



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ



ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

**«ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΔΙΠΛΩΜΑ ΕΙΔΙΚΕΥΣΗΣ ΣΤΗ ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΗ
ΦΡΟΝΤΙΔΑ»**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Θέμα: Οι ψυχολογικές επιπτώσεις της πανδημίας λόγω του COVID-19 στους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς σε νοσοκομεία της περιφέρειας Στερεάς Ελλάδας και Θεσσαλίας

Τριανταφυλλόπουλος Δημήτριος

Νοσηλευτής

Τριμελής εξεταστική επιτροπή:

- Κοτρώτσιου Ευαγγελία, Καθηγήτρια Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Επιβλέπων
- Στεφανίδης Ιωάννης, Καθηγητής Παθολογίας/Νεφρολογίας στο Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας
- Ελευθεριάδης Θεόδωρος, Επίκουρος Καθηγητής Νεφρολογίας στο Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Λάρισα, 2021



UNIVERSITY OF THESSALY
SCHOOL OF HEALTH SCIENCE
FACULTY OF MEDICINE



MASTER PROGRAM IN
«MASTER OF SCIENCE DIPLOMA IN NEPHROLOGICAL CARE»

MASTER THESIS

TITLE: The psychological effects of the COVID-19 pandemic on hemodialysis patients in hospitals in the region of Central Greece and Thessaly

Triantaphyllopoulos Dimitrios

Registered Nurse

Three-member examination committee:

- Kotrotsiou Evangelia, Professor of Nursing at the University of Thessaly, Supervisor
- Eleftheriadis Theodoros, Assistant Professor of Nephrology at the University of Thessaly
- Stefanidis Ioannis, Professor of Pathology / Nephrology at the Department of Medicine, University of Thessaly

Larisa, 2021

Βεβαιώνω ότι είμαι συγγραφέας αυτής της πτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην πτυχιακή εργασία. Επίσης έχω αναφέρει τις όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε αυτές αναφέρονται ακριβώς είτε παραφρασμένες. Επίσης βεβαιώνω ότι αυτή η διπλωματική εργασία προετοιμάστηκε από εμένα προσωπικά ειδικά για τις απαιτήσεις του προγράμματος σπουδών του Μεταπτυχιακού διπλώματος ειδίκευσης στη Νεφρολογική Φροντίδα, του Ιατρικού Τμήματος Πανεπιστημίου Θεσσαλίας.

Περιεχόμενα

Εισαγωγή	1
Ανασκόπηση της βιβλιογραφίας	3
1. Η πανδημία λόγω του κορονοϊού COVID-19 στη σύγχρονη εποχή	3
1.1. Η σύγχρονη ιστορία των κορονοϊών	3
1.2. Η μετάδοση του ιού	4
1.3. Οι κλινικές εκδηλώσεις της νόσου	5
1.4. Η παθοφυσιολογία της νόσου	5
1.5. Ο ιός SARS-CoV-2 και η νεφρική βλάβη	7
2. Ο αιμοκαθαιρόμενος ασθενής στο περιβάλλον της πανδημίας	8
2.1. Η καραντίνα και οι επιβεβλημένοι περιορισμοί	8
2.2. Οι αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς σε κίνδυνο	9
2.3. Οι νέες συνθήκες της αιμοκάθαρσης	10
2.4. Η νέα καθημερινότητα των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών	11
3. Ο ψυχολογικές επιπτώσεις της πανδημίας λόγω του COVID-19 στους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς	13
3.1. Η ψυχική υγεία των ασθενών με νεφρική νόσο τελικού σταδίου	13
3.2. Η κοινωνική απομόνωση και η καραντίνα στο περιβάλλον της πανδημίας	15
3.3. Το αίσθημα του φόβου στο περιβάλλον της πανδημίας	17
3.4. Άγχος και κατάθλιψη στο περιβάλλον της πανδημίας	19
3.5. Οι διαταραχές του ύπνου στο περιβάλλον της πανδημίας	22
4. Διαχείριση των ψυχολογικών διαταραχών των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών	24
4.1. Υποστήριξη από το νοσηλευτικό προσωπικό	24
4.2. Ψυχοφαρμακολογικές παρεμβάσεις	24
Μεθοδολογία της έρευνας	27
1. Ενωσιολογικό υπόβαθρο	27
2. Σκοπός της Έρευνας και Ερευνητικά Ερωτήματα	28
3. Ερευνητική Μεθοδολογία	29
3.1. Ερευνητικό Εργαλείο	30
3.2. Δείγμα	31
3.3. Μέθοδος ανάλυσης των δεδομένων	32
3.4. Διαδικασία διεξαγωγής των συνεντεύξεων και ανάλυση δεδομένων	33
4. Εγκυρότητα και Περιορισμοί Διαδικασίας	34

5.Θέματα Δεοντολογίας.....	35
Αποτελέσματα.....	36
1.Χαρακτηριστικά του δείγματος.....	37
2.Θεματική ανάλυση των συνεντεύξεων.....	38
2.1.Αλλαγές που προκλήθηκαν στις μονάδες αιμοκάθαρσης λόγω της πανδημίας του λόγω COVID-19.....	38
2.1.1.Μεταβολές στον προγραμματισμό και τις συνθήκες της αιμοκάθαρσης	38
2.1.2. Επικοινωνία με το γιατρό	40
2.2.Οι ψυχολογικές επιπτώσεις που προκάλεσε η πανδημία λόγω του COVID-19 στους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς.....	42
2.2.1.Ιστορικό ψυχικής νόσου και λήψη φαρμάκων.....	42
2.2.2.Συμπτώματα ψυχικής υγείας	42
2.2.3.Περιορισμοί της κυκλοφορίας και ψυχολογικές επιπτώσεις	45
2.2.4.Μεταβολές στις οικογενειακές σχέσεις	46
2.2.5.Αυτονομία και αυτοεκτίμηση	48
2.3.Η επίδραση της πανδημίας λόγω του COVID-19 στη συναισθηματική ισορροπία και ευεξία των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών.	49
2.3.1.Φυσική δραστηριότητα	49
2.3.2.Διαιτητικές συνήθειες και μέτρα υγιεινής	50
2.4.Οι στρατηγικές αντιμετώπισης των ψυχο-συναισθηματικών και κοινωνικών επιπτώσεων λόγω της πανδημίας του COVID-19.	52
2.4.1.Καθημερινότητα	52
2.4.2. Οικογενειακές σχέσεις	54
2.4.3.Μέσα κοινωνικής δικτύωσης.....	56
2.4.4. Ο ρόλος της θρησκευτικότητας	58
2.4.5.Υποστήριξη από νοσηλευτικό προσωπικό της μονάδας αιμοκάθαρσης	59
2.4.6.Εμβολιασμός	61
Συζήτηση αποτελεσμάτων.....	64
Συμπεράσματα	69
Βιβλιογραφία	71

Περίληψη

Εισαγωγή: Οι ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση αποτελούν μια ομάδα υψηλού κινδύνου στο περιβάλλον της πανδημίας λόγω του COVID-19. Οι ασθενείς αυτοί βιώνουν τις ψυχολογικές επιπτώσεις της χρόνιας νόσου. Επιπρόσθετα, στη σύγχρονη εποχή βιώνουν τις πιέσεις και τους περιορισμούς της πανδημίας, με αποτέλεσμα την αύξηση της έντασης των ψυχο-πιεστικών φαινομένων και την ενδεχόμενη επιδείνωση της ψυχικής υγείας τους.

Σκοπός: Η διερεύνηση των ψυχολογικών επιπτώσεων της πανδημίας λόγω του COVID-19 στους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς σε νοσοκομεία της περιφέρειας Στερεάς Ελλάδας και Θεσσαλίας.

Υλικό – Μέθοδος: Στην παρούσα μελέτη εντάχθηκαν 12 ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση σε δημόσιες Μονάδες Τεχνητού Νεφρού, κατά το χρονικό διάστημα από 01/09/2021 έως 30/10/2021. Η συλλογή των δεδομένων βασίστηκε στην πραγματοποίηση ημιδομημένης συνέντευξης, με σκόπιμη δειγματοληψία, με θεματική ανάλυση του περιεχομένου των συνεντεύξεων.

Αποτελέσματα: Στη μελέτη εντάχθηκαν 12 ασθενείς, 4 γυναίκες και 8 άνδρες, μέσης ηλικίας 55,8 έτη και μέσου χρόνου έναρξης της αιμοκάθαρσης 7,6 έτη. Η θεματική ανάλυση των συνεντεύξεων ανέδειξε ότι οι αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς αποδέχθηκαν τον χαρακτηρισμό ως ομάδα υψηλού κινδύνου και ως συνέπεια αυτού υιοθέτησαν πειθαρχημένα τα μέτρα ατομικής προστασίας και τις νέες συνθήκες πραγματοποίησης της αιμοκάθαρσης. Οι ψυχολογικές επιπτώσεις περιορίστηκαν στο ελάχιστο, αφού η ανθεκτικότητα αυτών των ασθενών είχε ήδη δομηθεί λόγω της χρόνιας νόσου και οι επιβαλλόμενοι περιορισμοί αφομοιώθηκαν χωρίς ιδιαίτερες επιπτώσεις. Η αυτονομία τους δεν κλονίστηκε και η αυτο-εκτίμηση διατηρήθηκε σε υψηλά επίπεδα. Σε αυτό το πλαίσιο λειτούργησαν υποστηρικτικά το οικογενειακό περιβάλλον, η προσπάθεια διατήρησης της καθημερινής ρουτίνας και η υποστήριξη του νοσηλευτικού προσωπικού των μονάδων αιμοκάθαρσης. Ο εμβολιασμός θεωρήθηκε αναγκαιότητα, ωστόσο εκφράστηκαν ενστάσεις σχετικά με την υποχρεωτικότητα.

Συμπεράσματα: Οι αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς, λόγω της ασθένειας και της επιβεβλημένης φύσης της αιμοκάθαρσης, έχουν αναπτύξει μια μοναδική ανθεκτικότητα, η οποία λειτούργησε αποτελεσματικά στο περιβάλλον της πανδημίας, με τους επιβαλλόμενους περιορισμούς και απαγορεύσεις.

Λέξεις κλειδιά: πανδημία, αιμοκάθαρση, ψυχολογικές επιπτώσεις, ανθεκτικότητα.

Abstract

Background: Patients undergoing dialysis are a high risk group in the pandemic environment due to COVID-19. These patients experience the psychological effects of chronic disease. In addition, in the modern environment they experience the pressures and limitations of the pandemic, resulting in an increase in the intensity of psycho-stressful phenomena and the possible deterioration of mental health.

Purpose: The investigation of the psychological effects of the pandemic due to COVID-19 in hemodialysis patients in hospitals in the region of Central Greece and Thessaly.

Materials - Methods: In the present study were included 12 patients who underwent dialysis in a public Hemodialysis Centre, during the period from 01/09/2021 to 30/10/2021. The data collection was based on conducting a semi-structured interview, with deliberate sampling, with a thematic analysis of the content of the interviews.

Results: The study included patients, 4 women and 8 men, with a mean age of 55.8 years and a mean onset of dialysis of 7.6 years. The thematic analysis of the interviews showed that the dialysis patients accepted the designation as a high-risk group and as a consequence they disciplinedly adopted the personal protection measures and the new conditions of dialysis. The psychological effects were reduced to a minimum, as the resilience of these patients had already been structured due to the chronic disease and the imposed restrictions were assimilated without particular effects. Their autonomy was not shaken and their self-esteem was maintained at high levels. The family environment, the effort to maintain the daily routine and the support of the nursing staff of the dialysis units were supportive in this event. Vaccination was considered a necessity, but there were objections to the obligation.

Conclusions: Dialysis patients, due to the disease and the imposed nature of dialysis, have developed a unique resilience, which worked effectively in the pandemic environment, with the imposed restrictions and prohibitions.

Keywords: pandemic, dialysis, psychological effects, resilience.

Εισαγωγή

Η συνεχιζόμενη πανδημία λόγω του κορονοϊού (COVID-19) συνιστά μια υγειονομική κρίση, που επηρεάζει μοναδικά όλα τα μέλη της παγκόσμιας κοινότητας. Σε τέτοιες περιόδους κρίσης, οι ευάλωτοι πληθυσμοί επηρεάζονται εντονότερα, σε επίπεδο υγειονομικών όρων, αλλά επίσης και σε κοινωνικο-οικονομικό και ψυχολογικό επίπεδο. Τα αναδύομενα στοιχεία δείχνουν ότι τα επιβεβλημένα μέτρα δημόσιας υγείας, ο κατ' οίκον περιορισμός και η κοινωνική αποστασιοποίηση κατά τη διάρκεια της πανδημίας, ευθύνονται για μια σειρά από σοβαρές επιπτώσεις για τη σωματική και ψυχική υγεία των ευπαθών ομάδων του πληθυσμού. Όλα τα παραπάνω αναδεικνύουν την ανάγκη για προληπτικές πολιτικές υποστήριξης και έγκαιρες παρεμβάσεις, με σκοπό την αποκλιμάκωση της έντασης των ενδεχόμενων συνεπειών.

Σε δεύτερο επίπεδο, οι ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση συνιστούν μια ιδιαίτερη ομάδα χρόνιων ασθενών, καθώς υποβάλλονται προγραμματισμένα σε μια απαιτητική θεραπεία, αντιμετωπίζουν μια σειρά από αυστηρούς περιορισμούς και συνήθως πάσχουν από μια σειρά από συννοσηρότητες. Όλα τα παραπάνω συμβάλλουν αναπόφευκτα σε μια συνεχιζόμενη πίεση, η οποία αποτελεί τη γενεσιουργό αιτία σημαντικής ψυχολογικής επιβάρυνσης. Αναπόφευκτα αυτοί οι ασθενείς συνεχίζουν τη ζωή τους βιώνοντας ανησυχία, άγχος και φόβο, καταθλιπτικά φαινόμενα και αβεβαιότητα.

Επιπρόσθετα, στο περιβάλλον της πανδημίας αυτοί οι ασθενείς χαρακτηρίστηκαν δικαίως ως ομάδα υψηλού κινδύνου. Οι ασθενείς αυτοί βίωσαν επιπρόσθετα την πίεση της πανδημίας, των περιορισμών, του φόβου της νόσησης και του αγνώστου. Η ψυχολογική πίεση εντάθηκε, τα ψυχοπνευστικά φαινόμενα μεγεθύνθηκαν και οι ασθενείς αυτοί πνέστηκαν στα όρια τους.

Η παρούσα εργασία επιχειρεί να στοιχειοθετήσει τις ψυχολογικές επιπτώσεις αυτών των ασθενών, στα όρια της χρόνιας ασθένειας και της επιβεβλημένης αιμοκάθαρσης και στο νέο περιβάλλον της πανδημίας και των επιβαλλόμενων περιορισμών. Με την προσέγγιση της ποιοτικής έρευνας, μέσω της πρακτικής της ημι-δομημένης συνέντευξης, επιχειρήθηκε η ποιοτική αποτύπωση των ψυχολογικών παραμέτρων σε αυτή την ομάδα ασθενών.

Αξίζει να σημειωθεί ότι η ελληνική και διεθνής βιβλιογραφία σχετικά με αυτό το θέμα είναι περιορισμένη. Η ποιοτική προσέγγιση σε αυτό το θέμα είναι μοναδική για τα ελληνικά δεδομένα και στη διεθνή βιβλιογραφία λίγες είναι οι παρόμοιες προσεγγίσεις.

Η παρούσα εργασία διαρθρώνεται σε τρία βασικά μέρη. Στο πρώτο μέρος παρουσιάζονται τα δεδομένα της βιβλιογραφίας, όπως αποτυπώνονται σε σύγχρονες μελέτες, σχετικά με τα συστατικά του θέματος: η πανδημία και ο κορονοϊός, οι αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς στο περιβάλλον της πανδημίας και οι ψυχολογικές επιπτώσεις που βιώνουν οι αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς. Στο δεύτερο μέρος παρουσιάζεται η μεθοδολογία της έρευνας, με παρουσίαση του σκοπού της εργασίας, της ερευνητικής μεθοδολογίας, του ερευνητικού εργαλείου, της μεθόδου ανάλυσης των δεδομένων, της εγκυρότητας και των περιορισμών της έρευνας και των θεμάτων δεοντολογίας. Στο τρίτο μέρος παρουσιάζεται η θεματική ανάλυση των αποτελεσμάτων, με την επαγόμενη συζήτηση των αποτελεσμάτων και τα εξαγόμενα συμπεράσματα.

Ανασκόπηση της βιβλιογραφίας

1. Η πανδημία λόγω του κορονοϊού COVID-19 στη σύγχρονη εποχή

1.1. Η σύγχρονη ιστορία των κορονοϊών

Ο SARS-CoV-2 ανήκει στην υποοικογένεια Orthocoronavirinae, στην οικογένεια Coronaviridae και στην τάξη Nidovirales. Αποτελείται από τέσσερις υποτύπους, α- και β-κορονοϊούς, που θεωρούνται απειλητικοί για τους ανθρώπους, και γ- και δ-κορονοϊούς, οι οποίοι απαντώνται μόνο σε ζώα. Πρόκειται για έναν ζωνοσογόνο ιό, που μπορεί να μεταδοθεί από διάφορα ζώα σε ανθρώπους και μόλις προσαρμοστεί στον ανθρώπινο ξενιστή, μεταδίδεται μεταξύ των ανθρώπων, μέσω αερομεταφερόμενων σταγονιδίων και αερολυμάτων. Οι πρώτες μολύνσεις από κορονοϊό αναφέρθηκαν το 1960 ως αιτία για το κοινό κρυολόγημα. Έκτοτε, μέχρι το 2002, τέσσερις υπότυποι κορονοϊών αναφέρθηκαν ότι μολύνουν ανθρώπους, δύο α-κορονοϊοί (229E και NL63) και 2 β-κορονοϊοί (OC43 και HKU1), οι οποίοι συνήθως προκαλούν μη επιπλεγμένες λοιμώξεις του ανώτερου ή και του κάτω αναπνευστικού συστήματος (Gelleretal., 2012).

Το έτος 2002 αποτέλεσε μια σημαντική στιγμή για την κατανόηση της ασθένειας που προκαλείται από τον κορονοϊό, με την εμφάνιση του σοβαρού οξέος αναπνευστικού συνδρόμου (SevereAcuteRespiratorySyndrome-SARS), που προκλήθηκε από τον SARS-CoV. Στη συνέχεια, το 2012, ένας νέος β-κορονοϊός που δεν είχε παρατηρηθεί προηγουμένως σε ανθρώπους εντοπίστηκε για πρώτη φορά σε ασθενή στη Σαουδική Αραβία. Αυτός ο νέος κορονοϊός, αποτέλεσε την αιτία του αναπνευστικού συνδρόμου της Μέσης Ανατολής και είναι πλέον γνωστός ως MERS-CoV (Middle Eastern Respiratory Syndrome- MERS-CoV). Στην πιο πρόσφατη ιστορία, στις 8 Δεκεμβρίου του 2019, στην πόλη Γουχάν, στην επαρχία Χουμπέι της Κίνας, αναφέρθηκε το πρώτο κρούσμα, που προκλήθηκε από έναν νέο τύπο κορονοϊού. Αυτό το νέο στέλεχος ονομάστηκε αρχικά 2019-nCoV και στη συνέχεια μετονομάστηκε σε SAS-CoV-2 (COVID-19) και αναγνωρίστηκε ως μέλος του υποτύπου β-κορονοϊού, που εξαπλώθηκε γρήγορα μέσω μετάδοσης από άνθρωπο σε άνθρωπο (Doceaetal., 2020).

Από την περίοδο εκείνη ως και σήμερα, η εξάπλωση του κορονοϊού COVID-19 έχει εντοπιστεί στις περισσότερες χώρες του κόσμου. Η πανδημία που προκλήθηκε από αυτό το στέλεχος του ιού έχει προκαλέσει αναπάντεχες επιπτώσεις στα συστήματα υγείας, στις οικονομικές δραστηριότητες και ακόμα έχει καταγράψει υψηλά ποσοστά νοσηρότητας και θνησιμότητας. Ουσιαστικά, σε σύντομο χρονικό διάστημα η εξάπλωση του κορονοϊού COVID-19 έχει διαταράξει τους περισσότερους τομείς της καθημερινής ζωής των ανθρώπων. Σε απάντηση στην ταχεία εξάπλωση του SARS-CoV-2, οι κυβερνήσεις πολλών χωρών, ακολουθώντας τις συστάσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ), επέλεξαν να εφαρμόσουν μια σειρά από μέτρα δημόσιας υγείας, όπως η καραντίνα και η κοινωνική απομόνωση, ο περιορισμός των κοινωνικών επαφών και η κοινωνική αποστασιοποίηση. Τα μέτρα αυτά υπήρξαν πρωτόγνωρα για το σύνολο του πληθυσμού και έχουν επηρεάσει ποικιλοτρόπως την ψυχική υγεία του συνόλου του πληθυσμού (Jordanetal., 2020).

1.2.Η μετάδοση του ιού

Όπως συμβαίνει και με άλλα αναπνευστικά παθογόνα ιογενούς προέλευσης, η μετάδοση του SARS-CoV-2 συμβαίνει μέσω αναπνευστικών σταγονιδίων (διαμέτρου > 5-10 mm), που παράγονται μέσω του βήχα, της ομιλίας ή του φταρνίσματος (Yukietal., 2020). Αναλυτικότερα, ο ιός SARS-CoV-2 προσλαμβάνεται μέσω των αναπνευστικών αερολυμάτων και συνδέεται με τα ρινικά επιθηλιακά κύτταρα στην ανώτερη αναπνευστική οδό. Αυτό το στάδιο διαρκεί μερικές ημέρες και η ανοσοαπόκριση που προκαλείται σε αυτό το στάδιο είναι περιορισμένη. Παρά το χαμηλό ιικό φορτίο, το άτομο καθίσταται μολυσματικό και ο ιός μπορεί να ανιχνευθεί μέσω ειδικής δοκιμασίας ρινικού επιχρίσματος. Εν συνεχεία ο ιός μεταναστεύει από το ρινικό επιθήλιο στην ανώτερη αναπνευστική οδό. Λόγω της εμπλοκής των ανώτερων αεραγωγών, η ασθένεια εκδηλώνεται με συμπτώματα πυρετού, κακουχίας και ξηρού βήχα. Σε αυτή τη φάση η ανοσοαπόκριση καθίσταται εντονότερη και στην πλειονότητα των ασθενών η νόσος δεν εξελίσσεται, καθώς η ανοσιακή απάντηση καθίσταται επαρκής και ο οργανισμός καταφέρνει να ελέγξει την εξάπλωση της λοίμωξης (Parasher, 2020).

1.3.Οι κλινικές εκδηλώσεις της νόσου

Τα κυρίαρχα συμπτώματα του SARS-CoV-2 είναι αναπνευστικής φύσης. Οι κλινικές εκδηλώσεις μεταξύ των ασθενών είναι ποικίλες, από ήπια, μέτρια έως σοβαρά και απειλητικά για τη ζωή συμπτώματα. Η μέση περίοδος επώασης του ιού είναι 4,6 ημέρες, ωστόσο στην πλειονότητα των περιπτώσεων, τα συμπτώματα εμφανίζονται μετά από 10 ημέρες. Σε σοβαρές περιπτώσεις, ο διάμεσος χρόνος από την εμφάνιση των συμπτωμάτων έως την ανάγκη μηχανικής υποστήριξης της αναπνοής είναι 11 ημέρες και 23,7 ημέρες μέχρι το θάνατο του ασθενούς. Κατά τη διάρκεια της περιόδου των πρώτων ημερών, που ορίζεται ως «προ-συμπτωματική» περίοδος, τα μολυσμένα άτομα μεταδίδουν τον ιό σε υγιή άτομα του πληθυσμού (Huangetal., 2020).

Οι κλινικές εκδηλώσεις προσομοιάζουν τα συμπτώματα της κοινής γρίπης, όπως πυρετός, ξηρός βήχας, μυαλγία, δύσπνοια, πονοκέφαλος, πονόλαιμος, παραγωγή πτυέλων, ρινόρροια. Στους ηλικιωμένους, τα συμπτώματα μπορεί επίσης να σχετίζονται με διανοητική σύγχυση, κακή όρεξη και μείωση της γενικής ευεξίας. Επίσης είναι αξιοσημείωτο ότι η συμπτωματολογία σε παιδιά κάτω των 12 ετών είναι ήπια και σπάνια έχει καταγραφεί θνησιμότητα μεταξύ παιδιών και εφήβων (Zhangetal., 2020).

1.4.Η παθοφυσιολογία της νόσου

Υπολογίζεται ότι στο 1/5 των μολυσμένων ασθενών, η νόσος εξελίσσεται και αναπτύσσεται με σοβαρά συμπτώματα. Ο ιός εισβάλλει στα κυψελιδικά επιθηλιακά κύτταρα και αρχίζει μια διαδικασία ιικής αντιγραφής, για να παράγει περισσότερα ιικά νουκλεοκαψίδια. Ακολουθεί μια «καταιγίδα κυτοκινών» από τα κύτταρα που είναι υπεύθυνα για την καταπολέμηση του ιού, αλλά συγχρόνως είναι υπεύθυνα για την επακόλουθη φλεγμονή και πνευμονική βλάβη (Tuetal., 2020).

Στον εργαστηριακό έλεγχο έχουν παρατηρηθεί αυξημένα επίπεδα C-αντιδρώσας πρωτεΐνης, λεμφοπενία, θρομβοπενία και αυξημένα επίπεδα γαλακτικής αφυδρογονάσης. Η μόλυνση εκδηλώνεται σε δύο διαφορετικά στάδια. Το πρώτο στάδιο χαρακτηρίζεται από συμπτώματα παρόμοια με τη γρίπη που βελτιώνονται ακόμη και αν τα ιικά φορτία επιμένουν. Κατά το δεύτερο στάδιο μπορεί να

εμφανιστεί αναπνευστική ανεπάρκεια και περισσότεροι από το 20% των ασθενών απαιτείται να υποστηριχθούν με μηχανικό αερισμό. Το αναπνευστικό σύστημα είναι η κύρια προσβεβλημένη περιοχή στο ανθρώπινο σώμα, όπου η μόλυνση καθορίζει την εμφάνιση διάχυτης κυψελιδικής βλάβης, πλακώδους μεταπλασίας, διηθήσεων γιγαντοκυττάρων και αυξημένων επιπέδων μακροφάγων στο διάμεσο χώρο και στις κυψελίδες των πνευμόνων (Liu et al., 2020).

Η ακίδα της πρωτεΐνης του SARS-CoV-2 εμφανίζει υψηλή δεσμευτική συγγένεια με τους υποδοχείς του μετατρεπτικού ενζύμου της αγγειοτενσίνης-2 (Angiotensin-converting enzyme 2 -ACE-2) που εκφράζονται ιδιαίτερα στην αναπνευστική οδό. Για το λόγο αυτό ο ιός δεσμεύεται από τα επιθηλιακά πνευμονικά κύτταρα και προκαλεί άτυπη πνευμονία με ταχεία επιδείνωση της αναπνευστικής λειτουργίας του ατόμου. Οι υποδοχείς ACE2 μπορούν επίσης να εντοπιστούν στα κύτταρα του εντερικού βλεννογόνου, στα ενδοθηλιακά κύτταρα των φλεβών και των αρτηριών, συμπεριλαμβανομένων των καρδιακών κυττάρων, των επιθηλιακών νεφρικών και εγκεφαλικών νευρωνικών κυττάρων, εξηγώντας έτσι τα εξωπνευμονικά συμπτώματα του COVID-19, όπως διάρροια, ναυτία και έμετο, πόνο στο στήθος, νεφρική βλάβη, πονοκέφαλος και σύγχυση. Σύμφωνα με αυτή την προσέγγιση, ο κίνδυνος νόσου από τον COVID-19 είναι υψηλότερος μεταξύ των ηλικιωμένων ατόμων, ιδιαίτερα των ανδρών, με προηγούμενο ιστορικό διαβήτη και υπέρτασης που υποβάλλονται σε θεραπεία με αναστολείς του μετατρεπτικού ενζύμου της αγγειοτενσίνης-2 και αναστολείς των υποδοχέων αγγειοτασίνης II τύπου I, καθώς αυτά τα φάρμακα αυξάνουν την έκφραση των υποδοχέων ACE-2 (2) (Docea et al., 2020).

Η λοίμωξη από τον SARS-CoV-2 χαρακτηρίστηκε αρχικά ως εμπύρετη αναπνευστική ασθένεια, αλλά αναγνωρίζεται όλο και περισσότερο ως μια σύνθετη πολυσυστηματική ασθένεια με ευρύ φάσμα εκδηλώσεων (Bruchfeld, 2021). Από παθοφυσιολογική άποψη, ο SARS-CoV-2, ιδιαίτερα σε σοβαρές μορφές, χαρακτηρίζεται από την υπερπαραγωγή φλεγμονωδών κυτοκινών, οδηγώντας σε συστηματική φλεγμονή και προθρομβωτική κατάσταση (Del Valle et al., 2020). Έτσι, εκτός από τη συμμετοχή των πνευμόνων, παρατηρούνται επιπλοκές σε άλλα όργανα, συμπεριλαμβανομένων των νεφρών, κατάσταση που οδηγεί σε οξεία νεφρική βλάβη, προκαλώντας ανησυχίες σχετικά με τα κλινικά αποτελέσματα και την πρόγνωση των ασθενών με προϋπάρχοντες συννοσηρότητες όπως η χρόνια νεφρική

νόσος, η τελικού σταδίου νεφρική νόσος και ασθενείς με μεταμόσχευση νεφρού (Guptaetal., 2020).

1.5.Ο ιός SARS-CoV-2 και η νεφρική βλάβη

Ο SARS-CoV-2 εισέρχεται στο ανθρώπινο σώμα και δεσμεύεται έντονα με τους υποδοχείς του μετατρεπτικού ενζύμου της αγγιοτενσίνης-2 (ACE-2 - AngiotensinConverting Enzyme-2) και τους αναστολείς της διπεπτιδυλικής πεπτιδάσης 4 (DPP4-Dipeptidyl peptidase-4). Οι ACE2 και οι DPP4 εκφράζονται έντονα στους νεφρούς, ειδικά στα νεφρικά σωληνάρια. Εάν οι ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο μολυνθούν από τον SARS-CoV-2, είναι πιθανό να προσβληθούν πρώτα να νεφρικά σωληνάρια (Norisetal., 2020).

Είναι δεδομένο ότι οι ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο ανήκουν στην πλειοψηφία τους στην τρίτη ηλικία και επίσης είναι ένας πληθυσμός που παρουσιάζει πολλαπλές συννοσηρότητες. Οι ασθενείς αυτοί παρουσιάζουν ανισορροπία στις αναλογίες κυττάρων CD4+/CD8+ και γενικά μειωμένη ανοσολογική απάντηση. Επιπλέον, ορισμένοι ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο χρειάζεται να λαμβάνουν γλυκοκορτικοειδή και ανοσοκατασταλτικά. Αυτό το δεδομένο οδηγεί σε περαιτέρω εξασθένηση του ανοσοποιητικού συστήματος και δημιουργεί αυξημένη ευαισθησία και ευπάθεια απέναντι σε παθογόνα και ειδικότερα απέναντι στον SARS-CoV-2. Επιπροσθέτως πρέπει να αναφερθεί ότι ολόκληρος ο όγκος του αίματος περνά μέσα από τους νεφρούς αρκετές φορές την ημέρα. Ως εκ τούτου, ο ιός και οι φλεγμονώδεις κυτοκίνες εύκολα προσβάλλουν τους νεφρούς και προκαλούν βλάβες (Benedettietal., 2020).

Τέλος, οι ασθενείς που υποβάλλονται σε συνεδρίες αιμοκάθαρσης αποτελούν έναν ιδιαίτερα ευαίσθητο και ευπαθή πληθυσμό. Οι ασθενείς αυτοί εκτίθενται υποχρεωτικά σε ένα δυνητικά μολυσμένο περιβάλλον, επειδή η ρουτίνα της θεραπείας τους απαιτεί συνήθως τρεις συνεδρίες αιμοκάθαρσης την εβδομάδα σε ένα κέντρο αιμοκάθαρσης. Αναμφίβολα η λοίμωξη από τον SARS-CoV-2 μπορεί να επιδεινώσει τη διαταραχή της νεφρικής λειτουργίας και να οδηγήσει περαιτέρω σε ταχεία επιδείνωση της λειτουργίας των νεφρών, ακόμη και σε θάνατο (Lietal., 2020).

2.0 αιμοκαθαιρόμενος ασθενής στο περιβάλλον της πανδημίας

2.1.Η καραντίνα και οι επιβεβλημένοι περιορισμοί

Η καραντίνα και η φυσική απομόνωση εφαρμόζονται εδώ και αιώνες για να περιορίσουν την εξάπλωση μιας μόλυνσης, με την απομόνωση όσων ατόμων έχουν (ή μπορεί να έχουν) μολυνθεί από μια μεταδοτική ασθένεια, με σκοπό τον έλεγχο ή τον περιορισμό της μόλυνσης. Οι σύγχρονες στρατηγικές καραντίνας έχουν επιβληθεί παγκοσμίως σε μια προσπάθεια να περιοριστεί η εξάπλωση της λοίμωξης λόγω του COVID-19. Αυτοί οι περιορισμοί που επιβλήθηκαν λόγω της σύγχρονης πανδημίας, έχουν προκαλέσει σημαντική αναστάτωση παγκοσμίως σε άτομα, οικογένειες, κοινότητες και σε ολόκληρες χώρες. Αυτά τα μέτρα έχουν επηρεάσει μεγάλο μέρος του παγκόσμιου πληθυσμού, αλλοιώνοντας δραστικά όσα είναι οικεία και περιπλέκοντας πτυχές της καθημερινής ζωής, που προηγουμένως ήταν απλές και χωρίς υγειονομικούς περιορισμούς. Για πολλούς ανθρώπους, η καθημερινή ζωή έχει αλλάξει δραματικά και οι «κανονικοί» ρυθμοί, έχουν ανασταλεί επ' αόριστον (Usheretal., 2020).

Η επιβεβλημένη καραντίνα και η κοινωνική απομόνωση είναι μια άγνωστη και συγχρόνως δυσάρεστη εμπειρία, που περιλαμβάνει τον χωρισμό από τους φίλους και την οικογένεια και την απομάκρυνση από τις συνηθισμένες καθημερινές ρουτίνες. Πολλές συνήθειες δραστηριότητες απαγορεύονται ή περιορίζονται. Η απομόνωση είναι γνωστό ότι προκαλεί ψυχοκοινωνικά προβλήματα, ειδικά σε όσους αναγνωρίζονται ως ευάλωτοι. Ενώ όλοι οι άνθρωποι διατρέχουν τον κίνδυνο της ψυχολογικής βλάβης όταν μένουν σε απομόνωση, οι πιο ευάλωτοι σε αυτές τις καταστάσεις είναι τα παιδιά και οι έφηβοι, οι ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας, οι μειονοτικές ομάδες, τα άτομα από χαμηλότερες κοινωνικοοικονομικές ομάδες, οι γυναίκες και τα άτομα με προϋπάρχουσες παθήσεις (Perrinetal., 2009).

Οι αλλαγές στον συνήθη τρόπο ζωής κάνουν τους ανθρώπους να αισθάνονται ανήσυχοι και ανασφαλείς. Τα αισθήματα της ανασφάλειας μπορεί να συσχετιστούν με τον φόβο μετάδοσης της ασθένειας, με την εξέλιξη της νόσου και των αποτελεσμάτων αυτής, με τις φήμες και την παραπληροφόρηση. Όλα τα παραπάνω τελικά μπορεί να οδηγήσουν σε διακρίσεις ή στην περιθωριοποίηση ατόμων συγκεκριμένων πληθυσμιακών ομάδων. Η ανάγκη για κοινωνική υποστήριξη είναι

μεγαλύτερη σε περιόδους δυσμενών καταστάσεων και γεγονότων όπως η τρέχουσα πανδημία. Ως εκ τούτου, η διακοπή της κοινωνικής υποστήριξης, ως μέρος μιας επιβεβλημένης στρατηγικής καραντίνας ή απομόνωσης, μπορεί να απειλήσει την αίσθηση σύνδεσης του ατόμου με τις συναναστρεφόμενες κοινωνικές ομάδες και κατ' επέκταση μπορεί να έχει αρνητικές επιδράσεις στην ψυχική υγεία (Hawrylucketal., 2004).

2.2.Οι αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς σε κίνδυνο

Εν μέσω της τρέχουσας πανδημίας, η πληθυσμιακή ομάδα που έχει πληγεί περισσότερο είναι αυτή των ασθενών που πάσχουν από πολλαπλές συννοσηρότητες, προϋπάρχουσες ψυχικές ασθένειες, προβλήματα εθισμού ή χρόνιες καταστάσεις όπως η υψηλή αρτηριακή πίεση, ο σακχαρώδης διαβήτης, η νεφρική νόσος, το άσθμα ή η χρόνια αναπνευστική πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ). Αυτοί οι ασθενείς εντάσσονται στις ομάδες υψηλού κινδύνου και κινδυνεύουν από τις επιπλοκές της λοίμωξης λόγω του SARS-CoV-2, περισσότερο από τον γενικό υγιή πληθυσμό (Jordan et al., 2020).

Ειδικότερα οι ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο, και ιδιαίτερα εκείνοι που υποβάλλονται σε θεραπεία χρόνιας αιμοκάθαρσης, έχουν αυξημένο κίνδυνο σοβαρών επιπλοκών που σχετίζονται με τη λοίμωξη λόγω του COVID-19 και αυξημένη νοσηρότητα, συμπεριλαμβανομένου του υψηλότερου χρόνου νοσηλείας, της πιθανής εισαγωγής σε μονάδα εντατικής θεραπείας και της ανάγκης μηχανικού αερισμού (Smolander & Bruchfeld, 2021).

Επίσης σημειώνεται ότι οι ηλικιωμένοι ενήλικες, που ορίζονται τα άτομα άνω των 65 ετών, διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο σοβαρής ασθένειας και θανάτου από τον COVID-19. Αυτό συσχετίζεται με την παρατήρηση ότι σε πολλές χώρες, οι μισοί ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση είναι άνω των 65 ετών και ουσιαστικά ανήκουν στην ομάδα υψηλού κινδύνου. Επιπλέον, οι ασθενείς με νεφρική νόσο τελικού σταδίου συνήθως πάσχουν από άλλες χρόνιες συστηματικές ασθένειες, όπως υπέρταση, σακχαρώδη διαβήτη και καρδιαγγειακές παθήσεις. Οι ασθενείς αυτοί εντάσσονται στην ομάδα των ανοσοκατεσταλμένων ασθενών και επιπρόσθετα χαρακτηρίζονται από την επιβαρυσμένη κατάσταση όλων σχεδόν των οργάνων και συστημάτων (Gansevoort & Hilbrands, 2020). Αυτές οι συννοσηρότητες αυξάνουν τον κίνδυνο ανάπτυξης σοβαρών επιπλοκών μετά από λοίμωξη από τον COVID-19,

γεγονός που υποδεικνύει ότι οι ασθενείς με νεφρική νόσο καταλαμβάνουν σημαντικό μερίδιο της θνησιμότητας λόγω του COVID-19 (Ruanetal., 2020).

Τεκμηριωμένα οι ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου βιώνουν αυξημένη θνησιμότητα και νοσηρότητα λόγω της πανδημίας. Τα σχετικά στοιχεία, από τη Μ. Βρετανία για το 2020, έδειξαν ότι μεταξύ των περίπου 56.000 ασθενών με νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου, οι 4.370 διαγνώστηκαν με εργαστηριακά επιβεβαιωμένη λοίμωξη COVID-19 και 1.291 από αυτούς στη συνέχεια απεβίωσαν εντός 28 ημερών από το θετικό αποτέλεσμα. Τα στοιχεία αυτά αντιπροσωπεύουν μια ιδιαίτερα αυξημένη θνησιμότητα της τάξεως του 29,5%, η οποία είναι πολύ μεγαλύτερη από το μέγεθος που εκτιμάται για το γενικό πληθυσμό την ίδια χρονική περίοδο (UKRenalRegistry, 2020). Σε άλλη μελέτη μεταξύ ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση, ο κίνδυνος θνησιμότητας λόγω του COVID-19 καταγράφηκε 21,1 φορές υψηλότερος από την μετρούμενη θνησιμότητα στο γενικό πληθυσμό (Jageretal., 2020).

2.3.Οι νέες συνθήκες της αιμοκάθαρσης

Οι γενικές οδηγίες σε όλες τις χώρες που πλήττονται από τον κορονοϊό συμβουλεύουν τους «εξαιρετικά ευάλωτους πληθυσμούς», όπως τα άτομα με νεφρική ανεπάρκεια, να λαμβάνουν επιπλέον προφυλάξεις κατά τη διάρκεια της πανδημίας. Ωστόσο, τα άτομα που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση δεν είναι σε θέση να τηρήσουν απόλυτα τέτοιες αυστηρές οδηγίες (Naickeretal., 2020). Οι ασθενείς με νεφρική νόσο τελικού σταδίου απαιτούν συνεδρίες αιμοκάθαρσης σε εξειδικευμένο κέντρο, τρεις φορές την εβδομάδα και αναγκαστικά μετακινούνται, έρχονται σε επαφή με άλλους ασθενείς, υγειονομικό προσωπικό και άλλους εμπλεκόμενους. Κατά συνέπεια, καθίστανται ευάλωτοι στον COVID-19, καθώς αδυνατούν να περιορίσουν την κοινωνική επαφή και την υποχρεωτική συναναστροφή (Ikizler&Kliger, 2020).

Συνάμα, τα κέντρα αιμοκάθαρσης αντιμετωπίζουν πολλές προκλήσεις που πρέπει να ξεπεραστούν κατά τη διάρκεια της πανδημίας. Τα προβλήματα αναφέρονται στην έλλειψη προσωπικού, στις δυσκολίες διαχωρισμού των υγείων και των μολυσμένων από COVID-19 ασθενών, στην αναπόφευκτη έκθεση των επαγγελματιών υγείας σε ασθενείς που νοσούν από COVID-19 και χρειάζονται αιμοκάθαρση, στους κινδύνους που σχετίζονται με τη μετακίνηση προς τις εγκαταστάσεις αιμοκάθαρσης καθώς

και με κινδύνους που σχετίζονται με τις προμήθειες και τον εξοπλισμό που απαιτείται για την αιμοκάθαρση (Naickeretal., 2020).

Μια πρόσθετη συνέπεια της πανδημίας λόγω του COVID-19 είναι η μεταβολή στον τρόπο παροχής της κλινικής φροντίδας σε αυτή την ομάδα των ασθενών. Ειδικότερα τα μέτρα κοινωνικής αποστασιοποίησης επιβάλλουν την απομακρυσμένη επαφή μεταξύ των κλινικών ιατρών και των ασθενών με νεφρική νόσο, με την ταυτόχρονη εξάρτηση από την τηλεϊατρική και την απομακρυσμένη κλινική διαβούλευση (Bokolo, 2020). Ωστόσο, λόγω της πολυπλοκότητας των ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση, η τηλεθεραπεία μπορεί να συμπληρώσει, αλλά δεν μπορεί να αντικαταστήσει πλήρως την προσωπική διαβούλευση ασθενούς και ιατρού και να παρέχει εξίσου ικανοποιητικά αποτελέσματα για τον ασθενή (Krishnaetal., 2017).

2.4. Η νέα καθημερινότητα των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών

Η πανδημία και τα επακόλουθα μέτρα περιορισμού της κυκλοφορίας και της κοινωνικής αποστασιοποίησης έχουν σαν αποτέλεσμα τον περιορισμό των μετακινήσεων και τους αντίστοιχους περιορισμούς πρόσβασης στην αγορά τροφίμων. Η επάρκεια της αιμοκάθαρσης σχετίζεται έντονα με την τήρηση ενός ισοζυγίου υγρών και με αρκετούς διατροφικούς περιορισμούς. Οι ασθενείς με νεφρική νόσο τελικού σταδίου συνιστάται να αποφεύγουν τα τρόφιμα που περιέχουν ηλεκτρολύτες όπως νάτριο, κάλιο και φώσφορο, λόγω του αυξημένου κινδύνου καρδιαγγειακής νοσηρότητας. Επίσης οι ασθενείς αυτοί πρέπει να διατηρούν επαρκή πρόσληψη πρωτεΐνης, που συνιστάται για τη ρύθμιση των επιπέδων λευκωματίνης στον ορό (Kalantar-Zadehetal., 2015).

Μια άλλη παράμετρος αναφέρεται στους περιορισμούς που επιβλήθηκαν λόγω της καραντίνας στο επίπεδο της φυσικής άσκησης. Σημειώνεται ότι η διατήρηση επαρκών επιπέδων σωματικής δραστηριότητας στον πληθυσμό των ασθενών με χρόνια νεφρική νόσο είναι ζωτικής σημασίας για την πρόληψη αρνητικών εκβάσεων. Η αυξημένη φυσική δραστηριότητα έχει συσχετιστεί με μειωμένη θνησιμότητα από όλες τις αιτίες, συμπεριλαμβανομένων της καρδιαγγειακής νοσηρότητας και θνησιμότητας, καθώς και με μειωμένη κόπωση, βελτιωμένη ποιότητα ζωής και καλύτερο ύπνο (Sheshadrietal., 2019; Lopesetal., 2014).

Τα επιβαλλόμενα μέτρα και οι οδηγίες κοινωνικής αποστασιοποίησης έχουν συσχετιστεί με σημαντική μείωση της φυσικής δραστηριότητας σε ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση. Δεδομένης της σημασίας της φυσικής δραστηριότητας και του ήδη υψηλού επιπολασμού της καθιστικής δραστηριότητας σε αυτόν τον πληθυσμό, αυτή η μείωση της φυσικής δραστηριότητας πρέπει να αναγνωριστεί ως ένας παράγοντας επιβάρυνσης της συνολικής υγείας αυτού του πληθυσμού (Hanetal., 2021).

3.Οι ψυχολογικές επιπτώσεις της πανδημίας λόγω του COVID-19 στους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς

3.1.Η ψυχική υγεία των ασθενών με νεφρική νόσο τελικού σταδίου

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ορίζει την ψυχική υγεία ως την κατάσταση ευημερίας, στο πλαίσιο της οποίας κάθε άτομο συνειδητοποιεί τις δυνατότητές του, μπορεί να αντιμετωπίσει το άγχος της ζωής, μπορεί να εργάζεται παραγωγικά και γόνιμα και είναι σε θέση να συμβάλει θετικά στην ατομική ευημερία ή την ευημερία της κοινότητας που διαβίει (World Health Organization, 2004).

Η χρόνια νεφρική νόσος χαρακτηρίζεται από ποικίλους βαθμούς επιδείνωσης της λειτουργικής ικανότητας των νεφρών. Το τελευταίο στάδιο αυτής της ασθένειας ορίζεται ως η νεφρική νόσος τελικού σταδίου, στο οποίο η θεραπεία αιμοκάθαρσης είναι απαραίτητη για την επιβίωση του ασθενούς (Whiteetal., 2005).

Για τους ασθενείς με νεφρική νόσος τελικού σταδίου, η αιμοκάθαρση συνιστά το κεντρικό στοιχείο της ζωής τους, επιβάλλοντας σημαντικούς χρονικούς περιορισμούς λόγω του αυστηρού προγραμματισμού των συνεδριών αιμοκάθαρσης. Επιπλέον, οι περιορισμοί στη διατροφή και η ίδια η παθολογία της νόσου επηρεάζουν την ψυχική κατάσταση αυτών των ασθενών και λειτουργούν επιβαρυντικά για την ποιότητα της ζωής τους. Αυτά τα προβλήματα συνδέονται με αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα μεταξύ αυτών των ασθενών (Camacho-Alonso et al., 2018). Θεωρείται δεδομένο ότι οι ψυχολογικές διαταραχές μεταξύ των ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση, δεν είναι απλώς συνέπεια της βραχυπρόθεσμης αντίδρασης προσαρμογής στην ασθένεια, αλλά και της μακροπρόθεσμης συνακόλουθης αντιμετώπισης της χρόνιας αιμοκάθαρσης και των επιπλοκών της χρόνιας νεφρικής νόσου (Schoutenetal., 2019).

Αναμφίβολα, σε συνθήκες εκτός πανδημίας, η συναισθηματική δυσφορία, όπως καταγράφεται από τα συμπτώματα του άγχους και της κατάθλιψης είναι συχνή σε άτομα που πάσχουν από χρόνιες ασθένειες. Τα ποσοστά επίπτωσης επιπολασμού της συναισθηματικής δυσφορίας καταγράφονται σημαντικά υψηλότερα σε ασθενείς που υποβάλλονται σε μακροχρόνιες θεραπείες για παθήσεις όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, οι καρδιοπάθειες, η ρευματοειδής αρθρίτιδα και η χρόνια νεφρική νόσος.

Η πολυμορφικότητα και η συνύπαρξη δύο ή περισσότερων φυσικών διαταραχών της υγείας, που απαιτούν ενεργή διαχείριση, εντείνουν τις απαιτήσεις της θεραπείας και επιβαρύνουν σημαντικά το ψυχολογικό φορτίου του ατόμου. Σε αυτό το περιβάλλον, οι ασθενείς με νεφρική νόσο τελικού σταδίου βιώνουν την καθημερινότητα τους, αφού πρέπει να διαχειριστούν την έκπτωτη λειτουργία των νεφρών και συγχρόνως άλλες συνυπάρχουσες ασθένειες (Gouldetal., 2016).

Πολλές μελέτες επισημαίνουν, ότι σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό, η ποιότητα ζωής είναι χαμηλότερη στους ασθενείς με νεφρική νόσο τελικού σταδίου, προφανώς υπό την επίδραση περιορισμών που επιβάλλει η νόσος και οι απαιτήσεις της θεραπείας αιμοκάθαρσης. Τόσο οι ιατρικοί όσο και οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες επηρεάζουν την επιβίωση των ασθενών με νεφρική νόσο τελικού σταδίου που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση. Πιθανώς ένας από τους σημαντικότερους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες είναι η παρουσία ψυχιατρικών διαταραχών, οι οποίες συνδέονται με κακή πρόγνωση και υψηλή θνησιμότητα σε αυτόν τον πληθυσμό (Odetal., 2017).

Σε επίπεδο παθοφυσιολογίας, οι νευρο-ψυχιατρικές διαταραχές που εμφανίζονται δευτερογενώς σε ασθενείς με νεφρική βλάβη, ερμηνεύονται με την «αγγειακή θεωρία», που βασίζεται στις αιμοδυναμικές ομοιότητες μεταξύ του εγκεφάλου και των νεφρών (Mogi&Horiuchi, 2011). Παρόμοιοι ανατομικοί και λειτουργικοί μηχανισμοί της μικροαγγείωσης στους ιστούς των νεφρών και του εγκεφάλου μπορεί να ευθύνονται για την ευαισθησία και των δύο οργάνων σε αγγειακές βλάβες και σε παραδοσιακούς παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου, όπως γήρανση, παχυσαρκία, διαβήτης, υπέρταση, δυσλιπιδαιμία και κάπνισμα (Toyoda&Ninomiya, 2014; Lauetal., 2017).

Λόγω των αγγειακών και αιμοδυναμικών ομοιοτήτων μεταξύ του εγκεφάλου και των νεφρών, είναι λογικό να εικάζεται ότι η μικροαγγειακή βλάβη στο νεφρό αντικατοπτρίζει αντίστοιχα τις μικροαγγειακές βλάβες στον εγκέφαλο. Από αυτή την άποψη, όχι μόνο η χρόνια νεφρική νόσος έχει αναγνωριστεί ως παράγοντας κινδύνου για εγκεφαλικό επεισόδιο και άνοια, αλλά μπορεί επίσης να σχετίζεται με υποκλινικές εγκεφαλοαγγειακές παθήσεις. Κατά συνέπεια, η μειωμένη λειτουργία των νεφρών έχει συνδεθεί ανεξάρτητα με χειρότερη μικροδομική ακεραιότητα της λευκής ύλης του εγκεφάλου (Sedaghatetal., 2015). Παρόλο που η υποκλινική

εγκεφαλοαγγειακή βλάβη στην χρόνια νεφρική νόσος μπορεί να ανιχνευθεί εύκολα με τη μαγνητική τομογραφία, αυτό δεν πραγματοποιείται τακτικά στην κλινική πράξη. Επιπλέον, οι μελέτες σχετικά με αυτό το ζήτημα είναι ακόμη σπάνιες (Tamuraetal., 2016).

Οι ουρεμικές τοξίνες που απελευθερώνονται ως αποτέλεσμα της χρόνιας νεφρικής νόσου συμβάλλουν άμεσα στην εγκεφαλική βλάβη και στη συνακόλουθη γνωστική παρακμή και στις ψυχικές διαταραχές. Ωστόσο, η επιμονή των νευροψυχιατρικών καταστάσεων παρά την επαρκή αιμοκάθαρση, επισημαίνει ότι μια σειρά από άλλους παράγοντες πιθανόν να συμβάλλουν στη δυσλειτουργία του εγκεφάλου. Αιμοδυναμικές αλλαγές, αναιμία, υπερπαραθυρεοειδισμός, πολυφαρμακία και διαταραχές ύπνου μπορεί να αντιπροσωπεύουν μια σύνδεση μεταξύ της χρόνιας νεφρικής νόσου και των νευροψυχιατρικών διαταραχών (SimõesSilvaetal., 2019).

3.2. Η κοινωνική απομόνωση και η καραντίνα στο περιβάλλον της πανδημίας

Αναμφίβολα, η ταχεία εξάπλωση της πανδημίας λόγω του COVID-19 σε όλο τον κόσμο είχε τεράστιο αντίκτυπο στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης, σε διάφορες πληθυσμιακές ομάδες και σε κάθε άτομο χωριστά. Μελέτες που ερεύνησαν τις βραχυπρόθεσμες επιπτώσεις στην ψυχική υγεία λόγω της πανδημίας COVID-19, αποκάλυψαν τις σοβαρές ψυχολογικές συνέπειες της επιδημίας σε διαφορετικούς πληθυσμούς. Ωστόσο πρέπει να σημειωθεί ότι οι μακροπρόθεσμες επιπτώσεις στην ψυχική υγεία λόγω της πανδημίας COVID-19 σε ασθενείς με χρόνιες ασθένειες παραμένουν σε μεγάλο βαθμό αδιερεύνητες (Vindeggaard & Benros, 2020).

Μια σειρά από γεγονότα πυροδότησαν την ψυχολογική αστάθεια στο περιβάλλον της πανδημίας. Ενδεικτικά περιγράφονται οι αμφιλεγόμενες προσδοκίες, η αντιμετώπιση σημαντικών ελλείψεων στους πόρους για τη θεραπεία και την προστασία των ασθενών και των επαγγελματιών υγείας από τη μόλυνση, η πίεση των ανασταλτικών μέτρων γενικής ευημερίας με τους συνακόλουθους περιορισμούς στην προσωπική αυτονομία, τα αυξανόμενα οικονομικά προβλήματα και αντιφατικές οδηγίες από τους ειδικούς. Όλα τα παραπάνω αναπόφευκτα συνέβαλαν σε ατελείωτες δυσκολίες και αυξημένη απειλή της ψυχολογικής ισορροπίας (Sanyaoluetal., 2020).

Χωρίς αμφισβήτηση, η τρέχουσα πανδημία έχει προκαλέσει πολλαπλά ψυχολογικά ζητήματα, συμπεριλαμβανομένου του άγχους, της κατάθλιψης και των διαταραχών του ύπνου. Η κοινωνική αποξένωση, η υποχρεωτική φυσική απόσταση και η επιβαλλόμενη καραντίνα έχουν κάνει τους ανθρώπους να αισθάνονται εντελώς απομονωμένοι. Όλα τα παραπάνω αύξησαν σε σημαντικό βαθμό την ένταση των ψυχοπαθολογικών διαταραχών (Petzoldetal., 2020).

Θεωρείται δεδομένο ότι οι άνθρωποι είναι κοινωνικά όντα. Ως εκ τούτου, δεν προκαλεί έκπληξη το γεγονός ότι οι παρατεταμένες περιόδους κοινωνικής απομόνωσης διαταράσσουν αυτή την εγγενή κοινωνικότητα. Η συμβουλευτική προσέγγιση «μείνετε στο σπίτι και κρατήστε τον εαυτό σας ασφαλή» δεν λαμβάνει υπ' όψιν τις σημαντικές πιθανές ψυχολογικές επιπτώσεις στην καθημερινή ζωή, όπως η οξεία διαταραχή άγχους, τα καταθλιπτικά επεισόδια, οι γενικευμένες αγχώδεις διαταραχές, οι διαταραχές μετατραυματικού στρες ή ακόμα και οι αυτοκτονικές τάσεις ή οι αυτοκτονίες (Jurblumetal., 2020).

Σαφώς ο εγκλεισμός και η καραντίνα συνδέονται με ψυχολογικές διαταραχές. Πέρα από τα αναφερόμενα παραπάνω, η επιβαλλόμενη κοινωνική απομόνωση συνδέθηκε με φαινόμενα που γεννούν ή επιδεινώνουν υπάρχουσες ψυχολογικές διαταραχές. Ως τέτοιες περιγράφονται η προσωρινή ή μόνιμη απώλεια της εργασίας, οι οικονομικές επιπτώσεις και ακόμα μια σειρά από πρωτόγνωρα κοινωνικά φαινόμενα όπως η κοινωνική απόσυρση, ο τηλεοπτικός εκφοβισμός, η εξάρτηση από το διαδίκτυο, η κατάχρηση αλκοόλ, η εθιστική υπερφαγία και το κλίμα φόβου (Brooks et al., 2020).

Ακόμα ο ψυχολογικός αντίκτυπος της καραντίνας και της απομόνωσης επιδεινώνεται από τη βλαβερή επίδραση της περιορισμένης σωματικής δραστηριότητας και των αλλαγών στις διατροφικές πρακτικές (Füzékietal., 2020). Η παρατεταμένη απομόνωση μπορεί να επηρεάσει δυσμενώς τη σωματική και συναισθηματική υγεία, μεταβάλλοντας τους ρυθμούς του ύπνου και της διατροφής και μειώνοντας τις ευκαιρίες για σωματική δραστηριότητα (Cacioppo&Hawkley, 2003). Ως αποτέλεσμα των παραπάνω, τα φυσικά κανάλια της ανθρώπινης έκφρασης και ευχαρίστησης γίνονται καταθλιπτικά, με συνεχείς επιπτώσεις στη διάθεση και την υποκειμενική ευημερία. Καθώς η πραγματικότητα της κοινωνικής απομόνωσης επιμένει καθ' όλη τη διάρκεια, αλλά και πέρα από την πανδημία, θα εμφανιστεί η μοναξιά και η

διαπροσωπική αποσύνδεση, ιδιαίτερα για τους πιο ευάλωτους κοινωνικά ανθρώπους. Η ψυχοφυσική εξάντληση, το άγχος, ο φόβος και ο πόνος, η αγωνία, το τραύμα και ο θυμός εναλλάσσονται, αναμειγνύονται και αναπτύσσονται σε ένταση, οδηγώντας σε κλινικά σημαντικές ψυχολογικές διαταραχές (Rogersetal., 2020).

3.3. Το αίσθημα του φόβου στο περιβάλλον της πανδημίας

Αναμφίβολα αυτή η νέα ασθένεια έχει επίσης επηρεάσει την ψυχική υγεία των ασθενών με χρόνια νοσήματα ατόμων. Αξίζει να αναφερθεί ότι αυτοί οι ασθενείς έχουν ήδη μια συγκεκριμένη ευαισθησία και σε πολλές περιπτώσεις η σωματική ασθένεια συνοδεύεται από ψυχικές διαταραχές, λόγω της υποκείμενης ψυχοπαθολογίας. Αυτό το γεγονός, μαζί με το ψυχολογικό φορτίο ή το συναισθηματικό στρες που συνδέονται με την κοινωνική απομόνωση και τους περιορισμούς της κινητικότητας λόγω του COVID-19, δημιουργούν συνθήκες επιδείνωσης, τόσο της σωματικής υγείας, όσο και της ψυχοσυναισθηματικής ευεξίας, με πιθανή συνέπεια τις ψυχικές, συναισθηματικές και σωματικές δυσλειτουργίες (Kontoangelosetal., 2020).

Σχεδόν όλοι οι πολίτες, αλλά περισσότερο οι χρόνιοι ασθενείς, βιώνουν το άγχος, το φόβο, την ψυχολογική δυσφορία και ακόμα τα καταθλιπτικά συμπτώματα κατά τη διάρκεια της πανδημίας και των επιβαλλόμενων μέτρων καραντίνας και περιορισμού (Baoetal., 2020). Η γένεση των ψυχολογικών διαταραχών προκαλείται σε μεγάλο βαθμό από το μέγεθος του φόβου, που στην περίπτωση της πανδημίας δημιουργήθηκε και γιγαντώθηκε από την έννοια του αγνώστου απέναντι στον νέο κορονοϊό (Ornelletal., 2020). Ο φόβος είναι ένας φυσικός μηχανισμός άμυνας ενάντια σε δυνητικά απειλητικά γεγονότα. Η προοδευτικά αυξημένη ένταση και έκταση του φόβου, μπορεί να γίνει βασικό συστατικό διαφόρων ψυχικών διαταραχών (Shin&Liberzon, 2010). Κατά τη διάρκεια μιας πανδημίας, όπως αυτή λόγω του COVID-19, συναισθήματα όπως ο φόβος και ο θυμός αυξάνουν τον ρυθμό εκδήλωσης ψυχικών διαταραχών και διατηρούν υψηλά τα επίπεδα του άγχους και της δυσφορίας, ειδικά σε ευάλωτες ομάδες, όπως οι ασθενείς με χρόνια νοσήματα (Shigemuraetal., 2020).

Ο φόβος είναι ένα ανθρώπινο συναίσθημα με προσαρμοστική λειτουργία. Βοηθά στην αντιμετώπιση αντικειμενικών και υποκειμενικών απειλών. Η απώλεια της

προσαρμοστικότητα απέναντι στο φόβο καθορίζεται από την κατάσταση, την ένταση και τη συχνότητα των γεγονότων. Όταν κάποιος βιώνει το φόβο του αγνώστου, περικλείεται από μια αίσθηση ότι οι αντιληπτές πληροφορίες δεν είναι επαρκείς για την αντιμετώπιση της φοβικής κατάστασης (Valeroetal., 2020).

Ωστόσο, όταν ο φόβος δεν είναι καλά βαθμονομημένος ενάντια στην πραγματική απειλή, μπορεί να είναι δυσπροσαρμοστικός. Έτσι ο υπερβολικός φόβος μπορεί να έχει επιπτώσεις τόσο σε ατομικό επίπεδο (φοβίες και άγχος), όσο και σε επίπεδο κοινωνικής λειτουργικότητας (κρίσεις πανικού ή αγοραφοβία). Από την άλλη πλευρά, όταν δεν υπάρχει επίγνωση του φόβου, δημιουργούνται συνθήκες βλάβης για τα άτομα και την κοινωνία (μη τήρηση των μέτρων πρόληψης της μετάδοσης του κορονοϊού ή απερίσκεπτες πρακτικές που ευνοούν την εκθέτουν σε μολυσματική βλάβη). Επιπλέον, ο φόβος κινητοποιεί σε συμπεριφορές ασφάλειας (π.χ. πλύσιμο των χεριών), που μπορούν να μετριάσουν ορισμένες απειλές (π.χ. μόλυνση), αλλά μπορεί παράδοξα να ενισχύσουν αγχώδεις συμπεριφορές ποικίλου βαθμού (π.χ. ανησυχία για την πιθανότητα μόλυνσης και άγχος για την υγεία) (Mertensetal., 2020).

Οι πρώτες αναφορές δείχνουν ότι οι φόβοι των ανθρώπων για τον κορονοϊό σχετίζονται με διαφορετικά θέματα. Ειδικότερα, οι Taylor και συν. (2020) εντόπισαν πέντε τομείς παραγωγής φόβου, που σχετίζονται με τον κορονοϊό: ο φόβος της μόλυνσης, οι φόβοι για τις οικονομικές συνέπειες, η ξενοφοβία που σχετίζεται με τον κορονοϊό, ο φόβος των καταναγκαστικών ελέγχων και τα συμπτώματα τραυματικού στρες. Παράλληλα, οι Schimmenti και συν. (2020) εντόπισαν τέσσερις τομείς φόβου: ο φόβος για το σώμα, ο φόβος για σημαντικούς άλλους, ο φόβος της μη γνώσης και ο φόβος της αδράνειας.

Σε επίπεδο φυσιολογίας ο φόβος, που προκαλείται από γεγονότα όπως η απειλητική ένταση και έκταση της πανδημίας, είναι υπεύθυνος για την ενεργοποίηση του άξονα υποθάλαμου-υπόφυσης-επινεφριδίων. Ο υποθάλαμος απελευθερώνει την ουσία κορτικοεκλυτίνη, η οποία λειτουργεί ως απάντηση στη συναισθηματική δυσφορία, η οποία με τη σειρά της ενεργοποιεί την υπόφυση για να απελευθερώσει την αδρενοκορτικοτρόπο ορμόνη, η οποία με τη σειρά της πυροδοτεί την απελευθέρωση της κορτιζόλης από τον φλοιό των επινεφριδίων. Η κορτιζόλη είναι μια ορμόνη με ποικίλες δράσεις στον οργανισμό. Ενδεικτικά περιγράφεται ότι επηρεάζει τον κύκλο

ύπνου / αφύπνισης, επηρεάζει το μεταβολισμό της γλυκόζης, ρυθμίζει την αρτηριακή πίεση και αυξάνει την ενέργεια σε καταστάσεις διαχείρισης φόβου. Όλα αυτά τα αποτελέσματα τελικά εξαντλούν τους ενεργειακούς πόρους του σώματος μακροπρόθεσμα και επίσης θέτουν σε ανισορροπία την ανοσία και την ψυχική ανθεκτικότητα (Raonyetal., 2020).

Στο σύγχρονο περιβάλλον, που βιώνεται η πανδημία λόγω του COVID 19, ο φόβος μπορεί να οδηγήσει στην ανατροφοδότηση των περισσότερων ψυχολογικών διαταραχών, μεταξύ των ασθενών με χρόνια νεφρική νόσο. Επίσης πρέπει να σημειωθεί ότι κατά τη διάρκεια της τρέχουσας πανδημίας, οι επαγγελματίες υγείας που φροντίζουν τους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς, δίνουν έμφαση στις βιολογικές πτυχές της νόσου, στα μέτρα πρόληψης του κορονοϊού και στην ασφαλή λειτουργία της μονάδας αιμοκάθαρσης. Στον αντίποδα υποτιμώνται οι επιπτώσεις της πανδημίας στη ψυχοσυναισθηματική ισορροπία και ευεξία των ασθενών αυτών (Cohenetal., 2016).

3.4. Άγχος και κατάθλιψη στο περιβάλλον της πανδημίας

Οι ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο είναι βεβαιωμένο ότι πάσχουν από κατάθλιψη και άγχος, ωστόσο αυτό το γεγονός συνήθως υποτιμάται και παραμελείται. Οι προκαλούμενες διαταραχές σχετίζονται με μειωμένη ποιότητα ζωής και με εξασθενημένη φυσική απόδοση, ειδικά σε ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση (Lietal., 2016). Επιπλέον, αυτές οι διαταραχές μπορεί να συμβάλουν στην απώλεια των κινήτρων για θεραπεία, με αποτέλεσμα τη μη συμμόρφωση με τη φαρμακευτική αγωγή ή ακόμα και την απώλεια συνεδριών αιμοκάθαρσης (Weisbordetal., 2014).

Το άγχος είναι μια άλλη κοινή συνυπάρχουσα ψυχοπαθολογία σε ασθενείς με νεφρική νόσο τελικού σταδίου. Το άγχος είναι μια συναισθηματική κατάσταση κατά την οποία το άτομο βιώνει έντονο φόβο, αβεβαιότητα και τρόμο, υπό την αναμονή μιας απειλητικής κατάστασης. Οι αγχώδεις διαταραχές, σε αντίθεση με τις σύντομες καταστάσεις άγχους που προκαλούνται από αγχωτικά γεγονότα, διαρκούν τουλάχιστον 6 μήνες, είναι διάχυτες και μπορούν να επιδεινωθούν χωρίς θεραπεία. Η υπάρχουσα βιβλιογραφία δείχνει αυξημένα επίπεδα άγχους σε ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια. Το ποσοστό επιπολασμού του άγχους σε αυτούς τους ασθενείς

εκτιμάται σε ποσοστά που κυμαίνονται από 12% έως 52% (Murtaghetal., 2007). Ωστόσο, ο ακριβής επιπολασμός παραμένει ασαφής, κυρίως λόγω του περιορισμένου αριθμού μελετών, του διαφορετικού πληθυσμού δειγμάτων και των διαφορετικών μεθόδων ελέγχου (Ngetal., 2015).

Εν συνεχεία, η κατάθλιψη είναι μια συναισθηματική κατάσταση που χαρακτηρίζεται από σωματικά και γνωστικά συμπτώματα, όπως συναισθήματα θλίψης, αναξιοσύνης, αϋπνίας, απώλειας όρεξης, απώλεια της σεξουαλικής επιθυμίας και του ενδιαφέροντος για τις συνήθειες δραστηριότητες (Hedayatietal., 2004). Η κατάθλιψη είναι ιδιαίτερα διαδεδομένη σε ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια. Όπως είναι αναμενόμενο, η κατάθλιψη και το άγχος, κυριαρχούν σε αυτούς τους ασθενείς και σχεδόν κάθε ασθενής με νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου βιώνει την κατάθλιψη σε κάποιο βαθμό (Couch, 2019).

Ο επιπολασμός της κατάθλιψης σε αυτή την ομάδα των ασθενών καταγράφεται τρεις έως τέσσερις φορές υψηλότερος σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό και δύο έως τρεις φορές υψηλότερος σε σύγκριση με ασθενείς που πάσχουν από άλλες χρόνιες παθήσεις, συμπεριλαμβανομένου του διαβήτη, της στεφανιαίας νόσου και της χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας (Katon, 2011; Pratt&Brody, 2014). Κατά συνέπεια, το ποσοστό συνταγογράφησης αντικαταθλιπτικών είναι σχεδόν 1,5 φορές υψηλότερο σε ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό (Iwagamietal., 2017).

Η κατάθλιψη σε αυτή την ομάδα ασθενών έχει συσχετιστεί με μια σειρά από δημογραφικούς, κοινωνικο-οικονομικούς και ειδικούς κλινικούς παράγοντες, μεταξύ των οποίων περιγράφονται η νεότερη ηλικία, το γυναικείο φύλο, το χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης, το χαμηλότερο οικογενειακό εισόδημα, η ανεργία, η υπέρταση, το κάπνισμα και ο σαχαρώδης διαβήτης (Fischeretal., 2012). Με βάση το γεγονός ότι αυτοί οι παράγοντες κινδύνου φαίνεται να εντοπίζονται συχνότερα στους ασθενείς με νεφρική νόσο τελικού σταδίου, σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό, ερμηνεύουν τον υψηλότερο επιπολασμό καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε αυτό τον πληθυσμό (Nicholasetal., 2015).

Η κατάθλιψη αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου για νοσηλεία και θάνατο σε ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση (Hedayatietal., 2010). Επίσης

επισημαίνεται ότι η παρουσία κατάθλιψης κατά την έναρξη της αιμοκάθαρσης είναι επίσης ένας ανεξάρτητος προγνωστικός δείκτης χαμηλότερων ποσοστών επιβίωσης, μεγαλύτερης συχνότητας απόσυρσης έναντι της θεραπείας, υψηλότερου κινδύνου νοσηλείας και μεγαλύτερης διάρκειας νοσηλείας (Lacsonetal., 2014).

Παρά τον υψηλό επιπολασμό και τη σημαντική κλινική και κοινωνικοοικονομική επιβάρυνση, η κατάθλιψη δεν αντιμετωπίζεται επαρκώς από τους ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο. Η συνταγογράφηση των αντικαταθλιπτικών μεταξύ των ασθενών με νεφρική νόσο τελικού σταδίου είναι σχετικά χαμηλή. Αυτό βασίζεται στην παρατήρηση ότι τα φάρμακα συνδέονται με τις πρωτεΐνες που μεταβολίζονται από το ήπαρ, καθιστώντας έτσι δύσκολη την απομάκρυνση τους με την αιμοκάθαρση, καθιστώντας έτσι δύσκολη τη συνταγογράφηση τους (Hedayatietal., 2012).

Η πανδημία λόγω του COVID 19 επηρέασε αρνητικά την ψυχολογική κατάσταση των ασθενών με νεφρική νόσο τελικού σταδίου, που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση και αύξησε το άγχος και τα καταθλιπτικά συμπτώματα. Οι αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς, σε αντίθεση με τις περισσότερες ομάδες χρόνιων ασθενών, είναι υποχρεωμένοι να μετακινούνται προς το κέντρο της αιμοκάθαρσης, μέρα παρά μέρα. Αυτή η ανάγκη μετακίνησης συνδέεται με αυξημένο άγχος και φόβο και την υγεία τους, συνυπολογίζοντας το γεγονός ότι γνωρίζουν τη μειωμένη ανοσιακή κατάσταση τους και ότι η προσβολή από τον κορονοϊό συνδέεται με κακή πρόγνωση. Επιπλέον, μια σειρά από καθημερινές συνήθειες αυτών των ασθενών έχουν μεταλλαχθεί, λόγω των υποκείμενων συνθηκών της πανδημίας. Έτσι οι ασθενείς αυτοί σύμφωνα με τα μέτρα πρόληψης και ελέγχου του κορονοϊού, πρέπει να περιορίζουν τη συνοδεία τους (εκτός ειδικών περιστάσεων) προς το κέντρο αιμοκάθαρσης, να φορούν μάσκες καθ' όλη τη διάρκεια της διαδικασίας, να απολυμαίνουν τα χέρια τους και να αποφεύγουν να σιτίζονται στην αίθουσα αιμοκάθαρσης. Η εφαρμογή αυτών των περιορισμών έχει μεταβάλλει την καθημερινότητα αυτών των χρόνιων ασθενών και έχει επιδεινώσει την ψυχο-συναισθηματική τους κατάσταση (Arenasetal., 2020).

Η μελέτη των Hao και συν. (2021) εκτίμησε αύξηση των επιπέδων άγχους και κατάθλιψης σε ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση κατά τη διάρκεια της πανδημίας. Εν πρώτοις, αυτό το φαινόμενο συσχετίστηκε με μια σειρά από δημογραφικούς παράγοντες, που με τη σειρά τους επηρεάστηκαν αρνητικά από την

πανδημία και τους επιβαλλόμενους περιορισμούς. Σε αυτούς τους παράγοντες περιγράφονται το μηνιαίο εισόδημα, η ιατρική ασφάλιση, η ανάγκη μετακίνησης και επαφής με άλλους ανθρώπους πριν και κατά τη διάρκεια της αιμοκάθαρσης. Επιπρόσθετα το φαινόμενο της αύξησης του άγχους και της κατάθλιψης συσχετίστηκε με μια σειρά από κλινικούς παράγοντες, όπως η αγγειακή πρόσβαση και η διάρκεια της αιμοκάθαρσης. Τέλος εμπλέκονται μια σειρά από εργαστηριακούς παράγοντες, όπως τα επίπεδα αιμοσφαιρίνης, η ανοσοδραστική παραθυρεοειδική ορμόνη, τα επίπεδα αλβουμίνης και τα επίπεδα φώσφορου του αίματος. Ειδικότερα τα επίπεδα αλβουμίνης και αιμοσφαιρίνης σχετίζονται με τον υποσιτισμό και την υπο-πρωτεϊναιμία του ασθενούς και αυτά με τη σειρά τους αποδυναμώνουν την ανοσία του ασθενούς και οδηγούν σε εύκολη κόπωση και μειωμένη δραστηριότητα. Όλα τα παραπάνω συμβάλλουν στην ψυχολογική πίεση των ασθενών και επιδεινώνουν την ποιότητα ζωής τους.

Επιπρόσθετα σημειώνεται ότι οι ασθενείς αυτοί παρουσιάζουν συχνά επιπλοκές που συνδέονται με τη νόσο των νεφρών ή με άλλες συνυπάρχουσες συννοσηρότητες. Αυτές οι επιπλοκές αυξάνουν τη σωματική δυσφορία, αυξάνουν τις ανάγκες νοσηλείας και ιατρικής παρακολούθησης, αυξάνουν την ανάγκη λήψης περισσότερων φαρμάκων και περιορίζουν μια σειρά από αναγκαίες δραστηριότητες. Αναμφίβολα όλο το παραπάνω σκηνικό επιδεινώνει ή αυξάνει τα καταθλιπτικά συμπτώματα και τις αγχώδεις συμπεριφορές (Haoetal., 2021).

3.5.Οι διαταραχές του ύπνου στο περιβάλλον της πανδημίας

Η αϋπνία συχνά αποτελεί μια κοινή διαταραχή σε ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου, λόγω της συσχέτισής της με την κόπωση και την κακή συνολική ποιότητα ζωής. Επίσης η αϋπνία έχει συνδεθεί στενά με μια σειρά από άλλες επιπλοκές σε αυτή την ομάδα ασθενών, όπως η κατάθλιψη, η εξασθενημένη ανοσολογική απάντηση και ο υψηλότερος κίνδυνος καρδιαγγειακών επιπλοκών. Οι ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση έχουν κατατάξει τις διαταραχές του ύπνου ως μια από τις κυριότερες απειλές για την ποιότητα ζωής τους (Flytheetal., 2018).

Τόσο βιολογικοί, όσο και συμπεριφορικοί παράγοντες, μπορεί να συμβάλλουν στον υψηλό επιπολασμό της αϋπνίας σε ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια. Μία από τις

βασικές εκδηλώσεις της ουραιμίας είναι η αντιστροφή ημέρας -νύχτας. Η νεφρική ανεπάρκεια χαρακτηρίζεται από σημαντικές αλλαγές στον κερκάρδιο ρυθμό, την αρχιτεκτονική του ύπνου και την ενδογενή απελευθέρωση μελατονίνης. Τα στοιχεία δείχνουν μια άμεση σχέση μεταξύ της σοβαρότητας των προβλημάτων ύπνου και των βιοχημικών παραμέτρων της νεφρικής ανεπάρκειας (Cukoretal., 2021).

Επιπλέον, οι ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση μπορεί να έχουν σημαντικά μικρότερο συνολικό χρόνο ύπνου, με μεγαλύτερο κατακερματισμό του ύπνου. Πολλοί ασθενείς προγραμματίζουν τη συνεδρία της αιμοκάθαρσης νωρίς το πρωί και αναγκάζονται σε πρωινή έγερση, ενώ άλλοι προγραμματίζουν τη αιμοκάθαρση αργά το βράδυ, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε χρόνιες ανωμαλίες στο πρόγραμμα του ύπνου. Η αϋπνία σε αιμοκαθαιρόμενους μπορεί επίσης να επιδεινωθεί από άλλες κοινές διαταραχές ύπνου, όπως την υπνική άπνοια και το σύνδρομο ανήσυχων ποδιών (Maungetal., 2017).

Η πανδημία λόγω του COVID-19 έχει επηρεάσει σε μεγάλο βαθμό την κοινότητα αιμοκάθαρσης. Οι ασθενείς αυτοί βιώνουν τις ανησυχίες σχετικά με τα υψηλά ποσοστά νοσηρότητας και θνησιμότητας, το άγχος που σχετίζεται με την ανάγκη μετακίνησης στα κέντρα αιμοκάθαρσης, την ουσιαστική κοινωνική απομόνωση, την οικονομική αστάθεια, τη στεγαστική ανασφάλεια και τις αλλαγές στην καθημερινή ρουτίνα. Όλα αυτά επιδρούν αρνητικά στην ποσότητα και την ποιότητα του ύπνου. Η έκταση της προκύπτουσας αύξησης των ποσοστών αϋπνίας μεταξύ των ασθενών με νεφρική ανεπάρκεια εκφράζεται με τον ανάλογο αντίκτυπο στη συνολική κατάσταση της υγείας και της ποιότητας ζωής τους. Επίσης πρέπει να σημειωθεί ότι η αϋπνία αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη της κατάθλιψης και η αντίστροφα η κατάθλιψη συχνά επηρεάζει αρνητικά τον κύκλο του ύπνου (Cukoretal., 2021).

4. Διαχείριση των ψυχολογικών διαταραχών των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών

4.1. Υποστήριξη από το νοσηλευτικό προσωπικό

Για να ανακουφιστεί αποτελεσματικά η ψυχολογική πίεση των ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση και να διασφαλιστεί η φυσιολογική πορεία της νόσου, το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να αποδώσει την δέουσα προσοχή στην ψυχική υγεία, στις διαθέσεις και στα συναισθήματα των ασθενών, να επικοινωνεί ενεργά με τους ασθενείς και να προωθεί στρατηγικές αντιμετώπισης των σχετικών διαταραχών. Οι νοσηλεύτριες πρέπει να ενημερώσουν τους ασθενείς για κάθε πτυχή της πανδημίας. Αυτό επιτυγχάνεται με τη χρήση επαγγελματικών καναλιών ψυχολογικής φροντίδας, με τη δημιουργία ψηφιακής πλατφόρμας για συνομιλία και αλληλεπίδραση, με την ομαδική συνδιαλλαγή και συζήτηση, με την καθοδήγηση μέσω ενημερωτικών συναντήσεων και με τη βελτίωση της αλληλεπίδρασης, με σκοπό την ανακούφιση από τα ψυχοπνευματικά φαινόμενα της πανδημίας (Cuietal., 2020).

Όλα αυτά τα μέτρα έχουν σαν σκοπό να μειώσουν την ένταση και το άγχος των ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση, να εξαλείψουν την πίεση και την ανησυχία για τη ζωή τους και να μεταδώσουν την έννοια της φροντίδας. Επιπλέον, όλες οι παραπάνω ενέργειες ενισχύουν τη σχέση νοσηλεύτη -ασθενή, βελτιώνουν το δείκτη ευτυχίας των ασθενών, βελτιώνουν την αυτοπεποίθησή τους και τελικά οι ασθενείς αυτοί αισθάνονται αρκετά δυνατοί για να αντιμετωπίσουν τη ζωή θετικά και αισιόδοξα (Zhangetal., 2021).

4.2. Ψυχοφαρμακολογικές παρεμβάσεις

Οι ψυχοφαρμακολογικές παρεμβάσεις αναφέρονται συνήθως ως μέθοδοι ανακούφισης των ψυχοπνευματικών συμπτωμάτων των ασθενών με χρόνια νεφρική νόσο, που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση. Ωστόσο, οι κλινικές δοκιμές μέχρι τώρα έχουν χρησιμοποιήσει μικρά μεγέθη δείγματος και τα στοιχεία για τα οφέλη αυτών των παρεμβάσεων σε αιμοκαθαιρόμενους παραμένουν ασαφή. Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα, συνηθέστερα εκείνα της κατηγορίας των εκλεκτικών αναστολέων επαναπρόσληψης σεροτονίνης, έχουν αποδειχθεί ότι βελτιώνουν τα συμπτώματα.

Ωστόσο, υπάρχουν ανησυχίες για την ανεκτικότητα των ανεπιθύμητων ενεργειών. Καθώς ο αριθμός των λαμβανόμενων φαρμάκων είναι υψηλός μεταξύ των ασθενών με χρόνια νεφρική νόσο, η επιβάρυνση με άλλες φαρμακολογικές θεραπείες μπορεί να είναι πιο προβληματική για αυτόν τον πληθυσμό (Palmeretal., 2016).

Η θεραπεία των ψυχολογικών συμπτωμάτων που βιώνουν οι αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς συχνά στρέφεται σε μη φαρμακολογικές στρατηγικές όπως στη ψυχοθεραπεία (γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία), σε προγράμματα διαχείρισης και στην κοινωνική υποστήριξη (Kouidietal., 2010). Παρόλο που οι μη φαρμακολογικές προσεγγίσεις παίζουν καθοριστικό ρόλο για τη διαχείριση της ψυχοπαθολογίας σε αυτή την ομάδα των ασθενών, αρκετοί παράγοντες, όπως η έλλειψη προθυμίας των ασθενών να ακολουθήσουν τις συστάσεις και η περιορισμένη διαθεσιμότητα αυτών των μη φαρμακολογικών στρατηγικών σε κέντρα αιμοκάθαρσης, εμποδίζουν την ενσωμάτωσή τους στην κλινική πρακτική (Hedayatietal., 2016).

Επομένως, οι ρεαλιστικές και τεκμηριωμένες ψυχολογικές παρεμβάσεις απαιτούν αξιολόγηση. Από αυτή την άποψη, η ενίσχυση των ευκαιριών για κοινωνική δικτύωση και υποστήριξη μπορεί να είναι μια αποτελεσματική προσέγγιση για την αντιμετώπιση των διαταραχών της ψυχικής υγείας σε αυτήν την ομάδα ασθενών. Τα σχετικά δεδομένα δείχνουν ότι η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία μπορεί να είναι μια αποτελεσματική, αποδεκτή και θεραπεία επιλογής για τις ψυχο-συναισθηματικές διαταραχές, σε ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση (Beck&Dozois, 2011).

Ωστόσο, σημειώνεται ότι τέτοια προγράμματα ενδέχεται να είναι δύσκολο να ενσωματωθούν στην τυπική κλινική περίθαλψη. Για το σκοπό αυτό, αξίζει τον κόπο να αξιολογηθούν πιο εφικτοί τρόποι παροχής υποστήριξης. Οι πρόσφατες εξελίξεις στον τομέα της τηλεθεραπείας ή της ηλεκτρονικής υγείας ενσωμάτωσαν τις ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις. Αυτή η προσέγγιση περιγράφεται από τους Hudson και συν. (2016), που καθιέρωσε τη σκοπιμότητα των διαδικτυακών θεραπειών γνωστικής συμπεριφορικής θεραπείας, για τη διαχείριση της συνυπάρχουσας δυσφορίας και του άγχους σε ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση.

Άλλες πρακτικές προσεγγίσεις όπως η εκπαίδευση για τη διαχείριση του στρες, η ενίσχυση της επικοινωνίας με το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό και η

κοινωνική υποστήριξη των ασθενών και των φροντιστών μπορεί επίσης να είναι σημαντικά συστατικά των υπηρεσιών ψυχικής υγείας που υποστηρίζουν ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια. Η εκπαίδευση των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης που φροντίζουν ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο και υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση, ιδιαίτερα των νοσηλευτών που έχουν τη συχνότερη επαφή με τους ασθενείς, μπορεί να είναι ιδιαίτερα χρήσιμη ως το πρώτο βήμα προς την δημιουργία ολοκληρωμένων μοντέλων φροντίδας και ολιστικής προσέγγισης αυτών των ασθενών (Goh&Griva, 2018).

Μεθοδολογία της έρευνας

1.Εννοιολογικό υπόβαθρο

Η πανδημία λόγω του κορονοϊού SARS-CoV-2 (COVID-19) κατάφερε να εξαπλωθεί στις περισσότερες χώρες του κόσμου απροσδόκητα και έχει προκαλέσει υψηλά ποσοστά νοσηρότητας και θνησιμότητας. Έτσι, σε σύντομο χρονικό διάστημα έχει διαταράξει τους περισσότερους τομείς της καθημερινής ζωής των ανθρώπων και έχει κατακλύσει όλα τα συστήματα υγείας, την οικονομία και όλες τις δραστηριότητες. Σε απάντηση στην ταχεία εξάπλωση του SARS-CoV-2, οι κυβερνήσεις πολλών χωρών, ακολουθώντας τις συστάσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ), επέλεξαν να εφαρμόσουν διάφορα μέτρα δημόσιας υγείας, όπως η καραντίνα και η κοινωνική απομόνωση, τα οποία αποδεικνύονται αποτελεσματικά για να σταματήσει η εξάπλωση του ιού. Ωστόσο, αυτά έχουν επηρεάσει ποικιλοτρόπως στην ψυχική υγεία των ανθρώπων (Jordanetal., 2020).

Εν μέσω της τρέχουσας πανδημίας, η πληθυσμιακή ομάδα που έχει πληγεί περισσότερο είναι αυτή των ασθενών που πάσχουν από πολλαπλές συννοσηρότητες. Ειδικότερα οι ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο, και ιδιαίτερα εκείνοι που υποβάλλονται σε θεραπεία χρόνιας αιμοκάθαρσης, παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο σοβαρών επιπλοκών που σχετίζονται με τη λοίμωξη λόγω του COVID-19 και αυξημένη νοσηρότητα, συμπεριλαμβανομένου του υψηλότερου χρόνου νοσηλείας, της πιθανής εισαγωγής σε μονάδα εντατικής θεραπείας και της ανάγκης μηχανικού αερισμού (Smolander&Bruchfeld, 2021).

Αναμφίβολα αυτή η νέα ασθένεια έχει επίσης επηρεάσει την ψυχική υγεία των ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση. Αξίζει να αναφερθεί ότι αυτοί οι ασθενείς έχουν ήδη μια συγκεκριμένη ευαισθησία και σε πολλές περιπτώσεις η σωματική ασθένεια συνοδεύεται από ψυχικές διαταραχές, λόγω της υποκείμενης ψυχοπαθολογίας. Αυτό το γεγονός, μαζί με το ψυχολογικό φορτίο ή το συναισθηματικό στρες που συνδέονται με την κοινωνική απομόνωση και τους περιορισμούς της κινητικότητας λόγω του COVID-19, δημιουργούν συνθήκες επιδείνωσης, τόσο της σωματικής υγείας, όσο και της ψυχο-συναισθηματικής ευεξίας,

με πιθανή συνέπεια τις ψυχικές, συναισθηματικές και σωματικές δυσλειτουργίες (Kontoangelosetal., 2020).

Σε αυτό το περιβάλλον, η παρατεταμένη απομόνωση έχει επηρεάσει δυσμενώς τη σωματική και συναισθηματική υγεία, μεταβάλλοντας τους ρυθμούς του ύπνου και της διατροφής, και το επίπεδο της φυσικής δραστηριότητας (Cacioppo&Hawkley, 2003). Ως αποτέλεσμα, τα φυσικά κανάλια της ανθρώπινης έκφρασης και της ευχαρίστησης, ενσωματώνουν καταθλιπτικά χαρακτηριστικά, με επιπτώσεις στη διάθεση και την ευεξία αυτών των ασθενών. Καθώς η πραγματικότητα της κοινωνικής απομόνωσης επιμένει καθ' όλη τη διάρκεια, αλλά και πέρα από την πανδημία, κυριαρχεί η μοναξιά και η διαπροσωπική αποσύνδεση, ιδιαίτερα για τους πιο ευάλωτους κοινωνικά ανθρώπους. Η ψυχοφυσική εξάντληση, το άγχος, ο φόβος και ο πόνος, η αγωνία, το τραύμα και ο θυμός εναλλάσσονται, αναμειγνύονται και αναπτύσσονται σε ένταση, οδηγώντας σε κλινικά σημαντικές ψυχολογικές διαταραχές (Rogersetal., 2020).

2.Σκοπός της Έρευνας και Ερευνητικά Ερωτήματα

Με βάση τα παραπάνω δεδομένα η παρούσα εργασία επιχειρεί να διερευνήσει τις ειδικότερες ψυχολογικές επιπτώσεις που προκαλεί η παρούσα πανδημία στον ευάλωτο πληθυσμό των ασθενών που υποβάλλονται σε θεραπεία αιμοκάθαρσης. Ειδικότερα επιχειρείται να απαντηθούν τα παρακάτω ερευνητικά ερωτήματα:

1. Ποιες είναι οι αλλαγές που προκλήθηκαν στις μονάδες αιμοκάθαρσης λόγω της πανδημίας λόγω του COVID-19;
2. Ποιες είναι οι ψυχολογικές επιπτώσεις που προκάλεσε η πανδημία λόγω του COVID-19 στους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς;
3. Πως επέδρασε η πανδημία λόγω του COVID-19 στη συναισθηματική ισορροπία και ευεξία των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών;
4. Με ποιες στρατηγικές οι αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς αντιμετώπισαν τις ψυχο-συναισθηματικές και κοινωνικές επιπτώσεις λόγω της πανδημίας του COVID-19;

3.Ερευνητική Μεθοδολογία

Κάθε ερευνητική προσπάθεια πρέπει να βασίζεται σε μια σαφή, πειθαρχημένη και συστηματική (προγραμματισμένη, σχεδιασμένη και διαφανής) προσέγγιση, προκειμένου να απαντήσει στα ερευνητικά ερωτήματα και να καλύψει τους σκοπούς και τους στόχους της έρευνας (Levittetal., 2017).

Η ποιοτική έρευνα συνιστά μια επαγωγικής φύσης προσέγγιση σε ένα ερευνητικό ερώτημα. Ουσιαστικά αναφέρεται στη συλλογή και στην ανάλυση δεδομένων, σε ένα πλαίσιο (σκόπιμης) δειγματοληψίας. Δίνει έμφαση στον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι ερμηνεύουν και κατανοούν τις εμπειρίες τους και επιδιώκει την κατανόηση της κοινωνικής πραγματικότητας των ατόμων αυτών (Zohrabi, 2013).

Η ποιοτική έρευνα συνιστά ένα αποτελεσματικό μοντέλο έρευνας, που συνήθως διεξάγεται στο φυσικό περιβάλλον του ερωτώμενου. Η ποιοτική έρευνα αποδίδει έμφαση στη στενή κατανόηση των γεγονότων, εξετάζοντας τα λόγια, τις πράξεις και τις αναμνήσεις των ανθρώπων, αντί τα μαθηματικά σύμβολα. Η ποιοτική έρευνα εξετάζει τα γεγονότα σε μια θέα προοπτικής, παρακάμπτοντας την αντικειμενικότητα. Ουσιαστικά το νόημα συν-συστήνεται, δηλαδή η πραγματικότητα κατασκευάζεται υποκειμενικά και προοπτικά, παρά αντικειμενικά και προσδιορισμένα. Επομένως, η ποιοτική έρευνα ενδιαφέρεται για την υποκειμενική αντίληψη του ερωτώμενου. Στόχος της ποιοτικής έρευνας είναι η ανακάλυψη των προτύπων που αναδύονται μετά από την προσεκτική παρατήρηση, την τεκμηρίωση και τη στοχαστική ανάλυση. Μέχρι να εντοπιστούν αυτά τα μοτίβα, η ποσοτική απόδειξη της φύσης των μεταβλητών δεν μπορεί να διερευνηθεί. Τέλος η ποιοτική έρευνα εξετάζει το άτομο ως εργαλείο για τη συλλογή και την ανάλυση δεδομένων. Σε αυτή τη σχέση ο ερευνητής διερευνά με προσαρμόσιμο και ολιστικό τρόπο τις άτυπες ή ιδιότυπες αποκρίσεις που εμφανίζονται κατά τη διάρκεια μιας αλληλεπίδρασης με έναν ερωτώμενο. Ο ερευνητής παρεμβαίνει μέσω του λόγου στην κατανόηση του «ιστού του νοήματος», τον οποίο αποδίδει ο ερωτώμενος στο υπό διερεύνηση φαινόμενο (Omona, 2013).

Ουσιαστικά με την ποιοτική έρευνα επιδιώκεται η ερμηνεία συγκεκριμένων συνθηκών και η κατανόηση της οπτικής των ερωτώμενων, μέσα από την συνεχή ανατροφοδότηση και την αποκάλυψη των ιδιαίτερων πτυχών της προσωπικότητας

τους, σε συνδυασμό με το περιβάλλον έκφρασης των αντιδράσεων. Εν συντομία, επιδιώκεται η απάντηση στο «πώς» και στο «γιατί» (Μαντζούκας, 2007).

Στην παρούσα ερευνητική προσπάθεια επιλέχθηκε η μεθοδολογική προσέγγιση της ποιοτικής έρευνας, καθώς κρίθηκε ως η πλέον κατάλληλη μέθοδος, για να αποδώσει απαντήσεις στα συγκεκριμένα ερευνητικά ερωτήματα και να καλύψει τους σκοπούς της παρούσας εργασίας.

3.1.Ερευνητικό Εργαλείο

Συνήθως η ποιοτική έρευνα εξελίσσεται σε ένα σκηνικό διαδραστικής επαφής του ερευνητή με τον ερωτώμενο, με την υποβολή ερωτημάτων και τη λήψη απαντήσεων, σχετικές με το ερευνώμενο θέμα. Αυτό το σκηνικό ορίζεται ως συνέντευξη, που μπορεί να λάβει διάφορες μορφές: την ανοιχτή, τη δομημένη και την ημι-δομημένη συνέντευξη (Mohajan, 2018). Στην παρούσα έρευνα επιλέχθηκε η τελευταία προσέγγιση.

Η ημι-δομημένη συνέντευξη έχει σχεδιαστεί για να εξακριβώνει υποκειμενικές απαντήσεις από άτομα, που έχουν βιώσει μια συγκεκριμένη κατάσταση ή ένα φαινόμενο. Σε αυτόν τον τύπο συνέντευξης, τα ερωτήματα είναι ημι-τυποποιημένα. Η έρευνα διεξάγεται με την υποβολή ερωτημάτων που ορίζονται ως πρωτεύοντα και στη συνέχεια τίθενται υποερωτήματα, για να αποδώσουν λεπτομέρειες που κρίνονται σημαντικές (McIntosh&Morse, 2015).

Όπως σημειώνεται στο «TheSAGEhandbookofsocialresearchmethods» (deLeeuw, 2008), η φυσική παρουσία στην ημι-δομημένη συνέντευξη βελτιστοποιεί την λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία. Η φυσική παρουσία του ερευνητή επιτρέπει την παρατήρηση μη λεκτικών συμπεριφορών εκ μέρους του ερωτώμενου. Ο ερευνητής έτσι μπορεί να διακρίνει συναισθηματικές πτυχές πίσω από τις απαντήσεις και μπορεί να υποβάλλει υπο-ερωτήματα για να ανακαλύψει λανθάνουσες λεπτομέρειες. Ο τρόπος αυτός της φυσικής επαφής θεωρείται ένας περισσότερο ηθικός τρόπος για τη διεξαγωγή της έρευνας. Στον αντίποδα, η φυσική παρουσία δημιουργεί ανασταλτική διάθεση σε ευαίσθητες ερωτήσεις και μεγιστοποιεί την επίδραση του ερευνητή στο περιεχόμενο των απαντήσεων των ερευνώμενων.

Έτσι, για την παρούσα έρευνα επιλέχθηκε η ημιδομημένη συνέντευξη γιατί παρέχει τον συνδυασμό των προκαθορισμένων γενικών ερωτημάτων και συγχρόνως παρέχει την ευελιξία παραγωγής υπο-ερωτημάτων και τη δυνατότητα επιλεκτικής διάρθρωσης της συζήτησης. Ακόμα η ημιδομημένη συνέντευξη συνιστά ένα εργαλείο διαλόγου ανάμεσα σε δύο συνομιλητές, οι οποίοι πλαισιώνουν νοηματικά και αρθρώνουν από κοινού το νόημα των ερωτήσεων και απαντήσεων. Τέλος η ημιδομημένη συνέντευξη παρέχει την ελευθερία στον ερωτώμενο να επικεντρωθεί στα σημεία που αυτός θεωρεί σημαντικά και όχι σε αυτά που θεωρεί σημαντικά ο ερευνητής, ενώ ταυτοχρόνως διατηρεί κάποιες γενικές κατευθύνσεις στο διάλογο, ώστε να καλυφθούν τα θέματα που θεωρούνται σημαντικά για τη μελέτη (Cohenetal., 2008).

3.2.Δείγμα

Στην ποιοτική έρευνα η επιλογή του δείγματος δεν ταυτίζεται με την έννοια της αντιπροσωπευτικότητας σε στατιστικό επίπεδο. Σε αυτές τις μελέτες παραβλέπεται η έννοια της στατιστικής ισχύος και η στατιστική σημαντικότητα παραβλέπει τα ποσοτικά χαρακτηριστικά του δείγματος και επικεντρώνεται σε ποιοτικά χαρακτηριστικά, σε ένα σημαντικά μικρότερο δείγμα. Έτσι η ποιοτική έρευνα επιδιώκει την αναζήτηση πολλών στοιχείων ποιοτικής φύσης, σε μια εις βάθος διερεύνηση και αυτό εξασφαλίζεται με την σκόπιμη δειγματοληψία (Whiting, 2008).

Το μέγεθος του δείγματος στην ποιοτική μελέτη καθορίζεται από το χαρακτηριστικό του θεματικού κορεσμού. Ο θεματικός κορεσμός διαμορφώνεται από το χαρακτηριστικό της πληρότητας των πληροφοριών από το επιλεγόμενο δείγμα ή αλλιώς δεν απαιτείται διεύρυνση του δείγματος, καθώς δεν θα συγκεντρωθούν περισσότερες πληροφορίες. Σε μια προσπάθεια οριοθέτησης αυτής της παραμέτρου, προτείνεται η έννοια της δύναμης της πληροφορίας ή ένα ποιοτικό ισοδύναμο με στατιστική ισχύ, που καθορίζει τον αριθμό του δείγματος σε μια ποιοτική μελέτη. Ως μια γενική πρακτική, προτείνεται ότι το μέγεθος ενός δείγματος στην ποιοτική έρευνα καθορίζεται από τον στόχο, την ομοιογένεια του δείγματος, τη επαγόμενη θεωρία, τα ποιοτικά χαρακτηριστικά της συνέντευξης και την αναλυτική στρατηγική (Malterudetal., 2016).

Στην παρούσα έρευνα, το δείγμα αποτέλεσαν 12 ασθενείς, (4 γυναίκες και 8 άνδρες), με το κοινό χαρακτηριστικό της νόσου (νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου) και της θεραπείας (αιμοκάθαρση). Η επιλογή του δείγματος βασίστηκε στο κριτήριο της σκόπιμης δειγματοληψίας, σε συνδυασμό με τη διαθεσιμότητα των ερωτώμενων.

3.3.Μέθοδος ανάλυσης των δεδομένων

Η ανάλυση των δεδομένων βασίστηκε στη θεματική ανάλυση. Κατά τη διεξαγωγή της θεματικής ανάλυσης, ο ερευνητής γίνεται το όργανο για την ανάλυση, κάνοντας κρίσεις σχετικά με την κωδικοποίηση, τη δημιουργία θεμάτων, τον αποσυγχρονισμό και την επανασύνδεση των δεδομένων. Κάθε προσέγγιση ποιοτικής έρευνας έχει συγκεκριμένες τεχνικές για τη διεξαγωγή, την τεκμηρίωση και την αξιολόγηση των δεδομένων, αλλά είναι ευθύνη του μεμονωμένου ερευνητή να διασφαλίσει την αυστηρότητα και την αξιοπιστία. Μια αυστηρή θεματική ανάλυση μπορεί να παράγει αξιόπιστα και διορατικά ευρήματα. Ωστόσο, δεν υπάρχει σαφής συμφωνία σχετικά με τον τρόπο με τον οποίο οι ερευνητές μπορούν να εφαρμόσουν αυστηρά τη μέθοδο (Guestetal., 2011).

Η μεθοδολογία της θεματικής ανάλυσης προκύπτει από να συγκεκριμένο πλαίσιο βημάτων, που ακολουθούνται με την εξής σειρά: αρχικά, απεικονίζεται μέσω της παρουσίασης μιας ελεγχόμενης διαδρομής, η ερμηνεία και η αναπαράσταση των κειμενικών δεδομένων. Το στάδιο αυτό ορίζεται ως ανοικτή κωδικοποίηση και στοχεύει στη δημιουργία μιας συνοπτικότητας περιγραφής για κάθε στοιχείο, που καταγράφεται στο κείμενο (Nowelletal., 2017).

Το δεύτερο βήμα αναφέρεται στην αξιολόγηση της λογικότητας και της συνάφειας του περιεχομένου των συνεντεύξεων. Αξιολογείται το περιεχόμενο των συνεντεύξεων και συνδέεται αυτό με μια σειρά από προκαθορισμένα κοινά χαρακτηριστικά, ελέγχοντας τη συνάφεια των συνεντεύξεων με αυτά τα χαρακτηριστικά. Στο επόμενο στάδιο οι αρχικές κωδικοποιήσεις, ταξινομούνται με βάση τα κοινά χαρακτηριστικά και δημιουργούνται οι αντίστοιχες θεματικές ενότητες. Πρέπει να σημειωθεί ότι η κωδικοποίηση και η δημιουργία των θεματικών ενότητων θεμάτων βασίζεται στο αντίστοιχο θεωρητικό πλαίσιο και καθορίζεται από την προσωπική κρίση και ερευνητική εμπειρία (DeJonckheere&Vaughn, 2019).

3.4. Διαδικασία διεξαγωγής των συνεντεύξεων και ανάλυση δεδομένων

Η διεξαγωγή μιας ποιοτικής ερευνητικής συνέντευξης σημαίνει ότι θα ζητηθεί από τους ερωτώμενους να προβληματιστούν σχετικά με θέματα που είναι δυνητικά σημαντικά για αυτούς και σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να αγγίζουν σημαντικές πτυχές της ζωής τους. Επομένως, απαιτείται εκ των προτέρων η ανάπτυξη ενός οδηγού συνέντευξης και η πραγματοποίηση μιας τουλάχιστον δοκιμαστικής συνέντευξης. Με τη διεξαγωγή της δοκιμαστικής συνέντευξης ο αρχάριος ερευνητής αποκτά εμπειρία και αναπτύσσει δεξιότητες πριν ξεκινήσει τη συλλογή δεδομένων. Επίσης παρέχεται στον ερευνητή η ευκαιρία να εξερευνήσει τη γλώσσα, τη σαφήνεια των ερωτήσεων και τις πτυχές της ενεργού ακρόασης (Laksovetal., 2017).

Στον οδηγό της συνέντευξης της παρούσας εργασίας τα ερωτήματα εντάχθηκαν σε τέσσερις θεματικές υποενότητες. Οι επιμέρους υποενότητες αναφέρονται (1) στις αλλαγές που προκλήθηκαν στις μονάδες αιμοκάθαρσης λόγω της πανδημίας του λόγω COVID-19 (2) στις ψυχολογικές επιπτώσεις που προκάλεσε η πανδημία λόγω του COVID-19 στους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς (3) στην επίδραση της πανδημίας λόγω του COVID-19 στη συναισθηματική ισορροπία και ευεξία των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών και (4) στις στρατηγικές αντιμετώπισης των ψυχο-συναισθηματικών και κοινωνικών επιπτώσεων λόγω της πανδημίας του COVID-19.

Οι συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν κατά το χρονικό διάστημα από την 1^η Σεπτεμβρίου ως την 30^η Νοέμβριου του 2021. Πριν τη διενέργεια της συνέντευξης διατέθηκε ένα εύλογο χρονικό διάστημα για την εξοικείωση των συμμετεχόντων στην έρευνα και τη δημιουργία κλίματος ενός κλίματος άνεσης και ασφάλειας. Η κάθε συνέντευξη είχε διάρκεια περίπου 30 με 40 λεπτά της ώρας και πραγματοποιήθηκε κατ' ιδίαν. Πριν από την έναρξη της διαδικασίας, οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν σχετικά με το γεγονός ότι η συνέντευξη θα ηχογραφηθεί. Κατά τη διάρκεια της συνέντευξης δόθηκε ιδιαίτερη έμφαση στην αποφυγή κριτικής από την πλευρά του ερευνητή καθώς και καθοδήγησης όπου κρινόταν αναγκαίο, όταν το περιεχόμενο μιας ερώτησης δεν είχε γίνει σαφές.

4.Εγκυρότητα και Περιορισμοί Διαδικασίας

Οι περισσότερες ποιοτικές ερευνητικές μελέτες προορίζονται για τη μελέτη ενός συγκεκριμένου ζητήματος ή φαινομένου σε έναν συγκεκριμένο πληθυσμό, σε εστιασμένο χώρο και χρονικό πλαίσιο. Επομένως η γενικευσιμότητα των ποιοτικών ερευνητικών ευρημάτων συνήθως δεν είναι ένα αναμενόμενο χαρακτηριστικό. Για να λάβει ένα ποιοτικό εύρημα μια ευρύτερα αποδεκτή γενικευσιμότητα απαιτούνται χαρακτηριστικά εγκυρότητα και αξιοπιστίας (Leung, 2015).

Επίσης αξίζει να σημειωθεί ότι η ποιοτική έρευνα συχνά επικρίνεται για έλλειψη επιστημονικής αυστηρότητας, αφού μπορεί να χαρακτηρίζεται από έλλειψη διαφάνειας στις αναλυτικές διαδικασίες και τα ευρήματα, με την απλοϊκή άποψη ότι μια ποιοτική έρευνα αποτελεί τη συλλογή προσωπικών απόψεων που υπόκεινται στην προκατάληψη του ερευνητή (Noble&Smith, 2018).

Η εγκυρότητα στην ποιοτική έρευνα αναφέρεται στην «καταλληλότητα» των εργαλείων, των διαδικασιών και των δεδομένων. Σε ένα ευρύτερο πλαίσιο αυτός ο όρος ισχύει. Η εγκυρότητα αναφέρεται στην ακεραιότητα εφαρμογής των ερευνητικών μεθόδων και στην ακρίβεια συλλογής των δεδομένων (Long& Johnson, 2000).

Από την άλλη, στην ποσοτική έρευνα, η αξιοπιστία αναφέρεται στην ακριβή δυνατότητα αναπαραγωγής των διαδικασιών και των αποτελεσμάτων. Ωστόσο στην ποιοτική έρευνα ένας τέτοιος ορισμός αξιοπιστίας συνιστά μια πρόκληση. Ως εκ τούτου, η ουσία της αξιοπιστίας για την ποιοτική έρευνα έγκειται στη συνοχή του περιεχομένου. Ένα περιθώριο μεταβλητότητας για τα αποτελέσματα είναι ανεκτό στην ποιοτική έρευνα, υπό την προϋπόθεση ότι η μεθοδολογία και η επιστημολογική προσέγγιση αποδίδουν με συνέπεια δεδομένα που είναι οντολογικά παρόμοια, αλλά μπορεί να διαφέρουν σε σχέση με το περιβάλλον και τα ποιοτικά χαρακτηριστικά του δείγματος (Kuperetal., 2008).

Σε αυτό το σημείο κρίνεται απαραίτητο να επισημανθεί ότι η παρούσα ερευνητική εργασία έχει σαφείς περιορισμούς. Δεν επιχειρήθηκε έλεγχος της αξιοπιστίας των ερευνητικών συμπερασμάτων, με καμία από τις συνιστώμενες μεθόδους. Έγινε προσπάθεια ο ερευνητής να επιδείξει αμεροληψία και να μην επηρεάσει τις

απαντήσεις των ερωτώμενων, σύμφωνα με την υπάρχουσα εμπειρία. Τέλος δεν επιδιώχθηκε η γενίκευση των αποτελεσμάτων, αφού αυτό δεν εντάσσεται τους στόχους της παρούσας εργασίας. Τονίζεται ότι τα εξαγόμενα αποτελέσματα και συμπεράσματα αποτελούν αποκλειστικά τα ποιοτικά χαρακτηριστικά του συγκεκριμένου δείγματος. Αναμφίβολα η γενίκευση των αποτελεσμάτων της έρευνας απαιτεί να πραγματοποιηθούν μεγαλύτερης ευρύτητας έρευνες, με διαφορετικό σκεπτικό και προϋποθέσεις.

5.Θέματα Δεοντολογίας

Σε μια ημι-δομημένη συνέντευξη ουσιαστικά απαιτείται από τον ερωτώμενο να αποκαλύψει ευαίσθητες και προσωπικές πληροφορίες απευθείας στον ερευνητή, γεγονός που εξ ορισμού γεννά μια σχέση ανισορροπίας ισχύος μεταξύ του ερευνητή και του συμμετέχοντα. Ειδικότερα σε οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης, ο ερευνητής ή ο ερωτώμενος μπορεί να είναι μέλος της ομάδας υγειονομικής περίθαλψης του ασθενούς ή να αποτελεί μέλος της ομάδας φροντίδας. Σε αυτές τις περιπτώσεις οι ερευνητές θα πρέπει να διασφαλίσουν ότι η συμμετοχή του ερωτώμενου στην έρευνα δεν θα έχει επιπτώσεις στην παροχή φροντίδας ή στις εργασιακές σχέσεις εντός του οργανισμού. Άλλα ζητήματα που πρέπει να ληφθούν υπόψη περιλαμβάνουν: τη μείωση του κινδύνου βλάβης, την προστασία των πληροφοριών του ερωτώμενου, την επαρκή ενημέρωση των ερωτηθέντων σχετικά με τον σκοπό και τη μορφή της μελέτης και μείωση του κινδύνου εκμετάλλευσης (De Jonckheere&Vaughn, 2019).

Κατά τη διεξαγωγή της παρούσας έρευνας τηρήθηκαν όλοι οι προβλεπόμενοι κανόνες ηθικής και δεοντολογίας. Συγκεκριμένα, ζητήθηκε η έγγραφη συγκατάθεση όλων των συμμετεχόντων στην έρευνα, κατόπιν της πλήρους ενημέρωσής τους σχετικά με τα προβλεπόμενα από το νόμο δικαιώματα και τις υποχρεώσεις τους. Στους συμμετέχοντες κατέστη σαφές ότι θα τηρηθεί πλήρης ανωνυμία και ότι θα προστατευθούν τα προσωπικά τους δεδομένα. Τέλος, ενημερώθηκαν ότι θα λάβουν σε ηλεκτρονική μορφή την τελική εργασία που θα προκύψει μετά την ολοκλήρωση της έρευνας.

Η συμμετοχή φυσικών προσώπων στην έρευνα είναι εθελοντική αλλά αναγκαία. Τα ερωτηματολόγια είναι ανώνυμα και δεν περιέχουν προσωπικά στοιχεία ασθενών ή

φυσικών προσώπων από τα οποία θα μπορούσε να αποκαλυφθεί με οποιοδήποτε τρόπο η ταυτότητα των συμμετεχόντων. Οι απαντήσεις είναι απόλυτα εμπιστευτικές και μόνο τα μέλη της ερευνητικής ομάδας θα έχουν πρόσβαση σε αυτές. Οι απαντήσεις θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς. Καμία μεμονωμένη πληροφορία δεν θα δημοσιευθεί, παρά μόνο τα τελικά αποτελέσματα της έρευνας. Η ανωνυμία των συμμετεχόντων και το προσωπικό απόρρητο θα τηρηθεί στο ακέραιο καθ' όλη τη διάρκεια της έρευνας αλλά και μετά το πέρας αυτής, και δεσμεύει τα μέλη της ερευνητικής ομάδας.

Αποτελέσματα

Τα δεδομένα για αυτή τη μελέτη συγκεντρώθηκαν από 12 συνεντεύξεις από ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση. Όλες οι συνεντεύξεις απομαγνητοφωνήθηκαν, κωδικοποιήθηκαν και κατηγοριοποιήθηκαν. Η επεξεργασία και η παρουσίαση των δεδομένων βασίστηκε στη θεματική ανάλυση.

Οι θεματικές ενότητες που χρησιμοποιήθηκαν για την παρουσίαση των αποτελεσμάτων της εργασίας είναι οι ακόλουθες:

- Αλλαγές που προκλήθηκαν στις μονάδες αιμοκάθαρσης λόγω της πανδημίας λόγω του COVID-19.
- Οι ψυχολογικές επιπτώσεις που προκάλεσε η πανδημία λόγω του COVID-19 στους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς.
- Η επίδραση της πανδημίας λόγω του COVID-19 στη συναισθηματική ισορροπία και ευεξία των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών.
- Οι στρατηγικές αντιμετώπισης των ψυχο-συναισθηματικών και κοινωνικών επιπτώσεων λόγω της πανδημίας του COVID-19.

1.Χαρακτηριστικά του δείγματος

	Φύλο	Ηλικία	Οικογενειακή κατάσταση	Χρόνια αιμοκάθαρσης	Συννοσηρότητες
1	Άρρεν	57	Έγγαμος (2 τέκνα)	7	Ναι
2	Άρρεν	48	Έγγαμος (1 τέκνο)	6	Όχι
3	Άρρεν	57	Έγγαμος (2 τέκνα)	10	Ναι
4	Θήλυ	62	Έγγαμος (2 τέκνα)	10	Ναι
5	Θήλυ	50	Διαζευγμένη άτεκνη	9	Όχι
6	Άρρεν	55	Άγαμος	18 μήνες	Ναι
7	Άρρεν	66	Έγγαμος (2 τέκνα)	18 μήνες	Ναι
8	Θήλυ	50	Διαζευγμένη (2 τέκνα)	4	Όχι
9	Άρρεν	58	Άγαμος	20	Όχι
10	Άρρεν	60	Έγγαμος (2 τέκνα)	1	Ναι
11	Άρρεν	51	Έγγαμος (2 τέκνα)	5	Ναι
12	Θήλυ	71	Άγαμος	3	Ναι

2.Θεματική ανάλυση των συνεντεύξεων

2.1.Αλλαγές που προκλήθηκαν στις μονάδες αιμοκάθαρσης λόγω της πανδημίας του λόγω COVID-19.

2.1.1.Μεταβολές στον προγραμματισμό και τις συνθήκες της αιμοκάθαρσης

Η πανδημία και οι επιβαλλόμενοι περιορισμοί κοινωνικής αποστασιοποίησης έθεσαν την καθημερινότητα των ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση σε μια νέα ρουτίνα. Ωστόσο, στις περισσότερες των περιπτώσεων οι ασθενείς δεν μετέβαλλαν την καθημερινότητα τους, καθώς προσαρμόστηκαν ομαλώς στα δεδομένα της πανδημίας. Το γεγονός αυτό καθορίζεται από την δεδομένη αυστηρότητα των μέτρων στα κέντρα αιμοκάθαρσης και από την άνεση των ασθενών αυτών να ακολουθήσουν κανόνες και περιορισμούς, καθώς αυτό επιβάλλεται από την ίδια τη νόσο τους.

Συν. 1: *«Η πανδημία δεν έχει καμία επίδραση, στην αιμοκάθαρση, δεν έχει επηρεάσει τον προγραμματισμό και τις καθημερινές συνήθειες στην αιμοκάθαρση. Δεν έχει δημιουργηθεί κάποιο θέμα».*

Συν. 2: *«Με επηρέασε κυρίως στην αρχή που ήταν κάποια πράγματα άγνωστα, που δεν ξέραμε. Επειδή είμαι γιατρός εγώ όσο μαθαίναμε ήταν καλύτερα και όταν γίνεται το εμφόλιο ακόμα καλύτερα. Αλλά σαν θεραπεία ότι γινότανε πριν τώρα γίνεται το ίδιο. Δεν με επηρέασε κάπου αλλού. Ευτυχώς δεν έχω κολλήσει μέχρι σήμερα, απλώς υπήρχε διαφορά με τις μάσκες κ.τ.λ.».*

Συν. 2: *«Μικροπράγματα δεν έχει επηρεάσει τον προγραμματισμό από την έννοια ότι τις ίδιες μέρες που πήγαινα, πάω τις ίδιες ώρες. Εκεί αλλάζανε κάποια πράγματα όπως το φαγητό δεν μπορούσαμε να φάμε εκεί μας τα δίνουν και τα παίρνουμε στο σπίτι. Δεν άλλαξε κάτι άλλο ως αιμοκαθαιρόμενος, πέρα από την προσοχή που θα έπρεπε να δείχνω με την μάσκα και τα μέτρα ατομικής προστασίας».*

Συν.3: *«Όχι ιδιαίτερα απλώς οι συνθήκες άλλαξαν βάλουμε τη μάσκα αποφεύγουμε ξέρω 'γω τον κόσμο, κρατάμε αποστάσεις, τα χέρια προσπαθούμε να τα πλένουμε, κάθε τόσο έχω ένα οινόπνευμα μαζί μου και βάζω, αυτά που κάνει όλος ο κόσμος».*

Συν. 7: *«Δεν νομίζω. Δεν με έχει επηρεάσει καθόλου μέχρι αυτή τη στιγμή. Δεν έχω κανένα πρόβλημα».*

Συν. 10: «Όχι δεν έχει αλλάζει τίποτα».

Συν. 12: «Όχι, η αιμοκάθαρση όπως μπήκα έτσι και συνεχίζεται, δεν έχει κάποια ιδιαίτερη αλλαγή. Απλώς είμαι λίγο ειδική ασθενής επειδή έχω δρεπανοκυτταρική αναιμία, μεταγγίζομαι...».

Σε άλλες περιπτώσεις τα επιβαλλόμενα μέτρα διατάραξαν την καθημερινότητα και τη ρουτίνα της αιμοκάθαρσης. Η αναγκαστική χρήση των μέτρων ατομικής προστασίας, η τήρηση των αποστάσεων, η μοναχικότητα κατά την αιμοκάθαρση και ο περιορισμός συνηθειών, όπως η λήψη γεύματος κατά την αιμοκάθαρση, περιεγράφηκαν ως τα νέα δεδομένα. Όλα τα παραπάνω εφαρμόστηκαν στο περιβάλλον των κέντρων αιμοκάθαρσης υπό το φόβο της μόλυνσης αυτής της ομάδας ασθενών, με επίγνωση της κατάστασης της υγείας τους και των πιθανών κινδύνων.

Συν. 4: «Κοίταξε να δεις βέβαια υπάρχει μία μεγάλη αλλαγή δεν είναι και τόσο άνετη η αιμοκάθαρση όπως ήταν πιο παλιά. Λόγω των μέτρων ατομικής προστασίας, ο περιορισμός των επισκέψεων γιατί δεν έχουμε τους δικούς μας ανθρώπους που παλιά ήταν εκεί και τους νιώθαμε ότι ήταν έξω και μας περιμένουνε, δεν έχουμε την επικοινωνία με το προσωπικό που λέγαμε αστεία. Επίσης δεν έχουμε και τη διατροφή όπως την είχαμε και το νερό γιατί φοράμε τη μάσκα λόγω της πανδημίας»... «Νομίζω πως οι αιμοκαθαιρόμενοι έχουμε πολύ μεγάλο πρόβλημα. Είμαστε ποιο ευάλωτη λόγω του covid και γενικά με όλες τις παθήσεις και λόγω της ηλικίας και λόγω των προβλημάτων που έχουμε. Όπως και να το κάνουμε είμαστε ευάλωτη, αυτό τα λέει όλα. Γιατί κανένας αιμοκαθαιρόμενος δεν έχει αντισώματα».

Συν. 5: «Στον τρόπο θεραπείας αυτό κάθε δηλαδή το μηχάνημα και εγώ, όχι. Στις συνθήκες θεραπείας, αναφέρομαι στα μέτρα που έχουν ληφθεί στη μονάδα και στο νοσοκομείο γενικά που αφορούν την πανδημία, ναι. Το ότι φοράμε μάσκα, το ότι δεν τρώμε πλέον, δεν πίνουμε, ότι προσέχουν πάρα πολύ, πολύ αντισηψία, πολλά πλυσίματα αυτό εννοώ. Η ίδια η αιμοκάθαρση όχι δεν έχει αλλάξει, οι συνθήκες στο πλαίσιο της αιμοκάθαρσης, ναι».

Συν. 8: «Η θεραπεία σαν αιμοκάθαρση όχι. Συνεχίσω να έχω το πρόγραμμά μου, τρεις φορές την εβδομάδα για τέσσερες ώρες. Σαν χρόνια νόσο θα σου έλεγα ναι, επειδή θεωρούμαστε ότι ανήκουμε στις ομάδες αυξημένου κινδύνου, ναι επηρεαστήκαμε λίγο,

πιο πολύ λόγω άγχους»... « Το μόνο που έχει αλλάξει θα μπορούσα να σου πω, να είναι λίγο η διαδικασία που αφορά την προσέλευση, την αποχώρηση, υπάρχει θερμομέτρηση, φοράμε τις μάσκες πλέον καθ' όλη τη διάρκεια της αιμοκάθαρσης και την είσοδο και την έξοδο του νοσοκομείου, τηρούμε τις αποστάσεις και τηρούμε τα μέτρα ατομικής υγιεινής. Κατά τα άλλα όχι, σαν θεραπεία δεν έχει αλλάξει κάτι».

Η πανδημία επέβαλε περιορισμούς των μετακινήσεων για το σύνολο του πληθυσμού. Ειδικότερα οι αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς έχουν τη δυνατότητα να μετακινηθούν και να ταξιδέψουν, με την προϋπόθεση της αποδοχής και της φιλοξενίας από μια μονάδα αιμοκάθαρσης στην περιοχή προορισμού. Ωστόσο λόγω των επιβαλλόμενων μέτρων περιορισμού των μετακινήσεων, αυτές οι μετακινήσεις μειώθηκαν ή τέθηκαν αυστηροί περιορισμοί, με αποτέλεσμα να περιοριστεί η ταξιδιωτική μετακίνηση αυτής της ομάδας ασθενών.

Συν. 9: «Κοίταζε, το μόνο που περιοριστεί είναι οι μετακινήσεις μου. Με την έννοια φιλοξενούμενος σε άλλες μονάδες, ταξίδια στο εξωτερικό κτλ... ως προς την αιμοκάθαρση απολύτως τίποτα, τώρα το ότι φοράω μάσκα, δεν τρώω μέσα, δεν έγινε και κάτι».

2.1.2. Επικοινωνία με το γιατρό

Η πανδημία και τα νέα επιδημιολογικά δεδομένα προκάλεσαν αναμφισβήτητη έντονη ανησυχία στους ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση. Συγχρόνως ο φόβος του αγνώστου, ιδιαίτερα στα πρώτα στάδια της πανδημίας, δημιούργησε την ανάγκη πληροφόρησης και ενημέρωσης. Αυτά τα δεδομένα έθεσαν την ανάγκη επικοινωνίας με τον θεράποντα γιατρό, σε μια νέα βάση, υπό τη σκιά του κορονοϊού. Ο φόβος και η ανασφάλεια, η ανησυχία για την υγεία και οι επιβαλλόμενοι περιορισμοί, οι προφυλάξεις και τα θέματα της υγιεινής αποτέλεσαν ζητήματα ιδιαίτερου ενδιαφέροντος για αυτή την ομάδα ασθενών.

Συν. 2: «Αύξησε την ανάγκη επικοινωνίας με τον νεφρολόγο στην αρχή που ήταν πιο άγνωστα τα πράγματα. Στη συνέχεια επειδή επαναλαμβάνω ότι είμαι και γιατρός και μαθαίνω και τα λοιπά, προσωπικά πέραν από τα γνωστά προβλήματα της αιμοκάθαρσης δεν είχα κάποιο θέμα με τον covid-19».

Συν.3: «Δεν έχει αλλάξει όπως ήταν είναι, μιλάγαμε, μιλάμε για τα θέματα που έχουμε, είπαμε βέβαια και τι πρέπει να τηρούμε, τους κανόνες. Μας τα είπε και αυτός τι πρέπει να τηρούμε αυτά. Όταν ήρθε ο covid-19 απέναντι τώρα για την αρρώστια μιλάμε κανονικά όπως μιλάγαμε».

Συν. 4: « ...κοίταζε να δεις σαν ασθενής εγώ τώρα από το φόβο μου και μόνο και από τις φοβίες που έχω και τον covid έχω πολύ συχνή επικοινωνία με τον γιατρό. Παλιότερα δεν τον έπαιρνα τηλέφωνο τώρα θα τον πάρω με το παραμικρό ένα τηλέφωνο γιατί έτσι αισθάνομαι ασφάλεια».

Συν. 8: «Ξεκάθαρα έχει αυξηθεί. Ούτως ή άλλως έχει δοθεί μία οδηγία στη μονάδα από την πρώτη στιγμή που ξεκίνησε όλη η διαδικασία με τον covid-19 δόθηκε το τηλέφωνο της υπεύθυνης της μονάδας σε όλους τους ασθενείς ότι θα πρέπει να επικοινωνήσουμε μαζί της αν καταλάβουμε οποιαδήποτε σύμπτωμα. Μας εξήγησαν τι εννοούν με το σύμπτωμα και να σου πω την αλήθεια υπήρξε αρκετές φορές επικοινωνία και ενόχλησα την υπεύθυνη για συμπτώματα και έγινε παρέμβαση από τη μεριά τους. Οπότε ναι, θεωρώ ότι αυξήθηκε η ανάγκη επικοινωνία με τη μονάδα γενικότερα όχι μόνο με τον νεφρολόγο».

Σε άλλες περιπτώσεις, οι ασθενείς προσαρμόστηκαν στα δεδομένα της πανδημίας ευκολότερα. Διατήρησαν τους διαύλους επικοινωνίας και το γιατρό τους και περιορίστηκαν στην ανταλλαγή δεδομένων, κατά τις συνήθεις συναντήσεις.

Συν. 9: «Την έχει αυξήσει με την έννοια, εμβολιασμοί, rapid test και τέτοια πράγματα».

Συν. 5: «Όχι γιατί τους βλέπω σχεδόν μέρα παρά μέρα. Οπότε για μένα παραμένει ίδιο με τα προηγούμενα χρόνια».

Συν. 12: «Στο νεφρολόγο πηγαίνω τρεις φορές την εβδομάδα, τι άλλη επικοινωνία να έχω. Πάω στη μονάδα τρεις φορές την εβδομάδα Τρίτη Πέμπτη και Σάββατο και κάθομαι εκεί από τρεις ώρες στο μηχάνημα και μετά πάω σπίτι».

2.2.Οι ψυχολογικές επιπτώσεις που προκάλεσε η πανδημία λόγω του COVID-19 στους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς.

2.2.1.Ιστορικό ψυχικής νόσου και λήψη φαρμάκων

Με βάση τα δεδομένα της βιβλιογραφίας, οι ασθενείς υπό αιμοκάθαρση παρουσιάζουν διαταραχές της ψυχικής τους υγείας, λόγω της φύσης της ασθένειας και της ειδικής θεραπείας που πρέπει να ακολουθήσουν. Σε πολλές περιπτώσεις αυτές οι διαταραχές αντιμετωπίζονται με ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις και ειδικότερα με ψυχο-φαρμακευτική αγωγή. Επιπρόσθετα σημειώνεται ότι η πανδημία και οι επιβαλλόμενοι περιορισμοί επιδείνωσαν αυτές τις διαταραχές και σε κάποιες περιπτώσεις επιβλήθηκε η ανάγκη συνέχισης ή επανέναρξης αυτής της αγωγής.

Συν. 2: *«Λάμβανα φάρμακα για την ψυχική υγεία και λόγω άλλων γεγονότων που συνέβησαν, τα οποία τα έχω διακόψει εδώ και ένα εξάμηνο και είμαι καλά. Συνηθίζεται όμως στους νεφροπαθείς να δίνεται μία βοήθεια γιατί είναι ψυχολογικά λίγο βαρύ».*

Συν. 3: *«Ναι παίρνω και παλιά έπαιρνα αλλά τώρα λόγω του covid έχουν αυξηθεί τα χάπια. Επισκέπτομαι συχνά τον ψυχίατρον και μου έχει αλλάξει τα χάπια και παίρνω και περισσότεροι περισσότερα είδη. Εκεί που έπαιρνα ένα τώρα μου παίρνω τρία. Για να βελτιώσω την ψυχική μου υγεία».*

Συν. 6: *«Λαμβάνω φάρμακα για την ψυχική μου υγεία, όταν από τα 25 μου χρόνια τρέχω στα νοσοκομεία. Το παράξενο θα ήταν να μην παίρνω τέτοιου είδους φάρμακα».*

2.2.2.Συμπτώματα ψυχικής υγείας

Σε συνάφεια με τα δεδομένα της βιβλιογραφίας, η πανδημία δημιούργησε άγχος και φόβο, δημιούργησε νέες ψυχο-συναισθηματικές διαταραχές και επιδείνωσε τις ήδη υπάρχουσες. Αυτές οι διαταραχές ήταν εντονότερες στα πρώτα κύματα της πανδημίας, όταν δικαιολογημένα οι συνθήκες ήταν άγνωστες και οι γνώσεις περιορισμένες σχετικά με τον κορονοϊό.

Συν.1: *«Η πανδημία έχει αυξήσει το άγχος και το φόβο για τη μόλυνση και νόσηση σε μεγάλο βαθμό».*

Συν. 4: «Κοίταξε να δεις, βεβαίως και έχει αυξήσει το φόβο γιατί σου είπα και πριν ότι έχω πολλά προβλήματα υγείας και αυτό μου δείχνει, μου εκφράζει έναν φόβο ότι θα έχω ένα θάνατο επώδυνο και ότι θα είναι και μόνη μου, δεν θα έχω κανέναν γιατί δεν αφήνουν να έχεις συγγενείς και αυτό με φοβίζει».

Συν. 6: «Σε μεγάλο βαθμό και το άγχος και το φόβο γιατί ανήκω σε ευπαθή ομάδα και δεν ξέρω πως θα αντιδράσει ο οργανισμός μου αν κολλήσω».

Σε κάποιες περιπτώσεις εμφανίστηκαν ή επιδεινώθηκαν διαταραχές του ύπνου, ως αποτέλεσμα του άγχους και του φόβου λόγω της πανδημίας. Αυτός ο φόβος συνδέθηκε με μια σειρά από σκέψεις, σχετικά με τους συγγενείς και φίλους, σχετικά με τα παιδιά τους και τους γονείς τους, σχετικά με τις συνθήκες εγκλεισμού και τους επιβεβλημένους περιορισμούς.

Συν. 2: «Ναι. Βεβαίως είχα διαταραχές στον ύπνο. Αλλά δεν ξέρω απόλυτα να τα πω ότι ήτανε και καλά από τον covid-19 για μαζί υπήρχαν παράλληλα πράγματα που τρέχανε άσχημα τα οποία όλα μαζί αν τα βάλεις, ναι με επηρέασαν πολύ. Και ο εγκλεισμός στην αρχή με το τι θα γίνει, ποιο θα είναι το αποτέλεσμα βέβαια με επηρέασαν»... « Στην αρχή πάρα πολύ φοβήθηκα γιατί κατάλαβα ότι είμαι ευαίσθητος και άρχισα να αναρωτιέμαι τι θα μου συμβεί, γιατί έχω και παιδί, σε μεγάλο βαθμό. Ακόμα και σήμερα είμαι εμβολιασμένος φοβάμαι».

Συν. 7: «Ένας φόβος για τον ιό υπάρχει αλλά όχι σε μεγάλο βαθμό. Είναι σε μέτρια κατάσταση... Διαταραχές ύπνου υπάρχουν, αλλά όχι από τον covid ίσως από το πρόβλημα υγείας που έχω... Όχι δεν μπορώ να πω ότι έχω συμπτώματα κατάθλιψης, ούτε λόγω της πανδημίας, ούτε λόγω της ασθένειάς μου».

Σημαντικός ήταν ο ρόλος του εμβολιασμού. Το εμβόλιο δημιούργησε ένα φράγμα ασφαλείας και συνέβαλε στη μείωση των επιπέδων του άγχους και του φόβου. Σταδιακά, με την αύξηση των γνώσεων σχετικά με τον κορονοϊό και με την αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητα των μέτρων προφύλαξης, οι ασθενείς ένιωσαν περισσότερο ασφαλείς και συνεπώς μειώθηκαν οι ψυχο-συναισθηματικές διαταραχές.

Συν. 5: «Στο πρώτο διάστημα ναι, προ εμβολίου. Θα σου μιλάω πολύ για προ εμβόλιο και μετά εμβόλιο. Προ εμβολίου ναι υπήρχανε ανησυχίες. Βέβαια είχε συμπέσει η έναρξη του κορονοϊού της πανδημίας, ήταν πολύ φρέσκος ο θάνατος της μητέρας μου

από ηλικία και από άλλα από άνοια και λοιπά. Οπότε ήμουν γενικά επιβαρυνμένη και ήρθε και αυτό και τα έκανα χειρότερα»... «Προ εμβολίου σε απίστευτο βαθμό, τώρα πλέον που βγήκαν τα εμβόλια και τώρα που μιλάμε έχω κάνει και τη τρίτη δόση ανησυχώ για το θέμα της μεταδοτικότητας, μην κολλήσω πώς θα γίνει αυτό γιατί είναι δύσκολο για μας τους νεφροπαθείς όχι μόνο λόγω της νόσου αλλά λόγω της διαδικασίας με της αιμοκάθαρσης, αλλά δεν έχω το άγχος που είχα προ εμβολίου δηλαδή το άγχος ότι μπορεί να οδηγηθώ στο θάνατο, σε μία διασωλήνωση σε μία σοβαρή κατάσταση».

Συν. 8: «Αυτό θα πρέπει να σου πω ότι είχε διακυμάνσεις. Στην αρχή ήταν αυξημένο, υπήρξε πανικός, θα σου πω για παράδειγμα ότι υπήρχαν και εντάσεις μεταξύ μας που δυστυχώς έσπαγα στο προσωπικό, υπήρχαν άλλοι αιμοκαθαιρόμενοι που δεν τηρούσαν τα μέτρα, που αρνούσαντο φορέσουν μάσκα. Όσο περνάει ο καιρός όμως και όσα τα πράγματα ηρεμούν, έχουμε ηρεμήσει και εμείς και έχει μειωθεί το άγχος και η ανασφάλεια»... «Δυστυχώς όλοι εμείς που κάνουμε αιμοκάθαρση εμφανίζουμε κατάθλιψη και η αλήθεια είναι ότι όλο αυτό τον καιρό της πανδημίας η κατάθλιψη έχει αυξηθεί. Απλά έρχεται και φεύγει δεν είναι κάτι μόνιμο που θα μπορέσει να επηρεάσει τουλάχιστον σε εμένα την καθημερινότητά μου σε έντονο βαθμό».

Σε άλλες περιπτώσεις το ζήτημα αντιμετωπίστηκε με ψυχραιμία. Οι ασθενείς ενημερώθηκαν επαρκώς, ακολούθησαν τις οδηγίες για την υγεία τους και εφάρμοσαν τα μέτρα δημόσιας υγείας, με αποτέλεσμα να βιώνουν ένα αίσθημα ασφαλείας και να συνεχίσουν στους γνώριμους ρυθμούς.

Συν. 3: «Όχι πρόσεχα, προσέχω δεν έχω άγχος αλλά το ότι προσέχω, προσέχω δηλαδή το σκέφτομαι ότι πρέπει να φοράω τη μάσκα μου, πρέπει να ξέρω εγώ να πλένω τα χεριά μου, όπως όλος ο κόσμος έτσι το σκέφτομαι και εγώ».

Συν. 10: «Δεν μπορώ να πω ότι με έχει προβληματίσει κάτι. Όπως ζούσα έτσι ζω, η πανδημία εντάξει είναι πανδημία, παίρνω τα μέτρα μου και δεν έχω αλλάξει τίποτα στη ζωή μου».

Συν. 11: «Δεν είχα..... δεν με επηρέασε η καραντίνα».

Συν. 12: «Δεν έχω κανένα άγχος, τίποτα. Ότι έπρεπε να κάνουμε το κάναμε για να σώσουμε τη ζωή και έτσι πρέπει να σκέφτονται όλοι... Δεν με έχει επηρεάσει ιδιαίτερα

γιατί με την αιμοκάθαρση που κάνω και τα προβλήματα που έχω, συναισθηματικά δεν είμαι ούτως ή άλλως και στην καλύτερη κατάσταση».

2.2.3. Περιορισμοί της κυκλοφορίας και ψυχολογικές επιπτώσεις

Η καραντίνα και οι επιβεβλημένοι περιορισμοί στην κυκλοφορία και στην κοινωνική συναναστροφή είχαν σαν αποτέλεσμα την ψυχο-συναισθηματική πίεση και την διατάραξη της καθημερινής λειτουργικότητας. Το γενικότερο κλίμα κατά τη διάρκεια του εγκλεισμού ήταν απαισιόδοξο, οι ειδήσεις ήταν θλιβερές και η ανασφάλεια κατάγραφε μια επικίνδυνη δυναμική.

Συν. 2: «Ναι λόγω της ασθένειας και άλλων γεγονότων, θάνατος μητέρας κτλ, ναι βίωσα κάποια καταθλιπτικά συμπτώματα και τα βιώνω και η πανδημία και ο εγκλεισμός αυτό το πράγμα το αυξήσανε».

Συν. 4: «Πάρα πολύ. Έχω συναισθήματα θλίψης, άγχους, την κατάθλιψη, ανεβαίνουν οι παλμοί, έχω την αϋπνία. Πάρα πολύ με έχει περάσει πάρα πολύ... έχουν αυξηθεί κατά πολύ όπως και σου προανέφερα. Έχει αυξήσει ο γιατρός τα χάπια και δεν ξέρουμε και πού θα βγούμε και πόσα τα αυξήσει ακόμα»... « Όχι δεν βελτιώνεται γιατί όταν είσαι κλεισμένη μέσα αυτό το πράγμα εμένα προσωπικά με περιορίζει πάρα πολύ και μου δημιουργεί και το άγχος και την κατάθλιψη και την ταχυκαρδία και όλα».

Σε άλλες περιπτώσεις οι ασθενείς λειτούργησαν με σύνεση και ψυχραιμία. Προσπάθησαν να λειτουργήσουν με τη λογική και να δημιουργήσουν ένα πλέγμα ασφαλείας για τους ίδιους και τις οικογένειες τους. Προσπάθησαν να αποστασιοποιηθούν από τα θλιβερά γεγονότα και να επιδείξουν υπομονή και σύνεση.

Συν.1: «Οι περιορισμοί δεν έχουν δημιουργήσει συναισθηματική δυσφορία».

Συν.3:«Δεν νομίζω όχι καθόλου, δεν έχουν αυξήσει τίποτα. Απλώς με τους συγγενείς προσέχω, δεν έχω πολλές επαφές τώρα, σε κλειστό περιβάλλον οικογενειακό, πολύ στενό οικογενειακό περιβάλλον».

Συν. 8: «Όχι πολύ θα σου έλεγα. Πέρα από το αρχικό στάδιο που δεν νομίζω να έχει να κάνει μόνο με εμάς τους αιμοκαθαρόμενους, αγχώθηκε όλος ο κόσμος, τώρα πλέον όχι δεν με έχει επηρεάσει καθόλου συναισθηματικά».

Συν. 11: «...δεν βγαίνω τόσο πολύ έξω και όταν θα βγω να προσέξω πάρα πολύ και δεν θα πηγαίνω σε κόσμο, σε μαγαζιά που έχει κόσμο. Να σου πω την αλήθεια τώρα, από το καλοκαίρι έχω να βγω σε μαγαζί που να είναι κλειστό, έτσι να μπω μέσα. Δεν βγαίνω».

2.2.4.Μεταβολές στις οικογενειακές σχέσεις

Κατά τη διάρκεια της καραντίνας οι άνθρωποι απομονώθηκαν. Η κοινωνική αποστασιοποίηση θεωρήθηκε ως μέτρο προστασίας των ευάλωτων πληθυσμών. Οι χρόνιοι ασθενείς απομονώθηκαν με σκοπό να προστατευτούν από τους ασυμπτωματικούς φορείς της ασθένειας. Οι επαφές περιορίστηκαν στο κοντινό οικογενειακό περιβάλλον. Ωστόσο σε λίγες περιπτώσεις ο εγκλεισμός εντός της οικείας δημιούργησε εντάσεις και προστριβές μεταξύ των μελών της οικογένειας.

Συν. 2: «Σε τεράστιο βαθμό κυρίως την πρώτη φορά που έγινε η καραντίνα που επειδή φοβηθήκαμε, έφυγε η γυναίκα μου με το παιδί έμεινα μόνος μου και το πέρασα ολομόναχος. Ήτανε σε τεράστιο βαθμό, ήτανε πολύ βαρύ»... «Σίγουρα υπήρχανε τσακωμοί και εντάσεις γιατί σας επαναλαμβάνω έμεινα μόνος μου στην καραντίνα, την πέρασα ολομόναχος την πρώτη καραντίνα. Το Πάσχα ολομόναχος».

Συν. 4: «Έχουνε μειωθεί οι οικογενειακές σχέσεις και οι κοινωνικές και οι οικογενειακές καθώς και όλα τα μέλη της οικογένειας υπάρχει μία απομόνωση γιατί φοβάσαι, μία μοναξιά και μια η κοινωνική απόσταση από όλους και από όλα. Είχα φτάσει να φανταστείς σε σημείο να είμαι μέσα στο σπίτι και να μιλάω μόνη μου για να μην τρελαθώ».

Συν. 5 «Σε μεγάλο, λόγω της απομόνωσης όμως όχι του φόβου για τη νόσηση αλλά επειδή έχω απομονωθεί από τους δικούς μου ανθρώπους, από τη βασική μου οικογένεια»... «Έχω σχεδόν μόνο τηλεφωνική επαφή με τους δικούς μου, δηλαδή με την αδερφή μου και την οικογένειά της. Τους έχω δει αυτά τα δύο χρόνια από κοντά να βρεθούμε στον ίδιο χώρο ζήτημα αν είναι δέκα φορές σα ζωντανή παρουσία, οπότε μου λείπουνε πάρα πολύ. Μου λείπει τα ανήψια μου, ναι είναι μεγάλη και ο λόγος είναι γιατί είναι και αυτοί όλοι σε ευπαθής ομάδες. Η αδερφή μου είναι επίσης νεφροπαθής, ο άντρας της καρδιοπαθής. Οπότε γενικώς αποφασίσαμε να μένουμε μακριά και αγαπημένοι».

Συν. 8: «Αυτό έχει δύο αναγνώσεις. Αρχικά η προσαρμογή ήταν δύσκολη. Υπήρχαν εντάσεις, επειδή όπως προείπα, υπήρχαν δύο παιδιά και επειδή ανήκω στις ευπαθείς ομάδες, έπρεπε να προσαρμοστούν εκείνα. Ήταν δύσκολο ειδικά τα παιδιά να περιοριστούν, να τηρούν τα μέτρα, να τηρούν τις αποστάσεις. Από την άλλη η δεύτερη ανάγνωση είναι ότι αυξήθηκε στη δική μου περίπτωση και οικογένεια τουλάχιστον η προστατευτικότητα. Τα παιδιά μου δηλαδή ήταν πιο προστατευτικά απέναντι μου από ότι ήταν προ κορονοϊού».

Σε άλλες περιπτώσεις οι ασθενείς λειτούργησαν με σύνεση και με βάση τη λογική. Χρησιμοποίησαν την καραντίνα και τον εγκλεισμό με δημιουργικό και εποικοδομητικό τρόπο. Οι δεσμοί με τα μέλη της οικογένειας ισχυροποιήθηκαν και η οικογένεια λειτούργησε ως στήριγμα για τα ευπαθή μέλη της.

Συν. 1: «Δεν παρατηρήθηκαν αλλαγές στις οικογενειακές σχέσεις λόγω της πανδημίας του covid-19. Δεν έχει μεταβληθεί η αυτοεκτίμηση μου λόγω της πανδημίας».

Συν. 3: «Ίσα ίσα δεθήκαμε, η καραντίνα έφερε πιο κοντά, καθόμασταν και συζητάγαμε, δεν είχαμε τι να κάνουμε αφού δεν υπήρχε κάτι άλλο, αυτά δεν νομίζω, νομίζω καλύτερα οικογενειακά πάμε» ... «Ήμασταν οικογενειακά ο ένας βοηθούσε τον άλλον, συνεχίζουμε να το κάνουμε για αυτό δεν έχει αλλάξει τίποτα η πανδημία».

Συν. 6: «Τίποτα ιδιαίτερο. Στο σπίτι εγώ με την μητέρα μου με μεγάλη προσοχή στα μετρά ατομικής προστασίας».

Συν. 7: «Δεν άλλαξε κάτι, απλώς υπήρχε αύξηση των μέτρων υγιεινής λόγω για να με προστατεύουν να μην κολλήσω. Αποφεύγαμε τους εξόδους, δεν ερχόμασταν με άλλα ξένα άτομα σε επικοινωνία ότι μπορούσαμε για να προφυλαχτούμε».

Συν. 9: «Καμία γιατί λόγω με τα σημερινά μέσα, δηλαδή face, time και λοιπά μιλάμε πρωί βράδυ. Αλλά εντάξει δεν ότι άλλαξε κάτι στη σχέση μου με τους συγγενείς μου, με την μητέρα μου και την αδερφή μου, αλλά δεν ήμασταν μαζί. Αλλά λόγω ανωτέρας βίας, δεν υπάρχει θέμα. Δεν είναι δηλαδή ότι απομακρυνθήκαμε ή ότι τσακωθήκαμε, δεν είναι προσωπικό».

2.2.5. Αυτονομία και αυτοεκτίμηση

Ο εγκλεισμός και η καραντίνα επέδρασαν αρνητικά σε όλο τον πληθυσμό. Δημιούργησαν συνθήκες περιορισμού και αίσθημα απώλειας της ελευθερίας. Όλοι οι άνθρωποι βίωσαν το αίσθημα της «φυλάκισης» και του περιορισμού, καθώς προείχε η δημόσια υγεία. Συγχρόνως γεννήθηκαν αισθήματα κατωτερότητας και απώλειας του προσωπικού ελέγχου και της αυτοδιάθεσης.

Συν. 4: *«Η αυτοεκτίμηση και η αυτονομία έχουν κάποια χρόνια. Από τη στιγμή που εξαρτάσαι από το μηχάνημα και να πηγαίνεις και τρεις φορές την εβδομάδα είναι μία ρουτίνα. Αυτό νομίζω ότι τα λέει όλα. Μαζί με τη πανδημία έχω μεγαλύτερα συναισθήματα απώλειας της αυτονομίας μου και δεν μπορώ να πάω ούτε στο φαρμακείο, ούτε στο παντοπωλείο, ούτε στη γειτόνισσα, ούτε πουθενά. Να φανταστείς ότι παίρνω τηλέφωνο και μου αφήνουν τα ψώνια στην αυλή. Για τέτοια κατάσταση μιλάμε».*

Ωστόσο στην περίπτωση των ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση, ο εγκλεισμός και η καραντίνα φαίνεται να λειτούργησαν ενισχυτικά. Οι χρόνοι ασθενείς προσαρμόστηκαν στις νέες συνθήκες και εξέλαβαν αυτή την προσαρμογή ως επίτευγμα, ως ενίσχυση της αυτονομίας και του αισθήματος της αυτοεκτίμησης.

Συν. 2: *«...η αυτοεκτίμηση και η αυτονομία... στην αρχή επηρεάστηκε προς το χειρότερο, αλλά στην πορεία όταν είδα ότι μπορώ μόνος μου κάποια πράγματα να τα προσέξω και να τα καταφέρω, προσπάθησα να το γυρίσω από την άλλη. Πρέπει να το παλεύεις. Να πω ότι τα καταφέρνω, ότι μπορώ, ότι είμαστε καλά, είμαστε ακόμα όρθιοι. Είδα και τη θετική πλευρά. Όταν αρνητικό γύρισε σιγά σιγά και έγινε θετικό».*

Συν. 5: *«Η αυτοεκτίμησή μου όχι. Η αυτονομία βρήκα τρόπους να ανταπεξέλθω, δηλαδή μπήκα σε μία διαδικασία να κάνω τα πράγματα εξ αποστάσεως αρχικά ως ένα σημείο τη δουλειά μου, ότι θέλω να προμηθευτώ μέσω ίντερνετ, τηλεφωνικά μου έρχονται στην πόρτα μου, οπότε όχι δεν είχα πρόβλημα σε αυτά τα δύο κομμάτια».*

Συν. 6: *«Δεν έχει αλλάξει τίποτα από αυτά τα δυο. Πρέπει μόνος μου να κάνω τα πάντα, οπότε αναγκαστικά δεν έχω άλλη επιλογή».*

Συν. 8: *«Και τα δύο παρουσίασαν άνοδο. Αρχικά η αυτονομία μου επειδή συνήθιζε να με πηγαίνοφέρνουν στη μονάδα ένα από τα παιδιά μου και να με συνοδεύουν μέχρι την πόρτα του τμήματος και να με περιμένουν εκεί να βγω, τώρα επειδή υπήρχε απαγόρευση εισόδου στο νοσοκομείο οποιοδήποτε συνόδου αναγκάστηκα να κάνω πράγματα μόνη μου. Οπότε αυξήθηκε η αυτονομία μου. Αυτό είχε ως συνέπεια να αυξηθεί και η αυτοεκτίμησή μου γιατί διαπίστωσα ότι μπορώ να τα καταφέρω και μόνη μου και τελικά μπορώ τα να βγάλω πέρα και μόνη μου».*

2.3.Η επίδραση της πανδημίας λόγω του COVID-19 στη συναισθηματική ισορροπία και ευεξία των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών.

2.3.1. Φυσική δραστηριότητα

Τα μέτρα περιορισμού της κινητικότητας και τα επιβαλλόμενα μέτρα δημόσιας υγιεινής, μεταξύ άλλων, υποχρέωσαν τους πολίτες σε περιορισμό της κυκλοφορίας και σε περιορισμό των δραστηριοτήτων στους εξωτερικούς χώρους. Οι δραστηριότητες αναψυχής έπρεπε να λειτουργήσουν με συγκεκριμένους κανόνες. Επιπρόσθετα ο φόβος της μόλυνσης επέβαλε αυτο-περιορισμό των ατόμων που θεωρούνται ότι εντάσσονται στις ομάδες υψηλού κινδύνου.

Συν. 1: *«Μειώθηκαν οι φυσικές δραστηριότητες λόγω της πανδημίας».*

Συν. 2: *«Ναι επηρεάστηκαν προς το αρνητικό. Λόγω που ήμουνα κλεισμένος μέσα σταμάτησα να περπατάω, κάτι που δεν το έκανα».*

Συν. 4: *«Ναι κατά πολύ. Όχι κατά πολύ έχουν κοπεί τελείως. Γιατί φοβάσαι μην κολλήσεις και σταμάτησα να βγαίνω, να πηγαίνω τη βόλτα με τη φίλη μου, να πηγαίνω στα μαγαζιά όπως πηγαίναμε παλιά και ψωνίζαμε, πηγαίναμε για καφέ, αυτά έχουνε κοπεί».*

Συν. 5: *«Δεν βγαίνω, δεν κυκλοφορώ δεν πηγαίνω να κάνω τη ρουτίνα μου, τα ψώνια μου και τα λοιπά. Αποφεύγω να πάω σε γιατρούς, εννοώ εκτός των βασικών και των αναγκαίων. Έχω αλλάξει πάρα πολύ. Έχει επηρεαστεί πολύ».*

Συν. 6: *«Αυτό που έκανα ήταν να πηγαίνω για περπάτημα, ούτε γυμναστήριο πήγαίνα ούτε πουθενά αλλού. Τώρα αναγκαστικά μειώθηκε και αυτό λόγω του φόβου να μην νοσήσω».*

Συν. 7: «...μειωθήκανε σε κάποιο βαθμό, δεν είναι όπως ήταν παλιά λόγω του φόβου νόσησης».

Ωστόσο, σε άλλες περιπτώσεις, κάποιοι δεν πτοήθηκαν. Εφάρμοσαν με σύνεση και λογική τους κανόνες ασφαλείας και συνέχισαν με τους ίδιους ρυθμούς τις δραστηριότητες στους εξωτερικούς χώρους. Αυτές οι δραστηριότητες λειτούργησαν ως μέτρο εκτόνωσης και ενίσχυσης του ηθικού και της αυτο-εκτίμησης.

Συν. 3: «*Νομίζω αυξηθήκανε, γιατί περπάταγα βρήκαμε ευκαιρία, το κάναμε πιο πολύ. Παίρναμε το σκυλάκι μας, περνάνε τηλέφωνο ότι θα το βγάλουμε βόλτα, περιπατάγαμε, το βράδυ που δεν είχε κόσμο βγαίναμε πάλι έξω, δεν άλλαζε τίποτα*».

Συν. 8: «*Όχι καθόλου. Η μοναδική φυσική δραστηριότητα που είχα ούτως ή άλλως και προ covid ήταν το περπάτημα το οποίο δεν σταμάτησε καθόλου, συνέχισα να το να το κάνω*».

Συν. 9: «*Καθόλου γιατί είμαι σε μέρος το οποίο είναι επαρχιακό και μπορώ να πάω στα βουνά, στα λαγκάδια, στις παραλίες τις ερημικές. Κανένα πρόβλημα*».

Συν. 10: «*Όχι τίποτα δεν έχει αλλάξει... έχω κάποια υπολείμματα παραλυτικά στα χέρια μου και στα πόδια μου και δεν μπορώ να εργαστώ. Έχω σοβαρό θέμα, το θέμα είναι σοβαρό αρκετά. Η πανδημία δεν με άγγιξε καθόλου διότι προϋπήρχε το πρόβλημα*».

2.3.2. Διαιτητικές συνήθειες και μέτρα υγιεινής

Οι ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση ακολουθούν συγκεκριμένες διαιτητικές οδηγίες, που επιβάλλονται από τη φύση της νόσου. Από την άλλη, η καραντίνα και οι περιορισμοί λειτούργησαν ανασταλτικά στην επάρκεια πολλών προϊόντων και στην πρόσβαση στις αγορές τροφίμων. Οι ασθενείς με χρόνια νοσήματα δικαιολογημένα αποφεύγουν τα μέρη με συνωστισμό και οχλαγωγία, λόγω του κινδύνου της μόλυνσης. Σε κάποιες περιπτώσεις ο εγκλεισμός εντός της οικείας διατάραξε τις διατροφικές συνήθειες, οδήγησε σε διατροφικές καταχρήσεις και πιθανώς διαταράχθηκε η αυστηρή διαίτα αυτών των ασθενών.

Συν. 6: *«Υπήρχαν μέρες που το φαγητό ήταν όχι το προβλεπόμενο. Έκανα κατάχρηση σε τροφές που δεν έπρεπε. Μάλλον γιατί πολλές φορές πέρασε από το μυαλό ότι εάν νοσήσω δεν θα υπάρχει το αέριο...».*

Συν. 4: *«... κοίταζε να δεις τώρα αυτό είχε μεγάλη αλλαγή γιατί εφόσον ήμασταν μέσα στο σπίτι κλεισμένοι και μόνο ασυναίσθητα τι θα κάνεις; Θα φας και θα πιεις και εμείς δεν κάνει να πίνουμε δεν κάνει να τρώμε λόγω των προβλημάτων και αυτό λίγο με έβγαλε έξω από τα νερά μου και φωνάζει και ο γιατρός μου. Γιατί δεν πρέπει να έχουμε ούτε υγρά ούτε κιλά παραπάνω».*

Ωστόσο σημειώνεται ότι οι περισσότεροι ασθενείς δεν επηρεάστηκαν από τις συνθήκες εγκλεισμού. Οι αιμοκαθαρόμενοι ασθενείς ακολουθούν σε όλη τη διάρκεια της ζωής τους αυστηρές διαιτητικές συστάσεις. Ακόμα και στην περίοδο της καραντίνας και του εγκλεισμού, οι περισσότεροι ασθενείς έδειξαν πειθαρχία και συνέχισαν να ακολουθούν πιστά τις προβλεπόμενες διατροφικές οδηγίες. Επιπρόσθετα δεν φαίνεται να επηρεάστηκε η πρόσβαση στην αγορά τροφίμων και η προμήθεια των σκευασμάτων που συνήθως καταναλώναν.

Συν. 1: *« Η πανδημία δεν έχει επηρεάσει την τήρηση των διαιτητικών οδηγιών και των μέτρων υγιεινής».*

Συν.2: *«Όχι τα ίδια που έκανα και πριν, τα ίδια έκανα και μετά δεν άλλαξα την διατροφή μου σε κάτι. Μέτρα υγιεινής άλλαξε μόνο ότι προσέχουμε, η απόσταση, οι μάσκες τα κλασικά άλλα πέραν των μέτρων για τον COVID-19, να πλένουμε τα χέρια κτλ και αν θεωρήσουμε ότι τώρα πλένουμε τα χέρια μας πιο συχνά, και άλλαξε».*

Συν. 3: *«...όχι προσέχαμε συνεχίζουμε να προσέχουμε, το κάναμε και το συνεχίζουμε να το κάνουμε για να φύγει η νόσος αυτή».*

Συν. 5: *«Σε θέματα υγιεινής έγινα ακόμα πιο προσεκτική γενικά ήμουν αλλά έγινε ακόμα πιο προσεκτική σε όρια δηλαδή ψυχαναγκασμού. Διατροφικά είμαι μάλλον στις εξαιρέσεις που βελτιώθηκε με την πανδημία δηλαδή δεν το έριξα στο φαΐ, γιατί πάντοτε περιορισμούς, έχασα και κιλά. Απλά απόνησε το σώμα μου λόγω του ότι δεν είχα τη δυνατότητα ούτε να βγω να περπατήσω πολύ, να γυμναστώ, να πάω γυμναστήριο, το έκοψα. Από αυτή την άποψη εκεί χάσαμε λίγο, αλλά κιλά δεν πήραμε τουλάχιστον».*

Συν. 7: «...δεν έχει επηρεάσει σε κάτι την διατροφή μου ούτως ή άλλως λόγω του προβλήματος υγείας που έχω προσέχω».

Συν. 8: «Αν εξαιρέσουμε το γεγονός ότι είχα απαγορεύσει λήψης της τροφής και υγρών κατά τη διάρκεια της αιμοκάθαρσης, οπότε εκεί μόνο επηρεάστηκε λίγο γιατί τρώγαμε κατά τη διάρκεια της αιμοκάθαρσης κάτι. Τώρα όσον αφορά στο σπίτι τη διατροφή μου, όχι δεν το άλλαξε, τη διατροφή μου τουλάχιστον. Τα μέτρα υγιεινής νομίζω ότι αυξήθηκαν μάθαμε να πλένουμε τα χέρια μας, να καθαρίζουμε, να απολυμαίνουμε και μέσα στο θάλαμο και είναι και συμπεριφορές που υιοθετήσαμε μετά και στο σπίτι μας».

Συν. 9: «Καθόλου. Δεν αλλάζει κάτι αφού μπορώ να ψονίζω, μαγειρεύω, ποιο είναι το πρόβλημα».

Συν. 10: «Όχι σε εμένα δεν έχει αλλάξει τίποτα. Τα ίδια πράγματα που έφτιαχνε για μένα η γυναίκα μου, τα ίδια κάνει. Δεν έχει αλλάξει κάτι διαφορετικό».

Συν. 12: «Όχι και με την πανδημία, το ίδιο φαγητό τρώω όπως έτρωγα, για την αιμοκάθαρση που μας λένε ότι πρέπει να τηρήσουμε φρούτα, λαχανικά, γαλακτοκομικά σε λιγότερες ποσότητες και λιγότερο νερό, αυτό το κάνω. Τι άλλο να κάνω;».

2.4.Οι στρατηγικές αντιμετώπισης των ψυχο-συναισθηματικών και κοινωνικών επιπτώσεων λόγω της πανδημίας του COVID-19.

2.4.1.Καθημερινότητα

Σε κάθε περίπτωση δυσκολίας και διατάραξης της ισορροπίας, οι άνθρωποι προσπαθούν να αμβλύνουν τις επιπτώσεις και να αντισταθμίσουν τις δυσαρμονίες. Αυτό επιτυγχάνεται με την υιοθέτηση ψυχο-προστατευτικών στρατηγικών, που έχουν σαν σκοπό να μειώσουν το φόβο, το άγχος και να αμβλύνουν τα ψυχο-πιεστικά φαινόμενα. Στο περιβάλλον της πανδημίας η εφαρμογή των οδηγιών υγιεινής και διατήρησης της κοινωνικής απόστασης υιοθετήθηκαν με τρόπο πειθαρχημένο και χωρίς παρατυπίες. Οι ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση προέβαλαν ως πρώτη ανάγκη την προστασία τους από την νέα ασθένεια. Επίσης είχαν κατανοήσει στο μέγιστο βαθμό ότι αποτελούν ομάδα υψηλού κινδύνου και η ανάγκη προστασία της ατομικής τους υγείας ήταν επιβεβλημένη.

Συν. 1: «Δεν έχω υιοθετήσει κάτι καινούργιο. Πρακτικά στην καθημερινότητα κάνεις διάφορες προσαρμογές λόγω της ασθένειας».

Συν. 2: «Προσπαθούσα όπως είπα και πριν να βγαίνω, να κάνω μεγάλους περιπάτους, γιατί επειδή ήμουνα ολομόναχος και επειδή τα πάντα γινόντουσαν μέσω τηλεφώνου, μίλαγα με το τηλέφωνο και *facetime* κτλ. Προσπαθούσα να βγαίνω μεγάλους περιπάτους στην περιοχή και να μπορώ να ξεφύγω λίγο συναισθηματικά, γιατί ολομόναχος μέσα στο σπίτι όλη μέρα, δεν μπορούσα να πάω στη δουλειά εντωμεταξύ γιατί επειδή ήμουνα ευαίσθητη ομάδα μου με βγάλανε εκτός οπότε όλη μέρα μέσα στο σπίτι έπρεπε να βγαίνω λίγο έξω να κάνω περιπάτους».

Συν. 3: «Αυτό που έκαναν όλοι, τη μάσκα, τα χέρια να τα πλένουμε συνέχεια, τις αποστάσεις να ήμαστε ξέρω 'γω οικογενειακά που πηγαίναμε να μην ανοιγόμαστε σε μεγάλες παρέες, να ήμαστε εγώ για τα παιδιά και η γυναίκα, δηλαδή όπου πηγαίναμε να μην έχουμε άλλους δίπλα μας».

Συν. 4: «Όπως μας ενημερώνανε ότι πρέπει να κάνουμε χρήση μάσκας σε όλους τους χώρους, να έχουμε υγιεινή στα χέρια μας, με τη χρήση αντισηπτικών στην τσέπη μας, να μας θερμομετράνε από πάμε και να μην έχουμε κοινωνικές επαφές»... «Το Α και το Ω είναι αυτό, να είναι οι δραστηριότητες για όλους τους ανθρώπους, από τον μικρότερο μέχρι το μεγαλύτερο. Αλλά τώρα αυτά μειωθήκανε. Εγώ σας είπα δεν βγαίνω να πάω πουθενά. Ασχολούμαι με τα λουλούδια μου και μία βόλτα έξω στην αυλή και αυτό μου λείπει πάρα πολύ».

Συν. 5: «Καταρχάς αντισηπτικά και σαπούνια παντού, έμπαινα στο σπίτι, τα ρούχα στα άπλυτα, παπούτσια στην έσω έξοδο κτλ και ότι έμπαινε μέσα στο σπίτι απέξω πέραγα από απολύμανση, ψώνια, τρόφιμα οτιδήποτε. Πάντοτε με μάσκα οπότε ανοίγω την πόρτα για να πάρω ένα πακέτο, να πάρω *supermarket*, *delivery* οτιδήποτε. Τώρα στο ψυχοσυναισθηματική καθαρά κομμάτι προσπαθώ να μην το σκέφτομαι, να είμαι αισιόδοξος ότι κάποια στιγμή θα περάσει δηλαδή ότι υπάρχει κάποιο τέλος κάποιο φως στο τέλος του τούνελ που δεν το βλέπω ακόμα αλλά γενικά στη ζωή μου παρά τα όσο μου έχουν τύχει θέλω να τα βλέπω λίγο αισιόδοξα. Αυτό με κρατάει ακόμα, όχι ότι δεν υπάρχουνε μαύρες μέρες όμως που δεν μπορώ να τις κουμαντάρω εύκολα».

Συν. 6: «Δεν έκανα τίποτα ιδιαίτερο στην καθημερινότητα μου».

Συν. 7: *«Αποφεύγαμε τους συνωστισμούς, στις καφετέριες, σε εστιατόρια. Αυτές τις δραστηριότητες τις μειώσαμε κατά πολύ».*

Συν. 8: *«...το μόνο που έκανα ήταν να σταματήσω να ακούω ειδήσεις. Φρόντισα να τηρώ τα μέτρα που είπαμε και πριν, το λέω πάρα πολύ συχνά, τα μέτρα υγιεινής, να είμαι προσεκτική, να φοράω τη μάσκα μου, να προσέχω τις επιφάνειες που ακουμπάω και τον κόσμο που έρχομαι σε επαφή, αλλά για να προστατευτώ ψυχοσυναισθηματικά σταμάτησα να ακούω ειδήσεις»... «Πάντα η φυσική δραστηριότητα έπαιζε για μένα σημαντικό ρόλο αλλά τώρα πλέον λόγω κορονοϊού επειδή αποτελούσε τη μοναδική διέξοδο αυξήθηκε και η σημαντικότητα της. Το μόνο που μπορούσα να κάνω ήταν να βγω για περπάτημα που το έκανα και πριν, τώρα η αναπνοή να δυστυχώς εδώ και δύο χρόνια δεν υπάρχει δυνατότητα αναπνοής, οπότε αυτή θα σου πω ότι μειώθηκε. Αλλά θα έρθει η εποχή που θα κάνουμε πάλι αναπνοή».*

Συν. 9: *«Απολύτως τίποτε γιατί είμαι σε επαρχιακό μέρος και βγαίνω έξω συνέχεια, δεν έχει συνωστισμούς εδώ πέρα».*

Συν. 10: *«Κοίταξε να δεις, έχω λάβει τα μέτρα μου, έχω την μάσκα μου, δεν πάω πουθενά, αν βγω έχω την μάσκα μου, που δεν βγαίνω δηλαδή, έχω λάβει τα μέτρα μου. Δεν με έχει επηρεάσει κάπου αλλού. Πάω στη μονάδα με τη μάσκα μου και γυρνάω πάλι με τη μάσκα μου, τίποτα άλλο. Δεν είμαι εγώ να βγαίνω έξω και να γυρίζω, τίποτα. Δεν με έχει επηρεάσει όμως ψυχολογικά τίποτα».*

2.4.2. Οικογενειακές σχέσεις

Σε κάθε περίπτωση αναδείχθηκε ο σημαντικός ρόλος της οικογένειας και των φιλικών προσώπων. Η υποστήριξη από το οικογενειακό περιβάλλον αποτέλεσε το στήριγμα των ασθενών αυτών απέναντι στο άγχος, το φόβο και τα καταθλιπτικά φαινόμενα. Η ψυχολογική ανάταση από τους συγγενείς και φίλους κατά τη διάρκεια της καραντίνας και του εγκλεισμού φαίνεται ότι αυξήθηκε και αποτέλεσε το ανάχωμα για τους ασθενείς αυτούς απέναντι στη μοναξιά.

Συν. 1: *«Δεν έχει αλλάξει ο ρόλος της οικογένειας στην αντιμετώπιση των συνεπειών της πανδημίας».*

Συν. 2: «Ναι υπάρχει στήριξη από την οικογένεια και είναι και πολύ σημαντική και πολύ σημαντικός ο ρόλος της οικογένειας σε όλο αυτό. Ευτυχώς υπάρχει στήριξη και ήταν από την αρχή, απλώς ο covid το έκανε πιο έντονο».

Συν. 3: «Η οικογένεια ήταν και πάντα και πάντοτε με στήριζε και έτσι θα είναι πιστεύω δεν άλλαξε τίποτα γιατί εμείς επειδή είχαμε το πρόβλημα τώρα των νεφρών ο ένας στήριζε και τον άλλο και συνεχίζει να στηρίζει, οπότε δεν νομίζω να άλλαξε κάτι»... «πηγαίνουμε τις βόλτες μας σαν οικογένεια προσπαθούμε να τηρούμε δηλαδή τη ζωή μας κανονικά, απλώς με μέτρο».

Συν. 6: «Ο ρόλος της οικογένειας είναι μεγάλος. Έχω πάρει μεγάλη βοήθεια από την οικογένεια μου όλα αυτά τα χρόνια που είμαι άρρωστος. Τώρα όμως είμαι μόνος με μια μάνα σε μεγάλη ηλικία που πρέπει να προσφέρω βοήθεια αντί να δέχομαι».

Συν. 7: «Ναι ήταν πιο υποστηρικτικοί γιατί λόγω του καραντίνας ήμασταν μαζί τις περισσότερες ώρες μαζί».

Συν. 8: «Αυξήθηκε η οικογενειακή υποστήριξη, χωρίς την οικογένεια και τη στήριξη της οικογένειας νομίζω ότι εγώ τουλάχιστον θα ήμουν σε χειρότερη κατάσταση».

Συν. 11: «Είναι σημαντικό πράγμα η οικογένεια όταν υπάρχει ένας νεφροπαθής τελικού σταδίου και ευχαριστώ πολύ την γυναίκα μου που μου συμπαραστέκεται και στον αγώνα που έχω και στα πράγματα που θέλαμε να κάνουμε και δεν μπορούμε να κάνουμε τώρα. Γιατί δεν μπορείς να απομακρυνθείς και πολύ από την περιοχή».

Σε κάποιες περιπτώσεις οι ασθενείς αυτοί υποχρεώθηκαν να απομακρυνθούν από τα αγαπημένα τους πρόσωπα, με σκοπό να περιοριστούν οι επαφές και να προστατευτούν από την πιθανότητα της μόλυνσης από τον κορονοϊό. Σε αυτές τις περιπτώσεις απώλεσθη σε κάποιο βαθμό η οικογενειακή υποστήριξη και θαλπωρή. Οι ασθενείς συνέχισαν να επικοινωνούν με αγαπημένους συγγενείς και φίλους, με τη χρήση της σύγχρονης τεχνολογίας, διατηρώντας τη φυσική απόσταση.

Συν. 4: «Η οικογένεια είναι το Α και το Ω, είναι η αρχή ως το τέλος. Εμείς αισθανόμαστε κάποια ασφάλεια όταν έχουμε τους δικούς μας ανθρώπους να μας στηρίζουν και να μας φροντίζουν. Τώρα όμως λόγω και της πανδημίας του covid, εγώ

προσωπικά την οικογένειά μου την έχω λίγο πιο μακριά γιατί φοβάμαι για τα παιδιά και για τα εγγόνια. Και αυτό με προβληματίζει, με στεναχωράει...».

Συν. 5: «Όσο μπορούνε να είναι, δηλαδή με την αδερφή μιλάμε τις μέρες εκτός νεφρού μια, μιάμιση, δύο ώρες στο τηλέφωνο, λέμε τα πάντα σαν να είμαστε μαζί ας πούμε τετ α τετ και πίνουμε καφέ και τις μέρες που έχουμε αιμοκάθαρση, γιατί έχουμε τις ίδιες μέρες, μπορεί να πάρει μία την άλλη. Στο πλαίσιο που μπορούνε να. Τα ανήγνια μου, η ανιψιά μου, μας πούμε πολλές φορές έχει περάσει να μου φέρει κάποια πράγματα της ζήτησα και δεν μπορούσα να βγω. Δεν έχω παράπονο όσο μπορούν να είναι και όσο μπορώ εγώ να είμαι για αυτούς, γίνεται αυτό. Αλλά σου είπα τους όρους».

2.4.3. Μέσα κοινωνικής δικτύωσης

Η σύγχρονη τεχνολογία και τα μέσα επικοινωνίας προσφέρουν πλέον αξεπέραστες ευκαιρίες διεπαφής και συναναστροφής, χωρίς να υπολογίζεται η φυσική απόσταση. Ωστόσο η χρήση των μέσων κοινωνικής δικτύωσης και των σύγχρονων συσκευών επικοινωνίας απαιτεί ένα βαθμό εξοικείωσης και εκπαίδευσης. Σε κάποιες περιπτώσεις αυτό δεν ήταν εφικτό, λόγω του ψηφιακού αναλφαριθμητισμού. Σε άλλες περιπτώσεις περιγράφεται η σκόπιμη αποφυγή χρήσης αυτών των μέσων, ως αντίμετρο στην μείωση του άγχους και του φόβου, με τον αποκλεισμό έτσι των δυσάρεστων ειδήσεων για την πανδημία.

Συν. 1: «Δεν ασχολούμαι με τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης».

Συν. 8: «Δεν έχω τίποτα, δεν έχω Instagram, δεν έχω Facebook και δεν τα εγκρίνω και θεωρώ ότι συνέβαλαν σε μεγάλο βαθμό στην αύξηση του άγχους, της παραπληροφόρησης, οπότε να μην τα συμπαθώ και μην τα ακολουθώ».

Συν. 11: «Εγώ πιστεύω ότι τα social media μας κάνανε πολύ κακό, βγάλανε όλο το αρνητικό. Όπου και να ανοίξεις να δεις ... πέθανε ο ένας και πέθανε ο άλλος. Πέθανε όταν πήγε να κάνει το εμβόλιο Ενώ αυτές οι περιπτώσεις είναι πολύ σπάνιες. Εγώ πιστεύω ότι το ίντερνετ παραπληροφορεί».

Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης αποτέλεσαν μια διέξοδο για αυτούς τους ασθενείς. Τα μέσα αυτά έδωσαν τη δυνατότητα επαφής με το εξωτερικό περιβάλλον, με συγγενείς και φίλους, ακόμα και σε μεγάλη φυσική

απόσταση. Έτσι οικοδομήθηκε ένα κλίμα αποκλεισμού της μοναξιάς και συγχρόνως ενισχύθηκε η αυτοπεποίθηση και η αυτο- εκτίμηση αυτών των ασθενών.

Συν.2: *«Ναι βοήθησανε και αυτά γιατί επαναλαμβάνω όταν είσαι κλεισμένος μέσα στο σπίτι θα δεις τηλεόραση, ταινίες, θα μιλάς στο τηλέφωνο και θα μπαίνεις στα socialmedia. Η καραντίνα είναι σκληρό πράγμα οπότε έχεις μια διέξοδο».*

Συν. 3: *«Εγώ επειδή τώρα δεν βλέπω και καλά μέσω του ίντερνετ μου λένε τα παιδιά τι συμβαίνει εδώ, στην κλειστή κοινωνία μας, αλλά στην τηλεόραση τα ακούω, τα τηρούμε, το συζητάμε τι λένε και τα υποστηρίζουμε κιόλας ότι αυτά που λένε πρέπει να τα κάνουμε. Γενικά ακούω αρκετά τα μέσα. Από το πρωί μέχρι το βράδυ ακούω ειδήσεις και ακούμε τι γίνεται και εντάζει λέω ότι πρέπει κάποια πράγματα να τα τηρούμε».*

Συν. 4: *« Όταν είσαι σε καραντίνα, βοήθησε τον έχεις το internet και το facebook και το skype και όλα αυτά για να συζητάς, να βλέπεις τους ανθρώπους μακριά. Εντάζει καλό ήταν»... « Αλλά υπήρχαν όμως και στιγμές που ανέβαζαν κάποια πράγματα που έγγραφαν άσχημες ειδήσεις για τον covid και όλα αυτά και από την άλλη μεριά δηλαδή με φοβίζουν».*

Συν. 5: *«Όχι δεν ασχολούμαι πολύ. Δηλαδή εντάζει ok μπαίνω λίγο στο facebook κτλ αλλά με όλες τις βλακειές που έβλεπα μέσα κάποια στιγμή σταμάτησα να ασχολούμαι. Λίγο στο YouTube κανένα τραγουδάκια, καμιά ταινιούλα και τα λοιπά αλλά με facebook, instagram δεν έχω και δεν ασχολούμαι δηλαδή πολύ. Όχι δεν λειτούργησαν ενισχυτικά σε μένα σε κάποιο κανένα βαθμό. Μάλλον απογοητευτικά».*

Συν. 6: *«Ασχολούμαι αρκετά. Νομίζω ότι ξεχνώ τα προβλήματα μου μέσα από το facebook και βλέπω πως ζει και ο φυσιολογικός άνθρωπος. Ευτυχώς που υπάρχουν και αυτά. Βέβαια αποφεύγω να διαβάζω και να ακούω δυσάρεστα πράγματα για την πανδημία για να μην με επηρεάζουν».*

Συν. 7: *«Ναι θα μπορούσα να πω ότι με βοήθησαν αλλά όταν ακούς συνέχεια δυσάρεστα γεγονότα αυτό με προβληματίζει».*

Συν 9: *«Εννοείται ότι με στήριξε, αλλά η αλήθεια είναι ότι τους λαχτάρισα λίγο γιατί όταν ακούσανε covid, νεφροπαθής, αυτοί στην Γερμανία, εγώ να νοσηλεύομαι, αλλά*

στο ξαναλέω λόγω των σημερινών μέσων *face, time* και τέτοια, με βλέπανε, τους έπαιρνα τηλέφωνο, με βλέπανε πως είμαι. Ήταν κάπως καθησυχασμένοι».

2.4.4. Ο ρόλος της θρησκευτικότητας

Στη βιβλιογραφία περιγράφεται ότι ο ρόλος της θρησκευτικότητας αποτέλεσε ένα σημαντικό στήριγμα για την αντιμετώπιση των συνεπειών αυτής της δύσκολης περιόδου. Η πίστη σε ένα ανώτερο όν και η αναζήτηση βοήθειας από τη θρησκεία δεν αποτέλεσαν μια πρακτική υποστήριξης για αυτούς τους ασθενείς. Σε πολλές περιπτώσεις δεν προϋπήρχε η στενή σχέση με τη θρησκεία και έτσι δεν οικοδομήθηκε μια νέα σχέση, παρά τις δυσκολίες λόγω της πανδημίας.

Συν.1 «*Εγώ δεν ασχολούμαι με τέτοια πράγματα. Δηλαδή με την έννοια τι να πηγαίνω στην εκκλησία; Όχι έχω κόψει να πηγαίνω στην εκκλησία, δεν πάω. Δεν πάω καθόλου για λόγους επειδή φοβάμαι... Κοιτάζτε, αυτό είναι εσωτερικό θέμα, δεν είναι ότι αν πας στην εκκλησία σώθηκες*».

Συν. 2: «*Όχι δεν με βοήθησε η θρησκευτικότητα και δεν βλέπω πως θα μπορούσε να με βοηθήσει. Εκτιμώ κάποια πράγματα γενικώς στις θρησκείες αλλά από απόσταση, θεωρώ τον εαυτό μου άθρησκο, οπότε όχι. Γενικότερα πιστεύω ότι όχι μόνο δεν βοηθάει αλλά τα κάνει και χειρότερα κάποια πράγματα*».

Συν. 3: «*Κοιτάξε τώρα στην εκκλησία δεν πολύ πηγαίνω να πω την αλήθεια, αποφεύγω λόγω κορονοϊού, αλλά πιστεύω ότι να ακούμε τους γιατρούς παρά την εκκλησία σε μερικά πράγματα. Τη μάσκα μας και στην εκκλησία θα πάμε ξέρω 'γω να ανάψουμε τα κεράκια μας και να φύγουμε για τίποτε άλλο τώρα δεν είναι η εκκλησία*».

Συν. 4: «*Τι να σου πω δεν βοήθησε πουθενά. Εντάξει όλοι είμαστε θρήσκοι και όλοι πιστεύουμε στη θρησκεία αλλά προσωπικά όχι δεν βοήθησε η εκκλησία. Κάνουμε το σταυρό μας και λέγαμε Παναγία μου βοήθησέ μας και πάρε τον ιό να φύγει αυτό το πράγμα, να φύγει αυτό το χάλι, να είμαστε ελεύθεροι όπως ήμασταν πριν*».

Συν. 5 «*... Ούτε βοήθησε ούτε δυσχέραινε. Δηλαδή δεν ήμουνα και παλιότερα ας πούμε που ακολουθούσε την πίστη των γονιών μου ως χριστιανοί ορθόδοξοι, δεν αποτελούσε η εκκλησία, η θρησκευτικότητα, η έκφραση της θρησκευτικότητας μία διέξοδο για μένα. Είμαι πολύ πραγματίστρια δηλαδή πιστεύω ότι μπορώ να κάνω εγώ, ότι δεν μπορώ να*

κάνω εγώ OK θα εξελιχθεί όπως είναι να εξελιχθεί. Αλλά δεν ανακατεύω θρησκεία μες στη μέση».

Συν. 6: «Εγώ έχω μια καλή σχέση με την εκκλησία από μικρός λόγω του προβλήματός μου βρήκα ένα στήριγμα για να ανακουφιστώ. Η θρησκευτικότητα είναι ξεχωριστή για τον καθένα μας ανεξάρτητα από το τι πιστεύει. Πάω στη εκκλησία ανάβω ένα κεράκι και φεύγω γιατί φοβάμαι τον ίο αλλά η πίστη μου είναι αυτή που μου κρατάει ζωντανή την ελπίδα».

Συν. 7: «Δεν νομίζω ότι βοήθησε πολύ. Τώρα με την πανδημία αποφεύγω να πηγαίνω στην εκκλησία. Θα πρέπει να έχω μεγάλη ανάγκη για να πάω».

Συν. 8: «...εγώ δεν ήμουν ποτέ κοντά στην θρησκεία και στην εκκλησία. Για μένα η στάση της εκκλησίας από την αρχή του κορονοϊού μέχρι τώρα νομίζω ότι όχι μόνο δεν έφερε κοντά αλλά απομάκρυνε τα άτομα από τη θρησκεία και την εκκλησία. Εμένα τουλάχιστον με απομάκρυνε ακόμα περισσότερο από ότι ήμουν».

Συν 9: «Θρησκευτικότητα! Καθόλου δεν ασχολούμαι».

Συν. 10: «Δεν νομίζω ότι μπορεί η θρησκεία να έχει βοηθήσει σε τέτοιες καταστάσεις, δεν νομίζω. Το να επηρεάσουν κάποιοι ιερείς κάποιες καταστάσεις, να επηρεαστεί για να εμβολιαστεί ο κόσμος, ναι αλλά να βοηθήσει δεν νομίζω».

Συν. 11: «Θεωρώ ότι δεν βοήθησε στις συνέπειες της πανδημίας αλλά η θρησκευτικότητα είναι κάτι ξεχωριστό για τον καθένα μας».

Συν. 12: «...δεν πηγαίνω ούτε εκκλησία ούτε ποθενά και δεν ξέρω αν υπάρχει πάνω κάποιος ή δεν υπάρχει, αυτό απορία έχω».

2.4.5.Υποστήριξη από νοσηλευτικό προσωπικό της μονάδας αιμοκάθαρσης

Οι αιμοκαθαρόμενοι ασθενείς έχουν σε όλη τη διάρκεια της παρουσίας τους στα κέντρα αιμοκάθαρσης, στενή σχέση με το νοσηλευτικό προσωπικό. Η επαφή με τους νοσηλευτές -τριες των κέντρων αιμοκάθαρσης είναι σχεδόν καθημερινή και ξεπερνά τα στενά όρια της επαγγελματικής επαφής. Με το πέρασμα των χρόνων νοσηλευτές και ασθενείς γίνονται συνοδοιπόροι στην ασθένεια. Επιπρόσθετα το νοσηλευτικό προσωπικό αποτελεί ψυχολογικό στήριγμα, συμβάλλει στην ανάταση του ηθικού

αυτών των ασθενών και προσφέρει πληροφόρηση και εκπαίδευση για τα δεδομένα της ασθένειας.

Συν. 1: «Δεν χρειάστηκε, δεν είχα την ανάγκη να μου προσφέρουν κάτι. Είναι σε άλλο τομέα, δηλαδή ασχολούνται με τον δικό τους τον τομέα».

Συν.2: «Κοιτάζτε να δείτε με βοήθησε πάρα πολύ που μπορεί έχουμε ένα πολύ υποστηρικτικό νοσηλευτικό προσωπικό με το οποίο αναπτύσσουμε, οι αιμοκαθαιρόμενοι ως γνωστόν επειδή είμαστε ανά δευτέρα μέρα εκεί είναι το δεύτερο σπίτι μας, οπότε έχουμε αναπτύξει δεσμούς, με αυτούς τους ανθρώπους και μας βοηθάνε πάρα πολύ, ψυχολογικά πρωτίστως και φυσικά όσον αφορά τη νόσο μας βοηθάνε πάρα πολύ».

Συν. 3: «Στην αρχή μας είπανε τι να προσέχουμε, πήραν κάποιες προφυλάξεις στο θάλαμο, έβαλαν πιο μακριά τα κρεβάτια, μας ανέλαβε κάποια νοσοκόμα ανά δύο τρία άτομα για να μην έχουμε διασπορά του κορονοϊού άμα τύχει. Αυτά και εντάζει ψυχολογικά κουβεντιάζαμε για τον covid-19 και καθημερινά κουβεντιάζουμε τι γίνεται, τι να προσέχουμε αυτά. Ήταν σημαντική δηλαδή η βοήθεια που σου λέει τι να κάνεις και υποστηρίζει το τι πρέπει να κάνεις».

Συν.4: «Το νοσηλευτικό προσωπικό μας βοηθάει καθημερινά με το δικό του τρόπο. Σου λέει να έχεις την υγιεινή, τη τήρηση των μέτρων κατά τη διάρκεια της αιμοκάθαρσης, να σε βοηθάει με το να σου λέει πως να διαχειριστείς το άγχος και το στρες, που σε επηρεάζουν και σε φοβίζουν. Τώρα μόνο αυτό. Γιατί πριν το νοσηλευτικό προσωπικό μας έφτιαχνε πάρα πολύ τη διάθεση, γιατί γελάγαμε, γιατί ερχόντουσαν μέσα όλα τα παιδιά, μας έλεγαν αστεία, καλαμπούρια και ήμασταν όλοι πιο ευδιάθετοι. Τώρα εντάζει μειωθήκανε και ο ρόλος τους είναι μόνο να μας λένε για τα μέτρα υγιεινής και για το covid τι να προσέχουμε».

Συν. 5: «Ήτανε ένας κοινός αγώνας. Βασικά μαθαίναμε μαζί. Είχαν αυτή την ενημέρωσή τους ως νοσηλευτικό προσωπικό από τους διάφορους φορείς, είχαμε εμείς τη δική μας ενημέρωση από αυτά που ακούγαμε και βλέπαμε στις τηλεοράσεις, συνδυάζουμε απόψεις γνώσεις και τα λοιπά και προχωρούσαμε μαζί. Και πίστεψέ με ότι γινόταν και λάθη και από τα λάθη μαθαίναμε και προχωρούσαμε αμφότεροι. Ζορίστηκε πολύ νοσηλευτικό προσωπικό και λόγω άλλων συνθηκών στη μονάδα ειδικών

συνθηκών στη δικιά μας μονάδα που είχαμε πολύ λίγο προσωπικό, πολλούς ασθενείς και τα λοιπά και μέσα σε όλα αυτά και τα μέτρα και το ένα και το άλλο, αλλά ναι ήτανε λίγο χέρι-χέρι η διαδικασία».

Συν. 6: «Μεγάλη η προσπάθεια του προσωπικού για την σωστή ενημέρωση, την εκπαίδευση, την σωστή λειτουργία. Νομίζω ότι όλοι μαζί πειστήκαμε για ένα σωστό αποτέλεσμα αν και αυτοί ήταν λιγότεροι σε αριθμό λόγω έλλειψης προσωπικού και της αναστολής».

Συν. 8: «Τα παιδιά, οι νοσηλευτές και οι γιατροί, πραγματικά δίνουν μάχη. Από την αρχή ήταν παρόντες, μας μίλησαν, ήταν δίπλα μας, μας άκουσαν. Εκπαίδευση καθημερινή, διάθεση για επικοινωνία, για συμβουλή, για στήριξη. Και αυτοί δυστυχώς έπρεπε να αντιμετωπίσουν κάτι πρωτόγνωρο και άγνωστο. Ευτυχώς υπάρχει στήριξη και υπάρχει μία πάρα πολύ καλή σχέση και με το νοσηλευτικό και με το ιατρικό προσωπικό της μονάδας».

Συν. 9: «Πάρα πολύ, πάρα πολύ. Λαμβάνανε τα μέτρα προστασίας τα παιδιά, μας εξηγούσανε τι πρέπει να κάνουμε, δεν μπορώ να πω κουβέντα».

Συν. 11: «Κοίταξε να δεις και οι ασθενείς και οι νοσηλευτές και οι γιατροί ακόμα είχαμε γίνει σαν μια γροθιά, ο ένας βοηθούσε τον άλλο γιατί σε αυτούς υπήρχαν άτομα, νοσηλευτές που είχαν νοσήσει κιόλας».

2.4.6.Εμβολιασμός

Ο εμβολιασμός έναντι του κορονοϊού συνεχίζει να αποτελεί ένα ζήτημα αντιπαράθεσης και σε όλα τα επίπεδα της κοινωνίας. Καταγράφονται γνώμες υπέρ ή κατά του εμβολιασμού ή της υποχρεωτικότητας αυτού, με διάφορα επιχειρήματα από τους διαφωνούντες και από τους συμφωνούντες. Οι αιμοκαθαριρόμενοι ασθενείς αντιλαμβάνονται σχεδόν στο σύνολο τους τα οφέλη του εμβολιασμού, σε συμφωνία με το γεγονός του αυτοπροσδιορισμού ως ομάδα υψηλού κινδύνου. Σε κάποιες περιπτώσεις εκφράζονται ενστάσεις ως προς την υποχρεωτικότητα του εμβολιασμού, προβάλλοντας το επιχείρημα της ελεύθερης βούλησης και της αυτοδιάθεσης.

Συν.1: «Ο εμβολιασμός είναι υποχρεωτικός».

Συν. 3: «Είναι δύσκολη ερώτηση γιατί πιστεύω ότι όλοι πρέπει να εμβολιαστούμε για το καλό αλλά νομίζω ότι και ο καθένας έχει το δικαίωμα να αποφασίζει αν θα πρέπει να εμβολιαστεί. Για αυτό πιστεύω είναι κάτι το δύσκολο. Εγώ εμβολιάστηκα, η οικογένειά μου εμβολιάστηκε όλοι. Συνετά βέβαια το θέλαμε, αλλά τώρα να υποχρεώσω κάποιον να το κάνει που δε θέλει είναι λίγο δύσκολη η απάντηση. Είμαι υπέρ του εμβολιασμού αλλά όχι της υποχρεωτικότητας. Να το κάνει επειδή το θέλει ο άλλος».

Συν. 4: «Προσωπικά έχω εμβολιαστεί γιατί είμαι ευπαθής ομάδα. Όμως δεν μου αρέσει ο υποχρεωτικός εμβολιασμός. Δεν μου αρέσει να με υποχρεώνουν να κάνω κάτι που δεν θέλω. Όχι δεν μου αρέσει, εγώ το έκανα σου είπα μόνο και μόνο από την ανάγκη γιατί είμαι ευπαθής ομάδα».

Συν. 5 «Μιλάς με κάποιον που είναι φαν των εμβολίων. Δηλαδή θεωρώ ότι είναι όπλα της επιστήμης, που χαίρομαι να τα βρίσκουν άνθρωποι και να τα κάνουν. Για το συγκεκριμένο εμβόλιο από την πρώτη στιγμή είχα την επίγνωση ότι γινόμαστε πειραματόζωα ως ένα βαθμό, για να βοηθήσουμε αργότερα να πάψουμε να είμαστε πειραματόζωα γιατί υπήρχε μεγάλο δείγμα. ... Σε ορισμένους χώρους ναι υπέρ της υποχρεωτικότητας, όχι γενικά...».

Συν. 6: «Έχω κάνει και τις δυο δόσεις του εμβολίου και την Πέμπτη που μας έρχεται θα κάνω και την τρίτη δόση. Όσο για την υποχρεωτικότητα νομίζω ότι ήταν λάθος. Ένα παράδειγμα θα σου πω. Στην υπηρεσία που δούλευα όταν κάτι ήταν υποχρεωτικό όλοι είχαν μια αντίδραση. Αυτό που πάντα κέρδιζε ήταν το φιλότιμο».

Συν. 8: «Διαφωνώ κάθετα με όλο αυτό που έχει γίνει, όλη την πίεση, όλη την ανάγκη για υποχρεωτικότητα. Να σου πω την αλήθεια το αποτέλεσμα δεν είναι αυτό που ίσως περίμενε το κράτος, η κοινωνία, η κυβέρνηση. Αναγκάστηκε και η μονάδα να μείνει χωρίς προσωπικό, απαραίτητο εξειδικευμένο προσωπικό γιατί τα παιδιά μπήκαν σε αναστολή, γιατροί μπήκαν σε αναστολή και για εμένα επέτεινε λίγο ακόμα ένα δύσκολο πρόβλημα που υπάρχει στο χώρο της υγείας».

Συν. 9: «Κοίταξε να δεις, εφόσον η απόφαση αυτή, το αν θα το κάνουν ή όχι δεν αφορά μόνο εμένα αλλά αφορά και άλλους, δηλαδή αφορά την κοινωνία, νομίζω στα πλαίσια της προάσπισης της δημόσιας υγείας πρέπει να υπάρχει υποχρεωτικότητα. Δεν είναι για

παράδειγμα κάνω αιμοκάθαρση, τρώω φρούτα, πεθαίνω, είναι παγερά αδιάφορο στο κοινωνικό σύνολο. Αλλά να κολλάω τους άλλους δεν είναι σωστό για μένα. Και είμαι υπέρ της υποχρεωτικότητας και για αυτό σου το τεκμηριώνω».

Συν. 11: *«Όσο φασιστικό και να ακούγεται, (η υποχρεωτικότητα) είναι θετικό για εμένα».*

Συν. 12: *«Είμαι υπέρ της υποχρεωτικότητας και πιστεύω ότι πρέπει να ακούμε τους γιατρούς για να προστατέψουμε τη ζωή μας. Όταν έχουμε μια αρρώστια δεν κάνουμε ότι μας λένε οι γιατροί; Τώρα γιατί δεν τους εμπιστευόμαστε;».*

Συζήτηση αποτελεσμάτων

Η παρούσα εργασία προσπάθησε να αποτυπώσει τις ψυχολογικές επιπτώσεις που βιώνουν οι ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση κατά τη διάρκεια της πανδημίας λόγω του COVID-19. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της εργασίας μας, η πανδημία λόγω του COVID-19 δημιούργησε ένα διττό σκηνικό για τους ασθενείς αυτούς. Αν πρώτοι η πανδημία και τα επιβαλλόμενα μέτρα δημόσιας υγείας είχαν σαφώς αρνητικό αντίκτυπο στην ψυχολογία αυτών των ασθενών, με το σκεπτικό των νέων συνθηκών της καθημερινότητας, της μεταβολής της συμπεριφοράς των ατόμων, της επιβεβλημένης κοινωνικής δυσαρμονίας και της δυσκολίας προσαρμογής στις νέες συνθήκες εργασίας. Η ομάδα αυτών των ασθενών έλαβε από την αρχή της πανδημίας την ταυτότητα της ομάδας υψηλού κινδύνου και ως τέτοια βίωσε το φόβο, το άγχος, την αναγκαστική αυτο(απομόνωση), τη μοναξιά και τους περιορισμούς. Όλα αυτά λειτουργήσαν πειστικά για αυτούς τους ασθενείς και γέννησαν μια σειρά από νέα ψυχο-πειστικά φαινόμενα ή επιδείνωσαν τα υπάρχοντα. Ωστόσο στον αντίποδα, φάνηκε ότι οι ασθενείς αυτοί κατάφεραν να αντισταθμίσουν την πίεση της πανδημίας και των συναφών γεγονότων. Οι αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς συνηθισμένοι με τους περιορισμούς και εξοικειωμένοι με τους κανόνες, δεν δυσκολεύτηκαν να προσαρμοστούν στα επιβαλλόμενα μέτρα δημόσιας υγείας, στις αναγκαίες προσαρμογές στην πρόσβαση τους στα κέντρα αιμοκάθαρσης και σε μια νέα καθημερινότητα.

Σχετική μελέτη, αξιολόγησε με ποσοτικά δεδομένα την ψυχική υγεία των ασθενών υπό αιμοκάθαρση και κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι ασθενείς αυτοί έδειξαν υψηλή ανθεκτικότητα, βίωσαν σε μικρότερο βαθμό τον αντίκτυπο των μέτρων κοινωνικής αποστασιοποίησης, εφάρμοσαν αυστηρότερα τα μέτρα προστασίας και υιοθέτησαν την αντιληπτή υποστήριξη από τους επαγγελματίες υγείας (Bonenkampetal., 2021).

Όπως επισημαίνεται και στη σχετική βιβλιογραφία και σε συμφωνία με την παρούσα εργασία, τα ζητήματα που απασχόλησαν τους ασθενείς κατά τη διάρκεια της πανδημίας ήταν οι επιπτώσεις στις οικογενειακές σχέσεις (μοναξιά, απομόνωση και μειωμένες κοινές δραστηριότητες), ο φόβος της μόλυνσης ως ομάδα υψηλού κινδύνου και η αυξημένη συναισθηματική δυσφορία (άγχος, θλίψη και ανησυχία). Επίσης σημειώνεται η ανάγκη των ασθενών αυτών για επιπρόσθετη διαβούλευση με

τον προσωπικό γιατρό τους, για τη διευκόλυνση της αυτοδιαχείρισης της νόσου κατά τη διάρκεια της πανδημίας και την προσαρμογή στα επιβαλλόμενα μέτρα και τους συναφείς περιορισμούς (Sousaetal., 2021).

Στην παρούσα μελέτη η αυτοαναφερόμενη εικόνα των ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση αρχικά συνδέθηκε με το φόβο και το άγχος λόγω της άγνωστης ακόμα νόσου. Στη συνέχεια οι ασθενείς σταδιακά προσαρμόστηκαν στις απαιτήσεις της πανδημίας, ακολούθησαν και εφάρμοσαν πιστά τα μέτρα προφύλαξης και σε μεταγενέστερο χρόνο εντάχθηκαν στο πρόγραμμα εμβολιασμού. Όλα τα παραπάνω εφαρμόστηκαν χωρίς ιδιαίτερες αντιπαραθέσεις, αφού οι συγκεκριμένοι ασθενείς ενημερώθηκαν και αποδέχθηκαν από νωρίς ότι ανήκουν στις ομάδες υψηλού κινδύνου. Σε συνάφεια με τα δεδομένα αυτά, σχετικές μελέτες έχουν δείξει ότι η πανδημία λόγω του COVID-19 δεν επηρέασε την αυτοαναφερόμενη ψυχική υγεία των ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση. Ειδικότερα περιγράφεται ότι οι ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση δεν ανέφεραν μεγαλύτερο φορτίο ή υψηλότερη σοβαρότητα συμπτωμάτων που σχετίζονται με την ψυχική υγεία, όπως αίσθημα άγχους, θλίψης, ανησυχίας, νευρικότητας, ή διαταραχές του ύπνου. Η ερμηνεία αυτών των δεδομένων βασίζεται στο γεγονός ότι οι ασθενείς με νεφρική νόσο τελικού σταδίου, υποφέρουν ήδη από μια χρόνια νόσο και υποβάλλονται σε μια βασανιστική και χρόνια θεραπεία, όπως είναι η αιμοκάθαρση. Επιπρόσθετα οι ασθενείς αυτοί έχουν προσαρμόσει υποχρεωτικά την καθημερινότητά τους στις απαιτήσεις της νόσου και της θεραπείας, για να αντιμετωπίσουν τις δυσκολίες και τις απαιτήσεις της ασθένειάς τους (Bonenkampetal., 2021).

Ως αποτέλεσμα των παραπάνω, οι ασθενείς αυτοί έχουν αναπτύξει μηχανισμούς αντιμετώπισης των ψυχοπιεστικών φαινομένων και διατήρησης ενός ικανοποιητικού επιπέδου ψυχικής υγείας. Αυτή η ικανότητα προσαρμογής ονομάζεται στη βιβλιογραφία «ανθεκτικότητα» και συχνά περιγράφεται ως «μέτρο επιτυχούς ικανότητας αντιμετώπισης του στρες» (Kimetal., 2019).

Στο περιβάλλον της καθημερινότητας, οι ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση πρέπει να αντιμετωπίσουν περιορισμούς στις δραστηριότητες και στις διατροφικές επιλογές, πρέπει να διαχειριστούν την πολυφαρμακία και υποχρεώνονται σε συχνές επισκέψεις στο νοσοκομείο. Επιπλέον αυτοί οι ασθενείς παρουσιάζουν σημαντική απώλεια της μυϊκής μάζας, αδυναμία και κακή φυσική

απόδοση. Βιώνουν περαιτέρω περιορισμό της κινητικότητας και απώλεια της λειτουργικής ανεξαρτησίας (Roshanravanetal., 2017).

Η ανθεκτικότητα σε αυτό το περιβάλλον περιλαμβάνει τη θετική αντίληψη, την αποδοχή μιας επαχθούς κατάστασης και το κίνητρο θετικής στάσης απέναντι σε δυσκολίες. Η σημασία της ανθεκτικότητας στους ασθενείς με αιμοκάθαρση έχει τονιστεί σε αρκετές μελέτες. Εν προκειμένω, οι ασθενείς υπό αιμοκάθαρση αναπτύσσουν υψηλό βαθμό ανθεκτικότητας, καθώς είναι υποχρεωμένοι να προσαρμόζονται με την πάροδο του χρόνου στο βάρος της αιμοκάθαρσης και της νόσου τους. Αυτή η παράμετρος μπορεί να ερμηνεύσει την ικανότητα αυτής της ομάδας ασθενών στην επιτυχή αντιμετώπιση των στρεσογόνων καταστάσεων, που αναπτύσσονται στο περιβάλλον της πανδημίας λόγω του COVID (Kukiharaetal., 2020).

Τα δεδομένα της παρούσας έρευνας έδειξαν ότι οι συνθήκες του εγκλεισμού και της καραντίνας συνέβαλαν στην ενίσχυση των οικογενειακών δεσμών. Οι ασθενείς της έρευνας τόνισαν τη σημασία της οικογενειακής υποστήριξης και την ομαλή προσαρμογή της οικογένειας στα δεδομένα της πανδημίας. Τα σχετικά βιβλιογραφικά δεδομένα αποτυπώνουν επίσης ότι οι συνθήκες εγκλεισμού και περιορισμού της κυκλοφορίας μπορεί να λειτουργήσουν θετικά για την προσωπική και κοινωνική ανάπτυξη των ασθενών. Ειδικότερα οι ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο κατά τη διάρκεια της καραντίνας βίωσαν εντονότερα την οικογενειακή υποστήριξη. Σε δεύτερο επίπεδο οι ασθενείς αυτοί βίωσαν εντονότερα την υποστήριξη από τους άλλους συμπάσχοντες ασθενείς, από το νοσηλευτικό προσωπικό και τους άλλους επαγγελματίες υγείας. Όλο αυτό το κλίμα συνέβαλε στη μειωμένη αίσθηση της μοναξιάς και στην θετική προσαρμογή στον εγκλεισμό και στην καραντίνα (Chanetal., 2021).

Σχετική μελέτη παρουσίασε δεδομένα που έδειξαν ότι η καραντίνα και να επιβαλλόμενα μέτρα περιορισμού της κυκλοφορίας επηρέασαν αρνητικά τις οριζόμενες διατροφικές συνήθειες των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών. Ειδικότερα οι ασθενείς με νεφρική νόσο παρουσίασαν αυξημένες τιμές φωσφόρου και σημαντική μείωση των επιπέδων λευκοματίνης στον ορό, γεγονός που υποδηλώνει ότι οι ασθενείς αντιμετώπιζαν δυσκολίες στη διαχείριση των διατροφικών συστάσεων κατά τη διάρκεια του εγκλεισμού. Η αύξηση των επιπέδων φωσφόρου και η μείωση

των επιπέδων λευκωματίνης στον ορό φαίνεται να συνάδουν με παθολογικά ευρήματα, καθώς ορισμένοι ασθενείς κατέφυγαν υποχρεωτικά σε διαιτητικές αλλαγές, που οδήγησαν στην αυξημένη κατανάλωση τροφίμων που περιέχουν φώσφορο (όπως ψωμί και γάλα) και στην μειωμένη κατανάλωση άλλων τροφίμων λόγω αδυναμίας πρόσβασης στην αγορά τροφίμων. Αυτά τα ευρήματα υποδηλώνουν ότι οι ασθενείς δεν ήταν πλέον υπεύθυνοι για την αγορά των τροφίμων, λόγω των μέτρων περιορισμού της κυκλοφορίας και της προαγωγής της προσωπικής ασφάλειας έναντι του κορονοϊού. Αντίθετα οι παραπάνω περιορισμοί οδήγησαν στην υποχρεωτική πρόσβαση και κατανάλωση κάποιων τροφίμων, που σε πολλές περιπτώσεις δεν ενδείκνυνται για κατανάλωση από αυτή την ομάδα ασθενών (Sousaetal., 2021). Στην παρούσα μελέτη δεν αποτυπώθηκαν τέτοια φαινόμενα. Οι ασθενείς προσαρμόστηκαν στις νέες συνθήκες και σε γενικές γραμμές δεν είχαν προβλήματα πρόσβασης στις αγορές τροφίμων και διατήρησαν τις επιβαλλόμενες διαιτητικές οδηγίες.

Θεωρείται δεδομένο ότι οι ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση συνήθως συμμετέχουν λιγότερο σε καθημερινές δραστηριότητες, σε σχέση με τα υγιή άτομα, ή άλλους χρόνιους ασθενείς, λόγω της φύσης της αιμοκάθαρσης. Οι τακτικές επισκέψεις στο νοσοκομείο, η ανάγκη για αιμοκάθαρση σε ένα τακτικό και αυστηρό πρόγραμμα, απαιτούν οι ασθενείς αυτοί να επικεντρώνονται στη διαχείριση της νόσου και λιγότερο σε κοινωνικές δραστηριότητες, εργασία ή ταξίδια. Ουσιαστικά οι ασθενείς αυτοί σε ένα νατουραλιστικό επίπεδο βιώνουν σε μικρότερο βαθμό τους περιορισμούς της καθημερινότητας λόγω της πανδημίας (Purnelletal., 2013).

Επιπλέον, οι ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση ενδέχεται να βιώνουν μια αίσθηση ασφάλειας κατά τη διάρκεια των επισκέψεων τους στο νοσοκομείο, που περιορίζει περαιτέρω την επίδραση της πανδημίας του COVID-19 στην ψυχική τους υγεία (Wangetal., 2020). Όπως φαίνεται από την παρούσα εργασία, οι ασθενείς επιδίωξαν να αυξήσουν το αίσθημα ασφαλείας με τη συχνότερη διαβούλευση με τον θεράποντα γιατρό τους και με την αμφίδρομη συναναστροφή με το νοσηλευτικό προσωπικό. Αυτές οι πρακτικές λειτούργησαν ανακουφιστικά και ενισχυτικά για την ψυχολογία αυτών των ασθενών.

Επιπρόσθετα περιγράφεται ότι οι ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο υιοθέτησαν με θετικότητα τις επιβαλλόμενες συμπεριφορές υγείας, που προτείνονται στο

περιβάλλον της πανδημίας, όπως η υγιεινή των χεριών, η χρήση της μάσκας, ο περιορισμός της συνάθροισης πολλών ατόμων ή ακόμα ο περιορισμός της σωματικής επαφής (Lee et al., 2021). Ως δεδομένο της παρούσας έρευνας, παρουσιάζεται η εικόνα ότι οι ασθενείς υπό αιμοκάθαρση αντιλήφθηκαν έγκαιρα τον επικείμενο κίνδυνο λόγω του κορονοϊού και υιοθέτησαν τις παραπάνω πρακτικές ως ασπίδα προστασίας για την υγεία και τη ζωή τους, απέναντι στον κίνδυνο της μόλυνσης από τον κορονοϊό.

Σύμφωνα με τα δεδομένα της έρευνας μας, η θρησκευτικότητα δεν αποτέλεσε έναν παράγοντα υποστήριξης και ψυχολογικής ανάτασης για αυτή την ομάδα ασθενών. Ωστόσο τα δεδομένα της βιβλιογραφίας υποστηρίζουν την αξία της θρησκευτικότητας στο περιβάλλον της πανδημίας. Στη μελέτη των Dobrakowski και συν. (2021) αναδεικνύεται ο σημαντικός ρόλος της θρησκευτικότητας στην αντιμετώπιση των φόβων από την πανδημία λόγω του COVID-19. Φαίνεται ότι η θρησκευτικότητα περιλαμβάνει ένα πλαίσιο για την απόδοση νοήματος που σχετίζεται με τη μειωμένη νοητική αγωνία και η επιδίωξη της ψυχικής ευεξίας. Ωστόσο στην παλαιότερη μελέτη των Reig-Ferrer και συν. (2012) αποτυπώνεται το συμπέρασμα ότι αυτή η ομάδα των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών παρουσιάζει χαμηλά επίπεδα θρησκευτικότητας. Πρέπει να σημειωθεί ότι σχετικές μελέτες δεν έχουν πραγματοποιηθεί σε ορθόδοξους χριστιανούς και οι αναφερόμενες μελέτες πραγματοποιήθηκαν σε καθολικούς.

Μία από τις σημαντικές ανάγκες ενός ανθρώπου, ιδιαίτερα του άρρωστου, είναι η ανάγκη να νιώθει ασφάλεια. Ένας αβοήθητος, εξαρτημένος και φοβισμένος ασθενής που βιώνει τον κίνδυνο συνήθως αναζητά πληροφορίες, εξηγήσεις και λέξεις που θα προσφέρουν επιβεβαίωση και κατανόηση. Αναντικατάστατο στοιχείο μιας σταθερής και γόνιμης υποστηρικτικής σχέσης συνιστά ο δεσμός του ασθενούς με τον νοσηλευτή. Επίσης μια χρόνια ασθένεια είναι αναμφίβολα μια πηγή άγχους. Είναι μια δύσκολη και σύνθετη κατάσταση από πολλές απόψεις - γνωστικές, συναισθηματικές, κοινωνικές και υπαρξιακές. Απαιτεί από τον ασθενή, και συχνά το άμεσο περιβάλλον του, να αντιμετωπίσει τις δυσκολίες που προκύπτουν από την ίδια τη νόσο καθώς και από τη θεραπεία (Hřebczuk, 2021). Τα παραπάνω δεδομένα κυριαρχούν στην ζωή των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών του δείγματος της μελέτης. Επιπρόσθετα όπως αναφέρεται από τους ερωτώμενους ασθενείς, οι συνθήκες της

πανδημίας όξυναν τα παραπάνω δεδομένα και οι ασθενείς στηρίχτηκαν στο νοσηλευτικό προσωπικό των κέντρων αιμοκάθαρσης, ώστε να αντιπαρέλθουν στις δυσκολίες της πανδημίας.

Συμπεράσματα

Η παρούσα μελέτη καταλήγει στο συμπέρασμα ότι οι ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση, σε δείγμα ελληνικού πληθυσμού, παρουσιάζουν μια αξιοσημείωτη ανθεκτικότητα στα ψυχοπνευστικά φαινόμενα που προκαλούνται από την πανδημία λόγω του COVID-19 και τις επιπτώσεις αυτής.

Ειδικότερα αποτυπώνεται η εικόνα ότι αυτή η ομάδα ασθενών συνετά και πειθαρχημένα υιοθετεί τα προτεινόμενα μέτρα δημόσιας υγείας και ατομικής προστασίας, με σκοπό να (αυτό)θωρακιστεί απέναντι στον κορονοϊό. Αυτό το γεγονός ορίζεται από την αυτο-προσδιοριστική αποδοχή του αυξημένου κινδύνου και της ιδιαίτερης ευθραυστότητας αυτών των ασθενών. Επιπρόσθετα αυτή η ομάδα ασθενών βιώνει εγγενώς τις ψυχολογικές επιπτώσεις της χρόνιας νόσου και της αναγκαστικής εξάρτησης από ένα μηχάνημα, μέσω της αιμοκάθαρσης. Σε αυτό το πλαίσιο οι ασθενείς αυτοί βιώνουν διά βίου μια διακυμαινόμενη ψυχολογική επιβάρυνση, που εκδηλώνεται με φαινόμενα φόβου, άγχους, ανησυχίας και καταθλιπτικής διάθεσης. Έτσι σε κάθε φάση της ζωής τους καταβάλλουν μια αέναη προσπάθεια αντιπαράθεσης με τα παραπάνω φαινόμενα, αναπτύσσοντας μια ψυχολογική ανθεκτικότητα, που επιτυχώς ή ανεπιτυχώς αντιμετωπίζει τις παραπάνω ψυχο-πνευστικές συνθήκες. Ουσιαστικά οι αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς βρέθηκαν ψυχολογικά προετοιμασμένοι για να αντιμετωπίσουν τις ψυχολογικές επιπτώσεις της πανδημίας.

Σε αυτό το πλαίσιο, οι συγκεκριμένοι ασθενείς αντιπαραβάλλουν τα θετικά πλεονεκτήματα που έχουν αναπτύξει ως χρόνιοι ασθενείς και αφομειώνουν τα επιπρόσθετα ψυχο-πνευστικά φαινόμενα της πανδημίας. Συγχρόνως, όπως φαίνεται από τα δεδομένα της παρούσας εργασίας, μεταστρέφονται οι επιπτώσεις της πανδημίας και αξιοποιούνται ως πρόσχημα ψυχολογικής ανάτασης. Ενδεικτικά ο εγκλεισμός και η καραντίνα, αξιοποιούνται ως περιβάλλον βελτίωσης των

οικογενειακών σχέσεων και των οικογενειακών δεσμών. Η σύγχρονη τεχνολογία αξιοποιείται για τη βελτίωση της επικοινωνίας και της ιατρικής διαβούλευσης. Η σχέση με το νοσηλευτικό προσωπικό των κέντρων αιμοκάθαρσης αποτελεί πηγή υποστήριξης και πληροφόρησης για την πανδημία. Ο εμβολιασμός λογίζεται ως ευκαιρία αύξησης της ανοσιακής θωράκισης απέναντι στον κορονοϊό.

Όλα τα παραπάνω τεκμηριώνουν την δεδομένη ανθεκτικότητα αυτής της ομάδας χρονίων ασθενών απέναντι στην ένταση των ψυχολογικών επιπτώσεων της πανδημίας. Σαφώς υπάρχουν καταστάσεις που δεν συμβαδίζουν με την παραπάνω εικόνα. Ωστόσο τα δεδομένα της παρούσας έρευνας μπορεί να αξιοποιηθούν από το νοσηλευτικό προσωπικό των κέντρων αιμοκάθαρσης, με σκοπό να σχηματίζουν ένα ψυχο-προστατευτικό πλέγμα για αυτή την ομάδα ασθενών.

Βιβλιογραφία

1. Arenas, MD., Villar, J., González, C., Cao, H., Collado, S., Crespo, M., Horcajada, HP., Pascual, J. (2020). Management of the SARS-CoV-2 (COVID-19) coronavirus epidemic in hemodialysis units. *Nefrologia*, 40(3):258–264.
2. Bao, Y., Sun, Y., Meng, S., Shi, J., Lu, L. (2020). 2019-nCoV epidemic: Address mental health care to empower society. *Lancet*, 395:e37–e38.
3. Benedetti, C., Waldman M., Zaza, G., Riella, L., Cravedi, P. (2020). COVID-19 and the Kidneys: An Update. *Front. Med.*, 7:423.
4. Bokolo, A. (2020). Use of Telemedicine and Virtual Care for Remote Treatment in Response to COVID-19. *Pandemic. J. Med. Syst.*, 44:1–9.
5. Bonenkamp, A. A., Druiventak, T. A., van Eck van der Sluijs, A., van Ittersum, F. J., van Jaarsveld, B. C., Abrahams, A. C., & DOMESTICO study group (2021). The Impact of COVID-19 on the mental health of dialysis patients. *Journal of nephrology*, 34(2):337–344.
6. Brooks, S.K., Webster, R.K., Smith, L.E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., Rubin, G.J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *Lancet*, 395: 912–20
7. Bruchfeld, A. (2021). The COVID-19 pandemic: consequences for nephrology. Nature reviews. *Nephrology*, 17(2):81–82.
8. Cacioppo, J.T., Cacioppo, S., Capitanio, J.P., Cole, S.W. (2015). The neuroendocrinology of social isolation. *Annu. Rev. Psychol.*, 66:733–767.
9. Camacho-Alonso, F., Cánovas-García, C., Martínez-Ortiz, C., De la Mano-Espinosa, T., Ortuño-Celdrán, T., Marcello-Godino, JI., Ramos-Sánchez, R., Sánchez-Siles, M. (2018). Oral status, quality of life, and anxiety and depression in hemodialysis patients and the effect of the duration of treatment by dialysis on these variables. *Odontology*, 106(2):194-201.
10. Chan, ASW., Ho, JMC., Li, JSF., Tam, HL., Tang, PMK. (2021). Impacts of COVID-19 Pandemic on Psychological Well-Being of Older Chronic Kidney Disease Patients. *Front. Med.*, 8:666973.
11. Cohen, L., Manion, L., Morrison, K. (2008). *Μεθοδολογία εκπαιδευτικής έρευνας*. Εκδόσεις Μεταίχμιο.

12. Cohen, SD., Cukor, D., Kimmel, PL. (2016). Anxiety in patients treated with hemodialysis. *Clin J Am Soc Nephrol.*, 11:2250-5.
13. Couch, S. (2019). Psychiatric problems faced by patients of dialysis: missing elements. *Am Soc Nephro.*,14:1275–1276.
14. Cui, HX., Ding, HJ., Zhang, YM. (2020). Novel coronavirus pneumonia in different periods of dialysis patients psychological state and nursing countermeasures. *Qilu J Nurs.*, 26(12):61–3.
15. Cukor, D., Unruh, M., McCurry, S.M., Mehrotra, R. (2021). The challenge of insomnia for patients on haemodialysis. *Nat Rev Nephrol.*, 17:147–148.
16. de Leeuw, E. (2008). Self-administered questionnaires and standardized interviews. In P. Alasuutari, L. Bickman, & J. Brannan (Eds.), *The SAGE handbook of social research methods*. Los Angeles: SAGE.
17. De Jonckheere, M., Vaughn, LM. (2019). Semistructured interviewing in primary care research: a balance of relationship and rigour. *Fam Med Com Health*,7:e000057.
18. Del Valle, DM., Kim-Schulze, S., Huang, HH., Beckmann, ND., Nirenberg, S., Wang, B., Lavin, Y., Swartz, TH., Madduri, D., Stock, A., et al. (2020). An inflammatory cytokine signature predicts COVID-19 severity and survival. *Nat Med.*, 26(10):1636-1643.
19. Dobrakowski, P.P., Skalski, S., Surzykiewicz, J., Muszynska, J., Konaszewski, K. (2021). Religious Coping and Life Satisfaction during the COVID-19 Pandemic among Polish Catholics. The Mediating Effect of Coronavirus Anxiety. *J. Clin. Med.*, 10, 4865.
20. Docea, A.O., Tsatsakis, A., Albulescu, D., Cristea, O., Zlatian, O., Vinceti, M., Moschos, S.A., Tsoukalas, D., Goumenou, M., Drakoulis, N., Dumanov, J. M., Tutelyan, V.A., Onischenko, G.G., Aschner, M., Spandidos, D. A., & Calina, D. (2020). A new threat from an old enemy: Re-emergence of coronavirus (Review). *International Journal of Molecular Medicine*, 45(6), 1631–1643.
21. Fischer, MJ., Xie, D., Jordan, N., Kop, WJ., Krousel-Wood, M., Kurella Tamura, M., Kusek, JW., Ford, V., Rosen, LK., Strauss, L., Teal, VL., Yaffe, K., Powe, NR., Lash, JP; CRIC Study Group Investigators. (2012). Factors associated with depressive symptoms and use of antidepressant medications among participants in

- the Chronic Renal Insufficiency Cohort (CRIC) and Hispanic-CRIC Studies. *Am J Kidney Dis.*,60(1):27-38.
22. Flythe, JE., Hilliard, T., Castillo, G., Ikeler, K., Orazi, J., Abdel-Rahman, E., Pai, AB., Rivara, MB., St Peter, WL., Weisbord, SD., Wilkie, C., Mehrotra, R. (2018). Symptom Prioritization among Adults Receiving In-Center Hemodialysis: A Mixed Methods Study. *Clin J Am Soc Nephrol.*, 13(5):735-745.
 23. Füzéki, E., Groneberg, DA., Banzer, W. (2020). Physical activity during COVID-19 induced lockdown: recommendations. *J Occup Med Toxicol.*, 15(1):25-32.
 24. Gansevoort, R.T., Hilbrands, L.B. (2020). CKD is a key risk factor for COVID-19 mortality. *Nat. Rev. Nephrol.*,16:705–706.
 25. Goh, ZS., Griva, K. (2018). Anxiety and depression in patients with end-stage renal disease: impact and management challenges – a narrative review. *Int J Nephrol Renovasc Dis.*, 11:93-102
 26. Gould, C. E., O'Hara, R., Goldstein, M. K., &Beaudreau, S. A. (2016). Multimorbidity is associated with anxiety in older adults in the Health and Retirement Study. *International Journal Of Geriatric Psychiatry*, 31(10):1105–1115.
 27. Guest, G., MacQueen, M., Namey, E. (2011). *Applied thematic analysis*. Thousand Oaks, CA: Sage.
 28. Gupta, A., Madhavan, M.V., Sehgal, K. et al. (2020). Extrapulmonary manifestations of COVID-19. *Nat Med.*, 26:1017–1032.
 29. Han, M., Preciado, P., Thwin, O., Tao, X., Tapia-Silva, L., Fuentes, . R, Hakim, M., Patel, A., Tisdale, L., Zhang, H., Kotanko, P. (2021). Effect of Statewide Lockdown in Response to COVID-19 Pandemic on Physical Activity Levels of Hemodialysis Patients. *Blood Purif.*, 50:602-609.
 30. Hao, W., Tang, Q., Huang, X., Ao, L., Wang, J., Xie, D. (2021). Analysis of the prevalence and influencing factors of depression and anxiety among maintenance dialysis patients during the COVID-19 pandemic. *International urology and nephrology*, 53(7):1453–1461.
 31. Hawryluck, L., Gold, W. L., Robinson, S., Pogorski, S., Galea, S., Styra, R. (2004). SARS control and psychological effects of quarantine, Toronto, Canada. *Emerging Infectious Diseases*, 10(7):1206–1212.

32. Hedayati, S. S., Yalamanchili, V., Finkelstein, F. O. (2012). A practical approach to the treatment of depression in patients with chronic kidney disease and end-stage renal disease. *Kidney Int.*, 81(2): 247–255.
33. Hedayati, S.S., Minhajuddin, A. T., Afshar, M., Toto, R. D., Trivedi, M. H., Rush, A. J. (2010). Association between major depressive episodes in patients with chronic kidney disease and initiation of dialysis, hospitalization, or death. *JAMA*, 303:1946–1953.
34. Hedayati, SS., Daniel, DM., Cohen, S., Comstock, B., Cukor, D., Diaz-Linhart, Y., Dember, LM., Dubovsky, A., Greene, T., Grote, N., Heagerty, P., Katon, W., Kimmel, PL., Kutner, N., Linke, L., Quinn, D., Rue, T., Trivedi, MH., Unruh, M., Weisbord, S., Young, BA., Mehrotra, R. (2016). Rationale and design of A Trial of Sertraline vs. Cognitive Behavioral Therapy for End-stage Renal Disease Patients with Depression (ASCEND). *Contemp Clin Trials*, 47:1-11.
35. Hedayati, SS., Jiang, W., O'Connor, CM., Kuchibhatla, M., Krishnan, KR., Cuffe, MS., Blazing, MA., Szczech, LA. (2004). The association between depression and chronic kidney disease and mortality among patients hospitalized with congestive heart failure. *Am J Kidney Dis.*,44(2):207-15.
36. Hreńczuk, M. (2021). Therapeutic relationship nurse–patient in hemodialysis therapy. *Nurs Forum.*, 56:579–586.
37. Huang, C., Wang, Y., Li, Y., Ren, L., et al. (2020). Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet*,395: 497–506.
38. Hudson, JL., Moss-Morris, R., Game, D., Carroll, A., Chilcot, J. (2016). Improving distress in dialysis (iDiD): a tailored CBT self-management treatment for patients undergoing dialysis. *J Ren Care*, 42(4):223–238.
39. Ikizler, T.A., Kliger, A.S. (2020). Minimizing the risk of COVID-19 among patients on dialysis. *Nat. Rev. Nephrol.*, 16:311–313.
40. 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. *Pharmacoepidemiol. Drug Saf.*, 26:792–801.
41. Jager, K. J., Kramer, A., Chesnaye, N. C., Couchoud, C., Sánchez-Álvarez, J. E., Garneata, L., Collart, F., Hemmeler, M. H., Ambühl, P., Kerschbaum, J., Legeai, C., Del Pino Y Pino, M. D., Mircescu, G., Mazzoleni, L., Hoekstra, T., Winzeler,

- R., Mayer, G., Stel, V. S., Wanner, C., Zoccali, C., Massy, Z. A. (2020). Results from the ERA-EDTA Registry indicate a high mortality due to COVID-19 in dialysis patients and kidney transplant recipients across Europe. *Kidney international*, 98(6):1540–1548.
42. Jordan, RE., Adab, P., Cheng, KK. (2020). Covid-19: risk factors for severe disease and death. *BMJ*, 368:m1198.
43. Jurblum, M., Ng, C., Castle, D. (2020). Psychological consequences of social isolation and quarantine: Issues related to COVID-19 restrictions. *AJGP*, 49(12): 23-34.
44. Kalantar-Zadeh, K., Tortorici, AR., Chen, JL., Kamgar, M., Lau, WL., Moradi, H., Rhee, CM., Streja, E., Kovesdy, CP. (2015). Dietary restrictions in dialysis patients: is there anything left to eat? *Semin Dial.*, 28(2):159-68.
45. Katon, W. J. (2011). Epidemiology and treatment of depression in patients with chronic medical illness. *Dialogues Clin. Neurosci.*, 13, 7–23.
46. Kim, EY., Lee, YN., Chang, SO. (2019). How Do Patients on Hemodialysis Perceive and Overcome Hemodialysis?: Concept Development of the Resilience of Patients on Hemodialysis. *Nephrol Nurs J.*, 46(5):521-530.
47. Kontoangelos, K., Economou, M., & Papageorgiou, C. (2020). Mental Health Effects of COVID-19 Pandemia: A Review of Clinical and Psychological Traits. *Psychiatry Investigation*, 17(6):491–505.
48. Kouidi, E., Karagiannis, V., Grekas, D., Iakovides, A., Kaprinis, G., Tourkantonis, A., Deligiannis, A. (2010). Depression, heart rate variability, and exercise training in dialysis patients. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil.*, 17(2):160-7.
49. Krishna, V.N., Managadi, K., Smith, M. (2017). Telehealth in the delivery of home dialysis care: catching up with technology. *Adv Chronic Kidney Dis.*, 24(1):12–16.
50. Kukihara, H., Yamawaki, N., Ando, M., Nishio, M., Kimura, H., Tamura, Y. (2020). The mediating effect of resilience between family functioning and mental well-being in hemodialysis patients in Japan: a cross-sectional design. *Health Qual Life Outcomes*, 18(1):233.
51. Kuper, A., Lingard, L., Levinson, W. (2008). Critically appraising qualitative research. *BMJ*, 337:a1035.

52. Lacson, E., Jr., Bruce, L., Li, N. C., Mooney, A., Maddux, F.W. (2014). Depressive affect and hospitalization risk in incident hemodialysis patients. *Clin. J. Am. Soc. Nephrol.*, 9(2):1713–1719.
53. Laksov, KB., Dornan, T., Teunissen, PW. (2017). Making theory explicit – an analysis of how medical education research(ers) describe how they connect to theory. *BMC Med Educ.*, 17:18
54. Lau, W. L., Huisa, B. N., Fisher, M. (2017). The cerebrovascular-chronic kidney disease connection: perspectives and mechanisms. *Transl. Stroke Res.*, 8, 67–76.
55. Lee, J., Steel, J., Roumelioti, ME., Erickson, S., Myaskovsky, L., Yabes, J., Rollman, B., Weisbord, S., Unruh, M., Jhamb, M. (2021). Psychosocial Impact of COVID-19 Pandemic on Patients with End-Stage Kidney Disease on Hemodialysis. *Kidney360*, 1(12):1390-1397.
56. Leung, L. (2015). Validity, reliability, and generalizability in qualitative research. *J FamilyMedPrimCare*, 4(3): 324–327.
57. Levitt, H.M., Motulsky, S.L., Wertz, F.J., Morrow, S.L., Ponterotto, J.G. (2017). Recommendations for Designing and Reviewing Qualitative Research in Psychology: Promoting Methodological Integrity. *Qualitative Psychology*, 4(1):2–22.
58. Li, J., Li, SX., Zhao, LF., Kong, DL., Guo, ZY. (2020). Management recommendations for patients with chronic kidney disease during the novel coronavirus disease 2019 (COVID-19) epidemic. *Chronic Diseases and Translational Medicine*, 6(2):119-123.
59. Li, YN., Shapiro, B., Kim, JC., Zhang, M., Porszasz, J., Bross, R., Feroze, U., Upreti, R., Martin, D., Kalantar-Zadeh, K., Kopple, JD. (2016). Association between quality of life and anxiety, depression, physical activity and physical performance in maintenance hemodialysis patients. *Chronic Dis Transl Med.*, 2(2):110-119.
60. Liu, K., Fang, Y.Y., Deng, Y., Liu, W., Wang, M.F., Ma, J.P., Xiao, W., Wang, Y. N., Zhong, M.H., Li, C.H., Li, G.C., Liu, H.G. (2020). Clinical characteristics of novel coronavirus cases in tertiary hospitals in Hubei Province. *Chinese Medical Journal*, 133(9):1025–1031.
61. Long, T., Johnson, M. (2000). Rigour, reliability and validity in qualitative research. *Clinical Effectiveness in Nursing*, 4(1):30-37.

62. Lopes, AA., Lantz, B., Morgenstern, H., Wang, M., Bieber, BA., Gillespie, BW., Li, Y., Painter, P., Jacobson, SH., Rayner, HC., Mapes, DL., Vanholder, RC., Hasegawa, T., Robinson, BM., Pisoni, RL. (2014). Associations of self-reported physical activity types and levels with quality of life, depression symptoms, and mortality in hemodialysis patients: the DOPPS. *Clin J Am Soc Nephrol.*, 9(10):1702-12.
63. Malterud, K., Siersma, VD., Guassora, AD. (2016). Sample size in qualitative interview studies: guided by information power. *Qualitative health research*, 26:1753–60.
64. Maung, S., Sara, AE., Cohen, D., Chapman, C., Saggi, S., Cukor, D. (2017). Sleep disturbance and depressive affect in patients treated with haemodialysis. *J Ren Care.*, 43(1):60-66.
65. McGrath, C., Palmgren, P., Liljedahl, M. (2019). Twelve tips for conducting qualitative research interviews. *Medical Teacher*, 41(9):1002-1006.
66. McIntosh, M., Morse, J. (2015). Situating and Constructing Diversity in Semi-Structured Interviews. *Global Qualitative Nursing Research*, 2(2):1-15.
67. Mertens, G., Gerritsen, L., Duijndam, S., Salemink, E., Engelhard, I. (2020). Fear of the coronavirus (COVID-19): Predictors in an online study conducted in March 2020. *Journal of Anxiety Disorders*, 74:102258.
68. Mogi, M., Horiuchi, M. (2011). Clinical interaction between brain and kidney in small vessel disease. *Cardiol. Res. Pract.*, 306189.
69. Mohajan, HK. (2018). Qualitative Research Methodology in Social Sciences and Related Subjects. *Journal of Economic Development, Environment and People*, 7(1):23-48.
70. Murtagh, FE., Addington-Hall, J., Higginson, IJ. (2007). The prevalence of symptoms in end-stage renal disease: a systematic review. *Adv Chronic Kidney Dis.*, 14(1):82-99.
71. Naicker, S., Yang, CW., Hwang, SJ., Liu, BC., Chen, JH., Jha, V. (2020). The Novel Coronavirus 2019 epidemic and kidneys. *Kidney Int.*, 97(5):824-828.
72. Ng, HJ., Tan, WJ., Mooppil, N., Newman, S., Griva, K. (2015). Prevalence and patterns of depression and anxiety in hemodialysis patients: a 12-month prospective study on incident and prevalent populations. *Br J Health Psychol.*, 20(2):374-95.

73. Nicholas, S. B., Kalantar-Zadeh, K., Norris, K. C. (2015). Socioeconomic disparities in chronic kidney disease. *Adv. Chronic. Kidney Dis.*, 226–15. 1
74. Noble, H., Smith, J. (2018). Issues of validity and reliability in qualitative research. *Evid Based Nurs*, 18(2):34-36.
75. Noris, M., Benigni, A., Remuzzi, G. (2020). The case of complement activation in COVID-19 multiorgan impact. *Kidney Int.*,98(2):314-322.
76. Nowell, L., Norris, J., White, D., Moules, N. (2017). Thematic Analysis: Striving to Meet the Trustworthiness Criteria. *International Journal of Qualitative Methods*, 16:1-13.
77. Od, B., Aydin, E., Keyvan, A., Ms, Y., Tuna, O., DevrimciOzguven, H. (2017). Psychiatric comorbidity, sexual dysfunction, and quality of life in patients undergoing hemodialysis: a case-control study. *Noro Psikiyatrs Ars.*, 54(2):137–142.
78. Omona, J. (2013). Sampling in Qualitative Research: Improving the Quality of Research Outcomes in Higher Education. *Makerere Journal of Higher Education*, 4(2):169 – 185,
79. Ornell, F., Schuch, J.B., Sordi, A.O., Kessler, F.H.P. (2020). “Pandemic fear” and COVID-19: Mental health burden and strategies. *Braz. J. Psychiatry*, 42:232–235.
80. Palmer, SC., Natale, P., Ruospo, M., Saglimbene, VM., Rabindranath, KS., Craig, JC., Strippoli, GF. (2016). Antidepressants for treating depression in adults with end-stage kidney disease treated with dialysis. *Cochrane Database Syst Rev.*, 2016(5):CD004541.
81. Parasher, A. (2020). COVID-19: Current understanding of its pathophysiology, clinical presentation and treatment. *Postgrad Med J.*, 1:1–9.
82. Perrin, PC., McCabe, OL., Everly, GS Jr., Links, JM. (2009). Preparing for an influenza pandemic: mental health considerations. *Prehosp Disaster Med.*, 24(3):223-30.
83. Petzold, M.B., Bendau, A., Plag, J., Pyrkosch, L., Maricic, L., Betzler, F., Rogoll, J., Große, J., Ströhle, A. (2020). Risk, resilience, psychological distress, and anxiety at the beginning of the COVID-19 pandemic in Germany. *Brain Behav.*,e01745.
84. Pratt, L.A., Brody, D.J. (2014). Depression in the U.S. household population, 2009-2012. *NCHS Data Brief*, 172:1–8.

85. Purnell, T. S., Auguste, P., Crews, D. C., Lamprea-Montealegre, J., Olufade, T., Greer, R., Ephraim, P., Sheu, J., Kosteci, D., Powe, N. R., Rabb, H., Jaar, B., & Boulware, L. E. (2013). Comparison of life participation activities among adults treated by hemodialysis, peritoneal dialysis, and kidney transplantation: a systematic review. *American journal of kidney diseases: the official journal of the National Kidney Foundation*, 62(5):953–973.
86. Raony, I., Saggiaro de Figueiredo, C., Pandolfo, P., Giestal-de-Araujo, E., Oliviera-Silva Bomfim, P., Savino, W. (2020). Psycho-neuroendocrine immune interactions in COVID-19: Potential impacts on mental health. *Front. Immunol.*, 11:1170.
87. Reig-Ferrer, A., Dolores Arenas, M., Ferrer-Cascales, R., Dolores Fernández-Pascual, M., Albaladejo-Blázquez, N., Teresa Gil, M., de la Fuente, V. (2012). Evaluation of spiritual well-being. *Nefrologia*, 32(6):731-42
88. Rogers, J. P., Chesney, E., Oliver, D., Pollak, T. A., McGuire, P., Fusar-Poli, P., et al. (2020). Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections: a systematic review and meta-analysis with comparison to the COVID-19 pandemic. *Lancet Psychiatry*, 7(1):611–627.
89. Roshanravan, B., Gamboa, J., Wilund, K. (2017). Exercise and CKD: skeletal muscle dysfunction and practical application of exercise to prevent and treat physical impairments in CKD. *Am J Kidney Dis.*, 69:837–852.
90. Ruan, Q., Yang, K., Wang, W., Jiang, L., & Song, J. (2020). Correction to: Clinical predictors of mortality due to COVID-19 based on an analysis of data of 150 patients from Wuhan, China. *Intensive care medicine*, 46(6):1294–1297.
91. Sanyaolu, A., Okorie, C., Marinkovic, A., Patidar, R., Younis, K., Desai, P., Hosein, Z., Padda, I., Mangat, J., Altaf, M. (2020). Comorbidity and its Impact on Patients with COVID-19. *SN Comprehensive Clinical Medicine*, 1–8.
92. Schimmenti, A., Billieux, J., Starcevic, V. (2020). The four horsemen of fear: An integrated model of understanding fear experiences during the COVID-19 pandemic. *Clinical Neuropsychiatry*, 17(2):41-45.
93. Schouten, RW., Haverkamp, GL., Loosman, WL., Chandie Shaw, PK., van Ittersum, FJ., Smets, YFC., Vleming, LJ., Dekker, FW., Honig, A., Siegert, CEH. (2019). Anxiety Symptoms, Mortality, and Hospitalization in Patients Receiving Maintenance Dialysis: A Cohort Study. *Am J Kidney Dis.*, 74(2):158-166.

94. Sedaghat, S., Cremers, LG., de Groot, M., Hoorn, EJ., Hofman, A., van der Lugt, A., Franco, OH., Vernooij, MW., Dehghan, A., Ikram, MA. (2015). Kidney function and microstructural integrity of brain white matter. *Neurology*, 85(2):154-61.
95. Sheshadri, A., Kittiskulnam, P., Johansen, KL. (2019). Higher physical activity is associated with less fatigue and insomnia among patients on hemodialysis. *Kidney Int Rep.*, 4(2):285–92.
96. Shigemura, J., Ursano, R.J., Morganstein, J.C., Kurosawa, M., Benedek, D.M. (2020). Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: Mental health consequences and target populations. *Psychiatry Clin. Neurosci.*, 74:281–282.
97. Shin, L.M., Liberzon, I. (2010). The Neurocircuitry of Fear, Stress, and Anxiety Disorders. *Neuropsychopharmacology*, 35:169–191.
98. Simões E Silva, A.C., Miranda, A.S., Rocha, N.P., & Teixeira, A.L. (2019). Neuropsychiatric Disorders in Chronic Kidney Disease. *Frontiers in pharmacology*, 10, 932. <https://doi.org/10.3389/fphar.2019.00932>
99. Smolander, J., Bruchfeld, A. (2021). The COVID-19 Epidemic: Management and Outcomes of Hemodialysis and Peritoneal Dialysis Patients in Stockholm, Sweden. *KidneyBloodPressRes.*, 46:250-256.
100. Sousa, H, Ribeiro, O, Costa, E, Frontini, R, Paúl, C, Amado, L, Miranda, V, Ribeiro, F, Figueiredo, D. (2021). Being on hemodialysis during the COVID-19 outbreak: A mixed-methods' study exploring the impacts on dialysis adequacy, analytical data, and patients' experiences. *Semin Dial.*, 34(1):66-76.
101. Tamura, MK., Pajewski, NM., Bryan, RN., Weiner, DE., Diamond, M., Van Buren, P., Taylor, A., Beddhu, S., Rosendorff C., Jahanian, H., Zaharchuk, G; SPRINT Study Research Group. (2016). Chronic kidney disease, cerebral blood flow, and white matter volume in hypertensive adults. *Neurology*, 86(13):1208-16.
102. Taylor, S., Landry, C., Paluszek, M., Fergus, TA., McKay, D. Asmundson, G. (2020). Development and initial validation of the COVID stress scales. *Journal of Anxiety Disorders*, 72:102232.
103. Tedeschi, RG., Calhoun, LG. (2004). Posttraumatic growth: conceptual foundations and empirical evidence. *Psychol Inquiry*, 15(1):1-18.

104. Toyoda, K., Ninomiya, T. (2014). Stroke and cerebrovascular diseases in patients with chronic kidney disease. *Lancet Neurol.*, 13:823–833.
105. Tu, H., Tu, S., Gao, S., Shao, A., Sheng, S. (2020). Current epidemiological and clinical features of COVID-19; a global perspective from China. *J Infect.*, 81(1):1-9.
106. UK Renal Registry. (2020). *COVID-19 surveillance report for renal centres in the UK: A summary of the first wave of the pandemic – March to August 2020*. Bristol, UK: The Renal Association. Available on: https://renal.org/sites/renal.org/files/covid_report_first_wave_FINAL_041220.pdf [Accessed August 2021].
107. Usher, K., Bhullar, N., Jackson, D. (2020). Life in the pandemic: Social isolation and mental health. *J Clin Nurs.*, 29(15-16):2756-2757.
108. Valero, N., Vélez, M., Durán, A., Portillo, M. (2020). COVID-19 coping: Stress, fear, anxiety, and depression? *Enferm. Inv.*, 5(3):63–70.
109. Vindegaard, N., Benros, ME. (2020). COVID-19 pandemic and mental health consequences: systematic review of the current evidence. *Brain Behav Immun.*, 89:531–42.
110. Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, CS., Ho, RC. (2020). Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5):1729.
111. Weisbord, S. D., Mor, M. K., Sevick, M. A., Shields, A. M., Rollman, B. L., Palevsky, P. M., Arnold, R. M., Green, J. A., & Fine, M. J. (2014). Associations of depressive symptoms and pain with dialysis adherence, health resource utilization, and mortality in patients receiving chronic hemodialysis. *Clinical journal of the American Society of Nephrology : CJASN*, 9(9):1594–1602.
112. White, SL., Cass, A., Atkins, RC., Chadban, S. (2005). Chronic kidney disease in the general population. *Adv Chronic Kidney Dis.*, 12(1):5–13.
113. World Health Organization. (2004). *Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Practice: Summary Report/a Report from the World Health Organization*. Geneva: World Health Organization.

114. Yuki, K., Fujiogi, M., Koutsogiannaki, S. (2020). COVID-19 pathophysiology: A review. *Clin Immunol.*, 215: 108427.
115. Zhang, JJ., Dong, X., Cao, YY., Yuan, YD., Yang, YB., Yan, YQ., Akdis, CA., Gao, YD. (2020). Clinical characteristics of 140 patients infected with SARS-CoV-2 in Wuhan, China. *Allergy*, 75(7):1730-1741.
116. Zhang, Q. L., Wang, S., Zhang, Y., & Meng, F. (2021). The effect of refined nursing intervention on patients undergoing maintenance hemodialysis in the hemodialysis center during the COVID-19 epidemic. *BMC nursing*, 20(1):66.
117. Zohrabi, M. (2013). Mixed Method Research: Instruments, Validity, Reliability and Reporting Findings. *TheoryandPracticeinLanguageStudies*, 3(2):254–262.
118. Μαντζούκας, Σ. (2007). Ποιοτική έρευνα σε έξι εύκολα βήματα η επιστημολογία, οι μέθοδοι και η παρουσίαση. *Νοσηλευτική*, 46(1):88–9.