

Διερεύνηση Αντιλήψεων Αιμοκαθαιρομένων Ασθενών για τη Νόσο τους. Ο Ρόλος των Δημογραφικών και Κλινικών Χαρακτηριστικών

Assessment of Illness Perception of Chronic Kidney Disease Patients. The Role of Demographic and Clinical Characteristics

Abstract at the end of the article

¹Νοσηλεύτρια, MSc, PhD, Ψυχιατρική Κλινική, ΓΝΝΘΑ «Η Σωτηρία»,

²Νοσηλεύτρια, MSc, MHS, PhD, Γραφείο Επιτήρησης Λοιμώξεων,

³Λέκτορας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής,

⁴Αναπληρωτής/τρια Καθηγητής/τρια, Γενικό Τμήμα Λάρισας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας,

⁵Επίκουρη Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Τρίπολη,

⁶Βιοπαθολόγος, MSc, PhD(c), ΓΝΝΙ «Κωνσταντούλειο-Πατησίων», Αττική,

⁷Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Τρίπολη

Υποβλήθηκε: 20/06/2019

Επανυποβλήθηκε: 15/07/2019

Εγκρίθηκε: 30/08/2019

Υπεύθυνος αλληλογραφίας:

Ευάγγελος Χ. Φραδέλος

Ευδόξου 12, 117 43 Αθήνα

e-mail: evangelosfradelos@hotmail.com

Ευάγγελος Φραδέλος,¹ Ευτυχία Ευαγγελίδου,² Βικτωρία Αλικάρη,³ Κωνσταντίνος Τσάρας,⁴ Ιωάννα Παπαθανασίου,⁴ Φωτεινή Τζαβέλλα,⁵ Δημήτριος Κουκουλάρης,⁶ Σοφία Ζυγά⁷

Εισαγωγή: Οι αντιλήψεις που έχουν οι ασθενείς για τη νόσο τους, δηλαδή οι υποκειμενικές γνωστικές πεποιθήσεις των ασθενών σχετικά με τα συμπτώματα και την ασθένειά τους, έχει βρεθεί να σχετίζεται με διάφορες εκβάσεις και παραμέτρους υγείας. Οι αντιλήψεις που έχουν οι ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο σχετίζονται με τον αντίκτυπο που έχουν οι θεραπείες υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας στη ζωή τους. **Σκοπός** της παρούσης μελέτης ήταν να διερευνηθεί τις αντιλήψεις αιμοκαθαιρομένων ασθενών σχετικά με τη νόσο τους. **Υλικό και Μέθοδος:** Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 367 ασθενείς με ΧΝΝ που υποβάλλονταν σε πρόγραμμα αιμοκάθαρσης σε διάφορα νοσοκομεία της Ελλάδας. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν με τη συμπλήρωση της βραχείας κλίμακας αντιλήψεων για την ασθένεια (Illness Perception Questionnaire). Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων έγινε με τη χρήση του λογισμικού προγράμματος Statistical Package for Social Sciences (SPSS), έκδοση 20, και με την εφαρμογή της στατιστικής δοκιμασίας Pearson correlation και t-test. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας τέθηκε στο $\leq 5\%$. **Αποτελέσματα:** Το συνολικό σκορ της Κλίμακας Αντιλήψεων για τη Νόσο ήταν $42,70 \pm 13,41$, γεγονός που δείχνει ότι η πλειονότητα των ασθενών εμφανίζει συνολικά αρνητική αντίληψη για τη νόσο. Αναλυτικότερα αρνητικότερη αντίληψη είχαν τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας ($p < 0,001$), οι διαμένοντες στην ύπαιθρο ($p = 0,039$), τα άτομα με αυξανόμενο αριθμό παιδιών ($p = 0,037$), οι μη χριστιανοί ($p = 0,025$), οι έχοντες συννοσηρότητα ($p < 0,001$) και τα άτομα με σωματική επιβάρυνση ($p < 0,001$). **Συμπεράσματα:** Οι αντιλήψεις των ασθενών με ΧΝΝ σχετίζονται με διάφορους κοινωνικοδημογραφικούς και κλινικούς

παράγοντες, όπως ηλικία, τόπος διαμονής, αριθμός παιδιών, θρήσκευμα, συννοσηρότητας και σωματική επιβάρυνση. Οι παραπάνω παράγοντες θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη στον σχεδιασμό κλινικής πρακτικής. Οι κατάλληλες παρεμβάσεις μπορούν να συμβάλουν στη μείωση της αρνητικής αντίληψης των ασθενών.

Λέξεις-ευρητήριο: Αιμοκάθαρση, αντιλήψεις νόσου, μοντέλο αυτορρύθμισης, χρόνια νεφρική νόσος.

Εισαγωγή

Η ΧΝΝ χαρακτηρίζεται από επίμονη νεφρική βλάβη ή/και απώλεια της νεφρικής λειτουργίας. Η κατάσταση αυτή σχετίζεται 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.¹ Ειδικότερα, η ΧΝΝ συνδέεται με πολλαπλές συννοσηρότητες, απώλεια της ποιότητας ζωής (ΠΖ) 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).² 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 αυτοδιχείριση της νόσου, οι οποίες είναι απαραίτητες για τη βελτίωση της κατάστασης της υγείας τους.³

Οι ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση βιώνουν αρκετό στρες το οποίο μπορεί να σχετίζεται με το γεγονός πως ζουν με ένα περίπλοκο σχήμα φαρμακευτικής αγωγής, βιώνουν διάφορους διατροφικούς και χρονικούς περιορισμούς καθώς επίσης και αλλαγές του ρόλου στην κοινότητα, στην οικογένεια και στη συζυγική ζωή. 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.^{4,5}

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.^{6,7} 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.⁸

Οι αντιλήψεις που έχουν οι ασθενείς για τη νόσο τους είναι ένας παράγοντας ο οποίος έχει βρεθεί να σχετίζεται με διάφορες εκβάσεις και παραμέτρους υγείας. Πρόκειται για τις υποκειμενικές γνωστικές πεποιθήσεις των ασθενών σχετικά με τα συμπτώματα και την ασθένειά τους και βασίζονται στο μοντέλο της αυτορρύθμισης.⁹ Το Μοντέλο Αυτορρύθμισης της Ασθένειας, που αρχικά περιγράφηκε το 1980 ως «Μοντέλο κοινής λογικής για την αναπαράσταση των ασθενειών» από τους Leventhal et al, 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 σχετικές με τη νόσο και τον τρόπο διαχείρισης αυτής.^{9–11}

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 και συναισθηματικά) 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 κινδύνους για την υγεία τους ή αλλάζουν τις σχετικές με την υγεία συμπεριφορές με τρόπους που συνάδουν με τη δική τους αναπαράσταση της νόσου.^{9,12} 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.^{13,14}

Οι αναπαραστάσεις για τη νόσο, καθώς επίσης και οι αντιλήψεις για τον ακριβή έλεγχο που 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 ρεαλιστικά, 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 στην πορεία της ασθένειάς τους.¹⁵⁻¹⁷

Σύμφωνα με μια μελέτη που διεξήχθη στην Κολομβία το 2012, σε ασθενείς που έπασχαν από χρόνιες παθήσεις, όπως ρευματοειδή αρθρίτιδα και ΧΝΝ βρέθηκε ότι 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.¹⁸ Μελέτες έχουν δείξει ότι οι αντιλήψεις των ασθενών για τη νόσο τους αποτελούν προβλεπτικό παράγοντα για τη φυσική λειτουργικότητα που έχουν.¹⁹ 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.²⁰

Για τη ΧΝΝ συγκεκριμένα, οι αντιλήψεις που έχουν οι ασθενείς για τη 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.²¹

Σκοπός

Σκοπός της παρούσης μελέτης ήταν να διερευνήσει τις αντιλήψεις των ασθενών με ΧΝΝ για τη νόσο τους και να εκτιμήσει την επίδραση που μπορεί να έχουν τα δημογραφικά, κοινωνικά και κλινικά χαρακτηριστικά τους.

Υλικό και Μέθοδος

Δείγμα της μελέτης

Πρόκειται για συγχρονική μελέτη συσχέτισης στην οποία συμμετείχαν 367 ασθενείς με τελικού σταδίου ΧΝΝ

που υποβάλλονταν σε πρόγραμμα αιμοκάθαρσης σε διάφορα νοσοκομεία της Ελλάδας.

Τα κριτήρια επιλογής του δείγματος ήταν τα ακόλουθα:

- Οι συμμετέχοντες να έχουν συμπληρώσει το 18ο έτος.
- Να έχουν διαγνωστεί με ΧΝΝ και να είναι σε πρόγραμμα αιμοκάθαρσης τουλάχιστον για 1 έτος.
- Να έχουν ικανοποιητικό επίπεδο συνεργασίας και αντιληπτικής ικανότητας.
- Να μην είναι διαγνωσμένοι με κάποια ψυχική νόσο.

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 ΥΠΕ 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 (10η Συν. 19/12/16) και από τη Μονάδα Τεχνητού Νεφρού «MEDIFIL Ιδιωτική Ιατρική Μονάδα Αιμοκάθαρσης ΑΕ, Ιατρικό Θεραπευτήριο Ιλίου 15.07.16. 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.

Μέθοδος

Τα δεδομένα συλλέχθηκαν με τα εξής ερευνητικά εργαλεία

1. Ένα ειδικά σχεδιασμένο ερωτηματολόγιο καταγραφής κοινωνικοδημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών του δείγματος.
2. Η Κλίμακα Illness Perception Questionnaire (Brief Version) – Κλίμακα αντιλήψεων για την ασθένεια.^{22,23} 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 ασθενούς για την πάθησή του, οι 2 τη συναισθηματική του αντίληψη, 1 αξιολογεί τον 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 αιτίες 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 παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκε η ελληνική εκδοχή του ερωτηματολογίου.²⁴

Στατιστική ανάλυση

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων της μελέτης 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 τη χρησιμοποίηση του κριτηρίου Kolmogorov-Smirnov. 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 έναν παράγοντα one-way ANOVA.

Αποτελέσματα

Χαρακτηριστικά του δείγματος

Στον πίνακα 1 παρουσιάζεται η κατανομή των 367 ασθενών που υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση ως προς τα κοινωνικοδημογραφικά και κλινικά τους χαρακτηριστικά.

Το 62,1% των ασθενών του δείγματος ήταν άνδρες και το 37,9% γυναίκες. Η ηλικία τους κυμαινόταν από 18 έως 92 έτη με μέση τιμή τα 61,80 έτη (TA=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 3/4 περίπου των ασθενών δεν ζούσαν μόνοι τους αλλά μαζί με άλλον ή άλλους (76,6%). Όσον αφορά στο 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 συνταξι-

Πίνακας 1. Χαρακτηριστικά των ασθενών του δείγματος (n=367).

Χαρακτηριστικά	n	(%)
<i>Φύλο</i>		
Άνδρας	228	62,1%
Γυναίκα	139	37,9%
<i>Ηλικία (έτη)</i>		
≤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	
<i>Τόπος διαμονής</i>		
Αγροτική περιοχή	64	17,4%
Ημιαστική περιοχή	56	15,3%
Αστική περιοχή	247	67,3%
<i>Οικογενειακή κατάσταση</i>		
Άγαμος/η	69	18,8%
Έγγαμος/η	217	59,1%
Διαζευγμένος/η	31	8,4%
Χήρος/α	50	13,6%
<i>Αριθμός παιδιών</i>		
0	108	29,4%
1–2	189	51,5%
≥3	70	19,1%
ΜΤ±ΤΑ	1,57±1,41	
Εύρος	0–10	
<i>Μένετε μόνος/η;</i>		
Ναι	86	23,4%
Όχι	281	76,6%
<i>Εκπαιδευτικό επίπεδο</i>		
Τάξεις Δημοτικού	28	7,6%
Απόφοιτος Δημοτικού	116	31,6%
Απόφοιτος Γυμνασίου/Λυκείου	160	43,6%
Απόφοιτος ΑΕΙ	63	17,2%
<i>Επαγγελματική κατάσταση</i>		
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%
<i>Θρήσκευμα</i>		
Χριστιανός Ορθόδοξος	352	95,9%
Χριστιανός Καθολικός	0	0,0%
Μουσουλμάνος	6	1,6%
Άλλο	9	2,5%

Συνεχίζεται

Πίνακας 1. Συνέχεια.

Χαρακτηριστικά	n	(%)
<i>Πόσο θρησκευόμενος είστε;</i>		
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	
<i>Πόσο κοντά αισθάνεστε στον Θεό;</i>		
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	
<i>Διάρκεια Αιμοκάθαρσης (έτη)</i>		
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	
<i>Αντιμετωπίζετε άλλο πρόβλημα υγείας;</i>		
Ναι	193	52,6%
Όχι	174	47,4%
<i>Τρέχον επίπεδο δραστηριότητας</i>		
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

ούχοι, 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 στον 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 (ΤΑ=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 στο 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, το 19,9% σε κακό ή πολύ κακό και το 19,1% σε πολύ καλό επίπεδο.

Σύντομο Ερωτηματολόγιο Αντιλήψεων για τη Νόσο "BIPQ"

Στον πίνακα 2, παρουσιάζονται τα περιγραφικά στατιστικά μέτρα της Κλίμακας Αντιλήψεων για τη Νόσο "BIPQ" και των διαστάσεών της (Υποκλίμακες).

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 δεικτη), 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 (ΤΑ=2,90), τη «Χρονική Διάρκεια» 9,03 (ΤΑ=2,16), τον «Προσωπικό Έλεγχο» 3,11 (ΤΑ=2,61), τον «Θεραπευτικό Έλεγχο» 1,89 (ΤΑ=2,26), την «Ταυτότητα» 5,63 (ΤΑ=3,07), την «Ανησυχία» 6,71 (ΤΑ=3,33), την «Κατανόηση Νόσου» 2,33 (ΤΑ=2,47) και τον «Συναισθηματικό Αντίκτυπο» 6,63 (ΤΑ=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 3 παρουσιάζεται η άποψη των 367 ασθενών υπό αιμοκάθαρση ως προς τους τρεις πιο σημα-

Πίνακας 2. Περιγραφικά στατιστικά μέτρα των διαστάσεων της Κλίμακας Αντιλήψεων για τη Νόσο «BIPQ» (n=367).

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

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

Πίνακας 3. Αιτιολογική πεποιθήση 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%

ντικούς παράγοντες που θεωρούν ότι προκάλεσαν την ασθένειά τους.

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%).

Σχέση αντιλήψεων για τη νόσο και χαρακτηριστικών των ασθενών (Διμεταβλητή ανάλυση)

Στον πίνακα 4 παρουσιάζεται η διμεταβλητή (bivariate) διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της Κλίμακας Αντιλήψεων για τη Νόσο "BIPQ" με τα χαρακτηριστικά των ασθενών υπό αιμοκάθαρση.

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» σχετιζόταν 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» σχετιζόταν 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» σχετιζόταν στατιστικά σημαντικά με την οικογενειακή κατάσταση ($p=0,008$), το εκπαιδευτικό επίπεδο ($p=0,046$), το πόσο κοντά αισθάνονται στον Θεό ($p=0,009$), την ύπαρ-

Πίνακας 4. Συσχέτιση της Κλίμακας Αντιλήψεων για τη Νόσο "BIPQ" με τα χαρακτηριστικά των ασθενών (n=367).

Χαρακτηριστικά		Συνέπειες	Χρονική διάρκεια	Προσωπικός έλεγχος
Φύλο	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
	p	0,369	0,736	0,447
Αυξανόμενη ηλικία σε έτη	p	<0,001	<0,001	0,518
Τόπος διαμονής	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
	p	0,083	0,671	0,554
Οικογενειακή κατάσταση	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
	p	0,681	0,292	0,008
Ύπαρξη παιδιών	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
	p	0,019	0,027	0,873
Αυξανόμενος αριθμός παιδιών	p	0,047	0,018	0,276
Μένετε μόνος/η;	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
	p	0,277	0,169	0,447
Εκπαιδευτικό επίπεδο	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
	p	0,711	0,072	0,046
	Post Hoc Test (LSD)		(1)>(3) p=0,022	(1)>(2) p=0,019 (1)>(3) p=0,093
Επαγγελματική κατάσταση	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
	p	0,422	0,227	0,421
Θρήσκευμα	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
	p	0,093	0,662	0,280
Πόσο θρησκευόμενος είστε;	p	0,363	0,678	0,467
Πόσο κοντά αισθάνεστε στον Θεό;	p	0,681	0,195	0,009
Διάρκεια Αιμοκάθαρσης (έτη)	p	0,613	0,290	0,617
Άλλο πρόβλημα υγείας	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
	p	<0,001	<0,001	0,046
Τρέχον επίπεδο δραστηριότητας	p	<0,001	0,001	<0,001

Τα δεδομένα παρουσιάζονται ως Μέση Τιμή±Τυπική Απόκλιση

Συνεχίζεται

Πίνακας 4. Συνέχεια.

Χαρακτηριστικά		Θεραπευτικός έλεγχος	Ταυτότητα	Ανησυχία	
Φύλο	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	
	p	0,944	0,423	0,094	
Αυξανόμενη ηλικία σε έτη	p	0,914	0,003	0,059	
Τόπος διαμονής	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	
	p	0,450	0,006	0,320	
Οικογενειακή κατάσταση	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	
	p	0,007	0,226	0,826	
Ύπαρξη παιδιών	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	
	p	0,265	0,338	0,215	
Αυξανόμενος αριθμός παιδιών	p	0,714	0,093	0,230	
	Μένετε μόνος/η;	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
p		0,564	0,277	0,290	
Εκπαιδευτικό επίπεδο	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	
	p	0,599	0,023	0,780	
	Post Hoc Test (LSD)		(1)>(2) p=0,070 (1)>(3) p=0,009		
Επαγγελματική κατάσταση	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	
	p	0,823	0,791	0,448	
Θρήσκευμα	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	
	p	0,152	0,023	0,060	
Πόσο θρησκευόμενος είστε;	p	0,745	0,069	0,060	
Πόσο κοντά αισθάνεστε στον Θεό;	p	0,290	0,841	0,706	
Διάρκεια Αιμοκάθαρσης (έτη)	p	0,522	0,598	0,162	
Άλλο πρόβλημα υγείας	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	
	p	0,108	<0,001	<0,001	
Τρέχον επίπεδο δραστηριότητας	p	<0,001	<0,001	<0,001	

Τα δεδομένα παρουσιάζονται ως Μέση Τιμή±Τυπική Απόκλιση

Συνεχίζεται

Πίνακας 4. Συνέχεια.

Χαρακτηριστικά		Κατανόηση νόσου	Συναισθηματικός αντίκτυπος	Συνολική αντίληψη για τη νόσο	
Φύλο	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	
	p	0,404	0,006	0,088	
Αυξανόμενη ηλικία σε έτη	p	0,026	0,007	<0,001	
Τόπος διαμονής	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	
	p	0,029	0,523	0,039	
Οικογενειακή κατάσταση	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	
	p	0,033	0,504	0,076	
Ύπαρξη παιδιών	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	
	p	0,941	0,542	0,170	
Αυξανόμενος αριθμός παιδιών	p	0,572	0,402	0,037	
	Μένετε μόνος/η;	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
p		0,817	0,337	0,147	
Εκπαιδευτικό επίπεδο	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	
	p	0,002	0,413	0,018	
	Post Hoc Test (LSD)	(1)>(2) p=0,003 (1)>(3) p=0,004		(1)>(2) p=0,031 (1)>(3) p=0,011	
Επαγγελματική κατάσταση	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	
	p	0,461	0,765	0,649	
Θρήσκευμα	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	
	p	0,674	0,085	0,025	
Πόσο θρησκευόμενος είστε;	p	0,442	0,010	0,193	
Πόσο κοντά αισθάνεστε στον Θεό;	p	0,002	0,143	0,257	
Διάρκεια Αιμοκάθαρσης (έτη)	p	0,149	0,841	0,641	
Άλλο πρόβλημα υγείας	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	
	p	0,594	<0,001	<0,001	
Τρέχον επίπεδο δραστηριότητας	p	0,089	<0,001	<0,001	

Τα δεδομένα παρουσιάζονται ως Μέση Τιμή±Τυπική Απόκλιση

ξη άλλου προβλήματος υγείας ($p=0,046$) και το τρέχον επίπεδο δραστηριότητας ($p<0,001$). Η διάσταση «Θεραπευτικός Έλεγχος» σχετιζόταν στατιστικά σημαντικά με την οικογενειακή κατάσταση ($p=0,007$) και το τρέχον επίπεδο δραστηριότητας ($p<0,001$). Η διάσταση «Ταυτότητα» σχετιζόταν 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» σχετιζόταν 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» σχετιζόταν 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 στον Θεό ($p=0,002$) και οριακά στο επίπεδο του 10% με το τρέχον επίπεδο δραστηριότητας ($p=0,089$). Η διάσταση «Συναισθηματικός Αντίκτυπος» σχετιζόταν 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» σχετιζόταν 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 ($p=0,076$).

Συζήτηση

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 Αντίληψεων 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 στις υποκλίμακες, την υψηλότερη μέση τιμή παρουσιάζει η «Χρονική Διάρκεια» με τις «Συνέπειες», ενώ χαμηλότερη τιμή παρουσιάζει η «Κατανόηση Νόσου» με τον «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.⁹⁻¹¹ 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 την πάθησή τους ως δυνητικά απειλητική, γεγονός που περιπλέκει τόσο τις εκβάσεις σχετικά με τη νόσο, όσο και τη διαχείριση αυτής.^{25,26}

Σύμφωνα με ερευνητές οι αναπαραστάσεις ασθενειών συνδέονται με ψυχικές και σωματικές εκβάσεις.^{27,28} 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.²⁹

Σύμφωνα με πρόσφατη μετα-ανάλυση των Broadbent et al,²⁹ αντιλήψεις σχετικά με ισχυρές επιπτώσεις, εδραιωμένη ταυτότητα νόσου, βαριά συναισθηματική απόκριση και ανησυχίες σχετίζονται με άγχος κατάθλιψη και πτωχή ποιότητα ζωής.³⁰ Από την άλλη ο προσωπικός έλεγχος σχετίζεται με καλύτερη ποιότητα ζωής και χαμηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης.²⁹

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, η ηλικία, η ύπαρξη παιδιών, η ύπαρξη άλλου προβλήματος υγείας και το τρέχον επίπεδο δραστηριότητας, βρέθηκαν να σχετίζονται με τις αναπαραστάσεις της νόσου. Σύμφωνα με τη μελέτη των Jayanti et al, 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.³¹ Τέλος, σχετικά με τις αιτιάσεις της νόσου, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσης μελέτης, 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. 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 προγενέστερα στάδια ΧΝΝ.³¹

Περιορισμοί της μελέτης

Παρότι το δείγμα της παρούσας μελέτης ήταν ικανοποιητικό να διεξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα, εντούτοις υπάρχουν και κάποιοι περιορισμοί που δεν επιτρέπουν τη γενίκευση των συμπερασμάτων σε όλους τους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς, όπως είναι η μεγάλη ηλικία των συμμετεχόντων, το χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο, η συννοσηρότητα κ.λπ.

Συμπεράσματα-Προτάσεις

Οι αντιλήψεις του δείγματος της παρούσας μελέτης εξαρτώνται τόσο από κλινικούς παράγοντες που αφορούν στην ίδια τη νόσο και την πορεία της, όσο και από κοινωνικοδημογραφικούς όπως είναι η συννοσηρότητα, η σωματική δραστηριότητα, τα χρόνια αιμοκάθαρσης, η ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, ο τόπος διαμονής, η ύπαρξη παιδιών καθώς και θρησκευτικοί και άλλοι παράγοντες.

Η συστηματική παρακολούθηση των παραγόντων που σχετίζονται με τις αντιλήψεις για τη νόσο στη ΧΝΝ κρίνεται ως πολύ σημαντική, καθώς με αυτόν τον τρόπο, αλλά και με τον σχεδιασμό και εφαρμογή των κατάλληλων παρεμβάσεων μπορεί κανείς να μειώσει την αρνητική αντίληψη που οι ασθενείς έχουν για την πάθησή τους. Με τη συνεχή αξιολόγηση θα μπορούσαν να βελτιωθούν τόσο ψυχολογικές όσο και σωματικές παράμετροι που επηρεάζουν αρνητικά τη γενικότερη ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών.

ABSTRACT

Assessment of Illness Perception of Chronic Kidney Disease Patients. The Role of Demographic and Clinical Characteristics

Evangelos C. Fradelos,¹ Eftychia S. Evangelidou,² Victoria Alikari,³ Konstantinos Tsaras,⁴ Ioanna V. Papathanasiou,⁴ Foteini Tzavella,⁵ Dimitrios Koukoularis,⁶ Sofia Zyga⁷

¹RN, MSc, PhD, Psychiatric Department, "Sotiria" Athens General Hospital for Chest Diseases, Attica,

²RN, MSc, MHS, PhD, Infection Control Team, GHNI "Konstantopouleio-Patision", Attica,

³Lecturer, Department of Nursing, University of West Attica,

⁴Associate Professor, General Department of Larissa, University of Thessaly,

⁵Assistant Professor, Department of Nursing, University of Peloponnese, Tripoli,

⁶Biopathologist, MSc, PhD(c), GHNI "Konstantopoulio-Patision", Attica,

⁷Professor, Department of Nursing, University of Peloponnese, Tripoli, Greece

Introduction: Patients' perceptions about their disease, that is, patients' subjective cognitive beliefs about their symptoms and illness, have been found to be associated with various outcomes and health parameters. Perceptions of patients with chronic kidney disease are associated with the impact that renal replacement therapy exert on their life. The purpose of the present study was to explore perceptions of hemodialysis patients about their disease.

Material and Method: The sample of the study consisted of 367 patients with chronic kidney disease (CKD) undergoing hemodialysis in various hospitals in Greece. Data were collected by the completion of the Illness Perception Questionnaire. Statistical analysis were done using Statistical Package for Social Sciences (SPSS), version 20, and the statistical method of Pearson correlation and t-tests. The level of statistical significance was set at $\leq 5\%$. **Results:** Total score of the Illness Perception Questionnaire was 42.70 ± 13.41 , which indicates that the majority of patients had an overall negative perception of the disease. More in detail, negative perception of the disease had participants with advanced age ($p < 0.001$), those living in the countryside ($p = 0.039$), individuals with increased number of children ($p = 0.037$), non-Christians ($p = 0.025$), those with co morbidities ($p < 0.001$) and those with physical burden ($p < 0.001$).

Conclusions: Illness perceptions of patients with CKD are associated with various socio-demographic and clinical factors, such as age, place of residence, number of children, religion, co morbidity and physical burden. The above

factors should be taken into account in the design of clinical practice. Proper interventions may significantly contribute in reducing patients' negative perceptions.

Key-words: *Dialysis, Illness perceptions, self-regulation model, chronic kidney disease.*

✉ **Corresponding Author:** Evangelos Fradelos, 12 Evdoxou street, GR-117 43 Athens, Greece, e-mail: evangelos-fradelos@hotmail.com

Βιβλιογραφία

1. Delles C, Vanholder R. Chronic kidney disease. *Clin Sci* 2017, 131:225–226
2. Litbarg N. Chronic Kidney Disease. *Integrat Med* 2018, 411–421.e11
3. Lin MY, Liu MF, Hsu LF, Tsai PS. Effects of self-management on chronic kidney disease: A meta-analysis. *Int J Nurs Stud* 2017, 74:128–137
4. Cinar S, Barlas GU, Alpar SE. Stressors and coping strategies in hemodialysis patients. *Pak J Med Sci* 2009, 25:447–452
5. Kimmel P, Peterson R, Weihs K, Simmens S, Alleyne S, Cruz I et al. Psychosocial factors, behavioral compliance and survival in urban hemodialysis patients. See Editorial by Levy 2019:285
6. Christensen AJ, Ehlers SL. Psychological factors in end-stage renal disease: an emerging context for behavioral medicine research. *J Consult Clin Psychol* 2002, 70:712–724
7. DeJean D, Giacomini M, Vanstone M, Brundisini F. Patient experiences of depression and anxiety with chronic disease: a systematic review and qualitative meta-synthesis. *Ont Health Technol Assess Ser* 2013, 13:1–33
8. Silva Junior G, Barbosa A, Silva G, Silva L, Lima G, Santana C et al. Depressive symptoms in chronic kidney disease: A comparison between patients on dialysis versus conservative treatment. *Nefrolog Latinoameric* 2017, 14: 153–159
9. Leventhal HL, Benyamini Y, Brownlee S et al. Illness representation: theoretical foundations. In: Petrie KJ, Weinmann JA (eds) *Perceptions of health and illness*. Harwood Academic, Amsterdam, 1997
10. Leventhal H, Brissette I, Leventhal EA. The common-sense model of self-regulation of health and illness. In: Cameron LD, Leventhal H (eds) *The self-regulation of health and illness behavior*. Routledge, New York, 2003
11. Leventhal H, Phillips LA, Burns E. The Common-Sense Model of Self-Regulation (CSM): a dynamic framework for understanding illness self-management. *J Behav Med* 2016, 39:935–946
12. Browning K, Wewers M, Ferketich A, Otterson G, Reynolds N. The Self-regulation Model of Illness Applied to Smoking Behavior in Lung Cancer, 2019
13. Dempster M, Howell D, McCorry N. Illness perceptions and coping in physical health conditions: A meta-analysis. *J Psychosom Research* 2015, 79:506–513
14. Vaske I, Kenn K, Keil D, Rief W, Stenzel N. Illness perceptions and coping with disease in chronic obstructive pulmonary disease: Effects on health-related quality of life. *J Health Psychol* 2016, 22:1570–1581
15. Majoor BCJ, Andela CD, Quispel CR, Rotman M, Dijkstra PDS, Hamdy NAT et al. Illness Perceptions are Associated with Quality of Life in Patients with Fibrous Dysplasia. *Calcif Tissue Int* 2018, 102:23–31
16. Princip M, Gattlen C, Meister-Langraf RE, Schnyder U, Znoj H, Barth J et al. The Role of Illness Perception and Its Association With Post-traumatic Stress at 3 Months Following Acute Myocardial Infarction. *Front Psychol* 2018, 9:941
17. Petrie KJ, Jago LA, Devcich DA. The role of illness perceptions in patients with medical conditions. *Curr Opin Psychiatry* 2007, 20:163–167
18. Vinaccia S, Quiceno J, Remor E. Resilience, illness perception of disease, beliefs and spiritual-religious coping in relation to the health-related quality of life in chronic colombian patients. *Anal de Psicol* 2012, 28:366–377
19. Kimmel P, Cohen S, Peterson R. Depression in Patients With Chronic Renal Disease: Where Are We Going? *J Renal Nutr* 2008, 18:99–103
20. Nyarko K. Illness Perception, Religiosity and Mental Health of Diabetic Patients in Ghana. *Am J Appl Psychol* 2014, 3:12–20
21. Tarakeshwar N, Khan N, Sikkema K. A Relationship-Based Framework of Spirituality for Individuals with HIV. *AIDS Behav* 2016, 10:59–70
22. Moss-Morris R, Weinman J, Petrie K, Horne R, Cameron L, Buick D. The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychol Health* 2002, 17:1–16
23. Basu S, Poole J. The Brief Illness Perception Questionnaire. *Occup Med* 2016, 66:419–420
24. Karademas E, Bakouli A, Bastounis A, Kallergi F, Tamtami P, Theofilou M. Illness Perceptions, Illness-related Problems, Subjective Health and the Role of Perceived Primal Threat. *J Health Psychol* 2008, 13:1021–1029

25. Mollaoglu M, Candan F, Mollaoglu M. Illness Perception and Hopelessness in Hemodialysis. *Arch Clin Nephrol* 2016, 2: 44–48
26. van Dijk S, Scharloo M, Kaptein A, Thong M, Boeschoten E, Grootendorst D et al. Patients' representations of their end-stage renal disease: relation with mortality. *Nephrol Dial Transplant* 2009, 24:3183–3185
27. Bijsterbosch J, Scharloo M, Visser A, Watt I, Meulenbelt I, Huizinga T et al. Illness perceptions in patients with osteoarthritis: Change over time and association with disability. *Arthr Rheum* 2009, 61:1054–1061
28. Juergens MC, Seekatz B, Moosdorf RG, Petrie KJ, Rief W. Illness beliefs before cardiac surgery predict disability, quality of life, and depression 3 months later. *J Psychosom Res* 2010, 68:553–560
29. Broadbent E, Wilkes C, Koschwanez H, Weinman J, Norton S, Petrie K. A systematic review and meta-analysis of the Brief Illness Perception Questionnaire. *Psychol Health* 2015, 30:1361–1385
30. Timmers L, Thong M, Dekker FW, Boeschoten EW, Heijmans M, Rijken M et al. Illness perceptions in dialysis patients and their association with quality of life. *Psychol Health* 2008, 23:679–690
31. Jayanti A, Foden P, Wearden A, Mitra S. Illness Beliefs in End Stage Renal Disease and Associations with Self-Care Modality Choice. *PLOS ONE* 2016, 11:e0154299