



## Καλωσορίσατε στην ευρωπαϊκή έρευνα για ασθενείς αιμοκάθαρσης, περιτοναϊκής και μεταμόσχευσης νεφρού!

Ερευνητές από το Νοσοκομείο AMC του Άμστερνταμ συμμετέχουν στο μεγάλο Ευρωπαϊκό ερευνητικό πρόγραμμα (EDITH) (<http://edith-project.eu/>). Η Ευρωπαϊκή Ένωση στοχεύει στην ίση πρόσβαση όλων των Ευρωπαίων ασθενών με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου, στο σύνολο των προσφερομένων μεθόδων υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας (θεραπείες) που παρέχονται αυτή τη στιγμή.

Σε συνεργασία με την Ευρωπαϊκή Ομοσπονδία Νεφροπαθών (European Kidney Patients Federation) προσπαθούμε να κινητοποιήσουμε όσο το δυνατόν μεγαλύτερο αριθμό ασθενών για συμμετοχή στην παρούσα έρευνα.

Σκοπός της έρευνας είναι να αποτυπώσει τους παράγοντες εκείνους που συνέβαλλαν στην επιλογή των θεραπειών στις οποίες έχετε υποβληθεί ή σε αυτές που θα υποβληθείτε ως ασθενής με Χρόνια Νεφρική Νόσο (ΧΝΝ) τελικού σταδίου.

Τα αποτελέσματα της έρευνας θα αξιοποιηθούν προκειμένου να βελτιωθεί η ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας.

### Είναι σημαντικό να ξέρετε ότι:

- Το ερωτηματολόγιο αυτό είναι **ανώνυμο** και παίρνει 10-15' για να συμπληρωθεί
- Μπορείτε να αποστείλετε τον σύνδεσμο και σε άλλους νεφροπαθείς (που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση, περιτοναϊκή κάθαρση ή μεταμόσχευση νεφρού)

Το link για ηλεκτρονική συμμετοχή στην έρευνα είναι: <https://limesurvey.amc.nl/cru/index.php/292146>

Για περισσότερες πληροφορίες, παρακαλούμε όπως επικοινωνήσετε με την κα Rianne de Jong, στο Νοσοκομείο AMC του Άμστερνταμ, μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου στο [edith@amc.uva.nl](mailto:edith@amc.uva.nl)

## Ευχαριστούμε πολύ για τη συμμετοχή σας!

1. Σε ποια μέθοδος υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας (θεραπεία) υποβάλλεστε τώρα για να αντιμετωπίσετε την Χρόνια Νεφρική Νόσο (ΧΝΝ) τελικού σταδίου? **(Σημειώστε 1 μόνο επιλογή)**

- Αιμοκάθαρση (σε νοσοκομείο ή κέντρο αιμοκάθαρσης)  Μεταμόσχευση νεφρού από ζώντα δότη
- Κατ' οίκον αιμοκάθαρση  Μεταμόσχευση νεφρού από μεταθανάτιο δότη
- Περιτοναϊκή κάθαρση (APD/ CCPD or CAPD)

2. Ποια χρονιά ξεκινήσατε την παρούσα μέθοδο υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας ?

ΕΤΟΣ: \_ \_ \_ \_ \_

3. Βρίσκεστε αυτή τη στιγμή σε λίστα αναμονής για μεταμόσχευση νεφρού από μεταθανάτιο δότη ? **(Σημειώστε 1 μόνο επιλογή)**

- Ναι (Συνεχίστε στην ερώτηση 5)  Όχι (παρακαλώ διευκρινίστε τον λόγο):  Δεν γνωρίζω
- (Σημειώστε 1 μόνο επιλογή)**
- Έχω ήδη υποβληθεί σε μεταμόσχευση νεφρού
- Δεν μπορώ, για ιατρικούς λόγους, να υποβληθώ σε μεταμόσχευση νεφρού
- Αναμένω να μεταμοσχευθώ από ζώντα δότη
- Αναμένω την ένταξη μου σε λίστα αναμονής σε μεταγενέστερο στάδιο
- Δε θέλω να υποβληθώ σε μεταμόσχευση νεφρού
- Δεν διαθέτω τους οικονομικούς πόρους για να υποβληθώ σε μεταμόσχευση νεφρού
- Το νοσοκομείο μου δεν παρέχει τη δυνατότητα μεταμόσχευσης νεφρού

4. Έχετε ποτέ συμπεριληφθεί σε λίστα αναμονής για μεταμόσχευση νεφρού από μεταθανάτιο δότη? **(Σημειώστε 1 μόνο επιλογή)**

- Ναι  Όχι  Δεν γνωρίζω

5. Υποβάλλεστε ή έχετε υποβληθεί ποτέ σε αιμοκάθαρση (σε νοσοκομείο ή ιδιωτική μονάδα αιμοκάθαρσης)?

- Ναι  Όχι

Παρακαλώ αιτιολογείστε:

**(επιλέξτε τους 5 σημαντικότερους λόγους)**

- Δεν υπήρχε άλλη θεραπεία
- Έπρεπε να υποβληθώ άμεσα σε θεραπεία
- Η προηγούμενη θεραπεία απέτυχε
- Επίδραση στο προσδόκιμο ζωής
- Επίδραση στην κοινωνική μου ζωή
- Επίδραση στην ποιότητα ζωής
- Δυνατότητα απασχόλησης ή φοίτησης
- Δυνατότητα ταξιδιού ή διακοπών
- Ευελιξία στην προσαρμογή προγράμματος θεραπείας
- Οικονομική θεραπεία
- Αισθάνομαι ασφαλής σε κέντρο αιμοκάθαρσης
- Μέρρες χωρίς αιμοκάθαρση
- Φροντίδα από επαγγελματίες
- Συντροφιά άλλων ασθενών
- Ο γιατρός μου δε μου πρόσφερε άλλη επιλογή
- Άλλος λόγος: \_\_\_\_\_

Παρακαλώ αιτιολογείστε **γιατί όχι!**

**(επιλέξτε τους 5 σημαντικότερους λόγους)**

- Επειδή υπήρχε ήδη διαθέσιμο μόσχευμα νεφρού
- Δεν προσφέρετε αυτή η θεραπεία στο νοσοκομείο μου
- Έλλειψη πληροφόρησης για αυτή τη θεραπεία
- Η αιμοκάθαρση δεν ήταν εφικτή για τεχνικούς λόγους
- Επίδραση στο προσδόκιμο ζωής
- Επίδραση στην ποιότητα ζωής
- Πολλές επισκέψεις στο νοσοκομείο ή το ιδ. κέντρο
- Ακριβή θεραπεία
- Πολλοί περιορισμοί στη διατροφή
- Αρνητική συνέπεια στην κοινωνική μου ζωή
- Δυσκολία απασχόλησης ή φοίτησης
- Δύσκολο να ταξιδέψεις ή να πας διακοπές
- Μη ευέλικτο πρόγραμμα θεραπείας
- Αποστροφή για φίστουλα/μόσχευμα
- Φοβία αίματος ή βελονών
- Αποστροφή παρουσίας άλλων ασθενών
- Ο γιατρός μου δεν μου πρόσφερε αυτή τη θεραπεία
- Άλλος λόγος: \_\_\_\_\_

6. Υποβάλλεστε ή έχετε υποβληθεί ποτέ σε κατ' οίκον αιμοκάθαρση?

Ναι

Παρακαλώ αιτιολογείστε:

(επιλέξτε τους 5 σημαντικότερους λόγους)

- Επίδραση στο προσδόκιμο ζωής
- Επίδραση στην κοινωνική μου ζωή
- Επίδραση στην ποιότητα ζωής
- Δυνατότητα απασχόλησης ή φοίτησης
  
- Δυνατότητα ταξιδιού ή διακοπών
- Ευελιξία στον προγραμματισμό της θεραπείας
- Περιορισμένος αριθμός επισκέψεων στο νοσοκομείο
- Περισσότερη ανεξαρτησία με αυτή τη μέθοδο
- Η θεραπεία πραγματοποιείται πιο άνετα στο σπίτι
- Οικονομική θεραπεία
- Ο γιατρός μου προτίμησε αυτή τη θεραπεία
- Δεν υπήρχε δυνατότητα για άλλη θεραπεία
- Άλλος λόγος: \_\_\_\_\_

Όχι

Παρακαλώ αιτιολογείστε γιατί όχι:

(επιλέξτε τους 5 σημαντικότερους λόγους)

- Επειδή υπήρχε ήδη διαθέσιμο μόσχευμα νεφρού
- Δεν προσφέρετε αυτή η θεραπεία στο νοσοκομείο μου
- Έλλειψη πληροφόρησης για αυτή τη θεραπεία
- Ακατάλληλος/η για ιατρικούς λόγους να ακολουθήσω τη συγκεκριμένη θεραπεία
- Δε θέλω να υποβάλλομαι σε θεραπεία στο σπίτι
- Ακριβή θεραπεία
- Πολλοί περιορισμοί στη διατροφή
- Επίδραση στην κοινωνική μου ζωή
- Δυσκολία απασχόλησης ή φοίτησης
- Δύσκολο να ταξιδέψεις ή να πας διακοπές
- Μη ευέλικτο πρόγραμμα θεραπείας
- Ανασφάλεια λόγω μη επίβλεψης
- Φόβος αυτό-παρακέντησης
- Ακατάλληλο σπίτι
- Μη διαθέσιμος/η βοηθός
- Ο γιατρός μου δε μου πρόσφερε την επιλογή αυτής της θεραπείας
- Άλλος λόγος: \_\_\_\_\_

7. Υποβάλλεστε ή έχετε υποβληθεί ποτέ σε περιτοναϊκή αιμοκάθαρση (APD/CCPD ή CAPD)?

Ναι

Παρακαλώ αιτιολογείστε:

(επιλέξτε τους 5 σημαντικότερους λόγους)

- Επίδραση στο προσδόκιμο ζωής
- Επίδραση στην κοινωνική μου ζωή
- Επίδραση στην ποιότητα ζωής
- Οικονομική θεραπεία
  
- Δυνατότητα απασχόλησης ή φοίτησης
- Δυνατότητα ταξιδιού ή διακοπών
- Ευελιξία στον προγραμματισμό της θεραπείας
- Περιορισμένος αριθμός επισκέψεων στο νοσοκομείο
- Περισσότερη ανεξαρτησία με αυτή τη μέθοδο
- Η θεραπεία πραγματοποιείται πιο άνετα στο σπίτι
- Ο γιατρός μου προτίμησε αυτή τη θεραπεία
- Δεν υπήρχε δυνατότητα για άλλη θεραπεία
- Η προηγούμενη θεραπεία απέτυχε
- Άλλος λόγος: \_\_\_\_\_

Όχι

Παρακαλώ αιτιολογείστε γιατί όχι:

(επιλέξτε τους 5 σημαντικότερους λόγους)

- Επειδή υπήρχε ήδη διαθέσιμο μόσχευμα νεφρού
- Δεν προσφέρετε αυτή η θεραπεία στο νοσοκομείο μου
- Έλλειψη πληροφόρησης για αυτή τη θεραπεία
- Ακατάλληλος/η για ιατρικούς λόγους να ακολουθήσω τη συγκεκριμένη θεραπεία
- Δε θέλω να υποβάλλομαι σε θεραπεία στο σπίτι
- Επίδραση στο προσδόκιμο ζωής
- Επίδραση στην ποιότητα ζωής
- Ακριβή θεραπεία
- Επίδραση στην κοινωνική μου ζωή
- Δυσκολία απασχόλησης ή φοίτησης
- Δύσκολο να ταξιδέψεις ή να πας διακοπές
- Χρονοβόρα θεραπεία
- Ανασφάλεια λόγω μη επίβλεψης
- Απέχθεια του κοιλιακού καθετήρα
- Φόβος περιτονίτιδας (μόλυνσης)
- Φόβος αύξησης βάρους
- Ακατάλληλο σπίτι
- Μη διαθέσιμος/η βοηθός
- Ο γιατρός μου δε μου πρόσφερε την επιλογή αυτής της θεραπείας
- Άλλος λόγος: \_\_\_\_\_

### 8. Έχετε ποτέ υποβληθεί σε μεταμόσχευση νεφρού από ζώντα δότη?

Είναι πολύ πιθανό τώρα να υποβάλλεστε σε άλλη μέθοδο υποκατάστασης - θεραπείας

Ναι

Παρακαλώ αιτιολογείστε:

(επιλέξτε τους 5 σημαντικότερους λόγους)

- Επίδραση στο προσδόκιμο ζωής
- Επίδραση στην κοινωνική μου ζωή
- Επίδραση στην ποιότητα ζωής
- Οικονομική θεραπεία
- Δυνατότητα απασχόλησης ή φοίτησης
- Δυνατότητα ταξιδιού ή διακοπών
- Δυνατότητα εγκυμοσύνης
- Λιγότεροι περιορισμοί στη διατροφή
- Περιορισμένος αριθμός επισκέψεων στο νοσοκομείο
- Μειωμένες πιθανότητες απόρριψης
- Δεν θέλω να περιμένω μόσχευμα από μεταθανάτιο δότη
- Περισσότερη ανεξαρτησία με αυτή τη μέθοδο θεραπείας
- Ο γιατρός μου προτίμησε αυτή τη θεραπεία
- Άλλος λόγος: \_\_\_\_\_

Όχι

Παρακαλώ αιτιολογείστε γιατί όχι:

(επιλέξτε τους 5 σημαντικότερους λόγους)

- Δεν υπήρχε διαθέσιμο μόσχευμα νεφρού από ζώντα δότη
- Υποβλήθηκα σε μεταμόσχευση από μεταθανάτιο δότη
- Δεν προσφέρετε αυτή η θεραπεία στο νοσοκομείο μου
- Έλλειψη πληροφόρησης για αυτή τη θεραπεία
- Δεν είμαι αρκετά υγιής για μεταμόσχευση
- Έχω ξεπεράσει το όριο ηλικίας για μεταμόσχευση
- Προετοιμάζομαι για μεταμόσχευση
- Ακριβή θεραπεία
- Δε θέλω να ζητήσω από συγγενείς ή φίλους να γίνουν δωρητές
- Επιφυλάξεις για την υγεία του ζώντα δότη
- Φόβος για την χειρουργική επέμβαση μεταμόσχευσης
- Φόβος απόρριψης του μοσχεύματος
- Απαρέσκεια για λήψη φαρμάκων ανοσοκαταστολής
- Είμαι κατά της μεταμόσχευσης οργάνων από ζώντες δότες
- Ο γιατρός μου δεν μου πρόσφερε την επιλογή αυτής της θεραπείας
- Ο γιατρός μου θεωρεί ότι η αιμοκάθαρση είναι καλύτερη για μένα
- Άλλος λόγος: \_\_\_\_\_

### 9. Έχετε ποτέ υποβληθεί σε μεταμόσχευση νεφρού από μεταθανάτιο δότη?

Είναι πολύ πιθανό τώρα να υποβάλλεστε σε άλλη μέθοδο υποκατάστασης - θεραπείας

Ναι

Παρακαλώ αιτιολογείστε:

(επιλέξτε τους 5 σημαντικότερους λόγους)

- Επίδραση στο προσδόκιμο ζωής
- Επίδραση στην κοινωνική μου ζωή
- Επίδραση στην ποιότητα ζωής
- Οικονομική θεραπεία
- Δυνατότητα απασχόλησης ή φοίτησης
- Δυνατότητα ταξιδιού ή διακοπών
- Δυνατότητα εγκυμοσύνης
- Λιγότεροι περιορισμοί στη διατροφή
- Περιορισμένος αριθμός επισκέψεων στο νοσοκομείο
- Περισσότερη ανεξαρτησία με αυτή τη μέθοδο θεραπείας
- Δεν υπήρχε διαθέσιμο μόσχευμα νεφρού από ζώντα δότη
- Ο γιατρός μου προτίμησε αυτή τη θεραπεία
- Άλλος λόγος: \_\_\_\_\_

Όχι

Παρακαλώ αιτιολογείστε γιατί όχι:

(επιλέξτε τους 5 σημαντικότερους λόγους)

- Δεν προσφέρετε αυτή η θεραπεία στο νοσοκομείο μου
- Έλλειψη πληροφόρησης για αυτή τη θεραπεία
- Δεν είμαι αρκετά υγιής για μεταμόσχευση
- Έχω ξεπεράσει το όριο ηλικίας για μεταμόσχευση
- Είμαι στη λίστα αναμονής για μεταμόσχευση
- Ακριβή θεραπεία
- Ο νεφρός από μεταθανάτιο δότη έχει μικρότερη διάρκεια ζωής από τον νεφρό ζώντα δότη
- Υπήρχε διαθέσιμο μόσχευμα νεφρού από ζώντα δότη
- Δεν θέλω να είμαι σε λίστα αναμονής για μεταμόσχ.
- Φόβος για την χειρουργική επέμβαση μεταμόσχευσης
- Φόβος απόρριψης του μοσχεύματος
- Απαρέσκεια για λήψη φαρμάκων ανοσοκαταστολής
- Είμαι κατά της μεταμόσχευσης οργάνων από μεταθανάτιους δότες
- Ο γιατρός μου δεν μου πρόσφερε την επιλογή αυτής της θεραπείας
- Ο γιατρός μου θεωρεί ότι η αιμοκάθαρση είναι καλύτερη για μένα
- Άλλος λόγος: \_\_\_\_\_

10. Ποια ήταν η πρώτη μέθοδος υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας στην οποία υποβληθήκατε? **(Σημειώστε 1 μόνο επιλογή)**

- Αιμοκάθαρση (σε νοσοκομείο ή κέντρο αιμοκάθαρσης)  Μεταμόσχευση νεφρού από ζώντα δότη  
 Κατ' οίκον αιμοκάθαρση  Μεταμόσχευση νεφρού από μεταθανάτιο δότη  
 Περιτοναϊκή κάθαρση (APD/ CCPD or CAPD)

11. Πότε ξεκινήσατε την πρώτη μέθοδο υποκατάστασης της νεφρικής σας λειτουργίας?

ΕΤΟΣ: .....

12. Πόσο καιρό πριν από την έναρξη της πρώτης μεθόδου υποκατάστασης λάβατε γνώση και για άλλες επιλογές υποκατάστασης?

**(Σημειώστε 1 μόνο επιλογή)**

- Καμία ενημέρωση πριν από την έναρξη της πρώτης μου θεραπείας  
 Λιγότερο από ένα μήνα πριν από την έναρξη  
 1-3 μήνες πριν από την έναρξη  
 4-12 μήνες πριν από την έναρξη  
 Περισσότερο από 12 μήνες πριν από την έναρξη

13. Παρακαλώ σημειώστε όλες τις πηγές από όπου αντλήσατε πληροφόρηση για την Χρόνια Νεφρική Νόσο.

- Νεφρολόγος  Άλλους νεφροπαθείς  Ομοσπονδίες νεφροπαθών  
 Άλλος γιατρός  Εγχειρίδια / ενημερωτικά φυλλάδια  
 Νοσοκόμος/α  Ιστοσελίδες/διαδίκτυο

14. Παρακαλώ σημειώστε το βαθμό ικανοποίησης σας σχετικά με την παρεχόμενη πληροφόρηση για κάθε μέθοδο υποκατάστασης οιαδήποτε στιγμή. Επίσης, σημειώστε το βαθμό ικανοποίησης σας για την πληροφόρηση που λάβατε ακόμη και για μεθόδους υποκατάστασης που δεν ακολουθήσατε.

**(Σημειώστε 1 μόνο επιλογή ανά σειρά)**

	Καμία πληροφόρηση	Πολύ καλή	Καλή	Ουδέτερη	Κακή	Πολύ κακή
Αιμοκάθαρση (σε νοσοκομείο ή κέντρο αιμοκάθαρσης)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Κατ' οίκον αιμοκάθαρση	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Περιτοναϊκή κάθαρση (APD/ CCPD ή CAPD)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Μεταμόσχευση νεφρού από ζώντα δότη	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Μεταμόσχευση νεφρού από μεταθανάτιο δότη	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Συντηρητική διαχείριση (θεραπεία που περιλαμβάνει φαρμακευτική αγωγή και δίαιτα αντί αιμοκάθαρση ή μεταμόσχευση νεφρού)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

15. Γενικά, πως πήρατε την απόφαση σας για το είδος της θεραπείας που θα ακολουθούσατε? **(Σημειώστε 1 μόνο επιλογή)**

- Πήρα μόνος/η μου την απόφαση  
 Εγώ αποφάσισα, αλλά έλαβα σοβαρά υπόψιν τη γνώμη του γιατρού μου  
 Ο γιατρός μου και εγώ αποφασίσαμε από κοινού  
 Ο γιατρός μου αποφάσισε, λαμβάνοντας σοβαρά υπόψη τη δική μου γνώμη  
 Άφησα τον γιατρό να πάρει τις αποφάσεις  
 Ο γιατρός μου αποφάσισε, χωρίς να λάβει υπόψη τη δική μου γνώμη

16. Παρακαλώ σημειώστετε όλα τα άτομα που επηρέασαν την απόφαση σας σχετικά με την μέθοδο υποκατάστασης που τελικώς επιλέξατε. **(Μπορείτε να σημειώσετε πάνω από 1 επιλογή)**

- Σύζυγος ή σύντροφος  Άλλοι νεφροπαθείς  Εργοδότης/τρια  
 Άλλοι συγγενείς  Ο γιατρός μου  Άλλο άτομο  
 Φίλοι  Ο/Η νοσηλεύτης/ρια μου  Κανείς

17. Παρακαλώ σημειώστε το βαθμό ικανοποίησης σας σχετικά με τον τρόπο που λαμβάνονται **ΟΙ ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ** για τις μέθοδους υποκατάστασης στις οποίες έχετε υποβληθεί. **(Σημειώστε 1 μόνο επιλογή)**

- Πολύ καλή       Καλή       Ουδέτερη       Κακή       Πολύ κακή

18. Ποια ήταν ή ποια είναι **η εμπειρία σας** για κάθε μέθοδο υποκατάστασης που ακολουθήσατε για την ΧΝΝ τελικού σταδίου? Παρακαλώ σημειώστε «καμία εμπειρία» εάν δεν λάβατε αυτή τη θεραπεία. **(Σημειώστε 1 μόνο επιλογή ανά γραμμή)**

	Καμία εμπειρία	Πολύ καλή	Καλή	Ουδέτερη	Κακή	Πολύ κακή
Αιμοκάθαρση (σε νοσοκομείο ή κέντρο αιμοκάθαρσης)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Κατ' οίκον αιμοκάθαρση	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Περιτοναϊκή κάθαρση (APD/ CCPD ή CAPD)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Μεταμόσχευση νεφρού από ζώντα δότη	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Μεταμόσχευση νεφρού από μεταθανάτιο δότη	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

19. Κατά την γνώμη σας, **ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ** να λαμβάνετε υπόψη στην απόφαση για την επιλογή θεραπείας? **(Σημειώστε 1 μόνο επιλογή ανά γραμμή)**

	Πολύ σημαντικό	Σημαντικό	Ουδέτερο	Ασήμαντο	Εξαιρετικά ασήμαντο
Θέμα επιβίωσης	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ποιότητα ζωής	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Κόστος	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Κοινωνική ζωή	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Απασχόληση ή φοίτηση	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Δυνατότητα ταξιδιού ή διακοπών	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ευελιξία του προγράμματος θεραπείας	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Διατροφικοί Περιορισμοί	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ανεξαρτησία	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ασφάλεια	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ευκολία	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Σωματική εμφάνιση	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Συχνή επαφή με επαγγελματίες υγείας	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Συντροφιά άλλων ασθενών	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

20. Σε ποια χώρα διαμένετε? **(Σημειώστε 1 μόνο επιλογή)**

- ΚΥΠΡΟΣ       Άλλη χώρα: \_\_\_\_\_

21. Ποιο είναι το φύλο σας? **(Σημειώστε 1 μόνο επιλογή)**

- Άρρεν       Θήλυ

22. Ποιο έτος γεννηθήκατε? \_ \_ \_ \_ (Παρακαλώ σημειώστε το έτος)

23. Τι σπουδές έχετε ολοκληρώσει? **(Σημειώστε 1 μόνο επιλογή)**

- Καμία φοίτηση  Επαγγελματική κατάρτιση/εκπαίδευση  
 Δημοτικό σχολείο  Τριτοβάθμια εκπαίδευση  
 Γυμνάσιο

24. Παρούσα οικογενειακή κατάσταση? **(Σημειώστε 1 μόνο επιλογή)**

- Παντρεμένος/η  Χήρος/α  Διαζευγμένος/η  
 Συμβίωση  Ελεύθερος/η

25. Παρούσα Απασχόληση ? **(Σημειώστε 1 μόνο επιλογή)**

- Φοιτητής/τρια  Άνεργος/η  
 Νοικοκυρά  Λήπτης/τρια επιδόματος ή αναπηρικής σύνταξης  
 Εργαζόμενος/η (περιλ. αυτοαπασχολούμενους)  Συνταξιούχος  
 Εργαζόμενος/η με άδεια ασθενείας

26. Σε μια κανονική εβδομάδα, πόσες ώρες εργάζεστε επ' αμοιβή (συμπεριλ. της αυτοαπασχόλησης)?  
Παρακαλώ σημειώστε: \_ \_ \_

27. Πώς βαθμολογείτε την παρούσα σας ικανότητα προς εργασία σε σχέση με τις σωματικές απαιτήσεις της εργασίας σας?

**(Κυκλώστε την επιλογή που επιθυμείτε)**

0 (άσχημη)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (πολύ καλή)
---------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-------------------

28. Πώς βαθμολογείτε την παρούσα σας ικανότητα προς εργασία σε σχέση με τις πνευματικές απαιτήσεις της εργασίας σας?

**(Κυκλώστε την επιλογή που επιθυμείτε)**

0 (άσχημη)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (πολύ καλή)
---------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-------------------

29. Υποθέστε ότι η μέγιστη ικανότητα σας να εργαστείτε βαθμολογείται με 10. Βαθμολογίστε την τωρινή σας ικανότητα. (0 σημαίνει ότι είστε ανίκανος προς εργασία)

**(Κυκλώστε την επιλογή που επιθυμείτε)**

0 (ανίκανος προς εργασία)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (μέγιστη ικανότητα)
------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---------------------------

30. Το καθεστώς εργασίας σας διαφοροποιήθηκε εξαιτίας της ένταξης σας σε πρόγραμμα υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας? **(Σημειώστε 1 μόνο επιλογή)**

- Ναι → Παρακαλώ διευκρινίστε:  Όχι
- Σταμάτησα να εργάζομαι/συνταξιοδότηση
  - Απολύθηκα από την εργασία μου
  - Λήπτης/τρια επιδόματος ή αναπηρικής σύνταξης
  - Άλλαξα εργασία
  - Ξεκίνησα εκ νέου να εργάζομαι
  - Μείωσα τις ώρες εργασίας
  - Αύξησα τις ώρες εργασίας

31. Πάσχετε από τις κάτωθι ασθένειες? **(Σημειώστε 1 μόνο επιλογή ανά γραμμή)**

	Ναι	Όχι
Σακχαρώδης διαβήτης	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Πολυκυστική νεφροπάθεια	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Σπειραματονεφρίτιδα	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Κακοήθεια	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

32. Όταν υποβληθήκατε για πρώτη φορά σε μία εκ των μεθόδων υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας, συνειδητοποιήσατε ότι τα νεφρά σας είχαν (σχεδόν) σταματήσει να λειτουργούν? **(Σημειώστε 1 μόνο επιλογή)**

- Ναι  Όχι

**33. Πόση ώρα σας παίρνει κατά μέσο όρο για να μεταβείτε στο νοσοκομείο ή στην ιδιωτική μονάδα αιμοκάθαρσης? (Σημειώστε 1 μόνο επιλογή)**

- Λιγότερο από 30'     30-60 λεπτά     1 -2 ώρες     Περισσότερο από 2 ώρες

**34. Σας βοήθησε κάποιος/α στην συμπλήρωση αυτού του ερωτηματολογίου? (Σημειώστε 1 μόνο επιλογή)**

- Όχι, το συμπλήρωσα μόνος/η μου  
 Ναι, με βοήθησε γιατρός ή νοσοκόμος/α  
 Ναι, με βοήθησε άλλο άτομο

**35. Που βρήκατε αυτό το ερωτηματολόγιο? (Σημειώστε 1 μόνο επιλογή)**

- Μέσω της οργάνωσης νεφροπαθών όπου συμμετέχω  
 Μέσω του διαδικτύου και άλλων μέσων κοινωνικής δικτύωσης (Facebook, Twitter)  
 Μέσω ενός άλλου νεφροπαθή  
 Μέσω του/της νεφρολόγου μου  
 Άλλο: \_ \_ \_ \_ \_

**ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ/ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:**.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Ευχαριστούμε πάρα πολύ για τη συμμετοχή σας!**