλήψεις των ασθενών διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην εξήγηση της ψυχικής καταπόνησης και της ποιότητας ζωής, στοιχείο που δείχνουν τόσο οι συγχρονικές, όσο και οι διαχρονικές μελέτες (Dempster et al., 2015; Vaske, Kenn, Keil, Rief & Stenzel, 2016).

Οι πνευματικές πεποιθήσεις και η γνωστική επεξεργασία ενός ατόμου φαίνεται να επιδρούν στο πώς το άτομο αντιμετωπίζει το στρες, τις δύσκολες καταστάσεις, αλλά και τα προβλήματα της ζωής. Οι πνευματικές πεποιθήσεις μπορεί να είναι πόροι υποστήριξης για τα άτομα με τους εξής τρόπους: ενισχύουν την αποδοχή, την αντοχή και την ανθεκτικότητα, δημιουργούν γαλήνη, αυτοπεποίθηση, σκοπό, συγχώρεση για τις αποτυχίες του ατόμου, ενισχύουν την αυτοφροντίδα και την αυτοπεποίθηση. Από την άλλη πλευρά, μπορούν να φέρουν ενοχή, αμφιβολίες, άγχος και κατάθλιψη μέσω μιας ενισχυμένης αυτοκριτικής (Behere, Das, Yadav, & Behere, 2013).

Οι αναπαραστάσεις για τη νόσο, καθώς επίσης και οι αντιλήψεις για το πόσο ακριβώς έλεγχο έχουν τα άτομα πάνω στην υγεία και τη νόσο τους, διαφέρουν κατά πολύ από άτομο σε άτομο, ακόμα και αν τα άτομα αυτά αντιμετωπίζουν ακριβώς το ίδιο πρόβλημα. Κάποιοι αντιμετωπίζουν τα προβλήματα πιο ενεργητικά, ενώ άλλοι βιώνουν απελπισία. Άτομα τα οποία νιώθουν ότι δεν έχουν έλεγχο στη κατάσταση της υγείας τους έχουν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν άγχος και κατάθλιψη, σε αντίθεση με τα άτομα που θεωρούν ότι έχουν έλεγχο πάνω στη πορεία της ασθένειάς τους. Έχει βρεθεί ότι οι πνευματικές και θρησκευτικές πεποιθήσεις βοηθούν το άτομο να έχει εσωτερικό έλεγχο πάνω στην υγεία του και με αυτόν τον τρόπο έχουν θετική επίδραση στην ψυχική υγεία (Moreira-Almeida, Lotufo Neto & Koenig, 2006).

Για πολλούς ασθενείς η πνευματικότητα και η θρησκευτικότητα είναι τρόπος να διαχειρίζονται τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν. Μάλιστα έχει βρεθεί ότι τα άτομα που χρησιμοποιούν με θετικό τρόπο τα θρησκευτικά τους πιστεύω, έχουν καλύτερη έκβαση σχετικά με τα προβλήματα υγείας τους. Ο θετικός τρόπος διαχείρισης που στηρίζεται στην πνευματικότητα και τη θρησκευτικότητα περιλαμβάνει την απόδοση ενός θεϊκού νοήματος στα διάφορα στρεσογόνα γεγονότα, το να πράττει κανείς τα δέοντα και τα υπόλοιπα να τα αφήνει στα χέρια μιας ανώτερης δύναμης, την αναζήτηση υποστήριξης από μια θρησκευτική

κοινότητα, σκεπτόμενος πως η ζωή είναι μέρος μιας μεγαλύτερης πνευματικής δύναμης, την αναζήτηση βοήθειας μέσα στη θρησκεία, ώστε να βρεθεί μια νέα κατεύθυνση για να καταφέρει κανείς να επιβιώσει, όταν το παλιό ίσως να μην είναι πλέον βιώσιμο και τέλος περιλαμβάνει την προσπάθεια προσφοράς πνευματικής υποστήριξης και παρηγοριάς σε άλλους (Pargament, Koenig, Tarakeshwar & Hahn, 2004; Moreira-Almeida, Lotufo Neto & Koenig, 2006).

Μάλιστα σε μια σχετικά πρόσφατη μελέτη για τις στρατηγικές θρησκευτικής αντιμετώπισης, τις αναπαραστάσεις της νόσου και την ποιότητα ζωής σε πάσχοντες από ΧΝΝ βρέθηκε ότι αυτές σχετίζονται με την αντιλαμβανόμενη χρονική διάρκεια της νόσου, τον αντίκτυπο αυτής, την αίσθηση προσωπικού ελέγχου, τη σωματική και πνευματική διάσταση της ποιότητας ζωής (Ibrahim, Desa & Chiew-Tong, 2012). Επιπλέον, οι ερευνητές συμπέραναν ότι το μοντέλο κοινής λογικής, στο οποίο βασίζονται οι αντιλήψεις για τη νόσο, σχετίζεται με τις διάφορες στρατηγικές αντιμετώπισης και επηρεάζει περαιτέρω τόσο τις εκβάσεις, όσο και τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής. Είναι γεγονός πως οι αντιλήψεις που σχηματίζουν οι ασθενείς για τη νόσο τους διαμορφώνουν με τη σειρά τους τον τρόπο διαχείρισης της νόσου, είτε θετικά είτε αρνητικά (Hagger και Orbell, 2005).

Σύμφωνα με τους Siegel και Schrimshaw οι θρησκευτικές και πνευματικές πρακτικές στο πλαίσιο μια χρόνιας και απειλητικής προς τη ζωή ασθένειας προσφέρουν δύναμη, ενδυνάμωση και έλεγχο. Απαλύνουν το άτομο από το συναισθηματικό βάρος της ασθένειας, προσφέρουν κοινωνική υποστήριξη και αίσθημα συμμετοχής και τέλος προσφέρουν πνευματική υποστήριξη μέσω μιας προσωπικής σχέσης με το Θεό. Επιπλέον διευκολύνουν την έννοια και την αποδοχή της ασθένειας και συμβάλλουν στη διατήρηση της υγείας, ενώ τέλος ανακουφίζουν από το φόβο και την αβεβαιότητα του θανάτου και διευκολύνουν την αυτο-αποδοχή (Siegel & Schrimshaw, 2002).

Σε μια μελέτη που αφορούσε ασθενείς που έπασχαν από ΧΝΝ βρέθηκε πως οι πνευματικές και θρησκευτικές πεποιθήσεις των ασθενών σχετίζονται με χαμηλά επίπεδα επιβάρυνσης από τη νόσο, αυξημένα επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης, καθώς επίσης και με χαμηλά επίπεδα κατάθλιψης και με καλύτερη ποιότητα ζωής. Οι συγγραφείς τόνισαν δε πως οι πνευματικές πεποιθήσεις και ο τρόπος που αυτές δρουν στην προσαρμογή στην ασθένεια και την ψυχική καταπόνηση από αυτή αξίζουν περαιτέρω διερεύνηση στο πλαίσιο μίας βιοψυχοπνευματικής προσέγγισης της νόσου

(Patel, Shah, Peterson & Kimmel, 2002). Είναι γεγονός ότι μελέτες αναδεικνύουν τη σημαντικότητα που έχουν οι αντιλήψεις του ασθενούς για τη νόσο, τις εκβάσεις της και τα αποτελέσματα. Μάλιστα ερευνητές υποστηρίζουν ότι οι αντιλήψεις και αναπαραστάσεις της νόσου είναι ο σημαντικότερος προβλεπτικός παράγοντας για τη νόσο, περισσότερο ακόμη και από τη βαρύτητα που η ίδια έχει (Kimmel, et al., 1998).

Σύμφωνα με μια μελέτη που διεξήχθη στην Κολομβία το 2012, σε ασθενείς που έπασχαν από χρόνιες παθήσεις, όπως ρευματοειδή αρθρίτιδα και ΧΝΝ βρέθηκε πως οι θρησκευτικές και πνευματικές πεποιθήσεις έχουν θετική επίδραση στις αντιλήψεις που έχουν αυτά τα άτομα σχετικά με την πάθησή τους. Πάραυτα σε μετέπειτα ανάλυση βρέθηκε ότι μόνο ο συναισθηματικός αντίκτυπος που έχει η νόσος και οι συνέπειές της μπορεί να σχετίζονται με την ποιότητα ζωής και την ψυχική υγεία αυτών των ασθενών (Vinaccia, Quiceno & Remor, 2012).

Η αντίληψη των επιδράσεων που έχει η νόσος μέσα από μηχανισμούς αντιμετώπισης, όπως η πνευματικότητα, μπορεί να βελτιωθεί και μέσα από αυτή να βελτιωθεί επίσης η ποιότητα ζωής τους και η ευημερία τους γενικά. Μελέτες έχουν δείξει ότι οι αντιλήψεις των ασθενών για τη νόσο τους αποτελούν προβλεπτικό παράγοντα για τη φυσική λειτουργικότητα που έχουν (Kimmel, 2008). Σε μια άλλη μελέτη που διεξήχθη σε διαβητικούς ασθενείς στη Γκάνα, το νόημα, οι αντιλήψεις, οι αναπαραστάσεις και το κατά πόσο βίωναν τη νόσο ως απειλητική για την ευημερία τους κατάσταση, αναδείχθηκαν ως προβλεπτικοί παράγοντες για την εκδήλωση άγχους και κατάθλιψης. Αξίζει μάλιστα να σημειωθεί ότι ο πιο ισχυρός παράγοντας ήταν αυτός που αναφέρεται στην κατανόηση της νόσου. Γεγονός που αναδεικνύει ότι στο πλαίσιο διαχείρισης μια χρόνιας σωματικής νόσου οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να ενσωματώνουν προγράμματα ψυχοεκπαίδευσης στην παροχή φροντίδας υγείας (Nyarko, 2014).

Για τη ΧΝΝ συγκεκριμένα, οι αντιλήψεις που έχουν οι ασθενείς για την νόσο τους φαίνεται να σχετίζονται με τον αντίκτυπο που έχουν οι θεραπείες υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας στη ζωή τους. Επιπλέον, σύμφωνα με μια ποιοτική μελέτη που διερευνούσε τη σχέση μεταξύ των αναπαραστάσεων για τη νόσο και την ποιότητα ζωής ασθενών με ΧΝΝ, βρέθηκε ότι οι νοσηλευτές είναι αυτοί που μπορούν να κατανοήσουν καλύτερα τον τρόπο με τον οποίο οι ασθενείς αντιλαμβάνονται τη νόσο τους και μπορούν να τους βοηθήσουν στο να υιοθετήσουν τις κατάλληλες

στρατηγικές διαχείρισης. Η πνευματικότητα και η θρησκευτικότητα ως στρατηγική διαχείρισης παίζουν σημαντικό ρόλο και μπορούν να επιδρούν είτε θετικά, είτε αρνητικά με τις αντίστοιχες πάντα επιδράσεις, τόσο στις αντιλήψεις για τη νόσο όσο και γενικά στην ποιότητα ζωής του ατόμου (Tarakeshwar, Khan & Sikkema, 2006).

Όπως αναφέρθηκε και πιο πάνω οι θρησκευτικές και πνευματικές πρακτικές, στο πλαίσιο μίας χρόνιας και απειλητικής προς τη ζωή ασθένειας, προσφέρουν δύναμη, ενδυνάμωση και έλεγχο (Siegel & Schrimshaw, 2002). Μελέτες έχουν δείξει ότι τα άτομα τα οποία αισθάνονται ότι έχουν έλεγχο πάνω στην υγεία και τη νόσο τους έχουν μια πιο αισιόδοξη προοπτική προς τη θεραπεία και έχουν υψηλότερα επίπεδα αυτό-αποτελεσματικότητας, γεγονός το οποίο μπορεί να οδηγήσει σε καλύτερο επίπεδο ψυχικής υγείας (Roddenberry & Renk, 2010).

### **3.3 Η Επίδραση της Πνευματικότητας στην Ποιότητα Ζωής**

Υπάρχει ένας συνεχώς αυξανόμενος όγκος μελετών στη διεθνή βιβλιογραφία που συνδέει την πνευματικότητα με την ποιότητα ζωής. Σύμφωνα με τον παγκόσμιο οργανισμό υγείας (WHO, 1998), η υγεία είναι μια συνεχής και δυναμική κατάσταση, η οποία περιλαμβάνει τέσσερις διαστάσεις την σωματική, την ψυχική, την κοινωνική και τη πνευματική διάσταση (Nagase, 2012). Αν και δεν υπάρχει ένας συγκεκριμένος ορισμός για το τι είναι ποιότητα ζωής, λόγω της καθαρά υποκειμενικής διάστασης που έχει ο όρος αυτός, το Εθνικό Ινστιτούτο Υγείας ορίζει την ποιότητα ζωής ως την γενική ικανοποίηση από τη ζωή και την υποκειμενική αίσθηση ευημερίας (National Institute of Health, 2010). Ο παραπάνω χαρακτηρισμός «υποκειμενική» είναι βασικός προκειμένου να γίνει αντιληπτό πως η ποιότητα ζωής είναι μία υποκειμενική άποψη των εμπειριών της ζωής, η οποία διαμορφώνεται συνεχώς (Camfield & Skevington, 2008).

Σύμφωνα με την μελέτη των Vilhena και συν. (2014), υπάρχουν διάφοροι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες που μπορεί να σχετίζονται με την ποιότητα ζωής στα πλαίσια μια χρόνιας πάθησης. Η μελέτη διαπίστωσε ότι οι ασθενείς που έδειξαν πιο θετικές συμπεριφορές και είχαν καλή κοινωνική υποστήριξη, επαρκή θεραπεία, καλύτερη συμμόρφωση στη θεραπεία, θετική διάθεση, μεγαλύτερη αποδοχή των ασθενειών, αλλά και αυξημένη πνευματικότητα, αναφέρουν καλύτερα επίπεδα

ποιότητας ζωής. Τα ευρήματα της μελέτης αυτής βοηθούν στην κατανόηση και τη βελτίωση της παροχής φροντίδας, κατά τέτοιο τρόπο ώστε να βελτιώνεται και η ποιότητα ζωής. Επιπλέον προτείνουν ότι από τη στιγμή που η πνευματικότητα είναι μια σημαντική πτυχή της ατομικής ευημερίας θα πρέπει να ενσωματωθεί ως μέρος του αναλυτικού προγράμματος σπουδών αρκετών επαγγελματιών υγείας (Vilhena, et al., 2014). Μάλιστα οι Soriano, Sarmiento, Songco, Macindo και Conde (2016), συμπεραίνουν ότι καθώς η πνευματικότητα αποτελεί σημαντικό παράγοντα πρόβλεψης και ενίσχυσης της ποιότητας ζωής, τα προγράμματα που την προωθούν θα πρέπει να αναπτυχθούν τόσο από επαγγελματίες υγείας, όσο και από θεσμικούς φορείς (Soriano, Sarmiento, Songco, Macindo & Conde, 2016).

Παρά το γεγονός ότι η πνευματικότητα είναι μια περίπλοκη έννοια, η παρουσία της είναι σταθερή και διαρκής στη ζωή ενός ατόμου, αποτελεί μέσο αντιμετώπισης δυσκολιών και ενδεχομένως να καθορίζει τον αντίκτυπο των γεγονότων. Συνεπώς τα άτομα, τα οποία πάσχουν από κάποιο χρόνιο ή απειλητικό προς τη ζωή νόσημα και έχουν μεγαλύτερα επίπεδα πνευματικότητας βιώνουν υψηλότερη ποιότητα ζωής (Wachelder et al., 2016). Επιπρόσθετα, όσοι υποστηρίζουν ότι η πνευματικότητα είναι μια ατομική αναπτυξιακή διαδικασία, θεωρούν ότι δύναται να συμβάλει και στη μετατραυματική ανάπτυξη του ατόμου που βιώνει κάποιο νόσημα (Wachelder et al., 2016).

Σύμφωνα με τους Patel, Shah, Peterson και Kimmel (2002), υπάρχει μια σχέση μεταξύ θρησκευτικότητας, πνευματικότητας και εκβάσεων για την υγεία, παρόλο που προκύπτουν δυσκολίες να αποδειχθεί. Η θρησκευτικότητα και η πνευματικότητα δεσμεύουν και κινητοποιούν το άτομο να δεσμευτεί σε υγιείς πρακτικές και συνήθειες, να αποφύγει επικίνδυνες συμπεριφορές και να δημιουργήσει ισχυρά δίκτυα υποστήριξης. Πρόκειται για παράγοντες που έχει αποδειχθεί διεθνώς ότι σχετίζονται με καλύτερη ποιότητα ζωής. Επιπλέον θρησκευτικές και πνευματικές πεποιθήσεις μπορούν να λειτουργήσουν ως μηχανισμός αντιμετώπισης και ειδικά σε ασθενείς με ΧΝΝ (Patel, Shah, Peterson & Kimmel, 2002; Bragazzi & Del Puente, 2013). Προτείνεται ακόμα, πως οι ασθενείς με περιορισμένη ή χαμηλά επίπεδα πνευματικότητας είναι αυτοί που βιώνουν πνευματική καταπόνηση και θα πρέπει να αποτελέσουν ομάδες στόχους για ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις (Patel, Shah, Peterson & Kimmel, 2002).

Είναι γεγονός ότι τα σημερινά συστήματα υγείας προωθούν παρεμβάσεις, οι οποίες προάγουν την ποιότητα ζωής. Επομένως, στο πλαίσιο της ολιστικής προσέγγισης του ατόμου μπορεί να συμπεριλάβουν την πνευματική αξιολόγηση και την πνευματική φροντίδα (Krupski, 2006). Η υποκειμενικότητα και η πολυπλοκότητα της πνευματικότητας ενός ατόμου μπορεί να ωφελήσουν άτομα με χρόνιες παθήσεις, που υποβάλλονται σε επιθετικές θεραπείες, ώστε να αναπτύξουν ανθεκτικότητα και να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής. Η ποιότητα ζωής αποτελεί προγνωστικό παράγοντα σχετικά με την επιβίωση και την ευημερία ατόμων που πάσχουν από χρόνιες, προοδευτικές και απειλητικές για τη ζωή παθήσεις, παρέχοντας προγνωστικά στοιχεία για την επιβίωση και την ευημερία (DharmaWarden, Au, Hanson, Dupere, Hewitt, Feeny, 2004).

Ερευνητές έχουν προτείνει ότι η ανοικτή συζήτηση με τους ασθενείς σχετικά με τις πνευματικές τους προτιμήσεις και ανησυχίες, αλλά και η παρακολούθηση της πνευματικότητάς τους μπορεί να συμβάλει στη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους και των εκβάσεων φροντίδας υγείας (Finkelstein et al., 2007). Σε μελέτη η οποία διεξήχθη στο Houston των Ηνωμένων Πολιτειών της Αμερικής εξετάστηκε η σχέση της πνευματικότητας με τον πνευματικό πόνο, τα σχετικά με το καρκίνο συμπτώματα και την ποιότητα ζωής. Τα συμπεράσματα που προέκυψαν δείχνουν ότι ο πνευματικός πόνος είναι μέρος του γενικού βιώματος του πόνου και σχετίζεται με την απώλεια και το βίωμα αυτού, συμβάλει στην ένταση των συμπτωμάτων, στην πτωχότερη ποιότητα ζωής και στην εκδήλωση κατάθλιψης και άγχους (Delgado Guay et al., 2011).

Επιπλέον, οι στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων, οι οποίες εμπεριέχουν ένα θρησκευτικό ή πνευματικό χαρακτήρα, αποτελούν σημαντικό παράγοντα που επηρεάζει την ποιότητα ζωής. Μάλιστα έχει βρεθεί πως πρακτικές όπως η προσευχή και η καλοπροαίρετη θρησκευτική αντίληψη αρνητικών καταστάσεων επιδρούν θετικά στην ποιότητα ζωής των ασθενών. Όσοι όμως θεωρούν την ασθένεια ως μια θεϊκή τιμωρία ή νοιώθουν εγκαταλειμμένοι από το Θεό παρουσίασαν χαμηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής, χαμηλότερες βαθμολογίες στις υπαρξιακές και ψυχικές διαστάσεις της ποιότητας ζωής και βίωσαν μια δυσοίωνη εικόνα της ζωής και μια αίσθηση αποσύνδεσης από τη θρησκευτική τους κοινότητα (Tarakeshwar et al., 2006).



Σύμφωνα όμως με μια πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση των Bai και Lazenby (2015), σχετικά με την επίδραση της πνευματικότητας στην ποιότητα ζωής, δεν βρέθηκε να υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της πίστης και της ποιότητας ζωής. Μάλιστα ενώ για διαστάσεις της πνευματικότητας όπως η γαλήνη, το νόημα και ο σκοπός στη ζωή, επιβεβαιώνεται εμπειρικά η ισχυρή σχέση τους με την ποιότητα ζωής από πολλές μελέτες, δεν συμβαίνει το ίδιο και με τη πίστη στην οποία εμφανίζονται λιγότερες συσχετίσεις. Μάλιστα οι συγγραφείς αναφέρουν πως πολλές φορές η πίστη μπορεί να επιβαρύνει την υγεία των ατόμων, κυρίως σε ψυχολογικούς τομείς και σε επίπεδο ψυχικής υγείας (Bai, & Lazenby, 2015).

#### **3.4. Η επίδραση της πνευματικότητας σε ψυχικές παραμέτρους στη Χρόνια Νεφρική Νόσο: Μια κριτική ανασκόπηση μελετών της τελευταίας πενταετίας**

Στον πίνακα που ακολουθεί παρουσιάζονται μελέτες της τελευταίας πενταετίας, που αφορούν την πνευματικότητα στη ΧΝΝ και την επίδραση που αυτή μπορεί να έχει. Οι πάσχοντες από ΧΝΝ, εξαρτώνται από τη θρησκεία και την πνευματικότητα προκειμένου να αντιμετωπίσουν τη χρόνια νόσο τους η οποία επηρεάζει και την ποιότητα ζωής τους. Η ποιότητα ζωής, στο πλαίσιο της χρονιότητας, αποτελεί μια πολυδιάστατη, πολύπλευρη, δυναμική και υποκειμενική άποψη διαφόρων βαθμών ικανοποίησης που σχετίζεται με την υγεία. Αυτή η ικανοποίηση που σχετίζεται με την υγεία συνδέεται με την πνευματική ευημερία. Επομένως, η πνευματικότητα ή η θρησκευτικότητα είναι ένα σημαντικό μέσο αντιμετώπισης για τους ανθρώπους που ζουν με χρόνιες ασθένειες (Chatrung, Sorajjakool, & Amnatsatsue, 2015). Η πνευματικότητα είναι αυτή που δίνει μια υπερβατική έννοια στη ζωή, την αρρώστια και το θάνατο κάποιου και υπάρχει μέσα και έξω από τα παραδοσιακά θρησκευτικά συστήματα. Αντίθετα, η θρησκεία ορίζεται πιο στενά και μπορεί να θεωρηθεί ως η συμμετοχή στις θεσμικά αποδεκτές πεποιθήσεις και δραστηριότητες μιας συγκεκριμένης θρησκευτικής ομάδας. Είναι η εξωτερική έκφραση ή πρακτική μιας συγκεκριμένης πνευματικής κατανόησης ή ενός πλαισίου για συστήματα πεποιθήσεων, αξιών, κωδίκων δεοντολογίας και τελετουργιών. Στις μέρες μας αναγνωρίζεται ότι η πνευματικότητα είναι κεντρική στη ζωή των ασθενών, ειδικά στο πλαίσιο της εξασθένησης, της ταλαιπωρίας και του θανάτου, καθώς παρέχει ένα

ερμηνευτικό πλαίσιο για την αντιμετώπιση των προκλήσεων της νόσου (Davison & Jhangri, 2013).

**Πίνακας 1.** Παρουσίαση ερευνών σχετικά με την επίδραση της πνευματικότητας σε ψυχοκοινωνικές παραμέτρους στη ΧΝΝ

Έρευνες σχετικά με την επίδραση της πνευματικότητας σε ψυχοκοινωνικές παραμέτρους στη ΧΝΝ					
Συγγραφείς	Χώρα	Σκοπός	Δείγμα	Μέθοδος	Κύρια Αποτελέσματα
Davison & Jhangri, 2013	Καναδάς	Η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της προσαρμογής στη νόσο, της πνευματικότητας και ποιότητας ζωής σε ασθενείς που πάσχουν από ΧΝΝ.	253 ασθενείς 4 <sup>ου</sup> και τελικού σταδίου ΝΝ	Οι ασθενείς συμπλήρωσαν τα εξής ερωτηματολόγια 1. Δημογραφικά στοιχεία 2. Το ερωτηματολόγιο πνευματικότητας Spiritual Well-Being Scale 3. Το ερωτηματολόγιο Ψυχολογικής προσαρμογής στη νόσο (ΨΠ) Psychological Adjustment to Illness Scale (PAIS)-Self-Report. 4. Ποιότητα ζωής εστιασμένο στη ΧΝΝ Kidney Dialysis Quality of Life Short Form	Η ψυχοκοινωνική προσαρμογή στην ασθένεια συσχετίστηκε σε μεγάλο βαθμό με την ΠΖ ( $p < 0.0001$ ). Η πνευματικότητα σχετίστηκε με την ΨΚΠ ( $p < 0.0001$ ). Κάποιοι τομείς της ΨΠ φαίνεται να δρουν ως διαμεσολαβητές μεταξύ πνευματικότητας και ΠΖ.
Saffari και συν., 2013	Ιράν	Η διερεύνηση πνευματικών / θρησκευτικών, δημογραφικών και κλινικών μεταβλητών και ποιότητας ζωής.	362 ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση.	Οι ασθενείς συμπλήρωσαν τα εξής ερωτηματολόγια 1. Δημογραφικά στοιχεία. 2. Πνευματικές στρατηγικές διαχείρισης – Ερωτηματολόγιο RCOPE. 3. Ερωτηματολόγιο θρησκευτικότητας του πανεπιστημίου Duke 4. Το ερωτηματολόγιο ΠΖ EQ-5D	Η ηλικία ( $p < 0.001$ ), το φύλο ( $p = 0.005$ ), ο τόπος κατοικίας ( $p < 0.001$ ), ο αριθμός των παιδιών ( $p = 0.005$ ), καθώς και οι πνευματικοί / θρησκευτικοί (από $p = 0.044$ έως και $p < 0.001$ ) παράγοντες σχετίζονται με την ποιότητα ζωής. Η πνευματικότητα μπορεί να συμβάλλει στην καλύτερη ποιότητα ζωής και την κατάσταση υγείας σε ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση.
Kharama και συν., 2014	Ιράν	Η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ πνευματικότητας και ποιότητας ζωής.	95 ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση.	Οι ασθενείς συμπλήρωσαν τα εξής ερωτηματολόγια: 1. Δημογραφικά στοιχεία 2. Ερωτηματολόγιο Πνευματικότητας Spiritual Well-Being Scale 3. Ερωτηματολόγιο Ποιότητας ζωής SF-36 quality of life scale	Τόσο θρησκευτικά πιστεύω όσο και η υπαρξιακή κλίμακα της πνευματικότητας επιδρούν στο πόνο ( $p = 0.008$ ), τη ζωτικότητα ( $p = 0.001$ ), στη κοινωνικότητα ( $p = 0.009$ ), και την ψυχική υγεία ( $p = 0.0001$ ). Ωστόσο μόνο τα θρησκευτικά πιστεύω μπορεί να υπάρξουν ως ανεξάρτητοι παράγοντες που προβλέπουν καλύτερη ποιότητα ζωής ( $p = 0.01$ ).

Ottaviani και συν., 2014	Βραζιλία	Η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ πνευματικότητας και ελπίδας	127 ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση.	Οι ασθενείς συμπλήρωσαν τα εξής ερωτηματολόγια: 1. Δημογραφικά στοιχεία 2. Ερωτηματολόγιο Πνευματικότητας Pinto Pais-Ribeiro Spirituality Scale (PP-RSS) 3. Ερωτηματολόγιο Ελπίδας Herth Hope Index (HHI)	Η σημαντικότητα της σχέσης μεταξύ πνευματικότητας και ελπίδας ήταν μέτρια ( $p < 0.001$ ).
Ebrahimi, Ashrafi, Eslampanah και Noruzpur, 2014	Ιράν	Η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ πνευματικότητας και ποιότητας ζωής.	72 ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση.	Οι ασθενείς συμπλήρωσαν τα εξής ερωτηματολόγια: 1. Δημογραφικά στοιχεία 2. Ερωτηματολόγιο Πνευματικότητας Paloutzian spiritual health 3. Ερωτηματολόγιο Ποιότητας ζωής SF-36 quality of life scale.	Δεν υπήρχε σημαντική σχέση μεταξύ πνευματικότητας και ΠΖ. Ωστόσο υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ της υπαρξιακής κλίμακας και των διαστάσεων της κόπωσης ( $p=0.02$ ), συναισθηματική υγεία ( $p=0.003$ ), κοινωνική λειτουργικότητα ( $p=0.01$ ) και γενική υγεία ( $p=0.01$ ). Επίσης, η κοινωνική λειτουργικότητα είχε μια σημαντική θετική συσχέτιση με την πνευματικότητα ( $p=0.01$ ).
Mahboub, Ghahramani, Shamohamma di και Parazdeh, 2014	Ιράν	Η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της καθημερινής πνευματικής εμπειρίας και του φόβου θανάτου.	50 ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση.	Οι ασθενείς συμπλήρωσαν τα εξής ερωτηματολόγια: 1. Δημογραφικά στοιχεία 2. Η κλίμακα καθημερινής πνευματικής εμπειρίας. 3. Η κλίμακα φόβου του θανάτου των Cult - Lester	Βρέθηκε σημαντική σχέση μεταξύ φόβου θανάτου και καθημερινής πνευματικής εμπειρίας ( $p= 0.001$ ). Δεν υπήρχε διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών σχετικά με το φόβο του θανάτου. Η ηλικία δεν βρέθηκε να σχετίζεται ούτε με τη πνευματικότητα ούτε με το φόβο θανάτου. Υψηλή θρησκευτική πίστη και θρησκευτική δραστηριότητα που σχετίζονται με χαμηλά επίπεδα φόβου του θανάτου ( $p= 0.001$ ).
Martinez και Custodio, 2014	Βραζιλία	Η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ πνευματικότητας και ψυχικής υγείας	150 ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση.	Οι ασθενείς συμπλήρωσαν τα εξής ερωτηματολόγια: 1. Δημογραφικά στοιχεία 2. Ερωτηματολόγιο Πνευματικότητας Spiritual Wellbeing Scale (SWBS) 3. Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας GHQ-60	Παρατηρήθηκε σημαντική συσχέτιση μεταξύ της ψυχικής υγείας και της πνευματικότητας ( $p=0.001$ ). Η πνευματικότητα μπορεί να είναι ανεξάρτητος προγνωστικός παράγοντας της ψυχικής υγείας ( $p=0.0009$ ), της ψυχολογικής καταπόνησης ( $p=0.006$ ), των διαταραχών ύπνου ( $p=0.002$ ) και των ψυχοσωματικών αιτιάσεων ( $p=0.0003$ ).
Cheawchanwattana,	Ταϊλάνδη	Η διερεύνηση της πνευματικότητας σε	31 ασθενείς που	Οι ασθενείς συμπλήρωσαν τα εξής ερωτηματολόγια:	Δεν βρέθηκε διαφορά στο επίπεδο πνευματικότητας μεταξύ των σταδίων της ΧΝΝ.

Chunlertrith, Saisunantarar om και Johns, 2014		ασθενείς με ΧΝΝ τελικού σταδίου και ασθενών προ του τελικού σταδίου.	υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση και 63 ασθενείς με ΧΝΝ προ του τελικού σταδίου.	1. Δημογραφικά στοιχεία 2. Ερωτηματολόγιο Πνευματικότητας Functional Assessment for Chronic Illness Therapy-Spiritual well-being (FACIT-SP-12)	Οι γυναίκες είχαν υψηλότερα σκορ πνευματικότητας (p=0.001).
Cruz και συν., 2016	Σαουδική Αραβία	Η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ θρησκευτικότητας, πνευματικότητας ως στρατηγική διαχείρισης και ΠΖ.	168 ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση.	Οι ασθενείς συμπλήρωσαν τα εξής ερωτηματολόγια: 1. Δημογραφικά στοιχεία 2. Ερωτηματολόγιο της Πνευματικής διαχείρισης - Spiritual Coping Strategies scale 3. Ερωτηματολόγιο θρησκευτικότητας 4. Ερωτηματολόγιο Ποιότητα ζωής εστιασμένο στη ΧΝΝ - Quality of Life Index Dialysis	Οι μεγαλύτεροι σε ηλικία ασθενείς βρέθηκαν να έχουν υψηλότερα επίπεδα θρησκευτικότητας (p <0.001). Οι άνεργοι ασθενείς ανέφεραν μεγαλύτερη συμμετοχή σε θρησκευτικές πρακτικές και συχνότερα χρησιμοποιούμενη θρησκευτική αντιμετώπιση από ό,τι οι εργαζόμενοι (p <0.001). Οι ερωτηθέντες σημείωσαν μεγαλύτερες βαθμολογίες στην ψυχολογική / πνευματική διάσταση της ΠΖ.
Yodchai, Dunning, Savage καιHutchinson, 2016	Ταϊλάνδη	Διερεύνηση του ρόλου της θρησκευτικότητας και πνευματικότητας στη διαχείριση της ΧΝΝ	20 ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση.	Διερευνητική, ποιοτική προσέγγιση μέσω ημιδομημένων ατομικών συνεντεύξεων.	Οι συμμετέχοντες ανέφεραν τη χρήση θρησκευτικών και πνευματικών πρακτικών για να αντιμετωπίσουν τη ΧΝΝ και τη θεραπεία της. Προσπαθούσαν να εξηγήσουν τη διάγνωση τους με ΧΝΝ μέσα από ένα θρησκευτικό και πνευματικό πλαίσιο. Οι πρακτικές περιλαμβάνουν ανάγνωση ιερών κειμένων, προσευχή και ψαλμωδίες.
Kharameh, 2016	Ιράν	Η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ πνευματικότητας και στρατηγικών διαχείρισης αγχογόνων καταστάσεων.	95 ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση.	Οι ασθενείς συμπλήρωσαν τα εξής ερωτηματολόγια: 1. Δημογραφικά στοιχεία 2. Ερωτηματολόγιο Πνευματικότητας Ellison & Paloutzian spiritual wellbeing scale 3. Ερωτηματολόγιο στρατηγικών διαχείρισης αγχογόνων καταστάσεων Jalowiec Coping Scale(JCS).	Το 52,6% των συμμετεχόντων είχε υψηλά επίπεδα πνευματικότητας. Οι πιο συνηθισμένες στρατηγικές αντιμετώπισης που χρησιμοποιούσαν οι ασθενείς ήταν Αποφυγή και Υποστήριξη. Δεν υπήρχε σημαντική σχέση ανάμεσα στην πνευματικότητα και τις στρατηγικές αντιμετώπισης των αγχογόνων καταστάσεων.
Alradaydeh	Ιορδανία	Η διερεύνηση της σχέσης	158 ασθενείς	Οι ασθενείς συμπλήρωσαν τα εξής	Υπήρχε μια αρνητική στατιστικά σημαντική συσχέτιση

και Khalil, 2017		μεταξύ πνευματικότητας και κατάθλιψης	που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση.	ερωτηματολόγια: 1. Δημογραφικά στοιχεία 2. Ερωτηματολόγιο Πνευματικότητας Functional Assessment for Chronic Illness Therapy-Spiritual well-being (FACIT-SP-12). 3. Κλίμακα κατάθλιψης PROMIS	μεταξύ της κατάθλιψης και των διαστάσεων της πνευματικότητας πίστης ( $p < 0.01$ ) και νόημα ( $p < 0.001$ ).
Musa, Pevalin και Al Khalailah, 2017	Ιορδανία	Η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ πνευματικότητας, κατάθλιψης και στρες	218 ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση	Οι ασθενείς συμπλήρωσαν τα εξής ερωτηματολόγια: 1. Δημογραφικά στοιχεία 2. Ερωτηματολόγιο Πνευματικότητας Ellison's Spiritual Well-Being Scale (SWBS) 3. Κλίμακα θρησκευτικότητας The religiosity scale (Mousa) 4. Κλίμακα άγχους, κατάθλιψης και στρες DASS-21	Οι ασθενείς με αιμοκάθαρση είχαν, κατά μέσο όρο, σχετικά χαμηλά επίπεδα πνευματικότητας, μέτρια κατάθλιψη, σοβαρό άγχος και ήπιο έως μέτριο στρες. Τα αποτελέσματα των μοντέλων παλινδρόμησης έδειξαν ότι οι πτυχές της πνευματικότητας σχετίζονται αρνητικά με την κατάθλιψη ( $p < 0.01$ ), το άγχος ( $p < 0.01$ ) και το στρες ( $p < 0.01$ ), αλλά μόνο η υπαρκτική κλίμακα της πνευματικότητας ( $p < 0.001$ ) συνέχισε να σχετίζεται με της ψυχολογικές παραμέτρους έπειτα τη προσαρμογή των δημογραφικών.
Loureiro, de Rezende Coelho, Coutinho, Borges και Lucchetti, 2017	Βραζιλία	Διερεύνηση της πιθανής σχέσης μεταξύ πνευματικότητας και η θρησκευτικότητας με την παρουσία αυτοκτονικού ιδεασμού και προβλημάτων ψυχικής υγείας σε ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση.	268 ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση	Οι ασθενείς συμπλήρωσαν τα εξής ερωτηματολόγια: 1. Δημογραφικά στοιχεία 2. Ερωτηματολόγιο Πνευματικότητας Functional Assessment for Chronic Illness Therapy-Spiritual well-being (FACIT-SP-12). 3. Κλίμακα θρησκευτικότητας Duke Religion Index 4. Βραχεία κλινική συνέντευξη για άγχος και κατάθλιψη Mini International Neuropsychiatric Interview-MINI. 5. Βραχεία κλινική συνέντευξη για ανίχνευση αυτοκτονικού ιδεασμού Risk of Suicide (MINI)	Το 17,8% αντιμετώπιζε κίνδυνο αυτοκτονίας, το 14,0% αντιμετώπιζε μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο και το 14,7% παρουσίασε γενικευμένη διαταραχή άγχους. Όσον αφορά την πνευματικότητα η υποκλίμακα νόημα συσχετίστηκε με χαμηλότερο κίνδυνο αυτοκτονίας ( $p < 0.001$ ), κατάθλιψης ( $p < 0.001$ ) και άγχους ( $p < 0.001$ ). Η υποκλίμακα "γαλήνη" συσχετίστηκε με χαμηλότερη κατάθλιψη ( $p < 0.001$ ) και άγχος ( $p < 0.01$ ). Η υποκλίμακα "πίστη" συνδέεται με χαμηλότερο κίνδυνο αυτοκτονίας ( $p < 0.001$ ) και κατάθλιψη ( $p < 0.001$ ). Η θρησκευτικότητα δε παρουσίασε κάποια συσχέτιση.

Μελέτες που διερευνούν την πνευματικότητα σε ασθενείς με ΧΝΝ, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι ασθενείς αυτοί παρουσιάζουν πλήθος πνευματικών αναγκών, που σχετίζονται και επηρεάζουν την ψυχολογική προσαρμογή στην ασθένεια, ενώ οι ανάγκες αυτές φαίνονται να παραμένουν ίδιες μέσα στο συνεχές της νόσου (Cheawchanwattana, Chunlertrith, Saisunantararom & Johns, 2014). Σύμφωνα με τους Eslami και συν. (2014), οι θρησκευτικές πεποιθήσεις και η πνευματική υγεία κατά τη διάρκεια της πορείας της νόσου είναι από τα πιο σημαντικά ζητήματα, καθώς σε περιόδους κρίσης ή όταν άλλοι μηχανισμοί αντιμετώπισης δεν είναι αρκετά αποτελεσματικοί, οι άνθρωποι γίνονται πιο θεοσεβούμενοι. Σε αυτές τις περιπτώσεις, οι θρησκευτικές πεποιθήσεις, ως στρατηγική και τρόπος ζωής, αποτέλεσαν καλή πηγή υποστήριξης για τα άτομα και τα εξόπλισαν με ποικίλες αποτελεσματικές ικανότητες αντιμετώπισης (Fradelos et al., 2015). Ειδικότερα, η αυξημένη θρησκευτικότητα είναι ένας από τους μηχανισμούς εκείνους που επιτρέπουν την αναζήτηση νοήματος για τη ζωή και που μειώνουν το αίσθημα της απελπισίας. Μια στρατηγική αντιμετώπισης, εγγενώς συνδεδεμένη με τη θρησκεία, είναι η ελπίδα, δεδομένου ότι οδηγεί το άτομο να δράσει και να κινηθεί σύμφωνα με τους στόχους της καθορισθείσας θεραπείας. Η έλλειψη ελπίδας μπορεί να αφήσει το άτομο χωρίς προοπτική και ίσως το άτομο να αναμένει παθητικά να πεθάνει. Αν και η ελπίδα δεν έχει τη δύναμη της επούλωσης, ωστόσο ενθαρρύνει τον ασθενή να συνεχίσει να αγωνίζεται και να επιδιώκει κλινικές βελτιώσεις (Melo et al., 2016).

Οι Berman και συν. (2012), οι οποίοι εξέτασαν τις θρησκευτικές και πνευματικές πεποιθήσεις 74 ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση και τη σχέση αυτών με την κοινωνική υποστήριξη, την ικανοποίηση από τη φροντίδα και από τη ζωή, την κατάθλιψη και τη συμμόρφωση δεν βρήκαν καμία σχέση μεταξύ θρησκευτικής δραστηριότητας και συμμόρφωσης προς τη θεραπεία. Ωστόσο, οι υψηλότερες βαθμολογίες θρησκευτικότητας συσχετίστηκαν με μεγαλύτερη ικανοποίηση από τη ζωή, από την ιατρική περίθαλψη και συσχετίστηκαν επίσης και με αυξημένα επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης (Cohen et al., 2007). Επιπρόσθετα έρευνες έχουν αναφέρει τα ευεργετικά αποτελέσματα της πνευματικής αντιμετώπισης στη συνολική υγεία των ασθενών με τελικού σταδίου νεφρική νόσο (Cruz et al., 2017).

Η πνευματικότητα έχει βρεθεί να αποτελεί σημαντικό παράγοντα στήριξης για τους ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση. Τα υψηλά επίπεδα πνευματικότητας έχουν συνδεθεί με την ανάπτυξη και διατήρηση της ελπίδας (Ottaviani et al., 2014),

καθώς και με τη βέλτιστη ψυχοκοινωνική προσαρμογή στη νόσο (Davison & Jhangri, 2013). Σύμφωνα με τους Davison και Jhangri (2013), η θετική επίδραση που έχει η πνευματικότητα στις πτυχές της προσαρμογής μπορεί να δράσει και ως διαμεσολαβητικός παράγοντας που προάγει την ποιότητα ζωής των ασθενών. Επίσης αποτελεί ένα βασικό παράγοντα διαχείρισης της νόσου. Μέσω θρησκευτικών και πνευματικών πρακτικών οι ασθενείς προσπαθούν να αποδώσουν στη ΧΝΝ και τη θεραπεία της ένα νόημα εντός του πνευματικού τους πεδίου (Yodchai, Dunning, Savage & Hutchinson, 2016). Παράλληλα, η πνευματικότητα δρα υποστηρικτικά στο να αντιμετωπίσουν τόσο το άγχος που γεννά μια τέτοια χρόνια κατάσταση (Kharameh, 2016), όσο και το φόβο της προσωπικής θνητότητας που βιώνουν οι πάσχοντες από ΧΝΝ (Mahboub, Ghahramani, Shamohammadi & Parazdeh, 2014).

Αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι η πνευματικότητα δρα θετικά στην ψυχική υγεία. Οι Martinez και Custodio (2014), συμπέραναν στη μελέτη τους ότι ασθενείς που έχουν υψηλά επίπεδα πνευματικότητας παρουσιάζουν χαμηλότερα επίπεδα ψυχικής καταπόνησης, λιγότερες διαταραχές ύπνου και λιγότερες ψυχοσωματικές αιτιάσεις. Ομοίως, οι Alradaydeh και Khalil (2017) βρήκαν ότι η πνευματικότητα δρα προστατευτικά προς την εμφάνιση κατάθλιψης, γεγονός που επιβεβαιώνεται και από άλλες μελέτες (Musa, Pevalin & Al Khalaileh, 2017; Alradaydeh & Khalil, 2017). Αρκετές είναι οι μελέτες που υποστηρίζουν πως η δράση αυτή παρατηρείται και σε κλινικά σύνδρομα όπως η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή (Loureiro, de Rezende Coelho, Coutinho, Borges & Lucchetti, 2017; Musa, Pevalin & Al Khalaileh, 2017) αλλά και σε πιο κρίσιμες καταστάσεις, όπως είναι ο αυτοκτονικός ιδεασμός (Loureiro, de Rezende Coelho, Coutinho, Borges & Lucchetti, 2017).

Ο Saffari και συν. (2013), σε μια μελέτη συγχρονικού σχεδιασμού στο Ιράν συμπέραναν ότι εκτός από το πλήθος των δημογραφικών και κλινικών παραγόντων, πνευματικοί και θρησκευτικοί παράγοντες σχετίζονται επίσης με την ποιότητα ζωής. Τόνισαν μάλιστα ότι η πνευματικότητα μπορεί να συμβάλλει στην καλύτερη ποιότητα ζωής και κατάσταση υγείας σε ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση (Saffari et al., 2013). Έχει βρεθεί ότι η πνευματικότητα μπορεί να επιδρά σε συγκεκριμένους τομείς της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής, όπως είναι ο πόνος, η κοινωνική λειτουργικότητα, αλλά φυσικά και στον ψυχικό τομέα της ΠΖ (Taheri Kharameh, Zamanian, Foroozanfar & Afsahi, 2014). Ωστόσο τα αποτελέσματα αυτά έρχονται σε αντίθεση με άλλες μελέτες σε ίδια πολιτισμικά περιβάλλοντα που



θέλουν την πνευματικότητα να μην σχετίζεται με τη ποιότητα ζωής (Ebrahimi, Ashrafi, Eslampanah & Noruzpur, 2014).

### **Συμπεράσματα**

Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας έδειξε ότι πάνω από τρεις χιλιάδες άρθρα, μεγάλος αριθμός ερευνών, που εξετάζουν τη σχέση θρησκευτικότητας/πνευματικότητας και υγείας έχουν δημοσιευθεί ( Koenig et al., 2015). Οι μελέτες αυτές παρέχουν ενδείξεις για τη θετική επίδραση μεταξύ της θρησκείας / πνευματικότητας (ιδίως της θρησκευτικής συμμετοχής) σε μεταβλητές σχετικές με την υγεία, όπως κατάθλιψη, ταχύτερη ανάκαμψη από καταθλιπτικά επεισόδια, χαμηλότερα ποσοστά αυτοκτονιών, λιγότερα ποσοστά κατάχρησης ουσιών, χαμηλότερο ποσοστό καρδιακών παθήσεων ή υπέρταση, καλύτερη λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος, καλύτερη λειτουργία του ενδοκρινικού συστήματος, χαμηλότερα ποσοστά καρκίνου, καλύτερη πρόγνωση σε περιπτώσεις καρκίνου, μακροζωία, μεγαλύτερη ευεξία και ευτυχία (νόημα και σκοπό στη ζωή, ελπίδα, αισιοδοξία, συγχώρεση). Υπάρχουν πολλά στοιχεία σχετικά με την αποτελεσματικότητα της θετικής θρησκευτικής αντιμετώπισης για πολλούς ανθρώπους, τόσο εκείνους που πάσχουν από ασθένεια, αναπηρία ή καταστροφή, όσο και τους φροντιστές τους. Η θρησκεία και η πνευματικότητα έχουν αναγνωριστεί πολλάκις ως ένας παράγοντας που μπορεί να προάγει τη θεραπεία και να διευκολύνει την αποκατάσταση, ειδικά στον τομέα της ψυχικής υγείας (Dein, Cook & Koenig, 2012). Η αξιολόγηση των πνευματικών πεποιθήσεων και των πρακτικών από τους νοσηλευτές είναι ζωτικής σημασίας και παρέχει σε αυτούς τις απαραίτητες πληροφορίες ώστε να προάγουν τη πνευματική υγεία και ευημερία, αλλά και να παρέχουν πνευματική φροντίδα στην καθημερινή κλινική πρακτική.

## **ΕΙΔΙΚΟΜΕΡΟΣ**

## 4<sup>ο</sup> Κεφάλαιο: Μεθοδολογία της ερευνητικής μελέτης

### 4.1. Σκοπός και ερευνητικά ερωτήματα της μελέτης

Σκοπός της μελέτης ήταν να αξιολογηθεί το επίπεδο πνευματικότητας των ασθενών με ΧΝΝ και η σχέση της με ποιότητα ζωής και την ψυχική υγεία αυτών των ασθενών.

Επιμέρους στόχοι της έρευνας ήταν:

1. Η μετάφραση και πολιτισμική προσαρμογή της κλίμακας Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being Scale (FACIT-Sp-12) – Λειτουργική εκτίμηση στη θεραπεία της χρόνιας νόσου- Κλίμακα Πνευματικής Ευεξίας.
2. Η εκτίμηση της κατάστασης ψυχικής υγείας ασθενών με ΧΝΝ.
3. Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής ασθενών με ΧΝΝ.
4. Η εκτίμηση των αντιλήψεων για την πάθηση ασθενών με ΧΝΝ.
5. Η διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ πνευματικότητας και ποιότητας ζωής ασθενών με ΧΝΝ.
6. Η διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ πνευματικότητας και κατάστασης ψυχικής υγείας ασθενών με ΧΝΝ.
7. Η διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ πνευματικότητας και αντιλήψεων για την πάθηση σε ασθενείς με ΧΝΝ.

#### Ερευνητικά ερωτήματα

Τα ερευνητικά ερωτήματα της παρούσας διδακτορικής διατριβής ήταν:

- Υπάρχουν δημογραφικοί παράγοντες που ασκούν επίδραση στην πνευματικότητα και στις πνευματικές ανάγκες των ασθενών με ΧΝΝ; Αν υπάρχουν ποιοι είναι αυτοί και τι είδους επίδραση ασκούν, θετική ή αρνητική (Ibrahim, Desa, Kong Chiew-Tong, 2012);
- Υπάρχει σχέση ανάμεσα στην πνευματικότητα και στην ποιότητα ζωής ασθενών με ΧΝΝ; Αν υπάρχει ποια είναι αυτή, θετική ή αρνητική (Sodhi & Manju, 2013; Avramovic & Stefanovic, 2012);
- Υπάρχει σχέση ανάμεσα στην πνευματικότητα και στην κατάσταση ψυχικής υγείας ασθενών με ΧΝΝ; Αν υπάρχει ποια είναι αυτή, θετική ή αρνητική (Sodhi & Manju, 2013; Avramovic & Stefanovic, 2012);

- Υπάρχει σχέση ανάμεσα στην πνευματικότητα και στις αντιλήψεις για την πάθηση ασθενών με ΧΝΝ; Αν υπάρχει ποια είναι αυτή, θετική ή αρνητική (Ibrahim, Desa, Kong Chiew-Tong, 2012);

### **Συμβολή στην Νοσηλευτική Επιστήμη**

Με την παρούσα μελέτη παρουσιάζονται τα νεώτερα δεδομένα και στοιχεία σχετικά με την πνευματικότητα στη ΧΝΝ. Επιπλέον, μελετάται η επίδραση που μπορεί να έχει η πνευματικότητα στην ψυχική υγεία και την ποιότητα ζωής ασθενών με ΧΝΝ καθώς και η συσχέτισή της με τον τρόπο που αντιλαμβάνονται αυτοί οι ασθενείς την νόσο τους. Έχοντας μια σαφή εικόνα, τόσο για το επίπεδο, όσο και για την επίδραση που έχει η πνευματικότητα σε αυτές τις ψυχοκοινωνικές παραμέτρους, καθίσταται δυνατή μια πλήρης και εξατομικευμένη φροντίδα, η οποία ενσωματώνει και απαντά στις πνευματικές ανάγκες των ασθενών. Τέλος, είναι δυνατή η σύγκριση των αποτελεσμάτων με αποτελέσματα διεθνών μελετών.

## **4.2. Μεθοδολογία και Ερευνητικός σχεδιασμός**

Η μελέτη που πραγματοποιήθηκε ήταν συγχρονική μελέτη και μελέτη συσχετίσεως. Στη μελέτη συμμετείχαν ασθενείς με ΤΣΧΝΝ που υποβάλλονταν σε πρόγραμμα αιμοκάθαρσης. Η μελέτη υλοποιήθηκε σε 2 φάσεις. Η πρώτη φάση (1) περιελάμβανε: την μετάφραση, πολιτισμική προσαρμογή και τον έλεγχο της αξιοπιστίας και εγκυρότητας της κλίμακας Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being Scale (FACIT-Sp-12) – Λειτουργική εκτίμηση στη θεραπεία της χρόνιας νόσου- Κλίμακα Πνευματικής Ευεξίας (Cella et al., 1993) και εκτίμηση της πνευματικότητας στη ΧΝΝ. Η δεύτερη φάση (2) περιελάμβανε τη χορήγηση των ερωτηματολογίων πνευματικότητας, ψυχιατρικής συμπτωματολογίας, ποιότητας ζωής και αντιλήψεων για την νόσο σε δείγμα ευκολίας ασθενών που υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση. Η μελέτη διεξήχθη από 16.02.2016 έως και 01.06.2017, χρονική περίοδος ολοκλήρωσης της φάση της δειγματοληψίας.

Η μελέτη πραγματοποιήθηκε στην MEDIFIL Ιδιωτική Ιατρική Μονάδα Αιμοκάθαρσης Α.Ε. Ιατρικό Θεραπευτήριο Ιλίου, το Γενικό Νοσοκομείο Λαμίας, το Γενικό Παναρκαδικό Νοσοκομείο Τρίπολης, το Γενικό Νοσοκομείο Χίου, το Γενικό Κρατικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. Γεννηματάς» και το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης.

### **Ηθική και Δεοντολογία**

Για τη διεξαγωγή της μελέτης εξασφαλίστηκαν οι άδειες από την Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (αρ. πρωτ: ΓΝ/ΕΞ/4670-3/04-08-2016), από την 5η Υ.ΠΕ. Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδος (αρ. πρωτ. 25223/23.12.2016) και το Επιστημονικό Συμβούλιο του Γενικού Νοσοκομείου Λαμίας (αρ. πρωτ. Ε.Σ. 641/23.12.2016), από την 6η Υ.ΠΕ. Πελοποννήσου, Ιονίων Νήσων, Ηπείρου και Δυτικής Ελλάδος (αρ. πρωτ. 50910/22.12.2016) και το Επιστημονικό Συμβούλιο του Γενικού Παναρκαδικού Νοσοκομείου Τρίπολης «Η Ευαγγελίστρια» (αρ. πρωτ. 18585/14.12.2016), το Επιστημονικό Συμβούλιο του Γενικού Νοσοκομείου Χίου (αρ. πρωτ.9/15.02.2016), το επιστημονικό συμβούλιο του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών «Γ. Γεννηματάς» (αρ. πρωτ.7499/21.03.2016), το Επιστημονικό Συμβούλιο του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Έβρου (10<sup>η</sup> Συν. 19/12/16) και από τη Μονάδα Τεχνητού Νεφρού «MEDIFIL Ιδιωτική Ιατρική Μονάδα Αιμοκάθαρσης Α.Ε. Ιατρικό Θεραπευτήριο Ιλίου 15.07.16 (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι).

Σε όλες τις περιπτώσεις υπήρξε προφορική και έγγραφη ενημέρωση των ασθενών σχετικά με τους στόχους και τους σκοπούς της εργασίας, το απόρρητο και ανώνυμο των απαντήσεων και του δικαιώματός τους για διακοπή σε οποιαδήποτε στιγμή της διαδικασίας.

#### **4.3. Μέθοδος συλλογής δεδομένων – Εργαλεία μέτρησης**

Τα δεδομένα συλλέχθηκαν με τα εξής ερευνητικά εργαλεία (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ):

1. Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being Scale (FACIT-Sp-12) – Λειτουργική εκτίμηση στη θεραπεία της χρόνιας νόσου-Κλίμακα Πνευματικής Ευεξίας (Cella et al., 1993). Πρόκειται για μία κλίμακα η οποία δημιουργήθηκε από τους Cella και συν. (1993) και έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως για την εκτίμηση της πνευματικότητας σε χρόνιους ασθενείς. Αποτελεί μέρος ενός μεγαλύτερου εργαλείου αξιολόγησης που μετρά σημαντικούς παράγοντες λειτουργικότητας σε ασθενείς με χρόνια νόσο. Συγκεκριμένα περιλαμβάνει τρεις υποκλίμακες το νόημα στη ζωή, την αρμονία και γαλήνη και την αίσθηση υποστήριξης και δύναμης που αντλείται από την πίστη. Κάθε παράγοντας της πνευματικότητας περιλαμβάνει 4 ερωτήσεις πεντάβαθμης κλίμακας Likert με το 0 να αντιπροσωπεύει το καθόλου και το 4 να αντιστοιχεί στο πολύ. Οι ερωτήσεις αναφέρονται στο διάστημα των τελευταίων 7 ημερών. Μεγαλύτερα σκορ αντιπροσωπεύουν μεγαλύτερη πνευματική ευεξία. Το συνολικό άθροισμα όλων των απαντήσεων δίνει πληροφορίες για τη γενική πνευματική ευεξία. Πρόκειται για ένα έγκυρο εργαλείο με δείκτη υψηλό δείκτη αξιοπιστίας (Cronbach's alpha 0.87).
2. Η κλίμακα SCL 90 – R Πρόκειται για μια αυτοσυμπληρούμενη κλίμακα, η οποία περιλαμβάνει 90 θέματα και αποτελεί το πιο διαδεδομένο εργαλείο στην ψυχιατρική έρευνα. Είναι μια έγκυρη αυτοσυμπληρούμενη κλίμακα μέτρησης των υποκειμενικών ενοχλημάτων και της συμπτωματικής συμπεριφοράς σε διάφορες διαστάσεις ψυχοπαθολογίας. Αποτελείται από 90 ερωτήσεις, που περιγράφουν ψυχολογικές, συμπεριφορικές και σωματικές αιτιάσεις. Η κάθε ερώτηση βαθμολογείται, με βάση μια πενταβάθμια κλίμακα ενόχλησης, από «καθόλου» (0) έως «πάρα πολύ» (4).

Τα 90 αυτά θέματα ομαδοποιούνται σε εννέα μείζονες συμπτωματολογικές διαστάσεις – υποκλίμακες, οι οποίες είναι οι ακόλουθες. Σωματοποίηση: αιτιάσεις που αφορούν σωματική δυσλειτουργία (12 ερωτήσεις), Ψυχαναγκαστικότητα- Καταναγκαστικότητα: απηχεί το αντίστοιχο κλινικό σύνδρομο (10 ερωτήσεις), διαπροσωπική Ευαισθησία: αιτιάσεις ανεπάρκειας, κατωτερότητας και αυτοϋποτίμησης σε σύγκριση και σε σχέση με τους άλλους (9 ερωτήσεις). Κατάθλιψη (13 ερωτήσεις), Άγχος (10 ερωτήσεις), θυμός - Επιθετικότητα: εκδηλώσεις και αισθήματα θυμού και επιθετικότητας (6 ερωτήσεις). Φοβικό Άγχος: απηχεί το αγοραφοβικό σύνδρομο (7 ερωτήσεις), παρανοειδής Ιδεασμός: αιτιάσεις και συμπεριφορές που αντιπροσωπεύουν παρανοειδή τρόπο σκέψης (6 ερωτήσεις) και τέλος ψυχωτισμός: αντιπροσωπεύει μια σύμμεξη των συμπτωμάτων «Α τάξης» της σχιζοφρένειας με χαρακτηριστικά κυρίως στοιχεία αλλοτρίωσης και απόστασης στις διαπροσωπικές σχέσεις (10 ερωτήσεις). Επίσης περιλαμβάνει άλλες επτά ερωτήσεις, που δε συμπεριλαμβάνονται στις παραπάνω υποκλίμακες, αφορούν διαταραχές ύπνου, πρόσληψης τροφής και άλλα ενοχλήματα, αναφέρονται στο κείμενο ως «επιπλέον στοιχεία» και συνυπολογίζονται κατά την εξαγωγή των δεικτών. Επιπλέον των 9 υποκλιμάκων, εξάγονται και 3 συνολικοί δείκτες ψυχοπαθολογίας: α) ο γενικός δείκτης συμπτωμάτων (ΓΣ), που συνδυάζει πληροφορίες για τον αριθμό των συμπτωμάτων και την ένταση της ενόχλησης από αυτά, β) το σύνολο των θετικών συμπτωμάτων (ΣΘΣ), που δίνει πληροφορίες μόνο για τον αριθμό των συμπτωμάτων και γ) ο δείκτης ενόχλησης θετικών συμπτωμάτων (ΕΘΣ), που αποτελεί ένα μέτρο της έντασης της ενόχλησης. Η κλίμακα έχει σταθμιστεί σε ελληνικό πληθυσμό (Ντώνιας, Καραστεργίου, Μάνος, 1991), και έχει χρησιμοποιηθεί σε άλλες μελέτες (Tselebis et al., 2011). Η εγκυρότητα κριτηρίου είναι ικανοποιητική, ενώ έχει διαπιστωθεί ικανοποιητική συγκλίνουσα εγκυρότητα, με σημαντικές συσχετίσεις των υποκλιμάκων της με συναφείς υποκλίμακες του MMPI (Ντώνιας, Καραστεργίου, Μάνος, 1991).

3. Η Κλίμακα Illness Perception Questionnaire (Brief Version) – Κλίμακα αντιλήψεων για την ασθένεια (Moss-Morris, Weinman, Petrie, Horne, & Cameron, 2002; Basu & Poole, 2016). Πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο 9 ερωτήσεων, το οποίο προήλθε από σύνοψη μιας αρχικής κλίμακας 100

ερωτήσεων και μετρά αντιλήψεις των ασθενών για την πάθησή τους. Από τις 9 ερωτήσεις, οι 5 αξιολογούν τη γνωστική αντίληψη του ασθενή για την πάθησή του, οι 2 τη συναισθηματική του αντίληψη, 1 αξιολογεί το βαθμό κατανόησης της πάθησης από τον ασθενή και τέλος 1 ζητά από τον ασθενή να αναφέρει ποιες θεωρεί αιτίες της ασθένειάς του. Όλες οι ερωτήσεις βαθμολογούνται από 0 έως 10, εκτός από την ένατη, η οποία είναι ανοικτή και ζητά από τον ασθενή να περιγράψει ποιες θεωρεί ως κύριες αίτιες της ασθένειάς του. Υψηλά σκορ στις 8 ερωτήσεις δείχνουν αρνητικές αντιλήψεις για την ασθένεια. Πρόκειται για ένα έγκυρο εργαλείο με υψηλό δείκτη αξιοπιστίας (Cronbach's alpha 0.91). Στη διδακτορική διατριβή χρησιμοποιήθηκε η Ελληνική εκδοχή του ερωτηματολογίου (Karademas et al., 2008), όπως αυτή είναι αναρτημένη στην ιστοσελίδα του πανεπιστημίου Bergen της Νορβηγίας που είναι και υπεύθυνο για τη διαχείριση αναφερόμενης κλίμακας (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ III).

4. Missoula - VITAS Quality of Life Index- 15 (MVQOLI-15) Η ελληνική εκδοχή του ερωτηματολογίου Missoula - VITAS Quality of Life Index- 15 (Theofilou, Aroni, Ralli, Gouzou & Zyga, 2013; Theofilou Kapsalis & Panagiotaki, 2012). είναι ένα εργαλείο συλλογής και μέτρησης πληροφοριών από ασθενείς, σχετικά με την ποιότητα ζωής κατά το τελικό στάδιο μίας ασθένειας. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 5 διαστάσεις (συμπτώματα, λειτουργικότητα, διαπροσωπικές σχέσεις, ευεξία, πνευματικότητα). Σε κάθε τομέα συλλέγονται από τους ασθενείς τρία είδη πληροφοριών με σκοπό να σκιαγραφηθεί συνολική εμπειρία τους και αυτές είναι οι εξής: Αξιολόγηση - υποκειμενική μέτρηση της πραγματικής κατάστασης ή περίπτωσης (Τι είναι αυτό;). Ικανοποίηση - βαθμός αποδοχής ή γνώσης της πραγματικής κατάστασης (Πόσο σας ενοχλεί;). Σπουδαιότητα - ο βαθμός, στον οποίο μία δεδομένη διάσταση έχει αντίκτυπο στη συνολική ποιότητα ζωής (Πόσο σημασία έχει;). Οι ερωτήσεις είναι γενικές και οι απαντήσεις χρησιμοποιούν μία πενταβάθμια κλίμακα (Likert), έτσι ώστε η χαμηλότερη βαθμολογία να δείχνει τη λιγότερο επιθυμητή κατάσταση και αντίστροφα. Αρχικά το ερωτηματολόγιο αποτελούνταν από 25 ερωτήσεις αλλά επειδή ήταν πολύ μεγάλο για κάποιους ασθενείς κατασκευάστηκε μια έκδοση των 15 ερωτήσεων με συντελεστή συσχέτισης 0,93. Η εσωτερική εγκυρότητα του ερωτηματολογίου ήταν ικανοποιητική με Cronbach's alpha 0.74.



#### **4.4. Η Μετάφραση στην Ελληνική γλώσσα, γλωσσική εγκυρότητα, και εγκυρότητα περιεχομένου της κλίμακας Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being Scale (FACIT-Sp-12) – Λειτουργική εκτίμηση στη θεραπεία της χρόνιας νόσου- Κλίμακα Πνευματικής Ευεξίας**

Μετάφραση στην Ελληνική γλώσσα, γλωσσική εγκυρότητα, και εγκυρότητα περιεχομένου. Η διαδικασία μετάφρασης της κλίμακας ξεκίνησε αφού είχε ήδη εξασφαλιστεί άδεια από τους Cella και συν. (1992) οι οποίοι έχουν αναπτύξει την συγκεκριμένη κλίμακα, καθώς επίσης και τον οργανισμό που διαχειρίζεται την συγκεκριμένη σειρά ερωτηματολογίων (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ). Η διαδικασία της μετάφρασης του ερωτηματολογίου στην Ελληνική γλώσσα, έγινε σύμφωνα με την προτεινόμενη διαδικασία από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO, 2017) και χρησιμοποιήθηκε η δίγλωσση (forward -backward) μετάφραση και η πολιτισμική προσαρμογή. Σύμφωνα με αυτή, δύο ανεξάρτητοι και δίγλωσσοι επαγγελματίες υγείας δημιούργησαν δύο μεταφράσεις στη γλώσσα στόχο που ήταν η ελληνική, (forward translation). Στη συνέχεια, ακλούθησε η διαδικασία της αναφοράς «συμφιλίωσης» (reconciliation report), που ήταν η διαδικασία εναρμόνισης των δύο μεταφράσεων από έναν δίγλωσσο επαγγελματία υγείας με μητρική γλώσσα τα Ελληνικά, προκειμένου να προκύψει η τελική συμφωνηθείσα εκδοχή. Η τελευταία, μεταφράστηκε εκ νέου στην Αγγλική γλώσσα (backward translation) από ένα δίγλωσσο άτομο που δεν γνώριζε την αυθεντική εκδοχή του ερωτηματολογίου και θα αντιμετωπιστήκαν κάποιες δυσκολίες που παρουσιάστηκαν.

Διαδικασία γνωστικής ανασκόπησης. Πραγματοποιήθηκε πιλοτική δοκιμή του ερωτηματολογίου σε ένα δείγμα ευκολίας 10 ασθενών που υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση με ποικιλομορφία ως προς τα δημογραφικά χαρακτηριστικά τους. Ο ερευνητής χορήγησε τα ερωτηματολόγια και έδωσε εξηγήσεις σχετικά με τη διαδικασία και ζήτησε από τους ασθενείς να αναφέρουν οποιεσδήποτε δυσκολίες στην κατανόηση του ερωτηματολογίου.

Εκτίμηση της αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου.

Η Αξιοπιστία ενός οργάνου μέτρησης αναφέρεται στην επαναληψιμότητα (repeatability), εσωτερική συνέπεια (consistency), αναπαραγωγιμότητα

(reproducibility) και ακρίβεια (precision) των τιμών που λαμβάνονται από αυτό. Η Αξιοπιστία μιας μέτρησης αφορά την απουσία του Τυχαίου σφάλματος (Random error) (Heale & Twycross, 2017; Twycross. & Shields 2004). Η Αξιοπιστία του ερωτηματολογίου ελέγχθηκε ως προς τα χαρακτηριστικά της σταθερότητας (Stability) και της εσωτερικής συνοχής (Internal Consistency) των μεταβλητών (Heale & Twycross, 2017; Twycross. & Shields 2004). Η Σταθερότητα ενός οργάνου μέτρησης αναφέρεται στην αξιοπιστία του στη διάρκεια του χρόνου, δηλαδή στο βαθμό στον οποίο λαμβάνονται οι ίδιες βαθμολογίες όταν το όργανο χρησιμοποιείται στα ίδια άτομα σε διαφορετικά χρονικά σημεία. Για τον έλεγχο της Σταθερότητας του ερωτηματολογίου χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος του Ελέγχου – Επανελέγχου (Test - Retest) ή Δοκιμασίας – Επαναδοκιμασίας ή Επαναληπτικών Μετρήσεων. Το ερωτηματολόγιο διανεμήθηκε σε ένα μικρό δείγμα 29 ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση σε χρόνο 0 και έπειτα από τρεις εβδομάδες μετά από την αρχική μέτρηση στα ίδια άτομα. Διάστημα ικανό ώστε να μην υπάρχει η ανάμνηση των προηγούμενων απαντήσεων και να αποφευχθούν τα αποτελέσματα εκ μεταφοράς, αλλά και αρκετά μικρό ώστε να μην έχει επέλθει κάποια μείζων μεταβολή στη γενική τους κατάσταση.

Η Εσωτερική Συνοχή ενός οργάνου μέτρησης αναφέρεται στο κατά πόσο διαφορετικά στοιχεία (items) μετρούν την ίδια έννοια (δομή), δηλαδή εμφανίζουν μεταξύ τους ένα βαθμό συνοχής και συνάφειας. Η κλίμακα ελέγχθηκε με την πλέον διαδεδομένη δοκιμασία εκτίμησης της Αξιοπιστίας Εσωτερικής Συνοχής, τόσο σε μια Υποκλίμακα όσο και σε ολόκληρη την Κλίμακα, τον συντελεστή Alpha ( $\alpha$ ) του Cronbach. Τιμές του συντελεστή Cronbach's Alpha μεγαλύτερες του 0,70 θεωρούνται ως αποδεκτές και επιβεβαιώνουν την εσωτερική συνοχή και ομοιογένεια των στοιχείων (ερωτήσεων, θεμάτων, μεταβλητών) μιας κλίμακας (δομής) (Campor-Agias & Oviedo, 2008). Η εκτίμηση της Αξιοπιστίας Εσωτερικής Συνοχής θα ολοκληρώθηκε με τον έλεγχο της συσχέτισης μεταξύ κάθε ερώτησης της Υποκλίμακας με το άθροισμα των υπολοίπων ερωτήσεων της Υποκλίμακας (Heale & Twycross, 2017; Twycross. & Shields 2004).

Δοκιμασία εγκυρότητας του ερωτηματολογίου. Η Εγκυρότητα αναφέρεται στη σχετικότητα του οργάνου μέτρησης, αν δηλαδή το όργανο μετρά («αντανακλά») πραγματικά την έννοια που προτίθεται ότι μετρά. Η Εγκυρότητα μιας μέτρησης αφορά την απουσία του Συστηματικού σφάλματος (Systematic error). Σε αυτή τη

φάση το ερωτηματολόγιο διανεμήθηκε σε ένα επαρκές δείγμα ασθενών ( $n = 183$ ) και τα δεδομένα τέθηκαν σε παραγοντική ανάλυση (Yong & Pearce 2013). Σύμφωνα με ερευνητές ένα γενικός κανόνας για το επαρκές δείγμα στην παραγοντική ανάλυση είναι 7-10 άτομα ανά ερώτημα, συνεπώς το δείγμα 183 ασθενών με ΧΝΝ είναι επαρκές για παραγοντική ανάλυση μιας κλίμακας 12 ερωτήσεων (Tabachnick & Fidell 2007; Yong & Pearce 2013). Η Ανάλυση Παραγόντων ή Παραγοντική Ανάλυση (Factor Analysis) που εφαρμόστηκε για τη διερεύνηση της εσωτερικής δομής του ερωτηματολογίου (Δομική Εγκυρότητα «Construct Validity») ήταν η διερευνητική παραγοντική ανάλυση κυρίων συνιστωσών. Χρησιμοποιήθηκε διερευνητική (Exploratory) Παραγοντική Ανάλυση, ώστε να οριστεί ο αριθμός παραγόντων που δημιουργούνται στην ελληνική εκδοχή του ερωτηματολογίου (Yong & Pearce 2013).

#### **4.5. Στατιστική Ανάλυση**

Η στατιστική επεξεργασία του εμπειρικού υλικού της έρευνας πραγματοποιήθηκε με το λογισμικό πρόγραμμα Statistical Package for the Social Sciences, 20.0 (S.P.S.S. Inc., Chicago, IL, USA), χρησιμοποιώντας τις μεθόδους της Περιγραφικής (Descriptive) και της Επαγωγικής (Inferential) Στατιστικής.

Η Περιγραφική ανάλυση περιελάμβανε την κατανομή συχνοτήτων των ποιοτικών μεταβλητών (απόλυτη και σχετική % συχνότητα) καθώς και εκτιμήσεις των παραμέτρων θέσης και διασποράς των ποσοτικών μεταβλητών (μέση τιμή, σταθερή απόκλιση, διάμεσος τιμή, μέγιστη και ελάχιστη τιμή). Οι έλεγχοι κανονικότητας διεξήχθησαν με την χρησιμοποίηση του κριτηρίου Kolmogorov-Smirnov.

Οι στατιστικές δοκιμασίες για την Εγκυρότητα και την Αξιοπιστία του ερωτηματολογίου «Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being Scale (FACIT-Sp-12) – Λειτουργική εκτίμηση στη θεραπεία της χρόνιας νόσου- Κλίμακα Πνευματικής Ευεξίας» περιελάμβαναν τα εξής: Για τον στατιστικό έλεγχο της Επαναληψιμότητας των μετρήσεων μεταξύ Ελέγχου και Επανελέγχου, εκτιμήθηκε η συσχέτιση (συντελεστής συσχέτισης Pearson) καθώς και η διαφορά (κατά ζεύγη t-test) των τιμών μεταξύ των δύο μετρήσεων (Heale & Twycross, 2017; Twycross. & Shields 2004). Η Αξιοπιστίας Εσωτερικής Συνοχής, τόσο σε μια

Υποκλίμακα όσο και σε ολόκληρη την Κλίμακα, εκτιμήθηκε από τον συντελεστή Alpha ( $\alpha$ ) του Cronbach. Η εκτίμηση της Αξιοπιστίας Εσωτερικής Συνοχής ολοκληρώθηκε με τον έλεγχο της συσχέτισης μεταξύ κάθε ερώτησης της Υποκλίμακας με το άθροισμα των υπολοίπων ερωτήσεων της Υποκλίμακας, καθώς επίσης με τον υπολογισμό του Alpha ( $\alpha$ ) του Cronbach σε περίπτωση που η ερώτηση αφαιρεθεί (Heale & Twycross, 2017; Twycross. & Shields 2004). Τέλος η διαστασιακή δομή του ερωτηματολογίου ελέγχθηκε με διερευνητική παραγοντική ανάλυση κυρίων συνιστωσών με ορθογώνια περιστροφή των αξόνων κατά varimax.

Η Επαγωγική ανάλυση για τη διερεύνηση πιθανών συσχετίσεων περιελάμβανε τον συντελεστή συσχέτισης του Pearson ( $r$ ), τον έλεγχο t-test για ανεξάρτητα δείγματα και την ανάλυση διακύμανσης κατά ένα παράγοντα (one-way analysis of variance, ANOVA) ενώ για τον έλεγχο πολλαπλών συγκρίσεων (Post Hoc Test) χρησιμοποιήθηκε το κριτήριο LSD (Least Significant Difference). Επίσης εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή ανάλυση χρησιμοποιώντας το στατιστικό υπόδειγμα της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης (multiple linear regression) και ως μέτρο σχέσης τον συντελεστή παλινδρόμησης  $\beta$ . Τα αθροιστικά σκορ της Κλίμακας Πνευματικότητας «FACIT – Sp12 Scale», της Κλίμακας Ποιότητας Ζωής «MVQOLI – 15R», της Κλίμακας ψυχιατρικής συμπτωματολογίας «SCL – 90R» και της Κλίμακας Αντιλήψεων για τη Νόσο «BIPQ» χρησιμοποιήθηκαν ως μέτρα έκβασης (outcome) των μελετώμενων σχέσεων. Τέλος σε όλους τους ελέγχους που διεξήχθησαν τα επίπεδα σημαντικότητας ήταν αμφίπλευρα και το αποδεκτό επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας τέθηκε στο 5%.

## 5<sup>ο</sup> Κεφάλαιο: Αποτελέσματα

### 5.1. 1<sup>η</sup> φάση - Αποτελέσματα μετάφρασης, πολιτισμικής προσαρμογής, αξιοπιστίας και εγκυρότητας της κλίμακας Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being Scale (FACIT-Sp-12) – Λειτουργική εκτίμηση στη θεραπεία της χρόνιας νόσου- Κλίμακα Πνευματικής Ευεξίας και εκτίμηση της πνευματικότητας στη ΧΝΝ

#### A) Αποτελέσματα Γνωστικής ανασκόπησης

Όπως αναφέρθηκε, η μετάφραση του ερωτηματολογίου (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ III) είναι αποτέλεσμα της διαδικασίας μετάφρασης και πολιτισμικής προσαρμογής σύμφωνα με της οδηγίες του Π.Ο.Υ αλλά και του κατασκευαστή του ερωτηματολογίου. Η μετάφραση αυτή δημιουργήθηκε με κεντρικό γνώμονα να διατηρηθούν τα βασικά χαρακτηριστικά του ερωτηματολογίου αλλά κάνοντας και τις απαραίτητες αλλαγές για την προσαρμογή στην ελληνική πραγματικότητα. Συγκεκριμένα στην αρχική ελληνική εκδοχή υπήρξε μια ερώτηση η οποία χρειάστηκε επαναδιατύπωση. Συγκεκριμένα από τους κατασκευαστές του ερωτηματολογίου προτάθηκε η αναδιατύπωση μιας ερώτησης ώστε να αποσυμφορηθεί από τυχόν αρνητική φόρτιση το λήμμα. Sp.4 “I have trouble feeling peace of mind” του οποίου η αρχική μετάφραση ήταν «Το μυαλό μου δεν μπορεί να ηρεμήσει» και τελικά μετατράπηκε σε «Το μυαλό μου δυσκολεύεται να ηρεμήσει».

Το δείγμα αποτελούνταν από 7 άνδρες και 3 γυναίκες. Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων ήταν  $52,3 \pm 17$  ετών. Το ποσοστό απόκρισης ήταν 100% (Πίνακας 2). Από αυτό το δείγμα των ασθενών, οι οποίοι ήταν Έλληνες με μητρική γλώσσα την Ελληνική ζητήθηκε να καθοριστεί αν η μετάφραση αυτή είναι αποδεκτή από πολιτιστικής άποψης, αν η γλώσσα που χρησιμοποιείται στη μετάφραση είναι απλή και αν η διατύπωση των ερωτήσεων ήταν η κατάλληλη. Για την επίτευξη αυτού, έγινε μια γνωστική διαδικασία απολογισμού. Στην περίπτωση δυσνόητων σημείων, οι ασθενείς κλήθηκαν να προτείνουν μια εναλλακτική διατύπωση (Cognitive Debriefing Interview - Γνωστική ανασκόπηση). Έπειτα σύμφωνα με της οδηγίες των κατασκευαστών του ερωτηματολογίου ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες να απαντήσουν αν θεωρούσαν κάποια ερώτηση μη σχετική με το θέμα ή προσβλητική επιπλέον ζητήθηκε να αποδώσουν με δικά τους λόγια το νόημα κάποιων ερωτήσεων και σε μερικές περιπτώσεις κάποιους εναλλακτικούς όρους. Αυτό έγινε ούτως ώστε

να διασφαλιστεί η πλήρης ταύτιση του νοήματος των λέξεων της παραγόμενης ελληνικής εκδοχής με αντίστοιχη αγγλική. Κατά τη διαδικασία της πολιτισμικής προσαρμογής του ερωτηματολογίου, όλοι οι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι το ερωτηματολόγιο ήταν εύκολο να συμπληρωθεί.

**Πίνακας 2.** Γνωστική ανασκόπηση FACIT-Sp-12

Γνωστική ανασκόπηση FACIT-Sp-12		n=10
Ηλικία		52,3±17
Φύλο	Ανδρες	7
	Γυναίκες	3
Συνολική Πνευματικότητα		30,3±5,3
Επιβάρυνση από συμπτώματα	Καμία	4%
	Κάποια συμπτώματα αλλά δίχως επιπλέον ανάγκη ανάπαυσης	4%
	Ανάγκη για ανάπαυση αλλά λιγότερο από το 50% της ημέρας	2%
Έτη Αιμοκάθαρσης		5±4
Ποια η γενική σας άποψη για το ερωτηματολόγιο;	Πολύ καλή	100%
Είχατε κάποια δυσκολία στο να απαντήσετε κάποια ερώτηση;	Ναι	0%
	Όχι	100%
Πιστεύετε ότι στις ερωτήσεις θα έπρεπε να συμπεριληφθεί και κάτι άλλο;	Ναι	0%
	Όχι	100%
Υπήρξε κάποια ερώτηση η οποία ήταν προσβλητική;	Ναι	0%
	Όχι	100%
Σύνολο		10

B) Αποτελέσματα αξιοπιστίας και εγκυρότητας της κλίμακας Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being Scale (FACIT-Sp-12) – Λειτουργική εκτίμηση στη θεραπεία της χρόνιας νόσου- Κλίμακα Πνευματικής Ευεξίας.

## Περιγραφή Δείγματος

Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 183 ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση. Στον Πίνακα 3 παρουσιάζεται η κατανομή των ασθενών ως προς τα χαρακτηριστικά τους.

**Πίνακας 3:** Χαρακτηριστικά του Δείγματος (n=183).

Χαρακτηριστικά		n (%)
Φύλο	Άνδρας	128 (69,9%)
	Γυναίκα	55 (30,1%)
Ηλικία (έτη)	Mean $\pm$ St.D.	61,39 $\pm$ 14,112
	Min – Max	26 – 88
Τόπος διαμονής	Αγροτική περιοχή	71 (38,8%)
	Ημιαστική περιοχή	31 (16,9%)
	Αστική περιοχή	81 (44,3%)
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος	39 (21,3%)
	Έγγαμος	124 (67,8%)
	Διαζευγμένος	9 (4,9%)
	Χήρος	11 (6,0%)
Αριθμός παιδιών	0	49 (26,8%)
	1	25 (13,7%)
	2	70 (38,3%)
	$\geq 3$	39 (21,3%)
Μένετε μόνος/η;	Ναι	36 (19,7%)
	Όχι	147 (80,3%)
Εκπαιδευτικό επίπεδο	Τάξεις Δημοτικού	13 (7,1%)
	Απόφοιτος Δημοτικού	71 (38,8%)
	Απόφοιτος Γυμνασίου/Λυκείου	67 (36,6%)
	Απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ	32 (17,5%)
Επαγγελματική κατάσταση	Άνεργος	16 (8,7%)
	Οικιακά	32 (17,5%)

		Αυτοαπασχολούμενος	27 (14,8%)
		Ιδιωτικός υπάλληλος	14 (7,7%)
		Δημόσιος υπάλληλος	13 (7,1%)
		Συνταξιούχος	81 (44,3%)
Θρήσκευμα		Χριστιανός Ορθόδοξος	172 (94,0%)
		Χριστιανός Καθολικός	3 (1,6%)
		Μουσουλμάνος	3 (1,6%)
		Άλλο	5 (2,7%)
Έτη Αιμοκάθαρσης		<1	33 (18,0%)
		1-5	92 (50,3%)
		6-10	42 (23,0%)
		11-16	12 (6,6%)
		>16	4 (2,2%)
Άλλο πρόβλημα υγείας		Ναι	97 (53,0%)
		Όχι	86 (47,0%)
Τρέχον επίπεδο δραστηριότητας		Κανονική δραστηριότητα, χωρίς συμπτώματα	23 (12,6%)
		Μερικά συμπτώματα, αλλά δεν απαιτώ ξεκούραση σε κρεβάτι κατά το διάστημα της ημέρας	67 (36,6%)
		Απαιτώ ξεκούραση σε κρεβάτι λιγότερο από το 50% της ημέρας	58 (31,7%)
		Απαιτώ ξεκούραση σε κρεβάτι περισσότερο από το 50% της ημέρας	31 (16,9%)
		Αδυνατώ να σηκωθώ από το κρεβάτι	4 (2,2%)

Αναφορικά με το δημογραφικό και κοινωνικό προφίλ του δείγματος, το 69,9% ήταν άνδρες και το 30,1% γυναίκες. Η ηλικία τους κυμαίνονταν από 26 έως 88 έτη με μέση τιμή τα 61,39 έτη (SD=14,112). Η πλειονότητα των ασθενών κατοικούσε σε αστική περιοχή 44,3%, ήταν έγγαμοι 67,8% και είχαν 1 έως 2 παιδιά 52,0%. Το 80,3% των ασθενών δεν ζούσαν μόνοι τους εν αντιθέσει με το 19,7% που ζούσαν μόνοι τους. Όσον αφορά το εκπαιδευτικό τους επίπεδο το 45,9% ήταν απόφοιτοι Δημοτικού ή τάξεων Δημοτικού, το 36,6% Δευτεροβάθμιας και το 17,5%



Τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Επαγγελματικά η πλειονότητα των ασθενών ήταν συνταξιούχοι 44,3%, οικιακά ή άνεργοι 26,2% και αυτοαπασχολούμενοι 14,8%. Σχετικά με το θρήσκευμα το 94,0% ήταν Χριστιανοί Ορθόδοξοι.

Όσον αφορά τις σχετιζόμενες με την υγεία παραμέτρους του δείγματος, 5 ή λιγότερα έτη αιμοκάθαρσης έκανε το 68,3% και 6 έως 10 έτη το 23,0%. Το 53,0% των ασθενών δήλωσαν ότι είχαν και άλλο πρόβλημα υγείας εν αντιθέσει με το 47,0% που δεν είχαν και άλλο πρόβλημα υγείας. Σχετικά με το τρέχον επίπεδο δραστηριότητας των ασθενών, η πλειονότητα 49,2% δήλωσε ότι έχει κανονική δραστηριότητα, χωρίς συμπτώματα ή μερικά συμπτώματα που δεν απαιτούν όμως ξεκούραση σε κρεβάτι στη διάρκεια της ημέρας («καλό επίπεδο»). Επίσης το 31,7% των ασθενών δήλωσε ότι απαιτεί ξεκούραση σε κρεβάτι λιγότερο από τη μισή ημέρα («μέτριο επίπεδο») και το 19,1% ότι απαιτεί ξεκούραση σε κρεβάτι περισσότερο από τη μισή ημέρα ή αδυνατεί να σηκωθεί από το κρεβάτι («κακό επίπεδο»).

### **Περιγραφή Ερωτηματολογίου Πνευματικότητας**

Στον Πίνακα 4 παρουσιάζεται η κατανομή των απαντήσεων των ασθενών (n=183) στις ερωτήσεις της Κλίμακας Πνευματικότητας (Functional Assessment of Chronic Illness Therapy).

**Πίνακας 4:** Η Κλίμακα Πνευματικότητας (FACIT).

Ερωτήσεις Κλίμακας Πνευματικότητας	Καθόλου (0)	Λίγο (1)	Κάπως (2)	Πολύ (3)	Πάρα πολύ (4)
1. Αισθάνομαι γαλήνιος-α	6,0%	13,1%	35,0%	35,0%	10,9%
2. Έχω λόγο να ζω	1,1%	4,4%	9,8%	37,2%	47,5%
3. Η ζωή μου υπήρξε παραγωγική	1,1%	2,2%	6,0%	42,6%	48,1%
4. Το μυαλό μου δυσκολεύεται να ηρεμήσει*	18,0%	19,1%	37,2%	18,6%	7,1%
5. Αισθάνομαι ότι η ζωή μου έχει ένα σκοπό	4,4%	8,7%	17,5%	38,8%	30,6%
6. Είμαι σε θέση να βρίσκω ανακούφιση ψάχνοντας βαθιά τον εαυτό μου	18,6%	13,1%	33,3%	26,8%	8,2%
7. Νιώθω μια αίσθηση εσωτερικής αρμονίας	9,8%	15,3%	33,3%	31,1%	10,4%
8. Από τη ζωή μου λείπει το νόημα και ο σκοπός*	49,2%	24,6%	15,8%	4,4%	6,0%
9. Βρίσκω παρηγοριά στην πίστη μου ή στις πνευματικές μου πεποιθήσεις	8,7%	17,5%	20,8%	25,1%	27,9%
10. Βρίσκω δύναμη στην πίστη μου ή στις πνευματικές μου πεποιθήσεις	7,1%	18,0%	22,4%	23,5%	29,0%
11. Η ασθένειά μου έχει ενισχύσει την πίστη μου ή τις πνευματικές μου πεποιθήσεις	22,4%	18,0%	17,5%	20,2%	21,9%
12. Ξέρω πως ότι και να συμβεί με την ασθένεια μου τα πράγματα θα πάνε καλά	2,7%	12,6%	35,0%	29,0%	20,8%

\*Ερωτήσεις με αντίστροφη βαθμολόγηση

Με βάση το ποσοστό των απαντήσεων που πήρε το θετικότερο σημείο της Κλίμακας Πνευματικότητας (σημείο 4), οι τέσσερις πρώτες στην κατάταξη ερωτήσεις ήταν οι εξής: «Από τη ζωή μου λείπει το νόημα και ο σκοπός» (49,2%), «Η ζωή μου υπήρξε παραγωγική» (48,1%), «Έχω λόγο να ζω» (47,5%) και «Αισθάνομαι ότι η ζωή μου έχει ένα σκοπό» (30,6%). Σύμφωνα με την Ανάλυση Παραγόντων της Κλίμακας, αυτές οι ερωτήσεις απαρτίζουν την Υποκλίμακα «Νόημα» (Meaning).

Από την άλλη οι τέσσερις τελευταίες στην κατάταξη ερωτήσεις ήταν οι εξής: «Το μυαλό μου δυσκολεύεται να ηρεμήσει» (18,0%), «Αισθάνομαι γαλήνιος-α» (10,9%), «Νιώθω μια αίσθηση εσωτερικής αρμονίας» (10,4%) και «Είμαι σε θέση να βρίσκω ανακούφιση ψάχνοντας βαθιά τον εαυτό μου» (8,2%). Σύμφωνα με την Ανάλυση

Παραγόντων της Κλίμακας, αυτές οι ερωτήσεις απαρτίζουν την Υποκλίμακα «Γαλήνη» (Peace).

Οι υπόλοιπες τέσσερις ερωτήσεις λαμβάνουν ενδιάμεση κατάταξη, δηλαδή: «*Βρίσκω δύναμη στην πίστη μου ή στις πνευματικές μου πεποιθήσεις*» (29,0%), «*Βρίσκω παρηγοριά στην πίστη μου ή στις πνευματικές μου πεποιθήσεις*» (27,9%), «*Η ασθένειά μου έχει ενισχύσει την πίστη μου ή τις πνευματικές μου πεποιθήσεις*» (21,9%) και «*Ξέρω πως ότι και να συμβεί με την ασθένεια μου τα πράγματα θα πάνε καλά*» (20,8%). Σύμφωνα με την Ανάλυση Παραγόντων της Κλίμακας, αυτές οι ερωτήσεις απαρτίζουν την Υποκλίμακα «Πίστη» (Faith).

### **Στάθμιση Ερωτηματολογίου Πνευματικότητας**

Η στάθμιση (προσαρμογή) του ερωτηματολογίου Πνευματικότητας ως εργαλείου μέτρησης, έγινε με έλεγχο της Εγκυρότητας (Validity) και της Αξιοπιστίας (Reliability) του.

#### **Εγκυρότητα**

Η Εγκυρότητα αναφέρεται στη σχετικότητα του εργαλείου μέτρησης, αν δηλαδή το εργαλείο μετρά («αντανακλά») πραγματικά την έννοια που προτίθεται ότι μετρά. Η Εγκυρότητα μιας μέτρησης αφορά την απουσία του Συστηματικού σφάλματος (Systematic error).

Η Ανάλυση Παραγόντων ή Παραγοντική Ανάλυση (Factor Analysis) εφαρμόστηκε για τη διερεύνηση της εσωτερικής δομής του ερωτηματολογίου Πνευματικότητας (Δομική Εγκυρότητα «Construct Validity»). Η Παραγοντική Ανάλυση δείχνει πως οι συσχετίσεις μεταξύ των παρατηρούμενων μεταβλητών (θεμάτων, ερωτήσεων, στοιχείων) του ερωτηματολογίου μπορούν να εξηγηθούν από την ύπαρξη μικρότερου αριθμού δομών (παραγόντων). Η ανάλυση αυτή ονομάζεται Διερευνητική (Exploratory) Παραγοντική Ανάλυση. Για την ολοκλήρωση της Παραγοντικής Ανάλυσης και τον έλεγχο των αποτελεσμάτων, ακολουθήθηκε συγκεκριμένη διαδικασία και εξετάστηκαν οι κατάλληλοι δείκτες. Ειδικότερα:

1. Σημαντική προϋπόθεση για τη γενίκευση του μοντέλου είναι η σταθερότητά του, η οποία κατά κύριο λόγο εξαρτάται από το μέγεθος του δείγματος και το πλήθος των παρατηρήσεων ανά μεταβλητή. Πολλοί ερευνητές προτείνουν ένα ελάχιστο αριθμό

20 ατόμων για κάθε μεταβλητή, ενώ η πλέον αποδεκτή αναλογία είναι κατ' ελάχιστο 10 άτομα για κάθε μεταβλητή. Στην περίπτωση μας για το ερωτηματολόγιο με τις 12 μεταβλητές, το μέγεθος του δείγματος ( $n=183$ ) ικανοποιούσε αυτή την προϋπόθεση.

2. Για τον τελικό προσδιορισμό του αριθμού των μεταβλητών που έχουν μεγάλες φορτώσεις σε κάθε Παράγοντα, δηλαδή για την εξαγωγή των Παραγόντων εφαρμόστηκε η μέθοδος της Ανάλυσης Κύριων ή Βασικών ή Πρωταρχικών Συνιστωσών (Principal Components Analysis) με Ορθογώνια Περιστροφή των αξόνων με τη μέθοδο Varimax (Varimax Rotation), η οποία αποτελεί μία από τις πιο διαδεδομένες μεθόδους ορθογώνιας περιστροφής.

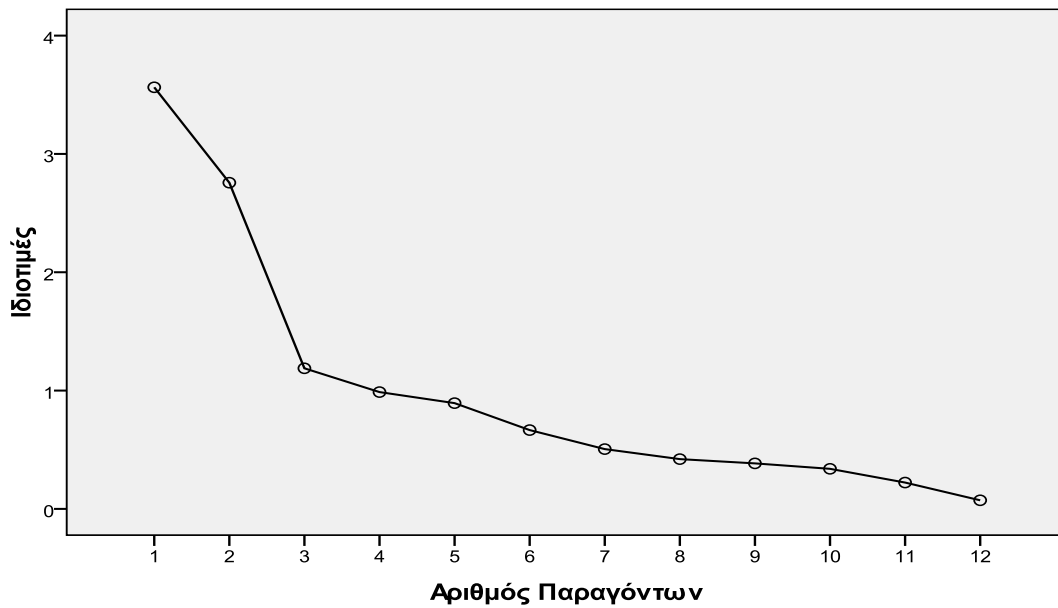
3. Για τον έλεγχο της συνολικής καταλληλότητας (επάρκειας) του δείγματος (sampling adequacy) χρησιμοποιήθηκε ο δείκτης KMO. Ο δείκτης KMO των Kaiser-Meyer-Olkin είναι το πλέον δημοφιλές διαγνωστικό μέτρο και αποτελεί ένα δείκτη σύγκρισης των μεγεθών των παρατηρηθέντων συντελεστών συσχέτισης προς τα μεγέθη των συντελεστών μερικής συσχέτισης. Οι τιμές του κυμαίνονται από 0 έως 1 και ο δείκτης θεωρείται αποδεκτός όταν η τιμή του είναι πάνω από 0,5. Η τιμή του δείκτη KMO στα δεδομένα μας βρέθηκε 0,717 οπότε και το κριτήριο αυτό θεωρείται ικανοποιητικό.

4. Για περαιτέρω και πληρέστερη εξέταση της καταλληλότητας των δεδομένων για Παραγοντική Ανάλυση, έγινε ο έλεγχος σφαιρικότητας του Bartlett (Bartlett's test of sphericity). Ο έλεγχος αυτός εξετάζει την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ των μεταβλητών και στην ουσία παρέχει τη στατιστική πιθανότητα ο πίνακας συσχετίσεων (correlation matrix) να περιέχει σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ, τουλάχιστον, κάποιων μεταβλητών. Είναι σημαντικό για την εφαρμογή της Παραγοντικής Ανάλυσης να υπάρχουν μεγάλες συσχετίσεις σε μεγάλο ποσοστό του πίνακα συσχετίσεων. Ο έλεγχος σφαιρικότητας του Bartlett εφαρμόστηκε προκειμένου να ελεγχθεί η μηδενική υπόθεση ότι ο πίνακας συσχετίσεων είναι ταυτοτικός (identity), δηλαδή συμπίπτει με το μοναδιαίο πίνακα και άρα οι μεταβλητές είναι μεταξύ τους ανεξάρτητες. Στα δεδομένα μας η τιμή της δοκιμασίας σφαιρικότητας του Bartlett βρέθηκε υψηλή και στατιστικά σημαντική [ $\chi^2(66)=1024,896$  και  $p=0,000$ ] οπότε απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση, άρα υπάρχουν σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών και η Παραγοντική Ανάλυση στα συγκεκριμένα δεδομένα θα δώσει ικανοποιητικά αποτελέσματα.

5. Για τον έλεγχο της καταλληλότητας της κάθε μεταβλητής ξεχωριστά εξετάστηκαν οι δείκτες MSA (Measures of Sampling Adequacy), οι οποίοι πρέπει να είναι μεγαλύτεροι του 0,5. Στα δεδομένα μας οι τιμές των δεικτών MSA, στον πίνακα αντισυμμετρικών συσχετίσεων (anti-image matrices), κυμαίνονταν από 0,653 έως 0,903 και έτσι όλες οι μεταβλητές θεωρούνται κατάλληλες για ανάλυση.

6. Για τον προσδιορισμό και την επιλογή του αριθμού των Παραγόντων έχουν αναπτυχθεί πολλά κριτήρια. Το πλέον χρησιμοποιούμενο είναι το κριτήριο της Ιδιοτιμής (Eigenvalue), σύμφωνα με το οποίο επιλέγονται μόνο οι Παράγοντες των οποίων η τιμή υπερβαίνει το 1 (κριτήριο Kaiser). Επίσης ένα άλλο σημαντικό κριτήριο επιλογής των Παραγόντων είναι το κριτήριο του ποσοστού της Διακύμανσης (Variance), το οποίο ερμηνεύουν οι Παράγοντες. Συνήθως ένα μοντέλο που ερμηνεύει το 60% της συνολικής Διακύμανσης (και σε κάποιες περιπτώσεις ακόμη λιγότερο) θεωρείται ικανοποιητικό. Από την ανάλυση των δεδομένων μας, το προτεινόμενο στατιστικό μοντέλο αναδεικνύει τρεις Παράγοντες, των οποίων οι Ιδιοτιμές μετά την Περιστροφή (Rotation) κυμαίνονταν από 2,147 έως 2,964. Πριν την Περιστροφή οι Ιδιοτιμές αυτών των Παραγόντων κυμαίνονταν αντίστοιχα από 1,188 έως 3,563 ενώ οι υπόλοιποι Παράγοντες είχαν Ιδιοτιμές μικρότερες από 1 (Σχήμα 1). Επίσης συνολικά οι τρεις Παράγοντες που προέκυψαν ερμηνεύουν ποσοστό 62,568% της συνολικής Διακύμανσης. Με βάση τα ανωτέρω κριτήρια για τον καθορισμό του πλήθους των Παραγόντων προκύπτει ότι οι τρεις Παράγοντες που εξάγονται από την ανάλυση των δεδομένων μας ήταν σημαντικοί και δεν μπορούν να αγνοηθούν.

**Scree Plot**



**Σχήμα 1:** Γραφική παράσταση (Scree Plot) των Ιδιοτιμών για όλους τους Παράγοντες.

7. Για τον έλεγχο της συνεισφοράς των μεταβλητών στο σχηματισμό των Παράγοντων, ελέγχθηκαν οι φορτίσεις (loadings) τους. Η υψηλή φόρτιση μιας μεταβλητής σε έναν Παράγοντα δείχνει ότι υπάρχουν πολλά κοινά μεταξύ του Παράγοντα και της μεταβλητής. Η σημαντικότητα των φορτίσεων, σε σταθερό επίπεδο σημαντικότητας, εξαρτάται από το μέγεθος του δείγματος. Για το λόγο αυτό θα πρέπει να ελέγχεται η τιμή της φόρτισης, σε συνδυασμό με το μέγεθος του δείγματος και το επίπεδο σημαντικότητας. Ενδεικτικά, για επίπεδο σημαντικότητας 5% σε ένα δείγμα 100 ατόμων, φόρτιση με απόλυτη τιμή 0,55 και άνω θεωρείται σημαντική. Αντίστοιχα, σε δείγμα μεγαλύτερο των 200 ατόμων, φόρτιση με απόλυτη τιμή 0,40 και άνω θεωρείται επίσης σημαντική. Επειδή όμως δεν είναι καθορισμένη η έννοια της υψηλής τιμής, πολλοί ερευνητές χρησιμοποιούν ως οριακό σημείο αποδοχής την τιμή 0,40 και άνω ή ακόμη και την τιμή 0,30 και άνω. Από την ανάλυση των δεδομένων μας, οι φορτίσεις των μεταβλητών στους Παράγοντες κυμαίνονταν από 0,506 έως 0,930. Ειδικότερα φορτίσεις από 0,50 έως 0,60 είχαν δύο μεταβλητές, από 0,60 έως 0,70 δύο μεταβλητές, από 0,70 έως 0,80 τέσσερις μεταβλητές και άνω του 0,80 τέσσερις μεταβλητές. Επίσης καμία μεταβλητή δεν είχε φόρτιση άνω του 0,45 σε περισσότερους από έναν Παράγοντες, κριτήριο που θέτουν

ορισμένοι ερευνητές. Επομένως όλες οι μεταβλητές στα δεδομένα μας είχαν αποδεκτές και σημαντικές φορτίσεις και έτσι μπορούν να συμπεριληφθούν στους αντίστοιχους Παράγοντες.

Η ικανοποίηση όλων των ανωτέρω κριτηρίων συνηγορούν στο ότι η εφαρμογή της Παραγοντικής Ανάλυσης αποτελεί κατάλληλη στατιστική τεχνική για την επεξεργασία των δεδομένων της μελέτης. Στον Πίνακα 5 παρουσιάζεται η Ανάλυση Παραγόντων της Κλίμακας Πνευματικότητας.

**Πίνακας 5:** Φορτίσεις μεταβλητών στην Ανάλυση Παραγόντων της Κλίμακας Πνευματικότητας (n=183).

<b>Κλίμακα Πνευματικότητας</b>	<b>Παράγοντας 1 «Πίστη»</b>	<b>Παράγοντας 2 «Γαλήνη»</b>	<b>Παράγοντας 3 «Νόημα»</b>
Ερ. 1	0,091	<b>0,787</b>	0,144
Ερ. 2	0,134	0,380	<b>0,691</b>
Ερ. 3	0,192	-0,048	<b>0,725</b>
Ερ. 4	-0,158	<b>0,506</b>	0,139
Ερ. 5	-0,110	0,334	<b>0,746</b>
Ερ. 6	0,120	<b>0,748</b>	0,101
Ερ. 7	0,068	<b>0,803</b>	0,255
Ερ. 8	-0,110	0,226	<b>0,542</b>
Ερ. 9	<b>0,923</b>	0,001	-0,020
Ερ. 10	<b>0,930</b>	-0,011	0,007
Ερ. 11	<b>0,807</b>	0,083	-0,077
Ερ. 12	<b>0,680</b>	0,029	0,414
Ιδιοτιμή	2,964	2,397	2,147
% Διακύμανσης	24,698	19,977	17,893
KMO=0,717			
Bartlett's test: $\chi^2(66)=1024,896p=0,000$			

Ανάλυση Κύριων Συνιστωσών με Ορθογώνια Περιστροφή των αξόνων με τη μέθοδο Varimax.

Από την Παραγοντική Ανάλυση προέκυψαν τρεις στατιστικά σημαντικοί Παράγοντες που ερμηνεύουν ποσοστό 62,568% της συνολικής Διακύμανσης των δεδομένων. Ειδικότερα:

- Ο πρώτος Παράγοντας (1), ο οποίος έχει Ιδιοτιμή 2,964 και ερμηνεύει το 24,698% της συνολικής Διακύμανσης, απαρτίζεται από τέσσερις μεταβλητές (Ερώτηση 9, Ερώτηση 10, Ερώτηση 11 και Ερώτηση 12). Ο Παράγοντας αυτός φέρεται με τον όρο «Πίστη».
- Ο δεύτερος Παράγοντας (2), ο οποίος έχει Ιδιοτιμή 2,397 και ερμηνεύει το 19,977% της συνολικής Διακύμανσης, απαρτίζεται από τέσσερις μεταβλητές (Ερώτηση 1, Ερώτηση 4, Ερώτηση 6 και Ερώτηση 7). Ο Παράγοντας αυτός φέρεται με τον όρο «Γαλήνη».
- Ο τρίτος Παράγοντας (3), ο οποίος έχει Ιδιοτιμή 2,147 και ερμηνεύει το 17,893% της συνολικής Διακύμανσης, απαρτίζεται από τέσσερις μεταβλητές (Ερώτηση 2, Ερώτηση 3, Ερώτηση 5 και Ερώτηση 8). Ο Παράγοντας αυτός φέρεται με τον όρο «Νόημα».

Αυτοί οι τρεις Παράγοντες κάλυπταν και τις 12 ερωτήσεις και αποτελούν τις τρεις αθροιστικές Υποκλίμακες (Subscales) ή συνοπτικούς δείκτες (summated scores) των ερωτήσεων της Κλίμακας Πνευματικότητας. Η βαθμολογία (σκορ) κάθε Υποκλίμακας προκύπτει αθροίζοντας τις απαντήσεις των επιμέρους ερωτήσεων που την απαρτίζουν.

Το επόμενο βήμα ήταν η διερεύνηση της συσχέτισης μεταξύ των τριών Παραγόντων που προέκυψαν από την Παραγοντική Ανάλυση. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον Πίνακα 6.



**Πίνακας 6:** Συντελεστές συσχέτισης (Pearson's r) μεταξύ των τριών Παραγόντων της Κλίμακας Πνευματικότητας (n=183).

Κλίμακα Πνευματικότητας	Παράγοντας «Πίστη»	1	Παράγοντας «Γαλήνη»	2	Παράγοντας «Νόημα»	3
Παράγοντας 1 «Πίστη»	1		0,086*		0,089*	
Παράγοντας «Γαλήνη»	2		1		0,486**	
Παράγοντας 3 «Νόημα»					1	

\* $p > 0,05$  \*\* $p < 0,001$

Η συσχέτιση μεταξύ των Παραγόντων επιβεβαιώνει ότι οι Παράγοντες μετρούν διαφορετικές δομές του φαινομένου προς εξέταση, εφόσον οι συντελεστές συσχέτισης μεταξύ των Παραγόντων είναι μικρότεροι του 0,70. Αν οι Παράγοντες παρουσιάζουν υψηλότερους συντελεστές συσχέτισης, σημαίνει ότι επικαλύπτονται και μετρούν την ίδια διάσταση (δομή) του φαινομένου. Από την ανάλυση των δεδομένων μας, προκύπτει ότι δεν υφίσταται ουσιαστικά συσχέτιση μεταξύ του Παράγοντα 1 και του Παράγοντα 2 ( $r=0,086$  και  $p > 0,05$ ) καθώς και μεταξύ του Παράγοντα 1 και του Παράγοντα 3 ( $r=0,089$  και  $p > 0,05$ ). Μεταξύ του Παράγοντα 2 και του Παράγοντα 3 υπάρχει μέτρια θετική συσχέτιση ( $r=0,486$  και  $p < 0,001$ ). Άρα, η διερεύνηση της συσχέτισης μεταξύ των τριών Παραγόντων επιβεβαιώνει την πολυδιάστατη δομή του ερωτηματολογίου Πνευματικότητας καθώς οι συντελεστές συσχέτισης ήταν μικρότεροι του 0,70.

### Αξιοπιστία

Η Αξιοπιστία ενός οργάνου μέτρησης αναφέρεται στην επαναληψιμότητα (repeatability), συνέπεια (consistency), αναπαραγωγιμότητα (reproducibility) και ακρίβεια (precision) των τιμών που λαμβάνονται από αυτό. Η Αξιοπιστία μιας μέτρησης αφορά την απουσία του Τυχαίου σφάλματος (Random error).

Η Αξιοπιστία του ερωτηματολογίου Πνευματικότητας ελέγχθηκε ως προς τα χαρακτηριστικά της Σταθερότητας (Stability) και της Εσωτερικής Συνοχής (Internal Consistency) των μεταβλητών.

Η Σταθερότητα ενός οργάνου μέτρησης αναφέρεται στην αξιοπιστία του στη διάρκεια του χρόνου, δηλαδή στο βαθμό στον οποίο λαμβάνονται οι ίδιες βαθμολογίες όταν το όργανο χρησιμοποιείται στα ίδια άτομα σε διαφορετικά χρονικά σημεία. Για τον έλεγχο της Σταθερότητας του ερωτηματολογίου Πνευματικότητας χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος του Ελέγχου – Επανελέγχου (Test - Retest) ή Δοκιμασίας – Επαναδοκιμασίας ή Επαναληπτικών Μετρήσεων.

Σύμφωνα με το σχεδιασμό της μελέτης, το ερωτηματολόγιο Πνευματικότητας χορηγήθηκε και συμπληρώθηκε τελικά από δείγμα 183 ασθενών (Ελεγχος). Τρεις εβδομάδες αργότερα, διάστημα ικανό ώστε να μην υπάρχει η ανάμνηση των προηγούμενων απαντήσεων και να αποφευχθούν τα αποτελέσματα εκ μεταφοράς, αλλά και αρκετά μικρό ώστε να μην έχει επέλθει κάποια μείζων μεταβολή στη γενική τους κατάσταση, 30 ασθενείς του δείγματος κλήθηκαν να συμπληρώσουν εκ νέου το ερωτηματολόγιο. Τελικά 29 από τους 30 ασθενείς συμπλήρωσαν για δεύτερη φορά το ερωτηματολόγιο (Επανελέγχος).

Για τον στατιστικό έλεγχο της επαναληψιμότητας των μετρήσεων μεταξύ Ελέγχου και Επανελέγχου, εκτιμήθηκε η συσχέτιση (συντελεστής συσχέτισης του Pearson) καθώς και η διαφορά (κατά ζεύγη t-test) των τιμών μεταξύ των δύο μετρήσεων. Τα αποτελέσματα Αξιοπιστίας του Ελέγχου - Επανελέγχου της Κλίμακας Πνευματικότητας παρουσιάζονται στον Πίνακα 7.

**Πίνακας 7:** Αξιοπιστία Ελέγχου - Επανελέγχου της Κλίμακας Πνευματικότητας (μεσοδιάστημα μετρήσεων 3 εβδομάδες, n=29).

Κλίμακα Πνευματικότητας	Έλεγχος (A)		Επανελέγχος (B)		Συσχέτιση A και B	Διαφορά A και B
	Mean	± St. Dev.	Mean	± St. Dev.	Pearson's r	Paired t-test (t)
Υποκλίμακα Νόημα	10,90	± 3,086	10,69	± 2,634	0,910**	0,862*
Ερ. 2	2,83	± 1,071	2,83	± 1,104	0,880**	0,000*
Ερ. 3	3,14	± 0,743	3,10	± 0,618	0,668**	0,328*
Ερ. 5	2,48	± 1,056	2,45	± 1,152	0,696**	0,215*
Ερ. 8	2,45	± 1,213	2,31	± 1,039	0,821**	1,072*
Υποκλίμακα Γαλήνη	7,41	± 3,386	7,69	± 2,892	0,874**	-0,903*
Ερ. 1	1,83	± 0,966	1,93	± 1,163	0,847**	-0,902*
Ερ. 4	1,86	± 0,953	1,79	± 0,978	0,773**	0,571*
Ερ. 6	1,83	± 1,071	2,03	± 0,823	0,736**	-1,535*
Ερ. 7	1,90	± 1,012	1,93	± 0,884	0,790**	-0,297*
Υποκλίμακα Πίστη	7,07	± 3,770	7,24	± 3,562	0,932**	-0,680*
Ερ. 9	1,76	± 1,154	1,66	± 1,078	0,906**	1,140*
Ερ. 10	1,83	± 1,136	1,83	± 1,071	0,826**	0,000*
Ερ. 11	1,86	± 1,093	2,03	± 1,180	0,890**	-1,722*
Ερ. 12	1,62	± 0,903	1,72	± 0,797	0,792**	-1,000*
Σύνολο Κλίμακας	25,38	± 7,979	25,62	± 7,128	0,942**	-0,480*

\*p>0,05\*\*p<0,001

Οι συντελεστές συσχέτισης r, μεταξύ των δύο μετρήσεων, τόσο σε επίπεδο ολικού αθροίσματος - Κλίμακα (r=0,942 και p<0,001) και επιμέρους αθροισμάτων - Υποκλίμακες (r=0,910 και p<0,001 για «Νόημα», r=0,874 και p<0,001 για «Γαλήνη», r=0,932 και p<0,001 για «Πίστη») όσο και σε επίπεδο μεμονωμένων ερωτήσεων,

είχαν τιμή  $r \geq 0,70$  που δίνει ισχυρές συσχετίσεις μεταξύ των τιμών των δύο μετρήσεων.

Επίσης οι τιμές  $t$  της δοκιμασίας κατά ζεύγη  $t$ -test, μεταξύ των δύο μετρήσεων, τόσο σε επίπεδο ολικού αθροίσματος - Κλίμακα ( $t=-0,480$  και  $p>0.05$ ) και επιμέρους αθροισμάτων - Υποκλίμακες ( $t=0,862$  και  $p>0.05$  για «Νόημα»,  $t=-0,903$  και  $p>0.05$  για «Γαλήνη» και  $t=-0,680$  και  $p>0.05$  για «Πίστη») όσο και σε επίπεδο μεμονωμένων ερωτήσεων, βρέθηκαν χαμηλές και στατιστικά μη σημαντικές οπότε δεν απορρίπτονται τη μηδενική υπόθεση, άρα δεν υπήρχαν διαφορές μεταξύ των μέσων τιμών των δύο μετρήσεων.

Συμπερασματικά και από τους δύο στατιστικούς ελέγχους προκύπτει ότι η Κλίμακα Πνευματικότητας εμφάνιζε ίδιες ή παρόμοιες τιμές μεταξύ των δύο χορηγήσεων (μετρήσεων), άρα το ερωτηματολόγιο έχει υψηλή Αξιοπιστία Ελέγχου - Επανελέγχου και πληροί το χαρακτηριστικό της Σταθερότητας.

Η Εσωτερική Συνοχή ενός οργάνου μέτρησης αναφέρεται στο κατά πόσο διαφορετικά στοιχεία (items) μετρούν την ίδια έννοια (δομή), δηλαδή εμφανίζουν μεταξύ τους ένα βαθμό συνοχής και συνάφειας. Η πλέον διαδεδομένη δοκιμασία εκτίμησης της Αξιοπιστίας Εσωτερικής Συνοχής, τόσο σε μια Υποκλίμακα όσο και σε ολόκληρη την Κλίμακα, αποτελεί ο συντελεστής Alpha ( $\alpha$ ) του Cronbach. Τιμές του συντελεστή Cronbach's Alpha μεγαλύτερες του 0,70 θεωρούνται ως αποδεκτές και επιβεβαιώνουν την εσωτερική συνοχή και ομοιογένεια των στοιχείων (ερωτήσεων, θεμάτων, μεταβλητών) μιας κλίμακας (δομής).

Για τον έλεγχο της Εσωτερικής Συνοχής του ερωτηματολογίου Πνευματικότητας χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής Cronbach's Alpha. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον Πίνακα 8.

**Πίνακας 8:** Αξιοπιστία Εσωτερικής Συνοχής της Κλίμακας Πνευματικότητας (n=183).

Κλίμακα Πνευματικότητας	Mean ± St. Dev.	Min – Max	Cronbach's α	Cronbach's α χωρίς στοιχείο	Συσχέτιση στοιχείο με άθροισμα υπολοίπων
Υποκλίμακα Νόημα	12,49 ± 2,865	3 – 16	0,70		
Ερ. 2	3,26 ± 0,886	0 – 4		0,58	0,562
Ερ. 3	3,34 ± 0,782	0 – 4		0,68	0,370
Ερ. 5	2,83 ± 1,095	0 – 4		0,51	0,631
Ερ. 8	3,07 ± 1,170	0 – 4		0,70	0,378
Υποκλίμακα Γαλήνη	8,64 ± 3,345	0 – 16	0,73		
Ερ. 1	2,32 ± 1,031	0 – 4		0,61	0,607
Ερ. 4	2,22 ± 1,157	0 – 4		0,75	0,340
Ερ. 6	1,93 ± 1,214	0 – 4		0,69	0,469
Ερ. 7	2,17 ± 1,119	0 – 4		0,56	0,672
Υποκλίμακα Πίστη	9,49 ± 4,319	1 – 16	0,87		
Ερ. 9	2,46 ± 1,300	0 – 4		0,78	0,834
Ερ. 10	2,49 ± 1,275	0 – 4		0,77	0,848
Ερ. 11	2,01 ± 1,471	0 – 4		0,86	0,649
Ερ. 12	2,52 ± 1,042	0 – 4		0,88	0,562
Σύνολο Κλίμακας	30,62 ± 7,215	6 – 48	0,77		

Ο συντελεστής Cronbach's Alpha βρέθηκε 0,77 για την Κλίμακα Πνευματικότητας, 0,70 για την Υποκλίμακα «Νόημα», 0,73 για την Υποκλίμακα «Γαλήνη» και 0,87 για την Υποκλίμακα «Πίστη». Όλες οι κλίμακες είχαν τιμή  $\alpha \geq 0,70$  γεγονός που δηλώνει ότι οι ερωτήσεις είχαν ικανοποιητική εσωτερική συνοχή και ομοιογένεια μεταξύ τους.

Επίσης ελέγχθηκε πως μεταβάλλεται η τιμή του συντελεστή  $\alpha$  της Υποκλίμακας στην περίπτωση που κάθε ερώτηση αφαιρείτο από την Υποκλίμακα. Από τον έλεγχο διαπιστώθηκε ότι ουσιαστική αύξηση της τιμής του συντελεστή  $\alpha$  δεν επέρχεται από τη διαγραφή κάποιας ερώτησης, άρα όλες οι ερωτήσεις είχαν σημαντική εσωτερική συνάφεια με τις υπόλοιπες.

Η εκτίμηση της Αξιοπιστίας Εσωτερικής Συνοχής ολοκληρώθηκε με τον έλεγχο της συσχέτισης μεταξύ κάθε ερώτησης της Υποκλίμακας με το άθροισμα των υπολοίπων ερωτήσεων (item remainder correlation) της Υποκλίμακας. Από τον έλεγχο διαπιστώθηκε ότι όλες οι συσχετίσεις είχαν αποδεκτούς ( $r > 0,30$ ) και σχετικά υψηλούς συντελεστές συσχέτισης ( $r = 0,340$  έως  $r = 0,848$ ), γεγονός που αποδεικνύει την ικανοποιητική συνάφεια με το σύνολο και την εσωτερική συνοχή τους.

Συμπερασματικά από τους ανωτέρω στατιστικούς ελέγχους προκύπτει ότι τόσο στην Κλίμακα Πνευματικότητας όσο και στις τρεις Υποκλίμακες, όλες οι επιμέρους ερωτήσεις που τις απαρτίζουν φαίνεται να παρουσιάζουν στενή συνάφεια με το σύνολο και ικανοποιητική συνοχή μεταξύ τους, ως εκ τούτου το ερωτηματολόγιο έχει υψηλή Αξιοπιστία Εσωτερικής Συνοχής και πληροί το εν λόγω χαρακτηριστικό.

Στον Πίνακα 6 παρουσιάζονται επίσης τα περιγραφικά στατιστικά μέτρα της βαθμολογίας των απαντήσεων των 183 ασθενών για την Κλίμακα Πνευματικότητας, για τις τρεις Υποκλίμακες καθώς και για τις επιμέρους ερωτήσεις. Ειδικότερα σχετικά με τις κλίμακες:

- Η βαθμολογία (σκορ) της Κλίμακας Πνευματικότητας κυμαίνονταν από 6 έως 48 (θεωρητικό εύρος: 0 έως 48) με μέση τιμή 30,62 (SD=7,215).
- Η βαθμολογία (σκορ) της Υποκλίμακας «Νόημα» κυμαίνονταν από 3 έως 16 (θεωρητικό εύρος: 0 έως 16) με μέση τιμή 12,49 (SD=2,865). Η Υποκλίμακα αυτή παρουσιάζει τη μεγαλύτερη μέση τιμή βαθμολογίας σε σχέση με τις υπόλοιπες.
- Η βαθμολογία (σκορ) της Υποκλίμακας «Γαλήνη» κυμαίνονταν από 0 έως 16 (θεωρητικό εύρος: 0 έως 16) με μέση τιμή 8,64 (SD=3,345). Η Υποκλίμακα αυτή παρουσιάζει τη μικρότερη μέση τιμή βαθμολογίας σε σχέση με τις υπόλοιπες.

- Η βαθμολογία (σκορ) της Υποκλίμακας «Πίστη» κυμαίνονταν από 1 έως 16 (θεωρητικό εύρος: 0 έως 16) με μέση τιμή 9,49 (SD=4,319). Η Υποκλίμακα αυτή παρουσιάζει κάποια ενδιάμεση μέση τιμή βαθμολογίας σε σχέση με τις υπόλοιπες.

## 5.2.2<sup>η</sup> φάση - Αποτελέσματα κυρίου μέρους της μελέτης

### A. ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

#### A.1 Χαρακτηριστικά του Δείγματος

Στον Πίνακα 9 παρουσιάζεται η κατανομή των 367 ασθενών που υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση ως προς τα κοινωνικοδημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά τους.

**Πίνακας 9:** Χαρακτηριστικά των ασθενών του δείγματος (n=367).

Χαρακτηριστικά	n	%
<b>Φύλο</b>		
Ανδρας	228	62,1%
Γυναίκα	139	37,9%
<b>Ηλικία (έτη)</b>		
≤ 39	37	10,1%
40 – 59	113	30,8%
60 – 79	172	46,9%
≥ 80	45	12,3%
ΜΤ ± ΤΑ	61,80 ± 15,11	
Εύρος		18 – 92
<b>Τόπος διαμονής</b>		
Αγροτική περιοχή	64	17,4%
Ημιαστική περιοχή	56	15,3%
Αστική περιοχή	247	67,3%
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>		
Άγαμος/η	69	18,8%
Έγγαμος/η	217	59,1%
Διαζευγμένος/η	31	8,4%
Χήρος/α	50	13,6%
<b>Αριθμός παιδιών</b>		
0	108	29,4%



1 – 2	189	51,5%
≥ 3	70	19,1%
ΜΤ ± ΤΑ	1,57 ± 1,41	
Εύρος	0 – 10	
<b>Μένετε μόνος/η;</b>		
Ναι	86	23,4%
Όχι	281	76,6%
<b>Εκπαιδευτικό επίπεδο</b>		
Τάξεις Δημοτικού	28	7,6%
Απόφοιτος Δημοτικού	116	31,6%
Απόφοιτος Γυμνασίου/Λυκείου	160	43,6%
Απόφοιτος ΑΕΙ	63	17,2%
<b>Επαγγελματική κατάσταση</b>		
Άνεργος	37	10,1%
Οικιακά	36	9,8%
Αυτοαπασχολούμενος	40	10,9%
Ιδιωτικός υπάλληλος	15	4,1%
Δημόσιος υπάλληλος	15	4,1%
Συνταξιούχος	224	61,0%
<b>Θρήσκευμα</b>		
Χριστιανός Ορθόδοξος	352	95,9%
Χριστιανός Καθολικός	0	0,0%
Μουσουλμάνος	6	1,6%
Άλλο	9	2,5%
<b>Πόσο θρησκευόμενος είστε;</b>		
0 = Καθόλου	20	5,4%
1 = Λίγο	37	10,1%
2 = Κάπως	100	27,2%
3 = Πολύ	139	37,9%
4 = Πάρα πολύ	71	19,3%
ΜΤ ± ΤΑ	2,56 ± 1,08	
Εύρος	0 – 4	
<b>Πόσο κοντά αισθάνεστε στο θεό;</b>		
0 = Καθόλου	21	5,7%
1 = Λίγο	40	10,9%
2 = Κάπως	102	27,8%

3 = Πολύ	128	34,9%
4 = Πάρα πολύ	76	20,7%
ΜΤ ± ΤΑ	2,54 ± 1,11	
Εύρος	0 – 4	
<b>Διάρκεια Αιμοκάθαρσης (έτη)</b>		
1 – 5	231	62,9%
6 – 10	89	24,3%
11 – 15	25	6,8%
≥ 16	22	6,0%
ΜΤ ± ΤΑ	5,69 ± 5,25	
Εύρος	1 – 26	
<b>Αντιμετωπίζετε άλλο πρόβλημα υγείας;</b>		
Ναι	193	52,6%
Όχι	174	47,4%
<b>Τρέχον επίπεδο δραστηριότητας</b>		
0 = Πολύ κακό (Αδυνατώ να σηκωθώ από το κρεβάτι)	14	3,8%
1 = Κακό (Απαιτώ ξεκούραση σε κρεβάτι περισσότερο από το 50% της ημέρας)	59	16,1%
2 = Μέτριο (Απαιτώ ξεκούραση σε κρεβάτι λιγότερο από το 50% της ημέρας)	109	29,7%
3 = Καλό (Μερικά συμπτώματα, αλλά δεν απαιτώ ξεκούραση σε κρεβάτι στο διάστημα της ημέρας)	115	31,3%
4 = Πολύ καλό (Κανονική δραστηριότητα, χωρίς συμπτώματα)	70	19,1%
ΜΤ ± ΤΑ	2,46 ± 1,09	
Εύρος	0 – 4	

ΜΤ = Μέση Τιμή ΤΑ = Τυπική Απόκλιση

Το 62,1% των ασθενών του δείγματος ήταν άνδρες και το 37,9% γυναίκες. Η ηλικία τους κυμαίνονταν από 18 έως 92 ετών με μέση τιμή τα 61,80 έτη (ΤΑ=15,11). Η πλειονότητα (46,9%) βρισκόταν στο ηλικιακό εύρος 60 - 79 έτη. Αναφορικά με τον τόπο της μόνιμης διαμονής τους το 67,3% κατοικούσε σε αστική περιοχή, το 15,3% σε ημιαστική και το 17,4% σε αγροτική περιοχή. Οι περισσότεροι ασθενείς ήταν έγγαμοι (59,1%) και είχαν 1 έως 2 παιδιά (51,5%). Τα  $\frac{3}{4}$  περίπου των ασθενών δεν ζούσαν μόνοι τους αλλά μαζί με άλλον ή άλλους (76,6%). Όσον αφορά το εκπαιδευτικό τους επίπεδο η πλειονότητα ήταν απόφοιτοι Δευτεροβάθμιας

εκπαίδευσης (43,6%) ενώ ένα σχετικά μικρό ποσοστό Τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (17,2%). Το 61,0% των ασθενών ήταν συνταξιούχοι, το 10,9% αυτοαπασχολούμενοι, το 8,2% δημόσιοι ή ιδιωτικοί υπάλληλοι και το 19,9% άνεργοι ή οικιακά. Σχετικά με το θρήσκευμα η συντριπτική πλειονότητα ήταν Χριστιανοί Ορθόδοξοι (95,9%). Στις ερωτήσεις αναφορικά με το πόσο θρησκευόμενοι είναι και το πόσο κοντά αισθάνονται στο θεό η πλειονότητα, δηλαδή το 65,1% και το 62,7% αντίστοιχα, δήλωσε «κάπως» ή «πολύ» στην κλίμακα απαντήσεων των πέντε σημείων που χρησιμοποιήθηκε. Τα έτη που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση κυμαίνονταν από 1 έως 26 με μέση τιμή τα 5,69 έτη (TA=5,25), ενώ η πλειονότητα (62,9%) βρισκόταν στο εύρος 1 - 5 έτη. Το 52,6% των ασθενών αντιμετώπιζε και κάποιο άλλο πρόβλημα υγείας. Όσον αφορά το τρέχον επίπεδο δραστηριότητας και την επιβάρυνση των συμπτωμάτων στην καθημερινότητα, το 31,3% των ασθενών δήλωσε ότι βρισκόταν σε καλό επίπεδο, το 29,7% σε μέτριο επίπεδο, το 19,9% σε κακό ή πολύ κακό επίπεδο και το 19,1% σε πολύ καλό επίπεδο.

## A.2 Αξιοπιστία των Κλιμάκων

Στον Πίνακα 10 παρουσιάζεται ο συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach Alpha των τεσσάρων Κλιμάκων που χρησιμοποιήθηκαν στην έρευνα, δηλαδή της Πνευματικότητας «FACIT – Sp12 Scale», της Ποιότητας Ζωής «MVQOLI – 15R», της Ψυχιατρικής Συμπτωματολογίας «SCL – 90R» και των Αντιλήψεων για τη Νόσο «BIPQ».

**Πίνακας 10:** Συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach Alpha των Κλιμάκων (n=367).

Κλίμακα	Cronbach's Alpha
-Πνευματικότητας «FACIT – Sp12 Scale»	0,82
-Ποιότητας Ζωής «MVQOLI – 15R»	0,70
- Ψυχιατρικής Συμπτωματολογίας «SCL – 90R»	0,98
-Αντιλήψεων για τη Νόσο «BIPQ»	0,75

Η αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής (internal consistency reliability) των Κλιμάκων εκτιμήθηκε με το συντελεστή Cronbach's Alpha. Τιμή του συντελεστή  $\alpha \geq$

0,70 χαρακτηρίζει ως πολύ καλή την αξιοπιστία των ερωτήσεων μιας κλίμακας. Οι τιμές του συντελεστή Cronbach's Alpha ήταν  $\alpha=0,82$  για την Κλίμακα Πνευματικότητας «FACIT – Sp12 Scale»,  $\alpha=0,70$  για την Κλίμακα Ποιότητας Ζωής «MVQOLI – 15R»,  $\alpha=0,98$  για την Κλίμακα Ψυχιατρικής Συμπτωματολογίας «SCL – 90R» και  $\alpha=0,75$  για την Κλίμακα Αντιλήψεων για τη Νόσο «BIPQ» γεγονός που δείχνει την πολύ καλή αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής των ερωτήσεων που απαρτίζουν τις επιμέρους Κλίμακες της έρευνας.

### A.3 Κλίμακα Πνευματικότητας «FACIT – Sp12 Scale»

Στον Πίνακα 11 παρουσιάζονται τα περιγραφικά στατιστικά μέτρα της Κλίμακας Πνευματικότητας «FACIT – Sp12 Scale» και των διαστάσεων της (Υποκλίμακες).

**Πίνακας 11:** Περιγραφικά στατιστικά μέτρα των διαστάσεων της Κλίμακας Πνευματικότητας «FACIT – Sp12 Scale» (n=367).

Κλίμακα Πνευματικότητας	ΜΤ ± ΤΑ	ΔΤ	Εύρος
<b>Νόημα</b> (θεωρητικό εύρος: 0 – 16)	11,99 ± 3,27	13,00	1 – 16
<b>Γαλήνη</b> (θεωρητικό εύρος: 0 – 16)	9,26 ± 3,38	9,00	1 – 16
<b>Πίστη</b> (θεωρητικό εύρος: 0 – 16)	9,30 ± 3,95	10,00	0 – 16
<b>Συνολική Πνευματικότητα</b> (θεωρητικό εύρος: 0 – 48)	30,55 ± 8,22	31,00	3 – 47

ΜΤ = Μέση Τιμή ΤΑ = Τυπική Απόκλιση ΔΤ = Διάμεσος Τιμή

Το συνολικό σκορ της Κλίμακας Πνευματικότητας «FACIT – Sp12 Scale» (Συνολική Πνευματικότητα) κυμαίνονταν από 3 έως 47 με μέση τιμή 30,55 (ΤΑ=8,22) και διάμεσο τιμή 31,00. Τόσο η μέση τιμή όσο και η διάμεσος τιμή ήταν μεγαλύτερες της τιμής 24 που αντιστοιχεί στο μεσαίο σημείο της κλίμακας μέτρησης των απαντήσεων (θεωρητικό εύρος δείκτη), γεγονός που δείχνει ότι η πλειονότητα των ασθενών εμφάνιζε σχετικά υψηλές τιμές Συνολικής Πνευματικότητας.

Η μέση τιμή των επιμέρους διαστάσεων της Κλίμακας ήταν για το «Νόημα» 11,99 (TA=3,27), τη «Γαλήνη» 9,26 (TA=3,38) και την «Πίστη» 9,30 (TA=3,95). Όλες οι διαστάσεις της Πνευματικότητας εμφάνιζαν μέση τιμή και διάμεσο τιμή άνω του 8 που αντιστοιχεί στο μεσαίο σημείο της κλίμακας μέτρησης των απαντήσεων (θεωρητικό εύρος τιμών). Συγκριτικά την υψηλότερη μέση τιμή εμφάνιζε το «Νόημα» και τη χαμηλότερη η «Γαλήνη» με την «Πίστη».

#### A.4 Κλίμακα Ποιότητας Ζωής «MVQOLI – 15R»

Στον Πίνακα 12 παρουσιάζονται τα περιγραφικά στατιστικά μέτρα της Κλίμακας Ποιότητας Ζωής «MVQOLI – 15R» και των διαστάσεών της (Υποκλίμακες).

**Πίνακας 12:** Περιγραφικά στατιστικά μέτρα των διαστάσεων της Κλίμακας Ποιότητας Ζωής «MVQOLI – 15R» (n=367).

<b>Κλίμακα Ποιότητας Ζωής</b>	<b>ΜΤ ± ΤΑ</b>	<b>ΔΤ</b>	<b>Εύρος</b>
<b>Σφαιρική Ποιότητα Ζωής</b> (θεωρητικό εύρος: 1 – 5)	3,41 ± 0,93	4,00	1 – 5
<b>Συμπτώματα</b> (θεωρητικό εύρος: -30 – 30)	4,39 ± 9,95	6,00	-30 – 30
<b>Λειτουργικότητα</b> (θεωρητικό εύρος: -30 – 30)	6,59 ± 10,56	8,00	-30 – 30
<b>Διαπροσωπικές Σχέσεις</b> (θεωρητικό εύρος: -30 – 30)	12,24 ± 12,97	16,00	-30 – 30
<b>Ευεξία</b> (θεωρητικό εύρος: -30 – 30)	-6,70 ± 13,38	-9,00	-30 – 30
<b>Πνευματικότητα</b> (θεωρητικό εύρος: -30 – 30)	5,67 ± 14,78	8,00	-30 – 30
<b>Συνολική Ποιότητα Ζωής</b> (θεωρητικό εύρος: 0 – 30)	17,22 ± 3,85	17,20	7,30 – 29,40

ΜΤ = Μέση Τιμή ΤΑ = Τυπική Απόκλιση ΔΤ = Διάμεσος Τιμή

Το συνολικό σκορ της Κλίμακας Ποιότητας Ζωής «MVQOLI – 15R» (Συνολική Ποιότητα Ζωής) κυμαίνονταν από 7,30 έως 29,40 με μέση τιμή 17,22

(TA=3,85) και διάμεσο τιμή 17,20. Τόσο η μέση τιμή όσο και η διάμεσος τιμή ήταν κατά τι μεγαλύτερες της τιμής 15 που αντιστοιχεί στο μεσαίο σημείο της κλίμακας μέτρησης των απαντήσεων (θεωρητικό εύρος δείκτη), γεγονός που δείχνει ότι η πλειονότητα των ασθενών εμφάνιζε ικανοποιητικές τιμές Συνολικής Ποιότητας Ζωής.

Όσον αφορά την ερώτηση που αξιολογούσε γενικά την Ποιότητα Ζωής (Σφαιρική Ποιότητα Ζωής) η πλειονότητα των ασθενών εμφάνιζε υψηλές τιμές απαντήσεων (μέση τιμή=3,41 και διάμεσος τιμή=4,00).

Η μέση τιμή των επιμέρους διαστάσεων της Κλίμακας ήταν για τα «Συμπτώματα» 4,39 (TA=9,95), τη «Λειτουργικότητα» 6,59 (TA=10,56), τις «Διαπροσωπικές Σχέσεις» 12,24 (TA=12,97), την «Ευεξία» -6,70 (TA=13,38) και την «Πνευματικότητα» 5,67 (TA=14,78). Όλες οι διαστάσεις της Ποιότητας Ζωής εμφάνιζαν μέση τιμή και διάμεσο τιμή με θετικό πρόσημο, δηλαδή η πλειονότητα των ασθενών αξιολογούσε θετικά τις επιμέρους διαστάσεις, με μοναδική εξαίρεση την «Ευεξία» που είχε μέση τιμή και διάμεσο τιμή με αρνητικό πρόσημο, δηλαδή αρνητική αξιολόγηση. Μεταξύ των θετικών διαστάσεων την υψηλότερη μέση τιμή εμφάνιζε οι «Διαπροσωπικές Σχέσεις» και τη χαμηλότερη τα «Συμπτώματα».

## **A.5 Κλίμακα Ψυχιατρικής Συμπτωματολογίας «SCL – 90R»**

Στον Πίνακα 13 παρουσιάζονται τα περιγραφικά στατιστικά μέτρα της Κλίμακας Ψυχιατρικής Συμπτωματολογίας «SCL – 90R» και των διαστάσεών της (Υποκλίμακες).

**Πίνακας 13:** Περιγραφικά στατιστικά μέτρα των δεικτών και διαστάσεων της Κλίμακας Ψυχιατρικής Συμπτωματολογίας «SCL – 90R» (n=367).

<b>Κλίμακα Ψυχιατρικής Συμπτωματολογίας</b>	<b>ΜΤ ± ΤΑ</b>	<b>ΔΤ</b>	<b>Εύρος</b>
<b>Σωματοποίηση</b> (θεωρητικό εύρος: 0 – 4)	0,98 ± 0,74	0,83	0 – 4
<b>Ιδεοψυχαναγκασμός</b> (θεωρητικό εύρος: 0 – 4)	1,01 ± 0,77	0,80	0 – 4
<b>Διαπροσωπική Ευαισθησία</b> (θεωρητικό εύρος: 0 – 4)	0,81 ± 0,70	0,56	0 – 4
<b>Κατάθλιψη</b> (θεωρητικό εύρος: 0 – 4)	1,14 ± 0,75	1,00	0 – 4
<b>Άγχος</b> (θεωρητικό εύρος: 0 – 4)	0,82 ± 0,74	0,60	0 – 4
<b>Εχθρότητα / Επιθετικότητα</b> (θεωρητικό εύρος: 0 – 4)	0,65 ± 0,69	0,33	0 – 4
<b>Φοβικό Άγχος</b> (θεωρητικό εύρος: 0 – 4)	0,76 ± 0,86	0,43	0 – 4
<b>Παρανοειδής Ιδεασμός</b> (θεωρητικό εύρος: 0 – 4)	0,81 ± 0,75	0,67	0 – 4
<b>Ψυχωτισμός</b> (θεωρητικό εύρος: 0 – 4)	0,58 ± 0,63	0,40	0 – 4
<b>Πρόσθετα Στοιχεία (Διάφορες Αιτιάσεις)</b> (θεωρητικό εύρος: 0 – 4)	1,12 ± 0,76	1,00	0 – 4
<b>Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων</b> (θεωρητικό εύρος: 0 – 4)	0,89 ± 0,63	0,74	0 – 4
<b>Δείκτης Θετικών Συμπτωμάτων</b> (θεωρητικό εύρος: 0 – 90)	42,18 ± 24,22	38,00	0 – 90
<b>Δείκτης Ενόχλησης Θετικών Συμπτωμάτων</b> (θεωρητικό εύρος: 0 – 4)	1,84 ± 0,55	1,73	0 – 4

ΜΤ = Μέση Τιμή ΤΑ = Τυπική Απόκλιση ΔΤ = Διάμεσος Τιμή

Το συνολικό σκορ της Κλίμακας Ψυχιατρικής Συμπτωματολογίας «SCL – 90R» (Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων – Συνολική Ψυχιατρική Συμπτωματολογία) κυμαίνονταν από 0 έως 4 με μέση τιμή 0,89 (ΤΑ=0,63) και διάμεσο τιμή 0,74. Τόσο η μέση τιμή όσο και η διάμεσος τιμή ήταν μικρότερες της τιμής 2 που αντιστοιχεί στο μεσαίο σημείο της κλίμακας μέτρησης των απαντήσεων (θεωρητικό εύρος δείκτη),

γεγονός που δείχνει ότι η πλειονότητα των ασθενών εμφάνιζε χαμηλές τιμές Συνολικής ψυχιατρικής συμπτωματολογίας.

Ο Δείκτης Θετικών Συμπτωμάτων κυμαίνονταν από 0 έως 90 με μέση τιμή 42,18 (TA=24,22) και διάμεσο τιμή 38,00. Τόσο η μέση τιμή όσο και η διάμεσος τιμή ήταν μικρότερες της τιμής 45 που αντιπροσωπεύει το ήμισυ των ερωτήσεων της Κλίμακας ψυχιατρικής συμπτωματολογίας (θεωρητικό εύρος δείκτη), γεγονός που δείχνει ότι η πλειονότητα των ασθενών εμφάνιζε σχετικά χαμηλές τιμές Θετικών Συμπτωμάτων (αριθμός ερωτήσεων με βαθμολογία > 0).

Ο Δείκτης Ενόχλησης Θετικών Συμπτωμάτων κυμαίνονταν από 0 έως 4 με μέση τιμή 1,84 (TA=0,55) και διάμεσο τιμή 1,73. Τόσο η μέση τιμή όσο και η διάμεσος τιμή ήταν κατά ελάχιστο μικρότερες της τιμής 2 που αντιστοιχεί στο μεσαίο σημείο του θεωρητικού εύρους τιμών του δείκτη, γεγονός που δείχνει ότι η πλειονότητα των ασθενών εμφάνιζε κατά τι χαμηλές τιμές Ενόχλησης Θετικών Συμπτωμάτων.

Η μέση τιμή των επιμέρους διαστάσεων της Κλίμακας ήταν για την «Σωματοποίηση» 0,98 (TA=0,74), τον «Ιδεοψυχαναγκασμό» 1,01 (TA=0,77), την «Διαπροσωπική Ευαισθησία» 0,81 (TA=0,70), την «Κατάθλιψη» 1,14 (TA=0,75), το «Άγχος» 0,82 (TA=0,74), την «Εχθρότητα / Επιθετικότητα» 0,65 (TA=0,69), το «Φοβικό Άγχος» 0,76 (TA=0,86), τον «Παρανοειδή Ιδεασμό» 0,81 (TA=0,75), τον «Ψυχωτισμό» 0,58 (TA=0,63) και τα «Πρόσθετα Στοιχεία (Διάφορες Αιτιάσεις)» 1,12 (TA=0,76). Όλες οι διαστάσεις της Ψυχιατρικής Συμπτωματολογίας εμφάνιζαν μέση τιμή και διάμεσο τιμή κάτω του 2 που αντιστοιχεί στο μεσαίο σημείο της κλίμακας μέτρησης των απαντήσεων (θεωρητικό εύρος τιμών). Συγκριτικά την υψηλότερη μέση τιμή εμφάνιζε η «Κατάθλιψη» με τα «Πρόσθετα Στοιχεία (Διάφορες Αιτιάσεις)» και τη χαμηλότερη ο «Ψυχωτισμός» με την «Εχθρότητα / Επιθετικότητα».

Στον Πίνακα 14 παρουσιάζεται η κατανομή των 367 ασθενών υπό αιμοκάθαρση ως προς την παρουσία (σκορ  $\geq 1$ ) ή την απουσία (σκορ < 1) συμπτωμάτων Ψυχιατρικής Συμπτωματολογίας με βάση τις τιμές των απαντήσεων στην Κλίμακα Ψυχιατρικής Συμπτωματολογίας «SCL – 90R» και χρησιμοποιώντας ως διαχωριστικό όριο την τιμή 1, η οποία αντιστοιχεί στο σημείο «Λίγο» της κλίμακας μέτρησης των απαντήσεων.



**Πίνακας 14:** Κατανομή των ασθενών ως προς την παρουσία ή την απουσία συμπτωμάτων Ψυχιατρικής συμπτωματολογίας\* (n=367).

Κλίμακα Ψυχιατρικής Συμπτωματολογίας «SCL – 90R»	Παρουσία		Απουσία	
	Συμπτωμάτων		Συμπτωμάτων	
	n	%	n	%
Σωματοποίηση	171	46,6%	196	53,4%
Ιδεοψυχαναγκασμός	163	44,4%	204	55,6%
Διαπροσωπική Ευαισθησία	121	33,0%	246	67,0%
Κατάθλιψη	189	51,5%	178	48,5%
Άγχος	133	36,2%	234	63,8%
Εχθρότητα / Επιθετικότητα	103	28,1%	264	71,9%
Φοβικό Άγχος	118	32,2%	249	67,8%
Παρανοειδής Ιδεασμός	127	34,6%	240	65,4%
Ψυχωτισμός	76	20,7%	291	79,3%
Πρόσθετα Στοιχεία (Διάφορες Αιτιάσεις)	208	56,7%	159	43,3%
Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων	126	34,3%	241	65,7%

\*Ως διαχωριστικό όριο (cutoff) χρησιμοποιήθηκε η τιμή 1,00.

Περίπου το 1/3 των ασθενών εμφάνιζε ψυχιατρική συμπτωματολογία (Επιπολασμός ΓΔΣ = 34,3%). Αναφορικά με τις επιμέρους διαστάσεις της Κλίμακας ο Επιπολασμός των συμπτωμάτων, δηλαδή το ποσοστό των ασθενών με συμπτώματα, κυμαίνονταν από 20,7% για τον «Ψυχωτισμό» και 28,1% για την «Εχθρότητα / Επιθετικότητα» έως 51,5% για την «Κατάθλιψη» και 56,7% για τα «Πρόσθετα Στοιχεία (Διάφορες Αιτιάσεις)». Ο Επιπολασμός των συμπτωμάτων σε όλες τις διαστάσεις της Κλίμακας Ψυχιατρικής Συμπτωματολογίας ήταν κάτω του 50% με εξαίρεση την «Κατάθλιψη» και τα «Πρόσθετα Στοιχεία (Διάφορες Αιτιάσεις)». Επίσης υψηλά ποσοστά παρουσίαζε η «Σωματοποίηση» 46,6% και ο «Ιδεοψυχαναγκασμός» 44,4%.

## A.6 Σύντομο Ερωτηματολόγιο Αντιλήψεων για τη Νόσο «BIPQ»

Στον Πίνακα 15 παρουσιάζονται τα περιγραφικά στατιστικά μέτρα της Κλίμακας Αντιλήψεων για τη Νόσο «BIPQ» και των διαστάσεών της (Υποκλίμακες).

**Πίνακας 15:** Περιγραφικά στατιστικά μέτρα των διαστάσεων της Κλίμακας Αντιλήψεων για τη Νόσο «BIPQ» (n=367).

Κλίμακα Αντιλήψεων για τη Νόσο	ΜΤ ± ΤΑ	ΔΤ	Εύρος
<b>Συνέπειες</b> (θεωρητικό εύρος: 0 – 10)	7,37 ± 2,90	8,00	0 – 10
<b>Χρονική Διάρκεια</b> (θεωρητικό εύρος: 0 – 10)	9,03 ± 2,16	10,00	0 – 10
<b>Προσωπικός Έλεγχος</b> (θεωρητικό εύρος: 0 – 10)	3,11 ± 2,61	3,00	0 – 10
<b>Θεραπευτικός Έλεγχος</b> (θεωρητικό εύρος: 0 – 10)	1,89 ± 2,26	1,00	0 – 10
<b>Ταυτότητα</b> (θεωρητικό εύρος: 0 – 10)	5,63 ± 3,07	6,00	0 – 10
<b>Ανησυχία</b> (θεωρητικό εύρος: 0 – 10)	6,71 ± 3,33	8,00	0 – 10
<b>Κατανόηση Νόσου</b> (θεωρητικό εύρος: 0 – 10)	2,33 ± 2,47	2,00	0 – 10
<b>Συναισθηματικός Αντίκτυπος</b> (θεωρητικό εύρος: 0 – 10)	6,63 ± 3,29	8,00	0 – 10
<b>Συνολική Αντίληψη για τη Νόσο</b> (θεωρητικό εύρος: 0 – 80)	42,70 ± 13,41	45,00	0 – 80

ΜΤ = Μέση Τιμή ΤΑ = Τυπική Απόκλιση ΔΤ = Διάμεσος Τιμή

Το συνολικό σκορ της Κλίμακας Αντιλήψεων για τη Νόσο «BIPQ» (Συνολική Αντίληψη για τη Νόσο) κυμαίνονταν από 0 έως 80 με μέση τιμή 42,70 (ΤΑ=13,41) και διάμεσο τιμή 45,00. Τόσο η μέση τιμή όσο και η διάμεσος τιμή ήταν κατά τι μεγαλύτερες της τιμής 40 που αντιστοιχεί στο μεσαίο σημείο της κλίμακας μέτρησης των απαντήσεων (θεωρητικό εύρος δείκτη), γεγονός που δείχνει ότι η πλειονότητα των ασθενών εμφάνιζε σχετικά υψηλές τιμές Συνολικής Αντίληψης για τη Νόσο δηλαδή απειλητική άποψη για τη νόσο.

Η μέση τιμή των επιμέρους διαστάσεων της Κλίμακας ήταν για τις «Συνέπειες» 7,37 (TA=2,90), την «Χρονική Διάρκεια» 9,03 (TA=2,16), τον «Προσωπικό Έλεγχο» 3,11 (TA=2,61), τον «Θεραπευτικό Έλεγχο» 1,89 (TA=2,26), την «Ταυτότητα» 5,63 (TA=3,07), την «Ανησυχία» 6,71 (TA=3,33), την «Κατανόηση Νόσου» 2,33 (TA=2,47) και τον «Συναισθηματικό Αντίκτυπο» 6,63 (TA=3,29). Στις πέντε από τις οκτώ διαστάσεις των Αντιλήψεων για τη Νόσο οι ασθενείς εξέφραζαν ιδιαίτερα απειλητική άποψη καθώς εμφάνιζαν μέση τιμή και διάμεσο τιμή άνω του 5 που αντιστοιχεί στο μεσαίο σημείο της κλίμακας μέτρησης των απαντήσεων (θεωρητικό εύρος τιμών). Συγκριτικά την υψηλότερη μέση τιμή εμφάνιζε η «Χρονική Διάρκεια» με τις «Συνέπειες» και τη χαμηλότερη η «Κατανόηση Νόσου» με τον «Θεραπευτικό Έλεγχο».

Στον Πίνακα 16 παρουσιάζεται η άποψη των 367 ασθενών υπό αιμοκάθαρση ως προς τους τρεις πιο σημαντικούς παράγοντες που θεωρούν ότι προκάλεσαν την ασθένειά τους.

**Πίνακας 16:** Αιτιολογική πεποίθηση για τη Νόσο - Αιτιολογική ερώτηση της Κλίμακας Αντιλήψεων για τη Νόσο «BIPQ» (n=367).

Παράγοντες που προκάλεσαν τη Νόσο	n	%
-Συνέπεια άλλης νόσου	154	42,0%
-Ελλιπής έλεγχος της υγείας	48	13,1%
-Κακή διατροφή και τρόπος ζωής	44	12,0%
-Γενετικοί παράγοντες & Κληρονομικότητα	40	10,9%
-Άγχος & Στρες	29	7,9%
-Τύχη	27	7,4%
-Περιβάλλον	25	6,8%
-Ιατρικό λάθος	15	4,1%
-Συνέπεια φαρμακευτικής αγωγής	15	4,1%

Οι τρεις παράγοντες με τη μεγαλύτερη συχνότητα απαντήσεων ήταν η «Συνέπεια άλλης νόσου» (42,0%), ο «Ελλιπής έλεγχος της υγείας» (13,1%) και η «Κακή διατροφή και τρόπος ζωής» (12,0%). Στον αντίποδα οι τρεις παράγοντες με τη μικρότερη συχνότητα απαντήσεων ήταν το «Περιβάλλον» (6,8%), το «Ιατρικό λάθος» (4,1%) και η «Συνέπεια φαρμακευτικής αγωγής» (4,1%).

## **B. ΕΠΑΓΩΓΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ**

### **B.1 Πνευματικότητα και Χαρακτηριστικά των ασθενών**

Στην παρούσα ενότητα διερευνάται η σχέση της Πνευματικότητας με τα χαρακτηριστικά των ασθενών υπό αιμοκάθαρση. Ειδικότερα η ενότητα περιλαμβάνει τους εξής ελέγχους:

- Τη σχέση της Πνευματικότητας με τα χαρακτηριστικά των ασθενών - Διμεταβλητή ανάλυση
- Τους προβλεπτικούς παράγοντες της Πνευματικότητας - Πολυμεταβλητή ανάλυση

#### **B.1.1 Σχέση Πνευματικότητας και Χαρακτηριστικών των ασθενών (Διμεταβλητή ανάλυση)**

Στον Πίνακα 17 παρουσιάζεται η διμεταβλητή (bivariate) διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της Κλίμακας Πνευματικότητας «FACIT – Sp12 Scale» με τα χαρακτηριστικά των ασθενών υπό αιμοκάθαρση.

**Πίνακας 17:** Συσχέτιση της Κλίμακας Πνευματικότητας «FACIT – Sp12 Scale» με τα χαρακτηριστικά των ασθενών (n=367).

Χαρακτηριστικά	Νόημα	Γαλήνη	Πίστη	Συνολική Πνευματικότητα
<b>Φύλο</b>				
Ανδρας	12,13 ± 3,24	9,54 ± 3,38	8,88 ± 4,10	30,55 ± 8,42
Γυναίκα	11,75 ± 3,31	8,81 ± 3,34	10,00 ± 3,59	30,55 ± 7,90
t	1,091	2,026	2,752	0,006
p	0,276	<b>0,044</b>	<b>0,006</b>	0,995
<b>Ηλικία (έτη)</b>				
r	-0,154	-0,097	0,073	-0,066
p	<b>0,003</b>	<b>0,062</b>	0,162	0,205
<b>Τόπος διαμονής</b>				
Αστική περιοχή	12,52 ± 3,35	9,48 ± 3,70	9,60 ± 4,14	31,60 ± 8,71
Μη αστική περιοχή	10,89 ± 2,81	8,82 ± 2,57	8,68 ± 3,47	28,39 ± 6,61
t	4,595	1,991	2,235	3,914
p	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,047</b>	<b>0,026</b>	<b>&lt;0,001</b>
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>				
Έγγαμος/η	12,60 ± 3,09	9,86 ± 3,34	9,88 ± 3,87	32,34 ± 8,30
Μη έγγαμος/η	11,09 ± 3,32	8,40 ± 3,26	8,47 ± 3,93	27,97 ± 7,38
t	4,465	4,149	3,392	5,295
p	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>
<b>Ύπαρξη παιδιών</b>				
Ναι	12,05 ± 3,35	9,28 ± 3,48	9,63 ± 3,83	30,97 ± 8,38
Όχι	11,82 ± 3,07	9,22 ± 3,14	8,51 ± 4,14	29,56 ± 7,76
t	0,614	0,144	2,503	1,500
p	0,540	0,886	<b>0,013</b>	0,134
<b>Αριθμός παιδιών</b>				
r	-0,023	-0,063	0,148	0,036
p	0,666	0,229	<b>0,004</b>	0,487
<b>Μένετε μόνος/η;</b>				
Ναι	11,29 ± 3,27	8,76 ± 3,47	8,52 ± 3,95	28,57 ± 7,88
Όχι	12,20 ± 3,24	9,42 ± 3,34	9,54 ± 3,93	31,16 ± 8,24
t	2,269	1,589	2,101	2,574
p	<b>0,024</b>	0,113	<b>0,036</b>	<b>0,010</b>
<b>Εκπαιδευτικό επίπεδο</b>				
Πρωτοβάθμια (1)	11,01 ± 3,34	8,69 ± 3,46	9,78 ± 3,81	29,49 ± 8,29
Δευτεροβάθμια (2)	12,46 ± 2,95	9,26 ± 3,21	8,81 ± 3,89	30,53 ± 7,60
Τριτοβάθμια (3)	13,02 ± 3,35	10,57 ± 3,32	9,46 ± 4,32	33,05 ± 9,11
F	11,821	6,979	2,342	4,190

p	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,001</b>	<b>0,098</b>	<b>0,016</b>
Post Hoc Test (LSD)	(1)<(2) p<0,001 (1)<(3) p<0,001	(1)<(3) p<0,001 (2)<(3) p=0,008	(2)<(1) p=0,033	(1)<(3) p=0,004 (2)<(3) p=0,038
<b>Επαγγελματική κατάσταση</b>				
Εργαζόμενος	12,97 ± 2,91	10,34 ± 3,33	10,00 ± 4,27	33,31 ± 8,40
Μη εργαζόμενος	11,75 ± 3,31	9,01 ± 3,35	9,14 ± 3,86	29,90 ± 8,05
t	2,831	3,008	1,647	3,167
p	<b>0,005</b>	<b>0,003</b>	<b>0,100</b>	<b>0,002</b>
<b>Θρήσκευμα</b>				
Χριστιανός Ορθόδοξος	12,00 ± 3,24	9,26 ± 3,38	9,29 ± 3,90	30,55 ± 8,18
Μη Χριστιανός Ορθόδοξος	11,73 ± 4,03	9,40 ± 3,44	9,53 ± 5,14	30,67 ± 9,35
t	0,306	0,162	0,231	0,056
p	0,760	0,872	0,818	0,955
<b>Πόσο θρησκευόμενος είστε;</b>				
r	0,131	0,181	0,560	0,396
p	<b>0,012</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>
<b>Πόσο κοντά αισθάνεστε στο θεό;</b>				
r	0,184	0,256	0,595	0,465
p	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>
<b>Διάρκεια Αιμοκάθαρσης (έτη)</b>				
r	0,008	0,039	-0,051	-0,005
p	0,877	0,458	0,328	0,918
<b>Άλλο πρόβλημα υγείας</b>				
Ναι	11,63 ± 3,43	8,56 ± 3,42	9,05 ± 4,05	29,24 ± 8,54
Όχι	12,38 ± 3,04	10,03 ± 3,17	9,59 ± 3,82	32,00 ± 7,61
t	2,213	4,256	1,308	3,251
p	<b>0,028</b>	<b>&lt;0,001</b>	0,192	<b>0,001</b>
<b>Τρέχον επίπεδο δραστηριότητας</b>				
r	0,302	0,343	0,071	0,295
p	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	0,176	<b>&lt;0,001</b>

Τα δεδομένα παρουσιάζονται ως Μέση Τιμή ± Τυπική Απόκλιση

Από τον στατιστικό διμεταβλητό έλεγχο της σχέσης μεταξύ της Πνευματικότητας (Κλίμακα «FACIT – Sp12 Scale») και των χαρακτηριστικών των ασθενών διαπιστώθηκαν τα εξής:

- Η διάσταση «**Νόημα**» σχετίζονταν στατιστικά σημαντικά με την ηλικία (p=0,003), τον τόπο διαμονής (p<0,001), την οικογενειακή κατάσταση (p<0,001), τη διαβίωση με άλλους (p=0,024), το εκπαιδευτικό επίπεδο (p<0,001), την επαγγελματική κατάσταση (p=0,005), το πόσο θρησκευόμενοι είναι (p=0,012),

το πόσο κοντά αισθάνονται στο θεό ( $p<0,001$ ), την ύπαρξη άλλου προβλήματος υγείας ( $p=0,028$ ) και το τρέχον επίπεδο δραστηριότητας ( $p<0,001$ ).

- Η διάσταση «**Γαλήνη**» σχετίζονταν στατιστικά σημαντικά με το φύλο ( $p=0,044$ ), τον τόπο διαμονής ( $p=0,047$ ), την οικογενειακή κατάσταση ( $p<0,001$ ), το εκπαιδευτικό επίπεδο ( $p=0,001$ ), την επαγγελματική κατάσταση ( $p=0,003$ ), το πόσο θρησκευόμενοι είναι ( $p<0,001$ ), το πόσο κοντά αισθάνονται στο θεό ( $p<0,001$ ), την ύπαρξη άλλου προβλήματος υγείας ( $p<0,001$ ), το τρέχον επίπεδο δραστηριότητας ( $p<0,001$ ) και οριακά στο επίπεδο του 10% με την ηλικία ( $p=0,062$ ).
- Η διάσταση «**Πίστη**» σχετίζονταν στατιστικά σημαντικά με το φύλο ( $p=0,006$ ), τον τόπο διαμονής ( $p=0,026$ ), την οικογενειακή κατάσταση ( $p=0,001$ ), την ύπαρξη παιδιών ( $p=0,013$ ), τον αριθμό παιδιών ( $p=0,004$ ), τη διαβίωση με άλλους ( $p=0,036$ ), το πόσο θρησκευόμενοι είναι ( $p<0,001$ ), το πόσο κοντά αισθάνονται στο θεό ( $p<0,001$ ) και οριακά στο επίπεδο του 10% με το εκπαιδευτικό επίπεδο ( $p=0,098$ ) και την επαγγελματική κατάσταση ( $p=0,100$ ).
- Η «**Συνολική Πνευματικότητα**» σχετίζονταν στατιστικά σημαντικά με τον τόπο διαμονής ( $p<0,001$ ), την οικογενειακή κατάσταση ( $p<0,001$ ), τη διαβίωση με άλλους ( $p=0,010$ ), το εκπαιδευτικό επίπεδο ( $p=0,016$ ), την επαγγελματική κατάσταση ( $p=0,002$ ), το πόσο θρησκευόμενοι είναι ( $p<0,001$ ), το πόσο κοντά αισθάνονται στο θεό ( $p<0,001$ ), την ύπαρξη άλλου προβλήματος υγείας ( $p=0,001$ ) και το τρέχον επίπεδο δραστηριότητας ( $p<0,001$ ).

### **B.1.2 Προβλεπτικοί παράγοντες της Πνευματικότητας (Πολυμεταβλητή ανάλυση)**

Για την ανάδειξη προβλεπτικών παραγόντων (predictors) ή προσδιοριστών (determinants) της Πνευματικότητας (Κλίμακα «FACIT – Sp12 Scale») των ασθενών υπό αιμοκάθαρση εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή ανάλυση. Στην πολυμεταβλητή ανάλυση εισήχθησαν τα χαρακτηριστικά των ασθενών που σχετίζονταν με την Πνευματικότητα στο επίπεδο σημαντικότητας του 0,25 από τη διμεταβλητή ανάλυση. Στον Πίνακα 18 παρουσιάζεται η πολυμεταβλητή (multivariate) ανάλυση χρησιμοποιώντας το στατιστικό υπόδειγμα της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης (multiple linear regression) με τη μέθοδο της βηματικής (stepwise) ένταξης μεταβλητών.





**Πίνακας 18:** Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση (μέθοδος stepwise) με εξαρτημένη μεταβλητή την Κλίμακα Πνευματικότητας «FACIT – Sp12 Scale» και ανεξάρτητες μεταβλητές τα χαρακτηριστικά των ασθενών\* (n=367).

Κλίμακα Πνευματικότητας	Προβλεπτικοί παράγοντες	β	ΤΣ	95% ΔΕ	Τιμή p
<b>Νόημα</b>	Σταθερά (α)	11,450	0,866	9,747 έως 13,153	<0,001
	<b>Τόπος διαμονής</b>				
	Αστική περιοχή (κατηγορία αναφοράς)	0			
	Μη αστική περιοχή	-1,399	0,330	-2,047 έως -0,750	<0,001
	<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>				
	Έγγαμος/η (κατηγορία αναφοράς)	0			
	Μη έγγαμος/η	-1,049	0,315	-1,669 έως -0,428	0,001
	<b>Εκπαιδευτικό επίπεδο</b>				
	Πρωτοβάθμια (κατηγορία αναφοράς)	0			
	Δευτεροβάθμια	1,118	0,344	0,442 έως 1,794	0,001
	Τριτοβάθμια	1,494	0,458	0,593 έως 2,395	0,001
	<b>Πόσο κοντά αισθάνεστε στο θεό</b>	0,514	0,139	0,240 έως 0,788	<0,001
	<b>Τρέχον επίπεδο δραστηριότητας</b>	0,741	0,146	0,454 έως 1,027	<0,001
	Διορθωμένος $R^2=22,3\%$ , $F=18,525$ , $p<0,001$				
	<b>Κλίμακα Πνευματικότητας</b>	<b>Προβλεπτικοί παράγοντες</b>	<b>β</b>	<b>ΤΣ</b>	<b>95% ΔΕ</b>
<b>Γαλήνη</b>	Σταθερά (α)	6,829	0,956	4,950 έως 8,708	<0,001
	<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>				
	Έγγαμος/η (κατηγορία αναφοράς)	0			
	Μη έγγαμος/η	-0,919	0,325	-1,558 έως -0,281	0,005
	<b>Εκπαιδευτικό επίπεδο</b>				
	Πρωτοβάθμια	-1,703	0,462	-2,612 έως -0,794	<0,001
	Δευτεροβάθμια	-1,369	0,444	-2,242 έως -0,497	0,002
	Τριτοβάθμια (κατηγορία αναφοράς)	0			
	<b>Πόσο κοντά αισθάνεστε στο θεό</b>	0,778	0,143	0,496 έως 1,060	<0,001
	<b>Άλλο πρόβλημα υγείας</b>				
	Ναι (κατηγορία αναφοράς)	0			
	Όχι	0,682	0,333	0,027 έως 1,337	0,041
	<b>Τρέχον επίπεδο δραστηριότητας</b>	0,819	0,159	0,506 έως 1,132	<0,001
	Διορθωμένος $R^2=22,7\%$ , $F=18,897$ , $p<0,001$				
	<b>Κλίμακα Πνευματικότητας</b>	<b>Προβλεπτικοί παράγοντες</b>	<b>β</b>	<b>ΤΣ</b>	<b>95% ΔΕ</b>
<b>Πίστη</b>	Σταθερά (α)	3,585	0,737	2,135 έως 5,035	<0,001
	<b>Τόπος διαμονής</b>				
	Αστική περιοχή (κατηγορία αναφοράς)	0			
	Μη αστική περιοχή	-0,690	0,348	-1,375 έως -0,005	0,048
	<b>Πόσο θρησκευόμενος είστε</b>	0,855	0,269	0,325 έως 1,385	0,002
	<b>Πόσο κοντά αισθάνεστε στο θεό</b>	1,420	0,263	0,903 έως 1,936	<0,001
	<b>Τρέχον επίπεδο δραστηριότητας</b>	0,343	0,151	0,047 έως 0,639	0,023
	Διορθωμένος $R^2=37,7\%$ , $F=56,328$ , $p<0,001$				

Κλίμακα Πνευματικότητας	Προβλεπτικοί παράγοντες	β	ΤΣ	95% ΔΕ	Τιμή p	
Συνολική Πνευματικότητα	Σταθερά (α)	26,185	2,057	22,140 έως 30,230	<0,001	
	<b>Τόπος διαμονής</b>					
	Αστική περιοχή (κατηγορία αναφοράς)	0				
	Μη αστική περιοχή	-2,372	0,752	-3,852 έως -0,892	0,002	
	<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>					
	Έγγαμος/η (κατηγορία αναφοράς)	0				
	Μη έγγαμος/η	-2,493	0,719	-3,907 έως -1,078	0,001	
	<b>Εκπαιδευτικό επίπεδο</b>					
	Πρωτοβάθμια	-3,237	1,045	-5,292 έως -1,182	0,002	
	Δευτεροβάθμια	-2,482	0,992	-4,432 έως -0,531	0,013	
	Τριτοβάθμια (κατηγορία αναφοράς)	0				
	<b>Πόσο κοντά αισθάνεστε στο θεό</b>	3,337	0,318	2,712 έως 3,962	<0,001	
	<b>Τρέχον επίπεδο δραστηριότητας</b>	1,995	0,333	1,341 έως 2,648	<0,001	
	Διορθωμένος $R^2=36,1\%$ , $F=35,461$ , $p<0,001$					

β = Διορθωμένος Συντελεστής Παλινδρόμησης  $R^2$  = Συντελεστής Προσδιορισμού ΤΣ = Τυπικό Σφάλμα ΔΕ = Διάστημα Εμπιστοσύνης  
Στο πολυμεταβλητό μοντέλο εντάχθηκαν τα χαρακτηριστικά των ασθενών από την διμεταβλητή ανάλυση με όριο σημαντικότητας στο επίπεδο του 0,25.

Από τον στατιστικό πολυμεταβλητό έλεγχο για την εξαγωγή προβλεπτικών παραγόντων της Πνευματικότητας (Κλίμακα «FACIT – Sp12 Scale»), από τα χαρακτηριστικά των ασθενών, διαπιστώθηκαν τα εξής:

- Ο τόπος διαμονής, η οικογενειακή κατάσταση, το εκπαιδευτικό επίπεδο, το πόσο κοντά αισθάνονται στο θεό και το τρέχον επίπεδο δραστηριότητας αναδείχθηκαν ως προβλεπτικοί παράγοντες της διάστασης «**Νόημα**». Οι αναφερόμενες μεταβλητές του στατιστικού υποδείγματος ερμηνεύουν περίπου το 22% της μεταβλητότητας του «**Νοήματος**» (Διορθωμένος  $R^2=22,3\%$ ). Ειδικότερα:
  - η μέση τιμή του «**Νοήματος**» ήταν κατά 1,399 μονάδες μικρότερη στους διαμένοντες σε μη αστική περιοχή σε σχέση με τους διαμένοντες σε αστική περιοχή ( $\beta=-1,399$   $p<0,001$ ),
  - η μέση τιμή του «**Νοήματος**» ήταν κατά 1,049 μονάδες μικρότερη στους μη έγγαμους σε σχέση με τους έγγαμους ( $\beta=-1,049$   $p=0,001$ ),
  - η μέση τιμή του «**Νοήματος**» ήταν κατά 1,118 μονάδες και 1,494 μονάδες αντιστοίχως μεγαλύτερη στους απόφοιτους Δευτεροβάθμιας και Τριτοβάθμιας εκπαίδευσης σε σχέση με τους απόφοιτους Πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης ( $\beta=1,118$   $p=0,001$  και  $\beta=1,494$   $p=0,001$ ),
  - μεταβολή της εκτίμησης του πόσο κοντά αισθάνονται στο θεό κατά 1 μονάδα προκαλεί όμοια μεταβολή του «**Νοήματος**» κατά 0,514 μονάδες ( $\beta=0,514$   $p<0,001$ ),

- μεταβολή της τρέχουσας δραστηριότητας κατά ένα επίπεδο προκαλεί όμοια μεταβολή του «Νοήματος» κατά 0,741 μονάδες ( $\beta=0,741$   $p<0,001$ ).
- Η οικογενειακή κατάσταση, το εκπαιδευτικό επίπεδο, το πόσο κοντά αισθάνονται στο θεό, η ύπαρξη άλλου προβλήματος υγείας και το τρέχον επίπεδο δραστηριότητας αναδείχθηκαν ως προβλεπτικοί παράγοντες της διάστασης «Γαλήνη». Οι αναφερόμενες μεταβλητές του στατιστικού υποδείγματος ερμηνεύουν περίπου το 23% της μεταβλητότητας της «Γαλήνης» (Διορθωμένος  $R^2=22,7\%$ ). Ειδικότερα:
  - η μέση τιμή της «Γαλήνης» ήταν κατά 0,919 μονάδες μικρότερη στους μη έγγαμους σε σχέση με τους έγγαμους ( $\beta=-0,919$   $p=0,005$ ),
  - η μέση τιμή της «Γαλήνης» ήταν κατά 1,703 μονάδες και 1,369 μονάδες αντιστοίχως μικρότερη στους απόφοιτους Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης σε σχέση με τους απόφοιτους Τριτοβάθμιας εκπαίδευσης ( $\beta=-1,703$   $p<0,001$  και  $\beta=-1,369$   $p=0,002$ ),
  - μεταβολή της εκτίμησης του πόσο κοντά αισθάνονται στο θεό κατά 1 μονάδα προκαλεί όμοια μεταβολή της «Γαλήνης» κατά 0,778 μονάδες ( $\beta=0,778$   $p<0,001$ ),
  - η μέση τιμή της «Γαλήνης» ήταν κατά 0,682 μονάδες μεγαλύτερη στους μη έχοντες κάποιο άλλο πρόβλημα υγείας σε σχέση με τους έχοντες ( $\beta=0,682$   $p=0,041$ ),
  - μεταβολή της τρέχουσας δραστηριότητας κατά ένα επίπεδο προκαλεί όμοια μεταβολή της «Γαλήνης» κατά 0,819 μονάδες ( $\beta=0,819$   $p<0,001$ ).
- Ο τόπος διαμονής, το πόσο θρησκευόμενοι είναι, το πόσο κοντά αισθάνονται στο θεό και το τρέχον επίπεδο δραστηριότητας αναδείχθηκαν ως προβλεπτικοί παράγοντες της διάστασης «Πίστη». Οι αναφερόμενες μεταβλητές του στατιστικού υποδείγματος ερμηνεύουν περίπου το 38% της μεταβλητότητας της «Πίστης» (Διορθωμένος  $R^2=37,7\%$ ). Ειδικότερα:
  - η μέση τιμή της «Πίστης» ήταν κατά 0,690 μονάδες μικρότερη στους διαμένοντες σε μη αστική περιοχή σε σχέση με τους διαμένοντες σε αστική περιοχή ( $\beta=-0,690$   $p=0,048$ ),
  - μεταβολή της εκτίμησης του πόσο θρησκευόμενοι είναι κατά 1 μονάδα προκαλεί όμοια μεταβολή της «Πίστης» κατά 0,855 μονάδες ( $\beta=0,855$   $p=0,002$ ),

- μεταβολή της εκτίμησης του πόσο κοντά αισθάνονται στο θεό κατά 1 μονάδα προκαλεί όμοια μεταβολή της «Πίστης» κατά 1,420 μονάδες ( $\beta=1,420$   $p<0,001$ ),
- μεταβολή της τρέχουσας δραστηριότητας κατά ένα επίπεδο προκαλεί όμοια μεταβολή της «Πίστης» κατά 0,343 μονάδες ( $\beta=0,343$   $p=0,023$ ).
- Ο τόπος διαμονής, η οικογενειακή κατάσταση, το εκπαιδευτικό επίπεδο, το πόσο κοντά αισθάνονται στο θεό και το τρέχον επίπεδο δραστηριότητας αναδείχθηκαν ως προβλεπτικοί παράγοντες της «**Συνολικής Πνευματικότητας**». Οι αναφερόμενες μεταβλητές του στατιστικού υποδείγματος ερμηνεύουν περίπου το 36% της μεταβλητότητας της «Συνολικής Πνευματικότητας» (Διορθωμένος  $R^2=36,1\%$ ). Ειδικότερα:
  - η μέση τιμή της «Συνολικής Πνευματικότητας» ήταν κατά 2,372 μονάδες μικρότερη στους διαμένοντες σε μη αστική περιοχή σε σχέση με τους διαμένοντες σε αστική περιοχή ( $\beta=-2,372$   $p=0,002$ ),
  - η μέση τιμή της «Συνολικής Πνευματικότητας» ήταν κατά 2,493 μονάδες μικρότερη στους μη έγγαμους σε σχέση με τους έγγαμους ( $\beta=-2,493$   $p=0,001$ ),
  - η μέση τιμή της «Συνολικής Πνευματικότητας» ήταν κατά 3,237 μονάδες και 2,482 μονάδες αντιστοίχως μικρότερη στους απόφοιτους Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης σε σχέση με τους απόφοιτους Τριτοβάθμιας εκπαίδευσης ( $\beta=-3,237$   $p=0,002$  και  $\beta=-2,482$   $p=0,013$ ),
  - μεταβολή της εκτίμησης του πόσο κοντά αισθάνονται στο θεό κατά 1 μονάδα προκαλεί όμοια μεταβολή της «Συνολικής Πνευματικότητας» κατά 3,337 μονάδες ( $\beta=3,337$   $p<0,001$ ),
  - μεταβολή της τρέχουσας δραστηριότητας κατά ένα επίπεδο προκαλεί όμοια μεταβολή της «Συνολικής Πνευματικότητας» κατά 1,995 μονάδες ( $\beta=1,995$   $p<0,001$ ).

## **B.2 Επίδραση της Πνευματικότητας στην Ποιότητα Ζωής**

Στην παρούσα ενότητα διερευνάται η επίδραση της Πνευματικότητας στην Ποιότητα Ζωής των ασθενών υπό αιμοκάθαρση. Ειδικότερα η ενότητα περιλαμβάνει τους εξής ελέγχους:

- Τη σχέση της Ποιότητας Ζωής με τα χαρακτηριστικά των ασθενών - Διμεταβλητή ανάλυση
- Τη σχέση της Ποιότητας Ζωής με την Πνευματικότητα - Διμεταβλητή ανάλυση
- Τη σχέση της Ποιότητας Ζωής με την Πνευματικότητα - Πολυμεταβλητή ανάλυση
- Τους προβλεπτικούς παράγοντες της Ποιότητας Ζωής - Πολυμεταβλητή ανάλυση

### **B.2.1 Σχέση Ποιότητας Ζωής και Χαρακτηριστικών των ασθενών (Διμεταβλητή ανάλυση)**

Στον Πίνακα 19 παρουσιάζεται η διμεταβλητή (bivariate) διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της Κλίμακας Ποιότητας Ζωής «MVQOLI – 15R» με τα χαρακτηριστικά των ασθενών υπό αιμοκάθαρση.

**Πίνακας 19:** Συσχέτιση της Κλίμακας Ποιότητας Ζωής «MVQOLI – 15R» με τα χαρακτηριστικά των ασθενών (n=367).

Χαρακτηριστικά	Σφαιρική			Διαπροσωπικές Σχέσεις
	Ποιότητα Ζωής	Συμπτώματα	Λειτουργικότητα	
<b>Φύλο</b>				
Άνδρας	3,48 ± 0,89	4,52 ± 9,26	6,10 ± 11,16	12,44 ± 12,87
Γυναίκα	3,31 ± 0,99	4,17 ± 11,01	7,40 ± 9,48	11,91 ± 13,16
t	1,689	0,326	1,140	0,376
p	<b>0,092</b>	0,745	0,255	0,707
<b>Ηλικία (έτη)</b>				
r	-0,202	-0,097	-0,004	-0,039
p	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,064</b>	0,935	0,459
<b>Τόπος διαμονής</b>				
Αστική περιοχή	3,50 ± 0,92	4,85 ± 10,47	7,91 ± 10,90	12,93 ± 13,61
Μη αστική περιοχή	3,23 ± 0,94	3,45 ± 8,75	3,88 ± 9,29	10,82 ± 11,45
t	2,615	1,263	3,487	1,558
p	<b>0,009</b>	0,208	<b>0,001</b>	0,120
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>				
Έγγαμος/η	3,55 ± 0,91	5,68 ± 9,67	6,01 ± 11,69	14,35 ± 12,30
Μη έγγαμος/η	3,21 ± 0,92	2,53 ± 10,08	7,43 ± 8,62	9,18 ± 13,33
t	3,489	3,016	1,342	3,772
p	<b>0,001</b>	<b>0,003</b>	0,180	<b>&lt;0,001</b>
<b>Ύπαρξη παιδιών</b>				
Ναι	3,39 ± 0,98	4,26 ± 10,79	6,58 ± 11,10	12,97 ± 12,93
Όχι	3,47 ± 0,80	4,70 ± 7,60	6,63 ± 9,18	10,48 ± 12,93
t	0,837	0,449	0,045	1,682
p	0,404	0,654	0,964	<b>0,093</b>
<b>Αριθμός παιδιών</b>				
r	-0,156	-0,046	0,032	0,074
p	<b>0,003</b>	0,379	0,543	0,157
<b>Μένετε μόνος/η;</b>				
Ναι	3,21 ± 1,04	3,01 ± 10,52	7,71 ± 8,24	7,26 ± 14,19
Όχι	3,48 ± 0,89	4,81 ± 9,74	6,25 ± 11,16	13,77 ± 12,19
t	2,347	1,471	1,315	3,842
p	<b>0,019</b>	0,142	0,190	<b>&lt;0,001</b>
<b>Εκπαιδευτικό επίπεδο</b>				
Πρωτοβάθμια (1)	3,14 ± 0,94	2,92 ± 11,65	5,68 ± 10,17	10,86 ± 13,50
Δευτεροβάθμια (2)	3,59 ± 0,86	4,79 ± 8,89	6,91 ± 10,19	12,83 ± 12,29

Τριτοβάθμια (3)	3,59 ± 0,94	6,71 ± 7,57	7,86 ± 12,22	13,89 ± 13,29
F	10,929	3,463	1,063	1,494
p	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,032</b>	0,346	0,226
Post Hoc Test (LSD)	(1)<(2) p<0,001 (1)<(3) p=0,001	(1)<(2) p=0,100 (1)<(3) p=0,012		
<b>Επαγγελματική κατάσταση</b>				
Εργαζόμενος	3,83 ± 0,74	7,36 ± 6,46	7,64 ± 9,42	13,90 ± 11,54
Μη εργαζόμενος	3,32 ± 0,95	3,69 ± 10,49	6,34 ± 10,81	11,85 ± 13,27
t	4,913	3,731	0,926	1,299
p	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	0,355	0,197
<b>Θρήσκευμα</b>				
Χριστιανός Ορθόδοξος	3,41 ± 0,93	4,37 ± 9,99	6,70 ± 10,58	12,22 ± 12,97
Μη Χριστιανός Ορθόδοξος	3,47 ± 0,99	4,87 ± 9,19	4,00 ± 10,10	12,73 ± 13,24
t	0,223	0,189	0,971	0,150
p	0,824	0,850	0,332	0,881
<b>Πόσο θρησκευόμενος είστε;</b>				
r	0,078	0,073	0,046	0,136
p	0,138	0,160	0,381	<b>0,009</b>
<b>Πόσο κοντά αισθάνεστε στο θεό;</b>				
r	0,085	0,124	0,031	0,160
p	0,105	<b>0,017</b>	0,556	<b>0,002</b>
<b>Διάρκεια Αιμοκάθαρσης (έτη)</b>				
r	0,005	0,042	-0,077	-0,097
p	0,921	0,424	0,141	<b>0,063</b>
<b>Άλλο πρόβλημα υγείας</b>				
Ναι	3,20 ± 0,99	2,45 ± 10,58	6,23 ± 10,22	10,02 ± 13,10
Όχι	3,66 ± 0,80	6,54 ± 8,73	6,99 ± 10,94	14,70 ± 12,39
t	4,905	4,053	0,694	3,516
p	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	0,488	<b>&lt;0,001</b>
<b>Τρέχον επίπεδο δραστηριότητας</b>				
r	0,241	0,320	0,167	0,215
p	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>

Τα δεδομένα παρουσιάζονται ως Μέση Τιμή ± Τυπική Απόκλιση

**Πίνακας 19:** Συσχέτιση της Κλίμακας Ποιότητας Ζωής «MVQOLI – 15R» με τα χαρακτηριστικά των ασθενών (n=367). [σ υ ν έ χ ε ι α]

Χαρακτηριστικά	Ευεξία	Πνευματικότητα	Συνολική Ποιότητα Ζωής
<b>Φύλο</b>			
Άνδρας	-6,43 ± 13,07	7,18 ± 13,58	17,38 ± 3,70
Γυναίκα	-7,14 ± 13,91	3,19 ± 16,31	16,95 ± 4,09
t	0,492	2,415	1,031
p	0,623	<b>0,016</b>	0,303
<b>Ηλικία (έτη)</b>			
r	-0,097	-0,270	-0,177
p	<b>0,063</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,001</b>
<b>Τόπος διαμονής</b>			
Αστική περιοχή	-5,97 ± 14,12	6,64 ± 15,88	17,64 ± 4,07
Μη αστική περιοχή	-8,21 ± 11,63	3,68 ± 12,03	16,36 ± 3,21
t	1,505	1,978	3,256
p	0,133	<b>0,049</b>	<b>0,001</b>
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>			
Έγγαμος/η	-6,33 ± 13,75	7,65 ± 15,10	17,74 ± 3,87
Μη έγγαμος/η	-7,25 ± 12,86	2,81 ± 13,87	16,47 ± 3,72
t	0,647	3,122	3,134
p	0,518	<b>0,002</b>	<b>0,002</b>
<b>Ύπαρξη παιδιών</b>			
Ναι	-6,80 ± 13,69	5,32 ± 15,66	17,23 ± 4,03
Όχι	-6,46 ± 12,66	6,52 ± 12,45	17,19 ± 3,41
t	0,222	0,779	0,102
p	0,825	0,437	0,919
<b>Αριθμός παιδιών</b>			
r	-0,016	-0,049	-0,003
p	0,763	0,349	0,961
<b>Μένετε μόνος/η;</b>			
Ναι	-8,86 ± 13,23	3,02 ± 13,82	16,21 ± 3,77
Όχι	-6,04 ± 13,38	6,48 ± 14,99	17,53 ± 3,83
t	1,713	1,905	2,791
p	<b>0,087</b>	<b>0,058</b>	<b>0,006</b>
<b>Εκπαιδευτικό επίπεδο</b>			
Πρωτοβάθμια (1)	-6,74 ± 12,69	1,44 ± 14,97	16,42 ± 4,06
Δευτεροβάθμια (2)	-7,15 ± 14,34	8,44 ± 14,50	17,58 ± 3,62



Τριτοβάθμια (3)	-5,48 ± 12,50	8,32 ± 12,85	18,13 ± 3,66
F	0,354	10,205	5,751
p	0,702	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,003</b>
Post Hoc Test (LSD)		(1)<(2) p<0,001 (1)<(3) p=0,002	(1)<(2) p=0,008 (1)<(3) p=0,003
<b>Επαγγελματική κατάσταση</b>			
Εργαζόμενος	-4,09 ± 13,23	10,10 ± 11,49	18,49 ± 3,33
Μη εργαζόμενος	-7,32 ± 13,36	4,63 ± 15,29	16,92 ± 3,91
t	1,825	3,348	3,109
p	<b>0,069</b>	<b>0,001</b>	<b>0,002</b>
<b>Θρήσκευμα</b>			
Χριστιανός Ορθόδοξος	-6,76 ± 13,42	5,47 ± 14,89	17,20 ± 3,88
Μη Χριστιανός Ορθόδοξος	-5,47 ± 12,88	10,33 ± 11,34	17,65 ± 3,21
t	0,365	1,248	0,439
p	0,715	0,213	0,661
<b>Πόσο θρησκευόμενος είστε;</b>			
r	0,014	0,001	0,082
p	0,794	0,994	0,116
<b>Πόσο κοντά αισθάνεστε στο θεό;</b>			
r	0,060	0,084	0,148
p	0,251	0,108	<b>0,005</b>
<b>Διάρκεια Αιμοκάθαρσης (έτη)</b>			
r	0,005	0,033	-0,029
p	0,929	0,532	0,582
<b>Άλλο πρόβλημα υγείας</b>			
Ναι	-7,12 ± 13,82	3,13 ± 15,53	16,47 ± 3,89
Όχι	-6,24 ± 12,89	8,49 ± 13,40	18,05 ± 3,64
t	0,627	3,548	3,997
p	0,531	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>
<b>Τρέχον επίπεδο δραστηριότητας</b>			
r	0,182	0,406	0,420
p	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>

Τα δεδομένα παρουσιάζονται ως Μέση Τιμή ± Τυπική Απόκλιση

Από τον στατιστικό διμεταβλητό έλεγχο της σχέσης μεταξύ της Ποιότητας Ζωής (Κλίμακα «MVQOLI – 15R») και των χαρακτηριστικών των ασθενών διαπιστώθηκαν τα εξής:

- Η διάσταση «Σφαιρική Ποιότητα Ζωής» σχετίζονταν στατιστικά σημαντικά με την ηλικία (p<0,001), τον τόπο διαμονής (p=0,009), την οικογενειακή κατάσταση

( $p=0,001$ ), τον αριθμό παιδιών ( $p=0,003$ ), τη διαβίωση με άλλους ( $p=0,019$ ), το εκπαιδευτικό επίπεδο ( $p<0,001$ ), την επαγγελματική κατάσταση ( $p<0,001$ ), την ύπαρξη άλλου προβλήματος υγείας ( $p<0,001$ ), το τρέχον επίπεδο δραστηριότητας ( $p<0,001$ ) και οριακά στο επίπεδο του 10% με το φύλο ( $p=0,092$ ).

- Η διάσταση «**Συμπτώματα**» σχετίζονταν στατιστικά σημαντικά με την οικογενειακή κατάσταση ( $p=0,003$ ), το εκπαιδευτικό επίπεδο ( $p=0,032$ ), την επαγγελματική κατάσταση ( $p<0,001$ ), το πόσο κοντά αισθάνονται στο θεό ( $p=0,017$ ), την ύπαρξη άλλου προβλήματος υγείας ( $p<0,001$ ), το τρέχον επίπεδο δραστηριότητας ( $p<0,001$ ) και οριακά στο επίπεδο του 10% με την ηλικία ( $p=0,064$ ).
- Η διάσταση «**Λειτουργικότητα**» σχετίζονταν στατιστικά σημαντικά με τον τόπο διαμονής ( $p=0,001$ ) και το τρέχον επίπεδο δραστηριότητας ( $p=0,001$ ).
- Η διάσταση «**Διαπροσωπικές Σχέσεις**» σχετίζονταν στατιστικά σημαντικά με την οικογενειακή κατάσταση ( $p<0,001$ ), τη διαβίωση με άλλους ( $p<0,001$ ), το πόσο θρησκευόμενοι είναι ( $p=0,009$ ), το πόσο κοντά αισθάνονται στο θεό ( $p=0,002$ ), την ύπαρξη άλλου προβλήματος υγείας ( $p<0,001$ ), το τρέχον επίπεδο δραστηριότητας ( $p<0,001$ ) και οριακά στο επίπεδο του 10% με την ύπαρξη παιδιών ( $p=0,093$ ) και τη διάρκεια της αιμοκάθαρσης ( $p=0,063$ ).
- Η διάσταση «**Ευεξία**» σχετίζονταν στατιστικά σημαντικά με το τρέχον επίπεδο δραστηριότητας ( $p<0,001$ ) και οριακά στο επίπεδο του 10% με την ηλικία ( $p=0,063$ ), τη διαβίωση με άλλους ( $p=0,087$ ) και την επαγγελματική κατάσταση ( $p=0,069$ ).
- Η διάσταση «**Πνευματικότητα**» σχετίζονταν στατιστικά σημαντικά με το φύλο ( $p=0,016$ ), την ηλικία ( $p<0,001$ ), τον τόπο διαμονής ( $p=0,049$ ), την οικογενειακή κατάσταση ( $p=0,002$ ), το εκπαιδευτικό επίπεδο ( $p<0,001$ ), την επαγγελματική κατάσταση ( $p=0,001$ ), την ύπαρξη άλλου προβλήματος υγείας ( $p<0,001$ ), το τρέχον επίπεδο δραστηριότητας ( $p<0,001$ ) και οριακά στο επίπεδο του 10% με τη διαβίωση με άλλους ( $p=0,058$ ).
- Η «**Συνολική Ποιότητα Ζωής**» σχετίζονταν στατιστικά σημαντικά με την ηλικία ( $p=0,001$ ), τον τόπο διαμονής ( $p=0,001$ ), την οικογενειακή κατάσταση ( $p=0,002$ ), τη διαβίωση με άλλους ( $p=0,006$ ), το εκπαιδευτικό επίπεδο ( $p=0,003$ ), την επαγγελματική κατάσταση ( $p=0,002$ ), το πόσο κοντά αισθάνονται στο θεό

( $p=0,005$ ), την ύπαρξη άλλου προβλήματος υγείας ( $p<0,001$ ) και το τρέχον επίπεδο δραστηριότητας ( $p<0,001$ ).

### B.2.2 Σχέση Ποιότητας Ζωής και Πνευματικότητας (Διμεταβλητή ανάλυση)

Στον Πίνακα 20 παρουσιάζεται η διμεταβλητή (bivariate) διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της Κλίμακας Ποιότητας Ζωής «MVQOLI – 15R» με την Κλίμακα Πνευματικότητας «FACIT – Sp12 Scale» των ασθενών υπό αιμοκάθαρση.

**Πίνακας 20:** Συσχέτιση της Κλίμακας Ποιότητας Ζωής «MVQOLI – 15R» με την Κλίμακα Πνευματικότητας «FACIT – Sp12 Scale» ( $n=367$ ).

Κλίμακα Πνευματικότητας	Κλίμακα Ποιότητας Ζωής			
	Σφαιρική Ποιότητα Ζωής	Συμπτώματα	Λειτουργικότητα	Διαπροσωπικές Σχέσεις
<b>Νόημα</b>	0,488**	0,350**	0,142**	0,305**
<b>Γαλήνη</b>	0,370**	0,453**	0,140**	0,368**
<b>Πίστη</b>	0,120*	0,122*	0,015	0,192**
<b>Συνολική Πνευματικότητα</b>	0,404**	0,384**	0,121*	0,365**

Συντελεστής συσχέτισης του Pearson ( $r$ ) \*  $p<0,05$  \*\*  $p<0,01$

**Πίνακας 20:** Συσχέτιση της Κλίμακας Ποιότητας Ζωής «MVQOLI – 15R» με την Κλίμακα Πνευματικότητας «FACIT – Sp12 Scale» ( $n=367$ ). [*σ υ ν έ χ ε ι α*]

Κλίμακα Πνευματικότητας	Κλίμακα Ποιότητας Ζωής		
	Ευεξία	Πνευματικότητα	Συνολική Ποιότητα Ζωής
<b>Νόημα</b>	0,181**	0,554**	0,508**
<b>Γαλήνη</b>	0,224**	0,488**	0,544**
<b>Πίστη</b>	0,045	0,163**	0,178**
<b>Συνολική Πνευματικότητα</b>	0,186**	0,499**	0,511**

Συντελεστής συσχέτισης του Pearson ( $r$ ) \*  $p<0,05$  \*\*  $p<0,01$

Από τον στατιστικό διμεταβλητό έλεγχο της επίδρασης της Πνευματικότητας (Κλίμακα «FACIT – Sp12 Scale») στην Ποιότητα Ζωής (Κλίμακα «MVQOLI – 15R») των ασθενών διαπιστώθηκαν τα εξής:

- Η διάσταση «**Σφαιρική Ποιότητα Ζωής**» σχετίζονταν θετικά στατιστικά σημαντικά με την συνολική Πνευματικότητα καθώς και με όλες τις διαστάσεις της. Ειδικότερα όσο αυξάνονταν (ή μειώνονταν) το «**Νόημα**» ( $r=0,488$ ), η «**Γαλήνη**» ( $r=0,370$ ), η «**Πίστη**» ( $r=0,120$ ) αλλά και η «**Συνολική Πνευματικότητα**» ( $r=0,404$ ) των ασθενών τόσο αυξάνονταν (ή μειώνονταν) η Γενική Ποιότητα Ζωής τους (Σφαιρική Ποιότητα Ζωής).
- Η διάσταση «**Συμπτώματα**» σχετίζονταν θετικά στατιστικά σημαντικά με την συνολική Πνευματικότητα καθώς και με όλες τις διαστάσεις της. Ειδικότερα όσο αυξάνονταν (ή μειώνονταν) το «**Νόημα**» ( $r=0,350$ ), η «**Γαλήνη**» ( $r=0,453$ ), η «**Πίστη**» ( $r=0,122$ ) αλλά και η «**Συνολική Πνευματικότητα**» ( $r=0,384$ ) των ασθενών τόσο αυξάνονταν (ή μειώνονταν) η Ποιότητα Ζωής τους σχετικά με τα «**Συμπτώματα**».
- Η διάσταση «**Λειτουργικότητα**» σχετίζονταν θετικά στατιστικά σημαντικά με την συνολική Πνευματικότητα καθώς και με δύο από τις τρεις διαστάσεις της. Ειδικότερα όσο αυξάνονταν (ή μειώνονταν) το «**Νόημα**» ( $r=0,142$ ), η «**Γαλήνη**» ( $r=0,140$ ) αλλά και η «**Συνολική Πνευματικότητα**» ( $r=0,121$ ) των ασθενών τόσο αυξάνονταν (ή μειώνονταν) η Ποιότητα Ζωής τους σχετικά με την «**Λειτουργικότητα**».
- Η διάσταση «**Διαπροσωπικές Σχέσεις**» σχετίζονταν θετικά στατιστικά σημαντικά με την συνολική Πνευματικότητα καθώς και με όλες τις διαστάσεις της. Ειδικότερα όσο αυξάνονταν (ή μειώνονταν) το «**Νόημα**» ( $r=0,305$ ), η «**Γαλήνη**» ( $r=0,368$ ), η «**Πίστη**» ( $r=0,192$ ) αλλά και η «**Συνολική Πνευματικότητα**» ( $r=0,365$ ) των ασθενών τόσο αυξάνονταν (ή μειώνονταν) η Ποιότητα Ζωής τους σχετικά με τις «**Διαπροσωπικές Σχέσεις**».
- Η διάσταση «**Ευεξία**» σχετίζονταν θετικά στατιστικά σημαντικά με την συνολική Πνευματικότητα καθώς και με δύο από τις τρεις διαστάσεις της. Ειδικότερα όσο αυξάνονταν (ή μειώνονταν) το «**Νόημα**» ( $r=0,181$ ), η «**Γαλήνη**» ( $r=0,224$ ) αλλά και η «**Συνολική Πνευματικότητα**» ( $r=0,186$ ) των ασθενών τόσο αυξάνονταν (ή μειώνονταν) η Ποιότητα Ζωής τους σχετικά με την «**Ευεξία**».
- Η διάσταση «**Πνευματικότητα**» σχετίζονταν θετικά στατιστικά σημαντικά με την συνολική Πνευματικότητα καθώς και με όλες τις διαστάσεις της. Ειδικότερα όσο αυξάνονταν (ή μειώνονταν) το «**Νόημα**» ( $r=0,554$ ), η «**Γαλήνη**» ( $r=0,488$ ), η «**Πίστη**» ( $r=0,163$ ) αλλά και η «**Συνολική Πνευματικότητα**» ( $r=0,499$ ) των

ασθενών τόσο αυξάνονταν (ή μειώνονταν) η Ποιότητα Ζωής τους σχετικά με την «Πνευματικότητα».

- Η «**Συνολική Ποιότητα Ζωής**» σχετίζονταν θετικά στατιστικά σημαντικά με την συνολική Πνευματικότητα καθώς και με όλες τις διαστάσεις της. Ειδικότερα όσο αυξάνονταν (ή μειώνονταν) το «Νόημα» ( $r=0,508$ ), η «Γαλήνη» ( $r=0,544$ ), η «Πίστη» ( $r=0,178$ ) αλλά και η «Συνολική Πνευματικότητα» ( $r=0,511$ ) των ασθενών τόσο αυξάνονταν (ή μειώνονταν) η «Συνολική Ποιότητα Ζωής» τους.

### **B.2.3 Σχέση Ποιότητας Ζωής και Πνευματικότητας (Πολυμεταβλητή ανάλυση)**

Στον Πίνακα 21 παρουσιάζεται η πολυμεταβλητή (multivariate) διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της Κλίμακας Ποιότητας Ζωής «MVQOLI – 15R» με την Κλίμακα Πνευματικότητας «FACIT – Sp12 Scale» των ασθενών υπό αιμοκάθαρση. Στην πολυμεταβλητή ανάλυση εισήχθησαν τα χαρακτηριστικά των ασθενών που σχετίζονταν με την Ποιότητα Ζωής στο επίπεδο σημαντικότητας του 0,25 από τη διμεταβλητή ανάλυση.

**Πίνακας 21:** Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση (μέθοδος enter) με εξαρτημένη μεταβλητή την Κλίμακα Ποιότητας Ζωής «MVQOLI – 15R» και ανεξάρτητες μεταβλητές την Κλίμακα Πνευματικότητας «FACIT – Sp12 Scale» ως μελετώμενος προσδιοριστής και τα χαρακτηριστικά των ασθενών\* (n=367).

Κλίμακα Πνευματικότητας	Κλίμακα Ποιότητας Ζωής							
	Σφαιρική Ποιότητα Ζωής				Διαπροσωπικές Σχέσεις			
	β (ΤΣ)	Τιμή p	β (ΤΣ)	Τιμή p	β (ΤΣ)	Τιμή p	β (ΤΣ)	Τιμή p
<b>Νόημα</b>	0,113 (0,014)	<0,001	0,748 (0,166)	<0,001	0,258 (0,181)	0,155	0,829 (0,220)	<0,001
<b>Γαλήνη</b>	0,070 (0,015)	<0,001	1,047 (0,156)	<0,001	0,304 (0,172)	0,078	1,111 (0,210)	<0,001
<b>Πίστη</b>	0,016 (0,014)	0,254	0,020 (0,156)	0,899	-0,007 (0,139)	0,959	0,306 (0,205)	0,136
<b>Συνολική Πνευματικότητα</b>	0,040 (0,006)	<0,001	0,363 (0,072)	<0,001	0,090 (0,071)	0,207	0,457 (0,095)	<0,001

β = Διορθωμένος Συντελεστής Παλινδρόμησης ΤΣ = Τυπικό Σφάλμα

\*Στο πολυμεταβλητό μοντέλο εντάχθηκαν τα χαρακτηριστικά των ασθενών από την διμεταβλητή ανάλυση με όριο σημαντικότητας στο επίπεδο του 0,25.

**Πίνακας 21:** Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση (μέθοδος enter) με εξαρτημένη μεταβλητή την Κλίμακα Ποιότητας Ζωής «MVQOLI – 15R» και ανεξάρτητες μεταβλητές την Κλίμακα Πνευματικότητας «FACIT – Sp12 Scale» ως μελετώμενος προσδιοριστής και τα χαρακτηριστικά των ασθενών\* (n=367). [σ υ ν έ χ ε ι α]

Κλίμακα Πνευματικότητας	Κλίμακα Ποιότητας Ζωής					
	Ευεξία		Πνευματικότητα		Συνολική Ποιότητα Ζωής	
	β (ΤΣ)	Τιμή p	β (ΤΣ)	Τιμή p	β (ΤΣ)	Τιμή p
<b>Νόημα</b>	0,451 (0,230)	0,050	2,049 (0,215)	<0,001	0,440 (0,058)	<0,001
<b>Γαλήνη</b>	0,666 (0,217)	0,002	1,675 (0,217)	<0,001	0,484 (0,054)	<0,001
<b>Πίστη</b>	0,046 (0,179)	0,799	0,464 (0,222)	0,038	0,059 (0,057)	0,303
<b>Συνολική Πνευματικότητα</b>	0,196 (0,090)	0,031	0,842 (0,096)	<0,001	0,197 (0,025)	<0,001

β = Διορθωμένος Συντελεστής Παλινδρόμησης ΤΣ = Τυπικό Σφάλμα

\*Στο πολυμεταβλητό μοντέλο εντάχθηκαν τα χαρακτηριστικά των ασθενών από την διμεταβλητή ανάλυση με όριο σημαντικότητας στο επίπεδο του 0,25.

Από τον στατιστικό πολυμεταβλητό έλεγχο της επίδρασης της Πνευματικότητας (Κλίμακα «FACIT – Sp12 Scale») στην Ποιότητα Ζωής (Κλίμακα «MVQOLI – 15R») των ασθενών, με εξουδετέρωση των χαρακτηριστικών τους, διαπιστώθηκαν τα εξής:

- Στην διάσταση «**Σφαιρική Ποιότητα Ζωής**» επιδρούσε θετικά τόσο η συνολική Πνευματικότητα όσο και οι διαστάσεις της «Νόημα» και «Γαλήνη». Ειδικότερα:
  - μεταβολή της «Συνολικής Πνευματικότητας» κατά 1 μονάδα προκαλεί όμοια μεταβολή της «Σφαιρικής Ποιότητας Ζωής» κατά 0,040 μονάδες ( $\beta=0,040$   $p<0,001$ ),
  - μεταβολή του «Νοήματος» κατά 1 μονάδα προκαλεί όμοια μεταβολή της «Σφαιρικής Ποιότητας Ζωής» κατά 0,113 μονάδες ( $\beta=0,113$   $p<0,001$ ),
  - μεταβολή της «Γαλήνης» κατά 1 μονάδα προκαλεί όμοια μεταβολή της «Σφαιρικής Ποιότητας Ζωής» κατά 0,070 μονάδες ( $\beta=0,070$   $p<0,001$ ).
- Στην διάσταση «**Συμπτώματα**» επιδρούσε θετικά τόσο η συνολική Πνευματικότητα όσο και οι διαστάσεις της «Νόημα» και «Γαλήνη». Ειδικότερα:
  - μεταβολή της «Συνολικής Πνευματικότητας» κατά 1 μονάδα προκαλεί όμοια μεταβολή των «Συμπτωμάτων» κατά 0,363 μονάδες ( $\beta=0,363$   $p<0,001$ ),
  - μεταβολή του «Νοήματος» κατά 1 μονάδα προκαλεί όμοια μεταβολή των «Συμπτωμάτων» κατά 0,748 μονάδες ( $\beta=0,748$   $p<0,001$ ),
  - μεταβολή της «Γαλήνης» κατά 1 μονάδα προκαλεί όμοια μεταβολή των «Συμπτωμάτων» κατά 1,047 μονάδες ( $\beta=1,047$   $p<0,001$ ).
- Στην διάσταση «**Λειτουργικότητα**» δεν επιδρούσε τόσο η συνολική Πνευματικότητα όσο και οι διαστάσεις της. Επισημαίνεται μια θετική επίδραση οριακά, στο επίπεδο του 10%, της «Γαλήνης» ( $\beta=0,304$   $p=0,078$ ).
- Στην διάσταση «**Διαπροσωπικές Σχέσεις**» επιδρούσε θετικά τόσο η συνολική Πνευματικότητα όσο και οι διαστάσεις της «Νόημα» και «Γαλήνη». Ειδικότερα:
  - μεταβολή της «Συνολικής Πνευματικότητας» κατά 1 μονάδα προκαλεί όμοια μεταβολή των «Διαπροσωπικών Σχέσεων» κατά 0,457 μονάδες ( $\beta=0,457$   $p<0,001$ ),
  - μεταβολή του «Νοήματος» κατά 1 μονάδα προκαλεί όμοια μεταβολή των «Διαπροσωπικών Σχέσεων» κατά 0,829 μονάδες ( $\beta=0,829$   $p<0,001$ ),
  - μεταβολή της «Γαλήνης» κατά 1 μονάδα προκαλεί όμοια μεταβολή των «Διαπροσωπικών Σχέσεων» κατά 1,111 μονάδες ( $\beta=1,111$   $p<0,001$ ).

- Στην διάσταση «**Ευεξία**» επιδρούσε θετικά τόσο η συνολική Πνευματικότητα όσο και οι διαστάσεις της «**Νόημα**» και «**Γαλήνη**». Ειδικότερα:
  - μεταβολή της «**Συνολικής Πνευματικότητας**» κατά 1 μονάδα προκαλεί όμοια μεταβολή της «**Ευεξίας**» κατά 0,196 μονάδες ( $\beta=0,196$   $p=0,031$ ),
  - μεταβολή του «**Νοήματος**» κατά 1 μονάδα προκαλεί όμοια μεταβολή της «**Ευεξίας**» κατά 0,451 μονάδες ( $\beta=0,451$   $p=0,050$ ),
  - μεταβολή της «**Γαλήνης**» κατά 1 μονάδα προκαλεί όμοια μεταβολή της «**Ευεξίας**» κατά 0,666 μονάδες ( $\beta=0,666$   $p=0,002$ ).
- Στην διάσταση «**Πνευματικότητα**» επιδρούσε θετικά τόσο η συνολική Πνευματικότητα όσο και όλες οι διαστάσεις της, δηλαδή «**Νόημα**», «**Γαλήνη**» και «**Πίστη**». Ειδικότερα:
  - μεταβολή της «**Συνολικής Πνευματικότητας**» κατά 1 μονάδα προκαλεί όμοια μεταβολή της «**Πνευματικότητας**» κατά 0,842 μονάδες ( $\beta=0,842$   $p<0,001$ ),
  - μεταβολή του «**Νοήματος**» κατά 1 μονάδα προκαλεί όμοια μεταβολή της «**Πνευματικότητας**» κατά 2,049 μονάδες ( $\beta=2,049$   $p<0,001$ ),
  - μεταβολή της «**Γαλήνης**» κατά 1 μονάδα προκαλεί όμοια μεταβολή της «**Πνευματικότητας**» κατά 1,675 μονάδες ( $\beta=1,675$   $p<0,001$ ),
  - μεταβολή της «**Πίστης**» κατά 1 μονάδα προκαλεί όμοια μεταβολή της «**Πνευματικότητας**» κατά 0,464 μονάδες ( $\beta=0,464$   $p=0,038$ ).
- Στην «**Συνολική Ποιότητα Ζωής**» επιδρούσε θετικά τόσο η συνολική Πνευματικότητα όσο και οι διαστάσεις της «**Νόημα**» και «**Γαλήνη**». Ειδικότερα:
  - μεταβολή της «**Συνολικής Πνευματικότητας**» κατά 1 μονάδα προκαλεί όμοια μεταβολή της «**Συνολικής Ποιότητας Ζωής**» κατά 0,197 μονάδες ( $\beta=0,197$   $p<0,001$ ),
  - μεταβολή του «**Νοήματος**» κατά 1 μονάδα προκαλεί όμοια μεταβολή της «**Συνολικής Ποιότητας Ζωής**» κατά 0,440 μονάδες ( $\beta=0,440$   $p<0,001$ ),
  - μεταβολή της «**Γαλήνης**» κατά 1 μονάδα προκαλεί όμοια μεταβολή της «**Συνολικής Ποιότητας Ζωής**» κατά 0,484 μονάδες ( $\beta=0,484$   $p<0,001$ ).



#### **B.2.4 Προβλεπτικοί παράγοντες της Ποιότητας Ζωής (Πολυμεταβλητή ανάλυση)**

Για την ανάδειξη προβλεπτικών παραγόντων (predictors) ή προσδιοριστών (determinants) της Ποιότητας Ζωής (Κλίμακα «MVQOLI – 15R») των ασθενών υπό αιμοκάθαρση εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή ανάλυση. Στην πολυμεταβλητή ανάλυση εισήχθησαν η Πνευματικότητα (Κλίμακα «FACIT – Sp12 Scale») και τα χαρακτηριστικά των ασθενών που σχετίζονταν με την Ποιότητα Ζωής στο επίπεδο σημαντικότητας του 0,25 από τη διμεταβλητή ανάλυση. Στον Πίνακα 22 παρουσιάζεται η πολυμεταβλητή (multivariate) ανάλυση χρησιμοποιώντας το στατιστικό υπόδειγμα της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης (multiple linear regression) με τη μέθοδο της βηματικής (stepwise) ένταξης μεταβλητών.

**Πίνακας 22:** Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση (μέθοδος stepwise) με εξαρτημένη μεταβλητή την Κλίμακα Ποιότητας Ζωής «MVQOLI – 15R» και ανεξάρτητες μεταβλητές την Κλίμακα Πνευματικότητας «FACIT – Sp12 Scale» και τα χαρακτηριστικά των ασθενών\* (n=367).

Κλίμακα Ποιότητας Ζωής	Προβλεπτικοί παράγοντες	β	ΤΣ	95% ΔΕ	Τιμή p	
Σφαιρική Ποιότητα Ζωής	Σταθερά (α)	2,442	0,343	1,768 έως 3,116	<0,001	
	<b>Νόημα</b>	0,121	0,013	0,095 έως 0,146	<0,001	
	<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>					
	Έγγαμος/η (κατηγορία αναφοράς)	0				
	Μη έγγαμος/η	-0,215	0,091	-0,393 έως -0,037	0,018	
	<b>Αριθμός παιδιών</b>	-0,108	0,031	-0,169 έως -0,048	0,001	
	<b>Επαγγελματική κατάσταση</b>					
	Εργαζόμενος (κατηγορία αναφοράς)	0				
	Μη εργαζόμενος	-0,250	0,106	-0,458 έως -0,043	0,018	
	<b>Άλλο πρόβλημα υγείας</b>					
	Ναι (κατηγορία αναφοράς)	0				
	Όχι	0,306	0,083	0,144 έως 0,468	<0,001	
	Διορθωμένος R <sup>2</sup> =30,7%,F=33,413,p<0,001					
Κλίμακα Ποιότητας Ζωής	Σταθερά (α)	-12,582	1,828	-16,177 έως -8,987	<0,001	
	<b>Νόημα</b>	0,338	0,170	0,004 έως 0,672	0,047	
	<b>Γαλήνη</b>	0,975	0,167	0,647 έως 1,302	<0,001	
	<b>Τρέχον επίπεδο δραστηριότητας</b>	1,585	0,449	0,703 έως 2,467	<0,001	
	Διορθωμένος R <sup>2</sup> =23,8%,F=39,141,p<0,001					
Κλίμακα Ποιότητας Ζωής	Σταθερά (α)	4,635	2,523	-0,327 έως 9,596	0,067	
	<b>Τόπος διαμονής</b>					
	Αστική περιοχή (κατηγορία αναφοράς)	0				
	Μη αστική περιοχή	-4,464	1,140	-6,706 έως -2,222	<0,001	
	<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>					
	Έγγαμος/η (κατηγορία αναφοράς)	0				
	Μη έγγαμος/η	2,311	1,097	0,154 έως 4,468	0,036	
<b>Τρέχον επίπεδο δραστηριότητας</b>	1,882	0,496	0,906 έως 2,857	<0,001		
Διορθωμένος R <sup>2</sup> =6,8%,F=9,838,p<0,001						
Κλίμακα Ποιότητας Ζωής	Σταθερά (α)	-14,323	3,607	-21,417 έως -7,229	<0,001	
	<b>Νόημα</b>	0,498	0,227	0,052 έως 0,945	0,029	
	<b>Γαλήνη</b>	1,021	0,223	0,583 έως 1,459	<0,001	
	<b>Μένετε μόνος/η</b>					
	Ναι (κατηγορία αναφοράς)	0				
	Όχι	5,016	1,454	2,156 έως 7,877	0,001	
	<b>Διάρκεια Αιμοκάθαρσης (έτη)</b>	-0,269	0,117	-0,498 έως -0,039	0,022	

<b>Άλλο πρόβλημα υγείας</b>					
	Ναι (κατηγορία αναφοράς)	0			
	Όχι	2,582	1,256	0,113 έως 5,051	0,040
Διορθωμένος $R^2=18,9\%$ , $F=18,023$ , $p<0,001$					
<b>Κλίμακα Ποιότητας Ζωής</b>	<b>Προβλεπτικοί παράγοντες</b>	<b><math>\beta</math></b>	<b>ΤΣ</b>	<b>95% ΔΕ</b>	<b>Τιμή p</b>
<b>Ευεξία</b>	Σταθερά ( $\alpha$ )	-17,032	2,198	-21,355 έως -12,710	<0,001
	<b>Γαλήνη</b>	0,725	0,214	0,305 έως 1,146	0,001
	<b>Τρέχον επίπεδο δραστηριότητας</b>	1,470	0,664	0,164 έως 2,777	0,027
	Διορθωμένος $R^2=5,8\%$ , $F=12,205$ , $p<0,001$				
<b>Κλίμακα Ποιότητας Ζωής</b>	<b>Προβλεπτικοί παράγοντες</b>	<b><math>\beta</math></b>	<b>ΤΣ</b>	<b>95% ΔΕ</b>	<b>Τιμή p</b>
<b>Πνευματικότητα</b>	Σταθερά ( $\alpha$ )	-20,783	4,059	-28,766 έως -12,800	<0,001
	<b>Νόημα</b>	1,642	0,224	1,201 έως 2,082	<0,001
	<b>Γαλήνη</b>	0,923	0,220	0,491 έως 1,355	<0,001
	<b>Ηλικία (έτη)</b>	-0,124	0,043	-0,208 έως -0,039	0,004
	<b>Τρέχον επίπεδο δραστηριότητας</b>	2,383	0,633	1,138 έως 3,628	<0,001
Διορθωμένος $R^2=40,3\%$ , $F=62,719$ , $p<0,001$					
<b>Κλίμακα Ποιότητας Ζωής</b>	<b>Προβλεπτικοί παράγοντες</b>	<b><math>\beta</math></b>	<b>ΤΣ</b>	<b>95% ΔΕ</b>	<b>Τιμή p</b>
<b>Συνολική Ποιότητα Ζωής</b>	Σταθερά ( $\alpha$ )	9,345	0,845	7,682 έως 11,007	<0,001
	<b>Νόημα</b>	0,274	0,060	0,156 έως 0,392	<0,001
	<b>Γαλήνη</b>	0,367	0,057	0,254 έως 0,479	<0,001
	<b>Τόπος διαμονής</b>				
	Αστική περιοχή (κατηγορία αναφοράς)	0			
	Μη αστική περιοχή	-0,704	0,344	-1,381 έως -0,027	0,042
	<b>Τρέχον επίπεδο δραστηριότητας</b>	0,866	0,155	0,561 έως 1,171	<0,001
Διορθωμένος $R^2=40,3\%$ , $F=62,675$ , $p<0,001$					

$\beta$  = Διορθωμένος Συντελεστής Παλινδρόμησης  $R^2$  = Συντελεστής Προσδιορισμού ΤΣ = Τυπικό Σφάλμα ΔΕ = Διάστημα Εμπιστοσύνης

\*Στο πολυμεταβλητό μοντέλο εντάχθηκαν τα χαρακτηριστικά των ασθενών από την διμεταβλητή ανάλυση με όριο σημαντικότητας στο επίπεδο του 0,25.

Από τον στατιστικό πολυμεταβλητό έλεγχο για την εξαγωγή προβλεπτικών παραγόντων της Ποιότητας Ζωής (Κλίμακα «MVQOLI – 15R»), από την Πνευματικότητα (Κλίμακα «FACIT – Sp12 Scale») και τα χαρακτηριστικά των ασθενών, διαπιστώθηκαν τα εξής:

- Το «Νόημα», η οικογενειακή κατάσταση, ο αριθμός παιδιών, η επαγγελματική κατάσταση και η ύπαρξη άλλου προβλήματος υγείας αναδείχθηκαν ως προβλεπτικοί παράγοντες της διάστασης «**Σφαιρική Ποιότητα Ζωής**». Οι αναφερόμενες μεταβλητές του στατιστικού υποδείγματος ερμηνεύουν περίπου το 31% της μεταβλητότητας της «Σφαιρικής Ποιότητας Ζωής» (Διορθωμένος  $R^2=30,7\%$ ). Ειδικότερα:
  - μεταβολή του «Νοήματος» κατά 1 μονάδα προκαλεί όμοια μεταβολή της «Σφαιρικής Ποιότητας Ζωής» κατά 0,121 μονάδες ( $\beta=0,121$   $p<0,001$ ),

- η μέση τιμή της «Σφαιρικής Ποιότητας Ζωής» ήταν κατά 0,215 μονάδες μικρότερη στους μη έγγαμους σε σχέση με τους έγγαμους ( $\beta=-0,215$   $p=0,018$ ),
  - μεταβολή του αριθμού των παιδιών κατά ένα προκαλεί αντίθετη μεταβολή της «Σφαιρικής Ποιότητας Ζωής» κατά 0,108 μονάδες ( $\beta=-0,108$   $p=0,001$ ),
  - η μέση τιμή της «Σφαιρικής Ποιότητας Ζωής» ήταν κατά 0,250 μονάδες μικρότερη στους μη εργαζόμενους σε σχέση με τους εργαζόμενους ( $\beta=-0,250$   $p=0,018$ ),
  - η μέση τιμή της «Σφαιρικής Ποιότητας Ζωής» ήταν κατά 0,306 μονάδες μεγαλύτερη στους μη έχοντες κάποιο άλλο πρόβλημα υγείας σε σχέση με τους έχοντες ( $\beta=0,306$   $p<0,001$ ).
- Το «Νόημα», η «Γαλήνη» και το τρέχον επίπεδο δραστηριότητας αναδείχθηκαν ως προβλεπτικοί παράγοντες της διάστασης «**Συμπτώματα**». Οι αναφερόμενες μεταβλητές του στατιστικού υποδείγματος ερμηνεύουν περίπου το 24% της μεταβλητότητας των «Συμπτωμάτων» (Διορθωμένος  $R^2=23,8\%$ ). Ειδικότερα:
    - μεταβολή του «Νοήματος» κατά 1 μονάδα προκαλεί όμοια μεταβολή των «Συμπτωμάτων» κατά 0,338 μονάδες ( $\beta=0,338$   $p=0,047$ ),
    - μεταβολή της «Γαλήνης» κατά 1 μονάδα προκαλεί όμοια μεταβολή των «Συμπτωμάτων» κατά 0,975 μονάδες ( $\beta=0,975$   $p<0,001$ ),
    - μεταβολή της τρέχουσας δραστηριότητας κατά ένα επίπεδο προκαλεί όμοια μεταβολή των «Συμπτωμάτων» κατά 1,585 μονάδες ( $\beta=1,585$   $p<0,001$ ).
  - Ο τόπος διαμονής, η οικογενειακή κατάσταση και το τρέχον επίπεδο δραστηριότητας αναδείχθηκαν ως προβλεπτικοί παράγοντες της διάστασης «**Λειτουργικότητα**». Οι αναφερόμενες μεταβλητές του στατιστικού υποδείγματος ερμηνεύουν περίπου το 7% της μεταβλητότητας της «Λειτουργικότητας» (Διορθωμένος  $R^2=6,8\%$ ). Ειδικότερα:
    - η μέση τιμή της «Λειτουργικότητας» ήταν κατά 4,464 μονάδες μικρότερη στους διαμένοντες σε μη αστική περιοχή σε σχέση με τους διαμένοντες σε αστική περιοχή ( $\beta=-4,464$   $p<0,001$ ),
    - η μέση τιμή της «Λειτουργικότητας» ήταν κατά 2,311 μονάδες μεγαλύτερη στους μη έγγαμους σε σχέση με τους έγγαμους ( $\beta=2,311$   $p=0,036$ ),
    - μεταβολή της τρέχουσας δραστηριότητας κατά ένα επίπεδο προκαλεί όμοια μεταβολή της «Λειτουργικότητας» κατά 1,882 μονάδες ( $\beta=1,882$   $p<0,001$ ).

- Το «Νόημα», η «Γαλήνη», η διαβίωση με άλλους, η διάρκεια αιμοκάθαρσης και η ύπαρξη άλλου προβλήματος υγείας αναδείχθηκαν ως προβλεπτικοί παράγοντες της διάστασης «**Διαπροσωπικές Σχέσεις**». Οι αναφερόμενες μεταβλητές του στατιστικού υποδείγματος ερμηνεύουν περίπου το 19% της μεταβλητότητας των «Διαπροσωπικών Σχέσεων» (Διορθωμένος  $R^2=18,9\%$ ). Ειδικότερα:
  - μεταβολή του «Νοήματος» κατά 1 μονάδα προκαλεί όμοια μεταβολή των «Διαπροσωπικών Σχέσεων» κατά 0,498 μονάδες ( $\beta=0,498$   $p=0,029$ ),
  - μεταβολή της «Γαλήνης» κατά 1 μονάδα προκαλεί όμοια μεταβολή των «Διαπροσωπικών Σχέσεων» κατά 1,021 μονάδες ( $\beta=1,021$   $p<0,001$ ),
  - η μέση τιμή των «Διαπροσωπικών Σχέσεων» ήταν κατά 5,016 μονάδες μεγαλύτερη στους διαβιούντες με άλλον/ους σε σχέση με τους μη διαβιούντες με άλλον/ους ( $\beta=5,016$   $p=0,001$ ),
  - μεταβολή της διάρκειας αιμοκάθαρσης κατά 1 έτος προκαλεί αντίθετη μεταβολή των «Διαπροσωπικών Σχέσεων» κατά 0,269 μονάδες ( $\beta=-0,269$   $p=0,022$ ),
  - η μέση τιμή των «Διαπροσωπικών Σχέσεων» ήταν κατά 2,582 μονάδες μεγαλύτερη στους μη έχοντες κάποιο άλλο πρόβλημα υγείας σε σχέση με τους έχοντες ( $\beta=2,582$   $p=0,040$ ).
- Η «Γαλήνη» και το τρέχον επίπεδο δραστηριότητας αναδείχθηκαν ως προβλεπτικοί παράγοντες της διάστασης «**Ευεξία**». Οι αναφερόμενες μεταβλητές του στατιστικού υποδείγματος ερμηνεύουν περίπου το 6% της μεταβλητότητας της «Ευεξίας» (Διορθωμένος  $R^2=5,8\%$ ). Ειδικότερα:
  - μεταβολή της «Γαλήνης» κατά 1 μονάδα προκαλεί όμοια μεταβολή της «Ευεξίας» κατά 0,725 μονάδες ( $\beta=0,725$   $p=0,001$ ),
  - μεταβολή της τρέχουσας δραστηριότητας κατά ένα επίπεδο προκαλεί όμοια μεταβολή της «Ευεξίας» κατά 1,470 μονάδες ( $\beta=1,470$   $p=0,027$ ).
- Το «Νόημα», η «Γαλήνη», η ηλικία και το τρέχον επίπεδο δραστηριότητας αναδείχθηκαν ως προβλεπτικοί παράγοντες της διάστασης «**Πνευματικότητα**». Οι αναφερόμενες μεταβλητές του στατιστικού υποδείγματος ερμηνεύουν περίπου το 40% της μεταβλητότητας της «Πνευματικότητας» (Διορθωμένος  $R^2=40,3\%$ ). Ειδικότερα:
  - μεταβολή του «Νοήματος» κατά 1 μονάδα προκαλεί όμοια μεταβολή της «Πνευματικότητας» κατά 1,642 μονάδες ( $\beta=1,642$   $p<0,001$ ),

- μεταβολή της «Γαλήνης» κατά 1 μονάδα προκαλεί όμοια μεταβολή της «Πνευματικότητας» κατά 0,923 μονάδες ( $\beta=0,923$   $p<0,001$ ),
  - μεταβολή της ηλικίας κατά 1 έτος προκαλεί αντίθετη μεταβολή της «Πνευματικότητας» κατά 0,124 μονάδες ( $\beta=-0,124$   $p=0,004$ ),
  - μεταβολή της τρέχουσας δραστηριότητας κατά ένα επίπεδο προκαλεί όμοια μεταβολή της «Πνευματικότητας» κατά 2,383 μονάδες ( $\beta=2,383$   $p<0,001$ ).
- Το «Νόημα», η «Γαλήνη», ο τόπος διαμονής και το τρέχον επίπεδο δραστηριότητας αναδείχθηκαν ως προβλεπτικοί παράγοντες της «**Συνολικής Ποιότητας Ζωής**». Οι αναφερόμενες μεταβλητές του στατιστικού υποδείγματος ερμηνεύουν περίπου το 40% της μεταβλητότητας της «Συνολικής Ποιότητας Ζωής» (Διορθωμένος  $R^2=40,3\%$ ). Ειδικότερα:
    - μεταβολή του «Νοήματος» κατά 1 μονάδα προκαλεί όμοια μεταβολή της «Συνολικής Ποιότητας Ζωής» κατά 0,274 μονάδες ( $\beta=0,274$   $p<0,001$ ),
    - μεταβολή της «Γαλήνης» κατά 1 μονάδα προκαλεί όμοια μεταβολή της «Συνολικής Ποιότητας Ζωής» κατά 0,367 μονάδες ( $\beta=0,367$   $p<0,001$ ),
    - η μέση τιμή της «Συνολικής Ποιότητας Ζωής» ήταν κατά 0,704 μονάδες μικρότερη στους διαμένοντες σε μη αστική περιοχή σε σχέση με τους διαμένοντες σε αστική περιοχή ( $\beta=-0,704$   $p=0,042$ ),
    - μεταβολή της τρέχουσας δραστηριότητας κατά ένα επίπεδο προκαλεί όμοια μεταβολή της «Συνολικής Ποιότητας Ζωής» κατά 0,866 μονάδες ( $\beta=0,866$   $p<0,001$ ).

### **B.3 Επίδραση της Πνευματικότητας στην Ψυχική Υγεία**

Στην παρούσα ενότητα διερευνάται η επίδραση της Πνευματικότητας στην Ψυχική Υγεία των ασθενών υπό αιμοκάθαρση. Ειδικότερα η ενότητα περιλαμβάνει τους εξής ελέγχους:

- Τη σχέση της Ψυχιατρικής Συμπτωματολογίας με τα χαρακτηριστικά των ασθενών - Διμεταβλητή ανάλυση
- Τη σχέση της Ψυχιατρικής Συμπτωματολογίας με την Πνευματικότητα - Διμεταβλητή ανάλυση
- Τη σχέση της Ψυχιατρικής Συμπτωματολογίας με την Πνευματικότητα - Πολυμεταβλητή ανάλυση
- Τους προβλεπτικούς παράγοντες της Ψυχιατρικής Συμπτωματολογίας - Πολυμεταβλητή ανάλυση

#### **B.3.1 Σχέση Ψυχιατρικής Συμπτωματολογίας και Χαρακτηριστικών των ασθενών (Διμεταβλητή ανάλυση)**

Στον Πίνακα 23 παρουσιάζεται η διμεταβλητή (bivariate) διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της Κλίμακας Ψυχιατρικής Συμπτωματολογίας «SCL – 90R» με τα χαρακτηριστικά των ασθενών υπό αιμοκάθαρση.

**Πίνακας 23:** Συσχέτιση της Κλίμακας Ψυχιατρικής Συμπτωματολογίας «SCL – 90R» με τα χαρακτηριστικά των ασθενών (n=367).

Χαρακτηριστικά	Σωματοποίηση	Ιδεοψυχαναγκασμός	Διαπροσωπική	
			Ευαισθησία	Κατάθλιψη
<b>Φύλο</b>				
Άνδρας	0,87 ± 0,70	0,90 ± 0,72	0,70 ± 0,63	1,01 ± 0,69
Γυναίκα	1,16 ± 0,78	1,18 ± 0,83	0,99 ± 0,76	1,36 ± 0,80
T	3,647	3,276	3,870	4,165
P	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>
<b>Ηλικία (έτη)</b>				
R	0,184	0,169	0,050	0,287
P	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,001</b>	0,336	<b>&lt;0,001</b>
<b>Τόπος διαμονής</b>				
Αστική περιοχή	0,92 ± 0,75	0,92 ± 0,74	0,72 ± 0,65	1,10 ± 0,76
Μη αστική περιοχή	1,10 ± 0,71	1,19 ± 0,80	0,99 ± 0,75	1,24 ± 0,72
T	2,156	3,110	3,282	1,693
P	<b>0,032</b>	<b>0,002</b>	<b>0,001</b>	<b>0,091</b>
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>				
Έγγαμος/η	0,91 ± 0,74	0,91 ± 0,71	0,73 ± 0,67	1,04 ± 0,71
Μη έγγαμος/η	1,08 ± 0,73	1,15 ± 0,84	0,92 ± 0,72	1,29 ± 0,79
T	2,216	2,853	2,587	3,007
P	<b>0,027</b>	<b>0,005</b>	<b>0,010</b>	<b>0,003</b>
<b>Ύπαρξη παιδιών</b>				
Ναι	1,03 ± 0,76	1,04 ± 0,79	0,80 ± 0,68	1,20 ± 0,78
Όχι	0,85 ± 0,68	0,94 ± 0,73	0,82 ± 0,73	1,02 ± 0,67
T	2,061	1,049	0,234	2,219
P	<b>0,040</b>	0,295	0,816	<b>0,027</b>
<b>Αριθμός παιδιών</b>				
R	0,153	0,112	0,043	0,119
P	<b>0,003</b>	<b>0,033</b>	0,415	<b>0,022</b>
<b>Μένετε μόνος/η;</b>				
Ναι	1,08 ± 0,75	1,08 ± 0,84	0,91 ± 0,78	1,28 ± 0,81
Όχι	0,95 ± 0,74	0,99 ± 0,75	0,78 ± 0,67	1,10 ± 0,73
T	1,489	0,910	1,378	1,895
P	0,137	0,365	0,171	<b>0,059</b>
<b>Εκπαιδευτικό επίπεδο</b>				
Πρωτοβάθμια (1)	1,20 ± 0,85	1,18 ± 0,90	0,97 ± 0,82	1,38 ± 0,86
Δευτεροβάθμια (2)	0,89 ± 0,65	0,95 ± 0,66	0,78 ± 0,61	1,05 ± 0,62



Τριτοβάθμια (3)	0,70 ± 0,56	0,79 ± 0,63	0,53 ± 0,47	0,84 ± 0,64
F	12,787	6,617	9,834	13,987
P	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,002</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>
Post Hoc Test (LSD)	(1)>(2) p<0,001 (1)>(3) p<0,001 (2)>(3) p=0,071	(1)>(2) p=0,009 (1)>(3) p=0,001	(1)>(2) p=0,012 (1)>(3) p<0,001 (2)>(3) p=0,014	(1)>(2) p<0,001 (1)>(3) p<0,001 (2)>(3) p=0,057
<b>Επαγγελματική κατάσταση</b>				
Εργαζόμενος	0,80 ± 0,63	0,89 ± 0,60	0,69 ± 0,58	0,87 ± 0,56
Μη εργαζόμενος	1,02 ± 0,76	1,04 ± 0,80	0,84 ± 0,72	1,21 ± 0,78
T	2,249	1,729	1,870	4,163
P	<b>0,025</b>	<b>0,086</b>	<b>0,064</b>	<b>&lt;0,001</b>
<b>Θρήσκευμα</b>				
Χριστιανός Ορθόδοξος	1,00 ± 0,74	1,02 ± 0,77	0,81 ± 0,69	1,15 ± 0,75
Μη Χριστιανός Ορθόδοξος	0,53 ± 0,52	0,77 ± 0,68	0,75 ± 0,79	0,90 ± 0,77
T	2,411	1,242	0,350	1,295
P	<b>0,016</b>	0,215	0,727	0,196
<b>Πόσο θρησκευόμενος είστε;</b>				
R	0,018	0,012	0,023	0,037
P	0,738	0,814	0,666	0,474
<b>Πόσο κοντά αισθάνεστε στο θεό;</b>				
R	-0,048	-0,061	-0,045	-0,012
P	0,357	0,247	0,391	0,813
<b>Διάρκεια Αιμοκάθαρσης (έτη)</b>				
R	0,020	-0,027	0,011	-0,035
P	0,696	0,602	0,829	0,507
<b>Άλλο πρόβλημα υγείας</b>				
Ναι	1,18 ± 0,74	1,16 ± 0,80	0,91 ± 0,73	1,34 ± 0,77
Όχι	0,75 ± 0,68	0,84 ± 0,71	0,70 ± 0,65	0,92 ± 0,66
T	5,842	4,002	2,882	5,649
P	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,004</b>	<b>&lt;0,001</b>
<b>Τρέχον επίπεδο δραστηριότητας</b>				
R	-0,409	-0,353	-0,178	-0,430
P	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>

Τα δεδομένα παρουσιάζονται ως Μέση Τιμή ± Τυπική Απόκλιση

**Πίνακας 23:** Συσχέτιση της Κλίμακας Ψυχιατρικής Συμπτωματολογίας «SCL – 90R» με τα χαρακτηριστικά των ασθενών (n=367). [σ υ ν έ χ ε ι α]

Χαρακτηριστικά	Άγχος	Εχθρότητα / Επιθετικότητα	Φοβικό Άγχος	Παρανοειδής Ιδεασμός
<b>Φύλο</b>				
Άνδρας	0,71 ± 0,68	0,63 ± 0,68	0,59 ± 0,73	0,78 ± 0,71
Γυναίκα	1,01 ± 0,81	0,69 ± 0,71	1,04 ± 0,98	0,86 ± 0,82
T	3,740	0,801	4,616	0,970
P	<b>&lt;0,001</b>	0,424	<b>&lt;0,001</b>	0,333
<b>Ηλικία (έτη)</b>				
R	0,110	-0,118	0,185	-0,049
P	<b>0,035</b>	<b>0,024</b>	<b>&lt;0,001</b>	0,349
<b>Τόπος διαμονής</b>				
Αστική περιοχή	0,78 ± 0,74	0,56 ± 0,67	0,66 ± 0,80	0,72 ± 0,74
Μη αστική περιοχή	0,92 ± 0,75	0,85 ± 0,71	0,98 ± 0,94	1,00 ± 0,76
T	1,680	3,939	3,199	3,426
P	<b>0,094</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,002</b>	<b>0,001</b>
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>				
Έγγαμος/η	0,74 ± 0,73	0,65 ± 0,68	0,67 ± 0,82	0,77 ± 0,74
Μη έγγαμος/η	0,94 ± 0,75	0,66 ± 0,71	0,89 ± 0,89	0,88 ± 0,77
T	2,623	0,124	2,440	1,438
P	<b>0,009</b>	0,902	<b>0,015</b>	0,151
<b>Ύπαρξη παιδιών</b>				
Ναι	0,84 ± 0,76	0,62 ± 0,67	0,79 ± 0,89	0,80 ± 0,75
Όχι	0,78 ± 0,70	0,73 ± 0,73	0,70 ± 0,78	0,85 ± 0,77
T	0,771	1,420	1,014	0,552
P	0,441	0,156	0,312	0,581
<b>Αριθμός παιδιών</b>				
R	0,100	0,042	0,048	0,025
P	<b>0,057</b>	0,421	0,360	0,637
<b>Μένετε μόνος/η;</b>				
Ναι	0,90 ± 0,77	0,68 ± 0,75	0,79 ± 0,85	0,91 ± 0,80
Όχι	0,80 ± 0,74	0,65 ± 0,68	0,75 ± 0,86	0,78 ± 0,74
T	1,105	0,349	0,367	1,445
P	0,270	0,727	0,714	0,149
<b>Εκπαιδευτικό επίπεδο</b>				
Πρωτοβάθμια (1)	0,99 ± 0,87	0,74 ± 0,80	0,96 ± 1,01	0,89 ± 0,86

Δευτεροβάθμια (2)	0,79 ± 0,64	0,65 ± 0,64	0,69 ± 0,75	0,80 ± 0,71
Τριτοβάθμια (3)	0,54 ± 0,55	0,47 ± 0,51	0,51 ± 0,63	0,65 ± 0,55
F	8,722	3,310	7,356	2,328
P	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,038</b>	<b>0,001</b>	<b>0,098</b>
Post Hoc Test (LSD)	(1)>(2) p=0,017 (1)>(3) p<0,001 (2)>(3) p=0,022	(1)>(3) p=0,010 (2)>(3) p=0,074	(1)>(2) p=0,006 (1)>(3) p<0,001	(1)>(3) p=0,032
<b>Επαγγελματική κατάσταση</b>				
Εργαζόμενος	0,75 ± 0,62	0,58 ± 0,65	0,66 ± 0,69	0,73 ± 0,59
Μη εργαζόμενος	0,84 ± 0,77	0,67 ± 0,70	0,79 ± 0,89	0,83 ± 0,79
T	1,011	0,973	1,308	1,186
P	0,314	0,331	0,193	0,238
<b>Θρήσκευμα</b>				
Χριστιανός Ορθόδοξος	0,83 ± 0,75	0,65 ± 0,70	0,78 ± 0,87	0,81 ± 0,75
Μη Χριστιανός Ορθόδοξος	0,60 ± 0,69	0,74 ± 0,64	0,35 ± 0,51	0,91 ± 0,96
T	1,181	0,518	3,039	0,519
P	0,238	0,605	<b>0,007</b>	0,604
<b>Πόσο θρησκευόμενος είστε;</b>				
R	0,016	-0,081	0,035	-0,031
P	0,763	0,122	0,499	0,551
<b>Πόσο κοντά αισθάνεστε στο θεό;</b>				
R	-0,071	-0,123	-0,028	-0,092
P	0,177	<b>0,019</b>	0,595	<b>0,077</b>
<b>Διάρκεια Αιμοκάθαρσης (έτη)</b>				
R	-0,077	0,059	-0,016	0,025
P	0,142	0,262	0,755	0,628
<b>Άλλο πρόβλημα υγείας</b>				
Ναι	0,98 ± 0,76	0,69 ± 0,72	0,93 ± 0,92	0,86 ± 0,78
Όχι	0,64 ± 0,68	0,61 ± 0,66	0,57 ± 0,74	0,76 ± 0,72
T	4,476	1,162	4,159	1,357
P	<b>&lt;0,001</b>	0,246	<b>&lt;0,001</b>	0,175
<b>Τρέχον επίπεδο δραστηριότητας</b>				
R	-0,351	-0,012	-0,328	-0,052
P	<b>&lt;0,001</b>	0,820	<b>&lt;0,001</b>	0,322

Τα δεδομένα παρουσιάζονται ως Μέση Τιμή ± Τυπική Απόκλιση

**Πίνακας 23:** Συσχέτιση της Κλίμακας Ψυχιατρικής Συμπτωματολογίας «SCL – 90R» με τα χαρακτηριστικά των ασθενών (n=367). [σ υ ν έ χ ε ι α]

Χαρακτηριστικά	Ψυχωτισμός	Πρόσθετα Στοιχεία (Διάφορες Αιτιώσεις)
<b>Φύλο</b>		
Άνδρας	0,54 ± 0,61	1,01 ± 0,73
Γυναίκα	0,63 ± 0,64	1,31 ± 0,76
T	1,281	3,709
P	0,201	<b>&lt;0,001</b>
<b>Ηλικία (έτη)</b>		
R	-0,034	0,196
P	0,513	<b>&lt;0,001</b>
<b>Τόπος διαμονής</b>		
Αστική περιοχή	0,45 ± 0,56	1,06 ± 0,75
Μη αστική περιοχή	0,84 ± 0,67	1,25 ± 0,75
T	5,551	2,320
P	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,021</b>
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>		
Έγγαμος/η	0,55 ± 0,61	1,08 ± 0,74
Μη έγγαμος/η	0,62 ± 0,64	1,19 ± 0,78
T	0,999	1,464
P	0,318	0,144
<b>Ύπαρξη παιδιών</b>		
Ναι	0,56 ± 0,61	1,21 ± 0,76
Όχι	0,62 ± 0,66	0,93 ± 0,72
T	0,849	3,287
P	0,396	<b>0,001</b>
<b>Αριθμός παιδιών</b>		
R	0,047	0,144
P	0,374	<b>0,006</b>
<b>Μένετε μόνος/η;</b>		
Ναι	0,64 ± 0,71	1,21 ± 0,85
Όχι	0,56 ± 0,60	1,10 ± 0,72
T	0,993	1,091
P	0,321	0,277
<b>Εκπαιδευτικό επίπεδο</b>		

Πρωτοβάθμια (1)	0,70 ± 0,77	1,31 ± 0,83
Δευτεροβάθμια (2)	0,52 ± 0,50	1,06 ± 0,67
Τριτοβάθμια (3)	0,44 ± 0,49	0,87 ± 0,69
F	5,113	8,882
P	<b>0,006</b>	<b>&lt;0,001</b>
Post Hoc Test (LSD)	(1)>(2) p=0,011	(1)>(2) p=0,004
	(1)>(3) p=0,006	(1)>(3) p<0,001
		(2)>(3) p=0,082
<b>Επαγγελματική κατάσταση</b>		
Εργαζόμενος	0,56 ± 0,57	0,87 ± 0,62
Μη εργαζόμενος	0,58 ± 0,64	1,18 ± 0,77
T	0,300	3,132
P	0,764	<b>0,002</b>
<b>Θρήσκευμα</b>		
Χριστιανός Ορθόδοξος	0,58 ± 0,63	1,13 ± 0,76
Μη Χριστιανός Ορθόδοξος	0,55 ± 0,59	0,88 ± 0,74
T	0,194	1,292
P	0,846	0,197
<b>Πόσο θρησκευόμενος είστε;</b>		
R	-0,012	0,024
P	0,812	0,646
<b>Πόσο κοντά αισθάνεστε στο θεό;</b>		
R	-0,077	-0,049
P	0,144	0,348
<b>Διάρκεια Αιμοκάθαρσης (έτη)</b>		
R	0,073	-0,023
P	0,162	0,660
<b>Άλλο πρόβλημα υγείας</b>		
Ναι	0,64 ± 0,67	1,29 ± 0,77
Όχι	0,51 ± 0,57	0,94 ± 0,69
T	2,074	4,474
P	<b>0,039</b>	<b>&lt;0,001</b>
<b>Τρέχον επίπεδο δραστηριότητας</b>		
R	-0,144	-0,273
P	<b>0,030</b>	<b>&lt;0,001</b>

Τα δεδομένα παρουσιάζονται ως Μέση Τιμή ± Τυπική Απόκλιση

**Πίνακας 23:** Συσχέτιση της Κλίμακας Ψυχιατρικής Συμπτωματολογίας «SCL – 90R» με τα χαρακτηριστικά των ασθενών (n=367). [σ υ ν έ χ ε ι α]

Χαρακτηριστικά	Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων	Δείκτης Θετικών Συμπτωμάτων	Δείκτης Ενόχλησης Θετικών Συμπτωμάτων
<b>Φύλο</b>			
Ανδρας	0,79 ± 0,59	39,36 ± 24,27	1,76 ± 0,51
Γυναίκα	1,05 ± 0,67	46,81 ± 23,51	1,98 ± 0,58
T	3,885	2,883	3,741
P	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,004</b>	<b>&lt;0,001</b>
<b>Ηλικία (έτη)</b>			
R	0,143	0,107	0,183
P	<b>0,006</b>	<b>0,041</b>	<b>&lt;0,001</b>
<b>Τόπος διαμονής</b>			
Αστική περιοχή	0,81 ± 0,60	36,83 ± 20,78	1,90 ± 0,58
Μη αστική περιοχή	1,05 ± 0,66	53,19 ± 27,03	1,72 ± 0,47
T	3,315	5,844	3,158
P	<b>0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,002</b>
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>			
Έγγαμος/η	0,82 ± 0,62	39,88 ± 24,98	1,82 ± 0,57
Μη έγγαμος/η	0,99 ± 0,63	45,51 ± 22,76	1,88 ± 0,53
T	2,538	2,197	1,016
P	<b>0,012</b>	<b>0,029</b>	0,310
<b>Ύπαρξη παιδιών</b>			
Ναι	0,91 ± 0,64	42,41 ± 24,71	1,90 ± 0,57
Όχι	0,83 ± 0,61	41,65 ± 23,12	1,72 ± 0,48
T	1,060	0,273	3,050
P	0,290	0,785	<b>0,003</b>
<b>Αριθμός παιδιών</b>			
R	0,106	0,055	0,169
P	<b>0,042</b>	0,293	<b>0,001</b>
<b>Μένετε μόνος/η;</b>			
Ναι	0,97 ± 0,68	44,58 ± 24,36	1,86 ± 0,52
Όχι	0,86 ± 0,61	41,45 ± 24,18	1,84 ± 0,56
T	1,403	1,050	0,340
P	0,162	0,295	0,734
<b>Εκπαιδευτικό επίπεδο</b>			
Πρωτοβάθμια (1)	1,06 ± 0,76	46,69 ± 26,25	1,96 ± 0,63
Δευτεροβάθμια (2)	0,83 ± 0,51	41,84 ± 22,82	1,79 ± 0,48
Τριτοβάθμια (3)	0,64 ± 0,46	32,76 ± 20,05	1,72 ± 0,50
F	11,226	7,531	5,417

P	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,001</b>	<b>0,005</b>
Post Hoc Test (LSD)	(1)>(2) p=0,001 (1)>(3) p<0,001 (2)>(3) p=0,042	(1)>(2) p=0,077 (1)>(3) p<0,001 (2)>(3) p=0,011	(1)>(2) p=0,008 (1)>(3) p=0,005
<b>Επαγγελματική κατάσταση</b>			
Εργαζόμενος	0,75 ± 0,51	41,21 ± 22,44	1,59 ± 0,38
Μη εργαζόμενος	0,92 ± 0,65	42,41 ± 24,65	1,90 ± 0,57
T	2,358	0,371	5,625
P	<b>0,020</b>	0,711	<b>&lt;0,001</b>
<b>Θρήσκευμα</b>			
Χριστιανός Ορθόδοξος	0,90 ± 0,63	42,66 ± 24,26	1,84 ± 0,55
Μη Χριστιανός Ορθόδοξος	0,69 ± 0,59	30,93 ± 20,87	1,87 ± 0,55
T	1,225	1,843	0,163
P	0,221	<b>0,066</b>	0,870
<b>Πόσο θρησκευόμενος είστε;</b>			
R	0,012	-0,017	0,054
P	0,824	0,751	0,302
<b>Πόσο κοντά αισθάνεστε στο θεό;</b>			
R	-0,065	-0,122	0,083
P	0,217	<b>0,019</b>	0,112
<b>Διάρκεια Αιμοκάθαρσης (έτη)</b>			
R	-0,005	0,028	-0,057
P	0,927	0,596	0,278
<b>Άλλο πρόβλημα υγείας</b>			
Ναι	1,03 ± 0,64	47,19 ± 23,21	1,94 ± 0,57
Όχι	0,73 ± 0,58	36,63 ± 24,17	1,74 ± 0,51
T	4,608	4,270	3,422
P	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,001</b>
<b>Τρέχον επίπεδο δραστηριότητας</b>			
R	-0,330	-0,274	-0,244
P	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>

Τα δεδομένα παρουσιάζονται ως Μέση Τιμή ± Τυπική Απόκλιση

Από τον στατιστικό διμεταβλητό έλεγχο της σχέσης μεταξύ της Ψυχιατρικής Συμπτωματολογίας (Κλίμακα «SCL – 90R») και των χαρακτηριστικών των ασθενών διαπιστώθηκαν τα εξής:

- Η διάσταση «**Σωματοποίηση**» σχετίζονταν στατιστικά σημαντικά με το φύλο (p<0,001), την ηλικία (p<0,001), τον τόπο διαμονής (p=0,032), την οικογενειακή κατάσταση (p=0,027), την ύπαρξη παιδιών (p=0,040), τον αριθμό παιδιών

( $p=0,003$ ), το εκπαιδευτικό επίπεδο ( $p<0,001$ ), την επαγγελματική κατάσταση ( $p=0,025$ ), το θρήσκευμα ( $p=0,016$ ), την ύπαρξη άλλου προβλήματος υγείας ( $p<0,001$ ) και το τρέχον επίπεδο δραστηριότητας ( $p<0,001$ ).

- Η διάσταση «**Ιδεοψυχαναγκασμός**» σχετίζονταν στατιστικά σημαντικά με το φύλο ( $p=0,001$ ), την ηλικία ( $p=0,001$ ), τον τόπο διαμονής ( $p=0,002$ ), την οικογενειακή κατάσταση ( $p=0,005$ ), τον αριθμό παιδιών ( $p=0,033$ ), το εκπαιδευτικό επίπεδο ( $p=0,002$ ), την ύπαρξη άλλου προβλήματος υγείας ( $p<0,001$ ), το τρέχον επίπεδο δραστηριότητας ( $p<0,001$ ) και οριακά στο επίπεδο του 10% με την επαγγελματική κατάσταση ( $p=0,086$ ).
- Η διάσταση «**Διαπροσωπική Ευαισθησία**» σχετίζονταν στατιστικά σημαντικά με το φύλο ( $p<0,001$ ), τον τόπο διαμονής ( $p=0,001$ ), την οικογενειακή κατάσταση ( $p=0,010$ ), το εκπαιδευτικό επίπεδο ( $p<0,001$ ), την ύπαρξη άλλου προβλήματος υγείας ( $p=0,004$ ), το τρέχον επίπεδο δραστηριότητας ( $p=0,001$ ) και οριακά στο επίπεδο του 10% με την επαγγελματική κατάσταση ( $p=0,064$ ).
- Η διάσταση «**Κατάθλιψη**» σχετίζονταν στατιστικά σημαντικά με το φύλο ( $p<0,001$ ), την ηλικία ( $p<0,001$ ), την οικογενειακή κατάσταση ( $p=0,003$ ), την ύπαρξη παιδιών ( $p=0,027$ ), τον αριθμό παιδιών ( $p=0,022$ ), το εκπαιδευτικό επίπεδο ( $p<0,001$ ), την επαγγελματική κατάσταση ( $p<0,001$ ), την ύπαρξη άλλου προβλήματος υγείας ( $p<0,001$ ), το τρέχον επίπεδο δραστηριότητας ( $p<0,001$ ) και οριακά στο επίπεδο του 10% με τον τόπο διαμονής ( $p=0,091$ ) και τη διαβίωση με άλλους ( $p=0,059$ ).
- Η διάσταση «**Άγχος**» σχετίζονταν στατιστικά σημαντικά με το φύλο ( $p<0,001$ ), την ηλικία ( $p=0,035$ ), την οικογενειακή κατάσταση ( $p=0,009$ ), το εκπαιδευτικό επίπεδο ( $p<0,001$ ), την ύπαρξη άλλου προβλήματος υγείας ( $p<0,001$ ), το τρέχον επίπεδο δραστηριότητας ( $p<0,001$ ) και οριακά στο επίπεδο του 10% με τον τόπο διαμονής ( $p=0,094$ ) και τον αριθμό παιδιών ( $p=0,057$ ).
- Η διάσταση «**Εχθρότητα / Επιθετικότητα**» σχετίζονταν στατιστικά σημαντικά με την ηλικία ( $p=0,024$ ), τον τόπο διαμονής ( $p<0,001$ ), το εκπαιδευτικό επίπεδο ( $p=0,038$ ) και το πόσο κοντά αισθάνονται στο θεό ( $p=0,019$ ).
- Η διάσταση «**Φοβικό Άγχος**» σχετίζονταν στατιστικά σημαντικά με το φύλο ( $p<0,001$ ), την ηλικία ( $p<0,001$ ), τον τόπο διαμονής ( $p=0,002$ ), την οικογενειακή κατάσταση ( $p=0,015$ ), το εκπαιδευτικό επίπεδο ( $p=0,001$ ), το θρήσκευμα



( $p=0,007$ ), την ύπαρξη άλλου προβλήματος υγείας ( $p<0,001$ ) και το τρέχον επίπεδο δραστηριότητας ( $p<0,001$ ).

- Η διάσταση «**Παρανοειδής Ιδεασμός**» σχετίζονταν στατιστικά σημαντικά με τον τόπο διαμονής ( $p=0,001$ ) και οριακά στο επίπεδο του 10% με το εκπαιδευτικό επίπεδο ( $p=0,098$ ) και το πόσο κοντά αισθάνονται στο θεό ( $p=0,077$ ).
- Η διάσταση «**Ψυχωτισμός**» σχετίζονταν στατιστικά σημαντικά με τον τόπο διαμονής ( $p<0,001$ ), το εκπαιδευτικό επίπεδο ( $p=0,006$ ), την ύπαρξη άλλου προβλήματος υγείας ( $p=0,039$ ) και το τρέχον επίπεδο δραστηριότητας ( $p=0,030$ ).
- Η διάσταση «**Πρόσθετα Στοιχεία (Διάφορες Αιτιάσεις)**» σχετίζονταν στατιστικά σημαντικά με το φύλο ( $p<0,001$ ), την ηλικία ( $p<0,001$ ), τον τόπο διαμονής ( $p=0,021$ ), την ύπαρξη παιδιών ( $p=0,001$ ), τον αριθμό παιδιών ( $p=0,006$ ), το εκπαιδευτικό επίπεδο ( $p<0,001$ ), την επαγγελματική κατάσταση ( $p=0,002$ ), την ύπαρξη άλλου προβλήματος υγείας ( $p<0,001$ ) και το τρέχον επίπεδο δραστηριότητας ( $p<0,001$ ).
- Ο «**Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων**» σχετίζονταν στατιστικά σημαντικά με το φύλο ( $p<0,001$ ), την ηλικία ( $p=0,006$ ), τον τόπο διαμονής ( $p=0,001$ ), την οικογενειακή κατάσταση ( $p=0,012$ ), τον αριθμό παιδιών ( $p=0,042$ ), το εκπαιδευτικό επίπεδο ( $p<0,001$ ), την επαγγελματική κατάσταση ( $p=0,020$ ), την ύπαρξη άλλου προβλήματος υγείας ( $p<0,001$ ) και το τρέχον επίπεδο δραστηριότητας ( $p<0,001$ ).
- Ο «**Δείκτης Θετικών Συμπτωμάτων**» σχετίζονταν στατιστικά σημαντικά με το φύλο ( $p=0,004$ ), την ηλικία ( $p=0,041$ ), τον τόπο διαμονής ( $p<0,001$ ), την οικογενειακή κατάσταση ( $p=0,029$ ), το εκπαιδευτικό επίπεδο ( $p=0,001$ ), το πόσο κοντά αισθάνονται στο θεό ( $p=0,019$ ), την ύπαρξη άλλου προβλήματος υγείας ( $p<0,001$ ), το τρέχον επίπεδο δραστηριότητας ( $p<0,001$ ) και οριακά στο επίπεδο του 10% με το θρήσκευμα ( $p=0,066$ ).
- Ο «**Δείκτης Ενόχλησης Θετικών Συμπτωμάτων**» σχετίζονταν στατιστικά σημαντικά με το φύλο ( $p<0,001$ ), την ηλικία ( $p<0,001$ ), τον τόπο διαμονής ( $p=0,002$ ), την ύπαρξη παιδιών ( $p=0,003$ ), τον αριθμό παιδιών ( $p=0,001$ ), το εκπαιδευτικό επίπεδο ( $p=0,005$ ), την επαγγελματική κατάσταση ( $p<0,001$ ), την ύπαρξη άλλου προβλήματος υγείας ( $p=0,001$ ) και το τρέχον επίπεδο δραστηριότητας ( $p<0,001$ ).

### B.3.2 Σχέση Ψυχιατρικής Συμπτωματολογίας και Πνευματικότητας (Διμεταβλητή ανάλυση)

Στον Πίνακα 24 παρουσιάζεται η διμεταβλητή (bivariate) διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της Κλίμακας Ψυχιατρικής Συμπτωματολογίας «SCL – 90R» με την Κλίμακα Πνευματικότητας «FACIT – Sp12 Scale» των ασθενών υπό αιμοκάθαρση.

**Πίνακας 24:** Συσχέτιση της Κλίμακας Ψυχιατρικής Συμπτωματολογίας «SCL – 90R» με την Κλίμακα Πνευματικότητας «FACIT – Sp12 Scale» (n=367).

Κλίμακα Πνευματικότητας	Κλίμακα Ψυχιατρικής Συμπτωματολογίας			
	Σωματοποίηση	Ιδεοψυχαναγκα- σμός	Διαπροσωπική Ευαισθησία	Κατάθλιψη
Νόημα	-0,502**	-0,516**	-0,498**	-0,561**
Γαλήνη	-0,489**	-0,497**	-0,387**	-0,507**
Πίστη	-0,176**	-0,093	-0,100	-0,104*
Συνολική Πνευματικότητα	-0,485**	-0,454**	-0,405**	-0,482**

Συντελεστής συσχέτισης του Pearson (r) \* p<0,05 \*\* p<0,01

**Πίνακας 24:** Συσχέτιση της Κλίμακας Ψυχιατρικής Συμπτωματολογίας «SCL – 90R» με την Κλίμακα Πνευματικότητας «FACIT – Sp12 Scale» (n=367). [σ υ ν έ χ ε ι α]

Κλίμακα Πνευματικότητας	Κλίμακα Ψυχιατρικής Συμπτωματολογίας			
	Άγχος	Εχθρότητα / Επιθετικότητα	Φοβικό Άγχος	Παρανοειδής Ιδεασμός
Νόημα	-0,521**	-0,325**	-0,438**	-0,356**
Γαλήνη	-0,531**	-0,331**	-0,437**	-0,295**
Πίστη	-0,133*	-0,194**	-0,073	-0,118*
Συνολική Πνευματικότητα	-0,490**	-0,358**	-0,389**	-0,320**

Συντελεστής συσχέτισης του Pearson (r) \* p<0,05 \*\* p<0,01

**Πίνακας 24:** Συσχέτιση της Κλίμακας Ψυχιατρικής Συμπτωματολογίας «SCL – 90R» με την Κλίμακα Πνευματικότητας «FACIT – Sp12 Scale» (n=367). [σ υ ν έ χ ε ι α]

Κλίμακα Πνευματικότητας	Κλίμακα Ψυχιατρικής Συμπτωματολογίας	
	Ψυχωτισμός	Πρόσθετα Στοιχεία (Διάφορες Αιτιάσεις)
Νόημα	-0,470**	-0,506**
Γαλήνη	-0,381**	-0,441**
Πίστη	-0,128*	-0,147**
Συνολική Πνευματικότητα	-0,405**	-0,453**

Συντελεστής συσχέτισης του Pearson (r) \*p<0,05 \*\*p<0,01

**Πίνακας 24:** Συσχέτιση της Κλίμακας Ψυχιατρικής Συμπτωματολογίας «SCL – 90R» με την Κλίμακα Πνευματικότητας «FACIT – Sp12 Scale» (n=367). [σ υ ν έ χ ε ι α]

Κλίμακα Πνευματικότητας	Κλίμακα Ψυχιατρικής Συμπτωματολογίας		
	Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων	Δείκτης Θετικών Συμπτωμάτων	Δείκτης Ενόχλησης Θετικών Συμπτωμάτων
Νόημα	-0,567**	-0,550**	-0,227**
Γαλήνη	-0,522**	-0,508**	-0,243**
Πίστη	-0,146**	-0,197**	0,004
Συνολική Πνευματικότητα	-0,510**	-0,522**	-0,188**

Συντελεστής συσχέτισης του Pearson (r) \*p<0,05 \*\*p<0,01

Από τον στατιστικό διμεταβλητό έλεγχο της επίδρασης της Πνευματικότητας (Κλίμακα «FACIT – Sp12 Scale») στην Ψυχιατρική Συμπτωματολογία (Κλίμακα «SCL – 90R») των ασθενών διαπιστώθηκαν τα εξής:

- Η διάσταση «**Σωματοποίηση**» σχετίζονταν αρνητικά στατιστικά σημαντικά με την συνολική Πνευματικότητα καθώς και με όλες τις διαστάσεις της. Ειδικότερα όσο αυξάνονταν (ή μειώνονταν) το «Νόημα» (r=-0,502), η «Γαλήνη» (r=-0,489), η «Πίστη» (r=-0,176) αλλά και η «Συνολική Πνευματικότητα» (r=-0,485) των ασθενών τόσο μειώνονταν (ή αυξάνονταν) η συμπτωματολογία τους σχετικά με την «Σωματοποίηση».
- Η διάσταση «**Ιδεοψυχαναγκασμός**» σχετίζονταν αρνητικά στατιστικά σημαντικά με την συνολική Πνευματικότητα καθώς και με δύο από τις τρεις διαστάσεις της. Ειδικότερα όσο αυξάνονταν (ή μειώνονταν) το «Νόημα» (r=-

0,516), η «Γαλήνη» ( $r=-0,497$ ) αλλά και η «Συνολική Πνευματικότητα» ( $r=-0,454$ ) των ασθενών τόσο μειώνονταν (ή αυξάνονταν) η συμπτωματολογία τους σχετικά με τον «Ιδεοψυχαναγκασμό».

- Η διάσταση «**Διαπροσωπική Ευαισθησία**» σχετίζονταν αρνητικά στατιστικά σημαντικά με την συνολική Πνευματικότητα καθώς και με δύο από τις τρεις διαστάσεις της. Ειδικότερα όσο αυξάνονταν (ή μειώνονταν) το «Νόημα» ( $r=-0,498$ ), η «Γαλήνη» ( $r=-0,387$ ) αλλά και η «Συνολική Πνευματικότητα» ( $r=-0,405$ ) των ασθενών τόσο μειώνονταν (ή αυξάνονταν) η συμπτωματολογία τους σχετικά με την «Διαπροσωπική Ευαισθησία».
- Η διάσταση «**Κατάθλιψη**» σχετίζονταν αρνητικά στατιστικά σημαντικά με την συνολική Πνευματικότητα καθώς και με όλες τις διαστάσεις της. Ειδικότερα όσο αυξάνονταν (ή μειώνονταν) το «Νόημα» ( $r=-0,561$ ), η «Γαλήνη» ( $r=-0,507$ ), η «Πίστη» ( $r=-0,104$ ) αλλά και η «Συνολική Πνευματικότητα» ( $r=-0,482$ ) των ασθενών τόσο μειώνονταν (ή αυξάνονταν) η συμπτωματολογία τους σχετικά με την «Κατάθλιψη».
- Η διάσταση «**Άγχος**» σχετίζονταν αρνητικά στατιστικά σημαντικά με την συνολική Πνευματικότητα καθώς και με όλες τις διαστάσεις της. Ειδικότερα όσο αυξάνονταν (ή μειώνονταν) το «Νόημα» ( $r=-0,521$ ), η «Γαλήνη» ( $r=-0,531$ ), η «Πίστη» ( $r=-0,133$ ) αλλά και η «Συνολική Πνευματικότητα» ( $r=-0,490$ ) των ασθενών τόσο μειώνονταν (ή αυξάνονταν) η συμπτωματολογία τους σχετικά με το «Άγχος».
- Η διάσταση «**Εχθρότητα / Επιθετικότητα**» σχετίζονταν αρνητικά στατιστικά σημαντικά με την συνολική Πνευματικότητα καθώς και με όλες τις διαστάσεις της. Ειδικότερα όσο αυξάνονταν (ή μειώνονταν) το «Νόημα» ( $r=-0,325$ ), η «Γαλήνη» ( $r=-0,331$ ), η «Πίστη» ( $r=-0,194$ ) αλλά και η «Συνολική Πνευματικότητα» ( $r=-0,358$ ) των ασθενών τόσο μειώνονταν (ή αυξάνονταν) η συμπτωματολογία τους σχετικά με την «Εχθρότητα / Επιθετικότητα».
- Η διάσταση «**Φοβικό Άγχος**» σχετίζονταν αρνητικά στατιστικά σημαντικά με την συνολική Πνευματικότητα καθώς και με δύο από τις τρεις διαστάσεις της. Ειδικότερα όσο αυξάνονταν (ή μειώνονταν) το «Νόημα» ( $r=-0,438$ ), η «Γαλήνη» ( $r=-0,437$ ) αλλά και η «Συνολική Πνευματικότητα» ( $r=-0,389$ ) των ασθενών τόσο μειώνονταν (ή αυξάνονταν) η συμπτωματολογία τους σχετικά με το «Φοβικό Άγχος».

- Η διάσταση «**Παρανοειδής Ιδεασμός**» σχετίζονταν αρνητικά στατιστικά σημαντικά με την συνολική Πνευματικότητα καθώς και με όλες τις διαστάσεις της. Ειδικότερα όσο αυξάνονταν (ή μειώνονταν) το «Νόημα» ( $r=-0,356$ ), η «Γαλήνη» ( $r=-0,295$ ), η «Πίστη» ( $r=-0,118$ ) αλλά και η «Συνολική Πνευματικότητα» ( $r=-0,320$ ) των ασθενών τόσο μειώνονταν (ή αυξάνονταν) η συμπτωματολογία τους σχετικά με τον «Παρανοειδή Ιδεασμό».
- Η διάσταση «**Ψυχωτισμός**» σχετίζονταν αρνητικά στατιστικά σημαντικά με την συνολική Πνευματικότητα καθώς και με όλες τις διαστάσεις της. Ειδικότερα όσο αυξάνονταν (ή μειώνονταν) το «Νόημα» ( $r=-0,470$ ), η «Γαλήνη» ( $r=-0,381$ ), η «Πίστη» ( $r=-0,128$ ) αλλά και η «Συνολική Πνευματικότητα» ( $r=-0,405$ ) των ασθενών τόσο μειώνονταν (ή αυξάνονταν) η συμπτωματολογία τους σχετικά με τον «Ψυχωτισμό».
- Η διάσταση «**Πρόσθετα Στοιχεία (Διάφορες Αιτιάσεις)**» σχετίζονταν αρνητικά στατιστικά σημαντικά με την συνολική Πνευματικότητα καθώς και με όλες τις διαστάσεις της. Ειδικότερα όσο αυξάνονταν (ή μειώνονταν) το «Νόημα» ( $r=-0,506$ ), η «Γαλήνη» ( $r=-0,441$ ), η «Πίστη» ( $r=-0,147$ ) αλλά και η «Συνολική Πνευματικότητα» ( $r=-0,453$ ) των ασθενών τόσο μειώνονταν (ή αυξάνονταν) η συμπτωματολογία τους σχετικά με τα «Πρόσθετα Στοιχεία (Διάφορες Αιτιάσεις)».
- Ο «**Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων**» (Συνολική Ψυχιατρική Συμπτωματολογία) σχετίζονταν αρνητικά στατιστικά σημαντικά με την συνολική Πνευματικότητα καθώς και με όλες τις διαστάσεις της. Ειδικότερα όσο αυξάνονταν (ή μειώνονταν) το «Νόημα» ( $r=-0,567$ ), η «Γαλήνη» ( $r=-0,522$ ), η «Πίστη» ( $r=-0,146$ ) αλλά και η «Συνολική Πνευματικότητα» ( $r=-0,510$ ) των ασθενών τόσο μειώνονταν (ή αυξάνονταν) η Συνολική Ψυχιατρική Συμπτωματολογία τους («Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων»).
- Ο «**Δείκτης Θετικών Συμπτωμάτων**» σχετίζονταν αρνητικά στατιστικά σημαντικά με την συνολική Πνευματικότητα καθώς και με όλες τις διαστάσεις της. Ειδικότερα όσο αυξάνονταν (ή μειώνονταν) το «Νόημα» ( $r=-0,550$ ), η «Γαλήνη» ( $r=-0,508$ ), η «Πίστη» ( $r=-0,197$ ) αλλά και η «Συνολική Πνευματικότητα» ( $r=-0,522$ ) των ασθενών τόσο μειώνονταν (ή αυξάνονταν) η Ψυχιατρική Συμπτωματολογία τους («Δείκτης Θετικών Συμπτωμάτων»).

- Ο «Δείκτης Ενόχλησης Θετικών Συμπτωμάτων» σχετίζονταν αρνητικά στατιστικά σημαντικά με την συνολική Πνευματικότητα καθώς και με δύο από τις τρεις διαστάσεις της. Ειδικότερα όσο αυξάνονταν (ή μειώνονταν) το «Νόημα» ( $r=-0,227$ ), η «Γαλήνη» ( $r=-0,243$ ) αλλά και η «Συνολική Πνευματικότητα» ( $r=-0,188$ ) των ασθενών τόσο μειώνονταν (ή αυξάνονταν) η Ένταση των Ψυχιατρικών Συμπτωμάτων τους («Δείκτης Ενόχλησης Θετικών Συμπτωμάτων»).

### **B.3.3 Σχέση Ψυχιατρικής Συμπτωματολογίας και Πνευματικότητας (Πολυμεταβλητή ανάλυση)**

Στον Πίνακα 25 παρουσιάζεται η πολυμεταβλητή (multivariate) διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της Κλίμακας Ψυχιατρικής Συμπτωματολογίας «SCL – 90R» με την Κλίμακα Πνευματικότητας «FACIT – Sp12 Scale» των ασθενών υπό αιμοκάθαρση. Στην πολυμεταβλητή ανάλυση εισήχθησαν τα χαρακτηριστικά των ασθενών που σχετίζονταν με την Ψυχιατρικής Συμπτωματολογίας στο επίπεδο σημαντικότητας του 0,25 από τη διμεταβλητή ανάλυση.

**Πίνακας 25:** Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση (μέθοδος enter) με εξαρτημένη μεταβλητή την Κλίμακα Ψυχιατρικής Συμπτωματολογίας «SCL – 90R» και ανεξάρτητες μεταβλητές την Κλίμακα Πνευματικότητας «FACIT – Sp12 Scale» ως μελετώμενος προσδιοριστής και τα χαρακτηριστικά των ασθενών\* ( $n=367$ ).

Κλίμακα Πνευματικότητας	Κλίμακα Ψυχιατρικής Συμπτωματολογίας							
	Σωματοποίηση		Ιδεοψυχαναγκα- σμός		Διαπροσωπική Ευαισθησία		Κατάθλιψη	
	β (ΤΣ)	Τιμή p	β (ΤΣ)	Τιμή p	β (ΤΣ)	Τιμή p	β (ΤΣ)	Τιμή p
<b>Νόημα</b>	-0,090 (0,011)	<0,001	-0,100 (0,011)	<0,001	-0,095 (0,011)	<0,001	-0,104 (0,010)	<0,001
<b>Γαλήνη</b>	-0,077 (0,010)	<0,001	-0,089 (0,011)	<0,001	-0,064 (0,011)	<0,001	-0,082 (0,010)	<0,001
<b>Πίστη</b>	-0,032 (0,009)	<0,001	-0,015 (0,010)	0,126	-0,017 (0,009)	0,064	-0,018 (0,009)	0,043
<b>Συνολική Πνευματικότητα</b>	-0,035 (0,004)	<0,001	-0,034 (0,005)	<0,001	-0,030 (0,004)	<0,001	-0,034 (0,004)	<0,001

β = Διορθωμένος Συντελεστής Παλινδρόμησης ΤΣ = Τυπικό Σφάλμα

\*Στο πολυμεταβλητό μοντέλο εντάχθηκαν τα χαρακτηριστικά των ασθενών από την διμεταβλητή ανάλυση με όριο σημαντικότητας στο επίπεδο του 0,25.

**Πίνακας 25:** Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση (μέθοδος enter) με εξαρτημένη μεταβλητή την Κλίμακα Ψυχιατρικής Συμπτωματολογίας «SCL – 90R» και ανεξάρτητες μεταβλητές την Κλίμακα Πνευματικότητας «FACIT – Sp12 Scale» ως μελετώμενος προσδιοριστής και τα χαρακτηριστικά των ασθενών\* (n=367). [σ υ ν έ χ ε ι α]

Κλίμακα Πνευματικότητας	Κλίμακα Ψυχιατρικής Συμπτωματολογίας							
	Άγχος		Εχθρότητα / Επιθετικότητα		Φοβικό Άγχος		Παρανοειδής Ιδεασμός	
	β (ΤΣ)	Τιμή p	β (ΤΣ)	Τιμή p	β (ΤΣ)	Τιμή p	β (ΤΣ)	Τιμή p
<b>Νόημα</b>	-0,101 (0,011)	<0,001	-0,061 (0,011)	<0,001	-0,088 (0,013)	<0,001	-0,075 (0,013)	<0,001
<b>Γαλήνη</b>	-0,093 (0,011)	<0,001	-0,062 (0,011)	<0,001	-0,084 (0,012)	<0,001	-0,060 (0,012)	<0,001
<b>Πίστη</b>	-0,018 (0,011)	0,106	-0,028 (0,011)	0,012	-0,015 (0,011)	0,148	-0,012 (0,012)	0,323
<b>Συνολική Πνευματικότητα</b>	-0,042 (0,005)	<0,001	-0,030 (0,005)	<0,001	-0,032 (0,005)	<0,001	-0,029 (0,006)	<0,001

β = Διορθωμένος Συντελεστής Παλινδρόμησης ΤΣ = Τυπικό Σφάλμα

\*Στο πολυμεταβλητό μοντέλο εντάχθηκαν τα χαρακτηριστικά των ασθενών από την διμεταβλητή ανάλυση με όριο σημαντικότητας στο επίπεδο του 0,25.

**Πίνακας 25:** Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση (μέθοδος enter) με εξαρτημένη μεταβλητή την Κλίμακα Ψυχιατρικής Συμπτωματολογίας «SCL – 90R» και ανεξάρτητες μεταβλητές την Κλίμακα Πνευματικότητας «FACIT – Sp12 Scale» ως μελετώμενος προσδιοριστής και τα χαρακτηριστικά των ασθενών\* (n=367). [σ υ ν έ χ ε ι α]

Κλίμακα Πνευματικότητας	Κλίμακα Ψυχιατρικής Συμπτωματολογίας			
	Ψυχωτισμός		Πρόσθετα Στοιχεία (Διάφορες Αιτιάσεις)	
	β (ΤΣ)	Τιμή p	β (ΤΣ)	Τιμή p
<b>Νόημα</b>	-0,080 (0,010)	<0,001	-0,105 (0,011)	<0,001
<b>Γαλήνη</b>	-0,066 (0,010)	<0,001	-0,079 (0,011)	<0,001
<b>Πίστη</b>	-0,014 (0,010)	0,151	-0,029 (0,010)	0,002
<b>Συνολική Πνευματικότητα</b>	-0,032 (0,004)	<0,001	-0,037 (0,004)	<0,001

β = Διορθωμένος Συντελεστής Παλινδρόμησης ΤΣ = Τυπικό Σφάλμα

\*Στο πολυμεταβλητό μοντέλο εντάχθηκαν τα χαρακτηριστικά των ασθενών από την διμεταβλητή ανάλυση με όριο σημαντικότητας στο επίπεδο του 0,25.



**Πίνακας 25:** Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση (μέθοδος enter) με εξαρτημένη μεταβλητή την Κλίμακα Ψυχιατρικής Συμπτωματολογίας «SCL – 90R» και ανεξάρτητες μεταβλητές την Κλίμακα Πνευματικότητας «FACIT – Sp12 Scale» ως μελετώμενος προσδιοριστής και τα χαρακτηριστικά των ασθενών\* (n=367). [σ υ ν έ χ ε ι α]

Κλίμακα Πνευματικότητας	Κλίμακα Ψυχιατρικής Συμπτωματολογίας					
	Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων		Δείκτης Θετικών Συμπτωμάτων		Δείκτης Ενόχλησης Θετικών Συμπτωμάτων	
	β (ΤΣ)	Τιμή p	β (ΤΣ)	Τιμή p	β (ΤΣ)	Τιμή p
<b>Νόημα</b>	-0,093 (0,009)	<0,001	-3,344 (0,346)	<0,001	-0,037 (0,009)	<0,001
<b>Γαλήνη</b>	-0,078 (0,009)	<0,001	-2,889 (0,346)	<0,001	-0,032 (0,009)	<0,001
<b>Πίστη</b>	-0,019 (0,010)	0,050	-0,710 (0,358)	0,048	-0,010 (0,009)	0,260
<b>Συνολική Πνευματικότητα</b>	-0,038 (0,004)	<0,001	-1,394 (0,154)	<0,001	-0,016 (0,004)	<0,001

β = Διορθωμένος Συντελεστής Παλινδρόμησης ΤΣ = Τυπικό Σφάλμα

\*Στο πολυμεταβλητό μοντέλο εντάχθηκαν τα χαρακτηριστικά των ασθενών από την διμεταβλητή ανάλυση με όριο σημαντικότητας στο επίπεδο του 0,25.

Από τον στατιστικό πολυμεταβλητό έλεγχο της επίδρασης της Πνευματικότητας (Κλίμακα «FACIT – Sp12 Scale») στην Ψυχιατρική Συμπτωματολογία (Κλίμακα «SCL – 90R») των ασθενών, με εξουδετέρωση των χαρακτηριστικών τους, διαπιστώθηκαν τα εξής:

- Στην διάσταση «**Σωματοποίηση**» επιδρούσε αρνητικά τόσο η συνολική Πνευματικότητα όσο και όλες οι διαστάσεις της, δηλαδή «Νόημα», «Γαλήνη» και «Πίστη». Ειδικότερα:
  - μεταβολή της «Συνολικής Πνευματικότητας» κατά 1 μονάδα προκαλεί αντίθετη μεταβολή της «Σωματοποίησης» κατά 0,035 μονάδες ( $\beta=-0,035$   $p<0,001$ ),
  - μεταβολή του «Νοήματος» κατά 1 μονάδα προκαλεί αντίθετη μεταβολή της «Σωματοποίησης» κατά 0,090 μονάδες ( $\beta=-0,090$   $p<0,001$ ),
  - μεταβολή της «Γαλήνης» κατά 1 μονάδα προκαλεί αντίθετη μεταβολή της «Σωματοποίησης» κατά 0,077 μονάδες ( $\beta=-0,077$   $p<0,001$ ),
  - μεταβολή της «Πίστης» κατά 1 μονάδα προκαλεί αντίθετη μεταβολή της «Σωματοποίησης» κατά 0,032 μονάδες ( $\beta=-0,032$   $p<0,001$ ).

- Στην διάσταση «**Ιδεοψυχαναγκασμός**» επιδρούσε αρνητικά τόσο η συνολική Πνευματικότητα όσο και οι διαστάσεις της «**Νόημα**» και «**Γαλήνη**». Ειδικότερα:
  - μεταβολή της «**Συνολικής Πνευματικότητας**» κατά 1 μονάδα προκαλεί αντίθετη μεταβολή του «**Ιδεοψυχαναγκασμού**» κατά 0,034 μονάδες ( $\beta=-0,034$   $p<0,001$ ),
  - μεταβολή του «**Νοήματος**» κατά 1 μονάδα προκαλεί αντίθετη μεταβολή του «**Ιδεοψυχαναγκασμού**» κατά 0,100 μονάδες ( $\beta=-0,100$   $p<0,001$ ),
  - μεταβολή της «**Γαλήνης**» κατά 1 μονάδα προκαλεί αντίθετη μεταβολή του «**Ιδεοψυχαναγκασμού**» κατά 0,089 μονάδες ( $\beta=-0,089$   $p<0,001$ ).
- Στην διάσταση «**Διαπροσωπική Ευαισθησία**» επιδρούσε αρνητικά τόσο η συνολική Πνευματικότητα όσο και οι διαστάσεις της «**Νόημα**» και «**Γαλήνη**». Επισημαίνεται επίσης μια αρνητική επίδραση οριακά, στο επίπεδο του 10%, της «**Πίστης**» ( $\beta=-0,017$   $p=0,064$ ). Ειδικότερα:
  - μεταβολή της «**Συνολικής Πνευματικότητας**» κατά 1 μονάδα προκαλεί αντίθετη μεταβολή της «**Διαπροσωπικής Ευαισθησίας**» κατά 0,030 μονάδες ( $\beta=-0,030$   $p<0,001$ ),
  - μεταβολή του «**Νοήματος**» κατά 1 μονάδα προκαλεί αντίθετη μεταβολή της «**Διαπροσωπικής Ευαισθησίας**» κατά 0,095 μονάδες ( $\beta=-0,095$   $p<0,001$ ),
  - μεταβολή της «**Γαλήνης**» κατά 1 μονάδα προκαλεί αντίθετη μεταβολή της «**Διαπροσωπικής Ευαισθησίας**» κατά 0,064 μονάδες ( $\beta=-0,064$   $p<0,001$ ).
- Στην διάσταση «**Κατάθλιψη**» επιδρούσε αρνητικά τόσο η συνολική Πνευματικότητα όσο και όλες οι διαστάσεις της, δηλαδή «**Νόημα**», «**Γαλήνη**» και «**Πίστη**». Ειδικότερα:
  - μεταβολή της «**Συνολικής Πνευματικότητας**» κατά 1 μονάδα προκαλεί αντίθετη μεταβολή της «**Κατάθλιψης**» κατά 0,034 μονάδες ( $\beta=-0,034$   $p<0,001$ ),
  - μεταβολή του «**Νοήματος**» κατά 1 μονάδα προκαλεί αντίθετη μεταβολή της «**Κατάθλιψης**» κατά 0,104 μονάδες ( $\beta=-0,104$   $p<0,001$ ),
  - μεταβολή της «**Γαλήνης**» κατά 1 μονάδα προκαλεί αντίθετη μεταβολή της «**Κατάθλιψης**» κατά 0,082 μονάδες ( $\beta=-0,082$   $p<0,001$ ),
  - μεταβολή της «**Πίστης**» κατά 1 μονάδα προκαλεί αντίθετη μεταβολή της «**Κατάθλιψης**» κατά 0,018 μονάδες ( $\beta=-0,018$   $p=0,043$ ).

- Στην διάσταση «**Άγχος**» επιδρούσε αρνητικά τόσο η συνολική Πνευματικότητα όσο και οι διαστάσεις της «**Νόημα**» και «**Γαλήνη**». Ειδικότερα:
  - μεταβολή της «**Συνολικής Πνευματικότητας**» κατά 1 μονάδα προκαλεί αντίθετη μεταβολή του «**Άγχους**» κατά 0,042 μονάδες ( $\beta=-0,042$   $p<0,001$ ),
  - μεταβολή του «**Νοήματος**» κατά 1 μονάδα προκαλεί αντίθετη μεταβολή του «**Άγχους**» κατά 0,101 μονάδες ( $\beta=-0,101$   $p<0,001$ ),
  - μεταβολή της «**Γαλήνης**» κατά 1 μονάδα προκαλεί αντίθετη μεταβολή του «**Άγχους**» κατά 0,093 μονάδες ( $\beta=-0,093$   $p<0,001$ ).
- Στην διάσταση «**Εχθρότητα / Επιθετικότητα**» επιδρούσε αρνητικά τόσο η συνολική Πνευματικότητα όσο και όλες οι διαστάσεις της, δηλαδή «**Νόημα**», «**Γαλήνη**» και «**Πίστη**». Ειδικότερα:
  - μεταβολή της «**Συνολικής Πνευματικότητας**» κατά 1 μονάδα προκαλεί αντίθετη μεταβολή της «**Εχθρότητας / Επιθετικότητας**» κατά 0,030 μονάδες ( $\beta=-0,030$   $p<0,001$ ),
  - μεταβολή του «**Νοήματος**» κατά 1 μονάδα προκαλεί αντίθετη μεταβολή της «**Εχθρότητας / Επιθετικότητας**» κατά 0,061 μονάδες ( $\beta=-0,061$   $p<0,001$ ),
  - μεταβολή της «**Γαλήνης**» κατά 1 μονάδα προκαλεί αντίθετη μεταβολή της «**Εχθρότητας / Επιθετικότητας**» κατά 0,062 μονάδες ( $\beta=-0,062$   $p<0,001$ ),
  - μεταβολή της «**Πίστης**» κατά 1 μονάδα προκαλεί αντίθετη μεταβολή της «**Εχθρότητας / Επιθετικότητας**» κατά 0,028 μονάδες ( $\beta=-0,028$   $p=0,012$ ).
- Στην διάσταση «**Φοβικό Άγχος**» επιδρούσε αρνητικά τόσο η συνολική Πνευματικότητα όσο και οι διαστάσεις της «**Νόημα**» και «**Γαλήνη**». Ειδικότερα:
  - μεταβολή της «**Συνολικής Πνευματικότητας**» κατά 1 μονάδα προκαλεί αντίθετη μεταβολή του «**Φοβικού Άγχους**» κατά 0,032 μονάδες ( $\beta=-0,032$   $p<0,001$ ),
  - μεταβολή του «**Νοήματος**» κατά 1 μονάδα προκαλεί αντίθετη μεταβολή του «**Φοβικού Άγχους**» κατά 0,088 μονάδες ( $\beta=-0,088$   $p<0,001$ ),
  - μεταβολή της «**Γαλήνης**» κατά 1 μονάδα προκαλεί αντίθετη μεταβολή του «**Φοβικού Άγχους**» κατά 0,084 μονάδες ( $\beta=-0,084$   $p<0,001$ ).
- Στην διάσταση «**Παρανοειδής Ιδεασμός**» επιδρούσε αρνητικά τόσο η συνολική Πνευματικότητα όσο και οι διαστάσεις της «**Νόημα**» και «**Γαλήνη**». Ειδικότερα:

- μεταβολή της «Συνολικής Πνευματικότητας» κατά 1 μονάδα προκαλεί αντίθετη μεταβολή του «Παρανοειδή Ιδεασμού» κατά 0,029 μονάδες ( $\beta=-0,029$   $p<0,001$ ),
- μεταβολή του «Νοήματος» κατά 1 μονάδα προκαλεί αντίθετη μεταβολή του «Παρανοειδή Ιδεασμού» κατά 0,075 μονάδες ( $\beta=-0,075$   $p<0,001$ ),
- μεταβολή της «Γαλήνης» κατά 1 μονάδα προκαλεί αντίθετη μεταβολή του «Παρανοειδή Ιδεασμού» κατά 0,060 μονάδες ( $\beta=-0,060$   $p<0,001$ ).
- Στην διάσταση «**Ψυχωτισμός**» επιδρούσε αρνητικά τόσο η συνολική Πνευματικότητα όσο και οι διαστάσεις της «Νόημα» και «Γαλήνη». Ειδικότερα:
  - μεταβολή της «Συνολικής Πνευματικότητας» κατά 1 μονάδα προκαλεί αντίθετη μεταβολή του «Ψυχωτισμού» κατά 0,032 μονάδες ( $\beta=-0,032$   $p<0,001$ ),
  - μεταβολή του «Νοήματος» κατά 1 μονάδα προκαλεί αντίθετη μεταβολή του «Ψυχωτισμού» κατά 0,080 μονάδες ( $\beta=-0,080$   $p<0,001$ ),
  - μεταβολή της «Γαλήνης» κατά 1 μονάδα προκαλεί αντίθετη μεταβολή του «Ψυχωτισμού» κατά 0,066 μονάδες ( $\beta=-0,066$   $p<0,001$ ).
- Στην διάσταση «**Πρόσθετα Στοιχεία (Διάφορες Αιτιάσεις)**» επιδρούσε αρνητικά τόσο η συνολική Πνευματικότητα όσο και όλες οι διαστάσεις της, δηλαδή «Νόημα», «Γαλήνη» και «Πίστη». Ειδικότερα:
  - μεταβολή της «Συνολικής Πνευματικότητας» κατά 1 μονάδα προκαλεί αντίθετη μεταβολή των «Πρόσθετων Στοιχείων (Διάφορες Αιτιάσεις)» κατά 0,037 μονάδες ( $\beta=-0,037$   $p<0,001$ ),
  - μεταβολή του «Νοήματος» κατά 1 μονάδα προκαλεί αντίθετη μεταβολή των «Πρόσθετων Στοιχείων (Διάφορες Αιτιάσεις)» κατά 0,105 μονάδες ( $\beta=-0,105$   $p<0,001$ ),
  - μεταβολή της «Γαλήνης» κατά 1 μονάδα προκαλεί αντίθετη μεταβολή των «Πρόσθετων Στοιχείων (Διάφορες Αιτιάσεις)» κατά 0,079 μονάδες ( $\beta=-0,079$   $p<0,001$ ),
  - μεταβολή της «Πίστης» κατά 1 μονάδα προκαλεί αντίθετη μεταβολή των «Πρόσθετων Στοιχείων (Διάφορες Αιτιάσεις)» κατά 0,029 μονάδες ( $\beta=-0,029$   $p=0,002$ ).
- Στον «**Γενικό Δείκτη Συμπτωμάτων**» (Συνολική Ψυχιατρική Συμπτωματολογία) επιδρούσε αρνητικά τόσο η συνολική Πνευματικότητα

όσο και όλες οι διαστάσεις της, δηλαδή «Νόημα», «Γαλήνη» και «Πίστη».  
Ειδικότερα:

- μεταβολή της «Συνολικής Πνευματικότητας» κατά 1 μονάδα προκαλεί αντίθετη μεταβολή του «Γενικού Δείκτη Συμπτωμάτων» κατά 0,038 μονάδες ( $\beta=-0,038$   $p<0,001$ ),
  - μεταβολή του «Νοήματος» κατά 1 μονάδα προκαλεί αντίθετη μεταβολή του «Γενικού Δείκτη Συμπτωμάτων» κατά 0,093 μονάδες ( $\beta=-0,093$   $p<0,001$ ),
  - μεταβολή της «Γαλήνης» κατά 1 μονάδα προκαλεί αντίθετη μεταβολή του «Γενικού Δείκτη Συμπτωμάτων» κατά 0,078 μονάδες ( $\beta=-0,078$   $p<0,001$ ),
  - μεταβολή της «Πίστης» κατά 1 μονάδα προκαλεί αντίθετη μεταβολή του «Γενικού Δείκτη Συμπτωμάτων» κατά 0,019 μονάδες ( $\beta=-0,019$   $p=0,050$ ).
- Στον «**Δείκτη Θετικών Συμπτωμάτων**» επιδρούσε αρνητικά τόσο η συνολική Πνευματικότητα όσο και όλες οι διαστάσεις της, δηλαδή «Νόημα», «Γαλήνη» και «Πίστη». Ειδικότερα:
    - μεταβολή της «Συνολικής Πνευματικότητας» κατά 1 μονάδα προκαλεί αντίθετη μεταβολή του «Δείκτη Θετικών Συμπτωμάτων» κατά 1,394 μονάδες ( $\beta=-1,394$   $p<0,001$ ),
    - μεταβολή του «Νοήματος» κατά 1 μονάδα προκαλεί αντίθετη μεταβολή του «Δείκτη Θετικών Συμπτωμάτων» κατά 3,344 μονάδες ( $\beta=-3,344$   $p<0,001$ ),
    - μεταβολή της «Γαλήνης» κατά 1 μονάδα προκαλεί αντίθετη μεταβολή του «Δείκτη Θετικών Συμπτωμάτων» κατά 2,889 μονάδες ( $\beta=-2,889$   $p<0,001$ ),
    - μεταβολή της «Πίστης» κατά 1 μονάδα προκαλεί αντίθετη μεταβολή του «Δείκτη Θετικών Συμπτωμάτων» κατά 0,710 μονάδες ( $\beta=-0,710$   $p=0,048$ ).
- Στον «**Δείκτη Ενόχλησης Θετικών Συμπτωμάτων**» επιδρούσε αρνητικά τόσο η συνολική Πνευματικότητα όσο και οι διαστάσεις της «Νόημα» και «Γαλήνη». Ειδικότερα:
    - μεταβολή της «Συνολικής Πνευματικότητας» κατά 1 μονάδα προκαλεί αντίθετη μεταβολή του «Δείκτη Ενόχλησης Θετικών Συμπτωμάτων» κατά 0,016 μονάδες ( $\beta=-0,016$   $p<0,001$ ),
    - μεταβολή του «Νοήματος» κατά 1 μονάδα προκαλεί αντίθετη μεταβολή του «Δείκτη Ενόχλησης Θετικών Συμπτωμάτων» κατά 0,037 μονάδες ( $\beta=-0,037$   $p<0,001$ ),

- μεταβολή της «Γαλήνης» κατά 1 μονάδα προκαλεί αντίθετη μεταβολή του «Δείκτη Ενόχλησης Θετικών Συμπτωμάτων» κατά 0,032 μονάδες ( $\beta=-0,032$   $p<0,001$ ).

#### **B.3.4 Προβλεπτικοί παράγοντες της Ψυχιατρικής Συμπτωματολογίας (Πολυμεταβλητή ανάλυση)**

Για την ανάδειξη προβλεπτικών παραγόντων (predictors) ή προσδιοριστών (determinants) της Ψυχιατρικής Συμπτωματολογίας (Κλίμακα «SCL – 90R») των ασθενών υπό αιμοκάθαρση εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή ανάλυση. Στην πολυμεταβλητή ανάλυση εισήχθησαν η Πνευματικότητα (Κλίμακα «FACIT – Sp12 Scale») και τα χαρακτηριστικά των ασθενών που σχετίζονταν με την Ψυχιατρικής Συμπτωματολογίας στο επίπεδο σημαντικότητας του 0,25 από τη διμεταβλητή ανάλυση. Στον Πίνακα 26 παρουσιάζεται η πολυμεταβλητή (multivariate) ανάλυση χρησιμοποιώντας το στατιστικό υπόδειγμα της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης (multiple linear regression) με τη μέθοδο της βηματικής (stepwise) ένταξης μεταβλητών.

**Πίνακας 26:** Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση (μέθοδος stepwise) με εξαρτημένη μεταβλητή την Κλίμακα Ψυχιατρικής Συμπτωματολογίας «SCL – 90R» και ανεξάρτητες μεταβλητές την Κλίμακα Πνευματικότητας «FACIT – Sp12 Scale» και τα χαρακτηριστικά των ασθενών\* (n=367).

Κλίμακα Ψυχιατρικής Συμπτωματολογίας	Προβλεπτικοί παράγοντες	β	ΤΣ	95% ΔΕ	Τιμή p		
<b>Σωματοποίηση</b>	Σταθερά (α)	2,867	0,239	2,398 έως 3,337	<0,001		
	<b>Νόημα</b>	-0,071	0,011	-0,093 έως -0,049	<0,001		
	<b>Γαλήνη</b>	-0,045	0,011	-0,067 έως -0,023	<0,001		
	<b>Φύλο</b>						
	Ανδρας (κατηγορία αναφοράς)	0					
	Γυναίκα	0,168	0,064	0,043 έως 0,293	0,009		
	<b>Αριθμός παιδιών</b>	0,050	0,021	0,008 έως 0,092	0,021		
	<b>Θρήσκευμα</b>						
	Χριστιανός Ορθόδ. (κατηγορία αναφοράς)	0					
	Μη Χριστιανός Ορθόδοξος	-0,318	0,153	-0,620 έως -0,016	0,039		
	<b>Άλλο πρόβλημα υγείας</b>						
	Ναι (κατηγορία αναφοράς)	0					
	Όχι	-0,222	0,065	-0,350 έως -0,094	0,001		
	<b>Τρέχον επίπεδο δραστηριότητας</b>	-0,109	0,032	-0,171 έως -0,047	0,001		
	Διορθωμένος R <sup>2</sup> =40,2%,F=36,138,p<0,001						
<b>Κλίμακα Ψυχιατρικής Συμπτωματολογίας</b>	<b>Προβλεπτικοί παράγοντες</b>	<b>β</b>	<b>ΤΣ</b>	<b>95% ΔΕ</b>	<b>Τιμή p</b>		
		<b>Ιδεοψυχαναγκασμός</b>					
		Σταθερά (α)	2,213	0,214	1,793 έως 2,633	<0,001	
		<b>Νόημα</b>	-0,070	0,012	-0,094 έως -0,045	<0,001	
		<b>Γαλήνη</b>	-0,058	0,012	-0,081 έως -0,035	<0,001	
		<b>Φύλο</b>					
		Ανδρας (κατηγορία αναφοράς)	0				
		Γυναίκα	0,183	0,068	0,049 έως 0,316	0,007	
		<b>Τόπος διαμονής</b>					
		Αστική περιοχή (κατηγορία αναφοράς)	0				
		Μη αστική περιοχή	0,152	0,072	0,010 έως 0,293	0,035	
		<b>Τρέχον επίπεδο δραστηριότητας</b>	-0,116	0,032	-0,179 έως -0,052	<0,001	
		Διορθωμένος R <sup>2</sup> =36,2%,F=42,544,p<0,001					
		<b>Κλίμακα Ψυχιατρικής Συμπτωματολογίας</b>	<b>Προβλεπτικοί παράγοντες</b>	<b>β</b>	<b>ΤΣ</b>	<b>95% ΔΕ</b>	<b>Τιμή p</b>
				<b>Διαπροσωπική Ευαισθησία</b>			
Σταθερά (α)	1,513			0,200	1,119 έως 1,908	<0,001	
<b>Νόημα</b>	-0,082			0,012	-0,105 έως -0,059	<0,001	
<b>Γαλήνη</b>	-0,029			0,011	-0,051 έως -0,008	0,008	
<b>Φύλο</b>							
Ανδρας (κατηγορία αναφοράς)	0						
Γυναίκα	0,262			0,064	0,136 έως 0,387	<0,001	
<b>Τόπος διαμονής</b>							

	Αστική περιοχή (κατηγορία αναφοράς)	0			
	Μη αστική περιοχή	0,144	0,068	0,011 έως 0,277	0,034
	Διορθωμένος $R^2=29,4\%$ , $F=39,054$ , $p<0,001$				
Κλίμακα Ψυχιατρικής Συμπτωματολογίας	Προβλεπτικοί παράγοντες	$\beta$	ΤΣ	95% ΔΕ	Τιμή p
Κατάθλιψη	Σταθερά ( $\alpha$ )	2,378	0,236	1,914 έως 2,841	<0,001
	<b>Νόημα</b>	-0,084	0,011	-0,106 έως -0,063	<0,001
	<b>Γαλήνη</b>	-0,044	0,011	-0,066 έως -0,023	<0,001
	<b>Φύλο</b>				
	Άνδρας (κατηγορία αναφοράς)	0			
	Γυναίκα	0,239	0,061	0,119 έως 0,358	<0,001
	<b>Ηλικία (έτη)</b>	0,006	0,002	0,002 έως 0,010	0,006
	<b>Άλλο πρόβλημα υγείας</b>				
	Ναι (κατηγορία αναφοράς)	0			
	Όχι	-0,182	0,063	-0,307 έως -0,058	0,004
	<b>Τρέχον επίπεδο δραστηριότητας</b>	-0,095	0,032	-0,158 έως -0,033	0,003
	Διορθωμένος $R^2=45,9\%$ , $F=52,787$ , $p<0,001$				
Κλίμακα Ψυχιατρικής Συμπτωματολογίας	Προβλεπτικοί παράγοντες	$\beta$	ΤΣ	95% ΔΕ	Τιμή p
Άγχος	Σταθερά ( $\alpha$ )	2,401	0,170	2,067 έως 2,735	<0,001
	<b>Νόημα</b>	-0,071	0,011	-0,093 έως -0,048	<0,001
	<b>Γαλήνη</b>	-0,062	0,011	-0,084 έως -0,039	<0,001
	<b>Φύλο</b>				
	Άνδρας (κατηγορία αναφοράς)	0			
	Γυναίκα	0,218	0,064	0,093 έως 0,344	0,001
	<b>Διάρκεια Αιμοκάθαρσης (έτη)</b>	-0,012	0,006	-0,023 έως 0,000	0,049
	<b>Άλλο πρόβλημα υγείας</b>				
	Ναι (κατηγορία αναφοράς)	0			
	Όχι	-0,139	0,066	-0,268 έως -0,010	0,035
	<b>Τρέχον επίπεδο δραστηριότητας</b>	-0,079	0,032	-0,142 έως -0,015	0,015
	Διορθωμένος $R^2=39,6\%$ , $F=40,999$ , $p<0,001$				
Κλίμακα Ψυχιατρικής Συμπτωματολογίας	Προβλεπτικοί παράγοντες	$\beta$	ΤΣ	95% ΔΕ	Τιμή p
Εχθρότητα / Επιθετικότητα	Σταθερά ( $\alpha$ )	1,785	0,236	1,321 έως 2,249	<0,001
	<b>Νόημα</b>	-0,041	0,013	-0,065 έως -0,016	0,001
	<b>Γαλήνη</b>	-0,047	0,012	-0,070 έως -0,023	<0,001
	<b>Ηλικία (έτη)</b>	-0,008	0,002	-0,012 έως -0,004	<0,001
	<b>Τόπος διαμονής</b>				
	Αστική περιοχή (κατηγορία αναφοράς)	0			
	Μη αστική περιοχή	0,211	0,072	0,069 έως 0,352	0,004
	Διορθωμένος $R^2=17,7\%$ , $F=20,739$ , $p<0,001$				
Κλίμακα Ψυχιατρικής Συμπτωματολογίας	Προβλεπτικοί παράγοντες	$\beta$	ΤΣ	95% ΔΕ	Τιμή p
Φοβικό Άγχος	Σταθερά ( $\alpha$ )	1,612	0,254	1,112 έως 2,112	<0,001



	<b>Νόημα</b>	-0,059	0,014	-0,088 έως -0,031	<0,001
	<b>Γαλήνη</b>	-0,053	0,014	-0,080 έως -0,026	<0,001
	<b>Φύλο</b>				
	Ανδρας (κατηγορία αναφοράς)	0			
	Γυναίκα	0,383	0,079	0,228 έως 0,537	<0,001
	<b>Τόπος διαμονής</b>				
	Αστική περιοχή (κατηγορία αναφοράς)	0			
	Μη αστική περιοχή	0,255	0,083	0,093 έως 0,417	0,002
	<b>Άλλο πρόβλημα υγείας</b>				
	Ναι (κατηγορία αναφοράς)	0			
	Όχι	-0,186	0,080	-0,343 έως -0,029	0,021
	<b>Τρέχον επίπεδο δραστηριότητας</b>	-0,097	0,039	-0,174 έως -0,020	0,013
	Διορθωμένος $R^2=32,0\%$ , $F=29,758$ , $p<0,001$				
<b>Κλίμακα Ψυχιατρικής Συμπτωματολογίας</b>	<b>Προβλεπτικοί παράγοντες</b>	<b>β</b>	<b>ΤΣ</b>	<b>95% ΔΕ</b>	<b>Τιμή p</b>
<b>Παρανοειδής Ιδεασμός</b>	Σταθερά (α)	1,582	0,197	1,194 έως 1,969	<0,001
	<b>Νόημα</b>	-0,058	0,014	-0,085 έως -0,031	<0,001
	<b>Γαλήνη</b>	-0,032	0,013	-0,058 έως -0,007	0,014
	<b>Τόπος διαμονής</b>				
	Αστική περιοχή (κατηγορία αναφοράς)	0			
	Μη αστική περιοχή	0,168	0,080	0,011 έως 0,325	0,036
	Διορθωμένος $R^2=14,3\%$ , $F=21,431$ , $p<0,001$				
<b>Κλίμακα Ψυχιατρικής Συμπτωματολογίας</b>	<b>Προβλεπτικοί παράγοντες</b>	<b>β</b>	<b>ΤΣ</b>	<b>95% ΔΕ</b>	<b>Τιμή p</b>
<b>Ψυχωτισμός</b>	Σταθερά (α)	1,265	0,151	0,968 έως 1,561	<0,001
	<b>Νόημα</b>	-0,061	0,011	-0,082 έως -0,040	<0,001
	<b>Γαλήνη</b>	-0,034	0,010	-0,063 έως -0,014	0,001
	<b>Τόπος διαμονής</b>				
	Αστική περιοχή (κατηγορία αναφοράς)	0			
	Μη αστική περιοχή	0,271	0,061	0,151 έως 0,391	<0,001
	Διορθωμένος $R^2=27,3\%$ , $F=46,894$ , $p<0,001$				
<b>Κλίμακα Ψυχιατρικής Συμπτωματολογίας</b>	<b>Προβλεπτικοί παράγοντες</b>	<b>β</b>	<b>ΤΣ</b>	<b>95% ΔΕ</b>	<b>Τιμή p</b>
<b>Πρόσθετα Στοιχεία (Διάφορες Αιτιάσεις)</b>	Σταθερά (α)	2,923	0,199	2,532 έως 3,313	<0,001
	<b>Νόημα</b>	-0,089	0,012	-0,112 έως -0,066	<0,001
	<b>Γαλήνη</b>	-0,040	0,012	-0,063 έως -0,017	0,001
	<b>Φύλο</b>				
	Ανδρας (κατηγορία αναφοράς)	0			
	Γυναίκα	0,225	0,066	0,095 έως 0,355	0,001
	<b>Ύπαρξη παιδιών</b>				
	Ναι (κατηγορία αναφοράς)	0			
	Όχι	-0,274	0,070	-0,412 έως -0,137	<0,001
	<b>Άλλο πρόβλημα υγείας</b>				
	Ναι (κατηγορία αναφοράς)	0			

Όχι -0,212 0,065 -0,341 έως -0,084 0,001  
 Διορθωμένος  $R^2=35,3\%$ ,  $F=40,936$ ,  $p<0,001$

Κλίμακα Ψυχιατρικής Συμπτωματολογίας	Προβλεπτικοί παράγοντες	$\beta$	ΤΣ	95% ΔΕ	Τιμή p
Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων	Σταθερά ( $\alpha$ )	2,006	0,172	1,669 έως 2,344	<0,001
	Νόημα	-0,073	0,010	-0,092 έως -0,054	<0,001
	Γαλήνη	-0,047	0,009	-0,065 έως -0,029	<0,001
	<b>Φύλο</b>				
	Άνδρας (κατηγορία αναφοράς)	0			
	Γυναίκα	0,217	0,053	0,114 έως 0,320	<0,001
	<b>Τόπος διαμονής</b>				
	Αστική περιοχή (κατηγορία αναφοράς)	0			
	Μη αστική περιοχή	0,121	0,056	0,011 έως 0,230	0,031
	<b>Άλλο πρόβλημα υγείας</b>				
	Ναι (κατηγορία αναφοράς)	0			
	Όχι	-0,182	0,052	-0,283 έως -0,081	<0,001

Διορθωμένος  $R^2=42,1\%$ ,  $F=54,244$ ,  $p<0,001$

Κλίμακα Ψυχιατρικής Συμπτωματολογίας	Προβλεπτικοί παράγοντες	$\beta$	ΤΣ	95% ΔΕ	Τιμή p
Δείκτης Θετικών Συμπτωμάτων	Σταθερά ( $\alpha$ )	72,150	6,562	59,245 έως 85,055	<0,001
	Νόημα	-2,410	0,364	-3,125 έως -1,694	<0,001
	Γαλήνη	-1,856	0,351	-2,546 έως -1,166	<0,001
	<b>Φύλο</b>				
	Άνδρας (κατηγορία αναφοράς)	0			
	Γυναίκα	6,876	2,006	2,931 έως 10,821	0,001
	<b>Τόπος διαμονής</b>				
	Αστική περιοχή (κατηγορία αναφοράς)	0			
	Μη αστική περιοχή	12,272	2,123	8,097 έως 16,446	<0,001
	<b>Άλλο πρόβλημα υγείας</b>				
	Ναι (κατηγορία αναφοράς)	0			
	Όχι	-6,552	1,968	-10,423 έως -2,681	0,001

Διορθωμένος  $R^2=42,8\%$ ,  $F=55,779$ ,  $p<0,001$

Κλίμακα Ψυχιατρικής Συμπτωματολογίας	Προβλεπτικοί παράγοντες	$\beta$	ΤΣ	95% ΔΕ	Τιμή p
Δείκτης Ενόχλησης Θετικών Συμπτωμάτων	Σταθερά ( $\alpha$ )	2,081	0,227	1,635 έως 2,528	<0,001
	Νόημα	-0,030	0,010	-0,050 έως -0,011	0,003
	Γαλήνη	-0,020	0,010	-0,039 έως -0,001	0,041
	<b>Φύλο</b>				
	Άνδρας (κατηγορία αναφοράς)	0			
	Γυναίκα	0,125	0,056	0,015 έως 0,236	0,026
	<b>Τόπος διαμονής</b>				
	Αστική περιοχή (κατηγορία αναφοράς)	0			
	Μη αστική περιοχή	-0,218	0,058	-0,332 έως -0,104	<0,001
	<b>Αριθμός παιδιών</b>				
		0,043	0,019	0,006 έως 0,080	0,024

**Επαγγελματική κατάσταση**

Εργαζόμενος (κατηγορία αναφοράς)	0			
Μη εργαζόμενος	0,213	0,069	0,078 έως 0,348	0,002
<b>Πόσο κοντά αισθάνεστε στο θεό</b>	0,057	0,025	0,007 έως 0,106	0,025
<b>Άλλο πρόβλημα υγείας</b>				
Ναι (κατηγορία αναφοράς)	0			
Όχι	-0,115	0,054	-0,221 έως -0,008	0,035
Διορθωμένος $R^2=18,3\%$ , $F=11,245$ , $p<0,001$				

$\beta$  = Διορθωμένος Συντελεστής Παλινδρόμησης  $R^2$  = Συντελεστής Προσδιορισμού ΤΣ = Τυπικό Σφάλμα ΔΕ = Διάστημα Εμπιστοσύνης

\*Στο πολυμεταβλητό μοντέλο εντάχθηκαν τα χαρακτηριστικά των ασθενών από την διμεταβλητή ανάλυση με όριο σημαντικότητας στο επίπεδο του 0,25.

Από τον στατιστικό πολυμεταβλητό έλεγχο για την εξαγωγή προβλεπτικών παραγόντων της Ψυχιατρικής Συμπτωματολογίας (Κλίμακα «SCL – 90R»), από την Πνευματικότητα (Κλίμακα «FACIT – Sp12 Scale») και τα χαρακτηριστικά των ασθενών, διαπιστώθηκαν τα εξής:

- Το «Νόημα», η «Γαλήνη», το φύλο, ο αριθμός παιδιών, το θρήσκευμα, η ύπαρξη άλλου προβλήματος υγείας και το τρέχον επίπεδο δραστηριότητας αναδείχθηκαν ως προβλεπτικοί παράγοντες της διάστασης «**Σωματοποίηση**». Οι αναφερόμενες μεταβλητές του στατιστικού υποδείγματος ερμηνεύουν περίπου το 40% της μεταβλητότητας της «Σωματοποίησης» (Διορθωμένος  $R^2=40,2\%$ ).

Ειδικότερα:

- μεταβολή του «Νοήματος» κατά 1 μονάδα προκαλεί αντίθετη μεταβολή της «Σωματοποίησης» κατά 0,071 μονάδες ( $\beta=-0,071$   $p<0,001$ ),
- μεταβολή της «Γαλήνης» κατά 1 μονάδα προκαλεί αντίθετη μεταβολή της «Σωματοποίησης» κατά 0,045 μονάδες ( $\beta=-0,045$   $p<0,001$ ),
- η μέση τιμή της «Σωματοποίησης» ήταν κατά 0,168 μονάδες μεγαλύτερη στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες ( $\beta=0,168$   $p=0,009$ ),
- μεταβολή του αριθμού των παιδιών κατά ένα προκαλεί όμοια μεταβολή της «Σωματοποίησης» κατά 0,050 μονάδες ( $\beta=0,050$   $p=0,021$ ),
- η μέση τιμή της «Σωματοποίησης» ήταν κατά 0,318 μονάδες μικρότερη στους μη Χριστιανούς Ορθόδοξους σε σχέση με τους Χριστιανούς Ορθόδοξους ( $\beta=-0,318$   $p=0,039$ ),
- η μέση τιμή της «Σωματοποίησης» ήταν κατά 0,222 μονάδες μικρότερη στους μη έχοντες κάποιο άλλο πρόβλημα υγείας σε σχέση με τους έχοντες ( $\beta=-0,222$   $p=0,001$ ),

- μεταβολή της τρέχουσας δραστηριότητας κατά ένα επίπεδο προκαλεί αντίθετη μεταβολή της «Σωματοποίησης» κατά 0,109 μονάδες ( $\beta=-0,109$   $p=0,001$ ).
- Το «Νόημα», η «Γαλήνη», το φύλο, ο τόπος διαμονής και το τρέχον επίπεδο δραστηριότητας αναδείχθηκαν ως προβλεπτικοί παράγοντες της διάστασης «**Ιδεοψυχαναγκασμός**». Οι αναφερόμενες μεταβλητές του στατιστικού υποδείγματος ερμηνεύουν περίπου το 36% της μεταβλητότητας του «Ιδεοψυχαναγκασμού» (Διορθωμένος  $R^2=36,2\%$ ). Ειδικότερα:
  - μεταβολή του «Νοήματος» κατά 1 μονάδα προκαλεί αντίθετη μεταβολή του «Ιδεοψυχαναγκασμού» κατά 0,070 μονάδες ( $\beta=-0,070$   $p<0,001$ ),
  - μεταβολή της «Γαλήνης» κατά 1 μονάδα προκαλεί αντίθετη μεταβολή του «Ιδεοψυχαναγκασμού» κατά 0,058 μονάδες ( $\beta=-0,058$   $p<0,001$ ),
  - η μέση τιμή του «Ιδεοψυχαναγκασμού» ήταν κατά 0,183 μονάδες μεγαλύτερη στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες ( $\beta=0,183$   $p=0,007$ ),
  - η μέση τιμή του «Ιδεοψυχαναγκασμού» ήταν κατά 0,152 μονάδες μεγαλύτερη στους διαμένοντες σε μη αστική περιοχή σε σχέση με τους διαμένοντες σε αστική περιοχή ( $\beta=0,152$   $p=0,035$ ),
  - μεταβολή της τρέχουσας δραστηριότητας κατά ένα επίπεδο προκαλεί αντίθετη μεταβολή του «Ιδεοψυχαναγκασμού» κατά 0,116 μονάδες ( $\beta=-0,116$   $p<0,001$ ).
- Το «Νόημα», η «Γαλήνη», το φύλο και ο τόπος διαμονής αναδείχθηκαν ως προβλεπτικοί παράγοντες της διάστασης «**Διαπροσωπική Ευαισθησία**». Οι αναφερόμενες μεταβλητές του στατιστικού υποδείγματος ερμηνεύουν περίπου το 29% της μεταβλητότητας της «Διαπροσωπικής Ευαισθησίας» (Διορθωμένος  $R^2=29,4\%$ ). Ειδικότερα:
  - μεταβολή του «Νοήματος» κατά 1 μονάδα προκαλεί αντίθετη μεταβολή της «Διαπροσωπικής Ευαισθησίας» κατά 0,082 μονάδες ( $\beta=-0,082$   $p<0,001$ ),
  - μεταβολή της «Γαλήνης» κατά 1 μονάδα προκαλεί αντίθετη μεταβολή της «Διαπροσωπικής Ευαισθησίας» κατά 0,029 μονάδες ( $\beta=-0,029$   $p=0,008$ ),
  - η μέση τιμή της «Διαπροσωπικής Ευαισθησίας» ήταν κατά 0,262 μονάδες μεγαλύτερη στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες ( $\beta=0,262$   $p<0,001$ ),
  - η μέση τιμή της «Διαπροσωπικής Ευαισθησίας» ήταν κατά 0,144 μονάδες μεγαλύτερη στους διαμένοντες σε μη αστική περιοχή σε σχέση με τους διαμένοντες σε αστική περιοχή ( $\beta=0,144$   $p=0,034$ ).

- Το «Νόημα», η «Γαλήνη», το φύλο, η ηλικία, η ύπαρξη άλλου προβλήματος υγείας και το τρέχον επίπεδο δραστηριότητας αναδείχθηκαν ως προβλεπτικοί παράγοντες της διάστασης «**Κατάθλιψη**». Οι αναφερόμενες μεταβλητές του στατιστικού υποδείγματος ερμηνεύουν περίπου το 46% της μεταβλητότητας της «Κατάθλιψης» (Διορθωμένος  $R^2=45,9\%$ ). Ειδικότερα:
  - μεταβολή του «Νοήματος» κατά 1 μονάδα προκαλεί αντίθετη μεταβολή της «Κατάθλιψης» κατά 0,084 μονάδες ( $\beta=-0,084$   $p<0,001$ ),
  - μεταβολή της «Γαλήνης» κατά 1 μονάδα προκαλεί αντίθετη μεταβολή της «Κατάθλιψης» κατά 0,044 μονάδες ( $\beta=-0,044$   $p<0,001$ ),
  - η μέση τιμή της «Κατάθλιψης» ήταν κατά 0,239 μονάδες μεγαλύτερη στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες ( $\beta=0,239$   $p<0,001$ ),
  - μεταβολή της ηλικίας κατά 1 έτος προκαλεί όμοια μεταβολή της «Κατάθλιψης» κατά 0,006 μονάδες ( $\beta=0,006$   $p=0,006$ ),
  - η μέση τιμή της «Κατάθλιψης» ήταν κατά 0,182 μονάδες μικρότερη στους μη έχοντες κάποιο άλλο πρόβλημα υγείας σε σχέση με τους έχοντες ( $\beta=-0,182$   $p=0,004$ ),
  - μεταβολή της τρέχουσας δραστηριότητας κατά ένα επίπεδο προκαλεί αντίθετη μεταβολή της «Κατάθλιψης» κατά 0,095 μονάδες ( $\beta=-0,095$   $p=0,003$ ).
- Το «Νόημα», η «Γαλήνη», το φύλο, η διάρκεια αιμοκάθαρσης, η ύπαρξη άλλου προβλήματος υγείας και το τρέχον επίπεδο δραστηριότητας αναδείχθηκαν ως προβλεπτικοί παράγοντες της διάστασης «**Άγχος**». Οι αναφερόμενες μεταβλητές του στατιστικού υποδείγματος ερμηνεύουν περίπου το 40% της μεταβλητότητας του «Άγχους» (Διορθωμένος  $R^2=39,6\%$ ). Ειδικότερα:
  - μεταβολή του «Νοήματος» κατά 1 μονάδα προκαλεί αντίθετη μεταβολή του «Άγχους» κατά 0,071 μονάδες ( $\beta=-0,071$   $p<0,001$ ),
  - μεταβολή της «Γαλήνης» κατά 1 μονάδα προκαλεί αντίθετη μεταβολή του «Άγχους» κατά 0,062 μονάδες ( $\beta=-0,062$   $p<0,001$ ),
  - η μέση τιμή του «Άγχους» ήταν κατά 0,218 μονάδες μεγαλύτερη στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες ( $\beta=0,218$   $p=0,001$ ),
  - μεταβολή της διάρκειας αιμοκάθαρσης κατά 1 έτος προκαλεί αντίθετη μεταβολή του «Άγχους» κατά 0,012 μονάδες ( $\beta=-0,012$   $p=0,049$ ),

- η μέση τιμή του «Άγχους» ήταν κατά 0,139 μονάδες μικρότερη στους μη έχοντες κάποιο άλλο πρόβλημα υγείας σε σχέση με τους έχοντες ( $\beta=-0,139$   $p=0,035$ ),
- μεταβολή της τρέχουσας δραστηριότητας κατά ένα επίπεδο προκαλεί αντίθετη μεταβολή του «Άγχους» κατά 0,079 μονάδες ( $\beta=-0,079$   $p=0,015$ ).
- Το «Νόημα», η «Γαλήνη», η ηλικία και ο τόπος διαμονής αναδείχθηκαν ως προβλεπτικοί παράγοντες της διάστασης «**Εχθρότητα / Επιθετικότητα**». Οι αναφερόμενες μεταβλητές του στατιστικού υποδείγματος ερμηνεύουν περίπου το 18% της μεταβλητότητας της «Εχθρότητας / Επιθετικότητας» (Διορθωμένος  $R^2=17,7\%$ ). Ειδικότερα:
  - μεταβολή του «Νοήματος» κατά 1 μονάδα προκαλεί αντίθετη μεταβολή της «Εχθρότητας / Επιθετικότητας» κατά 0,041 μονάδες ( $\beta=-0,041$   $p=0,001$ ),
  - μεταβολή της «Γαλήνης» κατά 1 μονάδα προκαλεί αντίθετη μεταβολή της «Εχθρότητας / Επιθετικότητας» κατά 0,047 μονάδες ( $\beta=-0,047$   $p<0,001$ ),
  - μεταβολή της ηλικίας κατά 1 έτος προκαλεί αντίθετη μεταβολή της «Εχθρότητας / Επιθετικότητας» κατά 0,008 μονάδες ( $\beta=-0,008$   $p<0,001$ ),
  - η μέση τιμή της «Εχθρότητας / Επιθετικότητας» ήταν κατά 0,211 μονάδες μεγαλύτερη στους διαμένοντες σε μη αστική περιοχή σε σχέση με τους διαμένοντες σε αστική περιοχή ( $\beta=0,211$   $p=0,004$ ).
- Το «Νόημα», η «Γαλήνη», το φύλο, ο τόπος διαμονής, η ύπαρξη άλλου προβλήματος υγείας και το τρέχον επίπεδο δραστηριότητας αναδείχθηκαν ως προβλεπτικοί παράγοντες της διάστασης «**Φοβικό Άγχος**». Οι αναφερόμενες μεταβλητές του στατιστικού υποδείγματος ερμηνεύουν περίπου το 32% της μεταβλητότητας του «Φοβικού Άγχους» (Διορθωμένος  $R^2=32,0\%$ ). Ειδικότερα:
  - μεταβολή του «Νοήματος» κατά 1 μονάδα προκαλεί αντίθετη μεταβολή του «Φοβικού Άγχους» κατά 0,059 μονάδες ( $\beta=-0,059$   $p<0,001$ ),
  - μεταβολή της «Γαλήνης» κατά 1 μονάδα προκαλεί αντίθετη μεταβολή του «Φοβικού Άγχους» κατά 0,053 μονάδες ( $\beta=-0,053$   $p<0,001$ ),
  - η μέση τιμή του «Φοβικού Άγχους» ήταν κατά 0,383 μονάδες μεγαλύτερη στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες ( $\beta=0,383$   $p<0,001$ ),
  - η μέση τιμή του «Φοβικού Άγχους» ήταν κατά 0,255 μονάδες μεγαλύτερη στους διαμένοντες σε μη αστική περιοχή σε σχέση με τους διαμένοντες σε αστική περιοχή ( $\beta=0,255$   $p=0,002$ ),

- η μέση τιμή του «Φοβικού Άγχους» ήταν κατά 0,186 μονάδες μικρότερη στους μη έχοντες κάποιο άλλο πρόβλημα υγείας σε σχέση με τους έχοντες ( $\beta=-0,186$   $p=0,021$ ),
- μεταβολή της τρέχουσας δραστηριότητας κατά ένα επίπεδο προκαλεί αντίθετη μεταβολή του «Φοβικού Άγχους» κατά 0,097 μονάδες ( $\beta=-0,097$   $p=0,013$ ).
- Το «Νόημα», η «Γαλήνη» και ο τόπος διαμονής αναδείχθηκαν ως προβλεπτικοί παράγοντες της διάστασης «**Παρανοειδής Ιδεασμός**». Οι αναφερόμενες μεταβλητές του στατιστικού υποδείγματος ερμηνεύουν περίπου το 14% της μεταβλητότητας του «Παρανοειδή Ιδεασμού» (Διορθωμένος  $R^2=14,3\%$ ).  
Ειδικότερα:
  - μεταβολή του «Νοήματος» κατά 1 μονάδα προκαλεί αντίθετη μεταβολή του «Παρανοειδή Ιδεασμού» κατά 0,058 μονάδες ( $\beta=-0,058$   $p<0,001$ ),
  - μεταβολή της «Γαλήνης» κατά 1 μονάδα προκαλεί αντίθετη μεταβολή του «Παρανοειδή Ιδεασμού» κατά 0,032 μονάδες ( $\beta=-0,032$   $p=0,014$ ),
  - η μέση τιμή του «Παρανοειδή Ιδεασμού» ήταν κατά 0,168 μονάδες μεγαλύτερη στους διαμένοντες σε μη αστική περιοχή σε σχέση με τους διαμένοντες σε αστική περιοχή ( $\beta=0,168$   $p=0,036$ ).
- Το «Νόημα», η «Γαλήνη» και ο τόπος διαμονής αναδείχθηκαν ως προβλεπτικοί παράγοντες της διάστασης «**Ψυχωτισμός**». Οι αναφερόμενες μεταβλητές του στατιστικού υποδείγματος ερμηνεύουν περίπου το 27% της μεταβλητότητας του «Ψυχωτισμού» (Διορθωμένος  $R^2=27,3\%$ ). Ειδικότερα:
  - μεταβολή του «Νοήματος» κατά 1 μονάδα προκαλεί αντίθετη μεταβολή του «Ψυχωτισμού» κατά 0,061 μονάδες ( $\beta=-0,061$   $p<0,001$ ),
  - μεταβολή της «Γαλήνης» κατά 1 μονάδα προκαλεί αντίθετη μεταβολή του «Ψυχωτισμού» κατά 0,034 μονάδες ( $\beta=-0,034$   $p=0,001$ ),
  - η μέση τιμή του «Ψυχωτισμού» ήταν κατά 0,271 μονάδες μεγαλύτερη στους διαμένοντες σε μη αστική περιοχή σε σχέση με τους διαμένοντες σε αστική περιοχή ( $\beta=0,271$   $p<0,001$ ).
- Το «Νόημα», η «Γαλήνη», το φύλο, η ύπαρξη παιδιών και η ύπαρξη άλλου προβλήματος υγείας αναδείχθηκαν ως προβλεπτικοί παράγοντες της διάστασης «**Πρόσθετα Στοιχεία (Διάφορες Αιτιάσεις)**». Οι αναφερόμενες μεταβλητές του στατιστικού υποδείγματος ερμηνεύουν περίπου το 35% της μεταβλητότητας των

«Πρόσθετων Στοιχείων (Διάφορες Αιτιάσεις)» (Διορθωμένος  $R^2=35,3\%$ ).

Ειδικότερα:

- μεταβολή του «Νοήματος» κατά 1 μονάδα προκαλεί αντίθετη μεταβολή των «Πρόσθετων Στοιχείων (Διάφορες Αιτιάσεις)» κατά 0,089 μονάδες ( $\beta=-0,089$   $p<0,001$ ),
- μεταβολή της «Γαλήνης» κατά 1 μονάδα προκαλεί αντίθετη μεταβολή των «Πρόσθετων Στοιχείων (Διάφορες Αιτιάσεις)» κατά 0,040 μονάδες ( $\beta=-0,040$   $p=0,001$ ),
- η μέση τιμή των «Πρόσθετων Στοιχείων (Διάφορες Αιτιάσεις)» ήταν κατά 0,225 μονάδες μεγαλύτερη στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες ( $\beta=0,225$   $p=0,001$ ),
- η μέση τιμή των «Πρόσθετων Στοιχείων (Διάφορες Αιτιάσεις)» ήταν κατά 0,274 μονάδες μικρότερη στους μη έχοντες παιδιά σε σχέση με τους έχοντες ( $\beta=-0,274$   $p<0,001$ ),
- η μέση τιμή των «Πρόσθετων Στοιχείων (Διάφορες Αιτιάσεις)» ήταν κατά 0,212 μονάδες μικρότερη στους μη έχοντες κάποιο άλλο πρόβλημα υγείας σε σχέση με τους έχοντες ( $\beta=-0,212$   $p=0,001$ ).
- Το «Νόημα», η «Γαλήνη», το φύλο, ο τόπος διαμονής και η ύπαρξη άλλου προβλήματος υγείας αναδείχθηκαν ως προβλεπτικοί παράγοντες του «Γενικού Δείκτη Συμπτωμάτων» (Συνολικής Ψυχιατρικής Συμπτωματολογίας). Οι αναφερόμενες μεταβλητές του στατιστικού υποδείγματος ερμηνεύουν περίπου το 42% της μεταβλητότητας του «Γενικού Δείκτη Συμπτωμάτων» (Διορθωμένος  $R^2=42,1\%$ ). Ειδικότερα:
  - μεταβολή του «Νοήματος» κατά 1 μονάδα προκαλεί αντίθετη μεταβολή του «Γενικού Δείκτη Συμπτωμάτων» κατά 0,073 μονάδες ( $\beta=-0,073$   $p<0,001$ ),
  - μεταβολή της «Γαλήνης» κατά 1 μονάδα προκαλεί αντίθετη μεταβολή του «Γενικού Δείκτη Συμπτωμάτων» κατά 0,047 μονάδες ( $\beta=-0,047$   $p<0,001$ ),
  - η μέση τιμή του «Γενικού Δείκτη Συμπτωμάτων» ήταν κατά 0,217 μονάδες μεγαλύτερη στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες ( $\beta=0,217$   $p<0,001$ ),
  - η μέση τιμή του «Γενικού Δείκτη Συμπτωμάτων» ήταν κατά 0,121 μονάδες μεγαλύτερη στους διαμένοντες σε μη αστική περιοχή σε σχέση με τους διαμένοντες σε αστική περιοχή ( $\beta=0,121$   $p=0,031$ ),



- η μέση τιμή του «Γενικού Δείκτη Συμπτωμάτων» ήταν κατά 0,182 μονάδες μικρότερη στους μη έχοντες κάποιο άλλο πρόβλημα υγείας σε σχέση με τους έχοντες ( $\beta=-0,182$   $p<0,001$ ).
- Το «Νόημα», η «Γαλήνη», το φύλο, ο τόπος διαμονής και η ύπαρξη άλλου προβλήματος υγείας αναδείχθηκαν ως προβλεπτικοί παράγοντες του «**Δείκτη Θετικών Συμπτωμάτων**». Οι αναφερόμενες μεταβλητές του στατιστικού υποδείγματος ερμηνεύουν περίπου το 43% της μεταβλητότητας του «Δείκτη Θετικών Συμπτωμάτων» (Διορθωμένος  $R^2=42,8\%$ ). Ειδικότερα:
  - μεταβολή του «Νοήματος» κατά 1 μονάδα προκαλεί αντίθετη μεταβολή του «Δείκτη Θετικών Συμπτωμάτων» κατά 2,410 μονάδες ( $\beta=-2,410$   $p<0,001$ ),
  - μεταβολή της «Γαλήνης» κατά 1 μονάδα προκαλεί αντίθετη μεταβολή του «Δείκτη Θετικών Συμπτωμάτων» κατά 1,856 μονάδες ( $\beta=-1,856$   $p<0,001$ ),
  - η μέση τιμή του «Δείκτη Θετικών Συμπτωμάτων» ήταν κατά 6,876 μονάδες μεγαλύτερη στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες ( $\beta=6,876$   $p=0,001$ ),
  - η μέση τιμή του «Δείκτη Θετικών Συμπτωμάτων» ήταν κατά 12,272 μονάδες μεγαλύτερη στους διαμένοντες σε μη αστική περιοχή σε σχέση με τους διαμένοντες σε αστική περιοχή ( $\beta=12,272$   $p<0,001$ ),
  - η μέση τιμή του «Δείκτη Θετικών Συμπτωμάτων» ήταν κατά 6,552 μονάδες μικρότερη στους μη έχοντες κάποιο άλλο πρόβλημα υγείας σε σχέση με τους έχοντες ( $\beta=-6,552$   $p=0,001$ ).
- Το «Νόημα», η «Γαλήνη», το φύλο, ο τόπος διαμονής, ο αριθμός παιδιών, η επαγγελματική κατάσταση, το πόσο κοντά αισθάνονται στο θεό και η ύπαρξη άλλου προβλήματος υγείας αναδείχθηκαν ως προβλεπτικοί παράγοντες του «**Δείκτη Ενόχλησης Θετικών Συμπτωμάτων**». Οι αναφερόμενες μεταβλητές του στατιστικού υποδείγματος ερμηνεύουν περίπου το 18% της μεταβλητότητας του «Δείκτη Ενόχλησης Θετικών Συμπτωμάτων» (Διορθωμένος  $R^2=18,3\%$ ). Ειδικότερα:
  - μεταβολή του «Νοήματος» κατά 1 μονάδα προκαλεί αντίθετη μεταβολή του «Δείκτη Ενόχλησης Θετικών Συμπτωμάτων» κατά 0,030 μονάδες ( $\beta=-0,030$   $p=0,003$ ),
  - μεταβολή της «Γαλήνης» κατά 1 μονάδα προκαλεί αντίθετη μεταβολή του «Δείκτη Ενόχλησης Θετικών Συμπτωμάτων» κατά 0,020 μονάδες ( $\beta=-0,020$   $p=0,041$ ),

- η μέση τιμή του «Δείκτη Ενόχλησης Θετικών Συμπτωμάτων» ήταν κατά 0,125 μονάδες μεγαλύτερη στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες ( $\beta=0,125$   $p=0,026$ ),
- η μέση τιμή του «Δείκτη Ενόχλησης Θετικών Συμπτωμάτων» ήταν κατά 0,218 μονάδες μικρότερη στους διαμένοντες σε μη αστική περιοχή σε σχέση με τους διαμένοντες σε αστική περιοχή ( $\beta=-0,218$   $p<0,001$ ),
- μεταβολή του αριθμού των παιδιών κατά ένα προκαλεί όμοια μεταβολή του «Δείκτη Ενόχλησης Θετικών Συμπτωμάτων» κατά 0,043 μονάδες ( $\beta=0,043$   $p=0,024$ ),
- η μέση τιμή του «Δείκτη Ενόχλησης Θετικών Συμπτωμάτων» ήταν κατά 0,213 μονάδες μεγαλύτερη στους μη εργαζόμενους σε σχέση με τους εργαζόμενους ( $\beta=0,213$   $p=0,002$ ),
- μεταβολή της εκτίμησης του πόσο κοντά αισθάνονται στο θεό κατά 1 μονάδα προκαλεί όμοια μεταβολή του «Δείκτη Ενόχλησης Θετικών Συμπτωμάτων» κατά 0,057 μονάδες ( $\beta=0,057$   $p=0,025$ ),
- η μέση τιμή του «Δείκτη Ενόχλησης Θετικών Συμπτωμάτων» ήταν κατά 0,115 μονάδες μικρότερη στους μη έχοντες κάποιο άλλο πρόβλημα υγείας σε σχέση με τους έχοντες ( $\beta=-0,115$   $p=0,035$ ).

## **B.4 Επίδραση της Πνευματικότητας στις Αντιλήψεις για τη Νόσο**

Στην παρούσα ενότητα διερευνάται η επίδραση της Πνευματικότητας στις Αντιλήψεις για τη Νόσο των ασθενών υπό αιμοκάθαρση. Ειδικότερα η ενότητα περιλαμβάνει τους εξής ελέγχους:

- Τη σχέση των Αντιλήψεων για τη Νόσο με τα χαρακτηριστικά των ασθενών - Διμεταβλητή ανάλυση
- Τη σχέση των Αντιλήψεων για τη Νόσο με την Πνευματικότητα - Διμεταβλητή ανάλυση
- Τη σχέση των Αντιλήψεων για τη Νόσο με την Πνευματικότητα - Πολυμεταβλητή ανάλυση
- Τους προβλεπτικούς παράγοντες των Αντιλήψεων για τη Νόσο - Πολυμεταβλητή ανάλυση

### **B.4.1 Σχέση Αντιλήψεων για τη Νόσο και Χαρακτηριστικών των ασθενών (Διμεταβλητή ανάλυση)**

Στον Πίνακα 27 παρουσιάζεται η διμεταβλητή (bivariate) διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της Κλίμακας Αντιλήψεων για τη Νόσο «BIPQ» με τα χαρακτηριστικά των ασθενών υπό αιμοκάθαρση.

**Πίνακας 27:** Συσχέτιση της Κλίμακας Αντιλήψεων για τη Νόσο «BIPQ» με τα χαρακτηριστικά των ασθενών (n=367).

Χαρακτηριστικά	Συνέπειες	Χρονική Διάρκεια	Προσωπικός Έλεγχος
<b>Φύλο</b>			
Άνδρας	7,26 ± 2,86	9,06 ± 1,96	3,03 ± 2,48
Γυναίκα	7,54 ± 2,95	8,98 ± 2,47	3,25 ± 2,82
t	0,900	0,337	0,761
p	0,369	0,736	0,447
<b>Ηλικία (έτη)</b>			
r	0,233	0,263	0,034
p	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	0,518
<b>Τόπος διαμονής</b>			
Αστική περιοχή	7,19 ± 3,06	9,06 ± 2,21	3,06 ± 2,73
Μη αστική περιοχή	7,72 ± 2,51	8,96 ± 2,06	3,23 ± 2,36
t	1,737	0,425	0,593
p	<b>0,083</b>	0,671	0,554
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>			
Έγγαμος/η	7,31 ± 3,07	9,13 ± 2,02	2,82 ± 2,57
Μη έγγαμος/η	7,44 ± 2,65	8,88 ± 2,35	3,55 ± 2,62
t	0,411	1,056	2,656
p	0,681	0,292	<b>0,008</b>
<b>Ύπαρξη παιδιών</b>			
Ναι	7,59 ± 2,84	9,20 ± 1,99	3,10 ± 2,72
Όχι	6,81 ± 2,96	8,60 ± 2,49	3,15 ± 2,35
t	2,364	2,238	0,159
p	<b>0,019</b>	<b>0,027</b>	0,873
<b>Αριθμός παιδιών</b>			
r	0,104	0,124	0,057
p	<b>0,047</b>	<b>0,018</b>	0,276
<b>Μένετε μόνος/η;</b>			
Ναι	7,66 ± 2,52	9,28 ± 1,83	3,30 ± 2,62
Όχι	7,27 ± 3,00	8,95 ± 2,25	3,06 ± 2,61
t	1,089	1,380	0,762
p	0,277	0,169	0,447
<b>Εκπαιδευτικό επίπεδο</b>			
Πρωτοβάθμια (1)	7,52 ± 2,95	9,26 ± 1,74	3,53 ± 2,94
Δευτεροβάθμια (2)	7,27 ± 2,87	9,03 ± 2,12	2,83 ± 2,35

Τριτοβάθμια (3)	7,25 ± 2,90	8,51 ± 2,95	2,87 ± 2,36
F	0,342	2,652	3,106
p	0,711	<b>0,072</b>	<b>0,046</b>
Post Hoc Test (LSD)		(1)>(3) p=0,022	(1)>(2) p=0,019 (1)>(3) p=0,093
<b>Επαγγελματική κατάσταση</b>			
Εργαζόμενος	7,11 ± 2,87	8,69 ± 2,73	2,91 ± 2,20
Μη εργαζόμενος	7,42 ± 2,91	9,11 ± 2,00	3,16 ± 2,70
t	0,805	1,218	0,808
p	0,422	0,227	0,421
<b>Θρήσκευμα</b>			
Χριστιανός Ορθόδοξος	7,42 ± 2,86	9,02 ± 2,17	3,14 ± 2,63
Μη Χριστιανός Ορθόδοξος	6,13 ± 3,58	9,27 ± 1,91	2,40 ± 2,20
t	1,685	0,437	1,081
p	<b>0,093</b>	0,662	0,280
<b>Πόσο θρησκευόμενος είστε;</b>			
r	0,048	-0,022	-0,038
p	0,363	0,678	0,467
<b>Πόσο κοντά αισθάνεστε στο θεό;</b>			
r	-0,022	-0,068	-0,137
p	0,681	0,195	<b>0,009</b>
<b>Διάρκεια Αιμοκάθαρσης (έτη)</b>			
r	0,026	0,055	-0,026
p	0,613	0,290	0,617
<b>Άλλο πρόβλημα υγείας</b>			
Ναι	8,09 ± 2,63	9,42 ± 1,58	3,37 ± 2,68
Όχι	6,56 ± 2,97	8,59 ± 2,60	2,83 ± 2,51
t	5,218	3,687	2,005
p	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,046</b>
<b>Τρέχον επίπεδο δραστηριότητας</b>			
r	-0,331	-0,174	-0,220
p	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>

Τα δεδομένα παρουσιάζονται ως Μέση Τιμή ± Τυπική Απόκλιση

**Πίνακας 27:** Συσχέτιση της Κλίμακας Αντιλήψεων για τη Νόσο «BIPQ» με τα χαρακτηριστικά των ασθενών (n=367). [σ υ ν έ χ ε ι α]

Χαρακτηριστικά	Θεραπευτικός		
	Έλεγχος	Ταυτότητα	Ανησυχία
<b>Φύλο</b>			
Άνδρας	1,89 ± 2,26	5,53 ± 2,99	6,49 ± 3,37
Γυναίκα	1,88 ± 2,27	5,79 ± 3,19	7,09 ± 3,23
t	0,070	0,803	1,678
p	0,944	0,423	<b>0,094</b>
<b>Ηλικία (έτη)</b>			
r	0,006	0,153	0,098
p	0,914	<b>0,003</b>	<b>0,059</b>
<b>Τόπος διαμονής</b>			
Αστική περιοχή	1,83 ± 2,25	5,34 ± 3,20	6,60 ± 3,48
Μη αστική περιοχή	2,02 ± 2,30	6,22 ± 2,69	6,95 ± 3,00
t	0,757	2,750	0,996
p	0,450	<b>0,006</b>	0,320
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>			
Έγγαμος/η	1,62 ± 2,19	5,47 ± 3,18	6,68 ± 3,40
Μη έγγαμος/η	2,27 ± 2,32	5,86 ± 2,89	6,76 ± 3,23
t	2,732	1,212	0,220
p	<b>0,007</b>	0,226	0,826
<b>Ύπαρξη παιδιών</b>			
Ναι	1,80 ± 2,21	5,73 ± 3,09	6,85 ± 3,33
Όχι	2,09 ± 2,39	5,39 ± 3,01	6,38 ± 3,32
t	1,117	0,959	1,243
p	0,265	0,338	0,215
<b>Αριθμός παιδιών</b>			
r	0,019	0,088	0,063
p	0,714	<b>0,093</b>	0,230
<b>Μένετε μόνος/η;</b>			
Ναι	2,01 ± 2,15	5,94 ± 3,05	7,05 ± 3,09
Όχι	1,85 ± 2,30	5,53 ± 3,07	6,61 ± 3,40
t	0,577	1,089	1,059
p	0,564	0,277	0,290
<b>Εκπαιδευτικό επίπεδο</b>			
Πρωτοβάθμια (1)	2,03 ± 2,31	6,11 ± 3,09	6,77 ± 3,40
Δευτεροβάθμια (2)	1,81 ± 2,25	5,48 ± 3,07	6,77 ± 3,36

Τριτοβάθμια (3)	1,75 ± 2,20	4,90 ± 2,85	6,44 ± 3,13
F	0,514	3,793	0,248
p	0,599	<b>0,023</b>	0,780
Post Hoc Test (LSD)		(1)>(2) p=0,070	
		(1)>(3) p=0,009	
<b>Επαγγελματική κατάσταση</b>			
Εργαζόμενος	1,94 ± 2,19	5,71 ± 2,71	6,99 ± 3,06
Μη εργαζόμενος	1,88 ± 2,29	5,61 ± 3,15	6,65 ± 3,39
t	0,224	0,265	0,759
p	0,823	0,791	0,448
<b>Θρήσκευμα</b>			
Χριστιανός Ορθόδοξος	1,92 ± 2,29	5,70 ± 3,06	6,78 ± 3,32
Μη Χριστιανός Ορθόδοξος	1,07 ± 1,44	3,87 ± 2,80	5,13 ± 3,29
t	1,437	2,282	1,884
p	0,152	<b>0,023</b>	<b>0,060</b>
<b>Πόσο θρησκευόμενος είστε;</b>			
r	-0,017	0,095	0,098
p	0,745	<b>0,069</b>	<b>0,060</b>
<b>Πόσο κοντά αισθάνεστε στο θεό;</b>			
r	-0,055	-0,011	0,020
p	0,290	0,841	0,706
<b>Διάρκεια Αιμοκάθαρσης (έτη)</b>			
r	-0,033	0,028	-0,073
p	0,522	0,598	0,162
<b>Άλλο πρόβλημα υγείας</b>			
Ναι	2,07 ± 2,43	6,41 ± 3,03	7,30 ± 3,15
Όχι	1,69 ± 2,06	4,76 ± 2,88	6,06 ± 3,41
t	1,613	5,337	3,614
p	0,108	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>
<b>Τρέχον επίπεδο δραστηριότητας</b>			
r	-0,182	-0,294	-0,230
p	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>

Τα δεδομένα παρουσιάζονται ως Μέση Τιμή ± Τυπική Απόκλιση

**Πίνακας 27:** Συσχέτιση της Κλίμακας Αντιλήψεων για τη Νόσο «BIPQ» με τα χαρακτηριστικά των ασθενών (n=367). [σ υ ν έ χ ε ι α]

Χαρακτηριστικά	Κατανόηση Νόσου	Συναισθηματικός Αντίκτυπος	Συνολική Αντίληψη για τη Νόσο
<b>Φύλο</b>			
Άνδρας	2,25 ± 2,41	6,27 ± 3,37	41,77 ± 13,04
Γυναίκα	2,47 ± 2,57	7,24 ± 3,08	44,23 ± 13,91
t	0,835	2,761	1,711
p	0,404	<b>0,006</b>	<b>0,088</b>
<b>Ηλικία (έτη)</b>			
r	0,117	0,141	0,216
p	<b>0,026</b>	<b>0,007</b>	<b>&lt;0,001</b>
<b>Τόπος διαμονής</b>			
Αστική περιοχή	2,13 ± 2,53	6,56 ± 3,47	41,78 ± 14,33
Μη αστική περιοχή	2,73 ± 2,29	6,78 ± 2,90	44,60 ± 11,09
t	2,193	0,640	2,072
p	<b>0,029</b>	0,523	<b>0,039</b>
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>			
Έγγαμος/η	2,10 ± 2,35	6,54 ± 3,46	41,67 ± 13,38
Μη έγγαμος/η	2,66 ± 2,61	6,77 ± 3,04	44,19 ± 13,35
t	2,140	0,669	1,779
p	<b>0,033</b>	0,504	<b>0,076</b>
<b>Ύπαρξη παιδιών</b>			
Ναι	2,34 ± 2,53	6,70 ± 3,36	43,32 ± 13,50
Όχι	2,31 ± 2,33	6,47 ± 3,13	41,21 ± 13,12
t	0,074	0,610	1,374
p	0,941	0,542	0,170
<b>Αριθμός παιδιών</b>			
r	0,030	0,044	0,109
p	0,572	0,402	<b>0,037</b>
<b>Μένετε μόνος/η;</b>			
Ναι	2,38 ± 2,55	6,91 ± 2,85	44,53 ± 12,47
Όχι	2,31 ± 2,45	6,55 ± 3,42	42,14 ± 13,65
t	0,231	0,963	1,452
p	0,817	0,337	0,147
<b>Εκπαιδευτικό επίπεδο</b>			
Πρωτοβάθμια (1)	2,88 ± 2,68	6,91 ± 3,28	45,02 ± 13,83
Δευτεροβάθμια (2)	2,03 ± 2,27	6,51 ± 3,37	41,72 ± 12,78



Τριτοβάθμια (3)	1,83 ± 2,25	6,33 ± 3,13	39,89 ± 13,36
F	6,254	0,887	4,036
p	<b>0,002</b>	0,413	<b>0,018</b>
Post Hoc Test (LSD)	(1)>(2) p=0,003		(1)>(2) p=0,031
	(1)>(3) p=0,004		(1)>(3) p=0,011
<b>Επαγγελματική κατάσταση</b>			
Εργαζόμενος	2,16 ± 2,07	6,53 ± 3,26	42,04 ± 13,07
Μη εργαζόμενος	2,37 ± 2,56	6,66 ± 3,31	42,86 ± 13,50
t	0,739	0,300	0,456
p	0,461	0,765	0,649
<b>Θρήσκευμα</b>			
Χριστιανός Ορθόδοξος	2,34 ± 2,46	6,70 ± 3,28	43,02 ± 13,34
Μη Χριστιανός Ορθόδοξος	2,07 ± 2,82	5,20 ± 3,41	35,13 ± 13,24
t	0,421	1,727	2,244
p	0,674	<b>0,085</b>	<b>0,025</b>
<b>Πόσο θρησκευόμενος είστε;</b>			
r	-0,040	0,134	0,068
p	0,442	<b>0,010</b>	0,193
<b>Πόσο κοντά αισθάνεστε στο θεό;</b>			
r	-0,158	0,077	-0,059
p	<b>0,002</b>	0,143	0,257
<b>Διάρκεια Αιμοκάθαρσης (έτη)</b>			
r	-0,075	-0,010	-0,024
p	0,149	0,841	0,641
<b>Άλλο πρόβλημα υγείας</b>			
Ναι	2,26 ± 2,36	7,23 ± 2,98	46,16 ± 12,33
Όχι	2,40 ± 2,59	5,98 ± 3,50	38,86 ± 13,55
t	0,534	3,665	5,404
p	0,594	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>
<b>Τρέχον επίπεδο δραστηριότητας</b>			
r	-0,089	-0,360	-0,403
p	<b>0,089</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>

Τα δεδομένα παρουσιάζονται ως Μέση Τιμή ± Τυπική Απόκλιση

Από τον στατιστικό διμεταβλητό έλεγχο της σχέσης μεταξύ των Αντιλήψεων για τη Νόσο(Κλίμακα «BIPQ») και των χαρακτηριστικών των ασθενών διαπιστώθηκαν τα εξής:

- Η διάσταση «Συνέπειες» σχετίζονταν στατιστικά σημαντικά με την ηλικία (p<0,001), την ύπαρξη παιδιών (p=0,019), τον αριθμό παιδιών (p=0,047), την

ύπαρξη άλλου προβλήματος υγείας ( $p<0,001$ ), το τρέχον επίπεδο δραστηριότητας ( $p<0,001$ ) και οριακά στο επίπεδο του 10% με τον τόπο διαμονής ( $p=0,083$ ) και το θρήσκευμα ( $p=0,093$ ).

- Η διάσταση «**Χρονική Διάρκεια**» σχετίζονταν στατιστικά σημαντικά με την ηλικία ( $p<0,001$ ), την ύπαρξη παιδιών ( $p=0,027$ ), τον αριθμό παιδιών ( $p=0,018$ ), την ύπαρξη άλλου προβλήματος υγείας ( $p<0,001$ ), το τρέχον επίπεδο δραστηριότητας ( $p=0,001$ ) και οριακά στο επίπεδο του 10% με το εκπαιδευτικό επίπεδο ( $p=0,072$ ).
- Η διάσταση «**Προσωπικός Έλεγχος**» σχετίζονταν στατιστικά σημαντικά με την οικογενειακή κατάσταση ( $p=0,008$ ), το εκπαιδευτικό επίπεδο ( $p=0,046$ ), το πόσο κοντά αισθάνονται στο θεό ( $p=0,009$ ), την ύπαρξη άλλου προβλήματος υγείας ( $p=0,046$ ) και το τρέχον επίπεδο δραστηριότητας ( $p<0,001$ ).
- Η διάσταση «**Θεραπευτικός Έλεγχος**» σχετίζονταν στατιστικά σημαντικά με την οικογενειακή κατάσταση ( $p=0,007$ ) και το τρέχον επίπεδο δραστηριότητας ( $p<0,001$ ).
- Η διάσταση «**Γαυτότητα**» σχετίζονταν στατιστικά σημαντικά με την ηλικία ( $p=0,003$ ), τον τόπο διαμονής ( $p=0,006$ ), το εκπαιδευτικό επίπεδο ( $p=0,023$ ), το θρήσκευμα ( $p=0,023$ ), την ύπαρξη άλλου προβλήματος υγείας ( $p<0,001$ ), το τρέχον επίπεδο δραστηριότητας ( $p<0,001$ ) και οριακά στο επίπεδο του 10% με τον αριθμό παιδιών ( $p=0,093$ ) και το πόσο θρησκευόμενοι είναι ( $p=0,069$ ).
- Η διάσταση «**Ανησυχία**» σχετίζονταν στατιστικά σημαντικά με την ύπαρξη άλλου προβλήματος υγείας ( $p<0,001$ ), το τρέχον επίπεδο δραστηριότητας ( $p<0,001$ ) και οριακά στο επίπεδο του 10% με το φύλο ( $p=0,094$ ), την ηλικία ( $p=0,059$ ), το θρήσκευμα ( $p=0,060$ ) και το πόσο θρησκευόμενοι είναι ( $p=0,060$ ).
- Η διάσταση «**Κατανόηση Νόσου**» σχετίζονταν στατιστικά σημαντικά με την ηλικία ( $p=0,026$ ), τον τόπο διαμονής ( $p=0,029$ ), την οικογενειακή κατάσταση ( $p=0,033$ ), το εκπαιδευτικό επίπεδο ( $p=0,002$ ), το πόσο κοντά αισθάνονται στο θεό ( $p=0,002$ ) και οριακά στο επίπεδο του 10% με το τρέχον επίπεδο δραστηριότητας ( $p=0,089$ ).
- Η διάσταση «**Συναισθηματικός Αντίκτυπος**» σχετίζονταν στατιστικά σημαντικά με το φύλο ( $p=0,006$ ), την ηλικία ( $p=0,007$ ), το πόσο θρησκευόμενοι είναι ( $p=0,010$ ), την ύπαρξη άλλου προβλήματος υγείας ( $p<0,001$ ), το τρέχον

επίπεδο δραστηριότητας ( $p < 0,001$ ) και οριακά στο επίπεδο του 10% με το θρήσκευμα ( $p = 0,085$ ).

- Η «Συνολική Αντίληψη για τη Νόσο» σχετίζονταν στατιστικά σημαντικά με την ηλικία ( $p < 0,001$ ), τον τόπο διαμονής ( $p = 0,039$ ), τον αριθμό παιδιών ( $p = 0,037$ ), το εκπαιδευτικό επίπεδο ( $p = 0,018$ ), το θρήσκευμα ( $p = 0,025$ ), την ύπαρξη άλλου προβλήματος υγείας ( $p < 0,001$ ), το τρέχον επίπεδο δραστηριότητας ( $p < 0,001$ ) και οριακά στο επίπεδο του 10% με το φύλο ( $p = 0,088$ ) και την οικογενειακή κατάσταση ( $p = 0,076$ ).

#### **B.4.2 Σχέση Αντιλήψεων για τη Νόσο και Πνευματικότητας (Διμεταβλητή ανάλυση)**

Στον Πίνακα 28 παρουσιάζεται η διμεταβλητή (bivariate) διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της Κλίμακας Αντιλήψεων για τη Νόσο «BIPQ» με την Κλίμακα Πνευματικότητας «FACIT – Sp12 Scale» των ασθενών υπό αιμοκάθαρση.

**Πίνακας 28:** Συσχέτιση της Κλίμακας Αντιλήψεων για τη Νόσο «BIPQ» με την Κλίμακα Πνευματικότητας «FACIT – Sp12 Scale» (n=367).

Κλίμακα Πνευματικότητας	Κλίμακα Αντιλήψεων για τη Νόσο		
	Συνέπειες	Χρονική Διάρκεια	Προσωπικός Έλεγχος
Νόημα	-0,332**	-0,114*	-0,334**
Γαλήνη	-0,388**	-0,139**	-0,288**
Πίστη	-0,147**	-0,023	-0,174**
Συνολική Πνευματικότητα	-0,363**	-0,113*	-0,335**

Συντελεστής συσχέτισης του Pearson (r) \*p<0,05 \*\*p<0,01

**Πίνακας 28:** Συσχέτιση της Κλίμακας Αντιλήψεων για τη Νόσο «BIPQ» με την Κλίμακα Πνευματικότητας «FACIT – Sp12 Scale» (n=367). [σ υ ν έ χ ε ι α]

Κλίμακα Πνευματικότητας	Κλίμακα Αντιλήψεων για τη Νόσο		
	Θεραπευτικός Έλεγχος	Ταυτότητα	Ανησυχία
Νόημα	-0,309**	-0,292**	-0,174**
Γαλήνη	-0,329**	-0,312**	-0,321**
Πίστη	-0,139**	-0,077	-0,007
Συνολική Πνευματικότητα	-0,325**	-0,281**	-0,205**

Συντελεστής συσχέτισης του Pearson (r) \*p<0,05 \*\*p<0,01

**Πίνακας 28:** Συσχέτιση της Κλίμακας Αντιλήψεων για τη Νόσο «BIPQ» με την Κλίμακα Πνευματικότητας «FACIT – Sp12 Scale» (n=367). [σ υ ν έ χ ε ι α]

Κλίμακα Πνευματικότητας	Κλίμακα Αντιλήψεων για τη Νόσο		
	Κατανόηση Νόσου	Συναισθηματικός Αντίκτυπος	Συνολική Αντίληψη για τη Νόσο
Νόημα	-0,339**	-0,270**	-0,446**
Γαλήνη	-0,251**	-0,358**	-0,503**
Πίστη	-0,150**	-0,043	-0,151**
Συνολική Πνευματικότητα	-0,310**	-0,275**	-0,457**

Συντελεστής συσχέτισης του Pearson (r) \*p<0,05 \*\*p<0,01

Από τον στατιστικό διμεταβλητό έλεγχο της επίδρασης της Πνευματικότητας (Κλίμακα «FACIT – Sp12 Scale») στις Αντιλήψεις για τη Νόσο (Κλίμακα «BIPQ») των ασθενών διαπιστώθηκαν τα εξής:

- Η διάσταση «**Συνέπειες**» σχετίζονταν αρνητικά στατιστικά σημαντικά με την συνολική Πνευματικότητα καθώς και με όλες τις διαστάσεις της. Ειδικότερα όσο αυξάνονταν (ή μειώνονταν) το «Νόημα» ( $r=-0,332$ ), η «Γαλήνη» ( $r=-0,388$ ), η «Πίστη» ( $r=-0,147$ ) αλλά και η «Συνολική Πνευματικότητα» ( $r=-0,363$ ) των ασθενών τόσο μειώνονταν (ή αυξάνονταν) η απειλητική Αντίληψη για τη Νόσο τους σχετικά με τις «Συνέπειες».
- Η διάσταση «**Χρονική Διάρκεια**» σχετίζονταν αρνητικά στατιστικά σημαντικά με την συνολική Πνευματικότητα καθώς και με δύο από τις τρεις διαστάσεις της. Ειδικότερα όσο αυξάνονταν (ή μειώνονταν) το «Νόημα» ( $r=-0,114$ ), η «Γαλήνη» ( $r=-0,139$ ) αλλά και η «Συνολική Πνευματικότητα» ( $r=-0,113$ ) των ασθενών τόσο μειώνονταν (ή αυξάνονταν) η απειλητική Αντίληψη για τη Νόσο τους σχετικά με τη «Χρονική Διάρκεια».
- Η διάσταση «**Προσωπικός Έλεγχος**» σχετίζονταν αρνητικά στατιστικά σημαντικά με την συνολική Πνευματικότητα καθώς και με όλες τις διαστάσεις της. Ειδικότερα όσο αυξάνονταν (ή μειώνονταν) το «Νόημα» ( $r=-0,334$ ), η «Γαλήνη» ( $r=-0,288$ ), η «Πίστη» ( $r=-0,174$ ) αλλά και η «Συνολική Πνευματικότητα» ( $r=-0,335$ ) των ασθενών τόσο μειώνονταν (ή αυξάνονταν) η απειλητική Αντίληψη για τη Νόσο τους σχετικά με τον «Προσωπικό Έλεγχο».
- Η διάσταση «**Θεραπευτικός Έλεγχος**» σχετίζονταν αρνητικά στατιστικά σημαντικά με την συνολική Πνευματικότητα καθώς και με όλες τις διαστάσεις της. Ειδικότερα όσο αυξάνονταν (ή μειώνονταν) το «Νόημα» ( $r=-0,309$ ), η «Γαλήνη» ( $r=-0,329$ ), η «Πίστη» ( $r=-0,139$ ) αλλά και η «Συνολική Πνευματικότητα» ( $r=-0,325$ ) των ασθενών τόσο μειώνονταν (ή αυξάνονταν) η απειλητική Αντίληψη για τη Νόσο τους σχετικά με τον «Θεραπευτικό Έλεγχο».
- Η διάσταση «**Γαυτότητα**» σχετίζονταν αρνητικά στατιστικά σημαντικά με την συνολική Πνευματικότητα καθώς και με δύο από τις τρεις διαστάσεις της. Ειδικότερα όσο αυξάνονταν (ή μειώνονταν) το «Νόημα» ( $r=-0,292$ ), η «Γαλήνη» ( $r=-0,312$ ) αλλά και η «Συνολική Πνευματικότητα» ( $r=-0,281$ ) των ασθενών τόσο μειώνονταν (ή αυξάνονταν) η απειλητική Αντίληψη για τη Νόσο τους σχετικά με την «Γαυτότητα».
- Η διάσταση «**Ανησυχία**» σχετίζονταν αρνητικά στατιστικά σημαντικά με την συνολική Πνευματικότητα καθώς και με δύο από τις τρεις διαστάσεις της. Ειδικότερα όσο αυξάνονταν (ή μειώνονταν) το «Νόημα» ( $r=-0,174$ ), η «Γαλήνη»

( $r=-0,321$ ) αλλά και η «Συνολική Πνευματικότητα» ( $r=-0,205$ ) των ασθενών τόσο μειώνονταν (ή αυξάνονταν) η απειλητική Αντίληψη για τη Νόσο τους σχετικά με την «Ανησυχία».

- Η διάσταση «**Κατανόηση Νόσου**» σχετίζονταν αρνητικά στατιστικά σημαντικά με την συνολική Πνευματικότητα καθώς και με όλες τις διαστάσεις της. Ειδικότερα όσο αυξάνονταν (ή μειώνονταν) το «Νόημα» ( $r=-0,339$ ), η «Γαλήνη» ( $r=-0,251$ ), η «Πίστη» ( $r=-0,150$ ) αλλά και η «Συνολική Πνευματικότητα» ( $r=-0,310$ ) των ασθενών τόσο μειώνονταν (ή αυξάνονταν) η απειλητική Αντίληψη για τη Νόσο τους σχετικά με την «Κατανόηση Νόσου».
- Η διάσταση «**Συναισθηματικός Αντίκτυπος**» σχετίζονταν αρνητικά στατιστικά σημαντικά με την συνολική Πνευματικότητα καθώς και με δύο από τις τρεις διαστάσεις της. Ειδικότερα όσο αυξάνονταν (ή μειώνονταν) το «Νόημα» ( $r=-0,270$ ), η «Γαλήνη» ( $r=-0,358$ ) αλλά και η «Συνολική Πνευματικότητα» ( $r=-0,275$ ) των ασθενών τόσο μειώνονταν (ή αυξάνονταν) η απειλητική Αντίληψη για τη Νόσο τους σχετικά με τον «Συναισθηματικό Αντίκτυπο».
- Η «**Συνολική Αντίληψη για τη Νόσο**» σχετίζονταν αρνητικά στατιστικά σημαντικά με την συνολική Πνευματικότητα καθώς και με όλες τις διαστάσεις της. Ειδικότερα όσο αυξάνονταν (ή μειώνονταν) το «Νόημα» ( $r=-0,446$ ), η «Γαλήνη» ( $r=-0,503$ ), η «Πίστη» ( $r=-0,151$ ) αλλά και η «Συνολική Πνευματικότητα» ( $r=-0,457$ ) των ασθενών τόσο μειώνονταν (ή αυξάνονταν) η απειλητική «Συνολική Αντίληψη για τη Νόσο» τους.

#### **B.4.3 Σχέση Αντιλήψεων για τη Νόσο και Πνευματικότητας (Πολυμεταβλητή ανάλυση)**

Στον Πίνακα 29 παρουσιάζεται η πολυμεταβλητή (multivariate) διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της Κλίμακας Αντιλήψεων για τη Νόσο «BIPQ» με την Κλίμακα Πνευματικότητας «FACIT – Sp12 Scale» των ασθενών υπό αιμοκάθαρση. Στην πολυμεταβλητή ανάλυση εισήχθησαν τα χαρακτηριστικά των ασθενών που σχετίζονταν με τις Αντιλήψεις για τη Νόσο στο επίπεδο σημαντικότητας του 0,25 από τη διμεταβλητή ανάλυση.

**Πίνακας 29:** Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση (μέθοδος enter) με εξαρτημένη μεταβλητή την Κλίμακα Αντιλήψεων για τη Νόσο «BIPQ» και ανεξάρτητες μεταβλητές την Κλίμακα Πνευματικότητας «FACIT – Sp12 Scale» ως μελετώμενος προσδιοριστής και τα χαρακτηριστικά των ασθενών\* (n=367).

Κλίμακα Πνευματικότητας	Κλίμακα Αντιλήψεων για τη Νόσο					
	Συνέπειες		Χρονική Διάρκεια		Προσωπικός Έλεγχος	
	β (ΤΣ)	Τιμή p	β (ΤΣ)	Τιμή p	β (ΤΣ)	Τιμή p
<b>Νόημα</b>	-0,219 (0,045)	<0,001	-0,016 (0,036)	0,667	-0,207 (0,044)	<0,001
<b>Γαλήνη</b>	-0,253 (0,043)	<0,001	-0,026 (0,036)	0,474	-0,156 (0,044)	<0,001
<b>Πίστη</b>	-0,092 (0,036)	0,011	0,029 (0,034)	0,406	-0,076 (0,042)	0,070
<b>Συνολική Πνευματικότητα</b>	-0,100 (0,018)	<0,001	-0,002 (0,016)	0,905	-0,089 (0,019)	<0,001

β = Διορθωμένος Συντελεστής Παλινδρόμησης ΤΣ = Τυπικό Σφάλμα

\*Στο πολυμεταβλητό μοντέλο εντάχθηκαν τα χαρακτηριστικά των ασθενών από την διμεταβλητή ανάλυση με όριο σημαντικότητας στο επίπεδο του 0,25.

**Πίνακας 29:** Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση (μέθοδος enter) με εξαρτημένη μεταβλητή την Κλίμακα Αντιλήψεων για τη Νόσο «BIPQ» και ανεξάρτητες μεταβλητές την Κλίμακα Πνευματικότητας «FACIT – Sp12 Scale» ως μελετώμενος προσδιοριστής και τα χαρακτηριστικά των ασθενών\* (n=367). [σ υ ν έ χ ε ι α]

Κλίμακα Πνευματικότητας	Κλίμακα Αντιλήψεων για τη Νόσο					
	Θεραπευτικός Έλεγχος		Ταυτότητα		Ανησυχία	
	β (ΤΣ)	Τιμή p	β (ΤΣ)	Τιμή p	β (ΤΣ)	Τιμή p
<b>Νόημα</b>	-0,186 (0,037)	<0,001	-0,207 (0,051)	<0,001	-0,135 (0,055)	0,014
<b>Γαλήνη</b>	-0,195 (0,036)	<0,001	-0,211 (0,049)	<0,001	-0,284 (0,053)	<0,001
<b>Πίστη</b>	-0,062 (0,030)	0,036	-0,090 (0,047)	0,056	-0,044 (0,053)	0,399
<b>Συνολική Πνευματικότητα</b>	-0,078 (0,015)	<0,001	-0,100 (0,022)	<0,001	-0,088 (0,023)	<0,001

β = Διορθωμένος Συντελεστής Παλινδρόμησης ΤΣ = Τυπικό Σφάλμα

\*Στο πολυμεταβλητό μοντέλο εντάχθηκαν τα χαρακτηριστικά των ασθενών από την διμεταβλητή ανάλυση με όριο σημαντικότητας στο επίπεδο του 0,25.

**Πίνακας 29:** Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση (μέθοδος enter) με εξαρτημένη μεταβλητή την Κλίμακα Αντιλήψεων για τη Νόσο «BIPQ» και ανεξάρτητες μεταβλητές την Κλίμακα Πνευματικότητας «FACIT – Sp12 Scale» ως μελετώμενος προσδιοριστής και τα χαρακτηριστικά των ασθενών\* (n=367). [σ υ ν έ χ ε ι α]

Κλίμακα Πνευματικότητας	Κλίμακα Αντιλήψεων για τη Νόσο					
	Κατανόηση Νόσου		Συναισθηματικός Αντίκτυπος		Συνολική Αντίληψη για τη Νόσο	
	β (ΤΣ)	Τιμή p	β (ΤΣ)	Τιμή p	β (ΤΣ)	Τιμή p
<b>Νόημα</b>	-0,206 (0,042)	<0,001	-0,204 (0,051)	<0,001	-1,543 (0,206)	<0,001
<b>Γαλήνη</b>	-0,132 (0,042)	0,002	-0,287 (0,050)	<0,001	-1,718 (0,194)	<0,001
<b>Πίστη</b>	-0,046 (0,040)	0,250	-0,102 (0,050)	0,041	-0,676 (0,197)	0,001
<b>Συνολική Πνευματικότητα</b>	-0,077 (0,019)	<0,001	-0,114 (0,022)	<0,001	-0,775 (0,086)	<0,001

β = Διορθωμένος Συντελεστής Παλινδρόμησης ΤΣ = Τυπικό Σφάλμα

\*Στο πολυμεταβλητό μοντέλο εντάχθηκαν τα χαρακτηριστικά των ασθενών από την διμεταβλητή ανάλυση με όριο σημαντικότητας στο επίπεδο του 0,25.

Από τον στατιστικό πολυμεταβλητό έλεγχο της επίδρασης της Πνευματικότητας (Κλίμακα «FACIT – Sp12 Scale») στις Αντιλήψεις για τη Νόσο (Κλίμακα «BIPQ») των ασθενών, με εξουδετέρωση των χαρακτηριστικών τους, διαπιστώθηκαν τα εξής:

- Στην διάσταση «**Συνέπειες**» επιδρούσε αρνητικά τόσο η συνολική Πνευματικότητα όσο και όλες οι διαστάσεις της, δηλαδή «**Νόημα**», «**Γαλήνη**» και «**Πίστη**». Ειδικότερα:
  - μεταβολή της «**Συνολικής Πνευματικότητας**» κατά 1 μονάδα προκαλεί αντίθετη μεταβολή της απειλητικής άποψης για τις «**Συνέπειες**» κατά 0,100 μονάδες ( $\beta=-0,100$   $p<0,001$ ),
  - μεταβολή του «**Νοήματος**» κατά 1 μονάδα προκαλεί αντίθετη μεταβολή της απειλητικής άποψης για τις «**Συνέπειες**» κατά 0,219 μονάδες ( $\beta=-0,219$   $p<0,001$ ),
  - μεταβολή της «**Γαλήνης**» κατά 1 μονάδα προκαλεί αντίθετη μεταβολή της απειλητικής άποψης για τις «**Συνέπειες**» κατά 0,253 μονάδες ( $\beta=-0,253$   $p<0,001$ ),



- μεταβολή της «Πίστης» κατά 1 μονάδα προκαλεί αντίθετη μεταβολή της απειλητικής άποψης για τις «Συνέπειες» κατά 0,092 μονάδες ( $\beta=-0,092$   $p=0,011$ ).
- Στην διάσταση «**Χρονική Διάρκεια**» δεν επιδρούσε τόσο η συνολική Πνευματικότητα όσο και οι διαστάσεις της.
- Στην διάσταση «**Προσωπικός Έλεγχος**» επιδρούσε αρνητικά τόσο η συνολική Πνευματικότητα όσο και οι διαστάσεις της «Νόημα» και «Γαλήνη». Επισημαίνεται επίσης μια αρνητική επίδραση οριακά, στο επίπεδο του 10%, της «Πίστης» ( $\beta=-0,076$   $p=0,070$ ). Ειδικότερα:
  - μεταβολή της «Συνολικής Πνευματικότητας» κατά 1 μονάδα προκαλεί αντίθετη μεταβολή της απειλητικής άποψης για τον «Προσωπικό Έλεγχο» κατά 0,089 μονάδες ( $\beta=-0,089$   $p<0,001$ ),
  - μεταβολή του «Νοήματος» κατά 1 μονάδα προκαλεί αντίθετη μεταβολή της απειλητικής άποψης για τον «Προσωπικό Έλεγχο» κατά 0,207 μονάδες ( $\beta=-0,207$   $p<0,001$ ),
  - μεταβολή της «Γαλήνης» κατά 1 μονάδα προκαλεί αντίθετη μεταβολή της απειλητικής άποψης για τον «Προσωπικό Έλεγχο» κατά 0,156 μονάδες ( $\beta=-0,156$   $p<0,001$ ).
- Στην διάσταση «**Θεραπευτικός Έλεγχος**» επιδρούσε αρνητικά τόσο η συνολική Πνευματικότητα όσο και όλες οι διαστάσεις της, δηλαδή «Νόημα», «Γαλήνη» και «Πίστη». Ειδικότερα:
  - μεταβολή της «Συνολικής Πνευματικότητας» κατά 1 μονάδα προκαλεί αντίθετη μεταβολή της απειλητικής άποψης για τον «Θεραπευτικό Έλεγχο» κατά 0,078 μονάδες ( $\beta=-0,078$   $p<0,001$ ),
  - μεταβολή του «Νοήματος» κατά 1 μονάδα προκαλεί αντίθετη μεταβολή της απειλητικής άποψης για τον «Θεραπευτικό Έλεγχο» κατά 0,186 μονάδες ( $\beta=-0,186$   $p<0,001$ ),
  - μεταβολή της «Γαλήνης» κατά 1 μονάδα προκαλεί αντίθετη μεταβολή της απειλητικής άποψης για τον «Θεραπευτικό Έλεγχο» κατά 0,195 μονάδες ( $\beta=-0,195$   $p<0,001$ ),
  - μεταβολή της «Πίστης» κατά 1 μονάδα προκαλεί αντίθετη μεταβολή της απειλητικής άποψης για τον «Θεραπευτικό Έλεγχο» κατά 0,062 μονάδες ( $\beta=-0,062$   $p=0,036$ ).

- Στην διάσταση «**Ταυτότητα**» επιδρούσε αρνητικά τόσο η συνολική Πνευματικότητα όσο και οι διαστάσεις της «Νόημα» και «Γαλήνη». Επισημαίνεται επίσης μια αρνητική επίδραση οριακά, στο επίπεδο του 10%, της «Πίστης» ( $\beta=-0,090$   $p=0,056$ ). Ειδικότερα:
  - μεταβολή της «Συνολικής Πνευματικότητας» κατά 1 μονάδα προκαλεί αντίθετη μεταβολή της απειλητικής άποψης για την «Ταυτότητα» κατά 0,100 μονάδες ( $\beta=-0,100$   $p<0,001$ ),
  - μεταβολή του «Νοήματος» κατά 1 μονάδα προκαλεί αντίθετη μεταβολή της απειλητικής άποψης για την «Ταυτότητα» κατά 0,207 μονάδες ( $\beta=-0,207$   $p<0,001$ ),
  - μεταβολή της «Γαλήνης» κατά 1 μονάδα προκαλεί αντίθετη μεταβολή της απειλητικής άποψης για την «Ταυτότητα» κατά 0,211 μονάδες ( $\beta=-0,211$   $p<0,001$ ).
- Στην διάσταση «**Ανησυχία**» επιδρούσε αρνητικά τόσο η συνολική Πνευματικότητα όσο και οι διαστάσεις της «Νόημα» και «Γαλήνη». Ειδικότερα:
  - μεταβολή της «Συνολικής Πνευματικότητας» κατά 1 μονάδα προκαλεί αντίθετη μεταβολή της απειλητικής άποψης για την «Ανησυχία» κατά 0,088 μονάδες ( $\beta=-0,088$   $p<0,001$ ),
  - μεταβολή του «Νοήματος» κατά 1 μονάδα προκαλεί αντίθετη μεταβολή της απειλητικής άποψης για την «Ανησυχία» κατά 0,135 μονάδες ( $\beta=-0,135$   $p=0,014$ ),
  - μεταβολή της «Γαλήνης» κατά 1 μονάδα προκαλεί αντίθετη μεταβολή της απειλητικής άποψης για την «Ανησυχία» κατά 0,284 μονάδες ( $\beta=-0,284$   $p<0,001$ ).
- Στην διάσταση «**Κατανόηση Νόσου**» επιδρούσε αρνητικά τόσο η συνολική Πνευματικότητα όσο και οι διαστάσεις της «Νόημα» και «Γαλήνη». Ειδικότερα:
  - μεταβολή της «Συνολικής Πνευματικότητας» κατά 1 μονάδα προκαλεί αντίθετη μεταβολή της απειλητικής άποψης για την «Κατανόηση Νόσου» κατά 0,077 μονάδες ( $\beta=-0,077$   $p<0,001$ ),
  - μεταβολή του «Νοήματος» κατά 1 μονάδα προκαλεί αντίθετη μεταβολή της απειλητικής άποψης για την «Κατανόηση Νόσου» κατά 0,206 μονάδες ( $\beta=-0,206$   $p<0,001$ ),

- μεταβολή της «Γαλήνης» κατά 1 μονάδα προκαλεί αντίθετη μεταβολή της απειλητικής άποψης για την «Κατανόηση Νόσου» κατά 0,132 μονάδες ( $\beta=-0,132$   $p=0,002$ ).
- Στην διάσταση «**Συναισθηματικός Αντίκτυπος**» επιδρούσε αρνητικά τόσο η συνολική Πνευματικότητα όσο και όλες οι διαστάσεις της, δηλαδή «Νόημα», «Γαλήνη» και «Πίστη». Ειδικότερα:
  - μεταβολή της «Συνολικής Πνευματικότητας» κατά 1 μονάδα προκαλεί αντίθετη μεταβολή της απειλητικής άποψης για τον «Συναισθηματικό Αντίκτυπο» κατά 0,114 μονάδες ( $\beta=-0,114$   $p<0,001$ ),
  - μεταβολή του «Νοήματος» κατά 1 μονάδα προκαλεί αντίθετη μεταβολή της απειλητικής άποψης για τον «Συναισθηματικό Αντίκτυπο» κατά 0,204 μονάδες ( $\beta=-0,204$   $p<0,001$ ),
  - μεταβολή της «Γαλήνης» κατά 1 μονάδα προκαλεί αντίθετη μεταβολή της απειλητικής άποψης για τον «Συναισθηματικό Αντίκτυπο» κατά 0,287 μονάδες ( $\beta=-0,287$   $p<0,001$ ),
  - μεταβολή της «Πίστης» κατά 1 μονάδα προκαλεί αντίθετη μεταβολή της απειλητικής άποψης για τον «Συναισθηματικό Αντίκτυπο» κατά 0,102 μονάδες ( $\beta=-0,102$   $p=0,041$ ).
- Στην «**Συνολική Αντίληψη για τη Νόσο**» επιδρούσε αρνητικά τόσο η συνολική Πνευματικότητα όσο και όλες οι διαστάσεις της, δηλαδή «Νόημα», «Γαλήνη» και «Πίστη». Ειδικότερα:
  - μεταβολή της «Συνολικής Πνευματικότητας» κατά 1 μονάδα προκαλεί αντίθετη μεταβολή της απειλητικής «Συνολικής Αντίληψης για τη Νόσο» κατά 0,775 μονάδες ( $\beta=-0,775$   $p<0,001$ ),
  - μεταβολή του «Νοήματος» κατά 1 μονάδα προκαλεί αντίθετη μεταβολή της απειλητικής «Συνολικής Αντίληψης για τη Νόσο» κατά 1,543 μονάδες ( $\beta=-1,543$   $p<0,001$ ),
  - μεταβολή της «Γαλήνης» κατά 1 μονάδα προκαλεί αντίθετη μεταβολή της απειλητικής «Συνολικής Αντίληψης για τη Νόσο» κατά 1,718 μονάδες ( $\beta=-1,718$   $p<0,001$ ),
  - μεταβολή της «Πίστης» κατά 1 μονάδα προκαλεί αντίθετη μεταβολή της απειλητικής «Συνολικής Αντίληψης για τη Νόσο» κατά 0,676 μονάδες ( $\beta=-0,676$   $p=0,001$ ).

#### **B.4.4 Προβλεπτικοί παράγοντες των Αντιλήψεων για τη Νόσο (Πολυμεταβλητή ανάλυση)**

Για την ανάδειξη προβλεπτικών παραγόντων (predictors) ή προσδιοριστών (determinants) των Αντιλήψεων για τη Νόσο (Κλίμακα «BIPQ») των ασθενών υπό αιμοκάθαρση εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή ανάλυση. Στην πολυμεταβλητή ανάλυση εισήχθησαν η Πνευματικότητα (Κλίμακα «FACIT – Sp12 Scale») και τα χαρακτηριστικά των ασθενών που σχετίζονταν με τις Αντιλήψεις για τη Νόσο στο επίπεδο σημαντικότητας του 0,25 από τη διμεταβλητή ανάλυση. Στον Πίνακα 30 παρουσιάζεται η πολυμεταβλητή (multivariate) ανάλυση χρησιμοποιώντας το στατιστικό υπόδειγμα της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης (multiple linear regression) με τη μέθοδο της βηματικής (stepwise) ένταξης μεταβλητών.

**Πίνακας 30:** Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση (μέθοδος stepwise) με εξαρτημένη μεταβλητή την Κλίμακα Αντιλήψεων για τη Νόσο «BIPQ» και ανεξάρτητες μεταβλητές την Κλίμακα Πνευματικότητας «FACIT – Sp12 Scale» και τα χαρακτηριστικά των ασθενών\* (n=367).

<b>Κλίμακα Αντιλήψεων</b>					
<b>για τη Νόσο</b>	<b>Προβλεπτικοί παράγοντες</b>	<b>β</b>	<b>ΤΣ</b>	<b>95% ΔΕ</b>	<b>Τιμή p</b>
<b>Συνέπειες</b>	Σταθερά (α)	13,776	0,717	12,366 έως 15,185	<0,001
	<b>Νόημα</b>	-0,131	0,050	-0,229 έως -0,033	0,009
	<b>Γαλήνη</b>	-0,192	0,049	-0,289 έως -0,095	<0,001
	<b>Ύπαρξη παιδιών</b>				
	Ναι (κατηγορία αναφοράς)	0			
	Όχι	-0,671	0,294	-1,250 έως -0,092	0,023
	<b>Άλλο πρόβλημα υγείας</b>				
	Ναι (κατηγορία αναφοράς)	0			
	Όχι	-0,821	0,286	-1,384 έως -0,258	0,004
	<b>Τρέχον επίπεδο δραστηριότητας</b>	-0,402	0,139	-0,674 έως -0,129	0,004
Διορθωμένος R <sup>2</sup> =22,6%,F=22,341,p<0,001					
<b>Κλίμακα Αντιλήψεων</b>					
<b>για τη Νόσο</b>	<b>Προβλεπτικοί παράγοντες</b>	<b>β</b>	<b>ΤΣ</b>	<b>95% ΔΕ</b>	<b>Τιμή p</b>
<b>Χρονική Διάρκεια</b>	Σταθερά (α)	8,181	0,668	6,868 έως 9,494	<0,001
	<b>Ηλικία (έτη)</b>	0,035	0,008	0,020 έως 0,049	<0,001
	<b>Πόσο κοντά αισθάνεστε στο θεό</b>	-0,196	0,099	-0,390 έως -0,002	0,047
	<b>Άλλο πρόβλημα υγείας</b>				
	Ναι (κατηγορία αναφοράς)	0			
	Όχι	-0,540	0,225	-0,984 έως -0,097	0,017
Διορθωμένος R <sup>2</sup> =8,7%,F=12,660,p<0,001					
<b>Κλίμακα Αντιλήψεων</b>					
<b>για τη Νόσο</b>	<b>Προβλεπτικοί παράγοντες</b>	<b>β</b>	<b>ΤΣ</b>	<b>95% ΔΕ</b>	<b>Τιμή p</b>
<b>Προσωπικός Έλεγχος</b>	Σταθερά (α)	6,855	0,513	5,845 έως 7,865	<0,001
	<b>Νόημα</b>	-0,187	0,048	-0,281 έως -0,094	<0,001
	<b>Γαλήνη</b>	-0,092	0,047	-0,184 έως 0,000	0,050
	<b>Τρέχον επίπεδο δραστηριότητας</b>	-0,261	0,126	-0,509 έως -0,013	0,039
	Διορθωμένος R <sup>2</sup> =12,9%,F=19,144,p<0,001				
<b>Κλίμακα Αντιλήψεων</b>					
<b>για τη Νόσο</b>	<b>Προβλεπτικοί παράγοντες</b>	<b>β</b>	<b>ΤΣ</b>	<b>95% ΔΕ</b>	<b>Τιμή p</b>
<b>Θεραπευτικός Έλεγχος</b>	Σταθερά (α)	4,800	0,430	3,954 έως 5,647	<0,001
	<b>Νόημα</b>	-0,126	0,041	-0,206 έως -0,045	0,002
	<b>Γαλήνη</b>	-0,152	0,040	-0,230 έως -0,074	<0,001
Διορθωμένος R <sup>2</sup> =12,6%,F=27,302,p<0,001					
<b>Κλίμακα Αντιλήψεων</b>					
<b>για τη Νόσο</b>	<b>Προβλεπτικοί παράγοντες</b>	<b>β</b>	<b>ΤΣ</b>	<b>95% ΔΕ</b>	<b>Τιμή p</b>
<b>Ταυτότητα</b>	Σταθερά (α)	9,092	0,887	7,348 έως 10,836	<0,001

<b>Νόημα</b>	-0,122	0,056	-0,231 έως -0,012	0,030
<b>Γαλήνη</b>	-0,155	0,054	-0,261 έως -0,049	0,004
<b>Τόπος διαμονής</b>				
Αστική περιοχή (κατηγορία αναφοράς)	0			
Μη αστική περιοχή	0,690	0,319	0,064 έως 1,317	0,031
<b>Πόσο θρησκευόμενος είστε</b>	0,411	0,137	0,141 έως 0,680	0,003
<b>Άλλο πρόβλημα υγείας</b>				
Ναι (κατηγορία αναφοράς)	0			
Όχι	-1,096	0,309	-1,704 έως -0,488	<0,001
<b>Τρέχον επίπεδο δραστηριότητας</b>	-0,375	0,152	-0,673 έως -0,076	0,014
Διορθωμένος $R^2=19,3\%$ , $F=15,588$ , $p<0,001$				

<b>Κλίμακα Αντίληψεων για τη Νόσο</b>					
	<b>Προβλεπτικοί παράγοντες</b>	<b>β</b>	<b>ΤΣ</b>	<b>95% ΔΕ</b>	<b>Τιμή p</b>
<b>Ανησυχία</b>	Σταθερά (α)	9,585	0,687	8,235 έως 10,935	<0,001
	<b>Γαλήνη</b>	-0,319	0,050	-0,417 έως -0,221	<0,001
	<b>Πόσο θρησκευόμενος είστε</b>	0,496	0,152	0,196 έως 0,796	0,001
	<b>Άλλο πρόβλημα υγείας</b>				
	Ναι (κατηγορία αναφοράς)	0			
	Όχι	-0,802	0,332	-1,454 έως -0,150	0,016
Διορθωμένος $R^2=13,5\%$ , $F=20,078$ , $p<0,001$					

<b>Κλίμακα Αντίληψεων για τη Νόσο</b>					
	<b>Προβλεπτικοί παράγοντες</b>	<b>β</b>	<b>ΤΣ</b>	<b>95% ΔΕ</b>	<b>Τιμή p</b>
<b>Κατανόηση Νόσου</b>	Σταθερά (α)	6,003	0,506	5,008 έως 6,998	<0,001
	<b>Νόημα</b>	-0,216	0,039	-0,292 έως -0,139	<0,001
	<b>Εκπαιδευτικό επίπεδο</b>				
	Πρωτοβάθμια (κατηγορία αναφοράς)	0			
	Δευτεροβάθμια	-0,615	0,274	-1,153 έως -0,076	0,025
	Τριτοβάθμια	-0,727	0,361	-1,438 έως -0,017	0,045
<b>Πόσο κοντά αισθάνεστε στο θεό</b>	-0,274	0,113	-0,496 έως -0,053	0,015	
Διορθωμένος $R^2=13,0\%$ , $F=14,694$ , $p<0,001$					

<b>Κλίμακα Αντίληψεων για τη Νόσο</b>					
	<b>Προβλεπτικοί παράγοντες</b>	<b>β</b>	<b>ΤΣ</b>	<b>95% ΔΕ</b>	<b>Τιμή p</b>
<b>Συναισθηματικός Αντίκτυπος</b>	Σταθερά (α)	9,850	0,589	8,691 έως 11,009	<0,001
	<b>Γαλήνη</b>	-0,298	0,049	-0,395 έως -0,201	<0,001
	<b>Πόσο θρησκευόμενος είστε</b>	0,534	0,145	0,249 έως 0,819	<0,001
	<b>Τρέχον επίπεδο δραστηριότητας</b>	-0,741	0,151	-1,037 έως -0,444	<0,001
Διορθωμένος $R^2=21,4\%$ , $F=34,284$ , $p<0,001$					

<b>Κλίμακα Αντίληψεων για τη Νόσο</b>					
	<b>Προβλεπτικοί παράγοντες</b>	<b>β</b>	<b>ΤΣ</b>	<b>95% ΔΕ</b>	<b>Τιμή p</b>
<b>Συνολική Αντίληψη για τη Νόσο</b>	Σταθερά (α)	70,650	2,782	65,178 έως 76,121	<0,001
	<b>Νόημα</b>	-0,895	0,210	-1,308 έως -0,483	<0,001
	<b>Γαλήνη</b>	-1,271	0,209	-1,682 έως -0,859	<0,001
	<b>Πόσο θρησκευόμενος είστε</b>	1,839	0,532	0,793 έως 2,886	0,001
<b>Άλλο πρόβλημα υγείας</b>					

Ναι (κατηγορία αναφοράς)	0			
Όχι	-3,266	1,200	-5,626 έως -0,905	0,007
<b>Τρέχον επίπεδο δραστηριότητας</b>	-2,173	0,584	-3,322 έως -1,023	<0,001
Διορθωμένος $R^2=36,4\%$ , $F=42,901$ , $p<0,001$				

$\beta$  = Διορθωμένος Συντελεστής Παλινδρόμησης  $R^2$  = Συντελεστής Προσδιορισμού ΤΣ = Τυπικό Σφάλμα ΔΕ = Διάστημα Εμπιστοσύνης

\*Στο πολυμεταβλητό μοντέλο εντάχθηκαν τα χαρακτηριστικά των ασθενών από την διμεταβλητή ανάλυση με όριο σημαντικότητας στο επίπεδο του 0,25.

Από τον στατιστικό πολυμεταβλητό έλεγχο για την εξαγωγή προβλεπτικών παραγόντων των Αντιλήψεων για τη Νόσο (Κλίμακα «BIPQ»), από την Πνευματικότητα (Κλίμακα «FACIT – Sp12 Scale») και τα χαρακτηριστικά των ασθενών, διαπιστώθηκαν τα εξής:

- Το «Νόημα», η «Γαλήνη», η ύπαρξη παιδιών, η ύπαρξη άλλου προβλήματος υγείας και το τρέχον επίπεδο δραστηριότητας αναδείχθηκαν ως προβλεπτικοί παράγοντες της διάστασης «**Συνέπειες**». Οι αναφερόμενες μεταβλητές του στατιστικού υποδείγματος ερμηνεύουν περίπου το 23% της μεταβλητότητας των «Συνεπειών» (Διορθωμένος  $R^2=22,6\%$ ). Ειδικότερα:
  - μεταβολή του «Νοήματος» κατά 1 μονάδα προκαλεί αντίθετη μεταβολή της απειλητικής άποψης για τις «Συνέπειες» κατά 0,131 μονάδες ( $\beta=-0,131$   $p=0,009$ ),
  - μεταβολή της «Γαλήνης» κατά 1 μονάδα προκαλεί αντίθετη μεταβολή της απειλητικής άποψης για τις «Συνέπειες» κατά 0,192 μονάδες ( $\beta=-0,192$   $p<0,001$ ),
  - η μέση τιμή της απειλητικής άποψης για τις «Συνέπειες» ήταν κατά 0,671 μονάδες μικρότερη στους μη έχοντες παιδιά σε σχέση με τους έχοντες ( $\beta=-0,671$   $p=0,023$ ),
  - η μέση τιμή της απειλητικής άποψης για τις «Συνέπειες» ήταν κατά 0,821 μονάδες μικρότερη στους μη έχοντες κάποιο άλλο πρόβλημα υγείας σε σχέση με τους έχοντες ( $\beta=-0,821$   $p=0,004$ ),
  - μεταβολή της τρέχουσας δραστηριότητας κατά ένα επίπεδο προκαλεί αντίθετη μεταβολή της απειλητικής άποψης για τις «Συνέπειες» κατά 0,402 μονάδες ( $\beta=-0,402$   $p=0,004$ ).
- Η ηλικία, το πόσο κοντά αισθάνονται στο θεό και η ύπαρξη άλλου προβλήματος υγείας αναδείχθηκαν ως προβλεπτικοί παράγοντες της διάστασης «**Χρονική Διάρκεια**». Οι αναφερόμενες μεταβλητές του στατιστικού υποδείγματος

ερμηνεύουν περίπου το 9% της μεταβλητότητας της «Χρονικής Διάρκειας» (Διορθωμένος  $R^2=8,7\%$ ). Ειδικότερα:

- μεταβολή της ηλικίας κατά 1 έτος προκαλεί όμοια μεταβολή της απειλητικής άποψης για την «Χρονική Διάρκεια» κατά 0,035 μονάδες ( $\beta=0,035$   $p<0,001$ ),
  - μεταβολή της εκτίμησης του πόσο κοντά αισθάνονται στο θεό κατά 1 μονάδα προκαλεί αντίθετη μεταβολή της απειλητικής άποψης για την «Χρονική Διάρκεια» κατά 0,196 μονάδες ( $\beta=-0,196$   $p=0,047$ ),
  - η μέση τιμή της απειλητικής άποψης για την «Χρονική Διάρκεια» ήταν κατά 0,540 μονάδες μικρότερη στους μη έχοντες κάποιο άλλο πρόβλημα υγείας σε σχέση με τους έχοντες ( $\beta=-0,540$   $p=0,017$ ).
- Το «Νόημα», η «Γαλήνη» και το τρέχον επίπεδο δραστηριότητας αναδείχθηκαν ως προβλεπτικοί παράγοντες της διάστασης «**Προσωπικός Έλεγχος**». Οι αναφερόμενες μεταβλητές του στατιστικού υποδείγματος ερμηνεύουν περίπου το 13% της μεταβλητότητας του «Προσωπικού Ελέγχου» (Διορθωμένος  $R^2=12,9\%$ ). Ειδικότερα:
    - μεταβολή του «Νοήματος» κατά 1 μονάδα προκαλεί αντίθετη μεταβολή της απειλητικής άποψης για τον «Προσωπικό Έλεγχο» κατά 0,187 μονάδες ( $\beta=-0,187$   $p=0,009$ ),
    - μεταβολή της «Γαλήνης» κατά 1 μονάδα προκαλεί αντίθετη μεταβολή της απειλητικής άποψης για τον «Προσωπικό Έλεγχο» κατά 0,092 μονάδες ( $\beta=-0,092$   $p=0,050$ ),
    - μεταβολή της τρέχουσας δραστηριότητας κατά ένα επίπεδο προκαλεί αντίθετη μεταβολή της απειλητικής άποψης για τον «Προσωπικό Έλεγχο» κατά 0,261 μονάδες ( $\beta=-0,261$   $p=0,039$ ).
  - Το «Νόημα» και η «Γαλήνη» αναδείχθηκαν ως προβλεπτικοί παράγοντες της διάστασης «**Θεραπευτικός Έλεγχος**». Οι αναφερόμενες μεταβλητές του στατιστικού υποδείγματος ερμηνεύουν περίπου το 13% της μεταβλητότητας του «Θεραπευτικού Ελέγχου» (Διορθωμένος  $R^2=12,6\%$ ). Ειδικότερα:
    - μεταβολή του «Νοήματος» κατά 1 μονάδα προκαλεί αντίθετη μεταβολή της απειλητικής άποψης για τον «Θεραπευτικό Έλεγχο» κατά 0,126 μονάδες ( $\beta=-0,126$   $p=0,002$ ),



- μεταβολή της «Γαλήνης» κατά 1 μονάδα προκαλεί αντίθετη μεταβολή της απειλητικής άποψης για τον «Θεραπευτικό Έλεγχο» κατά 0,152 μονάδες ( $\beta=-0,152$   $p<0,001$ ).
- Το «Νόημα», η «Γαλήνη», ο τόπος διαμονής, το πόσο θρησκευόμενοι είναι, η ύπαρξη άλλου προβλήματος υγείας και το τρέχον επίπεδο δραστηριότητας αναδείχθηκαν ως προβλεπτικοί παράγοντες της διάστασης «**Ταυτότητα**». Οι αναφερόμενες μεταβλητές του στατιστικού υποδείγματος ερμηνεύουν περίπου το 19% της μεταβλητότητας της «Ταυτότητας» (Διορθωμένος  $R^2=19,3\%$ ).  
Ειδικότερα:
  - μεταβολή του «Νοήματος» κατά 1 μονάδα προκαλεί αντίθετη μεταβολή της απειλητικής άποψης για την «Ταυτότητα» κατά 0,122 μονάδες ( $\beta=-0,122$   $p=0,030$ ),
  - μεταβολή της «Γαλήνης» κατά 1 μονάδα προκαλεί αντίθετη μεταβολή της απειλητικής άποψης για την «Ταυτότητα» κατά 0,155 μονάδες ( $\beta=-0,155$   $p=0,004$ ),
  - η μέση τιμή της απειλητικής άποψης για την «Ταυτότητα» ήταν κατά 0,690 μονάδες μεγαλύτερη στους διαμένοντες σε μη αστική περιοχή σε σχέση με τους διαμένοντες σε αστική περιοχή ( $\beta=0,690$   $p=0,031$ ),
  - μεταβολή της εκτίμησης του πόσο θρησκευόμενοι είναι κατά 1 μονάδα προκαλεί όμοια μεταβολή της απειλητικής άποψης για την «Ταυτότητα» κατά 0,411 μονάδες ( $\beta=0,411$   $p=0,003$ ),
  - η μέση τιμή της απειλητικής άποψης για την «Ταυτότητα» ήταν κατά 1,096 μονάδες μικρότερη στους μη έχοντες κάποιο άλλο πρόβλημα υγείας σε σχέση με τους έχοντες ( $\beta=-1,096$   $p<0,001$ ),
  - μεταβολή της τρέχουσας δραστηριότητας κατά ένα επίπεδο προκαλεί αντίθετη μεταβολή της απειλητικής άποψης για την «Ταυτότητα» κατά 0,375 μονάδες ( $\beta=-0,375$   $p=0,014$ ).
- Η «Γαλήνη», το πόσο θρησκευόμενοι είναι και η ύπαρξη άλλου προβλήματος υγείας αναδείχθηκαν ως προβλεπτικοί παράγοντες της διάστασης «**Ανησυχία**». Οι αναφερόμενες μεταβλητές του στατιστικού υποδείγματος ερμηνεύουν περίπου το 14% της μεταβλητότητας της «Ανησυχίας» (Διορθωμένος  $R^2=13,5\%$ ).  
Ειδικότερα:

- μεταβολή της «Γαλήνης» κατά 1 μονάδα προκαλεί αντίθετη μεταβολή της απειλητικής άποψης για την «Ανησυχία» κατά 0,319 μονάδες ( $\beta=-0,319$   $p<0,001$ ),
  - μεταβολή της εκτίμησης του πόσο θρησκευόμενοι είναι κατά 1 μονάδα προκαλεί όμοια μεταβολή της απειλητικής άποψης για την «Ανησυχία» κατά 0,496 μονάδες ( $\beta=0,496$   $p=0,001$ ),
  - η μέση τιμή της απειλητικής άποψης για την «Ανησυχία» ήταν κατά 0,802 μονάδες μικρότερη στους μη έχοντες κάποιο άλλο πρόβλημα υγείας σε σχέση με τους έχοντες ( $\beta=-0,802$   $p=0,016$ ).
- Το «Νόημα», το εκπαιδευτικό επίπεδο και το πόσο κοντά αισθάνονται στο θεό αναδείχθηκαν ως προβλεπτικοί παράγοντες της διάστασης «**Κατανόηση Νόσου**». Οι αναφερόμενες μεταβλητές του στατιστικού υποδείγματος ερμηνεύουν περίπου το 13% της μεταβλητότητας της «Κατανόησης Νόσου» (Διορθωμένος  $R^2=13,0\%$ ). Ειδικότερα:
    - μεταβολή του «Νοήματος» κατά 1 μονάδα προκαλεί αντίθετη μεταβολή της απειλητικής άποψης για την «Κατανόηση Νόσου» κατά 0,216 μονάδες ( $\beta=-0,216$   $p<0,001$ ),
    - η μέση τιμή της απειλητικής άποψης για την «Κατανόηση Νόσου» ήταν κατά 0,615 μονάδες και 0,727 μονάδες αντιστοίχως μικρότερη στους απόφοιτους Δευτεροβάθμιας και Τριτοβάθμιας εκπαίδευσης σε σχέση με τους απόφοιτους Πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης ( $\beta=-0,615$   $p=0,025$  και  $\beta=-0,727$   $p=0,045$ ),
    - μεταβολή της εκτίμησης του πόσο κοντά αισθάνονται στο θεό κατά 1 μονάδα προκαλεί αντίθετη μεταβολή της απειλητικής άποψης για την «Κατανόηση Νόσου» κατά 0,274 μονάδες ( $\beta=-0,274$   $p=0,015$ ).
  - Η «Γαλήνη», το πόσο θρησκευόμενοι είναι και το τρέχον επίπεδο δραστηριότητας αναδείχθηκαν ως προβλεπτικοί παράγοντες της διάστασης «**Συναισθηματικός Αντίκτυπος**». Οι αναφερόμενες μεταβλητές του στατιστικού υποδείγματος ερμηνεύουν περίπου το 21% της μεταβλητότητας του «Συναισθηματικού Αντίκτυπου» (Διορθωμένος  $R^2=21,4\%$ ). Ειδικότερα:
    - μεταβολή της «Γαλήνης» κατά 1 μονάδα προκαλεί αντίθετη μεταβολή της απειλητικής άποψης για τον «Συναισθηματικό Αντίκτυπο» κατά 0,298 μονάδες ( $\beta=-0,298$   $p<0,001$ ),

- μεταβολή της εκτίμησης του πόσο θρησκευόμενοι είναι κατά 1 μονάδα προκαλεί όμοια μεταβολή της απειλητικής άποψης για τον «Συναισθηματικό Αντίκτυπο» κατά 0,534 μονάδες ( $\beta=0,534$   $p<0,001$ ),
- μεταβολή της τρέχουσας δραστηριότητας κατά ένα επίπεδο προκαλεί αντίθετη μεταβολή της απειλητικής άποψης για τον «Συναισθηματικό Αντίκτυπο» κατά 0,741 μονάδες ( $\beta=-0,741$   $p<0,001$ ).
- Το «Νόημα», η «Γαλήνη», το πόσο θρησκευόμενοι είναι, η ύπαρξη άλλου προβλήματος υγείας και το τρέχον επίπεδο δραστηριότητας αναδείχθηκαν ως προβλεπτικοί παράγοντες της «**Συνολικής Αντίληψης για τη Νόσο**». Οι αναφερόμενες μεταβλητές του στατιστικού υποδείγματος ερμηνεύουν περίπου το 36% της μεταβλητότητας της «Συνολικής Αντίληψης για τη Νόσο» (Διορθωμένος  $R^2=36,4\%$ ). Ειδικότερα:
  - μεταβολή του «Νοήματος» κατά 1 μονάδα προκαλεί αντίθετη μεταβολή της απειλητικής «Συνολικής Αντίληψης για τη Νόσο» κατά 0,895 μονάδες ( $\beta=-0,895$   $p<0,001$ ),
  - μεταβολή της «Γαλήνης» κατά 1 μονάδα προκαλεί αντίθετη μεταβολή της απειλητικής «Συνολικής Αντίληψης για τη Νόσο» κατά 1,271 μονάδες ( $\beta=-1,271$   $p<0,001$ ),
  - μεταβολή της εκτίμησης του πόσο θρησκευόμενοι είναι κατά 1 μονάδα προκαλεί όμοια μεταβολή της απειλητικής «Συνολικής Αντίληψης για τη Νόσο» κατά 1,839 μονάδες ( $\beta=1,839$   $p=0,001$ ),
  - η μέση τιμή της απειλητικής «Συνολικής Αντίληψης για τη Νόσο» ήταν κατά 3,266 μονάδες μικρότερη στους μη έχοντες κάποιο άλλο πρόβλημα υγείας σε σχέση με τους έχοντες ( $\beta=-3,266$   $p=0,007$ ),
  - μεταβολή της τρέχουσας δραστηριότητας κατά ένα επίπεδο προκαλεί αντίθετη μεταβολή της απειλητικής «Συνολικής Αντίληψης για τη Νόσο» κατά 2,173 μονάδες ( $\beta=-2,173$   $p<0,001$ ).

## Κεφάλαιο 6<sup>ο</sup> :Συζήτηση των Αποτελεσμάτων

Στην παρούσα διδακτορική διατριβή διερευνήθηκε η πνευματικότητα ασθενών με ΧΝΝ και η επίδραση που πιθανόν έχει στην ποιότητα ζωής, στην εμφάνιση και ένταση ψυχιατρικής συμπτωματολογίας σε αυτούς τους ασθενείς, καθώς η επίδρασή της στις αντιλήψεις για τη νόσο τους.

Η μελέτη της ύπαρξης σχέσης μεταξύ των μεταβλητών αυτών είναι πολύ σημαντική, καθώς η μειωμένη πνευματικότητα, η πνευματική καταπόνηση δηλαδή “*spiritual distress*” μπορεί να επιδράσει αρνητικά στην ποιότητα ζωής και στην ψυχική υγεία των ασθενών, αυξάνοντας την επιβάρυνση και τη νοσηρότητα αυτής της ομάδας ασθενών.

Για την υλοποίηση της συγκεκριμένης μελέτης χρησιμοποιήθηκαν τα ακόλουθα ερευνητικά εργαλεία μέτρησης:

1. Για την αξιολόγηση της πνευματικότητας χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being Scale (FACIT-Sp-12)* – Λειτουργική Εκτίμηση στη Θεραπεία της Χρόνιας Νόσου-Κλίμακα Πνευματικής Ευεξίας (Fradelos et al., 2016).
2. Για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των ασθενών με ΧΝΝ, χρησιμοποιήθηκε Ελληνική Έκδοχή του Ερωτηματολογίου *Missoula - VITAS Quality of Life Index- 15* (Theofilou, Aroni, Ralli, Gouzou & Zyga, 2013; Theofilou, Kapsalis & Panagiotaki, 2012).
3. Για την αξιολόγηση της ύπαρξης ψυχιατρικής συμπτωματολογίας χρησιμοποιήθηκε η *Κλίμακα SCL 90 - R* (Ντώνιας, Καραστεργίου, Μάνος, 1991).
4. Τέλος, για την εκτίμηση των αντιλήψεων για τη ΧΝΝ χρησιμοποιήθηκε η *Κλίμακα Illness Perception Questionnaire (Brief Version)* – Κλίμακα Αντιλήψεων για την Ασθένεια(Karademas et al., 2008)

Προκειμένου να χρησιμοποιηθεί η κλίμακα *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being Scale (FACIT-Sp-12)* – *Λειτουργική Εκτίμηση στη Θεραπεία της Χρόνιας Νόσου- Κλίμακα Πνευματικής Ευεξίας*, αρχικά πραγματοποιήθηκε μετάφρασή της και πολιτισμική προσαρμογή της σε πληθυσμό Ελλήνων ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση και στη συνέχεια έλεγχος της εγκυρότητας και αξιοπιστίας της.

Από τη σύνθεση των αποτελεσμάτων προκύπτει ότι η ΧΝΝ και η αιμοκάθαρση αποτελούν προκλήσεις για τον ασθενή, τόσο για την αντιμετώπιση και διαχείριση της νόσου, όσο και για την προσαρμογή του στη νέα ζωή με τη νόσο και την υποβολή σε συνεχή αιμοκάθαρση. Καθημερινά οι ασθενείς αυτοί έρχονται αντιμέτωποι με προκλήσεις σωματικές, ψυχολογικές, συναισθηματικές, κοινωνικές και πνευματικές. Προκλήσεις οι οποίες επηρεάζουν την ποιότητα της καθημερινής τους ζωής. Το κύριο και βασικό εύρημα της παρούσας διδακτορικής διατριβής είναι η ευεργετική επίδραση που φαίνεται να ασκεί η πνευματικότητα στην ποιότητα ζωής και στην ψυχική υγεία των ασθενών με ΧΝΝ. Παράλληλα βρέθηκε ότι η συμβολή της πνευματικότητας είναι σημαντική στη διαμόρφωση των αντιλήψεων των ασθενών για τη ΧΝΝ, καθώς οι ασθενείς με υψηλότερη πνευματικότητα αντιλαμβάνονται τη νόσο τους ως λιγότερο απειλητική.

#### **6.1. Η στάθμιση του ερωτηματολογίου *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being Scale (FACIT-Sp-12)* – Λειτουργική εκτίμηση στη θεραπεία της χρόνιας νόσου- Κλίμακα Πνευματικής Ευεξίας**

Τα τελευταία χρόνια η πνευματικότητα βρίσκεται στο προσκήνιο της ερευνητικής δραστηριότητας παγκοσμίως. Οι σύγχρονες μελέτες καταδεικνύουν ότι η πνευματικότητα και οι πνευματικές ανάγκες είναι βασικές παράμετροι, οι οποίες θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη και να εμπεριέχονται στη φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου. Το αυξανόμενο ερευνητικό ενδιαφέρον για την πνευματικότητα είχε ως αποτέλεσμα και την ανάπτυξη αρκετών εργαλείων που στόχο έχουν την αξιολόγησή της. Τα εργαλεία αυτά μπορεί να είναι μονοδιάστατα, δισδιάστατα αλλά και πολυδιάστατα, ενώ παράλληλα μπορεί να απευθύνονται σε θρησκευόμενα άτομα, αλλά και σε μη θρησκευόμενα. Παράλληλα οι κλίμακες αυτές δύναται να αξιολογούν την πνευματικότητα και υπό το πρίσμα διαφόρων πλαισίων όπως διαχείριση, ποιότητα ζωής /ευημερία, πνευματικές ανάγκες και φροντίδα (De Jager Meezenbroek et al., 2010; Zwingmann, Klein & Büssing, 2011).

Το Ερωτηματολόγιο *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being Scale (FACIT-Sp-12)* - *Λειτουργική εκτίμηση στη θεραπεία της χρόνιας νόσου- Κλίμακα Πνευματικής Ευεξίας*, αναπτύχθηκε το 1999 από τους Brady και συν. Πρόκειται για ένα εργαλείο το οποίο δημιουργήθηκε έχοντας ως βάση κυρίως τις απόψεις για την πνευματικότητα ασθενών με καρκίνο, αλλά και τις απόψεις

ψυχοθεραπευτών, θρησκευτικών και πνευματικών εμπειρογνομόνων, οι οποίοι κλήθηκαν να την περιγράψουν (Brady et al., 1999).

Το ερωτηματολόγιο FACIT-Sp-12 έχει μεταφρασθεί σε πολλές γλώσσες και έχει χρησιμοποιηθεί σε πολλές μελέτες, που σκοπό τους είχαν την αξιολόγηση της πνευματικότητας σε διάφορα πλαίσια, όπως παραδείγματος χάριν σε ογκολογικές μονάδες και σε μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων, αλλά και σε διαφορετικούς πληθυσμούς ασθενών (Bredle, Salsman, Debb, Arnold & Cella, 2011). Ωστόσο, το συγκεκριμένο εργαλείο είχε χρησιμοποιηθεί ελάχιστα έως σήμερα σε δείγμα ασθενών που υποβάλλεται σε αιμοκάθαρση, καθώς ελάχιστες είναι και οι σχετικές έρευνες στη διεθνή βιβλιογραφία. Παράλληλα δεν είχε χρησιμοποιηθεί μέχρι στιγμής σε Ελληνικό πληθυσμό.

Κατά τη διεξαγωγή της παρούσας ερευνητική μελέτης, η κλίμακα Facit-sp 12 έγινε πολύ καλά αποδεκτή από τους ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση, καθώς οι ερωτήσεις θεωρήθηκαν απλές, σαφώς διατυπωμένες, σχετικές με το θέμα και μη προσβλητικές. Ο χρόνος που απαιτήθηκε για τη συμπλήρωσή του ήταν σύντομος και δεν ξεπερνούσε τα 10 λεπτά. Επιπλέον, η απαντητικότητα ήταν υψηλή και υπήρχαν δεν παρουσιάστηκαν ελλείψεις, λόγω κενών απαντήσεων. Ένα από τα μεγάλα πλεονεκτήματα του ερωτηματολογίου είναι ότι δεν απαιτείται κάποιου είδους εκπαίδευση για τη χορήγησή του, καθώς είναι αρκετά εύκολο να βαθμολογηθεί, τόσο σε επίπεδο υποκλιμάκων όσο και ως συνολικό σκορ. Μπορεί επομένως να αποτελέσει στο μέλλον ένα ευρέως χρησιμοποιούμενο εργαλείο αξιολόγησης της πνευματικότητας των χρονίως πασχόντων ασθενών, προκειμένου να παρέχεται ολιστική φροντίδα στην οποία θα εμπεριέχεται και η πνευματική διάσταση. Άλλωστε και η υπάρχουσα βιβλιογραφία που αφορά τις ψυχομετρικές ιδιότητες του FACIT-SP12 καταδεικνύει ότι πρόκειται για ένα πολύ αξιόπιστο μέσο αξιολόγησης της πνευματικότητας (Peterman, Fitchett, Brady, Hernandez & Cella, 2002; De Jager Meezenbroek et al., 2010; Murphy et al., 2010; Bredle, Salsman, Debb, Arnold & Cella, 2011; Zwingmann, Klein & Büssing, 2011), γεγονός το οποίο επιβεβαιώθηκε και για την ελληνική μετάφρασή του.

Αρχικά το FACIT-SP12 αναπτύχθηκε ως κλίμακα δύο διαστάσεων. Η παραγοντική ανάλυση των Peterman και συν (2002), έδειξε μια πρώτη διάσταση, η οποία ονομάστηκε «*νόημα/ γαλήνη*» και περιλαμβάνει ερωτήσεις, όπως το «*Η ζωή μου έχει νόημα και σκοπό και μπορώ να βρίσκω παρηγοριά ψάχνοντας βαθιά μέσα στον εαυτό μου*» και μια δεύτερη διάσταση με την ονομασία «*πιστή*», η οποία περιλαμβάνει

ερωτήσεις όπως «βρίσκω δύναμη στην πίστη μου και τις πνευματικές μου πεποιθήσεις». Νεότερες όμως μελέτες υποστηρίζουν πως η παραγοντική ανάλυση τριών διαστάσεων βρίσκει καλύτερη εφαρμογή, σε σχέση με την παραγοντική ανάλυση των δύο διαστάσεων (Peterman, et al., 2014). Συγκεκριμένα σε δύο μελέτες, οι οποίες διεξήχθησαν σε μεταγενέστερο χρόνο, η μισσε δείγμα γυναικών με καρκίνο των ωοθηκών (n = 204, Canada et al., 2008) και η άλλη σε ποικίλο δείγμα από επιζήσαντες από καρκίνο (n = 8,805 Murphy et al., 2010), βρέθηκε ότι η παραγοντική ανάλυση τριών διαστάσεων έχει καλύτερη εφαρμογή και υποστηρίζεται ψυχομετρικά καλύτερα από αυτή των δύο διαστάσεων. Μάλιστα σύμφωνα με τις μελέτες αυτές η κλίμακα της γαλήνης σχετιζόταν περισσότερο με την ψυχική υγεία, συγκριτικά με τα αποτελέσματα της κλίμακας νόημα, ενώ το αντίθετο συνέβαινε όσον αφορά τη σωματική υγεία (Canada et al., 2008; Murphy et al., 2010; Peterman, et al., 2014). Τα αποτελέσματα της παρούσας παραγοντικής ανάλυσης της ελληνικής μετάφρασης είναι σε συμφωνία με το μοντέλο των τριών παραγόντων (Γαλήνη, Νόημα, Πίστη) με αποδεκτή εσωτερική συνάφεια και για τους τρεις παράγοντες (Canada et al., 2008; Murphy et al., 2010; Lazenby, Khatib, Al-Khair & Neamat, 2011).

Όσον αφορά τις υποκλίμακες, «το νόημα» αξιολογεί σε ποιο βαθμό το άτομο βιώνει πως έχει μια έννοια νοήματος και ένα σκοπό στη ζωής του, ενώ η υποκλίμακα «της γαλήνης» αξιολογεί την ατομική εμπειρία της γαλήνης και της εσωτερικής αρμονίας. Η υποκλίμακα «πίστη» αξιολογεί το βαθμό στον οποίο ένα άτομο βρίσκει δύναμη ή παρηγοριά στις θρησκευτικές ή πνευματικές του πεποιθήσεις. Το Facit-sp 12 έχει χρησιμοποιηθεί επιτυχώς για την εκτίμηση της πνευματικότητας ευημερίας σε ένα ευρύ φάσμα θρησκευτικών πεποιθήσεων, συμπεριλαμβανομένων και εκείνων που χαρακτηρίζονται ως «πνευματικοί αλλά όχι θρησκευόμενοι». Επιπλέον, έχει χρησιμοποιηθεί σε πολυάριθμες δημοσιευμένες μελέτες σε δείγματα ατόμων που διαγνώστηκαν με μια χρόνια και απειλητική για τη ζωή ασθένεια, όπως ο καρκίνος, ο HIV, καθώς και σε ασθενείς που υποφέρουν από καρδιαγγειακά προβλήματα (Bredle et al., 2011).

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης καταδεικνύουν ότι η ελληνική εκδοχή του FACIT-SP12 αποτελεί μια έγκυρη και αξιόπιστη κλίμακα για την αξιολόγηση της πνευματικότητας σε ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση, αλλά και δυνητικά σε άλλους χρόνιους ασθενείς. Ο συντελεστής  $\alpha$  του Cronbach των υποκλίμακων της ελληνικής έκδοσης FACIT-Sp 12 είναι 0.77 για τη συνολική κλίμακα και 0.70, 0.73 και 0.87 για τις υποκλίμακες «Νόημα», «Γαλήνη» και «Πίστη» αντίστοιχα. Οι

αναφερόμενοι συντελεστές  $\alpha$  του Cronbach στην παρούσα μελέτη είναι χαμηλοί σε σύγκριση με την αρχική κλίμακα και με τις τιμές άλλων μελετών (Morita et al., 2004; Canada et al., 2008; Murphy et al., 2010; Lazenby, Khatib, Al-Khair & Neamat, 2011; Monod et al., 2015). Ωστόσο, είναι αποδεκτοί καθώς υποστηρίζουν μια πολύ καλή εσωτερική συνέπεια (Cortina, 1993).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης αξιοπιστίας και εγκυρότητας της κλίμακας Facit – sp12, η υψηλότερη τιμή ανάμεσα στους τρεις παράγοντες σημειώθηκε στον παράγοντα «Νόημα» (12.49), ακολουθεί η «Πίστη» (9.49) και τέλος η «Γαλήνη» (8.64). Όπως αναφέρθηκε η αρχική ερμηνεία του Facit- sp 12, είχε μια λύση δύο παραγόντων και με τον τρόπο αυτόν διεξήχθησαν πολλές μελέτες, με συνδυασμένους δηλαδή τους παράγοντες νόημα και γαλήνη ως μία υποκλίμακα (Bredle et al., 2011). Τα αποτελέσματά της παρούσας μελέτης συμφωνούν με τις μελέτες όπου η υποκλίμακα νόημα ελάμβανε υψηλότερα σκορ (Murphy et al., 2010; Stojković & Prlić, 2012), ενώ είναι σε αντίθεση με άλλες έρευνες, όπου η πίστη ήταν η υποκλίμακα με τα υψηλότερα σκορ (Jafari, Farajzadegan, Loghmani, Majlesi & Jafari, 2014), γεγονός το οποίο και μπορεί να αποδοθεί σε πολιτισμικές διαφορές.

## **6.2. Η αξιολόγηση της Πνευματικότητας στη ΧΝΝ με τη χρήση του ερωτηματολογίου Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being Scale (FACIT-Sp-12) – Λειτουργική εκτίμηση στη θεραπεία της χρόνιας νόσου- Κλίμακα Πνευματικής Ευεξίας**

Η διερεύνηση και αξιολόγηση των θρησκευτικών και πνευματικών πεποιθήσεων των ασθενών που βρίσκονται σε θεραπείες υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας, συμβάλλουν στο σχεδιασμό και την παροχή εξατομικευμένης φροντίδας, βασισμένης στις προτιμήσεις των ασθενών. Οι μελέτες δείχνουν πως η ενσωμάτωση αυτών των πεποιθήσεων και η παροχή αυτού του είδους φροντίδας συνδέεται με την αυξημένη ικανοποίηση του ασθενούς από τη ζωή του και με αυξημένα επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης (Bragazzi & Del Puente, 2013). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, οι Έλληνες ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση παρουσιάζουν χαμηλότερα επίπεδα πνευματικότητας, συγκριτικά τα αποτελέσματα παρόμοιων μελετών σε ξένους ασθενείς με ΧΝΝ (Cheawchanwattana et al., 2015), αλλά και σε σύγκριση με άλλες κατηγορίες ασθενών, όπως γυναίκες που έχουν διαγνωσθεί με καρκίνο μαστού (Jafari et al., 2012; Raja Lexshimi et al., 2014). Όμως



τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης αλλά είναι παρόμοια αυτά μελετών σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη (Jafari et al., 2014).

Όσον αφορά τους παράγοντες που σχετίζονται με την πνευματικότητα, τα αποτελέσματα της μελέτης δείχνουν ότι σημαντικοί παράγοντες, μεταξύ άλλων, είναι το φύλο, η ηλικία και η συννοσηρότητα. Πάραυτα στο προβλεπτικό μοντέλο παλινδρόμησης παρατηρεί κανείς ότι ο τόπος κατοικίας, η σύνδεση με το Θεό, το εκπαιδευτικό επίπεδο, αλλά και η επιβάρυνση της λειτουργικότητας λόγω συμπτωμάτων είναι οι πιο συχνά εισαγόμενοι στα μοντέλα παλινδρόμησης.

Το εκπαιδευτικό επίπεδο βρέθηκε να σχετίζεται με υψηλά επίπεδα πνευματικότητας, εύρημα που έρχεται να ενισχύσει τα ήδη αναφερόμενα αποτελέσματα της διεθνούς βιβλιογραφίας. Επιπλέον, είναι ευρέως αποδεκτό ότι σε περιόδους κρίσεων, όπως η διάγνωση με χρόνια, απειλητική για τη ζωή ή τελικού σταδίου ασθένεια, οι άνθρωποι τείνουν να είναι πιο πνευματικοί, στην προσπάθειά τους να αποδώσουν ένα νόημα στην ασθένεια και στον πόνο που βιώνουν (Mystakidou et al., 2008; Bulkley et al., 2013). Η παρούσα μελέτη έδειξε επίσης ότι οι περισσότερες διαστάσεις της πνευματικότητας σχετίζονται θετικά με τη λειτουργικότητα ( $p < 0.001$ ). Το εύρημα αυτό είναι σε πλήρη συμφωνία με τα δεδομένα της σύγχρονης βιβλιογραφίας, τα οποία καταδεικνύουν την ευεργετική δράση της πνευματικότητας στη γενικότερη κατάσταση υγείας (Mystakidou et al., 2008).

Ένας ακόμη παράγοντας, ο οποίος βρέθηκε να αποτελεί προβλεπτικό παράγοντα για υψηλά επίπεδα πνευματικότητας είναι η σύνδεση με το Θεό, το να αισθάνεται δηλαδή κάποιος κοντά στο Θείο. Μπορεί η πνευματικότητα και η θρησκευτικότητα να είναι δύο διαφορετικές έννοιες, όπως έχει ήδη αναφερθεί, πάραυτα υπάρχει μια στενή σύνδεση μεταξύ τους. Ένα άτομο μπορεί να είναι πνευματικό δίχως να είναι θρησκευόμενο, αλλά ένα άτομο το οποίο είναι θρησκευόμενο έχει σίγουρα υψηλά επίπεδα πνευματικότητας (Bregman, 2006). Οι Belavich και Pargament (2002), μελέτησαν τη σχέση μεταξύ πνευματικότητας και της σύνδεσης με το Θεό σε άτομα τα οποία είχαν ένα οικείο πρόσωπο στο χειρουργείο. Στη μελέτη αυτή βρέθηκε πως υπήρχε μια ισχυρή σχέση μεταξύ των δύο αυτών μεταβλητών και πιο συγκεκριμένα ειδικά με τη θετική πνευματική αντιμετώπιση των δυσκολιών. Τα ευρήματα αυτά επιβεβαιώνουν ότι η πνευματικότητα αποτελεί πηγή άντλησης δύναμης και κουράγιου (Hernandez, Salerno and Bottoms, 2010).

Τέλος, από τους κλινικούς παράγοντες, στο πολυμεταβλητό μοντέλο εισάγεται μόνο η συννοσηρότητα και μόνο στη διάσταση «γαλήνη» της πνευματικότητας. Το εύρημα

αυτό είναι σε συμφωνία με μελέτες που θέλουν τους ασθενείς που αντιμετωπίζουν πολλά προβλήματα υγείας, να στρέφονται στη θρησκεία και στην πνευματικότητα ώστε να λάβουν υποστήριξη. Σε μελέτη στην Αυστραλία, στην οποία συμμετείχαν άντρες και γυναίκες ηλικίας 55-85 ετών, βρέθηκε πως η πνευματικότητα και η συμμετοχή σε θρησκευτικές δραστηριότητες διαδραματίζουν ευεργετικό ρόλο στην προσλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη και μπορεί να διευκολύνουν τα άτομα να διαχειριστούν καλύτερα την παρουσία πολλαπλών νόσων στη ζωή τους (Moxey et al., 2010).

### **6.3. Ποιότητα Ζωής στη ΧΝΝ και η επίδραση της Πνευματικότητας στην Ποιότητα Ζωής**

#### **6.3.1. Ποιότητα Ζωής στη ΧΝΝ**

Όσον αφορά την Ποιότητα Ζωής αρκετοί από τους δημογραφικούς, κοινωνικούς αλλά και κλινικούς παράγοντες φαίνεται να επιδρούν ανεξάρτητα σε αυτήν, τόσο ως σύνολο όσο και στις επιμέρους διαστάσεις της. Εξίσου όμως σημαντική είναι και η επίδραση της πνευματικότητας ως προσδιοριστή της ποιότητας ζωής στη ΧΝΝ, ακόμα και λαμβάνοντας υπόψη τις αναφερόμενες μεταβλητές που επιδρούν στην ποιότητα ζωής. Ανάμεσα στους κοινωνικο-δημογραφικούς παράγοντες παρατηρεί κανείς ότι η ηλικία, το γυναικείο φύλο, η διαμονή σε μη αστική περιοχή, η μη ύπαρξη συντρόφου και το χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο, σχετίζονται με χαμηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής. Σχετικά με τα κλινικά χαρακτηριστικά, η ύπαρξη συννοσηρότητας και η επιβάρυνση του επιπέδου δραστηριότητας, λόγω συμπτωμάτων σχετίζονται με χαμηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής, με τα ευρήματα αυτά να συμφωνούν με αντίστοιχες μελέτες στη διεθνή βιβλιογραφία (Seica et al., 2008; Anees et al., 2014; Gerasimoula et al., 2015; Ζυγά, 2017).

Στην παρούσα μελέτη δεν βρέθηκε να υπάρχει σχέση μεταξύ φύλου με ποιότητας ζωής, γεγονός που έρχεται σε αντίθεση με υπάρχουσες έρευνες στη διεθνή βιβλιογραφία που θέλουν το γυναικείο φύλο να αναφέρει πτωχότερα επίπεδα ποιότητας ζωής (Santos, Daher, Silva, Libório & Kerr, 2009; Mujais et al., 2009). Στις μελέτες αυτές, το συγκεκριμένο εύρημα αποδόθηκε στο γεγονός ότι οι γυναίκες επιτελούν πολλαπλούς ρόλους και έχουν χαμηλότερα επίπεδα υποστήριξης. Μπορεί βέβαια οι απαιτήσεις της καθημερινότητας αλλά και η πολυπλοκότητα των ρόλων που καλούνται οι γυναίκες σήμερα να ενσαρκώνουν να είναι σχεδόν ίδιες σε όλες τις κοινωνίες, η ελληνική όμως κοινωνία χαρακτηρίζεται από το διευρυμένο τύπο

οικογένειας, ο οποίος είναι μια πλούσια πηγή κοινωνικής υποστήριξης που μπορεί να αποτελεί και πηγή ενθάρρυνσης για να αντιμετωπίσουν τις προκλήσεις της ζωής.

Είναι ευρέως αποδεκτό ότι η ηλικία είναι ένας σημαντικός παράγοντας που σχετίζεται είτε θετικά, είτε αρνητικά με την ποιότητα ζωής των ασθενών. Οι ασθενείς που συμμετείχαν στην έρευνα και είχαν αυξημένη ηλικίας παρουσίαζαν πτωχότερη ποιότητα ζωής. Συγκεκριμένα σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, η ηλικία σχετίστηκε αρνητικά σχεδόν με όλες τις διαστάσεις της ποιότητας ζωής. Αυτό μπορεί να οφείλεται τόσο στο γεγονός ότι τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας αντιμετωπίζουν περισσότερα ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα, όσο και στο γεγονός ότι η ηλικία σχετίζεται με την πορεία της νόσου στο χρόνο, αλλά και με την αναμενόμενη έκπτωση που συνεπάγεται η μεγάλη ηλικία και η γήρανση σε όλες τις λειτουργίες του οργανισμού (Seica et al., 2008; Anees et al., 2014; Zyga et al., 2015; Gerasimoula et al., 2015).

Ως προς την οικογενειακή κατάσταση, βρέθηκε ότι οι έγγαμοι ασθενείς έχουν καλύτερη ποιότητα ζωής από τους άγαμους. Είναι γνωστό ότι η ύπαρξη οικογενειακού περιβάλλοντος αποτελεί πόρο υποστήριξης. Πάραυτα η οικογενειακή κατάσταση αποτελεί σημείο σύγκρουσης αρκετών μελετών και αυτό γιατί από τη μια υπάρχει η πεποίθηση ότι η ύπαρξη οικογένειας αποτελεί δίκτυο κοινωνικής υποστήριξης (Abdelghany et al., 2016) και από την άλλη, ερευνητές υποστηρίζουν ότι οι οικογενειακές υποχρεώσεις αυξάνουν το οικογενειακό άγχος, επιδρώντας έτσι αρνητικά στην ΠΖ (Anees et al., 2014).

Επίσης στην παρούσα μελέτη το επίπεδο εκπαίδευσης βρέθηκε να σχετίζεται θετικά με τις περισσότερες από τις διαστάσεις της ποιότητας ζωής. Πιο συγκεκριμένα, οι απόφοιτοι δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας εκπαίδευσης είχαν υψηλότερα επίπεδα, τόσο στη συνολική, αλλά και στη σφαιρική ποιότητα ζωής, όσο και στη διάσταση της πνευματικότητας και των συμπτωμάτων του MVQoLI-15. Το εύρημα αυτό έρχεται να ενισχύσει τις υπάρχουσες μελέτες που θέλουν την ποιότητα ζωής να σχετίζεται θετικά με το εκπαιδευτικό επίπεδο των ασθενών (Tel, 2009; Gerasimoula et al., 2015). Σε μια μελέτη που διεξήχθη στην Τουρκία το 2009, βρέθηκε πως οι απόφοιτοι της τυπικής εκπαίδευσης είχαν υψηλότερα σκορ, τόσο στη συνολική ποιότητα ζωής, όσο και στη διάσταση της φυσικής κατάστασης και συμπτωμάτων (Tel, 2009). Επιπλέον, σύμφωνα με τα αποτελέσματα πρόσφατης μελέτης (Zhou et al., 2017), το εκπαιδευτικό επίπεδο σχετίστηκε θετικά με ψυχοκοινωνικές διαστάσεις της ποιότητας ζωής, γεγονός που έρχεται να επιβεβαιωθεί και από τα αποτελέσματα της

παρούσας, μιας και η πνευματική διάσταση της ΠΖ βρέθηκε να επηρεάζεται από το εκπαιδευτικό υπόβαθρο των συμμετεχόντων. Αυτό πιθανόν να οφείλεται στο γεγονός ότι όσοι έχουν ένα καλό εκπαιδευτικό επίπεδο μπορούν πιο εύκολα να κατανοήσουν τη φύση της νόσου και να αποφύγουν επιβαρυντικούς παράγοντες και κατ'επέκταση να έχουν καλύτερα επίπεδα ΠΖ. Όμως, η σχέση αυτή μεταξύ εκπαιδευτικού επιπέδου και ΠΖ είναι αμφιλεγόμενη μιας και υπάρχουν και μελέτες που την απορρίπτουν (Yang, Kuo, Wang, Lin & Su, 2005; Bayoumi et al., 2013). Παρά το γεγονός ότι η σχέση αυτή επιβεβαιώνεται στη μελέτη αυτή, ωστόσο στο πολυμεταβλητό μοντέλο παλινδρόμησης δεν βλέπουμε να εισάγεται ως μεταβλητή στους προβλεπτικούς παράγοντες, γεγονός που αποτελεί έναυσμα για μελλοντική έρευνα.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης ένας ακόμα παράγοντας που επιδρά σε αρκετές διαστάσεις είναι και ο τόπος διαμονής. Πιο συγκεκριμένα οι κάτοικοι αστικών περιοχών φαίνεται να έχουν υψηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής στη διάσταση της σφαιρικής, συνολικής πνευματικότητας και της λειτουργικότητας, συγκριτικά με κατοίκους μη αστικών περιοχών. Πρόκειται για ένα ακόμα εύρημα το οποίο είναι αμφιλεγόμενο στη διεθνή βιβλιογραφία, μιας και υπάρχουν μελέτες που ενισχύουν τέτοιους ισχυρισμούς (Yang, Kuo, Wang, Lin & Su, 2005), αλλά και άλλες που τους απορρίπτουν (Saffari et al., 2013). Μια πιθανή εξήγηση τέτοιων αμφιλεγόμενων αποτελεσμάτων είναι οι ανομοιότητες των συστημάτων υγείας και παροχής φροντίδας στα διάφορα κράτη.

Ένας παράγοντας ο οποίος φαίνεται να επιδρά θετικά στην ΠΖ σύμφωνα με τα αποτελέσματα μας είναι η ύπαρξη εργασίας. Στη μελέτη των Parvan, Lakdizaji, Roshangar & Mostofi (2013), στην οποία συμμετείχαν 245 ασθενείς υποβαλλόμενοι σε αιμοκάθαρση, βρέθηκε πως όσοι δήλωναν άνεργοι είχαν χαμηλότερα επίπεδα ΠΖ από όσους είχαν εργασία. Ομοίως και στη μελέτη του Tel, διαπιστώθηκαν τα ίδια ευρήματα, συμπεραίνοντας ότι το κατάλληλο επαγγελματικό καθεστώς είναι ένας σημαντικός παράγοντας, ο οποίος είναι αποτελεσματικός στη βελτίωση της ΠΖ ασθενών οι οποίοι υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση (Tel, 2009).

Εξετάζοντας τους κλινικούς παράγοντες, οι οποίοι φαίνεται να σχετίζονται με την ΠΖ στη ΧΝΝ, παρατηρεί κανείς ότι τα χρόνια σε αιμοκάθαρση επιδρούν αρνητικά στις διαπροσωπικές σχέσεις, γεγονός που έρχεται σε συμφωνία με αρκετές μελέτες για την κοινωνική ζωή στη ΧΝΝ (Tezel, Mau et al., 2008 Karabulutlu & Şahin, 2011; Minos et al., 2012). Είναι ευρέως αποδεκτό ότι η ΧΝΝ και ειδικά η αιμοκάθαρση επιδρούν αρνητικά στην κοινωνική ζωή των νεφροπαθών, οι οποίοι παρουσιάζουν αρκετές

δυσκολίες στους κοινωνικούς ρόλους που καλούνται να εκπληρώσουν, είτε είναι ο συζυγικός ρόλος, είτε ο γονικός ή ο επαγγελματικός ρόλος. Επιπλέον, η προβληματική αυτοεικόνα που συνήθως έχουν αυτοί οι ασθενείς, σε συνδυασμό με τους διαιτητικούς περιορισμούς στο φαγητό και το ποτό, οδηγούν σε μειωμένη συμμετοχή σε οικογενειακές και κοινωνικές εκδηλώσεις.

Η ύπαρξη και άλλου νοσήματος επιδρά επίσης αρνητικά στη συνολική και σφαιρική ποιότητα ζωής και στις διαστάσεις των συμπτωμάτων και της πνευματικότητας, καθώς στην παρούσα μελέτη το ποσοστό το οποίο ανέφερε συνυπάρχον νόσημα με τη ΧΝΝ έφτανε στο 52,6%. Το υψηλό αυτό ποσοστό συννοσηρότητας επιβεβαιώνεται και σε άλλες μελέτες στο εξωτερικό (Mandoorah, Shaheen, Mandoorah, Bawazir & Alshohaib, 2014). Η υψηλή συννοσηρότητα έχει βρεθεί σε πολλές μελέτες να επιδρά αρνητικά στη ΠΖ (Valderrábano, Jofre & López-Gómez, 2001). Σε προοπτική μελέτη που διεξήχθη στην Κίνα και στην οποία συμμετείχαν 179 νεφροπαθείς τελικού σταδίου, βρέθηκε πως οι ασθενείς με συνυπάρχοντα νοσήματα παρουσίαζαν πτωχότερα επίπεδα ΠΖ (Yong et al., 2009). Επίσης, σε συγχρονική μελέτη στη Σαουδική Αραβία, στην οποία και συμμετείχαν 205 ασθενείς οι οποίοι υποβαλλόταν σε αιμοκάθαρση, βρέθηκε πως η παρουσία συννοσηρών καταστάσεων είχε αρνητικό αντίκτυπο στην ΠΖ. Μάλιστα, η περιφερική αγγειακή νόσος σχετίστηκε με τα πτωχότερα επίπεδα ΠΖ (Mandoorah, Shaheen, Mandoorah, Bawazir & Alshohaib, 2014)

Τέλος, η επιβάρυνση της λειτουργικότητας λόγω συμπτωμάτων φαίνεται να επιδρά αρνητικά σε όλες τις διαστάσεις της ΠΖ. Οι ασθενείς που πάσχουν από ΧΝΝ βιώνουν μια σειρά από συμπτώματα, τα οποία ποικίλουν στην ένταση και επιδρούν στην ΠΖ και εν δυνάμει στη λειτουργικότητά τους. Σύμφωνα με τον Ring (2000), η επιβάρυνση από τα συμπτώματα σε συνδυασμό με άλλες κλινικές μεταβλητές, αποτελούν βασικούς παράγοντες που οδηγούν σε χαμηλά επίπεδα ποιότητας ζωής στη ΧΝΝ. Η ένταση και το πλήθος συμπτωμάτων έχει βρεθεί να επιδρούν αρνητικά σε αρκετές διαστάσεις της ποιότητας ζωής, υποδηλώνοντας με τον τρόπο αυτόν τη σημαντικότητα που έχει η αποτελεσματική διαχείριση των συμπτωμάτων στη ΧΝΝ (Yong et al., 2009).

### **6.3.2. Η επίδραση της Πνευματικότητας στην Ποιότητα Ζωής στη ΧΝΝ**

Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης καταδεικνύουν τη σημαντική επίδραση που έχει η πνευματικότητα στην ποιότητα ζωής, γεγονός που υποδεικνύει ότι μπορεί να

αποτελεί παράγοντα βελτίωσης της ψυχικής κατάστασης των ασθενών, αλλά και καλύτερης προσαρμογής τους στην ασθένεια.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης το νόημα, η γαλήνη και η συνολική πνευματικότητα παρουσίασαν ισχυρές συσχετίσεις με όλες τις διαστάσεις της ποιότητας ζωής του MVQOLI – 15R, σε επίπεδο μάλιστα  $p < 0,01$ . Η δε διάσταση της πίστης παρουσίασε λιγότερες συσχετίσεις και μάλιστα κάποιες από αυτές ήταν λιγότερο ισχυρές. Πιο συγκεκριμένα παρατηρήθηκαν συσχετίσεις όσον αφορά τη σφαιρική ποιότητα ζωής και τα συμπτώματα σε επίπεδο  $p < 0,05$  και τις διαπροσωπικές σχέσεις και πνευματικότητα και τη συνολική ποιότητα ζωής σε επίπεδο  $p < 0,01$ . Δεν βρέθηκε καμία απολύτως σχέση μεταξύ πίστης και λειτουργικότητας και ευεξίας. Αυτές οι συσχετίσεις μεταξύ πίστης και ΠΖ παύουν να υπάρχουν αν στην ανάλυση ληφθούν υπόψη τα κοινωνικοδημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά του δείγματος.

Πρόσφατες μελέτες οι οποίες ερευνούσαν τη σχέση ΠΖ και πνευματικότητας στη ΧΝΝ κατέληξαν σε παρόμοια αποτελέσματα, συμπεραίνοντας ότι η πίστη δεν διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη βελτίωση της ποιότητας ζωής (Pilger et al., 2017; Davison, & Jhangri, 2010). Τα ευρήματα αυτά έρχονται να ενισχύσουν την τάση που υπάρχει στο διαχωρισμό μεταξύ της θρησκευτικότητας και της πνευματικότητας, ως δύο τελείως διαφορετικές έννοιες, με διαφορετική επίδραση στη ζωή και την υγεία του ατόμου. Επιπροσθέτως, ενισχύουν και τις απόψεις των ερευνητών εκείνων που θέλουν τα εργαλεία που μετρούν αυτές τις δύο διαστάσεις να είναι διαφορετικά και όχι συνδυαστικά (Davison, & Jhangri, 2010). Αξίζει να σημειωθεί όμως ότι πρόκειται για δύο έννοιες βαθιά υποκειμενικές, οι οποίες αναφέρονται σε ένα εσωτερικό σύστημα αξιών και πεποιθήσεων (Ko et al., 2007). Να σημειωθεί επίσης και το γεγονός ότι ο πληθυσμός, ο οποίος μετρήθηκε, χαρακτηρίζεται σε ποσοστό σχεδόν 60%, πολύ έως πάρα πολύ θρησκευόμενο και κοντά στο θεό.

Σύμφωνα με τα ευρήματα της παρούσας έρευνας, στο πολυπαραγοντικό μοντέλο παλινδρόμησης εισέρχονται μόνο οι παράγοντες νόημα σχεδόν σε όλες τις διαστάσεις της ΠΖ του MVQOLI – 15R (εκτός από τη λειτουργικότητα και ευεξία) και η γαλήνη, στις διαστάσεις συμπτώματα, διαπροσωπικές σχέσεις, ευεξία, πνευματικότητα και συνολική ΠΖ. Αυτό το αποτέλεσμα έρχεται να απαντήσει στο δεύτερο ερευνητικό ερώτημα, δείχνοντας τη σχέση μεταξύ πνευματικότητας και ποιότητας ζωής και αναδεικνύοντας την πνευματικότητα ως προβλεπτικό παράγοντα. Σύμφωνα με πρόσφατη μελέτη, η οποία διεξήχθη στο Ιράν και μάλιστα σε άτομα που έπασχαν από

διαβήτη, το νόημα και η γαλήνη αποτελούσαν επίσης προβλεπτικούς παράγοντες σε όλες τις διαστάσεις της ΠΖ του FACT-G, το οποίο αποτελεί εργαλείο αξιολόγησης της ΠΖ στα πλαίσια χρονίων παθήσεων (Jafari, Farajzadegan, Loghmani, Majlesi & Jafari, 2014). Η ίδια μελέτη ανέδειξε όμως και την πίστη ως σημαντικό προβλεπτικό παράγοντα της ΠΖ, διαφοροποίηση που μπορεί και να οφείλεται τόσο σε πολιτισμικές όσο και σε θρησκευτικές διαφορές.

Εξαιρετικό ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα αποτελέσματα των Canada και συν (2008), σε μελέτη την οποία διεξήγαγαν σε 240 επιβίωσαντες γυναίκες καρκινοπαθείς, στις οποίες αξιολογήθηκε η πνευματικότητα, η ΠΖ και η ψυχική υγεία. Στη μελέτη αυτή βρέθηκε ότι η διάσταση της πίστης επιδρά αρνητικά στη διάσταση της ψυχικής ποιότητας ζωής (Canada, Murphy, Fitchett, Peterman & Schover, 2008). Αντιθέτως, σε μια σχετικά πρόσφατη μελέτη σε νεφροπαθείς 3ου και 4ου σταδίου, στην οποία μελετήθηκε η σχέση της πνευματικότητας και ποιότητας ζωής, χρησιμοποιώντας το Facit- SP και το 9-THAI αντιστοίχως, βρέθηκε η πίστη και μόνο αυτή να σχηματίζει ισχυρές θετικές συσχετίσεις (Saisunantararom, Cheawchanwattana, Kanjanabuch, Buranapatana & Chanthapasa, 2015). Τα αντικρουόμενα αποτελέσματα για την επίδραση της πίστης ως διάσταση της πνευματικότητας στην ποιότητα ζωής δίνουν έναυσμα για περισσότερη μελέτη των διαστάσεων αυτών και την πιθανή επίδραση που μπορεί να έχει η πίστη στην ΠΖ.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, οι διαστάσεις της πνευματικότητας αποτελούν προβλεπτικούς παράγοντες για αρκετές διαστάσεις της ΠΖ. Σύμφωνα με τους Ebrahimi, Ashrafi, Eslampanah και Noruzpur(2014), σε μια περιγραφική μελέτη στην οποία συμμετείχαν 72 ασθενείς που έπασχαν από ΧΝΝ και αξιολογήθηκε η επίδραση της πνευματικότητας στην ΠΖ, αυτή βρέθηκε να είναι μέτρια. Από την άλλη ερευνητές όπως οι Farahaninia και συν. (2013) και Finkelstine και συν.(2007), έχουν βρει ότι υπάρχει μια ισχυρή σχέση μεταξύ πνευματικότητας και ΠΖ στη ΧΝΝ. Αυτή η σχέση θα μπορούσε να εξηγηθεί βάσει των χαρακτηριστικών της ποιότητας ζωής. Δηλαδή ότι αποτελεί πολυδιάστατη έννοια και συμπεριλαμβάνει σωματική, ψυχική, κοινωνική και πνευματική διάσταση. Επιπροσθέτως, αποτελεί υποκειμενική και δυναμική έννοια. Η έλλειψη συσχέτισης μπορεί να αντικατοπτρίζει την επίδραση και άλλων παραγόντων (Finkelstein, West, Gobin, Finkelstein & Wuerth, 2007; Farahaninia, Jadidi, Janmohammadi & Haghani, 2013).

Τα ευρήματα μας για την θετική επίδραση της πνευματικότητας στην ποιότητα ζωής, μπορεί να ερμηνευτούν βάσει των χαρακτηριστικών της πνευματικότητας. Η

πνευματικότητα είναι μια γνωστική διαδικασία αναζήτησης νοήματος, σκοπού και αλήθειας στη ζωή και στις πεποιθήσεις του ατόμου. Έτσι, η πνευματικότητα μπορεί να διαδραματίσει έναν σημαντικό ρόλο βοηθώντας τα άτομα με χρόνιες ασθένειες να εστιάσουν σε θετικά στοιχεία στη ζωή τους. Η πνευματική αυτή αναζήτηση διευκολύνει την αποδοχή και την αναμόρφωση των προτεραιοτήτων της ζωής, με αποτέλεσμα να βελτιωθεί η προσαρμογή στην ασθένεια και οι ασθενείς να είναι πιο ανθεκτικοί στις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν ζώντας με τη ΧΝΝ (Anandarajah, & Hight, 2001, Chiu, et al., 2004; Bartlett, et al., 2003).

Οι ποικίλες πτυχές της πνευματικότητας που περιλαμβάνουν αισθήματα ελπίδας, εσωτερικής γαλήνης και υποστήριξης, αποτελούν και αυτές εσωτερικούς πόρους ενός ατόμου (Anandarajah, & Hight, 2001, Chiu et al., 2004). Οι άνθρωποι που αντιλαμβάνονται την υγεία, τόσο σωματικά όσο και ψυχικά, ως κάτι το ιερό, είναι πιθανό να αντιμετωπίσουν αυτή τη διάσταση της ζωής με σεβασμό και φροντίδα (Pargament & Mahoney, 2002). Σύμφωνα με τους Levin και Chatters (1998), η πνευματικότητα έχει συνδεθεί με συμπεριφορές και τρόπους ζωής που προάγουν την υγεία και που οδηγούν σε μειωμένους κινδύνους ασθενειών και βελτιωμένη ευημερία. Η ελπίδα και η πνευματικότητα μπορεί να προσφέρουν κοινωνική υποστήριξη, να λειτουργήσουν ενάντια στο στρες και να διευκολύνουν έναν υπαρξιακό μηχανισμό αντιμετώπισης (Patel et al., 2002), πρόκειται δηλαδή για παράγοντες οι οποίοι μπορεί να επιδρούν θετικά στην υγεία ασθενών με ΧΝΝ.

Ο πνευματικός προσανατολισμός μπορεί να προσφέρει μια αίσθηση προορισμού στη ζωή, παρέχει δε μια πληθώρα στρατηγικών αντιμετώπισης στρεσογόνων καταστάσεων και οδηγεί τελικά στην αυτό-ενδυνάμωση για την αντιμετώπιση του στρες, έως και την προσαρμογή στην ασθένεια. Επομένως, η πνευματικότητα μπορεί να διευκολύνει την ψυχολογική προσαρμογή και την ανθεκτικότητα σε άτομα με ΧΝΝ.

#### **6.4. Ψυχιατρική Συμπτωματολογία στη ΧΝΝ και η επίδραση της Πνευματικότητας στην σε αυτή**

##### **6.4.1. Ψυχιατρική Συμπτωματολογία στη ΧΝΝ**

Ένας από τους επιμέρους στόχους της παρούσας μελέτης ήταν η εκτίμηση του επιπέδου ψυχικής υγείας των ασθενών με ΧΝΝ και η επίδραση των κοινωνικών, δημογραφικών και κλινικών παραγόντων σε αυτό. Τα αποτελέσματα της μελέτης για



την εκτίμηση της ψυχιατρικής συμπτωματολογίας με τη χρήση του S.C.L.-90-R, επιβεβαιώνουν τις αρχικές υποθέσεις της έρευνας, ότι δηλαδή οι ασθενείς με ΧΝΝ έχουν επιβαρυσμένη ψυχική υγεία.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της στατιστικής ανάλυσης η επικράτηση της ψυχιατρικής συμπτωματολογίας στη ΧΝΝ είναι αξιοσημείωτη, αφού και ένας στους τρεις ασθενείς του δείγματος (34,5% ή  $n=126$ ) αναφέρει την παρουσία συμπτωμάτων. Τα υψηλότερα σκορ σημειώθηκαν στην κατηγορία των συμπτωμάτων της κατάθλιψης (51,5%) και ακολουθούν οι κατηγορίες σωματοποίηση (46,6%), ιδεοψυχαναγκασμός (44,4%), άγχος (36,2%), ενώ το χαμηλότερο σκορ σημειώθηκε στην κατηγορία των ψυχωτικών συμπτωμάτων (20,7%). Επιπλέον, αρκετά από τα χαρακτηριστικά των ασθενών βρέθηκαν να σχετίζονται με την ψυχιατρική συμπτωματολογία, όμως μόνο κάποια από αυτά, όπως το φύλο, η διαμονή, η ηλικία και η συννοσηρότητα εισάγονται τελικά στα πολλαπλά μοντέλα παλινδρόμησης ως προβλεπτικοί παράγοντες.

Η διάγνωση της ΧΝΝ και η ζωή με την παρουσία της ΧΝΝ βρέθηκε να έχουν σημαντικό ψυχολογικό αντίκτυπο στην ψυχική υγεία και στην καταπόνηση που βιώνουν οι ασθενείς αυτοί. Ένα ποσοστό της τάξης του 34,5% φαίνεται να έχει παρουσία ψυχιατρικής συμπτωματολογίας, σύμφωνα με την κλίμακα SCL-90, λαμβάνοντας ως σημείο cut-off το 0,99. Το SCL-90 είναι ένα αξιόπιστο εργαλείο αυτοαναφοράς και έχει εφαρμοστεί σε πολλά δείγματα ασθενών, παρέχοντας αρκετά στοιχεία αξιοπιστίας και ακρίβειας (Ντώνιας, Καραστεργίου, Μάνος, 1991; Tselebis et al., 2011). Στην παρούσα μελέτη η παρουσία ψυχιατρικής συμπτωματολογίας σε περίπου 35% των συμμετεχόντων είναι ένα εύρημα το οποίο είναι σύμφωνο με αντίστοιχες διεθνείς μελέτες (Wang, Liu, Wang, Li & Zhang, 2000; DePasquale et al., 2012). Οι αλλαγές που φέρνει η ΧΝΝ και η χρόνια περιοδική αιμοκάθαρση στον τρόπο ζωής και τις συνήθειες των ασθενών είναι δραματικές. Οι ασθενείς βιώνουν πάρα πολλές δυσκολίες, όπως η αλλοιωμένη εικόνα εαυτού, και συχνά έρχονται αντιμέτωποι με το άγχος του θανάτου και την αβεβαιότητα για το μέλλον. Όλα αυτά σε συνδυασμό με τις αλλαγές σε προσωπικούς, οικογενειακούς, κοινωνικούς και επαγγελματικούς ρόλους, αποτελούν στρεσογόνους παράγοντες για τους ασθενείς αυτούς (Θεοφίλου, 2010; Μπουγά & Πιτσιώνης, 2014). Αποτέλεσμα αυτών των εσωτερικών διεργασιών είναι πολλές φορές η εμφάνιση ψυχικών διαταραχών, όπως η κατάθλιψη και το άγχος, των οποίων η φύση είναι προοδευτική, όπως και η ίδια η ασθένεια (Μπουγά & Πιτσιώνης, 2014).

Στην παρούσα μελέτη το ποσοστό των ασθενών που εμφάνισε καταθλιπτική συμπτωματολογία έφτασε σε 51,5%. Σύμφωνα με μετά-ανάλυση του 2013 (Palmer et al., 2013) το ποσοστό επικράτησης της κατάθλιψης σε ασθενείς με ΧΝΝ που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση είναι 39.3%, όταν αυτή αξιολογείται με ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς και 22.8% όταν η διάγνωση τίθεται έπειτα από κλινική συνέντευξη, σύμφωνα με τα κριτήρια του DSM. Σε γενικές γραμμές ο επιπολασμός της κατάθλιψης στους ασθενείς με ΧΝΝ που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση κυμαίνεται περίπου στο 10% - 29% (Feroze et al., 2010). Η διακύμανση αυτή μπορεί να οφείλεται τόσο σε πολιτισμικές διαφορές στους επιμέρους υπό μελέτη πληθυσμούς, όσο και σε διαφορετικές μεθοδολογικές προσεγγίσεις (λ.χ. δειγματοληψία, τρόπος αξιολόγησης).

Επιπρόσθετα, το ποσοστό των συμπτωμάτων σωματοποίησης των ασθενών του δείγματος ήταν αρκετά υψηλό (46,6%,  $0,98 \pm 0,74$ ). Το εύρημα αυτό είναι σύμφωνο και έρχεται να ενισχύσει ήδη δημοσιευμένες μελέτες σχετικά με την ψυχική καταπόνηση των Ελλήνων ασθενών με ΧΝΝ (Hyphantis, Katsoudas & Voudiclaris, 2010; Theofilou, 2011). Παρόμοια αποτελέσματα έδειξαν και διεθνείς μελέτες σε ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση, ενισχύοντας την πεποίθηση ότι οι ασθενείς με ΧΝΝ έχουν υψηλά ποσοστά σωματοποίησης συγκριτικά με ασθενείς που πάσχουν από άλλες χρόνιες παθήσεις (Taskapan et al., 2007; Tselebis et al., 2011). Τα ιδεοψυχαναγκαστικά συμπτώματα ακολουθούν σε συχνότητα στην παρούσα μελέτη. Όμως η υψηλή συχνότητα των συμπτωμάτων αυτών δεν μπορεί εύκολα να αξιολογηθεί ως εύρημα, λόγω της συχνότητας συνύπαρξής και επικάλυψής τους από άλλες ψυχικές νοσολογικές οντότητες όπως το άγχος, η κατάθλιψη και η μετατραυματική διαταραχή του στρες (PTSD) (Kroenke, Spitzer, Williams, Monahan & Löwe, 2007; Cukor et al., 2008).

Τα συμπτώματα άγχους είναι πολύ συχνά στην ΧΝΝ, γεγονός που αποδεικνύεται και από τα ευρήματα της παρούσας μελέτης, αφού το 36,2% του συνολικού δείγματος δήλωσε ότι βιώνει τέτοια συμπτώματα. Όπως με την κατάθλιψη έτσι και στο άγχος υπάρχει μια μεγάλη διακύμανση, σχετικά με τα αναφερόμενα ποσοστά της αγχώδους συμπτωματολογίας στη ΧΝΝ. Στη μελέτη των Preljevic και συν. (2013), το 17% των ασθενών πληρούσε τα κριτήρια του DSM-IV για τη διάγνωση αγχώδους διαταραχής, ενώ αντίστοιχα στη μελέτη των Bassola και συν. (2010), το 48.7% των ασθενών με ΧΝΝ παρουσίασε έντονα συμπτώματα άγχους. Οι ίδιοι μεθοδολογικοί αλλά και πολιτισμικοί περιορισμοί που αναφέρθηκαν στη κατάθλιψη βρίσκουν εφαρμογή και

στη μελέτη του άγχους. Η ένταση και η συχνότητα αναφοράς αγχώδους συμπτωματολογίας θα μπορούσε να ερμηνευτεί λόγω των αισθημάτων αβεβαιότητας για το μέλλον, της ενοχής και της απώλειας της αυτοεικόνας και της αυτοεκτίμησης που συχνά βιώνει το άτομο με ΧΝΝ, σε συνδυασμό με τη χρόνια προοδευτική μορφή της νόσου (Christensen & Ehlers, 2002; DeJean et al., 2013).

Αναφορικά με τα χαρακτηριστικά των ασθενών, αρκετά από αυτά βρέθηκαν να σχετίζονται με το επίπεδο ψυχική υγείας, αλλά αυτά τα οποία εισέρχονται πιο συχνά στα πολυπαραγοντικά μοντέλα παλινδρόμησης είναι το φύλο, η διαμονή, η ηλικία και η συννοσηρότητα.

Με βάση την επαγωγική στατιστική ανάλυση και συγκεκριμένα το students-t test, οι γυναίκες ανέφεραν πιο πολλά ψυχιατρικά συμπτώματα, στις περισσότερες κατηγορίες συμπτωμάτων του SCL-90, σε επίπεδο σημαντικότητας τις περισσότερες φορές  $p < 0.001$ , εκτός από τις διαστάσεις εχθρότητα / επιθετικότητα, παρανοειδής ιδεασμός και ψυχωτισμός. Η επίδραση του φύλου στην ψυχική κατάσταση έχει συζητηθεί αρκετά τα τελευταία χρόνια, καθώς υπάρχουν μελέτες σε ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση, οι οποίες δεν εντοπίζουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στο επίπεδο ψυχικής υγείας μεταξύ ανδρών και γυναικών (Theophilou, 2011; Ng, Tan, Mooppil, Newman & Griva, 2014). Παρόλα αυτά οι περισσότεροι ερευνητές συμφωνούν ότι οι γυναίκες που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση βιώνουν μεγαλύτερα επίπεδα ψυχικής καταπόνησης σε σχέση με τους άνδρες (Lopes et al., 2010; Martinez & Custodio, 2014). Αυτά τα αυξημένα επίπεδα ψυχικής επιβάρυνσης ανάμεσα στις γυναίκες μπορεί να αποδοθούν στους πολλαπλούς ρόλους, τις οικογενειακές και επαγγελματικές υποχρεώσεις και στις ορμονικές διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα (Nolen-Hoeksema, 2001).

Οι μεγαλύτεροι σε ηλικία ασθενείς βρέθηκαν να είναι πιο επιβαρυνόμενοι ψυχικά, σε σχέση με τους νεότερους, εύρημα το οποίο έρχεται σε αντίθεση με αρκετές μελέτες που θέλουν τους νεότερους ασθενείς οι οποίοι υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση να είναι περισσότερο ψυχικά επιβαρυνόμενοι (Martinez & Custodio, 2014). Σε μια πρόσφατη προοπτική μελέτη των Sugisawa και συν. (2016), βρέθηκε ότι ο κίνδυνος εμφάνισης ψυχιατρικών προβλημάτων είναι αυξημένος για τις ηλικίες 50-59 και μειώνεται αισθητά για τους ασθενείς ηλικίας 60 ετών και άνω. Σε παρόμοια αποτελέσματα κατέληξε και η μελέτη των Turkistani και συν. (2014), στην οποία συμμετείχαν 286 ασθενείς υποβαλλόμενοι σε αιμοκάθαρση. Στη μελέτη αυτή η παρουσία άγχους σχετίστηκε με την ηλικία και συγκεκριμένα οι ασθενείς άνω των 40

ετών ήταν πιο πιθανό να παρουσιάσουν συμπτώματα άγχους (Turkistani et al., 2014). Τα έντονα συμπτώματα άγχους στους ηλικιωμένους ασθενείς πιθανόν να σχετίζονται με το άγχος θανάτου που πολύ συχνά βιώνουν αυτοί ασθενείς και με τη μειωμένη, λόγω ηλικίας, ζωτικότητα τους (Bossola et al., 2010). Η συγκεκριμένη μελέτη έδειξε επίσης ότι οι μεγαλύτεροι σε ηλικία ασθενείς βιώνουν πλήθος σωματικών συμπτωμάτων, τα οποία μειώνουν το επίπεδο της ποιότητας ζωής τους και επιφέρουν περιορισμούς στην κοινωνική τους ζωή.

Ένας παράγοντας που βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με την ύπαρξη ψυχιατρικής συμπτωματολογίας είναι τα συνυπάρχοντα νοσήματα. Οι ασθενείς που δήλωσαν ότι πάσχουν και από άλλο νόσημα πέραν της ΧΝΝ βρέθηκε να είναι πιο επιβαρυνόμενοι από αυτούς που έπασχαν μόνο από ΧΝΝ, σε επίπεδο σημαντικότητας  $p < 0,001$ , για τις περισσότερες από τις διαστάσεις της ψυχιατρικής συμπτωματολογίας. Το εύρημα αυτό ήταν σχετικά αναμενόμενο, καθώς υπάρχει πλήθος μελετών στη διεθνή βιβλιογραφία που είχε καταλήξει σε παρόμοια αποτελέσματα (Feroza et al., 2010; Lægreid, Aasarød, Bye, Leivestad & Jordhøy, 2013).

#### **6.4.2. Η επίδραση της Πνευματικότητας στην εμφάνιση και ένταση ψυχιατρικών συμπτωμάτων σε ασθενείς με ΧΝΝ**

Εξετάζοντας την επίδραση της πνευματικότητας στην ψυχιατρική συμπτωματολογία διαπιστώθηκε πως οι υποκλίμακες *νόημα* και *γαλήνη*, αλλά και η *συνολική κλίμακα* της πνευματικότητας επιδρούν αρνητικά σε όλες τις υποκλίμακες και τους γενικούς δείκτες του SCL – 90R και μάλιστα σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας  $p < 0,001$ . Η υποκλίμακα *πίστη* παρουσίασε σαφώς μικρότερη και ασθενέστερη επίδραση σε σχέση με τις υπόλοιπες. Πιο συγκεκριμένα, η υποκλίμακα *πίστη* φαίνεται να επιδρά αρνητικά στη σωματοποίηση ( $p < 0,001$ ), στη διαπροσωπική ευαισθησία ( $p = 0,064$ ), στην κατάθλιψη ( $p = 0,043$ ), στην εχθρότητα / επιθετικότητα ( $p = 0,012$ ), στα πρόσθετα στοιχεία ( $p = 0,002$ ), στο γενικό δείκτη συμπτωμάτων ( $p = 0,050$ ) και στο δείκτη θετικών συμπτωμάτων ( $p = 0,048$ ).

Τα αποτελέσματα αυτά δίνουν μία σαφή απάντηση στο ερευνητικό ερώτημα για την επίδραση της πνευματικότητας στην ψυχική υγεία των ασθενών με ΧΝΝ. Βρέθηκε λοιπόν η ύπαρξη θετική στατιστικά σημαντικής σχέσης, μιας και η συσχέτιση αλλά και οι δοκιμασίες παλινδρόμησης ανέδειξαν τη γαλήνη και το νόημα ως προβλεπτικούς παράγοντες για τη συχνότητα και την ένταση των ψυχιατρικών συμπτωμάτων. Είναι γεγονός πως η πρόοδος της τεχνολογίας και της ιατρικής έχουν

ανεβάσει το προσδόκιμο επιβίωσης των ασθενών με ΧΝΝ. Όμως παρ' όλα αυτά οι ασθενείς με ΧΝΝ εξακολουθούν να βιώνουν μια πληθώρα προκλήσεων στη καθημερινή τους ζωή. Η ψυχική επιβάρυνση που προέρχεται από τη νόσο αυτή έχει ως αποτέλεσμα την εμφάνιση της ψυχιατρικής συμπτωματολογίας, η οποία βρέθηκε να σχετίζεται αρνητικά με την πνευματικότητα, εύρημα το οποίο είναι σε συμφωνία με προγενέστερες σχετικές μελέτες (Fernsler, Klemm & Miller, 1999).

Η πνευματικότητα μπορεί να δρα ως ένας προστατευτικός παράγοντας για την ψυχική υγεία ασθενών με ΧΝΝ και σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, η αύξηση κατά μια μονάδα της κλίμακας πνευματικότητας οδηγεί σε μείωση αρκετών ψυχιατρικών συμπτωμάτων, με τη μεγαλύτερη μείωση να παρατηρείται στα καταθλιπτικά συμπτώματα και σε αυτά του άγχους και της σωματοποίησης. Σε μια πρόσφατη μελέτη στη Βραζιλία, στην οποία συμμετείχαν 150 ασθενείς που υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση, βρέθηκε ότι η πνευματικότητα αποτελεί ισχυρό προβλεπτικό παράγοντα των παραμέτρων ψυχική υγεία, ψυχολογική καταπόνηση, διαταραχές του ύπνου και ψυχοσωματικές αιτιάσεις (Martinez & Custodio, 2014). Τα ευρήματα αυτά ενισχύονται και από τα ευρήματα της παρούσας διδακτορικής διατριβής.

Παρόμοια αποτελέσματα είχε και μια πρόσφατη μελέτη στην Ιορδανία, η οποία και αξιολογούσε την επίδραση της πνευματικότητας και της θρησκευτικότητας στην κατάθλιψη, το άγχος και στο στρες. Στη μελέτη αυτή συμμετείχαν 218 ασθενείς με ΧΝΝ που υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση (Musa, Pevalin & Al Khalaileh, 2017). Σύμφωνα με τα αποτελέσματά της διαπιστώθηκε μια αρνητική σχέση μεταξύ των ψυχολογικών παραμέτρων και της πνευματικότητας, χωρίς όμως να παρατηρείται το ίδιο και με τη θρησκευτικότητα. Πιο συγκεκριμένα, στα μοντέλα παλινδρόμησης μόνο η υπαρξιακή κλίμακα της πνευματικότητας συνέχιζε να σχετίζεται με τις ψυχολογικές παραμέτρους έπειτα από την προσαρμογή των δημογραφικών. Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης έρχονται να ενισχύσουν αυτά των Musa, Pevalin και Al Khalaileh (2017), αφού και στην παρούσα μελέτη η υποκλίμακα *πίστη* παρουσίασε λιγότερες συσχετίσεις και αυτές που υπήρχαν ήταν οριακά στατιστικά σημαντικές. Η παρούσα μελέτη αναδεικνύει το σημαντικό ρόλο που μπορεί να διαδραματίσει η πνευματικότητα ως μηχανισμός διαχείρισης στρεσογόνων καταστάσεων και συγκεκριμένα αναδεικνύει τη θετική επίδραση που μπορεί να έχει για έναν ασθενή η ύπαρξη νοήματος και σκοπού στη ζωή του, καθώς και το να νιώθει γαλήνη και αρμονία. Το να βιώνονται υψηλά επίπεδα αυτών των παραμέτρων, βοηθά τους

ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση να βρίσκουν τρόπους να αντιμετωπίσουν τις ψυχικές δυσκολίες που μπορεί να συνοδεύουν τη ΧΝΝ. Όμως, ο ακριβής μηχανισμός προστατευτικής δράσης αυτών των παραγόντων είναι ακόμη υπό μελέτη (Aldwin, Park, Jeong, και Nath, 2014).

Αρκετοί επιστήμονες που ασχολούνται με την πνευματικότητα ισχυρίζονται ότι η πνευματικότητα σχετίζεται με διάφορες εκβάσεις στην υγεία, μέσω της παροχής νοήματος, γαλήνης και ελπίδας (Koenig, 2008). Όμως πολλοί ερευνητές αποδίδουν το αποτέλεσμα αυτό στο γεγονός ότι η πνευματικότητα επιδρά στην υιοθέτηση από τα άτομα συμπεριφορών που σχετίζονται με την υγεία (Aldwin et al., 2014). Αξίζει να σημειωθεί ότι υπάρχουν και μελέτες οι οποίες δείχνουν ότι οι ασθενείς οι οποίοι υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση χρησιμοποιούν την πνευματικότητα ως στρατηγική διαχείρισης του στρες, προκειμένου να μπορέσουν να ανταπεξέλθουν στις συναισθηματικές απαιτήσεις και στους διάφορους περιορισμούς που επιφέρει η νόσος (Valcanti et al., 2012). Πολλοί ερευνητές υποστηρίζουν ότι η πνευματικότητα δίνει στους ασθενείς νόημα, σκοπό και κατεύθυνση στη ζωή (Reig-Ferrer et al., 2012), μια θετική προοπτική (Lucchetti et al., 2010), και αποτελεί πηγή ενδυνάμωσης, προκειμένου να ξεπεράσουν τις καθημερινές δυσκολίες της ζωής και της ασθένειας (Deal & Grassley, 2012).

## **6.5. Αντιλήψεις για τη Νόσο στη ΧΝΝ και η επίδραση της Πνευματικότητας στις Αντιλήψεις για τη Νόσο**

### **6.5.1. Αντιλήψεις για τη Νόσο στη ΧΝΝ**

Ένας από τους σκοπούς αυτής της ερευνητικής μελέτης ήταν να εκτιμηθούν οι αντιλήψεις των ασθενών σχετικά με τη νόσο τους. Το συνολικό σκορ της Κλίμακας Αντιλήψεων για τη Νόσο «BIPQ» (Συνολική Αντίληψη για τη Νόσο) ήταν  $42,70 \pm 13,41$ , γεγονός που δείχνει ότι η πλειονότητα των ασθενών εμφανίζει σχετικά υψηλές τιμές *Συνολικής Αντίληψης για τη Νόσο*, δηλαδή έχουν μία απειλητική άποψη για τη νόσο. Όσον αφορά τις υποκλίμακες, την υψηλότερη μέση τιμή παρουσιάζει η «Χρονική Διάρκεια» με τις «Συνέπειες», ενώ χαμηλότερη τιμή παρουσιάζει η «Κατανόηση Νόσου» με το «Θεραπευτικό Έλεγχο». Οι αντιλήψεις που έχουν οι ασθενείς σχετικά με τη νόσο τους αποτελούν προγνωστικούς παράγοντες για τη δυνατότητα διαχείρισης της νόσου και των συμπεριφορών σχετικά με την υγεία, στο

πλαίσιο χρόνιων νοσημάτων και αυτό γιατί αντιλαμβάνονται την κατάσταση της υγείας τους ως σοβαρή και επιβαρυνόμενη.

Το μοντέλο κοινής λογικής για την αναπαράσταση της νόσου, στο οποίο και βασίζονται οι αντιλήψεις για τη νόσο, είναι ένα δυναμικό σύστημα αυτορρύθμισης με το οποίο επιχειρούν οι ασθενείς να επιλύσουν και να διαχειριστούν την απειλή της ασθένειας (Leventhal et al., 1980; Leventhal et al., 1984). Βάσει αυτού οι κύριες συνιστώσες των αντιλήψεων για τη νόσο (συνέπειες, χρονική διάρκεια, προσωπικός έλεγχος, θεραπευτικός έλεγχος, ταυτότητα, ανησυχία, κατανόηση νόσου και συναισθηματικός αντίκτυπος) συνοδεύονται και από αντίστοιχες ψυχικές αντιδράσεις, οι οποίες και αποτελούν την ψυχολογική ερμηνεία που δίνουν οι ασθενείς στη νόσο τους.

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης έρχονται σε συμφωνία και ενισχύουν την ήδη διαμορφωμένη αντίληψη ότι οι ασθενείς που πάσχουν από ΧΝΝ αντιλαμβάνονται τη πάθησή τους ως δυνητικά απειλητική, γεγονός που περιπλέκει τόσο τις εκβάσεις σχετικά με την νόσο, όσο και τη διαχείριση αυτής (van Dijk et al., 2009).

Σύμφωνα με ερευνητές οι αναπαραστάσεις ασθενειών συνδέονται με ψυχικές και σωματικές εκβάσεις (Bijsterbosch et al., 2009, Juergens et al., 2010). Επιπλέον, υπάρχουν ενδείξεις ότι συγκεκριμένες αντιλήψεις για την ασθένεια (ιδιαίτερα οι συνέπειες και η χρονική διάρκεια) αποτελούν προγνωστικούς παράγοντες για ψυχικές διαταραχές, όπως η κατάθλιψη (Broadbent et al., 2015).

Σύμφωνα με πρόσφατη μετά-ανάλυση των Broadbent και συν (2015), αντιλήψεις σχετικά με ισχυρές επιπτώσεις, εδραιωμένη ταυτότητα νόσου, βαριά συναισθηματική απόκριση και ανησυχίες σχετίζονται με άγχος κατάθλιψη και πτωχή ποιότητα ζωής. Από την άλλη ο προσωπικός έλεγχος σχετίζεται με καλύτερη ποιότητα ζωής και χαμηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης (Broadbent et al., 2015).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας διδακτορικής διατριβής, η ηλικία, η ύπαρξη παιδιών, η ύπαρξη άλλου προβλήματος υγείας και το τρέχον επίπεδο δραστηριότητας, αναδείχθηκαν ως προβλεπτικοί παράγοντες, αφού εισήχθησαν σε κάποια από τα μοντέλα παλινδρόμησης. Σύμφωνα με τη μελέτη των Jayanti, Foden, Wearden και Mitra, (2016), στην οποία συμμετείχαν 535 ασθενείς με ΧΝΝ, αρκετοί δημογραφικοί παράγοντες είχαν συσχετιστεί με τις αντιλήψεις για τη νόσο, τόσο ως σύνολο, όσο και σε επίπεδο μεμονωμένων υποκλιμάκων (Jayanti, Foden, Wearden & Mitra, 2016). Τέλος, σχετικά με τις αιτιάσεις της νόσου, σύμφωνα με τα

αποτελέσματα της διδακτορικής διατριβής οι περισσότεροι ασθενείς θεωρούν ότι η ΧΝΝ είναι αποτέλεσμα άλλης νόσου (42,0%) και ότι οφείλεται κυρίως σε ελλιπή έλεγχο στην υγεία τους (13,1%) και στη συνέχεια σε κακή διατροφή, ή στον τρόπο ζωής, ο οποίος και κατέχει την τρίτη θέση με ποσοστό 12,0%. Τα ευρήματα αυτά είναι αντίθετα από αυτά άλλων μελετών σχετικά με τις αντιλήψεις για τη ΧΝΝ, που θέλουν το άγχος και το στρες να αποτελούν αιτιολογικούς παράγοντες της ΧΝΝ, στους ασθενείς αυτούς (Jayanti, Foden, Wearden & Mitra, 2016). Μια πιθανή εξήγηση για αυτή τη διαφοροποίηση είναι τόσο η πολιτισμική ετερότητα, όσο και ο ερευνητικός σχεδιασμός, κυρίως μάλιστα το γεγονός ότι σε αυτή τη μελέτη συμμετείχε και ένας αριθμός ασθενών, οι οποίοι δεν είχαν ενταχθεί ακόμη σε αιμοκάθαρση, ήταν δηλαδή σε προγενεστέρα στάδια ΧΝΝ.

Η συστηματική παρακολούθηση των παραγόντων που σχετίζονται με τις αντιλήψεις για τη νόσο στη ΧΝΝ κρίνεται ως πολύ σημαντική, καθώς με αυτό τον τρόπο, αλλά και με το σχεδιασμό και εφαρμογή των κατάλληλων παρεμβάσεων μπορεί κανείς να μειώσει την αρνητική αντίληψη που οι ασθενείς έχουν για τη πάθησή τους. Με τον τρόπο θα μπορούσαν ίσως να βελτιωθούν τόσο ψυχολογικές σχετιζόμενες παράμετροι (π.χ. κατάθλιψη), όσο και κλινικά σχετιζόμενοι παράμετροι, καθώς και η γενικότερη ΠΖ.

#### **6.5.1. Η επίδραση της Πνευματικότητας στις Αντιλήψεις για τη Νόσο στη ΧΝΝ**

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης, οι διαστάσεις της πνευματικότητας νόημα και γαλήνη καθώς επίσης και η συνολική πνευματικότητα επιδρούν αρνητικά σε όλες σχεδόν τις διαστάσεις του ερωτηματολογίου αντιλήψεων για την ασθένεια. Συγκεκριμένα, αρνητική επίδραση παρατηρήθηκε στις διαστάσεις συνέπειες, χρονική διάρκεια, προσωπικός έλεγχος, θεραπευτικός έλεγχος, ταυτότητα, ανησυχία, συναισθηματικό αντίκτυπο, κατανόηση νόσου, συνολική αντίληψη για τη νόσο. Η διάσταση της πίστης επιδρά αρνητικά μόνο στις εξής διαστάσεις ερωτηματολογίου αντιλήψεων για τη νόσο: έλεγχο, συνέπειες, συναισθηματικό αντίκτυπο, κατανόηση νόσου και συνολική αντίληψη για τη νόσο. Τέλος, καμία διάσταση της πνευματικότητας δεν βρέθηκε να σχετίζεται με τη χρονική διάρκεια. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι σχέσεις αυτές υπολογίστηκαν έχοντας λάβει υπόψη τα δημογραφικά δεδομένα.



Δεδομένα από τη βιβλιογραφία επιτρέπουν να εξαχθεί το συμπέρασμα ότι η πνευματικότητα μπορεί και επιδρά θετικά στη ζωή ασθενών με ΧΝΝ, δίνοντάς τους βοήθεια να διαχειρίζονται και να προσαρμόζονται στο συναισθηματικό αντίκτυπο που έχει η πάθησή τους και ενδυναμώνοντάς τους στο να αντιμετωπίζουν τις δυσκολίες που εγείρει η νόσος (Tanyi & Werner, 2003; Ibrahim et al., 2012 Bragazzi & Puente, 2013). Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης έρχονται να επιβεβαιώσουν αυτές τις υποθέσεις. Είναι γεγονός ότι αρκετοί άνθρωποι όταν αντιμετωπίζουν μεγάλες δυσκολίες και στρεσογόνα γεγονότα, στρέφονται στην πίστη και την πνευματικότητα για να βρουν γαλήνη και σιγουριά (Ibrahim et al., 2012).

Στη μελέτη των Ibrahim και συν. (2012), στην οποία και συμμετείχαν 274 ασθενείς που υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση, βρέθηκε πως οι ασθενείς με υψηλά επίπεδα θρησκευτικότητας και πνευματικότητας έχουν καλύτερη κατανόηση της ασθένειάς τους, αντιλαμβάνονται την ασθένειά τους λιγότερο ως χρόνια, έχουν περισσότερη αίσθηση προσωπικού ελέγχου και θεωρούν πως η νόσος έχει λιγότερες επιπτώσεις.

Τέλος, σύμφωνα με τη μελέτη Davison και Jhangri (2013), στην οποία και συμμετείχαν 253 ασθενείς με ΧΝΝ, η πνευματικότητα αποτελεί έναν προγνωστικό παράγοντα για τη ψυχολογική προσαρμογή στη ΧΝΝ, σε ασθενείς που βρίσκονται στο 4ο αλλά και στο τελικό στάδιο της νόσου. Επιπλέον, και σε άλλες χρόνιες και απειλητικές προς την ζωή παθήσεις, όπως ο καρκίνος του μαστού, οι ασθενείς φαίνεται να βρίσκουν δύναμη μέσα από τις πνευματικές τους πεποιθήσεις, ώστε να μπορέσουν να προσαρμοστούν στη νόσο και να ανταπεξέλθουν στο στρες που επιφέρει η διάγνωση μιας τέτοιας νόσου (Keefe et al., 2001; Dunn & Horgas, 2004; Hoseini et al., 2016).

### **Πλεονεκτήματα και περιορισμοί της μελέτης.**

Ένα βασικό μειονέκτημα της μελέτης είναι ο συγχρονικός σχεδιασμός της, ο οποίος δεν μας δίνει εικόνα σχετικά με την εξέλιξη της πνευματικότητας και της επίδρασής της σε βάθος χρόνου. Επιπλέον περιορισμό αποτελεί το γεγονός ότι χρησιμοποιήθηκε δείγμα ευκολίας, στο οποίο είχε πρόσβαση ο ερευνητής και κατά συνέπεια δεν είναι δυνατή η γενίκευση των αποτελεσμάτων στο σύνολο του πληθυσμού των ασθενών με ΧΝΝ που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση. Επιπρόσθετα, η συλλογή των δεδομένων έγινε κατά τη διάρκεια συνεδριών αιμοκάθαρσης και έτσι υπήρχαν και κάποιες

εξωτερικές μεταβλητές όπως θόρυβος, διακοπές από άλλους και θερμοκρασία δωματίου, οι οποίες ενδέχεται να άσκησαν κάποιου είδους επιρροή στις απαντήσεις που δόθηκαν.

Στα ισχυρά σημεία της μελέτης συγκαταλέγονται το αρκετά μεγάλο δείγμα της (n=367), καθώς και η συλλογή αρκετών πληροφοριών, όπως κοινωνικά και κλινικά χαρακτηριστικά, πνευματικότητα, ποιότητα ζωής, ψυχική υγεία και αντιλήψεις για τη νόσο. Επιπλέον, η συλλογή των δεδομένων έγινε από αρκετά κέντρα αιμοκάθαρσης ανά την Ελλάδα, γεγονός που συντέλεσε να δοθούν προς ανάλυση δεδομένα από μια πλούσια και ετερογενή ομάδα ανθρώπων. Τέλος, η ενασχόληση με αυτήν την ιδιαίτερη κατηγορία ασθενών αποτελεί πλεονέκτημα της μελέτης, λόγω της σοβαρότητας και της αυξανόμενης συχνότητας της ΧΝΝ. Αυτή η έρευνα δίνει σημαντικά στοιχεία για την επίδραση της αιμοκάθαρσης ως θεραπεία υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας, αλλά και για το επίπεδο της ΠΖ και ψυχικής υγείας των ασθενών με ΧΝΝ.

## **Κεφάλαιο 7: Συμπεράσματα**

Στο πλαίσιο της παρούσας μελέτης ερευνήθηκε η αξιοπιστία και εγκυροτητα του ερωτηματολογίου το ερωτηματολόγιο FACITsp-12, για την αξιολόγηση της πνευματικότητας σε ασθενείς με ΧΝΝ που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση και διερευνήθηκε η ύπαρξη σχέσης μεταξύ πνευματικότητας και ποιότητας ζωής, πνευματικότητας και ψυχιατρικής συμπτωματολογίας, καθώς και η ύπαρξη σχέσης μεταξύ πνευματικότητας και αντιλήψεων για τη νόσο. Πολλά από τα ευρήματα της μελέτης είναι σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, ενώ προστέθηκαν και άλλα και ιδιαίτερα αυτό της διερεύνησης των αντιλήψεων για τη νόσο των ασθενών με ΧΝΝ και της επίδρασης που η πνευματικότητα έχει σε αυτές, για τα οποία η βιβλιογραφία είναι περιορισμένη.

Για πολλά άτομα η θρησκεία και η πνευματικότητα αποτελούν κεντρικούς άξονες στη ζωή τους. Αυτοί οι άξονες θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά το σχεδιασμό της παροχής φροντίδας σε αυτούς τους ασθενείς, μιας και υπάρχουν αρκετά στοιχεία στη βιβλιογραφία που συνηγορούν υπέρ αυτού.

Ένας από τους στόχους της παρούσας μελέτης ήταν να αξιολογήσει την ΠΖ ασθενών με ΧΝΝ και να διερευνήσει τους ατομικούς, κοινωνικούς και δημογραφικούς παράγοντες που επιδρούν αρνητικά προς την ΠΖ. Η ποιότητα ζωής βρέθηκε να είναι σχετικά ικανοποιητική αφού η πλειονότητα των ασθενών εμφάνιζε ικανοποιητικές τιμές Συνολικής Ποιότητας Ζωής. Παρόλα αυτά το να ζει κάποιος μόνος, να ζει σε αγροτική περιοχή, να έχει χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο και να αντιμετωπίζει επιπλέον προβλήματα υγείας, αποτελούν προγνωστικούς παράγοντες πτωχής ΠΖ. Τα άτομα τα οποία συγκεντρώνουν αυτά τα χαρακτηριστικά, είναι τα άτομα στα οποία θα πρέπει να δοθεί έμφαση στις παρεμβάσεις βελτίωσης της ΠΖ. Η βελτίωση του επιπέδου ΠΖ των ασθενών με ΧΝΝ αποτελεί στόχο και επιτακτική ανάγκη στα πλαίσια των θεραπειών υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας.

Ένα ακόμη από τα βασικά συμπεράσματα της μελέτης είναι ότι οι ασθενείς με ΧΝΝ εμφανίζονται ως ψυχικά καταπονημένοι σε μεγάλο βαθμό. Περίπου το 1/3 των ασθενών παρουσιάζει ψυχιατρικά συμπτώματα (ΓΔΣ = 34,3%). Όσον αφορά τα επιμέρους συμπτώματα παρατηρήθηκε υψηλή επικράτηση, η οποία κυμαίνεται από 20,7% για τον «Ψυχωτισμό» έως 51,5% για την «Κατάθλιψη». Επίσης υψηλά ποσοστά παρουσιάζει η «Σωματοποίηση» με ποσοστό 46,6% και ο

«Ίδεοψυχαναγκασμός» με ποσοστό 44,4%. Η παρούσα μελέτη συμβάλει στην κατανόηση του κοινωνικο-δημογραφικού προφίλ των νεφροπαθών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση και βρίσκονται σε κίνδυνο εκδήλωσης ψυχιατρικής συμπτωματολογίας ή και ψυχικής νόσου. Η υψηλή επικράτηση της ψυχιατρικής συμπτωματολογίας που παρατηρήθηκε αναδεικνύει την αναγκαιότητα παροχής εξατομικευμένης ψυχικής φροντίδας και υποστήριξης στους ασθενείς αυτούς.

Τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης προσθέτουν γνώσεις σχετικά με τις αντιλήψεις για τη νόσο των ασθενών που πάσχουν από ΧΝΝ, μιας και τα ήδη υπάρχοντα δεδομένα είναι περιορισμένα. Το συνολικό σκορ του ερωτηματολογίου των αντιλήψεων για την ασθένεια ήταν πάνω από τη διάμεσο, πράγμα το οποίο σημαίνει ότι οι ασθενείς αντιλαμβάνονται την πάθηση τους ως αρκετά απειλητική. Σε γενικές γραμμές ο ρόλος των αντιλήψεων για την ασθένεια είναι ένα αυξανόμενο πεδίο ενδιαφέροντος και η έγκαιρη παρέμβαση είναι σημαντική σε αυτές τις αντιλήψεις, καθώς και η παροχή βοήθειας ώστε αυτοί οι ασθενείς να αναπτύξουν θετικές στρατηγικές διαχείρισης της ασθένειάς τους, στοιχείο που θα τους βοηθήσει τελικά να επιβραδύνουν το ρυθμό εξέλιξης της νόσου και να βελτιώσουν τις ψυχοκοινωνικές εκβάσεις.

Τέλος, το FACIT-sp-12 βρέθηκε να είναι ένα έγκυρο και αξιόπιστο εργαλείο αξιολόγησης της πνευματικότητας ασθενών που πάσχουν από ΧΝΝ και υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση. Το εργαλείο αυτό μπορεί δυνητικά να βρει πεδίο εφαρμογής σε ασθενείς που αντιμετωπίζουν και άλλες χρόνιες και απειλητικές προς τη ζωή παθήσεις και να βοηθήσει τους επαγγελματίες να αξιολογήσουν την παρεχόμενη πνευματική φροντίδα. Οι τιμές που έλαβαν τόσο η συνολική κλίμακα της πνευματικότητας, όσο και οι επιμέρους διαστάσεις *νόημα*, *γαλήνη* και *πίστη* είναι πάνω από τη μέση, γεγονός που οδηγεί στο συμπέρασμα ότι τα επίπεδα πνευματικότητας των ασθενών της παρούσας μελέτης ήταν μέτρια προς υψηλά. Λαμβάνοντας αυτό υπόψη, αλλά και σχετίζοντας το εύρημα αυτό με τη θεωρία προσαρμογής στο στρες των Lazarus και Folkman (1984), εξηγούνται μερικώς και τα εύρημα των ισχυρών συσχετίσεων μεταξύ των ποικίλων παραμέτρων. Συμπερασματικά, μπορεί να ειπωθεί ότι η πνευματικότητα επιδρά σημαντικά στην ΠΖ, στην ψυχική υγεία και στις αντιλήψεις για τη νόσο των ασθενών με ΧΝΝ και αναδεικνύεται η συμβολή που μπορεί να έχει στην ατομική ευημερία, σε μια περίοδο μάλιστα τόσο κρίσιμη όπως αυτή της ασθένειας. Αυτή η επίδραση περιλαμβάνει την εύρεση νοήματος στην υγεία και τη νόσο, στο βίωμα ενός σκοπού στη ζωή και στην

αίσθηση εσωτερικής αρμονίας. Παράγοντες όπως το νόημα και σκοπός στη ζωή και η εσωτερική γαλήνη βρέθηκαν να σχετίζονται με παραμέτρους της ποιότητας ζωής, με αρκετές από τις κατηγορίες των ψυχιατρικών συμπτωμάτων αλλά και με τις αντιλήψεις για τη νόσο. Τα ευρήματα αυτά της μελέτης απαντούν στα ερευνητικά ερωτήματα, τα οποία είχαν τεθεί σχετικά με την ύπαρξη σχέσης μεταξύ πνευματικότητας και των επιμέρους εξεταζόμενων παραγόντων. Η σχέση βρέθηκε και χαρακτηρίστηκε ως θετική, δίνοντας έτσι τις απαιτούμενες ενδείξεις στους επαγγελματίες υγείας για την θετική επίδραση που θα είχε η ενσωμάτωση της πνευματικότητας και των πνευματικών προτιμήσεων στο πλάνο φροντίδας των ασθενών με ΧΝΝ.

## **Κεφάλαιο 8: Εφαρμογές στη Νοσηλευτική Πρακτική**

Τα αποτελέσματα της παρούσας διδακτορικής διατριβής δείχνουν ότι η πνευματικότητα αποτελεί σημαντική πτυχή της ζωής των νεφροπαθών και σχετίζεται σημαντικά με την ποιότητα της ζωής τους, με την ψυχική τους υγεία, αλλά και με τον τρόπο που κατανοούν την πάθησή τους. Για το λόγο αυτό κρίνεται αναγκαίο και προτείνεται η πνευματική φροντίδα να ενσωματώνεται κάθε φορά στην παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα υγείας, καθώς οι πνευματικές ανάγκες του ασθενούς πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη από τους νοσηλευτές, να αξιολογούνται και να γίνεται συστηματική προσπάθεια ώστε να ικανοποιούνται. Οι πνευματικές ανάγκες δεν περιορίζονται στη θρησκεία μόνο, αλλά περιλαμβάνουν την εύρεση ενός σκοπού και νοήματος στη ζωή για τον χρόνο που έπεται, τη συγχώρεση των άλλων, την αυτό-συγχώρεση και την αποδοχή του τι έχει επιτύχει ο άνθρωπος κατά τη διάρκεια της ζωής του. Η παρούσα μελέτη συν τοις άλλοις εισήγαγε και την ελληνική έκδοση του FACIT-Sp ως έγκυρο και αξιόπιστο εργαλείο, με τη χρήση του οποίου οι νοσηλευτές θα μπορούν να αξιολογούν την πνευματικότητα των ασθενών που βρίσκονται σε θεραπεία υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας, προκειμένου να παρέχουν αποτελεσματική και ποιοτική ολιστική νοσηλευτική φροντίδα.

## **Αντί Επιλόγου**

### **Η ΘΕΙΑ ΕΙΚΟΝΑ**

*Οίκτο, Έλεος, Ειρήνη, κι Αγάπη,  
όλοι σα ζοριστούν, παρακαλούνε  
Και της τερπνές ετούτες αρετές  
οι άνθρωποι ευχαριστούνε.*

*Γιατί Οίκτος, Έλεος, Ειρήνη κι Αγάπη είναι ο Θεός,  
ο λατρευτός σε όλους μας πατέρας  
Κι Οίκτος, Έλεος, Ειρήνη, Αγάπη είν' ο άνθρωπος σωστός  
που ο θεός φροντίζει με στοργή μητέρας.*

*Γιατί ο Οίκτος έχει ανθρώπινη καρδιά  
Το Έλεος ανθρώπου όψη  
Κι Αγάπη, θεία ανθρώπινη μορφή  
Κι ειρήνη, ανθρώπου φορεσιά.*

*Τότε κάθε άνθρωπος, όπου βρεθεί,  
που δέεται μέσα στη συμφορά του,  
προσεύχεται στη θεία ανθρώπινη μορφή,  
σε ευγενικά χαρίσματα δικά του.*

*Και πρέπει όλοι να αγαπούν την ανθρώπινη μορφή,  
σ' Εβραίο, Τούρκο, ειδωλολάτρη,  
Όπου Οίκτος, Αγάπη και Ειρήνη κατοικεί,  
εκεί είναι του θεού παλάτι.*

**William Blake** «Τα τραγούδια της Αθωότητας», 1789 .

## Βιβλιογραφία

1. Abilio Reig-Ferrer, M. Dolores Arenas, Rosario Ferrer-Cascales, M. Dolores Fernández-Pascual, Natalia Albaladejo-Blázquez, M. Teresa Gil, Vanesa de la Fuente. (2012). Evaluation of spiritual well-being in haemodialysis patients, *Nefrologia*, 32(6), 731-42.
2. Abu-El-Noor, N., (January 28, 2016) "ICU Nurses' Perceptions and Practice of Spiritual Care at the End of Life: Implications for Policy Change" *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 21 , 1.
3. Abu-Raiya, H., Pargament, K., Krause, N., & Ironson, G. (2015). Robust links between religious/spiritual struggles, psychological distress, and well-being in a national sample of American adults. *American Journal Of Orthopsychiatry*, 85(6), 565-575. <http://dx.doi.org/10.1037/ort0000084>
4. Aiyegbusi, O. L., KYTE, D., Cockwell, P., Marshall, T., Gheorghe, A., Keeley, T., ... Calvert, M. (2017). Measurement properties of patient-reported outcome measures (PROMs) used in adult patients with chronic kidney disease: A systematic review. *PLoS ONE*, 12(6). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0179733>
5. Aldwin, C., Park, C., Jeong, Y., & Nath, R. (2014). Differing pathways between religiousness, spirituality, and health: A self-regulation perspective. *Psychology Of Religion And Spirituality*, 6(1), 9-21. <http://dx.doi.org/10.1037/a0034416>
6. Alrdaydeh, M., & Khalil, A. (2017). The association of spiritual well-being and depression among patients receiving hemodialysis. *Perspectives In Psychiatric Care*. <http://dx.doi.org/10.1111/ppc.12249>
7. Alsahli, M., & Gerich, J. E. (2014). Hypoglycemia, Chronic Kidney Disease, and Diabetes Mellitus. *Mayo Clinic Proceedings*, 89(11), 1564–1571. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2014.07.013>
8. Anandarajah, G., & Hight, E. (2001). Spirituality and medical practice: Using the HOPE questions as a practical tool for spiritual assessment. *American Family Physician*, 63, 81-88.
9. Anantharaman, P., & Schmidt, R. J. (2007). Sexual Function in Chronic Kidney Disease. *Advances in Chronic Kidney Disease*, 14(2), 119–125. <https://doi.org/10.1053/j.ackd.2007.01.002>



10. Anderson, N., Heywood-Everett, S., Siddiqi, N., Wright, J., Meredith, J., & McMillan, D. (2015). Faith-adapted psychological therapies for depression and anxiety: Systematic review and meta-analysis. *Journal Of Affective Disorders*, 176, 183-196. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2015.01.019>
11. Anees, M., Malik, M. R., Abbasi, T., Nasir, Z., Hussain, Y., & Ibrahim, M. (2014). Demographic factors affecting quality of life of hemodialysis patients – Lahore, Pakistan. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 30(5), 1123–1127. <http://doi.org/10.12669/pjms.305.5239>
12. Arndt Büssing, and Harold G. Koenig. “Spiritual needs of patients with chronic diseases.” *Religions* 1 (2010): 18–27.
13. Artinian, B. (1991). The development of the Intersystem Model. *Journal Of Advanced Nursing*, 16(2), 194-205. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.1991.tb01625.x>
14. Artinian, B., West, K., & Conger, M. (2011). *The Artinian intersystem model*. New York: Springer Pub. Co.
15. Avramovic, M., & Stefanovic, V. (2012). Health-Related Quality of Life in Different Stages of Renal Failure. *Artificial Organs*, 36(7), 581-589. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1525-1594.2011.01429.x>
16. Awalkhan, A., Muhammad D. (2016). Application of Nightingale Nursing Theory to the Care of Patient with Colostomy. *European Journal of Clinical and Biomedical Sciences*.2, 6, 97-101. doi: 10.11648/j.ejcb.20160206.17
17. Bai, M., & Lazenby, M. (2015). A Systematic Review of Associations between Spiritual Well-Being and Quality of Life at the Scale and Factor Levels in Studies among Patients with Cancer. *Journal of Palliative Medicine*, 18(3), 286–298. <http://doi.org/10.1089/jpm.2014.0189>
18. Barros, L., Silva, L., Guedes, M., & Pessoa, V. (2017). Cuidado clínico de enfermagem fundamentado em Parse: contribuição no processo de transcendência de transplantados cardíacos. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 38(2), e60658. Epub June 29, 2017. <https://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.02.60658>
19. Basu, S., & Poole, J. (2016). The Brief Illness Perception Questionnaire. *Occupational Medicine*, 66(5), 419-420. <http://dx.doi.org/10.1093/occmed/kqv203>

20. Bateman, G., & Merryfeather, L. (2014). Newman's Theory of Health as Expanding Consciousness. *Nursing Science Quarterly*, 27(1), 57-61. <http://dx.doi.org/10.1177/0894318413509725>
21. Bayoumi, M., Al Wakeel, J., Mishkiry, A., Al Harbi, A., Al Suwaida, A., & Al Ghonaim, M. (2013). Predictors of quality of life in hemodialysis patients. *Saudi Journal Of Kidney Diseases And Transplantation*, 24(2), 254. <http://dx.doi.org/10.4103/1319-2442.109566>
22. Behere, P. B., Das, A., Yadav, R., & Behere, A. P. (2013). Religion and mental health. *Indian Journal of Psychiatry*, 55(Suppl 2), S187–S194. <http://doi.org/10.4103/0019-5545.105526>
23. Belavich, T G, & Pargament, K I (2002) The role of attachment in predicting spiritual coping with a loved one surgery *Journal of Adult Development*, 9, 13-2
24. Berglund, M., Westin, L., Svanström, R., & Sundler, A. J. (2012). Suffering caused by care: Patients' experiences from hospital settings. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 7, 1–9.
25. Bonner, A., Wellard, S., & Caltabiano, M. (2010). The impact of fatigue on daily activity in people with chronic kidney disease. *Journal of Clinical Nursing*, 19(21–22), 3006–3015. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03381.x>
26. Bossola, M., Ciciarelli, C., Conte, G., Vulpio, C., Luciani, G., & Tazza, L. (2010). Correlates of symptoms of depression and anxiety in chronic hemodialysis patients. *General Hospital Psychiatry*, 32(2), 125-131. <http://dx.doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2009.10.009>
27. Brady, M. J., Peterman, A. H., Fitchett, G., Mo, M., & Cella, D. (1999). A case for including spirituality in quality of life measurement in oncology. *Psycho-Oncology*, 8, 417–428.
28. Bragazzi, N., & Del Puente, G. (2013). Chronic kidney disease, spirituality and religiosity: a systematic overview with the list of eligible studies. *Health Psychology Research*, 1(2), 26. <http://dx.doi.org/10.4081/hpr.2013.733>
29. Bredle, J., Salsman, J., Debb, S., Arnold, B., & Cella, D. (2011). Spiritual Well-Being as a Component of Health-Related Quality of Life: The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy—Spiritual Well-Being

- Scale (FACIT-Sp). *Religions*, 2(4), 77-94.  
<http://dx.doi.org/10.3390/rel2010077>
30. Bregman, L. (2006). Spirituality: A Glowing and Useful Term in Search of a Meaning. *OMEGA - Journal Of Death And Dying*, 53(1), 5-26.  
<http://dx.doi.org/10.2190/40nu-q4bx-9e9k-r52a>
  31. Bregman, L. 2006. Spirituality: a glowing and useful term in search of a meaning. *OMEGA*. 53 (1-2), 5- 26.
  32. Breitbart, W., Rosenfeld, B., Pessin, H., Applebaum, A., Kulikowski, J., & Lichtenthal, W. G. (2015). Meaning-Centered Group Psychotherapy: An Effective Intervention for Improving Psychological Well-Being in Patients With Advanced Cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 33(7), 749–754.  
<http://doi.org/10.1200/JCO.2014.57.2198>
  33. Brown, D., Carney, J., Parrish, M., & Klem, J. (2013). Assessing Spirituality: The Relationship Between Spirituality and Mental Health. *Journal Of Spirituality In Mental Health*, 15(2), 107-122.  
<http://dx.doi.org/10.1080/19349637.2013.776442>
  34. Browning, K. K., Wewers, M. E., Ferketich, A. K., Otterson, G. A., & Reynolds, N. R. (2009). The Self-Regulation Model of Illness Applied to Smoking Behavior in Lung Cancer. *Cancer Nursing*, 32(4), E15–E25.  
<http://doi.org/10.1097/NCC.0b013e3181a0238f>
  35. Burkhart, L., & Hogan, N. (2008). An Experiential Theory of Spiritual Care in Nursing Practice. *Qualitative Health Research*, 18(7), 928-938.  
<http://dx.doi.org/10.1177/1049732308318027>
  36. Campbell, J. D., Yoon, D. P., & Johnstone, B. (2010). Determining relationships between Physical health and spiritual experience, religious practices, and congregational support In a heterogeneous medical sample. *Journal of Religion and Health*, 49(1), 3-17.
  37. Campo-Arias, A., & Oviedo, H.C (2008). Psychometric properties of a scale: internal consistency. *Revista de Salud Publica*, 10, 831-839.
  38. Canada, A., Murphy, P., Fitchett, G., Peterman, A., & Schover, L. (2008). A 3-factor model for the FACIT-Sp. *Psycho-Oncology*, 17(9), 908-916.  
<http://dx.doi.org/10.1002/pon.1307>
  39. Carrero, J.-J., Hecking, M., Ulasi, I., Sola, L., & Thomas, B. (2017). Chronic Kidney Disease, Gender, and Access to Care: A Global Perspective. *Seminars*

in *Nephrology*, 37(3), 296–308.  
<https://doi.org/10.1016/j.semnephrol.2017.02.009>

40. Chatrungs, C., Sorajjakool, S., & Amnatsatsue, K. (2015). Wellness and Religious Coping Among Thai Individuals Living with Chronic Kidney Disease in Southern California. *Journal of Religion and Health*, 54(6), 2198–2211. <https://doi.org/10.1007/s10943-014-9958-4>
41. Cheawchanwattana, A., Chunlertrith, D., Saisunantararom, W., & Johns, N. (2014). Does the Spiritual Well-Being of Chronic Hemodialysis Patients Differ from that of Pre-dialysis Chronic Kidney Disease Patients?. *Religions*, 6(1), 14-23. <http://dx.doi.org/10.3390/rel6010014>
42. Chen, C.-K., Tsai, Y.-C., Hsu, H.-J., Wu, I.-W., Sun, C.-Y., Chou, C.-C., ... Wang, L.-J. (2010). Depression and Suicide Risk in Hemodialysis Patients With Chronic Renal Failure. *Psychosomatics*, 51(6), 528–528.e6. [https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(10\)70747-7](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(10)70747-7)
43. Chiu, L. , Emblen, J.D., Hofwegen, L.V. , Sawatzky, R., & Meyerhoff, H. (2004). An integrated review of the concept of Spirituality in health sciences. *Western Journal of Nursing Research*, 26 (4), 405-428.
44. Christo, G. (1995). Drug users' spiritual beliefs, locus of control and the disease concept in relation to Narcotics Anonymous attendance and six-month outcomes. *Drug And Alcohol Dependence*, 38(1), 51-56. [http://dx.doi.org/10.1016/0376-8716\(95\)01103-6](http://dx.doi.org/10.1016/0376-8716(95)01103-6)
45. Clark, C. (2016). Watson’s Human Caring Theory: Pertinent Transpersonal and Humanities Concepts for Educators. *Humanities*, 5(2), 21. <http://dx.doi.org/10.3390/h5020021>
46. Cohen, S. D., Sharma, T., Acquaviva, K., Peterson, R. A., Patel, S. S., & Kimmel, P. L. (2007). Social Support and Chronic Kidney Disease: An Update. *Advances in Chronic Kidney Disease*, 14(4), 335–344. <https://doi.org/10.1053/j.ackd.2007.04.007>
47. Cortina, J. M. (1993). What is coefficient alpha? An examination of theory and applications. *Journal of Applied Psychology*, 78(1), 98-104.
48. Cruz, J. P., Colet, P. C., Alquwez, N., Inocian, E. P., Al-Otaibi, R. S., & Islam, S. M. S. (2017). Influence of religiosity and spiritual coping on health-related quality of life in Saudi haemodialysis patients. *Hemodialysis International*, 21(1), 125–132. <https://doi.org/10.1111/hdi.12441>

49. Cukor, D., Coplan, J., Brown, C., Friedman, S., Newville, H., & Safier, M. et al. (2008). Anxiety Disorders in Adults Treated by Hemodialysis: A Single-Center Study. *American Journal Of Kidney Diseases*, 52(1), 128-136. <http://dx.doi.org/10.1053/j.ajkd.2008.02.300>
50. Daaleman, T. P., Frey, B. B., Wallace, D., & Studenski, S. A. (2002). The Spirituality Index of Well-Being: Development and testing of a new measure. *Journal of Family Medicine*, 51, 592.
51. Dalmida, S. G., Holstad, M. M., DiIorio, C., & Laderman, G. (2012). The Meaning and Use of Spirituality Among African American Women Living With HIV/AIDS. *Western Journal of Nursing Research*, 34(6), 736–765. <http://doi.org/10.1177/0193945912443740>
52. Dancik, T., No, G., & Johansen, K. (2015). Chapter 29 - Sexual Dysfunction in Chronic Kidney Disease. In *Chronic Renal Disease* (pp. 350–363). San Diego: Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-411602-3.00029-9>
53. Davison, S. N., & Jhangri, G. S. (2010). Existential and Religious Dimensions of Spirituality and Their Relationship with Health-Related Quality of Life in Chronic Kidney Disease. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*: CJASN, 5(11), 1969–1976. <http://doi.org/10.2215/CJN.01890310>
54. Davison, S., & Jhangri, G. (2013). The Relationship Between Spirituality, Psychosocial Adjustment to Illness, and Health-Related Quality of Life in Patients With Advanced Chronic Kidney Disease. *Journal Of Pain And Symptom Management*, 45(2), 170-178. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2012.02.019>
55. De Jager Meezenbroek, E., Garssen, B., van den Berg, M., van Dierendonck, D., Visser, A., & Schaufeli, W. (2010). Measuring Spirituality as a Universal Human Experience: A Review of Spirituality Questionnaires. *Journal Of Religion And Health*, 51(2), 336-354. <http://dx.doi.org/10.1007/s10943-010-9376-1>
56. Dein, S., Cook, C., & Koenig, H. (2012). Religion, Spirituality, and Mental Health. *The Journal Of Nervous And Mental Disease*, 200(10), 852-855. <http://dx.doi.org/10.1097/nmd.0b013e31826b6dle>

57. Delaney, C. (2005). The spirituality scale: Development and psychometric testing of a holistic instrument to assess the human spiritual dimension. *Journal of Holistic Nursing*, 23 (1), 1–23
58. Delgado-Guay, M., Hui, D., Parsons, H., Govan, K., De la Cruz, M., Thorney, S., & Bruera, E. (2011). Spirituality, Religiosity, and Spiritual Pain in Advanced Cancer Patients. *Journal Of Pain And Symptom Management*, 41(6), 986-994. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2010.09.017>
59. Delles, C., & Vanholder, R. (2017). Chronic kidney disease. *Clinical Science*, 131(3), 225–226. <https://doi.org/10.1042/CS20160624>
60. Dempster M, Howell D and McCorry NK (2015) Illness perceptions and coping in physical health conditions: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research* 79(6): 506–513.
61. DePasquale, C., Pistorio, M., Corona, D., Mistretta, A., Zerbo, D., & Sinagra, N. et al. (2012). Correlational Study Between Psychic Symptoms and Quality of Life Among Hemodialysis Patients Older Than 55 Years of Age. *Transplantation Proceedings*, 44(7), 1876-1878. <http://dx.doi.org/10.1016/j.transproceed.2012.06.015>
62. Dessio, W. W., Wade, C., Chao, M., Kronenberg, F., Cushman, L. F., & Kalmuss, D. (2004). Religion, spirituality, and healthcare choices of African American women: result of a national survey. *Ethnicity and Disease*, 14, 189-197.
63. Dharmarajan, S. H., Bragg-Gresham, J. L., Morgenstern, H., Gillespie, B. W., Li, Y., Powe, N. R., ... Saran, R. (2017). State-Level Awareness of Chronic Kidney Disease in the U.S. *American Journal of Preventive Medicine*, 53(3), 300–307. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2017.02.015>
64. Di Lullo, L., Mangano, M., Ronco, C., Barbera, V., De Pascalis, A., Bellasi, A., ... Cozzolino, M. (2017). The treatment of type 2 diabetes mellitus in patients with chronic kidney disease: What to expect from new oral hypoglycemic agents. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, 11(Supplement 1), S295–S305. <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2017.03.005>
65. Dossey, B. (2005)“Florence Nightingale and Holistic Nursing.” *Journal of Holistic Nursing* 52 (2005): 56–58.

66. Drabble, L., Veldhuis, C., Riley, B., Rostosky, S., & Hughes, T. (2017). Relationship of Religiosity and Spirituality to Hazardous Drinking, Drug Use, and Depression Among Sexual Minority Women. *Journal Of Homosexuality*, 1-24. <http://dx.doi.org/10.1080/00918369.2017.1383116>
67. Dunkler, D., Kohl, M., Heinze, G., Teo, K. K., Rosengren, A., Pogue, J., ... for the ONTARGET Investigators. (2015). Modifiable lifestyle and social factors affect chronic kidney disease in high-risk individuals with type 2 diabetes mellitus. *Kidney International*, 87(4), 784–791. <https://doi.org/10.1038/ki.2014.370>
68. Ebrahimi, H., Ashrafi, Z., Eslampanah, G., & Noruzpur, F. (2014). Relationship between spiritual well-being and quality of life in hemodialysis patients. *Journal Of Nursing And Midwifery Sciences*, 1(3), 41-48. <http://dx.doi.org/10.18869/acadpub.jnms.1.3.41>
69. Elkins, D. N., Hedstrom, L. J., Hughes, L. L., Leaf, J. A., & Saunders, C. (1988). Toward a humanistic-phenomenological spirituality. *Journal of Humanistic Psychology*, 28 (4), 5-18.
70. Farahaninia, M., Jadidi, A., Janmohammadi, S., & Haghani, H. (2013). 2625 – Relationship between spiritual well-being and quality of life among elderly peoplereiding in kahrizak senior house. *European Psychiatry*, 28, 1. [http://dx.doi.org/10.1016/s0924-9338\(13\)77267-5](http://dx.doi.org/10.1016/s0924-9338(13)77267-5)
71. Farragher, J. F., Polatajko, H. J., & Jassal, S. V. (2017). The Relationship Between Fatigue and Depression in Adults With End-Stage Renal Disease on Chronic In-Hospital Hemodialysis: A Scoping Review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 53(4), 783–803.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.10.365>
72. Feenstra JS and Brouwer AM (2008) Christian vocation: Defining relations with identity status,college adjustment, and spirituality. *Journal of Psychology and Theology* 36(2): 83–93.
73. Fernsler, J.I., Klemm, P., Miller, M.A. (1999).Spiritual well-being and demands of illness in people with colorectal cancer. *Cancer Nurs.*,22(2),134-40
74. Feroze, U., Martin, D., Reina-Patton, A., Kalantar-Zadeh, K., Kopple, J.D.(2010). Mental health, depression, and anxiety in patients on maintenance dialysis. *Iran J Kidney Dis*,4,173–180

75. Finkelstein, F., West, W., Gobin, J., Finkelstein, S., & Wuerth, D. (2007). Spirituality, quality of life and the dialysis patient. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 22(9), 2432-2434. <http://dx.doi.org/10.1093/ndt/gfm215>
76. Finkelstein, F., Wuerth, D., & Finkelstein, S. (2009). Health related quality of life and the CKD patient: challenges for the nephrology community. *Kidney International*, 76(9), 946-952. <http://dx.doi.org/10.1038/ki.2009.307>
77. Finnegan-John, J., & Thomas, V. J. (2013). The Psychosocial Experience of Patients with End-Stage Renal Disease and Its Impact on Quality of Life: Findings from a Needs Assessment to Shape a Service [Research article]. <https://doi.org/10.5402/2013/308986>
78. Flanagan, K., & Jupp, P. (2016). *A sociology of spirituality* (p. 24). London: Routledge.
79. Fradelos, E. C., Tzavella, F., Koukia, E., Papathanasiou, I. V., Alikari, V., Stathoulis, J., ... Zyga, S. (2015). Integrating chronic kidney disease patient's spirituality in their care: health benefits and research perspectives. *Materia Socio-Medica*, 27(5), 354–358. <https://doi.org/10.5455/msm.2015.27.354-358>
80. Fraser, S. D., & Blakeman, T. (2016). Chronic kidney disease: identification and management in primary care. *Pragmatic and Observational Research*, 7, 21–32. <https://doi.org/10.2147/POR.S97310>
81. Frazão, C. M. F. de Q., Tinôco, J. D. de S., Fernandes, M. I. da C. D., Macedo, B. M. de, & Lira, A. L. B. de C. (2016). Body changes experienced by patients with chronic kidney disease undergoing hemodialysis. *Enfermería Global*, 15(43), 289–299.
82. Galanter, M., Dermatis, H., Bunt, G., Williams, C., Trujillo, M., Steinke, P. (2007). Assessment of spirituality and its relevance to addiction treatment, In *Journal of Substance Abuse Treatment*, 33 (3), 257-264. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2006.06.014>.
83. Gallagher, S., & Tierney, W. (2016). Spirituality. In M. Gellman & J. R. Turner (Eds.), *Encyclopedia of Behavioral Medicine* (pp. 1–3). New York, NY: Springer New York. [https://doi.org/10.1007/978-1-4614-6439-6\\_495](https://doi.org/10.1007/978-1-4614-6439-6_495)
84. Gambaro, G., Croppi, E., Bushinsky, D., Jaeger, P., Cupisti, A., Ticinesi, A., ... Ferraro, P. M. (2017). The Risk of Chronic Kidney Disease Associated with Urolithiasis and its Urological Treatments: A Review. *The Journal of Urology*, 198(2), 268–273. <https://doi.org/10.1016/j.juro.2016.12.135>



85. Gerasimoula, K., Lefkothea, L., Maria, L., Victoria, A., Paraskevi, T., & Maria, P. (2015). QUALITY OF LIFE IN HEMODIALYSIS PATIENTS. *Materia Socio-Medica*, 27(5), 305–309. <http://doi.org/10.5455/msm.2015.27.305-309>
86. Gerogianni SK, Babatsikou FP. (2014). Psychological aspects in chronic renal failure. *Health Science Journal*, 8(2), 205–214.
87. Greenberg, D. (2003). Spirituality in medicine: Does it fit? *PennPulse*, 99, 1-7.
88. Greenstreet, W. (2007). Synchronicity and dissonance: nursing, spirituality and contemporary discourse. *Spiritual Health Int*, 8(2), 92–100.
89. Hall, T. W. (2004). Christian spirituality and mental health: A relational spirituality paradigm for empirical research. *Journal of Psychology and Christianity*, 23,66-81
90. Harrison, J., & Brunard, P. (1993). *Spirituality and nursing practice*. Aldershot u.a.: Avebury.
91. Hatch, R.L., Burg, M.A., Naberhaus, D.S., Hellmich, L.K. (1998). The spiritual involvement and beliefs scale. Development and testing of a new instrument. *Journal of Family Practice*, 46, 476–486.
92. Hawamdeh, S., Almari, A. M., Almutairi, A. S., & Dator, W. L. T. (2017). Determinants and prevalence of depression in patients with chronic renal disease, and their caregivers. *International Journal of Nephrology and Renovascular Disease*, 10, 183–189. <https://doi.org/10.2147/IJNRD.S139652>
93. Hernandez, G., Salerno, J. and Bottoms, B. (2010). Attachment to God, Spiritual Coping, and Alcohol Use. *International Journal for the Psychology of Religion*, 20(2), pp.97-108.
94. Hill, P., Pargament, K. I., Hood, R. W., McCullough, M. E., Swyers, J. P., Larson, D. B., & Zinnbauer, B. J. (2000). Conceptualizing religion and spirituality: Points of commonality, points of departure. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 30,51-77. doi: 10.1111/1468-5914.00119
95. Hodge, D. R. (2003). The Intrinsic Spirituality Scale: A new six-item instrument for assessing the salience of spirituality as a motivational construct. *Journal of Social Service Research*, 30, 41– 61. [http://dx.doi.org/10.1300/J079v30n01\\_03](http://dx.doi.org/10.1300/J079v30n01_03)

96. Horigan, A., Rocchiccioli, J., & Trimm, D. (2012). Dialysis and Fatigue: Implications for Nurses – A Case Study Analysis. *Medsurg Nursing : Official Journal of the Academy of Medical-Surgical Nurses*, 21(3), 158–175.
97. Hungelmann, J.; Kenkel-Rossi, E.; Klassen, L.; and Stollenwerk, R. (1987). *JAREL Spiritual Well-Being Scale*. Milwaukee: Marquette University College of Nursing.
98. Hung-Ru, L. & Bauer-Wu, M. S. (2003). Psycho-spiritual well-being in patients with advanced cancer: An integrative review of the literature. *Journal of Advances Nursing*. 2003; 44(1): 69-80.
99. Hyphantis, T., Katsoudas, S., & Voudiclari, S. (2010). Ego mechanisms of defense are associated with patients' preference of treatment modality independent of psychological distress in end-stage renal disease. *Patient Preference and Adherence*, 4, 25–32.
100. Ibrahim, N., Desa, A., & Chiew-Tong, N. (2012). Religious Coping as Mediator between Illness Perception and Health-Related Quality of Life among Chronic Kidney Disease Patients. *Asian Social Science*, 8(9). <http://dx.doi.org/10.5539/ass.v8n9p23>
101. Iliescu, E. A., Yeates, K. E., & Holland, D. C. (2004). Quality of sleep in patients with chronic kidney disease. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 19(1), 95–99. <https://doi.org/10.1093/ndt/gfg423>
102. Ílvia Caldeira, S., & Timmins, F. (2017). Implementing spiritual care interventions. *Nursing Standard*, 31(34), 54-60. <http://dx.doi.org/10.7748/ns.2017.e10313>
103. Iwagami, M., Tomlinson, L. A., Mansfield, K. E., McDonald, H. I., Smeeth, L., & Nitsch, D. (2017). Prevalence, incidence, indication, and choice of antidepressants in patients with and without chronic kidney disease: a matched cohort study in UK Clinical Practice Research Datalink. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 26(7), 792–801. <https://doi.org/10.1002/pds.4212>
104. Jafari, N., Farajzadegan, Z., Loghmani, A., Majlesi, M., & Jafari, N. (2014). Spiritual Well-Being and Quality of Life of Iranian Adults with Type 2 Diabetes. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine : eCAM*, 2014, 619028. <http://doi.org/10.1155/2014/619028>

105. Jafari, N., Farajzadegan, Z., Loghmani, A., Majlesi, M., & Jafari, N. (2014). Spiritual Well-Being and Quality of Life of Iranian Adults with Type 2 Diabetes. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine : eCAM*, 2014, 619028. <http://doi.org/10.1155/2014/619028>
106. Jansen, D. L., Heijmans, M. J. W. M., Rijken, M., Spreeuwenberg, P., Grootendorst, D. C., Dekker, F. W., ... Groenewegen, P. P. (2013). Illness perceptions and treatment perceptions of patients with chronic kidney disease: Different phases, different perceptions? *British Journal of Health Psychology*, 18(2), 244–262. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12002>
107. Jardine, M. J., Kasiske, B., Adu, D., Alrukhaimi, M., Ashuntantang, G. E., Basnet, S., ... Uhlig, K. (2017). Closing the gap between evidence and practice in chronic kidney disease. *Kidney International Supplements*, 7(2), 114–121. <https://doi.org/10.1016/j.kisu.2017.07.006>
108. Jayanti, A., Foden, P., Wearden, A., & Mitra, S. (2016). Illness Beliefs in End Stage Renal Disease and Associations with Self-Care Modality Choice. *PLoS ONE*, 11(7), e0154299. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0154299>
109. Jayanti, A., Foden, P., Wearden, A., & Mitra, S. (2016). Illness Beliefs in End Stage Renal Disease and Associations with Self-Care Modality Choice. *PLOS ONE*, 11(7), e0154299. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0154299>
110. Jhee, J. H., Kim, H., Park, S., Yun, H.-R., Jung, S.-Y., Kee, Y. K., ... Yoo, T.-H. (2017). Vitamin D deficiency is significantly associated with depression in patients with chronic kidney disease. *PLOS ONE*, 12(2), e0171009. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0171009>
111. Karademas EC, Bakouli A, Bastounis A, Kallergi F, Tamtami P, Theofilou M.( 2008 ). Illness perceptions, illness-related problems, subjective health and the role of perceived primal threat: preliminary findings. *J Health Psychol*,13(8),1021-9.
112. Karches, K. E., Chung, G. S., Arora, V., Meltzer, D. O. and Curlin, F. A. 2012. Religiosity, spirituality and end-of-life planning: a single-site survey of medical inpatients. *Journal of Pain and Symptom Management*. 44 (6), 843-851.
113. Kharamah, Z.T. (2016). The relationship between spiritual well-being and stress coping strategies in hemodialysis patients, 3(4), 24-28

114. Kimmel, P. (2008). PSYCHOSOCIAL FACTORS IN PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE: Psychosocial Factors in Chronic Kidney Disease Patients. *Seminars In Dialysis*, 18(2), 71-72. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1525-139x.2005.18202.x>
115. Kimmel, P. L. (2002). Depression in patients with chronic renal disease: What we know and what we need to know. *Journal of Psychosomatic Research*, 53(4), 951–956. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(02\)00310-0](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(02)00310-0)
116. Kimmel, P. L., Cohen, S. D., & Peterson, R. A. (2008). Depression in Patients With Chronic Renal Disease: Where Are We Going? *Journal of Renal Nutrition*, 18(1), 99–103. <https://doi.org/10.1053/j.jrn.2007.10.020>
117. Kimmel, P., Peterson, R., Weihs, K., Simmens, S., Alleyne, S., Cruz, I., & Veis, J. (1998). Psychosocial factors, behavioral compliance and survival in urban hemodialysis patients<sup>11</sup>See Editorial by Levy, p 285. *Kidney International*, 54(1), 245-254. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1523-1755.1998.00989.x>
118. King, M., Marston, L., McManus, S., Brugha, T., Meltzer, H., & Bebbington, P. (2012). Religion, spirituality and mental health: results from a national study of English households. *The British Journal Of Psychiatry*, 202(1), 68-73. <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.112.112003>
119. Kitagawa, M., Sugiyama, H., Morinaga, H., Inoue, T., Takiue, K., Ogawa, A., ... Makino, H. (2013). A Decreased Level of Serum Soluble Klotho Is an Independent Biomarker Associated with Arterial Stiffness in Patients with Chronic Kidney Disease. *PLoS ONE*, 8(2). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0056695>
120. Ko, B., Khurana, A., Spencer, J., Scott, B., Hahn, M. and Hammes, M. (2007). Religious beliefs and quality of life in an American inner-city haemodialysis population. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 22(10),2985-2990.
121. Koenig HG (2008). Concerns about measuring "spirituality" in research. *J Nerv Ment Dis*, 196(5):349-55. doi: 10.1097/NMD.0b013e31816ff796
122. Koenig, H. (1998). Religious attitudes and practices of hospitalized medically ill older adults. *International Journal Of Geriatric Psychiatry*, 13(4), 213-224. [http://dx.doi.org/10.1002/\(sici\)1099-1166](http://dx.doi.org/10.1002/(sici)1099-1166)

123. Koenig, H., Cohen, H., George, L., Hays, J., Larson, D., & Blazer, D. (1997). Attendance at Religious Services, Interleukin-6, and other Biological Parameters of Immune Function in Older Adults. *The International Journal Of Psychiatry In Medicine*, 27(3), 233-250. <http://dx.doi.org/10.2190/40nf-q9y2-0gg7-4wh6>
124. Koenig, H., George, L., & Titus, P. (2004). Religion, Spirituality, and Health in Medically Ill Hospitalized Older Patients. *Journal Of The American Geriatrics Society*, 52(4), 554-562. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.2004.52161.x>
125. Kong, X., Liu, L., Zuo, L., Yuan, P., Li, Z., Li, W., ... Wang, H. (2013). Association between family members of dialysis patients and chronic kidney disease: a multicenter study in China. *BMC Nephrology*, 14, 19. <https://doi.org/10.1186/1471-2369-14-19>
126. Koslander, T., Arvidsson, B. (2007). Patients' conceptions of how the spiritual dimension is addressed in mental health care: a qualitative study. *Journal of Advance Nursing*, 57(6), 597–604.
127. Kroenke, K., Spitzer, R., Williams, J., Monahan, P., & Löwe, B. (2007). Anxiety Disorders in Primary Care: Prevalence, Impairment, Comorbidity, and Detection. *Annals Of Internal Medicine*, 146(5), 317. <http://dx.doi.org/10.7326/0003-4819-146-5-200703060-00004>
128. Kvande, M. N., Klöckner, C. A., Moksnes, U. K., & Espnes, G. A. (2015). Do optimism and pessimism mediate the relationship between religious coping and existential well-being? Examining mechanisms in a Norwegian population sample. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 25(2), 130–151.
129. Lægreid, I., Aasarød, K., Bye, A., Leivestad, T., & Jordhøy, M. (2013). The impact of nutritional status, physical function, comorbidity and early versus late start in dialysis on quality of life in older dialysis patients. *Renal Failure*, 36(1), 9-16. <http://dx.doi.org/10.3109/0886022x.2013.830206>
130. Lai, Y.-J., Hu, H.-Y., Lee, Y.-L., Ku, P.-W., Yen, Y.-F., & Chu, D. (2017). Association between obesity and risk of chronic kidney disease: A nationwide Cohort study in Taiwan. *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases*, 27(11), 1008–1014. <https://doi.org/10.1016/j.numecd.2017.08.006>

131. Lazarus, B., Chen, Y., Wilson, F. P., Sang, Y., Chang, A. R., Coresh, J., & Grams, M. E. (2016). Proton Pump Inhibitor Use and the Risk of Chronic Kidney Disease. *JAMA Internal Medicine*, 176(2), 238–246. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2015.7193>
132. Lazenby, M., Khatib, J., Al-Khair, F., & Neamat, M. (2011). Psychometric properties of the Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-being (FACIT-Sp) in an Arabic-speaking, predominantly Muslim population. *Psycho-Oncology*, 22(1), 220-227. <http://dx.doi.org/10.1002/pon.2062>
133. Lee, M.-C., Wu, S.-F. V., Hsieh, N.-C., & Tsai, J.-M. (2016). Self-Management Programs on eGFR, Depression, and Quality of Life among Patients with Chronic Kidney Disease: A Meta-Analysis. *Asian Nursing Research*, 10(4), 255–262. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2016.04.002>
134. Leventhal H, Hudson S, Robitaille C. Health, coping, and well-being perspectives from social comparison theory. In: Buunk BP, Gibbons FX, editors. *Social Comparison and Health: A Process Model*. Mahweh, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 1997. pp. 411–432.
135. Levey, A. S., & Coresh, J. (2012). Chronic kidney disease. *The Lancet*, 379(9811), 165–180. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60178-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60178-5)
136. Li, E., Feifer, C., & Strohm, M. (2000). A pilot study. *Addictive Behaviors*, 25(4), 633-640. [http://dx.doi.org/10.1016/s0306-4603\(99\)00052-0](http://dx.doi.org/10.1016/s0306-4603(99)00052-0)
137. Lin, H., & Bauer-Wu, S. (2003). Psycho-spiritual well-being in patients with advanced cancer: an integrative review of the literature. *Journal Of Advanced Nursing*, 44(1), 69-80. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02768.x>
138. Lin, M.-Y., Liu, M. F., Hsu, L.-F., & Tsai, P.-S. (2017). Effects of self-management on chronic kidney disease: A meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 74(Supplement C), 128–137. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.06.008>
139. Lindner, A. V., Novak, M., Bohra, M., & Mucsi, I. (2015). Insomnia in Patients With Chronic Kidney Disease. *Seminars in Nephrology*, 35(4), 359–372. <https://doi.org/10.1016/j.semnephrol.2015.06.007>

140. Litbarg, N. O. (2018). Chapter 40 - Chronic Kidney Disease. In D. Rakel (Ed.), *Integrative Medicine (Fourth Edition)* (p. 411–421.e11). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-35868-2.00040-2>
141. Lopes, G., Matos, C., Leite, E., Martins, M., Martins, M., & Silva, L. et al. (2010). Depression as a Potential Explanation for Gender Differences in Health-Related Quality of Life among Patients on Maintenance Hemodialysis. *Nephron Clinical Practice*, 115(1), c35-c40. <http://dx.doi.org/10.1159/000286348>
142. Loureiro, A., de Rezende Coelho, M., Coutinho, F., Borges, L., & Lucchetti, G. (2017). The influence of spirituality and religiousness on suicide risk and mental health of patients undergoing hemodialysis. *Comprehensive Psychiatry*, 80, 39-45. <http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.08.004>
143. Luyckx, V. A., Tuttle, K. R., Garcia-Garcia, G., Gharbi, M. B., Heerspink, H. J. L., Johnson, D. W., ... White, S. L. (2017). Reducing major risk factors for chronic kidney disease. *Kidney International Supplements*, 7(2), 71–87. <https://doi.org/10.1016/j.kisu.2017.07.003>
144. Macdonald, D. A. (2000). Spirituality: Description, measurement, and relation to the Five Factor Model of Personality. *Journal of Personality*, 68(1), 153–197
145. Macdonald, J. H., Fearn, L., Jibani, M., & Marcora, S. M. (2012). Exertional Fatigue in Patients With CKD. *American Journal of Kidney Diseases*, 60(6), 930–939. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2012.06.021>
146. Macharia, K. (2015). Applying Margaret Newman's Theory of Health as Expanding Consciousness to Psychosocial Nursing Care of HIV Infected Patients in Kenya. *American Journal Of Nursing Science*, 4(2), 6. <http://dx.doi.org/10.11648/j.ajns.s.2015040201.12>
147. MacKenna, H. (2002). *Nursing theories and models*. London: Routledge.
148. Mahboub, M., Ghahramani, F., Shamohammadi, Z., & Parazdeh, S. (2014). Relationship between daily spiritual experiences and fear of death in hemodialysis patients. *Journal Of Biology And Today's World*, 3(1). <http://dx.doi.org/10.15412/j.jbtw.01030102>
149. Mahmoodishan, G., Alhani, F., Ahmadi, F., & Kazemnejad, A. (2010). Iranian nurses' perception of spirituality and spiritual care: a qualitative

- content analysis study. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*, 3, 6.
150. Malinakova, K., Kopcakova, J., Kolarcik, P., Geckova, A. M., Solcova, I. P., Husek, V., ... Tavel, P. (2017). The Spiritual Well-Being Scale: Psychometric Evaluation of the Shortened Version in Czech Adolescents. *Journal of Religion and Health*, 56(2), 697–705. <http://doi.org/10.1007/s10943-016-0318-4>
  151. Mandoorah, Q., Shaheen, F., Mandoorah, S., Bawazir, S., & Alshohaib, S. (2014). Impact of demographic and comorbid conditions on quality of life of hemodialysis patients: A cross-sectional study. *Saudi Journal Of Kidney Diseases And Transplantation*, 25(2), 432. <http://dx.doi.org/10.4103/1319-2442.128613>
  152. Martinez, B., & Custodio, R. (2014). Relationship between mental health and spiritual wellbeing among hemodialysis patients: a correlation study. *Sao Paulo Medical Journal*, 132(1), 23-27. <http://dx.doi.org/10.1590/1516-3180.2014.1321606>
  153. Martsolf D.S, Mickley J.R. The concept of spirituality in nursing theories: differing world-views and extent of focus. *J Adv Nurs*. 1998;27(2):294-303.
  154. Mau, LW., Chiu, HC., Chang, PY., Hwang, SC., Hwang, SJ. (2008) Healthrelated quality of life in Taiwanese dialysis patients: effects of dialysis modality. *Kaohsiung Journal odMedical Science*, 24(9), 453-460.
  155. McCarthy, V., Ling, J., & Carini, R. (2013). The Role of Self-Transcendence: A Missing Variable in the Pursuit of Successful Aging?. *Research In Gerontological Nursing*, 6(3), 178-186. <http://dx.doi.org/10.3928/19404921-20130508-01>
  156. McEwen, M., & Wills, E. (2011). *Theoretical basis for nursing*. Philadelphia, Pa. [u.a.]: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
  157. McManus, M. S., & Wynter-Minott, S. (2017). Guidelines for Chronic Kidney Disease: Defining, Staging, and Managing in Primary Care. *The Journal for Nurse Practitioners*, 13(6), 400–410. <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2017.04.017>



158. McSherry, W., & Jamieson, S. (2011). An online survey of nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. *Journal Of Clinical Nursing*, 20(11-12), 1757-1767. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03547.x>
159. McSherry, W., & Jamieson, S. (2013). The qualitative findings from an online survey investigating nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. *Journal Of Clinical Nursing*, 22(21-22), 3170-3182. <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.12411>
160. McSherry, W., Cash, K., & Ross, L. (2004). Meaning of spirituality: implications for nursing practice. *Journal Of Clinical Nursing*, 13(8), 934-941. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2004.01006.x>
161. Mélanie Vachon, Lise Fillion, and Marie Achille. "A conceptual analysis of spirituality at the end of life." *Journal of Palliative Medicine* 12 (2009): 53–59.
162. Melo, G. A. A., Silva, R. A., Silva, M. F. C., Galvão, M. T. G., Silva, V. M., & Caetano, J. Á. (2016). Religiosity and Hope in Patients with Chronic Renal Failure: Coping Strategies. *International Archives of Medicine*, 9. <https://doi.org/10.3823/2004>
163. Minos, Ch., Rekleiti, M., Saridi, M., Filippopoulou, Th., Tzitzikos, G., Souliotis K., Spyridakis, M.(2012). Factors affecting quality of life in end-stage renal disease patients on hemodialysis. *Hellenic Journal of Nursing Science*, 5(2), 64-71.
164. Moberg, O.D (2010). Spirituality Research: Measuring the Immeasurable? *Perspectives on Science and Christian Faith*, 62,2,99-114
165. Monod, S., Lécurveux, E., Rochat, E., Spencer, B., Seematter-Bagnoud, L., Martin-Durussel, A., & Büla, C. (2015). Validity of the FACIT-Sp to Assess Spiritual Well-Being in Elderly Patients. *Psychology*, 06(10), 1311-1322. <http://dx.doi.org/10.4236/psych.2015.610128>
166. Moorehouse, M., Doenges, M., & Murr, A. (2014). *Nursing Care Plans: Guidelines for Individualizing Client Care Across the Life Span*, 9th Edition. FA Davis Company.
167. Moreira-Almeida, A., Lotufo Neto, F., & Koenig, H. (2006). Religiousness and mental health: a review. *Revista Brasileira De Psiquiatria*, 28(3), 242-250. <http://dx.doi.org/10.1590/s1516-44462006005000006>

168. Morita, S., Aihara, O., Tsujii, H., Shimozuma, K., Matsushima, E., Noguchi, W., & Ohno, T. (2004). Reliability and validity of the Functional Assessment of Chronic Illness Therapy?Spiritual (FACIT-Sp) for Japanese patients with cancer. *Supportive Care In Cancer*, 12(4), 240-245. <http://dx.doi.org/10.1007/s00520-003-0582-1>
169. Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K.J., Horne, R., & Cameron, L.D. (2002). The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology & Health*, 17, 1–16.
170. Moxey, A., McEvoy, M., Bowe, S. & Attia, J. 2011. Spirituality, religion, social support and health among older Australian adults. *Australian Journal on Ageing*. 30 (2), pp. 82-88.
171. Mujais, S. K., Story, K., Brouillette, J., Takano, T., Soroka, S., Franek, C., ... Finkelstein, F. O. (2009). Health-related Quality of Life in CKD Patients: Correlates and Evolution over Time. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology: CJASN*, 4(8), 1293–1301. <http://doi.org/10.2215/CJN.05541008>
172. Murphy, P., Canada, A., Fitchett, G., Stein, K., Portier, K., Crammer, C., & Peterman, A. (2010). An examination of the 3-factor model and structural invariance across racial/ethnic groups for the FACIT-Sp: a report from the American Cancer Society's Study of Cancer Survivors-II (SCS-II). *Psycho-Oncology*, 19(3), 264-272. <http://dx.doi.org/10.1002/pon.1559>
173. Musa, A., Pevalin, D., & Al Khalaileh, M. (2017). Spiritual Well-Being, Depression, and Stress Among Hemodialysis Patients in Jordan. *Journal Of Holistic Nursing*, 089801011773668. <http://dx.doi.org/10.1177/0898010117736686>
174. Musgrave, C. F., Allen, C. E., & Allen, G. J. (2002). Spirituality and health for women of color. *American Journal of Public Health*, 92, 557-560
175. Nasri, H., & Amiri, M. (2017). World kidney day 2017 with the theme of kidney disease and obesity. *Annals of Research in Dialysis*, 2(1).
176. Natale, P., Ruospo, M., Saglimbene, V. M., Palmer, S. C., & Strippoli, G. F. (2017). Interventions for improving sleep quality in people with chronic kidney disease. In *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012625>

177. National Institute for Health and Clinical Excellence, 2010. Depression: The Treatment and Management of Depression in Adults (Updated Edition). CG90. National Institute for Health and Clinical Excellence, London.
178. National Kidney Foundation. (2002). K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification and stratification. *American Journal of Kidney Diseases*, 39, 1-246.
179. Nelson, J. M. (2009). Psychology, religion, and spirituality. In J. M. Nelson (Ed.), *Psychology, religion, and spirituality* (pp. 311–345). New York, NY: Springer.
180. Nelson-Becker, H. (2018). *Spirituality, religion, and aging*. California:Sage
181. Ng, H., Tan, W., Mooppil, N., Newman, S., & Griva, K. (2014). Prevalence and patterns of depression and anxiety in hemodialysis patients: A 12-month prospective study on incident and prevalent populations. *British Journal Of Health Psychology*, 20(2), 374-395. <http://dx.doi.org/10.1111/bjhp.12106>
182. Nightingale, F. (1969). *Notes on nursing: What it is and what it is not*. New York: Dover Publications, Inc.
183. Nyarko, K. (2014). Illness Perception, Religiosity and Mental Health of Diabetic Patients in Ghana. *American Journal Of Applied Psychology*, 3(1), 12. <http://dx.doi.org/10.11648/j.ajap.20140301.13>
184. O'Brien, M.E. (2003). A middle-range theory of spiritual well-being in illness. *Parish nursing: healthcare ministry within the church*.
185. Obadan, N. O., Walker, R. J., & Egede, L. E. (2017). Independent correlates of chronic kidney disease awareness among adults with type 2 diabetes. *Journal of Diabetes and Its Complications*, 31(6), 988–991. <https://doi.org/10.1016/j.jdiacomp.2017.03.004>
186. Obrador, G. T., Schultheiss, U. T., Kretzler, M., Langham, R. G., Nangaku, M., Pecoits-Filho, R., ... Köttgen, A. (2017). Genetic and environmental risk factors for chronic kidney disease. *Kidney International Supplements*, 7(2), 88–106. <https://doi.org/10.1016/j.kisu.2017.07.004>
187. O'Brien, M. (2004). *A nurse's handbook of spiritual care*. Sudbury, Mass.: Jones and Bartlett Publishers.

188. Ottaviani, A., Souza, É., Drago, N., Mendiondo, M., Pavarini, S., & Orlandi, F. (2014). Hope and spirituality among patients with chronic kidney disease undergoing hemodialysis: a correlational study. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*, 22(2), 248-254. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3323.2409>
189. Pajnkihar, M., Štiglic, G., & Vrbnjak, D. (2017). The concept of Watson's carative factors in nursing and their (dis)harmony with patient satisfaction. *PeerJ*, 5, e2940. <http://doi.org/10.7717/peerj.2940>
190. Palmer, B. F. (2003). Sexual Dysfunction in Men and Women With Chronic Kidney Disease and End-Stage Kidney Disease. *Advances in Renal Replacement Therapy*, 10(1), 48–60. <https://doi.org/10.1053/jarr.2003.50003>
191. Paloutzian, R. F., & Ellison, C.W. (1982). Loneliness, spiritual well-being, and quality of life. In L. A. Peplau & D. Perlman (Eds.), *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy*. New York: Wiley.
192. Papathanasiou, I. (2013). Holistic Nursing Care: Theories and Perspectives. *American Journal Of Nursing Science*, 2(1), 1. <http://dx.doi.org/10.11648/j.ajns.20130201.11>
193. Paredes, A., & Pereira, M. (2017). Spirituality, Distress and Posttraumatic Growth in Breast Cancer Patients. *Journal Of Religion And Health*. <http://dx.doi.org/10.1007/s10943-017-0452-7>
194. Pargament, K., Koenig, H., Tarakeshwar, N., & Hahn, J. (2004). Religious Coping Methods as Predictors of Psychological, Physical and Spiritual Outcomes among Medically Ill Elderly Patients: A Two-year Longitudinal Study. *Journal Of Health Psychology*, 9(6), 713-730. <http://dx.doi.org/10.1177/1359105304045366>
195. Pargament, K.I., & Mahoney, A. (2002). Spirituality: The discovery and conservation of the sacred. In CR. Snyder & S.J. Lopez (Eds.), *Handbook of Positive Psychology* (pp. 646-659). New York: Oxford University Press.
196. Parse, R. Human becoming: Parse's theory of nursing. *Nursing Science Quarterly*, 5, 35-42.
197. Parsian, N., & AM, T. (2009). Developing and Validating a Questionnaire to Measure Spirituality: A Psychometric Process. *Global Journal Of Health Science*, 1(1). <http://dx.doi.org/10.5539/gjhs.v1n1p2>

198. Parvan, K., Iakdizaji, S., Roshangar, F., & Mostofi, M. (2013). Quality of Sleep and its Relationship to Quality of Life in Hemodialysis Patients. *Journal of Caring Sciences*, 2(4), 295–304. <http://doi.org/10.5681/jcs.2013.035>
199. Pascoe, M. C., Thompson, D. R., Castle, D. J., McEvedy, S. M., & Ski, C. F. (2017). Psychosocial Interventions for Depressive and Anxiety Symptoms in Individuals with Chronic Kidney Disease: Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Psychology*, 8. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00992>
200. Patel, S., Shah, V., Peterson, R., & Kimmel, P. (2002). Psychosocial variables, quality of life, and religious beliefs in ESRD patients treated with hemodialysis. *American Journal Of Kidney Diseases*, 40(5), 1013-1022. <http://dx.doi.org/10.1053/ajkd.2002.36336>
201. Penha, R., & Silva, M. (2012). Significado de espiritualidade para a enfermagem em cuidados intensivos. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 21(2), 260-268. <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-07072012000200002>
202. Perlman, R. L., Finkelstein, F. O., Liu, L., Roys, E., Kiser, M., Eisele, G., ... Saran, R. (2005). Quality of life in Chronic Kidney Disease (CKD): A cross-sectional analysis in the Renal Research Institute-CKD study. *American Journal of Kidney Diseases*, 45(4), 658–666. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2004.12.021>
203. Peterman, A. H., Reeve, C. L., Winford, E. C., Salsman, J. M., Tsevat, J., Cotton, S., ... Campbell, C. (2014). Measuring Meaning and Peace With the FACIT–Spiritual Well-Being Scale: Distinction Without a Difference? *Psychological Assessment*, 26(1), 127–137. <http://doi.org/10.1037/a0034805>
204. Peterman, A., Fitchett, G., Brady, M., Hernandez, L., & Cella, D. (2002). Measuring spiritual well-being in people with cancer: The functional assessment of chronic illness therapy—spiritual well-being scale (FACIT-Sp). *Annals Of Behavioral Medicine*, 24(1), 49-58. [http://dx.doi.org/10.1207/s15324796abm2401\\_06](http://dx.doi.org/10.1207/s15324796abm2401_06)
205. Pilger, C., Santos, R., Lentsck, M., Marques, S. and Kusumota, L. (2017). Spiritual well-being and quality of life of older adults in hemodialysis. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(4), 689-696.

206. Pour Ashouri, F., Hamadiyan, H., Nafisi, M., Parvizpanah, A., & Rasekhi, S. (2016). The relationships between religion/spirituality and Mental and Physical Health: A review. *Hums-Iejm*, 5(2), 28–34.
207. Preljevic, V., Østhus, T., Os, I., Sandvik, L., Opjordsmoen, S., Nordhus, I., & Dammen, T. (2013). Anxiety and depressive disorders in dialysis patients: association to health-related quality of life and mortality. *General Hospital Psychiatry*, 35(6), 619-624. <http://dx.doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2013.05.006>
208. Puchalski, C., Ferrell, B., Virani, R., Otis-Green, S., Baird, P., & Bull, J. et al. (2009). Improving the Quality of Spiritual Care as a Dimension of Palliative Care: The Report of the Consensus Conference. *Journal Of Palliative Medicine*, 12(10), 885-904. <http://dx.doi.org/10.1089/jpm.2009.0142>
209. Raja Lexshimi, R.G., Mohd Fahmi, E., Lee, S.C., Nor Suhana, H., Norhazirah, H., Sh Ezat, A. (2014). Spirituality and mental adjustment as coping strategies among women with breast cancer. *Malaysian Journal of Public Health Medicine*, 14(1), 1-9.
210. Reed, P. G. (2011). The spiral path of nursing knowledge. In P. G. Reed & N. B. C. Shearer (Eds.), *Nursing knowledge and theory innovation: Advancing the science of nursing practice* (pp. 1–35). New York, NY: Springer.
211. Reed, P.G. (1987). Spirituality and well-being in terminally ill hospitalized adults. *Research in Nursing and Health*, 10, 335–344.
212. Reed, P.G. (1991). Toward a nursing theory of self-transcendence: Deductive reformulation using developmental theories. *Advances in Nursing Science*, 13(4), 64-77.
213. Relf, M. (1997). Illuminating Meaning and Transforming Issues of Spirituality in HIV Disease and AIDS: An Application of Parse's Theory of Human Becoming. *Holistic Nursing Practice*, 12(1), 1-8. <http://dx.doi.org/10.1097/00004650-199710000-00003>
214. Ricardo, A. C., Goh, V., Chen, J., Cedillo-Couvert, E., Kapella, M., Prasad, B., ... Lash, J. P. (2017). Association of Sleep Duration, Symptoms, and Disorders With Mortality in Adults With Chronic Kidney Disease. *Kidney*

International Reports, 2(5), 866–873.  
<https://doi.org/10.1016/j.ekir.2017.05.002>

215. Ring, T. (2000). Physical symptoms and quality of life in patients on chronic dialysis: results of The Netherlands Cooperative Study on Adequacy of dialysis (NECOSAD). *Nephrology Dialysis Transplantation*, 15(2), 280-281. <http://dx.doi.org/10.1093/ndt/15.2.280>
216. Roddenberry, A., & Renk, K. (2010). Locus of Control and Self-Efficacy: Potential Mediators of Stress, Illness, and Utilization of Health Services in College Students. *Child Psychiatry & Human Development*, 41(4), 353-370. <http://dx.doi.org/10.1007/s10578-010-0173-6>
217. Rossignol, P., Massy, Z. A., Azizi, M., Bakris, G., Ritz, E., Covic, A., ... Fouque, D. (2015). The double challenge of resistant hypertension and chronic kidney disease. *The Lancet*, 386(10003), 1588–1598. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00418-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00418-3)
218. Saffari, M., Pakpour, A., Naderi, M., Koenig, H., Baldacchino, D., & Piper, C. (2013). Spiritual coping, religiosity and quality of life: A study on Muslim patients undergoing haemodialysis. *Nephrology*, 18(4), 269-275. <http://dx.doi.org/10.1111/nep.12041>
219. Saisunantararom, W., Cheawchanwattana, A., Kanjanabuch, T., Buranapatana, M., & Chanthapasa, K. (2015). Associations among Spirituality, Health-Related Quality of Life, and Depression in Pre-Dialysis Chronic Kidney Disease Patients: An Exploratory Analysis in Thai Buddhist Patients. *Religions*, 6(4), 1249-1262. <http://dx.doi.org/10.3390/rel6041249>
220. Salsman, J. M., Pustejovsky, J. E., Jim, H. S. L., Munoz, A. R., Merluzzi, T. V., George, L., Park, C. L., Danhauer, S. C., Sherman, A. C., Snyder, M. A. and Fitchett, G. (2015), A meta-analytic approach to examining the correlation between religion/spirituality and mental health in cancer. *Cancer*, 121: 3769–3778. doi:10.1002/cncr.29350
221. Santos, P., Daher, E., Silva, G., Libório, A., & Kerr, L. (2009). Quality of life assessment among haemodialysis patients in a single centre: a 2-year follow-up. *Quality Of Life Research*, 18(5), 541-546. <http://dx.doi.org/10.1007/s11136-009-9474-2>
222. Seica, A., Segall, L., Verzan, C., Vaduva, N., Madincea, M., & Rusoiu, S. et al. (2008). Factors affecting the quality of life of haemodialysis patients

- from Romania: a multicentric study. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 24(2), 626-629. <http://dx.doi.org/10.1093/ndt/gfn506>
223. Seidlitz, L., Abernethy, A., Duberstein, P., Evinger, J., Chang, T., & Lewis, B. (2002). Development of the Spiritual Transcendence Index. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 41(3), 439–453. doi:10.1111/1468-5906.00129
224. Shaw, A., Joseph, S., & Linley, P. A. (2005). Religion, spirituality, and posttraumatic growth: A systematic review. *Mental Health, Religion & Culture*, 8(1), 1–11.
225. Shirazian, S., Grant, C. D., Aina, O., Mattana, J., Khorassani, F., & Ricardo, A. C. (2017). Depression in Chronic Kidney Disease and End-Stage Renal Disease: Similarities and Differences in Diagnosis, Epidemiology, and Management. *Kidney International Reports*, 2(1), 94–107. <https://doi.org/10.1016/j.ekir.2016.09.005>
226. Siegel, K., & Schrimshaw, E. (2002). The Perceived Benefits of Religious and Spiritual Coping Among Older Adults Living with HIV/AIDS. *Journal For The Scientific Study Of Religion*, 41(1), 91-102. <http://dx.doi.org/10.1111/1468-5906.00103>
227. Silva Junior, G. B. da, Barbosa, A. M. de O., Silva, G. P. F. da, Silva, L. N. da, Lima, G. R., Santana, C. C., ... Araújo, S. M. H. A. (2017). Depressive symptoms in chronic kidney disease: A comparison between patients on dialysis versus conservative treatment. *Nefrología Latinoamericana*. <https://doi.org/10.1016/j.nefrol.2017.05.001>
228. Smith, D. W. (1994). Toward developing a theory of spirituality. *Visions: The Journal of Rogerian Nursing Science*, 2, 35-43
229. Smith, M., & Liehr, P. (2014). *Middle Range Theory for Nursing* (3rd ed.). New York: Springer publishing.
230. Sodhi, R., & Dr. Manju. (2012). Spiritually and mental health among normal and chronic disease group. *International Journal Of Research Studies In Psychology*, 2(1). <http://dx.doi.org/10.5861/ijrsp.2012.106>
231. Soni, R. K., Weisbord, S. D., & Unruh, M. L. (2010). Health-related quality of life outcomes in Chronic kidney disease. *Current Opinion in Nephrology and Hypertension*, 19(2), 153–159. <https://doi.org/10.1097/MNH.0b013e328335f939>



232. Sørensen, T., Dahl, A. A., Fosså, S. D., Holmen, J., Lien, L., & Danbolt, L. J. (2012). Is 'seeking God's help' associated with life satisfaction and disease-specific quality of life in cancer patients? The HUNT Study. *Archive for the Psychology of Religion*, 34(2), 191–213. doi:10.1163/15736121-12341237
233. Soriano, C., Sarmiento, W., Songco, F., Macindo, J., & Conde, A. (2016). Socio-demographics, spirituality, and quality of life among community-dwelling and institutionalized older adults: A structural equation model. *Archives Of Gerontology And Geriatrics*, 66, 176-182. <http://dx.doi.org/10.1016/j.archger.2016.05.011>
234. Stengel, B., Combe, C., Jacquelinet, C., Briançon, S., Fouque, D., Laville, M., ... Massy, Z. A. (2014). The French Chronic Kidney Disease-Renal Epidemiology and Information Network (CKD-REIN) cohort study. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 29(8), 1500–1507. <https://doi.org/10.1093/ndt/gft388>
235. Stevenson, A. (2010). *Oxford dictionary of English*. New York, NY: Oxford University Press.
236. Stojković, S., Prlić, N. (2012). Effect of faith on the acceptance of chronic disease patients. *South Eastern Europe Health Sciences Journal*, 2(1), 52-6.
237. Sugisawa, H., Shimizu, Y., Kumagai, T., Sugisaki, H., Ohira, S., & Shinoda, T. (2016). Effects of socioeconomic status on physical and mental health of hemodialysis patients in Japan: differences by age, period, and cohort. *International Journal of Nephrology and Renovascular Disease*, 9, 171–182. <http://doi.org/10.2147/IJNRD.S107031>
238. Tabachnick, B., & Fidell, L. (2003). *Using multivariate statistics*. Boston: Allyn and Bacon.
239. Taheri Kharame, Z., Zamanian, H., Foroozanfar, S., & Afsahi, S. (2014). Religious Wellbeing as a Predictor for Quality of Life in Iranian Hemodialysis Patients. *Global Journal Of Health Science*, 6(4). <http://dx.doi.org/10.5539/gjhs.v6n4p261>
240. Tanyi, R., & Werner, J. (2003). Adjustment, Spirituality, and Health in Women on Hemodialysis. *Clinical Nursing Research*, 12(3), 229-245. <http://dx.doi.org/10.1177/1054773803253163>

241. Tarakeshwar, N., Khan, N., & Sikkema, K. (2006). A Relationship-Based Framework of Spirituality for Individuals with HIV. *AIDS And Behavior*, 10(1), 59-70. <http://dx.doi.org/10.1007/s10461-005-9052-8>
242. Taskapan, H., Ates, F., Kaya, B., Emul, M., Kaya, M., Taskapan, C., & Sahin, I. (2005). Psychiatric disorders and large interdialytic weight gain in patients on chronic haemodialysis. *Nephrology*, 10(1), 15-20. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1440-1797.2005.00321.x>
243. Taylor E., Park C., Pfeiffer J.(2014)Nurse religiosity and spiritual care. *Journal of Advanced Nursing*. 70(11): 2612-2621.
244. Tel H.(2009).Determining quality of life and sleep in hemodialysis patients. *Dialysis & Transplantation*,38(6),210–5.
245. Tezel, A., Karabulutlu, E., & Şahin, Ö. (2011). Depression and perceived social support from family in Turkish patients with chronic renal failure treated by hemodialysis. *Journal of Research in Medical Sciences : The Official Journal of Isfahan University of Medical Sciences*, 16(5), 666–673.
246. Theofilou P, Kapsalis F, Panagiotaki H.(2012). Greek version of MVQOLI-15: translation and cultural adaptation. *Int J Caring Sci* ,5,289-94.
247. Theofilou, P. (2011). Depression and Anxiety in Patients with Chronic Renal Failure: The Effect of Sociodemographic Characteristics. *International Journal of Nephrology*, 2011, 514070. <http://doi.org/10.4061/2011/514070>
248. 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), 17. <http://dx.doi.org/10.4081/hpr.2013.1004>
249. Thomas, T., Blumling, A. and Delaney, A. 2015. The influence of religiosity and spirituality on rural parents' health decision making and human papillomavirus vaccine choices. *Advances in Nursing Science*. 38 (4), pp. E1-E12.
250. Timmins, F., & Caldeira, S. (2017). Understanding spirituality and spiritual care in nursing. *Nursing Standard*, 31(22), 50-57. <http://dx.doi.org/10.7748/ns.2017.e10311>
251. Tselebis A, Bratis D, Kosmas E, Harikiopoulou M, Theodorakopoulou E, Dumitru S, Moussas G, Karkanias A, Ilias I, Siafakas N, Vgontzas A,

- Tzanakis N. (2011). Psychological symptom patterns and vital exhaustion in outpatients with chronic obstructive pulmonary disease. *Ann Gen Psychiatry*, 10,32.
252. 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. doi: 10.11648/j.ajns.s.2015040201.22
253. Turkistani, I., Nuqali, A., Badawi, M., Taibah, O., Alserihy, O., Morad, M., & Kalantan, E. (2014). The prevalence of anxiety and depression among end-stage renal disease patients on hemodialysis in Saudi Arabia. *Renal Failure*, 36(10), 1510-1515. <http://dx.doi.org/10.3109/0886022x.2014.949761>
254. Twycross, A, Shields, L. (2004). Validity and reliability - What's it all about? Part 2 Reliability in quantitative studies. *Paediatric Care*, 16 (10), 36-36
255. Underwood, L.G.; Teresi, J.A. The Daily Spiritual Experience Scale: Development, theoretical description, reliability, exploratory factor analysis, and preliminary construct validity using health-related data. *Ann. Behav. Med.* 2002, 24, 22-3
256. Valderrábano, F., Jofre, R., & López-Gómez, J. (2001). Quality of life in end-stage renal disease patients. *American Journal Of Kidney Diseases*, 38(3), 443-464. <http://dx.doi.org/10.1053/ajkd.2001.26824>
257. Vaske, I., Kenn, K., Keil, D., Rief, W., & Stenzel, N. (2016). Illness perceptions and coping with disease in chronic obstructive pulmonary disease: Effects on health-related quality of life. *Journal Of Health Psychology*, 22(12), 1570-1581. <http://dx.doi.org/10.1177/1359105316631197>
258. Vecchio, M., Navaneethan, S. D., Johnson, D. W., Lucisano, G., Graziano, G., Querques, M., ... Strippoli, G. F. M. (2010). Treatment Options for Sexual Dysfunction in Patients with Chronic Kidney Disease: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 5(6), 985–995. <https://doi.org/10.2215/CJN.09081209>
259. Venuthurupalli, S. K., Hoy, W. E., Healy, H. G., Cameron, A., & Fassett, R. G. (2017). Chronic Kidney Disease Screening and Surveillance in

- Australia: Past, Present, and Future. *Kidney International Reports*.  
<https://doi.org/10.1016/j.ekir.2017.09.012>
260. Vilhena, E., Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Pedro, L., Meneses, R. F., Cardoso, H., ... Mendonça, D. (2014). Psychosocial factors as predictors of quality of life in chronic portuguese patients. *Health and Quality of Life Outcomes*, 12, 3. <http://doi.org/10.1186/1477-7525-12-3>
261. Vinaccia, S., Quiceno, J., & Remor, E. (2012). Resilience, illness perception of disease, beliefs and spiritual-religious coping in relation to the health-related quality of life in chronic colombian patients. *Anales De Psicología*, 28(2). <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.28.2.148821>
262. Wachelder, E., Moulaert, V., van Heugten, C., Gorgels, T., Wade, D., & Verbunt, J. (2016). Dealing with a life changing event: The influence of spirituality and coping style on quality of life after survival of a cardiac arrest or myocardial infarction. *Resuscitation*, 109, 81-86. <http://dx.doi.org/10.1016/j.resuscitation.2016.09.025>
263. Wang, M., Liu, Q., Wang, H., Li, X., & Zhang, S. (2000). Psychological characteristics in maintenance hemodialysis patients. *Hong Kong Journal Of Nephrology*, 2(1), 19-22. [http://dx.doi.org/10.1016/s1561-5413\(09\)60028-4](http://dx.doi.org/10.1016/s1561-5413(09)60028-4)
264. Watson J (1988) *Nursing: Human Science and Human Care a Theory of Nursing*. New York, NY: National League for Nursing.
265. Watson, J. (1979). *Nursing: The Philosophy and Science of Caring*. Little, Brown and Co.
266. Weber, S., & Pargament, K. (2014). The role of religion and spirituality in mental health. *Current Opinion In Psychiatry*, 27(5), 358-363. <http://dx.doi.org/10.1097/ycp.0000000000000080>
267. Webster, A. C., Nagler, E. V., Morton, R. L., & Masson, P. (2017). Chronic Kidney Disease. *The Lancet*, 389(10075), 1238–1252. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32064-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32064-5)
268. WHO, (2017) Process of translation and adaptation of instruments. *Who.int*. Retrieved 6 July 2017, from [http://www.who.int/substance\\_abuse/research\\_tools/translation/en/](http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/)

269. Withers A, Zuniga K, Van Sell SL (2017) Spirituality: A Concept Analysis. *Int J Nurs Clin Pract* 4: 234. doi: <https://doi.org/10.15344/2394-4978/2017/234>
270. Withers, A., Zuniga, K., & Sell, S. (2017). Spirituality: Concept Analysis. *International Journal Of Nursing & Clinical Practices*, 4(1). <http://dx.doi.org/10.15344/2394-4978/2017/234>
271. Yang, S., Kuo, P., Wang, J., Lin, M., & Su, S. (2005). Quality of Life and Its Determinants of Hemodialysis Patients in Taiwan Measured With WHOQOL-BREF(TW). *American Journal Of Kidney Diseases*, 46(4), 635-641. <http://dx.doi.org/10.1053/j.ajkd.2005.06.015>
272. Yodchai, K., Dunning, T., Savage, S., & Hutchinson, A. (2016). The role of religion and spirituality in coping with kidney disease and haemodialysis in Thailand. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 31(2), 359-367. <http://dx.doi.org/10.1111/scs.12355>
273. Yong, A, Pearce, S.(2013).A Beginner's Guide to Factor Analysis: Focusing on Exploratory Factor Analysis. *Tutorials in Quantitative Methods for Psychology*, 9(2),79-94.
274. Yong, D., Kwok, A., Wong, D., Suen, M., Chen, W., & Tse, D. (2009). Symptom burden and quality of life in end-stage renal disease: a study of 179 patients on dialysis and palliative care. *Palliative Medicine*, 23(2), 111-119. <http://dx.doi.org/10.1177/0269216308101099>
275. Yoong, R. K., Mooppil, N., Khoo, E. Y., Newman, S. P., Lee, V. Y., Kang, A. W., & Griva, K. (2017). Prevalence and determinants of anxiety and depression in end stage renal disease (ESRD). A comparison between ESRD patients with and without coexisting diabetes mellitus. *Journal of Psychosomatic Research*, 94(Supplement C), 68–72. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.01.009>
276. Younas, A., & Parveen, S. (2017). Finding Patterns of Meaning: Margaret Newman's Theory of Health as Expanding Consciousness. *Creative Nursing*, 23(4), 207-214. <http://dx.doi.org/10.1891/1078-4535.23.4.207>
277. Zalai, D., Szeifert, L., & Novak, M. (2012). Psychological Distress and Depression in Patients with Chronic Kidney Disease. *Seminars in Dialysis*, 25(4), 428–438. <https://doi.org/10.1111/j.1525-139X.2012.01100.x>

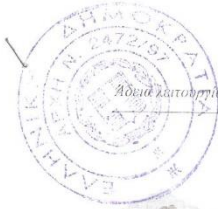
278. Zhou, X., Xue, F., Wang, H., Qiao, Y., Liu, G., & Huang, L. et al. (2017). The quality of life and associated factors in patients on maintenance hemodialysis – a multicenter study in Shanxi province. *Renal Failure*, 39(1), 707-711. <http://dx.doi.org/10.1080/0886022x.2017.1398095>
279. Zinnbauer, B. J., & Pargament, K. I. (2005). Religiousness and spirituality. In R. F. Paloutzian & C. L. Park (Eds.), *Handbook of the psychology of religion and spirituality* (pp. 21-42). New York, NY: Guilford Press.
280. Zinnbauer, B., Pargament, K., Cole, B., Rye, M., Butter, E., Belavich, T., et al. (1997). Religion and spirituality: Unfuzzifying the fuzzy. *Journal of Scientific Study of Religion*, 36, 549-564.
281. Zullig, K., Ward, R., & Horn, T. (2006). The Association Between Perceived Spirituality, Religiosity, and Life Satisfaction: The Mediating Role of Self-Rated Health. *Social Indicators Research*, 79(2), 255-274. <http://dx.doi.org/10.1007/s11205-005-4127-5>
282. Zwingmann, C., Klein, C., & Büssing, A. (2011). Measuring Religiosity/Spirituality: Theoretical Differentiations and Categorization of Instruments. *Religions*, 2(4), 345-357. <http://dx.doi.org/10.3390/rel2030345>
283. Zyga, S., Alikari, V., Sachlas, A., Fradelos, E., Stathoulis, J., & Panoutsopoulos, G. et al. (2015). Assessment of Fatigue in End Stage Renal Disease Patients Undergoing Hemodialysis: Prevalence and Associated Factors. *Medical Archives*, 69(6), 376. <http://dx.doi.org/10.5455/medarh.2015.69.376-380>
284. Zyga, S. (2015). Assessing Patients Spirituality: A New Age Holistic Approach or a Forgotten Nursing Practice? *Health Science Journal*, 9(3), 1
285. Ζυγά, Σ. (2017). Χρόνια Νεφρική Νόσος και Ποιότητα Ζωής. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα.
286. Θεοφίλου, Π. (2010). Ψυχιατρικές διαταραχές στη χρόνια περιοδική αιμοκάθαρση. Το βήμα του Ασκληπιού, 9(4), 420-440.
287. Μητσόπουλος, Θ., & Κυρίτση, Μ. (2007). Λεξικό νεοελληνικής γλώσσας - ορθογραφικό - ερμηνευτικό συνωνύμων - ανωνύμων (3rd ed.). Αθήνα: Ελληνοεκδοτική.
288. Μπουγά, Γ., Πιτσιώνης Γ. (2014). Ψυχιατρικές διαταραχές αιμοκαθαιρομένων ασθενών. *Περιεγχειρητική νοσηλευτική*, 1(2), 80-878.

289. Ντόνιας, Σ., Καραστεργίου, Α., Μάνος, Ν. (1991). Στάθμιση της κλίμακας ψυχοπαθολογίας Symptom checklist 90-R σε ελληνικό πληθυσμό. Ψυχιατρική, 2, 42-48.

## **Παρορτήματα**



## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι: Άδειες διεξαγωγής μελέτης



Άδεια λειτουργίας αρχείου με ευαίσθητα δεδομένα σύμφωνα με το άρθρο 7 του Ν. 2472/1997



Αθήνα, 04-08-2016

Αριθ. Πρωτ.: ΓΝ/ΕΞ/4670-2/04-08-2016

ΑΡΧΗ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ  
ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ

Δ/ση Γραμματείας  
Τμήμα : Ελεγκτών  
Ταχ. Δ/ση : Κηφισίας 1-3, Αθήνα  
Ταχ. Κώδ. : 115 23  
Πληροφ. : Φερενίκη Παναγοπούλου  
Τηλ. : 210-6475654  
Fax : 210-6475628  
Email : [contact@dpa.gr](mailto:contact@dpa.gr)  
Ιστοσελίδα : [www.dpa.gr](http://www.dpa.gr)

Ευάγγελος Φραδέλος,  
Ευδόξου 12-14, Ν. Κόσμος, Αθήνα

Αρ. Αδείας: 1716



**ΑΔΕΙΑ ΙΔΡΥΣΗΣ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΑΡΧΕΙΟΥ ΜΕ ΕΥΑΙΣΘΗΤΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ -  
ΑΡΘΡΟ 7 Ν. 2472/1997**

Η Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα συνεδρίασε σε σύνθεση Τμήματος στην έδρα της την Πέμπτη 4.8.2016 και ώρα 10:00 μετά από πρόσκληση του Προέδρου της, για να εξετάσει τη με αρ. πρωτ. της Αρχής Γ/ΕΙΣ/4516/18.7.2016 αίτηση της MEDIFIL ΙΔΙΩΤΙΚΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ Α.Ε. σχετικά με τη χορήγηση άδειας από την Αρχή, προκειμένου να επιτρέψει στον ερευνητή Ευάγγελο Φραδέλο την πρόσβαση στο αρχείο του της MEDIFIL ΙΔΙΩΤΙΚΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ Α.Ε. για τη συλλογή ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων υγείας για διενέργεια επιστημονικής μελέτης (διδακτορικής διατριβής) στην Σχολή Επιστημών Ανθρώπινης Κίνησης και Ποιότητας Ζωής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου με θέμα «Η επίδραση της πνευματικότητας στην ποιότητα ζωής ασθενών με χρόνια νεφρική νόσο και η συσχέτιση της με την ψυχική υγεία και τις γνωσιακές τους αντιλήψεις» και με επιβλέπουσα Καθηγήτρια την Σοφία Ζύγα.

Παρέστησαν ο Πρόεδρος Πέτρος Χριστόφορος, και τα αναπληρωματικά μέλη, Γρηγόριος Λαζαράκος, Χαράλαμπος Ανθόπουλος, ως εισηγητής, σε αντικατάσταση των τακτικών μελών Αναστάσιου – Ιωάννη Μεταξά, Δημητρίου Μπριόλα, οι οποίοι αν και εκλήθησαν νομίμως εγγράφως δεν παρέστησαν λόγω κωλύματος. Δεν παρέστησαν, αν και εκλήθησαν νομίμως εγγράφως, το τακτικό μέλος Αντώνιος Συμβώνης και το αναπληρωματικό μέλος αυτού Παναγιώτης Ροντογιάννης. Παρούσης χωρίς δικαίωμα ψήφου ήταν η Φερενίκη Παναγοπούλου, νομική ελέγκτρια, ως βοηθός εισηγητή και η Ειρήνη Παπαγεωργοπούλου, υπάλληλος του τμήματος διοικητικών και οικονομικών υποθέσεων, ως γραμματέας.

Η Αρχή αφού άκουσε τον εισηγητή Χ. Ανθόπουλο και τις διευκρινίσεις από τη βοηθό εισηγήτρια Φ. Παναγοπούλου, η οποία παρέστη χωρίς δικαίωμα ψήφου και αποχώρησε μετά τη συζήτηση της υποθέσεως και πριν από τη διάσκεψη και τη λήψη αποφάσεως, σκέφτηκε σύμφωνα με το νόμο και αποφάσισε τη χορήγηση της παρακάτω άδειας ίδρυσης και λειτουργίας αρχείου με ευαίσθητα δεδομένα, σύμφωνα με τα οριζόμενα στη διάταξη του άρθρου 7 παρ. 2 στοιχ. α' του ν. 2472/1997.

**ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑΣ:** Ευάγγελος Φραδέλος

**ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΥΠΕΥΘΥΝΟΥ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑΣ:** Ευδόξου 12-14, Ν. Κόσμος, Αθήνα

**ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΕΓΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΑΡΧΕΙΟΥ:** MEDIFIL ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ Α.Ε., Λ. Κωνσταντινουπόλεως 45, Περιστέρι.

**ΕΙΔΟΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ:** ευαίσθητα δεδομένα υγείας (κατά κύριο λόγο δεδομένα παθήσεως και διάφορες παραμέτρους ποιότητας ζωής) ασθενών της MEDIFIL ΙΔΙΩΤΙΚΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ Α.Ε.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Επιστημονική Έρευνα. Αξιολόγηση σχέσης πνευματικότητας με την ποιότητα ζωής ασθενών. Η έρευνα της καταστάσεως ψυχικής υγείας των ασθενών.

*Άδεια λειτουργίας αρχείου με ευαίσθητα δεδομένα σύμφωνα με το άρθρο 7 του Ν. 2472/1997*

**ΠΗΓΕΣ:** Τα δεδομένα θα συλλεχθούν από ασθενείς της MEDIFIL ΙΔΙΩΤΙΚΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ Α.Ε. πάσχοντες από Χρόνια Νεφρική Νόσο σταδίου 3,4 και τελικού σταδίου με τη συγκατάθεση των ασθενών.

**ΧΡΟΝΙΚΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΑΔΕΙΑΣ:** Η άδεια ισχύει μέχρι την ολοκλήρωση της διεξαγωγής της έρευνας και όχι πέραν της πενταετίας από την έκδοσή της.

**ΕΙΔΟΣ ΑΔΕΙΑΣ:** Άδεια λειτουργίας αρχείου με ευαίσθητα δεδομένα σύμφωνα με το άρθρο 7 παρ. 2 περ. α' και στ' του ν. 2472/1997.

**ΕΚΤΑΣΗ ΤΗΣ ΑΔΕΙΑΣ:** Η άδεια προσδιορίζεται από τον προαναφερόμενο σκοπό επεξεργασίας και περιλαμβάνει όλες τις εγκαταστάσεις του υπεύθυνου επεξεργασίας.

**ΠΑΡΑΒΟΛΟ:** 30 ευρώ



### ΟΡΟΙ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΤΗΣ ΑΔΕΙΑΣ:

1. Κάθε μεταβολή των στοιχείων που αναφέρονται στην παρούσα άδεια πρέπει να γνωστοποιείται αμέσως στην Αρχή.
2. Όσον αφορά τη διαδικασία διεξαγωγής της έρευνας, η πρόσβαση του ερευνητή στα σχετικά αρχεία θα γίνει στον χώρο τήρησής τους, ώστε να μην εκφύγουν από την σφαίρα επιρροής του υπεύθυνου κατόχου των αρχείων. Ο ερευνητής θα θέσει υπό επεξεργασία από το αρχείο μόνον όσα στοιχεία είναι, κατά την επιστημονική του κρίση, απαραίτητα για την ολοκλήρωση του ερευνητικού του έργου και κατά την ολοκλήρωση της έρευνας ολικώς ή μερικώς και πριν τη δημοσίευση ή καθ' οιονδήποτε άλλο τρόπο χρήση των αποτελεσμάτων της, συνολικά ή κατά στάδια, θα προβεί στην ανωνυμοποίηση των προσωπικών δεδομένων που έχει συλλέξει και θα καταστρέψει το τυχόν υπάρχον ονομαστικό αρχείο που έχει συλλεχθεί. Ο ερευνητής θα λάβει τη συγκατάθεση των συμμετεχόντων στην έρευνα.
3. Απαγορεύεται η διαβίβαση δεδομένων σε τρίτους. Επιτρέπεται η ανακοίνωση των αποτελεσμάτων της έρευνας υπό τη μορφή στατιστικών ή ανωνυμοποιημένων στοιχείων, σύμφωνα με το άρθρο 7 παρ. 2 περ. α' και στ' του ν. 2472/97. Έτσι, στοιχεία δημοσιοποιήσιμα σε επιστημονικά άρθρα, μονογραφίες, επιστημονικά περιοδικά δύνανται να είναι μόνο στοιχεία ανωνυμοποιημένα ή συγκεντρωτικά στατιστικά.
4. Ο υπεύθυνος επεξεργασίας θα πρέπει να τηρεί απαρεγκλίτως τα απαραίτητα μέτρα ασφάλειας, ιδίως, να λαμβάνει τα κατάλληλα οργανωτικά και τεχνικά μέτρα για την ασφάλεια των δεδομένων και την προστασία τους από τυχαία ή αθέμιτη καταστροφή, απώλεια, αλλοίωση, απαγορευμένη διάδοση ή πρόσβαση και κάθε άλλη μορφή αθέμιτης επεξεργασίας σύμφωνα με το άρθρο 10 παρ. 3 του ν. 2472/1997.
5. Είναι αυτονόητη η υποχρέωση συμμορφώσεως του υπεύθυνου της επεξεργασίας προς τις γνωμοδοτήσεις, οδηγίες και λοιπές αποφάσεις της Αρχής σχετικά με την ερμηνεία και εφαρμογή του κανονιστικού καθεστώτος που διέπει τη λειτουργία του αρχείου προσωπικών δεδομένων. Πριν από την παράδοση της άδειας στον υπεύθυνο επεξεργασίας θα πρέπει να καταβληθεί το ορισθέν παράβολο.
6. Σε περίπτωση μη συμμορφώσεως με τους παραπάνω όρους η άδεια παύει να ισχύει.

Ακριβές Αντίγραφο  
Η ΕΚ ΤΟΥ ΠΡΩΤΟΤΥΠΟΥ  
04.08.2016  
Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ  
Πέτρος Χριστόφορος  
Υπογράφου

Σελίδα 4 από 4 Η/Υ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ  
5<sup>η</sup> ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ  
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ & ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ  
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΜΙΑΣ

Λαμία: 23-12-2016

Αριθμ. Πρωτ: Ε.Σ/641

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

ΠΡΟΣ

Ταχ. Δ/ση: Παπασιοπούλου τμήμα  
Πληροφορίες: Παπαγεωργίου Εκπλ.  
Τηλέφωνο: 2231-3-56172

1. Την Διοίκηση του Γ.Ν.Λ.
2. Τον Δ.Ι.Υ.
3. Την Διεύθυνση Διοικητικής υπηρεσίας  
(Τμήμα Προσωπικού)

**ΘΕΜΑ:** «Αίτηση χορήγησης άδειας, για εκπόνηση έρευνας στα πλαίσια διδακτορικής  
διατριβής, του κ. Φραδέλου Εύαγγελου »

Σχετ: 1) Την με αριθμ. πρωτ: Σ/2258/22-11-2016 αίτηση του κ. Φραδέλου Εύαγγελου .

Το Επιστημονικό Συμβούλιο μετά τη λήψη των ανωτέρω σχετικών, που αφορούν το  
αντικείμενο του θέματος, κατά την αριθ. 14<sup>η</sup> / 22-12-2016 (Θ 12<sup>η</sup>) συνεδρίασή του, αφού  
έλαβε γνώση και συζήτησε αυτό, ομόφωνα αποφάσισε:

Συμφωνούμε εφόσον συντρέχουν οι νόμιμες προϋποθέσεις και τηρηθούν οι νόμιμες  
διαδικασίες .

5<sup>η</sup> ΥΠΕ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ & ΣΤΕΡ. ΕΛΛΑΔΑΣ  
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΜΙΑΣ  
Αριθ. Πρωτ: 2195223  
Ειρήνη τη: 931216  
Για έρευνα: Τ. Παπαγεωργίου  
Για κοινοποίηση: Δ.Ι.Υ.  
.....  
.....

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΟΥ Ε.Σ

ΚΑΝΑΡΑΣ ΛΕΩΝΙΔΑΣ

Η Δευθύντρια  
Διοικητικής Υπηρεσίας

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
1<sup>η</sup> Υ.ΠΕ. ΑΤΤΙΚΗΣ  
Γ.Ν.Α. «Γ.ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ»  
Λ. Μεσογείων 154,  
Τ.κ. 11527  
Τμ. Γραμματείας  
Πληρ.: Ε.Τόλη  
Τηλ.:2132032158

Αθήνα, 21-3-2016

Αρ. Πρωτ. 7499

Προς:

κ. Ευάγγελο Φραδέλο  
Νοσηλευτής Ψυχικής Υγείας,  
Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής

**Θέμα: «Έγκριση διενέργειας έρευνας στο πλαίσιο Διδακτορικής Διατριβής».**

Σε απάντηση της αριθμ. 1511/20-1-2016 αιτήσεως σας, σας γνωρίζουμε ότι το Επιστημονικό Συμβούλιο στην αριθμ. 2<sup>η</sup>/19-2-2016 τακτική συνεδρίαση του, ομόφωνα ενέκρινε τη διενέργεια έρευνας στο πλαίσιο εκπόνησης της Διδακτορικής σας Διατριβής με θέμα: «**Η επίδραση της πνευματικότητας στην ποιότητα ζωής των ασθενών με χρόνια νεφρική νόσο και η συσχέτιση της με την ψυχική υγεία και τις γνωσιακές τους αντιλήψεις**».

Η διαδικασία της έρευνας θα πραγματοποιηθεί με τη διανομή ερωτηματολογίου σε ασθενείς της Μ.Τ.Ν. και στη Νεφρολογική κλινική του Νοσοκομείου μας.

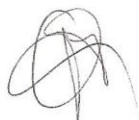
Με το εν λόγω θέμα είναι σύμφωνοι: ο κ. Δημοσθένης Τσούτσος, Διευθυντής Ιατρικής Υπηρεσίας, ο κ. Νικόλαος Αφεντάκης, Διευθυντής Νεφρολογικής κλινικής και η κα Γιαννούλα Νταβώνη Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας.

Επισημαίνεται, ότι θα τηρηθεί η εμπιστευτικότητα των δεδομένων, δεν θα υπάρξει οικονομική επιβάρυνση για το Νοσοκομείο μας και με την

1

ολοκλήρωση της Διδακτορικής σας διατριβής, θα κατατεθεί αντίγραφο αυτής στη Βιβλιοθήκη του Νοσοκομείου.

Η Προϊσταμένη Διεύθυνσης Διοικητικής Υπηρεσίας  
Αργυρώ Παπαχρήστου



**Κοινοποίηση:**

1. Τμ. Γραμματείας
2. Βιβλιοθήκη



**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝ.ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ  
2<sup>η</sup> Υ.ΠΕ ΠΕΙΡΑΙΩΣ ΚΑΙ ΑΙΓΑΙΟΥ  
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΧΙΟΥ «ΣΚΥΛΙΤΣΕΙΟ»  
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ**

.....

Χίος 15-2-2016  
Α.Π.9

Προς: κ.Φραδέλο Ευάγγελο  
Νοσηλεύτη ΨΝΑ  
Κοιν:Διοικητή ΓΝΧίου  
Δ/ντή ΜΤΝεφρού ΓΝΧ  
κ.Ι.Κυριαζή

Θέμα: Διαβίβαση αποσπάσματος πρακτικού».   
Σχετ: Η από 9-2-16 αίτησή σας.

Σε απάντηση του σχετικού σας διαβιβάζουμε το απόσπασμα πρακτικού της συνεδρίασης 2/11-2-16 του ΕΣ, Θέμα ΠΗΔ2.

Ο Πρόεδρος του Επιστημονικού Συμβουλίου



Αριστοτέλης Ζούντας





## ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝ.ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ  
2<sup>η</sup> Υ.ΠΕ ΠΕΙΡΑΙΩΣ ΚΑΙ ΑΙΓΑΙΟΥ  
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΧΙΟΥ «ΣΚΥΛΙΤΣΕΙΟ»

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ  
ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ ΠΡΑΚΤΙΚΟΥ  
Αριθμός συνεδρίασης 2: της 11-2-2016.

Στη Χίο σήμερα 11-2-2016, ημέρα Πέμπτη και ώρα 13:00 μετά από πρόσκληση του Προέδρου, Συντονιστή Διευθυντή Αναισθησιολόγου Ιατρού κ.Ζούντα Αριστοτέλη συνήλθαν σε τακτική συνεδρίαση στο γραφείο των αναισθησιολόγων του Γενικού Νοσοκομείου Χίου τα μέλη του επιστημονικού συμβουλίου, για συζήτηση των παρακάτω θεμάτων:

Τακτικά μέλη: Σμυρνιούδης Νικόλαος, Μαλακός Ιωάννης, Βασιλάκης Παναγιώτης, Σαραντινίδου Μαρία.

Απουσίαζε δικαιολογημένα η Λιόλια Αικατερίνη λόγω μετάταξής της στο ΓΝΚαρδίτσας. Επίσης απουσίαζε δικαιολογημένα η Πιππίδη Ελένη, Παραγή Αγγελική και Τσεκούρα Ελένη.

Γραμματέας: Υπατία Φλατσούση.

Αφού διαπιστώθηκε απαρτία άρχισε η συνεδρίαση.

### ΠΡΟ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΔΙΑΤΑΞΗΣ

**2) Αίτηση του Νοσηλευτή Ψυχικής υγείας κ.Φραδέλου Ευαγγέλου του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αθηνών για εκπόνηση ερευνητικής μελέτης.**

Ο Πρόεδρος θέτει υπόψη του ΕΣ την από 9-2-16 αίτηση του Νοσηλευτή Ψυχικής Υγείας κ.Φραδέλου Ευαγγέλου του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αθηνών για εκπόνηση ερευνητικής μελέτης με θέμα: "Η επίδραση της πνευματικότητας στην ποιότητα ζωής των ασθενών με χρόνια νεφρική νόσο και η συσχέτισή της με την ψυχική υγεία και τις γνωστικές τους αντιλήψεις". Η μελέτη εκπονείται από το τμήμα Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου στα πλαίσια εκπόνησης της διδακτορικής του διατριβής. Ζητάει την έγκριση για διανομή και συλλογή

ερωτηματολογίων στο χώρο του Νοσοκομείου μας διευκρινίζοντάς μας ότι δεν θα υπάρξει οικονομική επιβάρυνση.  
Κατόπιν διαλογικής συζήτησης με ομοφωνία των παρισταμένων μελών το ΕΣ

**Π ρ ο τ ε ί ν ε ι**

Την έγκριση εκπόνησης ερευνητικής μελέτης στον Νοσηλευτή Ψυχικής Υγείας κ.Φραδέλο Ευαγγέλο του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αθηνών στα πλαίσια εκπόνησης της διδακτορικής του διατριβής, όπως αναφέρεται ανωτέρω.

**Το Επιστημονικό Συμβούλιο**  
**ΠΡΟΕΔΡΟΣ: Ζούντας Αριστοτέλης**

**ΤΑ ΜΕΛΗ**  
**Σμυρνιούδης Νικόλαος**  
**Μαλακός Ιωάννης**

**Βασιλάκης Παναγιώτης**  
**Σαραντινίδου Μαρία**

**Ακριβές Απόσπασμα**  
**Χίος 15-2-2016**

**Η ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ**  
**Υπατία Φλατσούση**





ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ  
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ  
6<sup>η</sup> Υ.ΠΕ. ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ,  
ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ, ΗΠΕΙΡΟΥ  
και ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ  
ΓΕΝΙΚΟ ΠΑΝΑΡΚΑΔΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ  
ΤΡΙΠΟΛΗΣ «Η ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΤΡΙΑ»

Τρίπολη 14/ 12 /2016

Αριθμ. Πρωτ.: 18585

ΤΜΗΜΑ: Γραμματείας  
Ταχ. Δ/ση: Τέρμα Ερυθρού Σταυρού  
Τρίπολη - 22100  
Πληροφορίες: Κ. Καπλάνης  
Τηλέφωνο: 2713 601704  
FAX: 2710 238173

Π Ρ Ο Σ:  
Τον κ. ΦΡΑΔΕΛΟ ΕΥΑΓΓΕΛΟ  
Ευδόξου 12-14  
Αθήνα Τ.Κ. 11743

ΘΕΜΑ: «Χορήγηση Αδείας για εκπόνηση ερευνητικής μελέτης στο Νοσοκομείο μας»


Σε απάντηση της υπ'αριθμ. 18585/03-11-2016 αίτησής σας, σχετικά με έγκριση χορήγηση αδείας για διανομή ερωτηματολογίου και διεξαγωγή ερευνητικής μελέτης στο Νοσοκομείο μας, στο πλαίσιο εκπόνησης της διδακτορικής σας διατριβής, με θέμα: «Η επίδραση της πνευματικότητας στην ποιότητα ζωής ασθενών με χρόνια νεφρική νόσο και η συσχέτισή της με την ψυχική υγεία και τις γνωσιακές τους αντιλήψεις», σας κοινοποιούμε το υπ'αριθμ. 1171/05-12-2016 έγγραφό του Επιστημονικού Συμβουλίου του Νοσοκομείου μας, σύμφωνα με το οποίο εγκρίνεται το αίτημά σας.

Κατόπιν αυτών παρακαλούμε για τις δικές σας ενέργειες κοινοποιώντας προς εσάς και το υπ'αριθμ. 2226/25-1-2011 έγγραφο της 6<sup>η</sup> Υ.ΠΕ. Πελοποννήσου, Ιονίων Νήσων, Ηπείρου και Δυτικής Ελλάδας.



Ο ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΟΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗΣ  
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ

Ζαρμπαλάς Παναγιώτης

  
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ  
6<sup>η</sup> ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ  
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ- ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ-  
ΗΠΕΙΡΟΥ & ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ  
ΓΕΝΙΚΟ ΠΑΝΑΡΚΑΔΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ  
ΤΡΙΠΟΛΗΣ «Η ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΤΡΙΑ»  
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

Τρίπολη 05 / 12 / 2016  
Αριθμ. Πρωτ. 1171

ΤΜΗΜΑ: Ε.Σ.  
ΤΑΧ. Δ/ΣΗ: ΤΕΡΜΑ ΕΡΥΘΡΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥ  
ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ: Μ. ΓΙΑΝΝΟΥΛΗ  
ΤΗΛΕΦΩΝΟ: (2713) 601711  
FAX: (2710) 238175

ΠΡΟΣ: Το Τμήμα Γραμματείας  
Ενταύθα

ΚΟΙΝ.: Δ/ντή Ιατρικής Υπηρεσίας  
Ενταύθα

ΘΕΜΑ 10<sup>ο</sup>: Υποβολή της υπ' αριθμ. 18585/03.11.16 αίτησης του κ. Φραδέλου Ευαγγέλου, σχετικά με έγκριση διανομής ερωτηματολογίου και διεξαγωγής ερευνητικής μελέτης στο Νοσοκομείο μας, στο πλαίσιο της διδακτορικής διατριβής του. (Πράξη Ε.Σ. 16<sup>η</sup>/01.12.16).

Το Επιστημονικό Συμβούλιο αφού έλαβε υπόψη του την υπ' αριθμ. 18585/03.11.16 αίτηση του κ. Φραδέλου Ευαγγέλου, μετά από διαλογική συζήτηση, ομόφωνα αποφασίζει - συνηγορεί για την χορήγηση αδειας στον κ. Φραδέλο Ευάγγελο, για διανομή ερωτηματολογίου και διεξαγωγή ερευνητικής μελέτης στο Νοσοκομείο μας, στο πλαίσιο εκπόνησης της διδακτορικής διατριβής του, με θέμα: *«Η επίδραση της πνευματικότητας στην ποιότητα ζωής ασθενών με χρόνια νεφρική νόσο και η συσχέτιση της με την ψυχική υγεία και τις γνωσιακές τους αντιλήψεις.»*

Το Επιστημονικό Συμβούλιο τέλος επισημαίνει στον ενδιαφερόμενο ότι κατά την διεξαγωγή της εν λόγω έρευνας, έχει την υποχρέωση της τήρησης των θεμελιωδών κανόνων ηθικής, επιστημονικής και ερευνητικής δεοντολογίας, την υποχρέωση της τήρησης όλων των διατάξεων περί προστασίας ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων και επιπλέον τονίζει ότι το Νοσοκομείο μας δεν θα επιβαρυνθεί οικονομικά και εργασιακά.

ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ  
ΕΚ ΤΟΥ ΠΡΩΤΟΤΥΠΟΥ  
ΤΡΙΠΟΛΗ-05.12.2016  
  
ΜΑΡΙΑ ΓΙΑΝΝΟΥΛΗ  
Δ/ΚΟΣ - Λ/ΚΟΣ  
ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ Ε.Σ.

Ο Πρόεδρος του Ε.Σ.

Χρυσός Δημήτριος  
Συντονιστής Δ/ντής  
Καρδιολογικού Τμήματος

**ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ ΠΡΑΚΤΙΚΟΥ**  
**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΒΡΟΥ**  
**ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ**

**ΠΡΑΚΤΙΚΟ**

10ης Τακτικής Συνεδρίασης του Επιστημονικού Συμβουλίου του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Έβρου στις 19-12-2016.  
Έπειτα από την υπ' αριθμ. πρωτ.15-12-2016 Πρόσκληση του Προέδρου του Επιστημονικού Συμβουλίου, συνεδρίασαν την 19-12-2016 και ώρα 12.30 π.μ στην αίθουσα συνεδριάσεων του Ε.Σ. τα εξής μέλη του Συμβουλίου:

1. Θώδης Ηλίας, Καθηγητής Νεφρολογίας
2. Μαρτίνης Γεώργιος Διευθυντής του Κέντρου Αιμοδοσίας
3. Μιμίδης Κων/νος, Αναπληρωτής Καθηγητής Παθολογίας
4. Τυλκερίδης Κων/νος, Λέκτορας Ορθοπαιδικής
5. Ναλμπάντης Νικόλαος, Επιμελητής Β' Ορθοπαιδικής
6. Γκουτζιβελάκης Αθανάσιος, Νοσηλεύτης ΠΕ

Δεν συμμετείχαν στη συνεδρίαση, αν και κλήθηκαν εγκαίρως, τα τακτικά μέλη του Επιστημονικού Συμβουλίου κ. Αλεξίου Χατζάκη Αικατερίνη, Αν. Καθηγήτρια Φαρμακολογίας (απουσίαζε λόγω ανειλημμένων υποχρεώσεων, Αντωνούδης Αθανάσιος ΤΕ Φυσικοθεραπευτών (απουσίαζε λόγω ασθένειας).

Στη συνεδρίαση συμμετείχε ως Γραμματέας η Στεφανακίδου Κυριακή, Διοικητική Υπάλληλος του Πα.Γ.Ν.Εβρου –Νοσηλευτική Μονάδα Π.Γ.Ν Αλεξανδρούπολης με βαθμό Δ' του κλάδου ΔΕ- Διοικητικών Γραμματέων.

Το Ε.Σ. μετά από την διαπίστωση της νόμιμης απαρτίας, και υπό την Προεδρία του Θώδη Ηλία, γνωμοδοτεί τα ακόλουθα:

**ΕΣ10/19-12-2016**

**Θέμα 3<sup>ο</sup>:** Έγκριση διεξαγωγής Ερευνητικής Μελέτης, με χρήση ερωτηματολογίου και τίτλο: « Η επίδραση της πνευματικότητας στην ποιότητα ζωής ασθενών με χρόνια νεφρική νόσο και η συσχέτισή της με την ψυχική υγεία και τις γνωσιακές τους αντιλήψεις», η οποία θα πραγματοποιηθεί στην Παν/κή Νεφρολογική Κλινική και Μονάδα Τεχνητού Νεφρού του Πα.Γ.Ν.Εβρου –Νοσηλευτική Μονάδα Π.Γ.Ν Αλεξανδρούπολης, στα πλαίσια διδακτορικής διατριβής του Φραδέλου Ευάγγελου, Νοσηλεύτη ΤΕ, με επιστημονικά υπεύθυνο της μελέτης στο Π.Γ.Ν.Ε τον κ.Γκουτζιβελάκη Αθανάσιο, Αναπληρωτή Διευθυντή Νοσηλευτικής Υπηρεσίας.  
**αρ. πρωτ.974/07-12-2016**

Ο πρόεδρος του Ε.Σ. φέρει προς συζήτηση το θέμα και το Επιστημονικό Συμβούλιο λαμβάνοντας υπόψη:

1. Την υπ' αριθμ. πρωτ ΕΣ. 974/07-12-2016 αίτηση του Φραδέλου Ευάγγελου, Νοσηλεύτη ΤΕ, με την οποία ζητά έγκριση διεξαγωγής Ερευνητικής Μελέτης, με χρήση ερωτηματολογίου και τίτλο: « Η επίδραση της πνευματικότητας στην ποιότητα ζωής ασθενών με χρόνια νεφρική νόσο και η συσχέτισή της με την ψυχική υγεία και τις γνωσιακές τους αντιλήψεις», η οποία θα πραγματοποιηθεί στην Παν/κή Νεφρολογική Κλινική και Μονάδα Τεχνητού Νεφρού του Πα.Γ.Ν.Εβρου –Νοσηλευτική Μονάδα Π.Γ.Ν Αλεξανδρούπολης, στα πλαίσια της διδακτορικής του διατριβής, με επιστημονικά

υπεύθυνο της μελέτης στο Π.Γ.Ν.Ε τον κ.Γκουτζιβελάκη Αθανάσιο, Αναπληρωτή Διευθυντή Νοσηλευτικής Υπηρεσίας.

1. Το πρωτόκολλο της μελέτης.
2. Το ερωτηματολόγιο, το οποίο θα συμπληρωθεί ανώνυμα και εθελοντικά
3. Έντυπο Συγκατάθεσης και Ενημέρωσης
4. Η ερευνητική εργασία θα ολοκληρωθεί εντός 3 μηνών.
5. Το βιογραφικό σημείωμα του Κύριου Ερευνητή.
6. Ο Επιστημονικά υπεύθυνος στο Πα.Γ.Ν.Εβρου-Νοσηλευτική Μονάδα Π.Γ.Ν Αλεξανδρούπολης βεβαιώνει ότι δεν παρακωλύεται η λειτουργία της Κλινικής/Τμήματος με τη διεξαγωγή της μελέτης.
7. Το γεγονός ότι το Επιστημονικό Συμβούλιο διαβεβαιώνει / πιστοποιεί ότι:
  - Οι ερευνητές έχουν την εξειδίκευση, την εμπειρία και την δυνατότητα διεξαγωγής της μελέτης.
  - Το κέντρο διαθέτει τον αριθμό εκείνο των ασθενών, από τους οποίους θα επιλεγούν οι κατάλληλοι για συμμετοχή στην μελέτη.
  - Η μελέτη είναι με ερωτηματολόγιο, χωρίς χορηγό εταιρεία και δεν υπάρχει οικονομική επιβάρυνση του Νοσοκομείου από την διεξαγωγή της.
8. Την θετική γνώμοδοτηση της Επιτροπής Ηθικής και Δεοντολογίας-Ελέγχου Κλινικών Μελετών.

#### Ομόφωνα Αποφασίζει

Την έγκριση διεξαγωγής Ερευνητικής Μελέτης, με χρήση ερωτηματολογίου και τίτλο: « Η επίδραση της πνευματικότητας στην ποιότητα ζωής ασθενών με χρόνια νεφρική νόσο και η συσχέτισή της με την ψυχική υγεία και τις γνωσιακές τους αντιλήψεις», η οποία θα πραγματοποιηθεί στην Παν/κή Νεφρολογική Κλινική και Μονάδα Τεχνητού Νεφρού του Πα.Γ.Ν.Εβρου -Νοσηλευτική Μονάδα Π.Γ.Ν Αλεξανδρούπολης, στα πλαίσια διδακτορικής διατριβής του Φραδέλου Ευάγγελου, Νοσηλευτή ΤΕ, με επιστημονικά υπεύθυνο της μελέτης στο Π.Γ.Ν.Ε τον κ.Γκουτζιβελάκη Αθανάσιο, Αναπληρωτή Διευθυντή Νοσηλευτικής Υπηρεσίας.

Στην έγκριση συμπεριλαμβάνονται όλα τα ανωτέρω αναφερόμενα έγγραφα που κατατέθηκαν στο Επιστημονικό Συμβούλιο.

Η ανωτέρω απόφαση να διαβιβαστεί αρμοδίως για περαιτέρω ενέργειες

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΟΥ Ε.Σ.

ΗΛΙΑΣ Α. ΘΩΔΗΣ

ΤΑ ΜΕΛΗ

Μαρτίνης Γεώργιος  
Μιμίδης Κων/νος  
Τυλκερίδης Κων/νος  
Γκουτζιβελάκης Αθανάσιος  
Ναλμπάντης Νικόλαος

Πιστό Απόσπασμα  
Η Γραμματέας του Ε.Σ.  
Στεφανακίδου Κυριακή

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ II: Εργαλεία συλλογής δεδομένων



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ, ΣΧΟΛΗ  
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ &  
ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ. ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ  
Ταχ/κή Διεύ/ση: Ευσταθίου & Σταματικής Βαλιώτη και  
Πλαταιών, 23100 Σπάρτη Τηλέφωνο: 27310-  
89720/89722

**Έντυπο ενημέρωσης και συγκατάθεσης των συμμετεχόντων ασθενών στην έρευνα στο πλαίσιο της διδακτορικής διατριβής με θέμα:**

«Η επίδραση της πνευματικότητας στην ποιότητα ζωής ασθενών με χρόνια νεφρική νόσο και η συσχέτιση της με την ψυχική υγεία και τις γνωσιακές τους αντιλήψεις».

**Υποψήφιος Διδάκτωρ:** Φραδέλος Ευάγγελος **Επιβλέπων Καθηγητής:** Σοφία Ζυγά, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου Αξιότιμη/ε,

Ονομάζομαι Φραδέλος Ευάγγελος, είμαι απόφοιτος του Τμήματος Νοσηλευτικής του Τεχνολογικού εκπαιδευτικού Ιδρύματος Θεσσαλονίκης και διαθέτω μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών στο «Περιβάλλον και υγεία». Εκπονώ τη Διδακτορική μου Διατριβή με θέμα: «Η επίδραση της πνευματικότητας στην ποιότητα ζωής ασθενών με χρόνια νεφρική νόσο και η συσχέτιση της με την ψυχική υγεία και τις γνωσιακές τους αντιλήψεις». στο Τμήμα Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου. Η συμμετοχή σας στην έρευνα είναι εθελοντική. Περιλαμβάνει τη συμπλήρωση ανώνυμων ερωτηματολογίων και οι απαντήσεις σας είναι αυστηρά απόρρητες. Εκτιμώ ιδιαίτερα τη συμμετοχή σας και σας ευχαριστώ εκ των προτέρων για την πολύτιμη βοήθειά σας.

Με ιδιαίτερη εκτίμηση,

Φραδέλος Ευάγγελος

Νοσηλεύτης, Υποψήφιος διδάκτωρ, Τμήμα Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου.

Τηλ. 6946228458 Email: [evangelosfradelos@hotmail.com](mailto:evangelosfradelos@hotmail.com)

ΔΕΛΤΙΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

Κατανοώ ότι θα πάρω μέρος στην ερευνητική μελέτη η οποία θα εστιαστεί στην επίδραση της πνευματικότητας στην ποιότητα ζωής ασθενών με χρόνια νεφρική νόσο και η συσχέτιση της με την ψυχική υγεία και τις γνωσιακές τους αντιλήψεις.

Υπογράφοντας αυτό το έγγραφο, δίνω τη συγκατάθεσή μου για τη συμμετοχή μου στην έρευνα. Η συμμετοχή μου στη μελέτη είναι εθελοντική. Τα στοιχεία μου δεν θα δοθούν σε κανέναν παρά μόνο ερευνητή και δεν θα γίνει γνωστή η ταυτότητα μου με κανένα τρόπο. Τα πιθανά οφέλη αυτής της έρευνας είναι ότι με την συμμετοχή μου στη μελέτη αυτή θα συμβάλλω προκειμένου να ερευνηθεί η επίδραση της πνευματικότητας στην ποιότητα ζωής ασθενών με χρόνια νεφρική νόσο και η συσχέτιση της με την ψυχική υγεία και τις γνωσιακές τους αντιλήψεις.

**Υπογραφή του συμμετέχοντος**

**Ημερομηνία**





ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ						
ΗΜ/ΝΙΑ: / / 2016						
1	Έτος γέννησης:					
2	Φύλο:	1. Άνδρας <input type="checkbox"/> 2. Γυναίκα <input type="checkbox"/>				
3	Τόπος διαμονής:	1. Αγροτικός <input type="checkbox"/> 2. Ημιαστικός <input type="checkbox"/> 3. Αστικός <input type="checkbox"/>				
4	Οικογενειακή κατάσταση:	1. Άγαμος/η <input type="checkbox"/> 2. Έγγαμος/η <input type="checkbox"/> 3. Διαζευγμένος/η <input type="checkbox"/> 4. Χήρος/α <input type="checkbox"/>				
5	Πόσα παιδιά έχετε;					
6	Μένετε μονός/ή;	1. Ναι <input type="checkbox"/> 2. Όχι <input type="checkbox"/>				
7	Μορφωτικό επίπεδο:	1. Αναλφάβητος <input type="checkbox"/> 2. Απόφοιτος δημοτικού <input type="checkbox"/> 3. Απόφοιτος Γυμνασίου/ Λυκείου <input type="checkbox"/> 4. Απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ <input type="checkbox"/>				
8	Επαγγελματική κατάσταση:	1. Άνεργος <input type="checkbox"/> 2. Οικιακά <input type="checkbox"/> 3. Αυτοαπασχολούμενος <input type="checkbox"/> 4. Ιδιωτικός υπάλληλος <input type="checkbox"/> 5. Δημόσιος υπάλληλος <input type="checkbox"/> 6. Συνταξιούχος <input type="checkbox"/> Παρακαλώ διευκρινίστε:.....				
9	Θρήσκευμα:	1. Χριστιανός ορθόδοξος <input type="checkbox"/> 2. Καθολικός <input type="checkbox"/> 3. Μουσουλμάνος <input type="checkbox"/> 4. Άλλο <input type="checkbox"/>				
10	Πόσο Θρησκευόμενος είστε;	Καθόλου	Λίγο	Κάπως	Πολύ	Πάρα πολύ
		0	1	2	3	4
11	Γενικά πόσο κοντά αισθάνεσαι στο Θεό?	Καθόλου	Λίγο	Κάπως κοντά	Πολύ κοντά	Όσο γίνεται πιο κοντά
		0	1	2	3	4
12	Ποσά χρόνια κάνετε αιμοκάθαρση;					
13	Αντιμετωπίζετε και κάποιο άλλο πρόβλημα υγείας;	1. Ναι <input type="checkbox"/> 2. Όχι <input type="checkbox"/>				

14	Σημειώστε την πρόταση που περιγράφει καλύτερα το τρέχον επίπεδο δραστηριότητάς σας.	<p>0. Κανονική δραστηριότητα, χωρίς συμπτώματα</p> <p>1. Μερικά συμπτώματα, αλλά δεν απαιτώ ξεκούραση σε κρεβάτι κατά το διάστημα της ημέρας</p> <p>2. Απαιτώ ξεκούραση σε κρεβάτι λιγότερο από το 50% της ημέρας</p> <p>3. Απαιτώ ξεκούραση σε κρεβάτι περισσότερο από το 50% της ημέρας</p> <p>4. Αδυνατώ να σηκωθώ από το κρεβάτι</p>
----	---	--

Θα βρείτε παρακάτω έναν κατάλογο από προτάσεις που άλλοι, με την ίδια νόσο όπως εσείς, θεωρούν σημαντικές. Παρακαλούμε βάλτε σε κύκλο ή σημειώστε έναν αριθμό ανά γραμμή για να υποδείξετε την απάντησή σας όσον αφορά τις τελευταίες 7 ημέρες.

		καθόλου	λίγο	κάπως	πολύ	πέρα πολύ
Sp1	Αισθάνομαι γαλήνιος-α.....	0	1	2	3	4
Sp2	Έχω λόγο να ζω.....	0	1	2	3	4
Sp3	Η ζωή μου υπήρξε παραγωγική .....	0	1	2	3	4
Sp4	Το μυαλό μου δυσκολεύεται να ηρεμήσει .....	0	1	2	3	4
Sp5	Copyright 1975 by Leonard R. Derogatis, Ph.D. Αισθάνομαι ότι η ζωή μου έχει ένα σκοπό .....	0	1	2	3	4
Sp6	Είμαι σε θέση να βρίσκω ανακούφιση ψάχνοντας βαθιά τον εαυτό μου.....	0	1	2	3	4
Sp7	Νιώθω μια αίσθηση εσωτερικής αρμονίας .....	0	1	2	3	4
Sp8	Από τη ζωή μου λείπει το νόημα και ο σκοπός .....	0	1	2	3	4
Sp9	Βρίσκω παρηγοριά στην πίστη μου ή στις πνευματικές μου πεποιθήσεις .....	0	1	2	3	4
Sp10	Βρίσκω δύναμη στην πίστη μου ή στις πνευματικές μου πεποιθήσεις .....	0	1	2	3	4
Sp11	Η ασθένειά μου έχει ενισχύσει την πίστη μου ή τις πνευματικές μου πεποιθήσεις.....	0	1	2	3	4
Sp12	Ξέρω πως ότι και να συμβεί με την ασθένεια μου τα πράγματα θα πάνε καλά .....	0	1	2	3	4

SYMPTOM CHECKLIST - 90 - R

Παρακάτω υπάρχει ένας κατάλογος με προβλήματα και ενοχλήματα που έχουν μερικές φορές οι άνθρωποι. Παρακαλείστε να διαβάσετε το κάθε ένα προσεκτικά. Ύστερα βάλτε σε κύκλο έναν από τους αριθμούς στο δεξιό μέρος που δείχνει καλύτερα πόση ενόχληση σας έχει προκαλέσει αυτό το πρόβλημα κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας, συμπεριλαμβανομένης και της σημερινής ημέρας. Πρέπει να βάλετε μόνο έναν αριθμό σε κύκλο σε κάθε γραμμή και δεν πρέπει να παραλείψετε καμία απάντηση.

	ΚΑΘΟΛΟΥ		ΜΕΡΙΚΑ		ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΑ
1. Υποφέρετε από πονοκεφάλους;	0	1	2	3	4
2. Νοιώθετε νευρική ή εσωτερική τρεμούλα;	0	1	2	3	4
3. Έχετε επαναλαμβανόμενες δυσάρεστες σκέψεις που δε φεύγουν απ' το μυαλό σας;	0	1	2	3	4
4. Έχετε τάση για λιποθυμία ή ζαλάδα;	0	1	2	3	4
5. Έχετε χάσει το σεξουαλικό σας ενδιαφέρον ή ευχαρίστηση;	0	1	2	3	4
6. Έχετε διάθεση να κατακρίνετε τους άλλους;	0	1	2	3	4
7. Νομίζετε ότι Κάποιος άλλος ελέγχει τη σκέψη σας;	0	1	2	3	4
8. Αισθάνεστε ότι οι άλλοι φταίνε για τα προβλήματά σας;	0	1	2	3	4
9. Δυσκολεύεστε να θυμάστε διάφορα πράγματα;	0	1	2	3	4
10. Ανησυχείτε για το ότι είσθε απεριποίητος ή ατημέλητος;	0	1	2	3	4
11. Αισθάνεστε ότι νευριάζετε ή ερεθίζεστε εύκολα;	0	1	2	3	4
12. Νοιώθετε πόνους στην καρδιά ή στο θώρακα;	0	1	2	3	4
13. Αισθάνεστε φόβο όταν βρίσκεσθε σε ανοικτούς χώρους ή στους δρόμους;	0	1	2	3	4
14. Αισθάνεστε υποτονικός, αδρανής, αποδυναμωμένος;	0	1	2	3	4
15. Έχετε σκέψεις αυτοκτονίας;	0	1	2	3	4
16. Ακούτε φωνές που άλλοι άνθρωποι δεν ακούν;	0	1	2	3	4
17. Τρέμετε;	0	1	2	3	4
18. Αισθάνεστε ότι δεν μπορείτε να εμπιστευθείτε τους περισσότερους ανθρώπους;	0	1	2	3	4
19. Έχετε ανορεξία;	0	1	2	3	4
20. Κλαίτε εύκολα;	0	1	2	3	4
21. Αισθάνεστε ντροπαλός ή όχι άνετα με το άλλο φύλο;	0	1	2	3	4
22. Νοιώθετε ότι έχετε μπλεχτεί ή παγιδευτεί;	0	1	2	3	4
23. Ξαφνικά φοβάστε χωρίς κανένα λόγο;	0	1	2	3	4
24. Έχετε εκρήξεις οργής που δε μπορείτε να ελέγξετε;	0	1	2	3	4
25. Φοβάστε να βγείτε μόνος από το σπίτι σας;	0	1	2	3	4
26. Κατηγορείτε Τον εαυτό σας για διάφορα πράγματα;	0	1	2	3	4
27. Έχετε πόνους στη μέση;	0	1	2	3	4

28. Αισθάνεστε ότι εμποδίζεστε να κάνετε αυτό που θέλετε;	0	1	2	3	4
29. Αισθάνεστε μοναξιά;	0	1	2	3	4
30. Αισθάνεστε κακοκεφιά;	0	1	2	3	4
31. Ανησυχείτε υπερβολικά για διάφορες καταστάσεις;	0	1	2	3	4
32. Δεν βρίσκετε ενδιαφέρον σε τίποτα;	0	1	2	3	4
33. Νοιώθετε φοβισμένος;	0	1	2	3	4
34. Τα αισθήματά σας εύκολα πληγώνονται;	0	1	2	3	4
35. Οι άλλοι γνωρίζουν τις προσωπικές σας σκέψεις;	0	1	2	3	4
36. Αισθάνεστε ότι οι άλλοι δε σας καταλαβαίνουν ή δε σας συμπονοούν;	0	1	2	3	4
37. Αισθάνεστε ότι οι άλλοι είναι εχθρικοί ή σας αντιπαθούν;	0	1	2	3	4
38. Πρέπει να ενεργείτε πολύ αργά ώστε να είστε σίγουρος ότι δεν έχετε κάνει λάθος;	0	1	2	3	4
39. Νοιώθετε καρδιακούς παλμούς ή ταχυκαρδία;	0	1	2	3	4
40. Έχετε ναυτία ή στομαχικές διαταραχές;	0	1	2	3	4
41. Αισθάνεστε κατώτερος από τους άλλους;	0	1	2	3	4
42. Νοιώθετε πόνους στους μυς;	0	1	2	3	4
43. Αισθάνεστε ότι σας παρακολουθούν ή μιλούν για σας;	0	1	2	3	4
44. Υποφέρετε από αϋπνία;	0	1	2	3	4
45. Πρέπει να ελέγχετε ξανά και ξανά ότι κάνετε;	0	1	2	3	4
46. Δυσκολεύεστε να παίρνετε αποφάσεις;	0	1	2	3	4
47. Φοβάστε να ταξιδεύετε με λεωφορείο ή τραίνο;	0	1	2	3	4
48. Έχετε δύσπνοια;	0	1	2	3	4
49. Αισθάνεστε ζέστη ή κρύο;	0	1	2	3	4
50. Νοιώθετε ότι Πρέπει να αποφεύγετε μερικά πράγματα γιατί σας φοβίζουν;	0	1	2	3	4
51. Νοιώθετε ότι αδειάζει το μυαλό σας;	0	1	2	3	4
52. Αισθάνεστε μούδιασμα ή ελαφρό πόνο σε Τμήματα του σώματός σας;	0	1	2	3	4
53. Έχετε έναν κόμπο στο λαιμό;	0	1	2	3	4
54. Πιστεύετε ότι δεν έχετε ελπίδες για το μέλλον;	0	1	2	3	4
55. Δυσκολεύεστε να συγκεντρωθείτε;	0	1	2	3	4
56. Αισθάνεστε αδυναμία σε τμήματα του σώματός σας;	0	1	2	3	4
57. Αισθάνεστε τεντωμένα τα νεύρα σας ή γεμάτος αγωνία;	0	1	2	3	4
58. Νοιώθετε βάρος στα χέρια ή στα πόδια σας;	0	1	2	3	4
59. Έχετε σκέψεις θανάτου ή ότι Θα πεθάνετε;	0	1	2	3	4
60. Τρώτε παραπάνω από το κανονικό;	0	1	2	3	4
61. Δεν αισθάνεστε άνετα όταν σας κοιτούν ή μιλούν για σας;	0	1	2	3	4
62. Έχετε σκέψεις που δεν είναι δικές σας;	0	1	2	3	4
63. Έχετε παρορμήσεις να χτυπήσετε, να τραυματίσετε ή να βλάψετε κάποιον;	0	1	2	3	4
64. Ξυπνάτε πολύ νωρίς το πρωί;	0	1	2	3	4
65. Πρέπει να επαναλαμβάνετε τις ίδιες πράξεις (ν' αγγίζετε, να μετράτε κάτι);	0	1	2	3	4
66. Κοιμάστε ανήσυχα ή με διακοπές;	0	1	2	3	4
67. Σας έρχεται να σπάσετε πράγματα ή να καταστρέψετε πράγματα;	0	1	2	3	4
68. Έχετε ιδέες και σκέψεις που οι άλλοι δε συμμερίζονται;	0	1	2	3	4
69. Νοιώθετε πολύ απελπισμένος όταν βρίσκεστε με άλλους;	0	1	2	3	4

70. Δεν αισθάνεστε άνετα μέσα στο πλήθος (π.χ. στα καταστήματα);	0	1	2	3	4
71. Νοιώθετε ότι και για το παραμικρό πράγμα πρέπει να κάνετε προσπάθεια;	0	1	2	3	4
72. Έχετε περιόδους με Τρόμο ή πανικό;	0	1	2	3	4
73. Δεν αισθάνεστε άνετα όταν τρώτε ή πίνετε δημόσια;	0	1	2	3	4
74. Τσακώνεστε συχνά;	0	1	2	3	4
75. Αισθάνεστε νευρικήτητα όταν μένετε μόνοι;	0	1	2	3	4
76. Νοιώθετε ότι οι άλλοι δεν εκτιμούν όσο πρέπει αυτά που κάνετε;	0	1	2	3	4
77. Αισθάνεστε μοναξιά ακόμα και όταν βρίσκεσθε σε κόσμο;	0	1	2	3	4
78. Είστε τόσο ανήσυχος ώστε δε μπορείτε να μείνετε σε μία θέση;	0	1	2	3	4
79. Αισθάνεστε ότι δεν αξίζετε;	0	1	2	3	4
80. Έχετε το προαίσθημα ότι Κάτι κακό Θα σας συμβεί;	0	1	2	3	4
81. Φωνάζετε ή πετάτε πράγματα;	0	1	2	3	4
82. Φοβάστε ότι Θα λιποθυμήσετε όταν είστε σε πολύ Κόσμο;	0	1	2	3	4
83. Αισθάνεστε ότι οι άλλοι Θα σας εκμεταλλευτούν αν τους το επιτρέψετε;	0	1	2	3	4
84. Έχετε σκέψεις για σεξουαλικά Θέματα που σας ενοχλούν πολύ;	0	1	2	3	4
85. Νομίζετε ότι Θα Πρέπει να τιμωρηθείτε για τις αμαρτίες σας;	0	1	2	3	4
86. Έχετε σκέψεις ή φαντασίες που σας τρομάζουν;	0	1	2	3	4
87. Νομίζετε ότι, έχετε κάποιο σοβαρό ελάττωμα στο σώμα σας;	0	1	2	3	4
88. Δεν αισθάνεστε ποτέ κοντά σε άλλο πρόσωπο;	0	1	2	3	4
89. Νοιώθετε ενοχές;	0	1	2	3	4
90. Νομίζετε ότι κάτι δε λειτουργεί καλά στο μυαλό σας;	0	1	2	3	4

## 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 απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα

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/η 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

### Το Σύντομο Ερωτηματολόγιο Αντιλήψεων για την Υγεία

Στις επόμενες ερωτήσεις σκεπτόμενοι τη Χρόνια Νεφρική Νόσο, βάλτε παρακαλώ σε κύκλο τον αριθμό που αντιστοιχεί περισσότερο στην άποψή σας.

1. Πόσο πολύ επηρεάζει η ασθένειά σας τη ζωή σας;

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Καμία απολύτως επίδραση										Επηρεάζει σοβαρά τη ζωή μου

2. Πόσο πολύ πιστεύετε ότι θα διαρκέσει η ασθένειά σας;

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Για πολύ σύντομο διάστημα										Για πάντα

3. Πόσο πολύ έλεγχο αισθάνεστε ότι έχετε στην ασθένειά σας;

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Κανένα απολύτως έλεγχο										Εξαιρετικά μεγάλο έλεγχο

4. Πόσο πολύ πιστεύετε ότι η θεραπεία που ακολουθείτε μπορεί να βοηθήσει στην ασθένειά σας;

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Καθόλου										Εξαιρετικά βοηθητικά

5. Πόσο πολύ αισθάνεστε συμπτώματα της ασθένειάς σας;

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Κανένα απολύτως σύμπτωμα										Πολλά σοβαρά συμπτώματα

6. Πόσο ανησυχείτε σχετικά με την ασθένειά σας;

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Καμία ανησυχία										Εξαιρετικά μεγάλη ανησυχία

7. Πόσο καλά αισθάνεστε ότι κατανοείτε την ασθένειά σας;

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Δεν την κατανοώ καθόλου										Την κατανοώ ξεκάθαρα

8. Πόσο πολύ σας επηρεάζει η ασθένειά σας συναισθηματικά; (π.χ., σας θυμώνει, φοβίζει, ή στεναχωρεί;)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Δεν με επηρεάζει καθόλου										Με επηρεάζει εξαιρετικά

Παρακαλώ, ιεραρχήστε τους τρεις πιο σημαντικούς παράγοντες που πιστεύετε ότι προκάλεσαν την ασθένειά σας.

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ: Άδειες χρήσης ερωτηματολογίων**

-----Original Message-----

From: Evangelos Fradelos [mailto:efradelos@med.uoa.gr]

Sent: Saturday, March 14, 2015 3:17 AM

To: Information

Subject: spiritual wellbeing

Is there a Greek translation for FACIT-sp 12 or

FACIT- sp Ex

I'm looking for a measure to assess spiritual wellbeing in chronic renal patients for my PhD project.

If there isn't such translation can you provide me some information how can I obtain permission to conduct a translation.

Best Regards

Fradelos E.

i Evangelos,

We do not currently have a translation of the FACIT-Sp or FACIT-Sp-Ex in Greek.

We

can work with you on translating and linguistically validating the questionnaire, but you will need to follow our translation and linguistic validation methodology, which is somewhat complex. It requires 2 forward translations from English to the target language by 2 translators working independently from one another, a reconciliation of the 2 forward translations provided by a third translator, a back translation into English performed by a fourth translator, 1 review/finalization by a fifth translator, proofreading and then testing on a small patient population of 10, who complete the test version of the questionnaire and then answer questions from a cognitive debriefing script that we'd prepare and have you translate and administer.

If you think you can resource all of these steps, let me know, and I can provide you

with the formats to perform the translations (we perform translations outside of the questionnaire template in order to keep track of all of the steps). All of the FACIT translations undergo this methodology in order to ensure they are valid for use in clinical practice and clinical trials. Please let me know if you have any questions.

Kind regards,

Jason

Jason Bredle

Manager, Business Operations

[jbredle@facit.org](mailto:jbredle@facit.org)

+1-773-807-9094

PROVIDING A VOICE FOR PATIENTS WORLDWIDE

[www.facit.org](http://www.facit.org)

> Στις 3 Νοε 2015, 5:48 μ.μ., ο/η evagelos fradelos <evagelosfradelos@hotmail.com>

έγραψε:

>

> Αξιότιμε Κ Ντωνια.

> Ονομάζομαι Ευάγγελος Φραδέλος και είμαι Υποψήφιος Διδάκτωρ Νοσηλευτικής, του τμήματος Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Πελοποννήσου. Θα ήθελα να χρησιμοποιήσω το ερωτηματολόγιο SCL-90 το οποίο έχει σταθμιστεί στον ελληνικό πληθυσμό στην διδακτορική μου διατριβή. Για αυτό τον λόγο σας ζητώ όπως μου δώσετε γραπτώς την άδεια σας για την χρησιμοποίηση του ερωτηματολογίου SCL-90 στο δείγμα της δικής μου έρευνας. Η άδεια μπορεί να μου αποσταλεί και μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου.

> Σας ευχαριστώ εκ των προτέρων

> Με εκτίμηση

> Φραδέλος Ε.

Αγαπητέ κ. Φραδέλο

Στη συνέχεια της τηλεφωνικής συνομιλίας μας, θα ήθελα να σας γνωστοποιήσω ότι μπορείτε να χρησιμοποιήσετε τη στάθμισή μου του SCL-90-R για τους ερευνητικούς λόγους που θέλετε. Σας επαναλαμβάνω ότι η στάθμιση δεν διατίθεται για ιδιωτική ή εμπορική χρήση, αλλά χωρίς καμιά χρέωση και μόνο για ερευνητικούς και κλινικούς σκοπούς σε δημόσιες κλινικές υπηρεσίες.

Με εκτίμηση

Σ. Ντώνιας

On 30/3/2015 4:26 μμ, evangelos fradelos wrote:

Αξιότιμέ Κ Καραδήμα

Ονομάζομαι Ευάγγελος Φραδέλος και είμαι Υποψήφιος Διδάκτωρ Νοσηλευτικής, του τμήματος Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Πελοποννήσου. Παρακαλώ όπως μου επιτρέψετε χρησιμοποιήσω την ελληνική μετάφραση του The Brief - IPQ στην ερευνητική μελέτη μου στα πλαίσια της διατριβής μου. Έχει προηγηθεί επικοινωνία με την Κα Elizabeth Broadbent και είναι σύμφωνη.

Με εκτίμηση

Φραδέλος Ε.

Αγαπητέ κ. Φραδέλο,

το ερωτηματολόγιο είναι στο public domain, και δεν χρειάζεστε άδεια χρήσης. Σας εύχομαι επομένως καλή επιτυχία στο έργο σας.

Να είστε καλά,

ΕΧΚ