



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ-ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΤΟΜΕΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ-ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ»
ΕΠΙΣΤ. ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ: Δ. ΔΑΜΙΓΟΣ, ΕΠΙΚΟΥΡΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

Πόνος και ψυχιατρική συννοσηρότητα σε ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια

Σπουδάστρια:

Ηλιάδου Δήμητρα, Ιατρός (Α.Μ. 127)

Επιβλέπων καθηγητής:

Σκαπινάκης Πέτρος, Αναπληρωτής Καθηγητής Ιατρικής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Τριμελής Επιτροπή Αξιολόγησης:

Δαμίγος Δημήτριος, Επίκουρος Καθηγητής Ιατρικής Ψυχολογίας, Πανεπιστήμιο
Ιωαννίνων

Ευαγγέλου Άγγελος, Ομότιμος Καθηγητής Φυσιολογίας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων
Καλφακάκου Βασιλική, Καθηγήτρια Φυσιολογίας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Ιωάννινα, 2011

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Εισαγωγή.....	3
Χρόνια νεφρική νόσος.....	5
<i>Ορισμός.....</i>	<i>5</i>
<i>Επιδημιολογία.....</i>	<i>6</i>
<i>Θεραπεία.....</i>	<i>6</i>
<i>Αιμοκάθαρση.....</i>	<i>7</i>
<i>Περιτοναϊκή διάλυση.....</i>	<i>7</i>
<i>Μεταμόσχευση νεφρού.....</i>	<i>8</i>
Νοσηρότητα- θνητότητα.....	9
Πόνος	10
Ψυχολογικά προβλήματα που σχετίζονται με ΧΝΝ.....	14
Ψυχικές διαταραχές σε ασθενείς με ΧΝΝ.....	18
<i>Κατάθλιψη.....</i>	<i>18</i>

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Ερευνητική υπόθεση.....	22
Ερευνητικά εργαλεία.....	23
Στατιστική Ανάλυση δεδομένων.....	25
Αποτελέσματα.....	25
Συζήτηση.....	29

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	36
--------------------------	-----------

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	43
-----------------------	-----------

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η χρόνια νεφρική νόσος (XNN) αποτελεί ένα πρόβλημα υγείας σε παγκόσμια κλίμακα, με ολοένα αυξανόμενη επίπτωση και επιπολασμό, χρήση υπηρεσιών υγείας και ανάλογο κόστος ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης. Οι νεφρικές νόσοι έχουν ένα ευρύ ηλικιακό φάσμα (Philips, 2001) και εκδηλώνονται, είτε με αιφνίδια οξεία ανεπάρκεια, είτε –συχνότερα- με χρόνια πορεία και σταδιακή έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας (Butler, 2007).

Ορισμένοι από τους ασθενείς αναρρώνουν από την αρχική νεφρική νόσο, οι περισσότεροι όμως μεταπίπτουν σε χρονιότητα. Τα αίτια της XNN είναι πολλαπλά και κυμαίνονται από πρωτοπαθείς νόσους των νεφρών (π.χ. πολυκυστική νόσος νεφρών), μεταβολικές παθήσεις, μέχρι συστηματικές παθήσεις. Ο σακχαρώδης διαβήτης, η αρτηριακή υπέρταση και οι σπειραματονεφρίτιδες είναι τα συχνότερα αίτια της XNN (Lea, 2002). Η θεραπευτική αντιμετώπιση της XNN περιλαμβάνει επαρκή ρύθμιση της αρτηριακής πίεσεως με φαρμακευτική αγωγή, ρύθμιση ποικίλων βιοχημικών παραμέτρων, αυστηρούς διαιτητικούς περιορισμούς και αλλαγές στον τρόπο ζωής (διακοπή καπνίσματος και έλεγχος σωματικού βάρους). Οι ανωτέρω θεραπευτικές παρεμβάσεις επιβραδύνουν σε κάποιο βαθμό την εξέλιξη της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας, χωρίς ωστόσο να εμποδίζουν την κατάληξη στο τελικό στάδιο της χρόνιας νεφρικής νόσου (ΤΣΧΝΝ). Σε αυτό το στάδιο πλέον υπάρχουν δύο εναλλακτικές θεραπείες, η νεφρική υποκατάσταση είτε με αιμοκάθαρση, είτε με περιτοναϊκή διάλυση και η μεταμόσχευση νεφρού (Butler, 2007).

Οι ασθενείς με XNN υποφέρουν από επιπλοκές όπως, καρδιαγγειακά προβλήματα, αναιμία, υπεραπαρathyρεοειδισμό και παθήσεις των οστών (Evans, 1985). Ο πόνος σε αυτούς τους ασθενείς είναι από τα προεξάρχοντα προβλήματα, που συχνά όμως υποδιαγιγνώσκεται και υποθεραπεύεται (Davinson 2003, Claxton 2009). Αυτή η αδυναμία αναγνώρισης και ανακούφισης του πόνου αυξάνει τη χρήση υπηρεσιών υγείας λόγω παρατεταμένων νοσηλείων, επιδεινώνει την πρόγνωση και συμβιβάζει την ποιότητα ζωής.

Σε αντιστοιχία με ασθενείς που υποφέρουν από χρόνιες παθήσεις, οι πάσχοντες από XNN αντιμετωπίζουν πολλαπλές απώλειες (υγείας, εργασίας, αυτοεκτίμησης,

διαπροσωπικών σχέσεων), οι οποίες αυξάνουν την προδιάθεση για ψυχικές διαταραχές. Υπάρχουν ενδείξεις ότι η συχνότητα ψυχιατρικών διαταραχών είναι υψηλότερη, συγκριτικά με ασθενείς που πάσχουν από άλλα χρόνια νοσήματα (Kimmel et al, 1998) Η κατάθλιψη είναι ο συχνότερος λόγος παραπομπής για ψυχιατρική εξέταση στις περισσότερες χώρες και ακολουθούν η διαταραχή προσαρμογής, το οξύ οργανικό παραλήρημα (delirium), οι αγχώδεις διαταραχές, οι διαταραχές ύπνου και η κατάχρηση ουσιών (Hailey 2001, Rustomjee 1996)

Αν και η αιτιολογική σχέση ανάμεσα στην κατάθλιψη και τον πόνο δεν είναι ξεκάθαρη, η παρουσία ψυχικής διαταραχής φαίνεται πως περιπλέκει τη θεραπεία και την αποκατάσταση του χρόνιου πόνου σε άλλους πληθυσμούς ασθενών. Η βιβλιογραφία υποστηρίζει ότι ο χρόνιος πόνος αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την εκδήλωση κατάθλιψης σε ηλικιωμένους ασθενείς με ΧΝΝ.

ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟΣ

Ορισμοί

Το Φεβρουάριο του 2002, το Εθνικό Ίδρυμα Νεφρού στις Η.Π.Α. εξέδωσε 15 κλινικές κατευθυντήριες γραμμές, στοχεύοντας στο σαφή ορισμό, ταξινόμηση, εκτίμηση, ανίχνευση παραγόντων κινδύνου και αντιμετώπιση των επιπλοκών της νεφρικής νόσου. Η χρόνια νεφρική νόσος ορίζεται είτε ως μη αναστρέψιμη νεφρική βλάβη, είτε ως μειωμένη νεφρική λειτουργία, για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των τριών μηνών και διακρίνεται με βάση το ρυθμό σπειραματικής διήθησης (GFR) σε 5 στάδια (National Kidney Foundation, 2002) (πίνακας 1)

Πίνακας 1. Στάδια χρόνιας νεφρικής νόσου

Στάδια	Περιγραφή	Ρυθμός σπειραματικής διήθησης (GFR) ml/min/1,73 m ²
1	Νεφρική βλάβη με φυσιολογικό ή αυξημένο GFR	>90
2	Νεφρική βλάβη με μικρή μείωση του GFR	60-89
3	Μέτρια μείωση του GFR	30-59
4	Σοβαρή μείωση του GFR	15-29
5	Νεφρική ανεπάρκεια	<15 (ή απαραίτητη η υποκατάσταση)

Η νεφρική βλάβη επιβεβαιώνεται συνήθως από παρακλινικούς δείκτες και όχι με βιοψία νεφρού. Ο σημαντικότερος εργαστηριακός δείκτης νεφρικής βλάβης είναι η επίμονη πρωτεϊνουρία (Keane, 1999). Άλλοι δείκτες που χρησιμοποιούνται για την ανίχνευση βλάβης, είναι η αναλογία αλβουμίνης- κρεατινίνης καθώς και ευρήματα στο ίζημα ούρων και σε απεικονιστικές εξετάσεις. Ο ρυθμός σπειραματικής διήθησης (GFR) είναι ο πιο αξιόπιστος δείκτης νεφρικής λειτουργίας. Οι φυσιολογικές τιμές του GFR σε ενήλικες κυμαίνονται από 120 έως 130 ml/min/1,73 m² και

επηρεάζονται από την ηλικία, το φύλο και το σωματικό βάρος. Αν και η σχετιζόμενη με την ηλικία μείωση της σπειραματικής διήθησης, συνάδει με τη φυσιολογική διαδικασία γήρανσης, ωστόσο αναδεικνύεται και ως ανεξάρτητος προγνωστικός παράγοντας για καρδιαγγειακές επιπλοκές και αυξημένη θνητότητα (Fried, 1998, Manjunath, 2003). Γι' αυτό το λόγο ο ορισμός της ΧΝΝ ισχύει ανεξαρτήτως της ηλικίας των πασχόντων.

Σύμφωνα με τη σταδιοποίηση της ΧΝΝ η νεφρική ανεπάρκεια ορίζεται είτε από το ρυθμό σπειραματικής διήθησης $< 15 \text{ ml/min/1,73 m}$, με έκδηλη την κλινική εικόνα της ουραιμίας, είτε με την αναγκαία έναρξη νεφρικής κάθαρσης με δύο μεθόδους: την αιμοκάθαρση και τη συνεχή περιτοναϊκή διάλυση. Αξίζει να σημειωθεί πως η «τελικού σταδίου χρόνια νεφρική νόσος» δεν είναι συνώνυμη με τη χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, αλλά πρόκειται για ορισμό που χρησιμοποιείται στο Αμερικάνικο σύστημα υγείας για τους ασθενείς που λαμβάνουν θεραπεία νεφρικής υποκατάστασης ή έχουν υποβληθεί σε μεταμόσχευση νεφρού. Ωστόσο πρόκειται για ορολογία η οποία χρησιμοποιείται ευρέως στη βιβλιογραφία.

Επιδημιολογία

Ο αριθμός των ασθενών με ΧΝΝ αποτελεί ένα παγκόσμιο πρόβλημα υγείας. Στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής ο επιπολασμός των ασθενών με ΧΝΝ υπολογίζεται σε 19 εκατομμύρια, ενώ των ασθενών τελικού σταδίου αυξήθηκε από 340.000 το 1999 σε 651.000 το 2010 (National Kidney Foundation United States Renal Data). Ο επιπολασμός της νόσου αυξάνει σχεδόν γεωμετρικά, κατά τη διάρκεια της τρίτης ηλικίας. Σύμφωνα με τον Holey και τους συνεργάτες του, ο μέσος όρος ηλικίας των ασθενών με ΧΝΝΤΣ είναι 65,1 έτη (Holey, 2002)

Θεραπεία

Στο τελικό στάδιο της ΧΝΝ η θεραπεία είναι αναγκαία για τη διατήρηση της ζωής, είτε με νεφρική υποκατάσταση ή με νεφρική μεταμόσχευση. Στη νεφρική υποκατάσταση περιλαμβάνονται η αιμοκάθαρση και η συνεχή περιτοναϊκή κάθαρση.

Αιμοκάθαρση

Η αιμοκάθαρση (ΑΚ) διενεργείται σε εξειδικευμένες μονάδες τεχνητού νεφρού, σε τετράωρες συνεδρίες, με συχνότητα 3 φορές την εβδομάδα. Πρόκειται για τεχνική διάλυσης, κατά τη διάρκεια της οποίας το αίμα του ασθενή διέρχεται μέσω ημιδιαπερατού φίλτρου από το μηχάνημα της αιμοκάθαρσης. Η διενέργεια της αιμοκάθαρσης προϋποθέτει την ύπαρξη αγγειακής προσπέλασης : αρτηριοφλεβική επικοινωνία (fistula), μόσχευμα ή κεντρικό καθετήρα. Η αιμοκάθαρση επιτρέπει τόσο τη μεταφορά ουσιών με μικρό μοριακό βάρος με βάση την αρχή της διάχυσης, όσο και την απομάκρυνση του ύδατος με βάση την αρχή της υπερδιήθησης. Στο τέλος κάθε συνεδρίας ΑΚ επιτυγχάνονται η αποκατάσταση του ισοζυγίου υγρών και της οξεοβασικής ισορροπίας, η απομάκρυνση τοξινών καθώς και διόρθωση των ηλεκτρολυτών. Οι ασθενείς που υποβάλλονται σε ΑΚ, ακολουθούν αυστηρούς διαιτητικούς περιορισμούς, όσον αφορά την πρόσληψη υγρών και τροφής. Οι πιθανές επιπλοκές της αιμοκάθαρσης περιλαμβάνουν το αίσθημα δυσφορίας και ατονίας μετά το πέρας των συνεδριών, καθώς και τον κίνδυνο καρδιαγγειακού ή εγκεφαλικού επεισοδίου (Butler 2007, Dougirdas, 2007).

Περιτοναϊκή διάλυση

Η περιτοναϊκή διάλυση (ΠΔ), συνίσταται στην εισαγωγή ειδικών ρυθμιστικών διαλυμάτων στο περιτόναιο, μέσω ειδικού καθετήρα. Πρόκειται για απλή τεχνική στην οποία εκπαιδεύεται ο ασθενής, ώστε να μπορεί να την πραγματοποιήσει στο σπίτι του. Συγκεκριμένα, γίνεται η εισαγωγή 2-2,5 λίτρων υγρών κάθαρσης στην περιτοναϊκή κοιλότητα, με αποτέλεσμα την απέκκριση τοξινών και την αποκατάσταση ηλεκτρολυτών και ισοζυγίου ύδατος. Συνήθως εφαρμόζονται κατά τη διάρκεια της νύχτας, 4 αυτόματες συνεδρίες αλλαγής διαλυμάτων μέσω ειδικού μηχανήματος, διάρκειας μία ώρα εκάστη. Η συχνότερη και δυνητικά θανατηφόρα επιπλοκή της ΠΔ είναι η περιτονίτιδα (Butler, 2007). Μια λιγότερο σημαντική επιπλοκή είναι η κοιλιακή διάταση λόγω της κατακράτησης υγρών, που επηρεάζει την εικόνα του σωματικού εγώ, κάνοντας τους ασθενείς να νιώθουν διαφορετικοί και μη ελκυστικοί. Αν η ΠΔ πραγματοποιείται στο σπίτι, οι ασθενείς αντιλαμβάνονται τη συγκεκριμένη θεραπεία, το ίδιο παρεμβατική όπως και οι ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση (Schlebusch 1986, The Renal Association 2002).

Μεταμόσχευση νεφρού

Η μεταμόσχευση νεφρού θεωρείται θεραπεία εκλογής για τους ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο τελικού σταδίου (Renal Association, 2002). Η πλειονότητα των μελετών υποστηρίζει τη θεαματική βελτίωση στην ποιότητα ζωής μετά από μια επιτυχή μεταμόσχευση νεφρού, αφού επιτρέπει την επάνοδο σε ένα σχεδόν φυσιολογικό τρόπο ζωής, χωρίς διαιτητικούς περιορισμούς και εξάρτηση από την τεχνολογία (Jofre 1998, Franke 2003). Όπως αναφέρει χαρακτηριστικά αναφέρει ο Galpin και συνεργάτες, πολλοί ασθενείς θεωρούν τη μεταμόσχευση ως μια διέξοδο προς τη «προσωπική ελευθερία» και μια δεύτερη ευκαιρία στο δικαίωμα «ελέγχου πάνω στη ζωή» (Galpin, 1992). Επιπλέον ως θεραπεία θεωρείται πολυδάπανη σε βάθος χρόνου (Brickman , 1996). Το κόστος αιμοκάθαρσης ή περιτοναϊκής διάλυσης για ένα χρόνο, είναι αντίστοιχο με αυτό της μεταμόσχευσης στη διάρκεια του πρώτου χρόνου. Στη συνέχεια όμως, το κόστος συνέχισης της θεραπείας στους μεταμοσχευμένους ασθενείς μειώνεται σημαντικά και υπολογίζεται στο 1/5 του κόστους της νεφρικής υποκατάστασης.

Η λήψη νεφρικών μοσχευμάτων γίνεται είτε από πτωματικούς δότες, είτε από συγγενικά πρόσωπα που έχουν ελεγχθεί και είναι συμβατοί ως δότες. Η θεραπεία δεν ενδείκνυται για όλους τους ασθενείς με ΧΝΝΤΣ και γίνεται πολύ προσεκτική αξιολόγηση των υποψηφίων ασθενών. Στις αντενδείξεις περιλαμβάνονται η κακοήθεια, οι πρωτοπαθείς νεφρικές νόσοι που έχουν υψηλό κίνδυνο επανεμφάνισης στο μόσχευμα (π.χ. εστιακή σπειραματική σκλήρυνση), η φορεία ηπατίτιδας Β ή C και σοβαρού βαθμού αθηροσκλήρωση των λαγονίων αρτηριών σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη. Οι ψυχικές διαταραχές δεν συμπεριλαμβάνονται πλέον στις απόλυτες αντενδείξεις, ενώ ορισμένοι μελετητές επισημαίνουν την επιτυχία των μεταμοσχεύσεων σε ασθενείς με ιστορικό ψύχωσης, καθώς και πιθανόν την καλύτερη προσαρμογή τους συγκριτικά με τις απαιτήσεις της νεφρικής υποκατάστασης (Rodin, 1992). Εφόσον δεν υπάρχει σχετική αντένδειξη και μετά από ενδελεχή ιατρικό έλεγχο, οι ασθενείς εγγράφονται σε λίστα αναμονής. Λόγω του μεγάλου αριθμού ασθενών και της περιορισμένης προσφοράς νεφρικών μοσχευμάτων, η χρονική διάρκεια αναμονής είναι μεγάλη και ποικίλλει από χώρα σε χώρα. Σύμφωνα με το Βασιλικό Κολλέγιο Χειρουργών του Ηνωμένου Βασιλείου, ο μέσος χρόνος αναμονής

είναι περίπου 500 ημέρες, με 13,5% των ασθενών να περιμένουν μέχρι και μία πενταετία, αν και στα παιδιά είναι μικρότερος (Royal College of Surgeons, 1999).

Αντίθετα με την κοινή γνώμη και τις αισιόδοξες προσδοκίες των ασθενών και των συγγενών τους, η νεφρική μεταμόσχευση δεν είναι πάντα πανάκεια. Ο κίνδυνος της οξείας ή χρονικά μεταγενέστερης απόρριψης είναι υπαρκτός, παρά την λήψη ανοσοκατασταλτικής αγωγής. Μεταμοσχευτικές μελέτες μετά από ένα έτος, 5 έτη και 10 έτη, καταγράφουν αντίστοιχα ποσοστά απόρριψης 13%, 24% και 50%. (UK Transplantation , 2001). Ωστόσο όμως, η πλειονότητα των μεταμοσχευμένων ασθενών μετά την απόρριψη του μοσχεύματος, πεθαίνουν από άλλη αιτία (British Transplantation Society, 1998). Εκτός των πιθανών σωματικών επιπλοκών της μεταμόσχευσης, οι ασθενείς παραμένουν ιδιαίτερα ευάλωτοι σε ψυχικές διαταραχές. Ποικίλοι είναι οι ψυχολογικοί παράγοντες που επηρεάζουν τους ασθενείς και συμβάλλουν στην εκδήλωση ψυχοπαθολογίας, όπως η χρονική αβεβαιότητα της λίστας αναμονής, οι οικογενειακές αποφάσεις όταν ο δότης είναι συγγενής, ο φόβος της απόρριψης του μοσχεύματος και η ανάγκη συνεχούς θεραπείας με ανοσοκατασταλτικά και μόνιμης ιατρικής παρακολούθησης . Επιπλέον, σε ορισμένες χώρες όπως στο Ηνωμένο Βασίλειο, μετά τη μεταμόσχευση γίνεται διακοπή των κοινωνικών επιδομάτων, γεγονός που οδηγεί σε εργασιακή αβεβαιότητα και οικονομική επιβάρυνση (Butler, 2001).

Νοσηρότητα και θνητότητα στη ΧΝΝ

Οι ασθενείς με ΧΝΝ, τόσο λόγω της φύσης όσο και της πολλαπλής συννοσηρότητας , οδηγούνται σε πρόωρο θάνατο. Η αυξημένη θνησιμότητα σχετίζεται με την αθηροσκλήρωση, την συνακόλουθη καρδιαγγειακή νόσο και την καρδιακή ανεπάρκεια (Phipps, 2001). Ακόμα και μετά τη μεταμόσχευση, οι ασθενείς παραμένουν σε υψηλό κίνδυνο, λόγω επιπλοκών της ίδιας της χειρουργικής επέμβασης, επιπλοκών της ανοσοκατασταλτικής αγωγής και υποτροπής της πρωτοπαθούς νεφρικής νόσου. Οι κυριότερες αιτίες νοσηρότητας στη μεταμοσχευτική περίοδο, είναι η αρτηριακή υπέρταση (46 %), η αγγειακή νέκρωση (18%) και η κακοήθεις εξεργασίες (14%) (McKay, 1996).

Εντόπιση και αιτιολογία πόνου στη ΧΝΝ

Ο πόνος ορίζεται σύμφωνα με τη Διεθνή Οργάνωση Μελέτης του Πόνου, ως δυσάρεστη αισθητική και συναισθηματική εμπειρία, που συνδέεται με πιθανή ή υπαρκτή ιστική βλάβη (IASP, 1994). Ο χρόνιος πόνος έχει χρονική διάρκεια μεγαλύτερη των 3 μηνών, ανεξαρτήτως εντόπισης. Ο πόνος αποτελεί ένα από τα πιο συχνά και προεξάρχοντα συμπτώματα στη ΧΝΝ, με πολλαπλή αιτιολογία και ποικιλόμορφη κλινική εικόνα. Η S. Davison, σε μια αξιολογη μελέτη 205 Καναδών αιμοκαθαιρόμενων ασθενών, καταγράφει πόνο σε 50% του δείγματος της, κυρίως μυοσκελετικής εντόπισης, και συσχετίζει το σύμπτωμα με τη διάρκεια αιμοκάθαρσης. Από τους ασθενείς που αναφέρουν πόνο, 55% τον αξιολογούν ως μέτριας ως σοβαρής βαρύτητας (S. Davison, 2003). Η συχνότητα όσο και η ένταση του συμπτώματος του πόνου, είναι ανάλογες με εκείνες που παρατηρούνται σε πληθυσμούς καρκινοπαθών και ασθενών με σύνδρομο ανοσοποιητικής ανεπάρκειας (Smith 2002,, Hwang 2003).

Ως προς την αιτιολογία, η υποκείμενη νόσος προκαλεί συχνά πόνο όπως π.χ οι πολυκυστικοί νεφροί ή ο σακχαρώδης διαβήτης λόγω ισχαιμικής αγγειοπάθειας και διαβητοπάθειας (Weisbord, 2005). Επίσης ποικίλοι ιατρικοί διαγνωστικοί και θεραπευτικοί χειρισμοί (βιοψία νεφρού, παρακεντήσεις δημιουργία αρτηριοφλεβικής αναστόμωσης, νεφρεκτομή, μεταμόσχευση νεφρού) μπορεί να προκαλέσουν οξύ ή χρόνια πόνο (Daugirdas, 2007). Η ίδια η διαδικασία της αιμοκάθαρσης συμβάλλει στη στην εκδήλωση πόνου με τη μορφή της κεφαλαλγίας (Antoniazzi 2003, Goksan 2004). Τέλος υπάρχουν επώδυνα σύνδρομα που συσχετίζονται με την ίδια τη νεφρική νόσο, όπως η νεφρική οστεοδυστροφία, ο δευτεροπαθής υπερπαραθυρεοειδισμός, η αμυλοείδωση και η επασβέστωση. Συγκεκριμένα η αμυλοείδωση που οφείλεται στη συσσώρευση της β2 μικρολευκωματίνης εκδηλώνεται με οστικές κύστες, παθολογικά κατάγματα, αρθρίτιδα και σύνδρομο καρπιαίου σωλήνα (Lewis, 2006). Η επασβέστωση είναι μία σπάνια επώδυνη επιπολική σε παχύσαρκους ασθενείς και εκδηλώνεται με εκτεταμένες δερματικές νεκρώσεις στην εσωτερική επιφάνεια των μηρών και στα κοιλιακά τοιχώματα. Συνοδεύεται από ανθεκτικό στη θεραπεία πόνο και υψηλή θνητότητα σε ποσοστά 45%-65% (Mazhar, 2002). Τέλος, η ίδια η διαδικασία της νεφρικής υποκατάστασης σχετίζεται με την παρουσίαση του πόνου, με ορισμένους ασθενείς να

εκδηλώνουν περισσότερο πόνο πριν την έναρξη των συνεδριών αιμοκάθαρσης και άλλους μετά το πέρας αυτών. 25% των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών παρουσιάζουν επίταση του πόνου κατά τη διάρκεια της αιμοκάθαρσης (Mercadante 2007). Στον πίνακα 2 καταγράφεται η αιτιολογία του πόνου στην (XNN).

Πίνακας 2. Αιτιολογία του πόνου στη XNN

Οστεοαρθρίτιδα-οστεοπόρωση	31%
Φλεγμονώδης αρθρίτιδα	7%
Νεφρική οστεοδυστροφία	5%
Περιφερική πολυνευροπάθεια	13%
Σύνδρομο καρπιαίου σωλήνα	2%
Περιφερική αγγειοπάθεια	9%
Δισκίτιδα/οστεομυελίτιδα	2%
Σχετιζόμενος με συνεδρία αιμοκάθαρσης	14%
Άλλα αίτια (τραύμα, πολυκυστικοί νεφροί, κακοήθεια, επασβέστωση)	18%
Αδιάγνωστος πόνος	18%

Προσαρμογή από Davison SN. Pain in Hemodialysis Patients: Prevalence, Cause, Severity, and Management. Am J Kid Disease 2003; 42(6): 1239-47

Διάγνωση και θεραπεία του πόνου στη XNN

Ένας μεγάλος αριθμός μελετών σκιαγραφούν διεξοδικά τη διττή φύση του προβλήματος του πόνου: την υποδιάγνωση και την υποθεραπεία . Υπάρχουν ποικίλα εμπόδια που συμβάλλουν στη λανθασμένη αξιολόγηση του πόνου τόσο από το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό, όσο και από τους ίδιους τους ασθενείς. Στα εμπόδια συμπεριλαμβάνονται, ανεπαρκείς γνώσεις και εκπαίδευση, έλλειψη χρόνου του προσωπικού, απουσία εύχρηστων διαγνωστικών εργαλείων, δυσπιστία του προσωπικού σε αναφορές πόνου και δυσκολία των ίδιων των ασθενών να εκφράσουν τον πόνο τους (McCaffery 1997, Dix 2004). Ειδικότερα στους πάσχοντες από XNN, υπάρχουν περαιτέρω δυσκολίες στην εκτίμηση του πόνου, λόγω της πολυπαραγοντικής αιτιολογίας και πολλαπλής εντόπισης. Συγκεκριμένα, ο χρόνος

που απαιτείται για την εκτίμηση του πόνου σε αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς είναι μεγαλύτερος συγκριτικά με εκείνον που χρειάζεται για άλλους πληθυσμούς όπως π.χ. σε χειρουργημένους ασθενείς. Το γεγονός αυτό υπογραμμίζει την αναγκαιότητα απλών και προσαρμοσμένων στη ΧΝΝ διαγνωστικών δοκιμασιών, που θα ανταποκρίνονται στις ιδιαιτερότητες αυτού του πληθυσμού ασθενών (Williams, 2007). Επιπλέον η συνύπαρξη του οξέος και του χρόνιου πόνου, επηρεάζει την εκτίμηση και αντιμετώπιση του πόνου στους συγκεκριμένους ασθενείς. Τέλος η παρουσία κατάθλιψης της οποίας ο επιπολασμός είναι ιδιαίτερα υψηλός και η αλλαγή επιπέδου συνείδησης λόγω ουραιμίας, συμβάλλουν στη δυσκολία αυτών των ασθενών να εκδηλώσουν τον πόνο τους (Wang, 2004).

Θεραπεία

Όπως έχει ήδη επισημανθεί ο πόνος στους ασθενείς (ΧΝΝ) συχνά υποθεραπεύεται. Το φαινόμενο αυτό καταγράφεται και σε άλλους πληθυσμούς ασθενών που υποφέρουν από πόνο, συμπεριλαμβανομένων και καρκινοπαθών (Cleeland 1994, Constantini 2002). Ο Bailie και οι συνεργάτες σε μια πολυκεντρική προοπτική μελέτη εξέτασαν 3749 αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς. 74% των ασθενών αυτών που ανέφεραν πόνο μέτριου ως σοβαρού βαθμού, δεν έλαβαν καμία αναλγητική αγωγή. Η συνταγογράφηση αναλγησίας συσχετίστηκε με τον αυξημένο χρόνο αιμοκάθαρσης, το γυναικείο φύλο και τη συννοσηρότητα με άλλες ιατρικές καταστάσεις, ενώ δεν βρέθηκε συσχέτιση με περαιτέρω απώλεια νεφρικής λειτουργίας (Bailie, 2004). Στους ασθενείς με ΧΝΝ υπάρχει επιπλέον συνιστώσες που συμβάλλουν στην ανεπαρκή αντιμετώπιση του πόνου. Πρώτα απ' όλα η φαρμακοκινητική των χορηγούμενων αναλγητικών είναι διαφορετική στο συγκεκριμένο πληθυσμό, με αποτέλεσμα να υπάρχει ένα μικρό θεραπευτικό παράθυρο ανάμεσα στη θεραπευτική δράση και την τοξικότητα των φαρμάκων, ιδιαίτερα των οπιοειδών (Davison 2003, Daines 2004). Ειδικά στα οπιοειδή φάρμακα οι ασθενείς με ΧΝΝ παρουσιάζουν αυξημένη ευαισθησία, με αποτέλεσμα να εκδηλώνουν συχνά τοξικές παρενέργειες όπως σύγχυση, μυοκλονίες και καταστολή. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες από οπιοειδή μιμούνται τα συμπτώματα της ουραιμίας, γεγονός που επιπλέκει την αντιμετώπιση του πόνου (Kurella, 2003). Τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα (ΜΣΑΦ) παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο γαστρορραγίας και νεφροτοξικότητας. Όλοι οι

Πίνακας 3. Αξιολόγηση και αντιμετώπιση του πόνου σε Χρόνια Νεφρική Νόσο

Αξιολόγηση και αντιμετώπιση- διαχείριση του πόνου

- Η αξιολόγηση του πόνου περιλαμβάνει
 1. Αποδοχή της αναφοράς πόνου από τον ασθενή
 2. Εκτίμηση των χαρακτηριστικών του πόνου
 3. Χρήση απλού διαγνωστικού εργαλείου, όπως η οπτική αναλογική κλίμακα
 4. Εκπαίδευση ασθενών και των φροντιστών τους στη αξιολόγηση του πόνου
- Η συνύπαρξη διαφορετικής αιτιολογίας πόνου είναι συχνή
- Στόχος είναι ο έλεγχος του πόνου σε επίπεδο ανεκτό από τον ασθενή. Ο στόχος της πλήρους απαλλαγής από τον πόνο δεν είναι πάντα εφικτός
- Ο ουδός του πόνου επηρεάζεται από ψυχοκοινωνικούς παράγοντες . Η ψυχολογική κατάσταση του ασθενή πρέπει να συνεκτιμάται από πολυδύναμη ομάδα
 1. Η διαχείριση των ψυχολογικών επιπτώσεων στα αρχικά στάδια, δυνητικά μειώνει το στρες και προλαμβάνει την μετάπτωση σε χρόνια
 2. Η πνευματική συμβουλευτική (spiritual counseling) μπορεί να είναι χρήσιμη
- Επαρκής γνώση για τη χρήση οπιοειδών φαρμάκων και συνεργικών φαρμάκων. Υπάρχουν 5 βασικές αρχές για τη θεραπεία με οπιοειδή
 1. «Από το στόμα», όταν είναι δυνατόν.
 2. «Με το ρολόι»: συστηματική χορήγηση, με την προσθήκη έκτακτης φ.α.
 3. «Με την κλίμακα»: σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ.
 4. Εξατομίκευση της δόσης. Η «σωστή» δόση είναι αυτή που ανακουφίζει τον πόνο, χωρίς να προκαλεί επικίνδυνες για τη ζωή ανεπιθύμητες ενέργειες
 5. Ανάγκη για συνεχή επανεκτίμηση του πόνου
- Παραπομπή για μη φαρμακολογικές παρεμβάσεις (π.χ. διαδερμική διέγερση νεύρων, βιοανάδραση, άσκηση) όταν υπάρχει ένδειξη
- Εκπαίδευση τόσο των ασθενών όσο και των φροντιστών τους, για το θεραπευτικό σχεδιασμό και πιθανές παρενέργειες. Αυτό συμβάλλει στην ελαχιστοποίηση της μη συμμόρφωσης με τη θεραπεία.

Προσαρμογή από S. Davison. Chronic Kidney Disease: psychosocial impact of chronic pain. Geriatrics 2007; 62: 17-23

ανωτέρω παράγοντες οδηγούν στην απροθυμία χορήγησης αναλγησίας ή στη συνταφογράφηση υποθεραπευτικών δόσεων (Manley, 2003). Αν και δεν υπάρχουν ειδικά θεραπευτικά πρωτόκολλα για την αντιμετώπιση του πόνου στους ασθενείς με ΧΝΝ, αρκετοί μελετητές υποστηρίζουν τη χρήση του αλγόριθμου αναλγησίας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ) για τους καρκινοπαθείς ασθενείς (Relm, 2003, Kurella 2003). Σύμφωνα με αυτόν τον αλγόριθμο ο ήπιος πόνος αντιμετωπίζεται με παρακεταμόλη και ΜΣΑΦ, ενώ ο μέτριος έως σοβαρός με οπιοειδή. Η S. Davison προτείνει ένα συγκεκριμένο μοντέλο αξιολόγησης και αντιμετώπισης σε ασθενείς με ΧΝΝ (Πίνακας 3).

Ψυχολογικά προβλήματα ασθενών με νεφρική νόσο

Από την αρχή της δεκαετίας του 50 και τα μέσα της δεκαετίας του 60 που ξεκίνησε η αιμοκάθαρση και μεταμόσχευση νεφρού, οι ερευνητές μελετούν συστηματικά τις συνέπειες στη ψυχική υγεία των ασθενών. Όπως συμβαίνει σε άλλες χρόνιες ιατρικές παθήσεις, οι ασθενείς με ΧΝΝΤΣ καλούνται να προσαρμοστούν στη χρονιότητα της νόσου και στην εξάρτηση από την τεχνολογία και τους επαγγελματίες υγείας. Επίσης αντιμετωπίζουν πολλαπλές απώλειες, που αυξάνουν την ευαλωτότητά τους για την εκδήλωση ψυχικών διαταραχών. Στον πίνακα 4 καταγράφονται συνοπτικά τα σημαντικότερα που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς με ΧΝΝ.

Απώλειες

Οι πολλαπλές απώλειες που βιώνουν οι ασθενείς με ΧΝΝΤΣ, οδηγεί σε αντιδράσεις που θυμίζουν τα στάδια προσαρμογής του πένθους. Ένας από τους κυριότερους μηχανισμούς που κινητοποιούνται για την αντιμετώπιση των απωλειών, είναι η άρνηση (Phipps, 2001). Πολύ συχνά η άρνηση έχει ένα έντονο δυσπροσαρμοστικό χαρακτήρα και διαμορφώνει μια συμπεριφορά κακής συνεργασιμότητας με τους επαγγελματίες υγείας και μη συμμόρφωσης με τη θεραπεία. Ωστόσο, σε ορισμένους ασθενείς η άρνηση δίνει τον απαραίτητο χρόνο στους ασθενείς για σταδιακή προσαρμογή και συνδέεται με λιγότερες συναισθηματικές διαταραχές (Fricchione,

Πίνακας 4. Ψυχολογικά προβλήματα των ασθενών με ΧΝΝΤΣ

<i>Ψυχολογικά προβλήματα</i>	<i>Παραδείγματα</i>
Απώλεια	Υγεία, εργασία ,ελεύθερου χρόνου, πένθος, αποτυχία μεταμόσχευσης
Αβεβαιότητα	Λίστα αναμονής για μεταμόσχευση, πιθανή απόρριψη μοσχεύματος
Ενοχή	Κληρονομικότητα, μεταμόσχευση
Επίγνωση του ενδεχόμενου θανάτου	Εξάρτηση από ιατρικά μηχανήματα, θάνατος άλλων συνασθενών
Επίγνωση των περιορισμών της ιατρικής φροντίδας	Περιορισμένος αριθμός θέσεων αιμοκάθαρσης, μακρά λίστα αναμονής για μεταμόσχευση
Δυσκολίες στις διαπροσωπικές σχέσεις	Αλλαγή ρόλων, λήψη μοσχεύματος από συγγενή δότη

Προσαρμογή από Butler J. Renal disease. In: Geoffrey Lloyd and Elspeth Guthrie(eds) Handbook of Liaison Psychiatry. Cambridge University Press, 2007

1992). Η εργασία είναι ένας από τους σημαντικούς παράγοντες που καθορίζει την ποιότητα ζωής. Για αυτό το λόγο είναι σημαντικό να καταβάλλεται κάθε δυνατή προσπάθεια για τη διατήρηση πλήρους ή μερικής απασχόλησης από τους ασθενείς με ΧΝΝΤΣ, με προγραμματισμό απογευματινών συνεδριών αιμοκάθαρσης, συνεννόηση με τους εργοδότες και κατάλληλη προσαρμογή των ωρών των γευμάτων και λήψης φαρμάκων(Butler, 2001).

Αβεβαιότητα

Η αβεβαιότητα και το άγχος συνοδεύει όλους τους ασθενείς με χρόνιες παθήσεις, συμπεριλαμβανομένης της ΧΝΝΤΣ. Οι ασθενείς βιώνουν άγχος για ενδεχόμενη επιδείνωση της νόσου και την εμφάνιση επιπλοκών λόγω της νεφρικής υποκατάστασης. Η ένταξη στη λίστα αναμονής για μεταμόσχευση επιτείνει την

αγωνία, καθώς ο χρόνος εξεύρεσης του κατάλληλου μοσχεύματος είναι απρόβλεπτος. Ακόμα και μετά τη μεταμόσχευση, υπάρχει ο μόνιμος φόβος απόρριψης του νεφρικού μοσχεύματος (Butler, 2001)

Ενοχή

Σε περίπτωση που πάσχουν από ΧΝΝ τα παιδιά τους, λόγω κληρονομικότητας, οι ασθενείς διακατέχονται από έντονα αισθήματα ενοχής (Surman, 1987). Στην μεταμόσχευση νεφρού, πρέπει να αποδεχτούν το γεγονός ότι η δική τους θεραπεία οφείλεται στο θάνατο κάποιου άλλου ή στην απώλεια ενός ζωτικού οργάνου σε ζωντανό δότη, που συνήθως είναι συγγενής (House, 1998) .

Επίγνωση του ενδεχόμενου θανάτου

Οι ασθενείς με ΧΝΝΤΣ έχουν πλήρη επίγνωση ενός πιθανού πρόωρου θανάτου. Η επιδείνωση της νόσου, η νοσηλεία ή ο θάνατος συνασθενών τους, είναι μια συνεχής υπενθύμιση της δικής τους ευαλωτότητας. Επίσης όταν η αιτία της ΧΝΝ είναι κληρονομική (π.χ. πολυκυστικοί νεφροί), οι ασθενείς ταυτίζονται με τη δυσμενή πρόγνωση ή το θάνατο των προγόνων τους. Η γνώση του αναπόφευκτου οδηγεί, είτε σε ριψοκίνδυνες συμπεριφορές, αδιαφορώντας για τις συνέπειες, είτε σε ένα περιορισμένο τρόπο ζωής, με στόχο την μεγαλύτερη δυνατή παράταση ζωής. Ορισμένοι ασθενείς επιτυγχάνουν να ισορροπήσουν ανάμεσα στις δύο ακραίες καταστάσεις, κινητοποιώντας ευπροσαρμοστικούς μηχανισμούς.

Αδυναμία αποδοχής συνεχούς ιατρικής φροντίδας

Σημαντικά προβλήματα αναφέρονται από την πλημμελή συμμόρφωση τόσο των αιμοκαθαιρόμενων, όσο και των μεταμοσχευμένων ασθενών, με τη φαρμακευτική αγωγή και με τους διαιτητικούς περιορισμούς (Horne 2001, Kutner 2002). Η κακή συμμόρφωση με τη θεραπεία, βάζει σε σοβαρό κίνδυνο τη ζωή των ασθενών. Ειδικά η μη συμμόρφωση με την ανοσοκασταλτική αγωγή, αποτελεί μία συχνή αιτία απόρριψης του μοσχεύματος (Butler, 2004). Θα περιγράψουμε τις πιο συχνές αιτίες μη συμμόρφωσης:

- Η αδυναμία κατανόησης της χρησιμότητας της φαρμακευτικής αγωγής και των διαιτητικών περιορισμών. Δεν υπάρχει συχνά άμεση συνέπεια από

πλημμελή λήψη ορισμένων φαρμάκων όπως π.χ. των αντιυπερτασικών ή φαρμάκων για την οστεοπόρωση. Αυτό οδηγεί στο λανθασμένο συμπέρασμα ότι τα φάρμακα είναι αναποτελεσματικά, αγνοώντας την προφυλακτική δράση τους από τις μακροπρόθεσμες επιπλοκές της νόσου.

- Οι παρενέργειες των φαρμάκων συμβάλλουν στην κακή συμμόρφωση (Pruna, 2000, Horne 2001). Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η ανοσοκατασταλτική αγωγή, η οποία προκαλεί σημαντικές αλλαγές στην εικόνα του σωματικού ειδώλου. Οι ασθενείς διαπιστώνουν μια δραματική αλλαγή στο πρόσωπο τους, στην υφή και του δέρματος και των μαλλιών, καθώς και υπερτρίχωση. Είναι σημαντικό να βεβαιωθούν οι ασθενείς, ότι αυτές οι παρενέργειες γίνονται λιγότερο εμφανείς με την πάροδο του χρόνου, καθώς μειώνονται οι δόσεις των φαρμάκων. Ο αυξημένος κίνδυνος κακοήθειας λόγω της ανοσοκαταστολής, απασχολεί συχνά τους ασθενείς. Ο συγκεκριμένος φόβος των ασθενών αντιμετωπίζεται με συμβουλευτική από το ιατρικό προσωπικό, για τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα της θεραπείας, καθώς και θεραπευτικό σχεδιασμό σε περίπτωση εμφάνισης παρενεργειών.
- Η κατάθλιψη είναι συχνή ψυχική διαταραχή στους ασθενείς με ΧΝΝΤΣ και συσχετίζεται με τη μη συμμόρφωση με τη θεραπεία (Kiley 1993, Kimmel 1998). Καταθλιπτικά συμπτώματα όπως η ανηδονία, η μειωμένη συγκέντρωση και η απαισιοδοξία για το μέλλον, επηρεάζουν σημαντικά την ικανότητα των ασθενών να συμμορφώνονται με τις ιατρικές και νοσηλευτικές οδηγίες. Από ορισμένους ερευνητές η κακή συνεργασία και άρνηση θεραπείας θεωρείται ως καταθλιπτικό ισοδύναμο και χρήζει άμεσης παρέμβασης από ειδικούς ψυχικής υγείας. Είναι αυτονόητο πως σε περίπτωση ανίχνευσης καταθλιπτικής διαταραχής, πρέπει αυτή να αντιμετωπίζεται με την κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή.
- Οι γνωστικές διαταραχές που συνυπάρχουν σε ηλικιωμένους ασθενείς με ΧΝΝΤΣ, αποτελούν συχνή αιτία πλημμελούς συμμόρφωσης. Συμπεριφορικές τεχνικές υπενθύμισης, όπως ο συνδιασμός λήψης των φαρμάκων με καθημερινές δραστηριότητες, μπορεί να είναι αποτελεσματικές (Kory 1999, Butler 2000).

- Ένας σημαντικός αριθμός μελετών καταδεικνύει τη συσχέτιση ανάμεσα στη σχέση γιατρού-ασθενή και στη συμμόρφωση με τη θεραπεία. (Kalda, 2003). Η έλλειψη ικανοποίησης με την παρεχόμενη ιατρική φροντίδα, συνδέεται με ακύρωση προγραμματισμένων ραντεβού και πλημμελή συμμόρφωση με τη ιατρικές οδηγίες. Ειδικά στις χρόνιες παθήσεις όπως η ΧΝΝΤΣ, η ποιότητα της σχέσης ιατρού –ασθενή, μπορεί να παίζει καθοριστικό ρόλο στη καλή συνεργασία του ασθενή και στην πρόγνωση της νόσου.
- Τέλος, στους παράγοντες που επηρεάζουν τη συμμόρφωση συμπεριλαμβάνονται, το συχνό δοσολογικό σχήμα των φαρμάκων, οι πεποιθήσεις των ασθενών για την ωφέλεια της θεραπείας, η έλλειψη υποστηρικτικού οικογενειακού και κοινωνικού δικτύου, η νεαρή ηλικία και το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο (Logham-Adham , 2003)

Ψυχιατρικές διαταραχές σε ασθενείς με ΧΝΝ

Τα ποικίλα ψυχολογικά προβλήματα που προαναφέρθηκαν διεξοδικά, το ηλικιακό εύρος εκδήλωσης των νεφρικών παθήσεων, η πολλαπλή αιτιολογία και οι χρόνιες θεραπευτικές παρεμβάσεις, είναι παράγοντες που συντελούν στην υψηλή συχνότητα ψυχικών διαταραχών σε ασθενείς με ΧΝΝ. Ορισμένες μελέτες καταγράφουν υψηλότερα ποσοστά ψυχικών παθήσεων σε ασθενείς με ΧΝΝΤΣ, συγκριτικά με αυτά ασθενών με άλλες χρόνιες παθήσεις(Kimmel, 1998). Η κατάθλιψη αποτελεί τη συχνότερη αιτία ψυχιατρικής παραπομπής των νεφρολογικών ασθενών σε πολλές χώρες, και ακολουθούν οι διαταραχές προσαρμογής και το οξύ οργανικό ψυχοσύνδρομο (House 1989, Hailey 2001). Άλλες συχνές ψυχικές παθήσεις είναι οι αγχώδεις διαταραχές, η κατάχρηση αλκοόλ και οι ψυχώσεις.

Κατάθλιψη

Επιπολασμός

Όπως προαναφέρθηκε, η κατάθλιψη αποτελεί μία από τις συχνότερες ψυχικές διαταραχές στους πάσχοντες από ΧΝΝΤΣ. Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας αναδεικνύει ποσοστά κατάθλιψης σε ασθενείς με ΧΝΝΤΣ, που κυμαίνονται από 12% έως 40% (Christensen 2002, Kimmel 2007). Η μεγάλη διακύμανση στην επίπτωση

της κατάθλιψης, αποδίδεται κυρίως σε μεθοδολογικά προβλήματα των μελετών, όπως η ποικιλία διαγνωστικών εργαλείων, η χρήση διαφορετικών κριτηρίων διάγνωσης και η ετερογένεια του υπό μελέτη δείγματος ως προς την αιτιοπαθογένεια, τη χρονική διάρκεια και τη θεραπεία της ΧΝΝΤΣ. Για παράδειγμα η χρήση διαγνωστικών κλιμάκων ανίχνευσης που περιλαμβάνουν κυρίως τα σωματικά συμπτώματα της κατάθλιψης (π.χ. απώλεια σωματικού βάρους, διαταραχές ύπνου, εύκολη κόπωση, μειωμένη ενεργητικότητα) συμβάλλουν σε υπερδιάγνωση της κατάθλιψης, συγκριτικά με διαγνωστικά εργαλεία που εστιάζουν περισσότερο στα συναισθηματικά και γνωστικά χαρακτηριστικά της κατάθλιψης (Hinrichsen, 1989). Η κατάθλιψη μπορεί να εκδηλωθεί σε οποιαδήποτε χρονική στιγμή, κατά την πορεία της νόσου, ωστόσο αναφέρεται μεγαλύτερος κίνδυνος την περίοδο της αρχικής διάγνωσης της ΧΝΝΤΣ και κατά τον πρώτο χρόνο μετά την έναρξη αιμοκάθαρσης, ειδικά όταν η μεταμόσχευση νεφρού αντενδείκνυται, λόγω μεγάλης ηλικίας ή υψηλής συννοσηρότητας. Τη συγκεκριμένη χρονική περίοδο, οι ασθενείς είναι ιδιαίτερα ευάλωτοι, καθώς αντιμετωπίζουν σημαντικές αποφάσεις για τη θεραπεία και δραματικές αλλαγές στον τρόπο ζωής τους. (Davinson, 2007). Ωστόσο άλλες μελέτες υποστηρίζουν ότι ο επιπολασμός αυξάνει στα τελικά στάδια της νόσου (Kimmel, 1998). Επίσης, οι ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε μεταμόσχευση νεφρού παρουσιάζουν μικρότερα ποσοστά κατάθλιψης, συγκριτικά με τους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς (House, 1987). Η αποτυχημένη μεταμόσχευση αποτελεί ένα καθοριστικό ψυχοπνευστικό γεγονός που συμβάλλει στον αυξημένο κίνδυνο ψυχολογικών προβλημάτων (McCaughey, 1994)

Αιτιολογία

Υπάρχουν πολλές αιτίες κατάθλιψης σε ασθενείς με ΧΝΝΤΣ. Ένα υποκείμενο οργανικό υπόβαθρο, όπως αυτοάνοσα νοσήματα ή δευτεροπαθής υπερπαραθυρεοειδισμός, συμβάλλει στην εκδήλωση δευτεροπαθούς καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Επίσης η φαρμακευτική που λαμβάνουν οι ασθενείς, μπορεί να ενέχεται στην αιτιοπαθογένεια της κατάθλιψης, με χαρακτηριστικό παράδειγμα τα κορτικοειδή. Η ύπαρξη προηγούμενου ιστορικού κατάθλιψης, πριν την εμφάνιση της ΧΝΝ αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου (Sensky 1997) . Όπως έχει ήδη προαναφερθεί οι νεφροπαθείς ασθενείς έρχονται αντιμέτωποι κατά τη διάρκεια της νόσου με πολλαπλές απώλειες, που επίσης καταγράφονται ως παράγοντες κινδύνου. Ωστόσο η συναισθηματική απάντηση των ασθενών στις διάφορες απώλειες είναι

εξατομικευμένη και δεν οδηγεί πάντοτε στην εμφάνιση καταθλιπτικής διαταραχής. Ο Sacks και οι συνεργάτες διαπιστώνουν μεγαλύτερη συσχέτιση της κατάθλιψης με τις πεποιθήσεις των ασθενών για τη νόσο τους, παρά με τη βαρύτητα της νόσου(Sacks, 1990). Μεγάλη σημασία έχει ο τρόπος διαχείρισης του στρες των ασθενών και η εσωτερική ή εξωτερική απόδοση ελέγχου. Στον πίνακα 5 αναφέρονται οι παράγοντες κινδύνου για κατάθλιψη σε ασθενείς με ΧΝΝ.

Πίνακας 5 Παράγοντες κινδύνου και αιτίες για κατάθλιψη σε ασθενείς με ΧΝΝ

Προηγούμενο ιστορικό κατάθλιψης
Υποκείμενη οργανική πάθηση
Φαρμακευτική αγωγή
Απώλειες

Προσαρμογή από Butler J. Renal disease. In: Geoffrey Lloyd and Elspeth Guthrie(eds) Handbook of Liaison Psychiatry. Cambridge University Press, 2007

Διάγνωση κατάθλιψης

Η διάγνωση της κατάθλιψης σύμφωνα με την ταξινόμηση της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Ένωσης κατά DSM-IV περιλαμβάνει τουλάχιστον ένα από τα δύο πυρηνικά συμπτώματα της κατάθλιψης που είναι το καταθλιπτικό συναίσθημα και η ανηδονία και τουλάχιστον 4 από τα ακόλουθα συμπτώματα: διαταραχές ύπνου, διαταραχές όρεξης με συνοδό αύξηση ή μείωση του σωματικού βάρους, μειωμένη συγκέντρωση, ψυχοκινητική διέγερση ή επιβράδυνση, απώλεια ενεργητικότητας και αίσθημα κόπωσης ,μειωμένο σεξουαλικό ενδιαφέρον, ιδέες αναξιότητας και αίσθημα ενοχής ,αυτοκτονικός ιδεασμός. Απαραίτητα κριτήρια για τη διάγνωση της καταθλιπτικής διαταραχής είναι χρονική διάρκεια των ανωτέρω συμπτωμάτων άνω των δύο εβδομάδων και συνυπάρχουσα έκπτωση της λειτουργικότητας του ατόμου. Ανάλογα με τον συνολικό αριθμό των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, το καταθλιπτικό επεισόδιο διακρίνεται σε ήπιας, μέτριας και σοβαρής βαρύτητας. Συχνά, συμπτώματα όπως η ευερεθιστότητα, οι διαταραχές ύπνου και όρεξης, η εύκολη κόπωση και το μειωμένο σεξουαλικό ενδιαφέρον, μπορεί να οφείλονται σε ουραιμία

ή σε ηλεκτρολυτικές διαταραχές. Λόγω της αλληλοεπικάλυψης των σωματικών συμπτωμάτων της κατάθλιψης με εκείνα άλλων ιατρικών νόσων, η διάγνωση της κατάθλιψης περιπλέκεται. Γι' αυτό είναι σημαντικό η διάγνωση της κατάθλιψης να στηρίζεται κυρίως στα ψυχολογικά συμπτώματα, όπως ανηδονία, μειωμένη αυτοεκτίμηση, ενοχές και αυτοκτονικός ιδεασμός(Craven,1988).

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Υπόθεση- Στόχος μελέτης

Στόχος της παρούσης μελέτης είναι η καταγραφή του επιπολασμού του χρόνιου πόνου, της κατάθλιψης και της γενικότερης ψυχοπαθολογίας σε Έλληνες ασθενείς με Χρόνια Νεφρική Νόσο. Επίσης θα επιχειρήσει να αναδείξει τη μεταξύ τους συσχέτιση, καθώς και τη συσχέτιση με κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά και το στάδιο της νόσου. Σύμφωνα με την ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας, αναμένεται ότι οι ασθενείς που εμφανίζουν περισσότερο πόνο, θα παρουσιάζουν μεγαλύτερα ποσοστά κατάθλιψης και ψυχιατρικής συμπτωματολογίας.

Μέθοδοι

Δείγμα ασθενών

Στη μελέτη συμμετείχαν 190 ασθενείς από εξειδικευμένες Μονάδες Νεφρού 3 Γενικών Νοσοκομείων (Θεσσαλονίκης, Ιωαννίνων και Πάτρας), με ΧΝΝ σταδίων 1-5, ΧΝΝ τελικού σταδίου σε αιμοκάθαρση ή περιτοναϊκή διάλυση, καθώς και μεταμοσχευθέντες ασθενείς. Τα κριτήρια εισόδου περιλαμβάνουν, ομιλία και κατανόηση της Ελληνικής γλώσσας και ηλικία άνω των 18 ετών. Αποκλείστηκαν από τη μελέτη ασθενείς με σοβαρές γνωστικές διαταραχές, καθώς και νοσηλεύόμενοι ασθενείς σε Νεφρολογικές ή Κλινικές άλλων ειδικοτήτων. Το πρωτόκολλο της μελέτης εγκρίθηκε από τις Επιστημονικές επιτροπές Δεοντολογίας της Έρευνας και Ηθικής και των 3 νοσοκομείων.

Συλλογή δεδομένων

Οι 191 ασθενείς προσεγγίστηκαν και εξετάστηκαν σε χρονική περίοδο 6 μηνών, από το Φεβρουάριο του 2010 έως τον Ιούλιο του 2010. Όλοι οι εν δυνάμει συμμετέχοντες ασθενείς ενημερώθηκαν για το σκοπό της μελέτης και διαβεβαιώθηκαν για την διατήρηση της ανωνυμίας τους. Στη συνέχεια όσοι πληρούσαν τα κριτήρια εισόδου και συμφώνησαν με τη συμμετοχή τους στη συγκεκριμένη μελέτη, έδωσαν την έγγραφη συγκατάθεσή τους. Η ενημέρωση των ασθενών καθώς και η διεξαγωγή των

συνεντεύξεων, έγινε από εκπαιδευμένο νοσηλευτικό προσωπικό. Η συνέντευξη κάθε ασθενή διαρκούσε περίπου 60 λεπτά.

Ερευνητικά εργαλεία

Δημογραφικά στοιχεία και χαρακτηριστικά νόσου

Η συνέντευξη περιελάμβανε δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά, όπως το φύλο, την ηλικία, την καταγωγή, την οικογενειακή και την εκπαίδευση, το μηνιαίο εισόδημα και τις υπάρχουσες οικονομικές δυσκολίες. Επίσης υπήρχαν ερωτήσεις σχετικές με το στάδιο νόσου της ΧΝΝ και το είδος της λαμβανόμενης θεραπείας.

Διαγνωστικά εργαλεία

Medical Outcomes Study 36-item short-form Health Questionnaire

Πρόκειται για ένα έγκυρο και σταθμισμένο εργαλείο, που έχει ευρέως χρησιμοποιηθεί για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής τόσο στο γενικό πληθυσμό, όσο και σε ασθενείς με ΧΝΝ(Ware 1992, Mercus 1997). Το ερωτηματολόγιο έχει εγκυροποιηθεί και σταθμιστεί σε αντιπροσωπευτικό δείγμα Ελληνικού αστικού πληθυσμού (Pappa, 2005). Όπως η αρχική έκδοση, η Ελληνική έκδοση του SF-36 περιλαμβάνει 8 υποκλίμακες: σωματική λειτουργικότητα (Physical Functioning), περιορισμοί ρόλου λόγω σωματικών προβλημάτων(Role limitations due to Physical Problems), περιορισμοί ρόλου λόγω συναισθηματικών προβλημάτων (Role limitations due to Emotional Problems), κοινωνική λειτουργικότητα (Social Functioning), σωματικό πόνο (Bodily Pain), γενική υγεία (General Health), ζωντάνια (Vitality) και ψυχική υγεία (Mental Health). Η συνολική βαθμολογία σε κάθε μία από τις υποκλίμακες κυμαίνεται από 0 έως 100, με την υψηλότερη βαθμολογία να αντιστοιχεί μεγαλύτερη λειτουργικότητα. Στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκε η βαθμολογία στην υποκλίμακα σωματικού πόνου (BP), που εκτιμά το επίπεδο του πόνου και την επίδραση του πάνω στις καθημερινές δραστηριότητες.

Patient Health Questionnaire 9 (PHQ-9)

Το PHQ-9 αποτελεί ένα αξιόπιστο και πολυχρησιμοποιούμενο εργαλείο ανίχνευσης της κατάθλιψης. Πρόκειται για μία κλίμακα με 9 ερωτήσεις, που έχει ένα διπλό στόχο, αυτόν της ανίχνευσης της κατάθλιψης όσο και του προσδιορισμού της

σοβαρότητας της διαταραχής. Η κλίμακα στηρίζεται στα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-IV (Diagnostic and Statistic Manual-IV) για τη μείζων κατάθλιψη, έχει συγκρίσιμη εγκυρότητα και ευαισθησία με άλλα διαγνωστικά εργαλεία της κατάθλιψης, ενώ χρόνος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου είναι εξαιρετικά μικρός (Kroenke, 2002). Έχει χρησιμοποιηθεί αποτελεσματικά στο γενικό πληθυσμό και στην πρωτοβάθμια περίθαλψη (Kroenke, 2001). Ο Watnick και οι συνεργάτες του, ανέδειξαν την εγκυρότητα (validity) του PHQ-9 και σε αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς (Watnick, 2005). Η εγκυροποίηση του PHQ-9 σε ασθενείς με ΧΝΝ τελικού σταδίου είναι εξαιρετικής σημασίας, καθότι ο συγκεκριμένος πληθυσμός παρουσιάζει υψηλά ποσοστά σωματικών συμπτωμάτων και μη ειδικής ψυχολογικής επιβάρυνσης. Κάθε μία από τις 9 ερωτήσεις εκτιμά την παρουσία ενός καταθλιπτικού συμπτώματος που έχει διάρκεια άνω των 2 εβδομάδων και βαθμολογείται από 0 έως 3 (0= απουσία συμπτώματος, 1= παρουσία συμπτώματος κάποιες μέρες, 2= παρουσία συμπτώματος περισσότερες από τις μισές μέρες, 3= παρουσία συμπτώματος σχεδόν κάθε μέρα). Η συνολική βαθμολογία κυμαίνεται από 0 έως 27 και καθορίζει και την σοβαρότητα της κατάθλιψης. Η καταθλιπτική διαταραχή διακρίνεται σε ήπιας, μέτριας, αρκετά σοβαρής και σοβαρής βαρύτητας, που αντιστοιχεί σε συνολική βαθμολογία ίση ή μεγαλύτερη των 5, 10, 15 και 20 αντίστοιχα.

Clinical Interview Schedule-Revised (CIS-R)

Για την εκτίμηση της ψυχοπαθολογίας χρησιμοποιήθηκε η Αναθεωρημένη Κλινική Διαγνωστική Συνέντευξη (Clinical Interview Schedule- Revised, CIS-R) (Lewis, 1992). Πρόκειται για μία δομημένη συνέντευξη, ειδικά σχεδιασμένη ώστε να μπορεί να χορηγηθεί από συνεντευκτές, που δεν είναι επαγγελματίες υγείας(ψυχίατροι ή ψυχολόγοι). Είναι ένα απλό διαγνωστικό εργαλείο, με υψηλό δείκτη ευκολίας ανάγνωσης κατά Fleisch (78,5) και έχει ευρέως χρησιμοποιηθεί σε μεγάλες επιδημιολογικές μελέτες στο γενικό πληθυσμό σε παγκόσμια κλίμακα (Jennkis 1997, Araya 2001). Στην παρούσα μελέτη, η συνέντευξη χορηγήθηκε στην ηλεκτρονική της μορφή, με τη βοήθεια ηλεκτρονικού υπολογιστή. Η συγκεκριμένη μορφή παρουσιάζει συγκρίσιμη αξιοπιστία με την κλασική, πρόσωπο προς πρόσωπο συνέντευξη, ενώ πλεονεκτεί στην εύκολη εισαγωγή των δεδομένων και στη διαφύλαξη της εχεμύθειας, κατά τη διάρκεια συμπλήρωσης των ερωτημάτων της συνέντευξης (Lewis, 1988). Η Ελληνική έκδοση της συνέντευξης έχει μεταφραστεί στα Ελληνικά και σταθμιστεί από την ερευνητική ομάδα του Ψυχιατρικού τμήματος

του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων. Η συνέντευξη διερευνά την παρουσία 14 κοινών συμπτωμάτων, κατά τη διάρκεια των τελευταίων 7 ημερών, με την εξής σειρά: σωματικά συμπτώματα, κόπωση, συγκέντρωση και προσοχή, προβλήματα στον ύπνο, ευερεθιστότητα, ανησυχία για τη σωματική υγεία (υποχονδριακές ιδέες), κατάθλιψη(συναίσθημα), καταθλιπτικές ιδέες (ανησυχίες), άγχος, φοβίες, πανικός, ιδεοληψίες και καταναγκασμοί. Η βαθμολογία κάθε συμπτώματος κυμαίνεται από 0 έως 4, με εξαίρεση τις καταθλιπτικές ιδέες που έχουν μέγιστη βαθμολογία 5. Η συνολική βαθμολογία σε όλη τη συνέντευξη, κυμαίνεται από 0 έως 57. Στην Μ. Βρετανία και σε άλλες χώρες, βαθμολογία >12 θεωρείται ένδειξη κλινικής περίπτωσης. Εκτός από τη συνολική βαθμολογία που αποτελεί γενική ένδειξη ψυχιατρικής νοσηρότητας, με τη βοήθεια ειδικών διαγνωστικών αλγορίθμων μπορεί να γίνει εκτίμηση έξι ψυχιατρικών διαταραχών σύμφωνα με τα κριτήρια του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ICD-10). Η εφαρμογή των αλγορίθμων γίνεται μέσω ειδικού προγράμματος στον υπολογιστή.

Στατιστική Ανάλυση

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων έγινε με το στατιστικό πακέτο SAS 9.0. Δείκτες της περιγραφικής στατιστικής όπως μέσοι όροι, σταθερές απόκλισης και ποσοστά, χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών. Για την αξιολόγηση των σχέσεων μεταξύ συνεχών μεταβλητών κατηγορικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκαν δοκιμασίες t-test για ένα δείγμα και για ανεξάρτητα δείγματα.

Αποτελέσματα

Κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία και χαρακτηριστικά της νόσου

Το δείγμα της μελέτης προέρχεται από 3 Μονάδες Νεφρού Γενικών Νοσοκομείων, το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, το Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Παπαγεωργίου» και το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο του Ρίου (Πίνακας 6.) Από τους 190 ασθενείς που συμμετέχουν στη μελέτη, 22,6% έχουν διάγνωση ΧΝΝ σταδίων 1-5, 47,4% έχουν ΧΝΝ τελικού σταδίου και βρίσκονται σε αιμοκάθαρση, 20,5% έχουν ΧΝΝ σταδίου και λαμβάνουν θεραπεία περιτοναϊκής διάλυσης και τέλος 9,5% έχουν γίνει λήπτες νεφρικού μοσχεύματος (Πίνακας 7). Το δείγμα των

ασθενών αποτελείται 122 άνδρες (64,2%) και 68 γυναίκες (35,8%). Η ηλικιακή κατανομή φαίνεται στον πίνακα 7. Ως προς την οικογενειακή κατάσταση η πλειονότητα των ασθενών, 78,9% είναι έγγαμοι, 10,5% άγαμοι, 5,3% χωρισμένοι ή διαζευγμένοι και 5,3% χήροι. Όσον αφορά το μορφωτικό επίπεδο, οι περισσότεροι ασθενείς ανήκαν στην κατηγορία της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης 47,6%, ακολουθούσαν οι απόφοιτοι Λυκείου 40,7%, ενώ σημαντικά χαμηλότερα ποσοστά εμφανίζονταν στην κατηγορίες της Ανώτερης και Ανώτατης εκπαίδευσης, μόλις 11,7%. Σχετικά με το μηνιαίο εισόδημα, οι περισσότεροι 46,8% ανήκαν στη μέτρια οικονομική κατάσταση της κατηγορίας 1000-2000 ευρώ. Οι υπόλοιποι συμμετέχοντες στην έρευνα, 26,3% κατανέμονται συμμετρικά στην πτωχή οικονομική κατάσταση της κατηγορίας <1000 ευρώ και 26,9% στο μηνιαίο εισόδημα >2000 ευρώ. Από τους ερωτηθέντες η συντριπτική πλειονότητα, 82,1%) ανέφερε απουσία ή παρουσία λίγων οικονομικών δυσκολιών. Τα ανωτέρω στοιχεία απεικονίζονται αναλυτικά στον Πίνακα 8. Όλοι οι συμμετέχοντες ήταν Έλληνες.

Πίνακας 6. Προέλευση δείγματος

<i>Νοσοκομείο</i>	Γενικό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων	Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ρίου	Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Παπαγεωργίου
<i>N= 190</i>	81	32	77

Πίνακας 7. Χαρακτηριστικά νόσου

<i>Στάδια νόσου</i>	<i>N=190</i>	<i>%</i>
XNN στάδια 1-5	43	22,6
XNNTΣ σε αιμοκάθαρση	90	47,4
XNNTΣ σε περιτοναϊκή διάλυση	39	20,5
Μεταμοσχευμένοι	18	9,5

Πίνακας 8. Κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά δείγματος

Δείγμα (N=190)		N	%
Φύλο	Άνδρες	122	64,2
	Γυναίκες	68	35,8
Ηλικία	<45 ετών	37	19,5
	46-55 ετών	40	21
	56-65 ετών	46	24,2
	66-75 ετών	45	23,7
	>76 ετών	22	11,6
Οικογενειακή Κατάσταση	Άγαμοι	20	10,5
Κατάσταση	Έγγαμοι	150	78,9
	Διαζευγμένοι/ Χωρισμένοι	10	5,3
	Χήροι	10	5,3
Εκπαίδευση	Δημοτικό	89	47,6
	Γυμνάσιο-Λύκειο	76	40,7
	ΑΕΙ /ΤΕΙ	22	11,7
Μηνιαίο Εισόδημα	<1000 ευρώ	50	26,3
Εισόδημα	1000-2000 ευρώ	89	46,8
	>2000 ευρώ	51	26,9
Οικονομικά Προβλήματα	Όχι- Λίγα	156	82,1
	Αρκετά- Πολλά	34	17,9

Επιπολασμός πόνου

Στην υποκλίμακα του πόνου (BP) του ερωτηματολογίου SF-36, καταγράφεται ένταση του πόνου κατά τη διάρκεια των τελευταίων 4 εβδομάδων, μέτρια έως πολύ σοβαρή, σε 30,5% των ασθενών. Η επιρροή του πόνου στις καθημερινές δραστηριότητες, στο ίδιο χρονικό διάστημα είναι από μέτρια έως υπερβολική στο 21,5% των ασθενών(Πίνακας 9). Με τη δοκιμασία χ^2 εξετάστηκε η σχέση του πόνου και της αντιλαμβανόμενης επίδρασης στις καθημερινές δραστηριότητες, με το φύλο, χωρίς να αναδειχτεί στατιστικά σημαντική διαφορά. Ωστόσο, επιβεβαιώνεται στατιστική σημαντική διαφορά, ανάμεσα στον πόνο και στο γυναικείο φύλο, ($p= 0,014$), στο

χαμηλό μηνιαίο εισόδημα ($p= 0.017$), και στην πρωτοβάθμια εκπαίδευση ($p= 0,015$). Ως προς την οικογενειακή κατάσταση, οι διαζευγμένοι/χωρισμένοι και οι χήροι παρουσιάζουν περισσότερο πόνο ($p= 0,018$). Η ηλικία δεν φαίνεται να επηρεάζει την παρουσία του πόνου, αν και υπάρχει μια τάση λιγότερου πόνου σε νεότερους ασθενείς <45 ετών και αυξητική τάση με την πάροδο της ηλικίας, χωρίς όμως να υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση. Η διάγνωση της νόσου και το είδος της θεραπείας δεν συσχετίζεται με τον πόνο, όταν όμως οι συμμετέχοντες διακριθούν σε αιμοκαθαιρόμενους και μη, τότε αναδεικνύεται εμφανής στατιστική διαφορά, με 31% από τους υπό αιμοδιάλυση ασθενείς να πονούν περισσότερο συγκριτικά με τα υπόλοιπα στάδια της νόσου ($p=0,022$). Σε πολυμεταβλητή ανάλυση με τη χρήση λογιστικής παλινδρόμησης, καταγράφεται με σαφέστερο τρόπο η παρουσία ή απουσία συσχέτισης του πόνου με όλους τους κοινωνικοδημογραφικούς παράγοντες (Πίνακας 9).

Επιπολασμός ψυχιατρικής Νοσηρότητας

Σύμφωνα με το ερωτηματολόγιο PHQ-9, η βαθμολογία των ασθενών, κυμαίνεται από 0 έως 22 βαθμούς. Η μέση τιμή υπολογίστηκε σε 5,23 με σταθερά απόκλισης 5,02. Η βαθμολογία ίση ή μεγαλύτερη του 10, θεωρήθηκε ως σοβαρή ένδειξη κλινικής ψυχοπαθολογίας. Ο επιπολασμός της κατάθλιψης υπολογίστηκε σε 3% στο σύνολο των ασθενών, ενώ στην υποομάδα των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών βρέθηκε υψηλότερος 5% ($p= 0,19$). Σύμφωνα με τον Πίνακα 10, μετά από πολυμεταβλητή ανάλυση, συσχέτιση του πόνου με την κατάθλιψη είναι εξαιρετικά ισχυρή με ($p<0,001$).

Η συνολική βαθμολογία στη συνέντευξη CIS-R κυμάνθηκε από 0–36. Η μέση τιμή (τυπική απόκλιση) ήταν 5,73 με υψηλή σταθερή απόκλισης 7,08. Για τη μελέτη της συσχέτισης της ψυχιατρικής νοσηρότητας με τις διάφορες κοινωνικοδημογραφικές μεταβλητές, κατηγοριοποιήσαμε τη συνολική βαθμολογία στο CIS-R σε δύο κατηγορίες: <12 και ≥ 12 . Το όριο των 12 έχει χρησιμοποιηθεί σε όλες τις μελέτες που έχουν γίνει στο παρελθόν με τη συγκεκριμένη συνέντευξη αυτή. Η βαθμολογία των 12 βαθμών, είναι το όριο της διάκρισης ανάμεσα στην παρουσία ή απουσία κλινικά σημαντικής ψυχιατρικής συμπτωματολογίας. Με βάση το όριο αυτό, οι 28 από τους 190 συμμετέχοντες (14,7%) παρουσιάζει κλινική ψυχιατρική συμπτωματολογία την

εβδομάδα που προηγήθηκε της συνέντευξης. Σε παρουσία κλινικής ψυχοπαθολογίας, πονούν το 19,75% ($p=0,002$), ενώ σε απουσία αυτής πονούν μόνο το 19,75%. Μετά από πολυμεταβλητή ανάλυση, η παρουσία κλινικής ψυχοπαθολογίας (βαθμολογία στη CIS-R >12) αναδεικνύεται ως ισχυρός προγνωστικός παράγοντας του πόνου ($p=0,00$) (Πίνακας 11).

Συζήτηση

Ο πόνος αποτελεί ένα από τα προεξάρχοντα συμπτώματα των ασθενών με Χρόνια Νεφρική Νόσο, ανεξαρτήτως σταδίου και θεραπείας. Η παρούσα συγχρονική μελέτη εκτίμησε τον επιπολασμό του πόνου, της κατάθλιψης και γενικότερης ψυχοπαθολογίας, ενώ παράλληλα με τη βοήθεια πολυμεταβλητών αναλύσεων ανέδειξε συσχετίσεις με κοινωνικοδημογραφικές μεταβλητές. Από κλινικής σκοπιάς επιβεβαιώθηκαν ευρήματα προηγούμενων μελετών, 56,3% του δείγματος μας να αναφέρουν πόνο, και με 54,2% των ασθενών που πονούν να περιγράφουν τον πόνο μέτριας έως υπερβολικής έντασης. Τα ανωτέρω ευρήματα είναι συμβατά με τη πολύ γνωστή μελέτη της Davinson και των συνεργατών της, που κατέγραψε πόνο σε 50% αιμοκαθαιρόμενων ασθενών και 55% αυτών να περιγράφουν τον πόνο ως σοβαρής έντασης (Davinson, 2003). Η συσχέτιση του πόνου είναι στατιστικά σημαντική για το γυναικείο φύλο, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο (πρωτοβάθμια εκπαίδευση) και για την οικογενειακή κατάσταση (διαζευγμένοι/ χήροι). Ως προς το φύλο, η συσχέτιση πιθανόν να συνδέεται με πολιτισμική διαφοροποίηση των δύο φύλων και διαφορετική συμπεριφορά αναφοράς συμπτωμάτων και ιδιαίτερα πόνου. Όσον αφορά τη συσχέτιση του πόνου με την οικογενειακή κατάσταση, επιβεβαιώνεται η σημασία υποστηρικτικού κοινωνικού δικτύου, ειδικά στους πληθυσμούς των χρόνιων πασχόντων. Επιπλέον, πιθανόν το Ελληνικό μοντέλο οικογενειακής ζωής, να συμβάλλει σημαντικά στα χαμηλότερα ποσοστά πόνου στους έγγαμους ασθενείς. Το 31% των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών φαίνεται να πονάει περισσότερο, συγκριτικά με τους υπόλοιπους ασθενείς. Το εύρημα συμφωνεί με πρόσφατη βιβλιογραφία, που καταγράφει χαμηλότερα ποσοστά πόνου σε ασθενείς σε στάδια XNN 1-4 (Pharm, 2010). Τέλος, η ίδια η διαδικασία της νεφρικής υποκατάστασης σχετίζεται με την παρουσίαση του πόνου, με ορισμένους ασθενείς να εκδηλώνουν περισσότερο πόνο πριν την έναρξη των συνεδριών αιμοκάθαρσης και άλλους μετά το πέρας αυτών. 25%

των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών παρουσιάζουν επίταση του πόνου κατά τη διάρκεια της αιμοκάθαρσης (Mercadante 2007) . Υπενθυμίζεται ότι η πλειονότητα των συνεντεύξεων έλαβε χώρα τις ημέρες της αιμοκάθαρσης, συνήθως πριν την έναρξη των συνεδριών διάλυσης.

Ως προς την κατάθλιψη, ένας μεγάλος αριθμός έγκυρων μελετών καταγράφει υψηλό επιπολασμό 12%-40%, τόσο σε ασθενείς σε ΧΝΝ τελικού σταδίου, όσο και σε μεταμοσχευμένους ασθενείς (House 1987, Christensen 2002, Kimmel, 2007). Η μεγάλη διακύμανση στον επιπολασμό της κατάθλιψης, αποδίδεται κυρίως σε μεθοδολογικά προβλήματα των μελετών, όπως η ποικιλία διαγνωστικών εργαλείων, η χρήση διαφορετικών κριτηρίων διάγνωσης και η ετερογένεια των υπό μελέτη δειγμάτων. Στη δική μας μελέτη η μέση τιμή βαθμολογίας στο PHQ-9 βρέθηκε να είναι 5,23, η οποία αντιστοιχεί σε ήπιας βαρύτητας κατάθλιψη. Τα ευρήματα αυτά είναι συμβατά, με τα αντίστοιχα που αναφέρουν στις μελέτες οι Drayer και συνεργάτες και οι Son και συνεργάτες, που χρησιμοποίησαν το ίδιο διαγνωστικό εργαλείο για την κατάθλιψη σε πληθυσμούς αιμοκαθαιρόμενων ασθενών. (Drayer 2006, Son 2009). Επίσης, αξίζει να υπογραμμιστεί ότι η πλειονότητα των μελετών έχει γίνει σε ασθενείς με ΧΝΝ τελικού σταδίου, χωρίς να συμπεριλαμβάνονται ασθενείς με ΧΝΝ σταδίων 1-4, γεγονός που πιθανόν συμβάλλει στο χαμηλότερο μέσο όρο ηλικίας στη δική μας μελέτη. Είναι γνωστό ότι η κατάθλιψη έχει πολυπαραγοντική αιτιολογία στους νεφροπαθείς ασθενείς, εκδηλώνεται σε οποιοδήποτε στάδιο κατά την πορεία της νόσου, καθώς οι ασθενείς αντιμετωπίζουν πολλαπλές απώλειες στον τομέα της υγείας, της εργασίας και των διαπροσωπικών σχέσεων και δραματικές αλλαγές στον τρόπο ζωής τους.

Ως προς τον πόνο, βρέθηκε πολύ ισχυρή συσχέτιση με την κατάθλιψη ($p=0,000$ με διαστήματα εμπιστοσύνης 1,08-1,27). Στη μελέτη της Davinson και των συνεργατών, βρέθηκε ότι οι αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς με χρόνια πόνο μέτριας έως σοβαρής έντασης, ο κίνδυνος για κατάθλιψη ήταν 2,3 φορές μεγαλύτερος, συγκριτικά με τους ασθενείς που ανέφεραν καθόλου ή πόνο ήπιας έντασης (Davinson, 2005). Το εύρημα είναι επίσης συμβατό, με τα αντίστοιχα μελετών σε γενικούς πληθυσμούς, όπου η πόνος και καταθλιπτική συμπτωματολογία συχνά συνυπάρχουν(Sorkin 1990, Williams 1993). Η Εθνική Επιδημιολογική Μελέτη Υγείας και Διατροφής στις Η.Π.Α, ανέδειξε την κατάθλιψη ως την μεταβλητή με την ισχυρότερη συσχέτιση με το χρόνια μυοσκελετικό πόνο (Magni, 1992) . Αντίθετα, η μελέτη του Yamamoto και

των συνεργατών, αναδεικνύουν την κατάθλιψη ως ισχυρό προγνωστικό παράγοντα για την εκδήλωση σοβαρού σωματικού πόνου (Yamamoto, 2009). Η σχέση του πόνου με την κατάθλιψη είναι περίπλοκη και όχι ξεκάθαρη. Ο πόνος μπορεί να αποτελεί αιτία της ανάπτυξης κατάθλιψης, περιορίζοντας τις ευχάριστες δραστηριότητες και μειώνοντας την αίσθηση ελέγχου των ασθενών στη ζωή τους. Παράλληλα, άλλοι ερευνητές υποστηρίζουν την αναφορά του πόνου ως καταθλιπτικό σύμπτωμα ή ως έκφραση «συγκεκριμένης» κατάθλιψης. Η στενή σχέση πόνου και κατάθλιψης επιβάλλει ένα θεραπευτικό μοντέλο, που θα ενσωματώνει εκτίμηση και θεραπεία και των δύο συμπτωμάτων στους ασθενείς με ΧΝΝ, και παράλληλα θα συμβάλλει στη βέλτιστη πρόγνωση τους.

Τέλος , το 14,7% των συμμετεχόντων εμφανίζει συνολική βαθμολογία στη διαγνωστική συνέντευξη CIS-R από 12 έως 36, που είναι ένδειξη κλινικής ψυχοπαθολογίας. Από το 14,7% των ασθενών που πάσχουν, πονούν το 46% ($p=0,002$), ενώ από τους ψυχικά υγιείς πονούν μόνο το 19,7 %. Από τα ανωτέρω συμπεραίνεται ότι υπάρχει ισχυρή συσχέτιση του πόνου με τη γενικότερη ψυχοπαθολογία. Στη βιβλιογραφία δεν υπάρχει προηγούμενη μελέτη, που να χρησιμοποιεί το συγκεκριμένο διαγνωστικό εργαλείο σε νεφροπαθείς ασθενείς, κι έτσι η σύγκριση των ευρημάτων και η αξιολόγησή τους δεν είναι δυνατή.

Στην παρούσα μελέτη επισημαίνονται ορισμένοι περιορισμοί . Αρχικά, το δείγμα των συμμετεχόντων ασθενών είναι σχετικά μικρό, για να γίνει δυνατή η γενίκευση των συμπερασμάτων σε κάθε πληθυσμό ασθενών με ΧΝΝ. Δεύτερον, όλοι ασθενείς ανήκουν στη Λευκή φυλή και είναι Ελληνικής καταγωγής, με αποτέλεσμα την πλήρη απουσία αντιπροσώπευσης άλλων φυλών ή εθνικοτήτων. Τρίτον, η επιλογή των ασθενών δεν έγινε με απολύτως τυχαιοποιημένο τρόπο. Τέλος η μελέτη είναι συγχρονική και η ανάδειξη οποιασδήποτε συσχέτισης επιδέχεται πολλαπλές ερμηνείες, συνήθως μη αιτιολογικές. Αιτιώδης συνάφεια μπορεί να εκτιμηθεί μόνο από καλά σχεδιασμένες επιδημιολογικές διαχρονικές μελέτες.

Συμπερασματικά, τα ευρήματα της μελέτης αναδεικνύουν τον υψηλό επιπολασμό πόνου, κατάθλιψης και γενικότερης ψυχοπαθολογίας στους ασθενείς με ΧΝΝ, καθώς και την μεταξύ τους συσχέτιση. Το κλινικό αντίκρισμα της μελέτης, συνίσταται στην ανάγκη δημιουργίας ενός ενιαίου πολυδύναμου θεραπευτικού μοντέλου, που θα ενσωματώνει την ανίχνευση και θεραπεία των ανωτέρω συμπτωμάτων και θα

συμβάλλει στη βέλτιστη πρόγνωση τους. Η θεραπευτική αυτή αντιμετώπιση είναι αναγκαία και χρήζει περαιτέρω μελέτης.

Πίνακας 9. Συσχέτιση πόνου και κοινωνικοδημογραφικών μεταβλητών

Πόνος	Odds ratio	Stand error	p	95% CI
<i>Φύλο</i>	2,00	0,82	0.092	0,89-4,48
<i>Ηλικία</i>				
45-55 ετών	3,34	2,68	0,13	0,69-16,10
55-65 ετών	3,56	2,78	0,10	0,77-16,48
65-75 ετών	8,1	7,31	0,02	1,39-47,39
>75 ετών	3,49	3,51	0,21	0,48-25,09
<i>Οικογενειακή κατάσταση</i>				
Άγαμοι	2,20	1,63	0,38	0,41-9,85
Διαζευγμένοι	14,17	13,74	0,00	2,11-94,83
Χήροι	2,65	2,28	0,25	0,48-14,38
<i>Μόρφωση</i>				
Γυμν-Λύκειο	0,56	0,29	0,26	0,20-1,55
ΑΕΙ/ΤΕΙ	0,12	0,11	0,02	0,21-0,77
<i>Μηναίο εισόδημα</i>				
1000-2000 ευρώ	0,55	0,27	0,22	0,21-1,44
>2000 ευρώ	2,12	1,34	0,23	0,61-7,33
<i>Οικον. Δυσκολίες</i>				
Αρκετές-πολλές	2,02	0,96	0,13	0,8-5,13

Πίνακας 10. Συσχέτιση πόνου και κατάθλιψης

Πόνος	Odds ratio	Stand error	p	95% CI
<i>Φύλο</i>	1,97	0,85	0.11	0,84-4,59
<i>Ηλικία</i>				
45-55 ετών	4,77	3,96	0,05	0,93-24,27
55-65 ετών	4,61	3,66	0,05	0,97-21,92
65-75 ετών	8,63	7,67	0,01	1,51-49,25
>75 ετών	3,69	3,75	0,19	0,50-27,12
<i>Οικογενειακή κατάσταση</i>				
Άγαμοι	2,52	2,05	0,25	0,51-12,43
Διαζευγμένοι	7,32	7,30	0,04	1,03-51,71
Χήροι	2,71	2,17	0,21	0,56-13,03
<i>Μόρφωση</i>				
Γυμν-Λύκειο	0,69	0,36	0,48	0,24-1,94
ΑΕΙ/ΤΕΙ	0,13	0,12	0,03	0,02-0,85
<i>Οικον. Δυσκολίες</i>	1,76	0,85	0,24	0,68- 4,55
Αρκετές-πολλές				
<i>Κατάθλιψη (βαθμολογία στο PHQ-9)</i>	1,77	0,04	0,00	1,08-1,27

Πίνακας 11. Συσχέτιση πόνου και γενικής ψυχοπαθολογίας

<i>Πόνος</i>	Odds ratio	Stand error	p	Διαστήματα Εμπιστοσύνης
<i>Φύλο</i>	1,84	0,70	0,15	0,79-4,26
<i>Ηλικία</i>				
45-55 ετών	5,03	4,30	0,05	0,94-26,93
55-65 ετών	5,02	4,17	0,05	0,98-25,65
65-75 ετών	13,8	13,49	0,00	2,03-93,74
>75 ετών	4,68	5,02	0,15	0,57-38,39
<i>Οικογενειακή κατάσταση</i>				
Άγαμοι	1,94	1,65	0,43	0,36-10,30
Διαζευγμένοι	10,89	11,32	0,02	1,41-83,66
Χήροι	3,40	3,08	0,16	0,60-19,84
<i>Μόρφωση</i>				
Γυμν-Λύκειο	0,58	0,31	0,31	0,60-1,67
ΑΕΙ/ΤΕΙ	0,10	0,10	0,02	0,01-0,71
<i>Μηναίο εισόδημα</i>				
1000-2000 ευρώ	0,62	0,31	0,35	0,22-1,70
>2000 ευρώ	2,01	1,34	0,29	0,54-7,43
<i>Οικον. Δυσκολίες</i>				
Αρκετές-πολλές	1,63	0,81	0,32	0,61-4,32
<i>Γενική Ψυχοπαθολογία</i>	4,61	2,5	0,00	1,56-13,55

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Phipps, A and Turkington, D. Psychiatry in the renal unit. *Advances in Psychiatric Treatment* 2001, 7, 426-32
2. Butler J. Renal disease. In: Geoffrey Lloyd and Elspeth Guthrie (eds) *Handbook of Liaison Psychiatry*. Cambridge University Press, 2007
3. Lea JP, Nicholas SB. Diabetes mellitus and hypertension: Key risk factors for kidney disease. *Journal of Medical Association* 2002, 94: 7-15
4. Evans RW, Manninen DL, Garrison LP, Hart LD, Blagg CR, Gutman RA et al. The quality of life of patients with end stage renal disease. *New England Journal of Medicine* 1985, 312: 553-559
5. Davison S. Pain in Hemodialysis patients: Prevalence, cause, severity and management. *American Journal of Kidney Disease* 2003; 42: 1239-47
6. Claxton RN, Blackhall L, Weisbord SD, Holley JL. Undertreatment of symptoms in patients on maintenance Hemodialysis. *Journal of Pain and Symptom Management* 2009; 20:1-9
7. Kimmel PI, Thamer M, Richard CM, Ray NF. Psychiatric illness in patients with end-stage renal disease. *American Journal of Medicine* 1998, 105:214-221
8. KDOQI Clinical Practice Guidelines for Chronic: Evaluation, Classification and Stratification, National Kidney Foundation, 2002
9. Keane WF, Eknoyan G. Proteinuria, albuminuria, risk, assessment, elimination(PARADE):a position paper of the National Kidney Foundation. *Am J Kidney Dis*. 1999; 33: 1004-10
10. Fried LP, Kronmal RA, Newman AB, Bild DE, Mittelmark MB, Polak JF, et al. Risk factors for 5-year mortality in older adults: the Cardiovascular Health Study. *JAMA* 1998; 279: 585- 92
11. Manjunath G, Tighiouart H, Coresh J, Macleod B, Salem DN, Griffith JL, et al. Levels of kidney function as a risk factor for cardiovascular outcomes in the elderly. *Kidney International* 2003; 63: 1121- 1129
12. Holey JL. A single-center review of the death notification form: Discontinuing is not a surrogate for withdrawal from dialysis. *American Journal of Kidney Disease* 2002; 40: 549- 55
13. Daugirdas J, Blake P & Ing T (Eds). *Handbook of Dialysis*, 3rd Edn. Lipinnicott, Williams & Wilkins, Sydney, 2007
14. Schlebusch I. Medical Psychology and psychonephrology: contributions of clinical psychology. *South African Journal of Psychology* 1986; 16: 47-56
15. The Renal Association. *Treatment of adults and children with renal failure: standards and audit measures*. London 2002, Royal College of Physicians
16. Jofre R, Lopez-Gomez JM, Moreno F et al. Changes in quality of life after renal transplantation. *American Kidney Diseases* 1998; 32: 93-99
17. Franke GH, Reimer J, Phillip T, Heemann U. Aspects of quality of life through end-stage renal disease. *Quality of Life Res* 2003; 12: 103-115.

18. Galpin C. Body image in end stage renal failure. *British Journal Nursing* 1992; 1:21
19. Brickman AL, Yount SE. Non-compliance in end-stage renal disease: a threat to quality of care and cost containment. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*; 3: 399-412
20. Rodin GM, Abbey S. Kidney transplantation. In *Psychiatric Aspects of Organ transplantation*, ed. Craven JL and Rodin GM. Oxford University Press, pp 145-63
21. Mckay B, Milford E, Sayegh M. Clinical aspects of renal transplantation. In: Brenner BM (ed) *Brenner and Rector's: The Kidney: 5th Ed.* Saunders, Philadelphia, 1996: 2602-2652
22. International Association for the Study of Pain, 1994
23. Davison SN. Pain in Hemodialysis Patients: Prevalence, Cause, Severity, and Management. *American Journal of Kidney Disease* 2003; 42(6): 1239-47
24. Smith NY, Egert J, Winkel G, Jacobson J. The impact of PTSD on pain experience in persons with HIV/AIDS. *Pain* 2002; 98: 9-17
25. Hwang SS, Chang VT, Kasimis B. Cancer breakthrough pain characteristics and responses to treatment at a VA medical center; *Pain* 2003; 101: 55-64
26. Weisbord S, Fried L, Arnold R, Fine M, Levenson D, Peterson R and Switzer G. Prevalence, severity and importance of physical and emotional symptoms in chronic hemodialysis patients. *Journal of American Society of Nephrologists* 2005; 16: 2487-2494
27. Daugirdas J, Blake P & Ing T (Eds). *Handbook of Dialysis, 3rd Edn.* Lipinnicott, Williams & Wilkins, Sydney, 2007
28. Antoniazzi A, Bigal M, Bordini C, Tepper S & Speciali J. Headache and hemodialysis: a prospective study. *Headache* 2003; 43: 99-102
29. Goksan B, Karaali-Savrum F, Ertan M. Haemodialysis-related headache. *Cephalalgia* 2004; 24: 284-287
30. Cohen ML, Moss HA, Weisbord SD, Germain MJ. Renal Palliative Care. *Journal of Palliative Care* 2006; vol 9, number 4: 977-992
31. Mazhar AR, Johnson RJ, Gillen D, Stivelman JC, Ryan MJ, Davis CL, Stehman-Breen CO: Risk factors and mortality associated with calciphylaxis in end-stage renal disease. *Kidney International* 2001; 60: 324-332
32. Mercadante S, Ferrantelli A, Tortorici C, Lo Cicero M, Cutaia I, Parrino I, Casuccio A. *Journal of Pain and Symptom Management* 2005; 30: 302-304

33. McCaffery M, Ferrel B. Nurses' knowledge of pain assessment and management: how much progress have we made? *Journal of Pain and Symptom Management* 1997; 14: 175-188
34. Dix P, Sandhar B, Murdoch J, MacIntyre P. Pain on medical wards in a district general hospital. *British Journal of Anaesthesia* 2004; 92:235-237
35. Williams A, Manias E. A structured literature review of pain assessment and management of patients with chronic kidney disease. *Journal of Clinical Nursing* 2007; 26:69-81
36. Wang P, Warnock S. Depression: a common but underrecognized condition associated with end-stage renal disease. *Seminars in Dialysis* 2004; 17: 237-241
37. Cleeland C, Gonin R, Hartfield AK et al. Pain and its treatment in outpatients with metastatic cancer. *New England Journal of Medicine* 1994; 330: 592-596
38. Constantini M, Viterbori P, Flego G. Prevalence of pain in hospitalized patients and resolution over six months. *Journal of Pain and Symptom Management* 2002; 23: 221-230
39. Bailie G, Mason N, Bragg-Gresham J, Gillespie B, Young E. Analgesic prescription patterns among hemodialysis patients in the DOPPS: potential for underprescription. *Kidney International* 2004; 65: 2419-2425
40. Daines P. Pain management at the end of life in a patient with renal failure. *Cannt Journal* 2004; 14: 20-25
41. Kurella M, Bennet W, Chertow G. Analgesia in patients with ESRD: a review of the available evidence. *American Journal of Kidney Disease* 2003; 42: 217-228
42. Manley H, McClaran M, Overbay D, Wright M, Reid G, Bender W, Neufeld T, Hebb S, Muther R. Factors associated with medication-related problems in ambulatory hemodialysis patients. *American Journal of Kidney Disease* 2003; 41: 386-393
43. Relm M. Pain in end stage renal disease. *Nephrology Nursing Journal: Journal of the American Nephrology Nurse's Association* 2003; 30: 340-341
44. Phipps, A and Turkington, D. Psychiatry in the renal unit. *Advances in Psychiatric Treatment* 2001, 7, 426-32
45. Fricchione G, Howanitz E, Jandorf L et al. Psychological adjustment to end-stage renal disease and the implications of denial. *Psychosomatics* 1992; 33: 85-91

46. Surman O. Hemodialysis and renal transplantation. In: Hackett TP, Cassem NH (eds) Massachusetts General Hospital handbook of general psychiatry. 2nd ed. PSG Publishing Company, Littleton, Massachusetts, 1987; 381-402
47. House RM and Thomson TL. Psychiatric aspects of organ transplantation . Journal of the American Medical Association 1988; 260: 535-9
48. Horne R, Summer S, Jubraj B et al. Hemodialysis patients 's beliefs about treatment: implications for adherence to medication and fluid/diet restrictions. International Journal of Pharmacy Practice 2001; 9: 169-175
49. Kutner NG, Zhang R, McClellan WM et al. Psychosocial predictors of non-compliance in haemodialysis and peritoneal dialysis patients. Nephrology Dialysis and Transplantation 2002; 17: 93-9
50. Butler JA, Roderick P, Mulle M et al. Frequency and impact of non-adherence to immunosuppressants after renal transplantation: a systematic review. Transplantation 2004; 77:769-76
51. Pruna A, Fornairon S. European multicenter survey on noncompliance after solid organ transplantation. Transplantation Proceedings 2000; 32: 393-5
52. Kiley DJ, Lam CS and Pollak R. A study of treatment compliance following kidney transplantation. Transplantation 1993; 55: 51-6
53. Kimmel P, Peterson R et al. Psychosocial factors, behavioral compliance and survival in urban haemodialysis patients. Kidney International 1998; 54: 245
54. Kory L. Non-adherence to immunosuppressive medications: a pilot survey of members of the transplant recipients international organization. Transplantation Proceedings 1999; 31: 514-515
55. Butler JA, Cairns H. Non-adherence in renal transplant recipients. British Journal of Renal Medicine 2000; summer: 21-24
56. Kalda R, Polluste K, Lember M. Patients satisfaction with care is associated with personal choice of physician. Health Policy 2003; 64: 55-62
57. Longham- Adhman M. Medication non-compliance in patients with chronic disease: issues in dialysis and renal transplantation. American Journal of Management Care 2003; 9:155-71
58. Kimmel PL, Thamer M, Richard CM, Ray NF. Psychiatric Illness in patients with end-stage renal disease. American Journal Medicine 1998; 105: 214-221
59. House A. Psychiatric referrals from a renal unit: a study of clinical practice in a British hospital. Journal of Psychosomatic Research 1989; 33: 363- 72
60. Hailey BJ, Moss SB, Street R et al. Mental health services in an outpatient dialysis practice. Dialysis and Transplantation 2001; 30: 732-9
61. Christensen AJ, Ehlers SL. Psychological factors in end-stage renal disease: an emerging context for behavioral research. Journal Consult Clin Psychol 2002; 70: 712-724
62. Kimmel PI, Cudor D, Cohen SD, Peterson RA. Depression in end-stage renal disease patients: a critical review. Adv Chronic Kidney Dis 2007; 14: 328-334
63. Hinrichsen G, Lieberman J, Pollack S, Steinberg H. Depression in hemodialysis patients. Psychosomatics 1989; 30: 284-289

64. Davinson S. Chronic Kidney disease: psychological impact of chronic pain. *Geriatrics* 2007; 62: 17-23
65. Kimmel PL, Thamer M, Richard CM, Ray NF. Psychiatric illness in patients with end-stage renal disease. *American Journal of Medicine* 1998, 105:214-221
66. House A. Psychosocial problems of patients on the renal unit and their relation to treatment outcome. *Journal of Psychosomatic Research* 1987; 31: 441-52
67. McCauley C and Johnson JP. Transplant failure: psychosocial consequences and their management. In *Quality of life following Renal Failure*.ed Mcgee H and Bradley C. Amsterdam: Harwood Academic Publishers, pp 211-24
68. Sensky T. Depression in renal failure and its treatment. In *Depression and Physical Illness*, eds MM Robertson and CLE Katona. Chichester: John Wiley & Sons, 1997, pp 359-375
69. Sacks CR, Peterson RA and Kimmel PL. Perceptions of illness and depression in chronic renal disease. *American Journal of Kidney Disease* 1990; 15: 31-39
70. Craven J, Rodin GM and Johnson L. The diagnosis of major depression in renal disease patients. *Psychosomatic Medicine* 1988; 49: 482-492
71. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short form health survey(SF-36): conceptual framework and item selection. *Medical Care* 1992; 30: 473-483
72. Mercus MP, Jager KJ, Dekker FW et al. Quality of life in patients on chronic dialysis: self-assessment 3 months after the start of treatment. The NECOSAD Study Group. *American Journal of Kidney Disease* 1997; 29: 584-592
73. Pappa E, Kontodimopoulos N, Niakas D. Validating and norming of the SF-36 Health Survey. *Quality of Life Research* 2005; 14: 1433-1438
74. Kroenke K, Spitzer RL. The PHQ-9: a new Depression Diagnostic and Severity Measure. *Psychiatric Annals* 2002; 32: 1-7
75. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine* 2001; 16: 606-613
76. Watnick S, Wang PL, Demadura T, Ganzini L. Validation of 2 depression screening tools in dialysis patients. *American Journal of Kidney Disease* 2005; 46: 919-924
77. Lewis G, Pelosi AJ, Araya R, Dunn G: Measuring psychiatric disorder in the community: a standardized assessment for use by lay interviewers. *Psychological Medicine* 1992; 22: 465- 486
78. Jenkis R, Bebbington P, Brugha T, Farrell M, Gill B, Lewis G, Meltzer H, Petticrew M. The National Psychiatric Morbidity Surveys of Great Britain: strategy and methods. *Psychological Medicine* 1997; 27: 765-774
79. Araya R, Rojas G, Fritsch R, Acuna J, Lewis G. Common mental disorders in Santiago, Chile: Prevalence and socio-demographic correlates. *British Journal of Psychiatry* 2001; 178: 228-233
80. Lewis G, Pelosi AJ, Glover E, Wilkinson G, Stansfeld SA, Williams P, et al. The development of a computerized assessment for minor psychiatric disorder. *Psychological Medicine* 1988; 18: 737-745

81. Pharm PCT, Dewar K, Hashmi S, Toscano E, Pharm PMT, Pharm PAT, Pharm PTT. Pain prevalence in patients with chronic kidney disease. *Clinical Nephrology* 2010; 73: 294-299
82. Mercadante S, Ferrantelli A, Tortorici C, Lo Cascio A, Cicero M, Cutaia I, Parrino I, Casuccio A. *Journal of Pain and Symptom Management* 2005; 30:302-304
83. House A. Psychosocial problems of patients on the renal unit and their relation to treatment outcome. *Journal of Psychosomatic Research* 1987; 31: 441-52
84. Christensen AJ, Ehlers SL. Psychological factors in end-stage renal disease: an emerging context for behavioral research. *Journal Consult Clin Psychol* 2002; 70: 712-724
85. Drayer RA, Piraino B, Reynolds CF 3rd, Houck PR, et al. Characteristics of depression in hemodialysis patients: symptoms, quality of life and mortality risk. *General Hospital Psychiatry* 2006; 28: 306-312
86. Son YJ, Choi KS, Park YR, Bae JS, Lee JB. Depression, symptoms and the Quality of life in Patients on Hemodialysis for End-Stage Renal Disease. *American Journal of Nephrology* 2009; 29: 36-42
87. Davinson SN, Jhangri GS. The impact of chronic pain on depression, sleep, and the desire to withdraw from dialysis in hemodialysis patients. *Journal of Pain and Symptom Management* 2005; 30: 465-473
88. Sorkin BA, Rudy TE, Hanlon RB, Turk DC, Steig HL. Chronic pain in old and young patients: Differences appear less important than similarities. *Journal of Gerontology* 1990; 45: 64-68
89. Williams AC, Richardson PH. What does the BDI measure in chronic pain? *Pain* 1993; 55: 259-266
90. Magni G, Caldieron C, Rigatti-Luchini S, Merskey H. Chronic musculoskeletal pain and depressive symptoms in the general population: An analysis of the First National Health and Nutrition Examination Study data. *Pain* 1990; 43: 299-307
91. Yamamoto Y, Hayashino Y, Akiba T, Akizawa T, Asano Y, Saito A, Kurokawa K, Fukuhara S. Depressive symptoms predict the subsequent risk of Bodily Pain in Dialysis patients: Japan Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study. *Pain Medicine* 2009; 10: 883-889

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

- Ερωτηματολόγιο PHQ-9
- Συνέντευξη CIS-R Ερωτηματολόγιο SF-36
- Ερωτηματολόγιο SF-36

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ (ΡΗQ-9)
(Βάλτε ένα √ στην απάντηση που σας αντιπροσωπεύει)

	Κατά την διάρκεια των ΤΕΛΕΥΤΑΙΩΝ 2 ΕΒΔΟΜΑΔΩΝ πόσο συχνά ενοχληθήκατε από τα ακόλουθα προβλήματα...	ΠΟΤΕ	ΚΑΠΟΙΕΣ ΜΕΡΕΣ	ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΕΣ ΑΠΟ ΤΙΣ ΜΙΣΕΣ ΜΕΡΕΣ	ΣΧΕΔΟΝ ΚΑΘΕ ΜΕΡΑ
		0	1	2	3
α	...Μειώθηκε το ενδιαφέρον σας ή η ευχαρίστηση που παίρνετε από τις καθημερινές σας ασχολίες;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
β	...Νιώθατε στενοχώρια ή λύπη ή μελαγχολία ή απογοήτευση;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
γ	...Είχατε προβλήματα με τον ύπνο σας, π.χ. να αργεί να σας πάρει ο ύπνος, ή να ξυπνάτε ενδιάμεσα ή πιο νωρίς απ' ό τι επιθυμείτε ή να κοιμάστε περισσότερες ώρες από τις συνηθισμένες;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
δ	...Νιώθατε κούραση ή καταβολή ή ατονία ή έλλειψη ενέργειας;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ε	...Είχατε προβλήματα με το φαγητό σας, όπως να μειώθηκε η όρεξή σας να φάτε ή αντίθετα να αυξήθηκε περισσότερο από το συνηθισμένο;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
στ	...Νιώθατε άσχημα για το εαυτό σας ή να σκέφτεστε ότι δεν αξίζετε ή ότι είστε ανεπαρκής ή ότι έχετε απογοητεύσει τον εαυτό σας ή τους δικούς σας;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ζ	...Είχατε δυσκολία να συγκεντρωθείτε για να κάνετε διάφορα πράγματα, όπως π.χ. να διαβάσετε κάτι ή να παρακολουθήσετε τηλεόραση;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ΜΕΡΟΣ Α' - Σωματικά Συμπτώματα

A1

Τον τελευταίο μήνα νιώσατε κανέναν πόνο οπουδήποτε στο σώμα σας;

ΝΑΙ..... 1 → A3

ΟΧΙ..... 2 → A2

A2

Κατά τη διάρκεια του περασμένου μήνα είχατε σωματικά ενοχλήματα όπως για παράδειγμα πονοκέφαλο ή δυσπεψία;

ΝΑΙ..... 1 → A3

ΟΧΙ..... 2 → Πήγατε στο Μέρος Β

A3

Αυτός ο πόνος ή το ενοχλημα, μήπως εμφανίστηκε ή επιδεινώθηκε επειδή νιώθατε «πρασμένος» ψυχολογικά, στενοχωρημένος ή αγχωμένος;

ΝΑΙ..... 1 → A4

ΟΧΙ..... 2 → Πήγατε στο Μέρος Β

Αν κάποιος έχει περισσότερα από ένα ενοχλήματα ή πόνους, αναφερθείτε σε οποιοδήποτε από αυτά.

A4

Τις περασμένες 7 ημέρες – συμπεριλαμβανομένης και της χθεσινής - πόσες μέρες συνολικά είχατε αυτόν τον πόνο ή το ενοχλημα;

4 ημέρες ή περισσότερες..... 1 } → A5

1 – 3 ημέρες..... 2 }

Καμία..... 3 → A9

A5

Συνολικά, αυτός ο πόνος ή το ενοχλημα, διαρκούσε κατά μέσο όρο περισσότερο από 3 ώρες κάθε ημέρα που το νιώθατε;

ΝΑΙ..... 1

ΟΧΙ..... 2

