



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ**

**ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ  
ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ**

**«Η ανίχνευση των ψυχικών διαταραχών  
σε ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο»**

**Μαργαρίτα Γ. Οικονόμου, MSc  
*Νοσηλεύτρια***

**ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ**

**Ιωάννινα, 2015**





**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ**

**ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ  
ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ**

**«Η ανίχνευση των ψυχικών διαταραχών  
σε ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο»**

**Μαργαρίτα Γ. Οικονόμου, MSc  
*Νοσηλεύτρια***

**ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ**

**Ιωάννινα, 2015**

*Η έγκριση της διδακτορικής διατριβής από το Τμήμα Ιατρικής της Σχολής Επιστημών Υγείας του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων δεν υποδηλώνει αποδοχή των γνώμων του συγγραφέα Ν. 5343/32, άρθρο 202, παράγραφος 2 (νομική καταχώρηση του Τμήματος Ιατρικής)*

**Ημερομηνία αίτησης της κ. Οικονόμου Μαργαρίτας:** 10-6-2008

**Ημερομηνία ορισμού Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής:** 640<sup>α</sup>/17-6-2008

**Μέλη Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής:**

Επιβλέπων

Σιαμόπουλος Κωνσταντίνος Καθηγητής Παθολογίας-Νεφρολογίας

Μέλη

Δαμίγος Δημήτριος, Επίκουρος Καθηγητής Ψυχιατρικής με ιδιαίτερη έμφαση στην Ιατρική Ψυχολογία

Σκαπινάκης Πέτρος Επίκουρος Καθηγητής Ψυχιατρικής

**Ημερομηνία ορισμού θέματος:** 23-7-2008

*«Η ανίχνευση των ψυχικών διαταραχών σε ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο».*

**ΟΡΙΣΜΟΣ ΕΠΤΑΜΕΛΟΥΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ :** 777<sup>α</sup>/19-5-2015

1. Σιαμόπουλος Κωνσταντίνος Ομότιμος Καθηγητής Παθολογίας-Νεφρολογίας του Τμήματος Ιατρικής του Παν/μίου Ιωαννίνων
2. Ελισάφ Μωυσής Καθηγητής Παθολογίας του Τμήματος Ιατρικής του Παν/μίου Ιωαννίνων
3. Μαυρέας Βενετσάνος Καθηγητής Ψυχιατρικής του Τμήματος Ιατρικής του Παν/μίου Ιωαννίνων
4. Σκαπινάκης Πέτρος Αναπληρωτής Καθηγητής Ψυχιατρικής του Τμήματος Ιατρικής του Παν/μίου Ιωαννίνων
5. Τσιάρα Σταυρούλα Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Παθολογίας του Τμήματος Ιατρικής του Παν/μίου Ιωαννίνων
6. Δαμίγος Δημήτριος, Επίκουρος Καθηγητής Ψυχιατρικής με ιδιαίτερη έμφαση στην Ιατρική Ψυχολογία, του Τμήματος Ιατρικής του Παν/μίου Ιωαννίνων
7. Ντουνούση Ευαγγελία Λέκτορα Νεφρολογίας με έμφαση στις Μεταμοσχεύσεις, του Τμήματος Ιατρικής του Παν/μίου Ιωαννίνων

Έγκριση Διδακτορικής Διατριβής με βαθμό «ΑΡΙΣΤΑ» στις 9-6-2015

**ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ**

**Πασχόπουλος Μηνάς**

Καθηγητής Μαιευτικής-Γυναικολογίας





*στην κόρη μου*





## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η προοδευτική αύξηση της επίπτωσης και της συχνότητας των ασθενών με τελικό στάδιο Χρόνιας Νεφρικής Νόσου σε όλο τον κόσμο, το υψηλό ποσοστό θνησιμότητας και οι αυξανόμενες δαπάνες για τη φρονίδα των ασθενών αυτών, έχουν στρέψει το ερευνητικό ενδιαφέρον σε εκείνες τις πτυχές φροντίδας που έχουν επιπτώσεις στην έκβαση των ασθενών και ενδεχομένως έχουν τη δυνατότητα να τροποποιήσουν και να βελτιώσουν αυτά τα αποτελέσματα. Δεν βοηθούμε απλά τους ασθενείς να επιβιώνουν για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, αλλά επιδιώκουμε για αυτούς ένα καλύτερο επίπεδο υγείας και μια καλύτερη Ποιότητα Ζωής. Πριν από είκοσι χρόνια άρχισα να εργάζομαι στη Νεφρολογική Κλινική του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων (ΠΓΝΙ) ως Νοσηλεύτρια και από τότε προσπαθώ να είμαι κοντά στους χρόνιους ασθενείς και να συμβάλλω στην παροχή ενός θεραπευτικού μοντέλου «ολιστικής προσέγγισης». Σταθμός αυτής της πορείας αρχικά υπήρξε η ενεργός συμμετοχή μου στην ίδρυση της Μονάδας Ψυχονεφρολογίας, την οποία εμπνεύστηκαν και οργάνωσαν ο κ. Κων/νος Χ. Σιαμόπουλος, Καθηγητής Παθολογίας/Νεφρολογίας Τμήματος Ιατρικής Σχολής Επιστημών Υγείας του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων και ο κ. Δημήτρης Δαμίγος, Επίκουρος Καθηγητής Ιατρικής Ψυχολογίας Τμήματος Ιατρικής Σχολής Επιστημών Υγείας του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων. Επόμενο ερέθισμα για την ανάπτυξη της παρούσας διδακτορικής διατριβής ήταν η παρακολούθηση και ολοκλήρωση (Απρίλιος 2008) του Μεταπτυχιακού Προγράμματος του Τμήματος Ιατρικής της Σχολής Επιστημών Υγείας του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων με θέμα: *«Η αντιμετώπιση του πόνου»* με Επιστημονικό Υπεύθυνο τον Καθηγητή κ. Δημήτριο Δαμίγο. Το επόμενο βήμα μου ήταν η εκπόνηση της διδακτορικής διατριβής, η οποία υπήρξε μια πολύτιμη εμπειρία για μένα. Πέραν της απόκτησης γνώσεων στο επίπεδο της έρευνας και της μελέτης της διεθνούς βιβλιογραφίας, θεωρώ ότι μου πρόσφερε τη δυνατότητα να γνωρίσω, να νοιώσω και να βοηθήσω ουσιαστικά τους χρόνιους ασθενείς της Νεφρολογικής Κλινικής και ιδιαίτερα τους ασθενείς της Μονάδας Περιτοναϊκής Κάθαρσης που υπηρετώ και έρχομαι σε καθημερινή επαφή μαζί τους όλα αυτά τα χρόνια.

Νοιώθω ευγνωμοσύνη για τον Καθηγητή μου τον κ. Κωνσταντίνο Σιαμόπουλο, Επιβλέποντα της διατριβής, γιατί η συνεργασία μαζί του άλλαξε την επαγγελματική μου πορεία, τον τρόπο σκέψης και τη στάση μου ως Νοσηλεύτρια Νεφρολογίας. Τον

ευχαριστώ όχι μόνο για τη στήριξή του και για το γεγονός ότι μου ενέπνευσε την αγάπη για τη γνώση και τον άνθρωπο-ασθενή, αλλά και γιατί με παρότρυνε, με εμπιστεύθηκε και πίστεψε σε μένα. Τον ευχαριστώ για τις πολύτιμες και εποικοδομητικές συμβουλές του σε όλα τα στάδια της παρούσας εργασίας.

Το επόμενο μεγάλο «ευχαριστώ» το οφείλω στον Καθηγητή κ. Δημήτρη Δαμίγο, (Μέλος της Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής) τον άνθρωπο που μου άνοιξε νέους δρόμους και νέα οράματα ως επαγγελματία υγείας, αλλά και ως άτομο. Ήμουν και είμαι τυχερή για δύο λόγους, ο πρώτος γιατί με εμπιστεύθηκε ως μέλος της ομάδας Ψυχονεφρολογίας και ο δεύτερος γιατί απολαμβάνω τον μοναδικό τρόπο με τον οποίο εκείνος μπορεί να μεταδώσει τη γνώση.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω ιδιαίτερα τον κ. Πέτρο Σκαπινάκη Αναπληρωτή Καθηγητή Ψυχιατρικής του Τμήματος Ιατρικής της Σχολής Επιστημών Υγείας του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων και Μέλος της Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής για τη μεγάλη βοήθεια που πρόσφερε στην οργάνωση, τον σχεδιασμό και την ολοκλήρωση της διδακτορικής αυτής διατριβής. Είναι ο άνθρωπος που ανέλαβε από την αρχή όλον τον έλεγχο αυτής της έρευνας, γεγονός που αποτέλεσε και εγγύηση για την ποιότητα αυτής της δουλειάς. Αποτέλεσε για μένα παράδειγμα επιστημονικής σκέψης, μεθοδικής δουλειάς και προσήλωσης στους στόχους.

Φυσικά, δεν θα παραλείψω να ευχαριστήσω την κα Όλγα Μπαλάφα Νεφρολόγο, Επιμελήτρια Α΄ στη Πανεπιστημιακή Νεφρολογική Κλινική του ΠΓΝΙ. Η Όλγα, μια εξαιρετική γιατρός, συνεργάτης και φίλη, είναι ο άνθρωπος που με βοήθησε και στήριξε επιστημονικά κάθε μου προσπάθεια στα πλαίσια της διδακτορικής μου διατριβής. Εξακολουθεί να είναι πολύτιμη η παρουσία της στην επαγγελματική και προσωπική μου ζωή.

Το επόμενο «ευχαριστώ» είναι για την Αλέκα Παπαγεωργίου, ΕΤΕΠ Τμήματος Ιατρικής Σχολής Επιστημών Υγείας του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων. Η Αλέκα είναι φίλη και συνεργάτης για πολλά χρόνια, πάντα δίπλα μου, σε κάθε δύσκολη ή ευχάριστη στιγμή. Πέρα από αυτό όμως και με δεδομένη τη γνώση και την ποιοτική της δουλειά, συνέβαλε με την επικουρία της στη βιβλιογραφική αναζήτηση, τη διεκπεραίωση διαδικαστικών θεμάτων και την τελική μορφοποίηση της παρούσας εργασίας.

Θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στις τρεις συναδέλφισσές μου, Νοσηλεύτριες της Μονάδας Περιτοναϊκής Κάθαρσης του ΠΓΝΙ κ.κ. Αθανασία Μπανιώτη, Αναστασία Κοσμά και Βαΐτσα Τσιάλιου για τη βοήθεια και τη στήριξή τους στην προσπάθειά μου να ολοκληρώσω τη διδακτορική διατριβή. Νοιώθω ιδιαίτερα τυχερή που πίστεψαν και ακολούθησαν τα σχέδια για μια ανθρωποκεντρική φροντίδα στους χρόνιους ασθενείς μας.

Δεν θα μπορούσα να παραλείψω και να μην ευχαριστήσω τους νεφροπαθείς ασθενείς για την πρόθυμη συνεργασία τους στη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου και για την εμπιστοσύνη που έδειξαν στο πρόσωπό μου, αλλά και τους Συνεργάτες -ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό- των αντίστοιχων Νεφρολογικών Κλινικών του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Πατρών και Περιφερειακού Νοσοκομείου «Παπαγεωργίου» Θεσσαλονίκης για την άψογη συνεργασία μας, καθώς και για τη συλλογή δειγμάτων.

Στη συνέχεια θα ήθελα να ευχαριστήσω τα αξιότιμα Μέλη της Επταμελούς Επιτροπής που δέχθηκαν να συμμετάσχουν στην τελική κρίση της διατριβής μου, αλλά και για τις χρήσιμες παρατηρήσεις και υποδείξεις τους κατά την παρουσιάσή της.

Επίσης, εγκάρδιες ευχαριστίες στην Εύη Παπαγιαννοπούλου -έναν δικό μου και πολύτιμο για μένα άνθρωπο- για την αμέριστη ψυχολογική υποστήριξη που μου παρείχε κατά τη διάρκεια αυτής της πορείας μου, αλλά και για τη σχέση ζωής που έχουμε αποκτήσει.

Τέλος, ας μου επιτραπεί να εκφράσω την αγάπη μου και τα αμέτρητα «ευχαριστώ» στη κόρη μου Γεωργία, όχι μόνο για την κατανόηση και υποστήριξη που έδειξε όλο αυτό το διάστημα της διεξαγωγής της διατριβής, αλλά και γιατί αποτελεί το πιο σημαντικό κίνητρο για μένα, ώστε να συνεχίσω να αγωνίζομαι για ό,τι καλύτερο.



## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Επεξήγηση συντμήσεων .....	1
Κατάλογος εικόνων .....	3
Κατάλογος πινάκων .....	5
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ .....	9
ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....	11
A. ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟΣ .....	13
A.1. Ορισμός – Στάδια της ΧΝΝ .....	13
A.2. Επιδημιολογία της ΧΝΝ .....	14
A.2.1. Παράγοντες κινδύνου ΧΝΝ .....	15
A.3. Μέθοδοι υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας .....	16
A.3.1. Αιμοκάθαρση .....	16
A.3.2. Περιτοναϊκή κάθαρση .....	17
A.3.3. Μεταμόσχευση .....	18
A.4. Επιπλοκές της ΧΝΝ .....	18
A.4.1. Αναιμία .....	18
A.4.2. Υπέρταση .....	19
A.4.3. Καρδιαγγειακή νόσος .....	19
A.4.4. Διαταραχές οστικού μεταβολισμού .....	20
A.4.5. Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες και ΧΝΝ .....	21
A.4.5.α. Προσαρμογή στη χρόνια εξωνεφρική κάθαρση .....	25
A.4.5.β. Επαγγελματική απασχόληση .....	27
A.4.5.γ. Σεξουαλική λειτουργία και γονιμότητα .....	28
A.4.5.δ. Αλλαγή σωματικού ειδώλου .....	30
A.4.5.ε. Αντίληψη για το φορτίο της νόσου .....	32
A.4.5.στ. Μη συμμόρφωση του ασθενή .....	33
A.4.5.ζ. Κοινωνική απομόνωση .....	34
A.4.5.η. Οικογένεια και εξωνεφρική κάθαρση .....	35
B. ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΧΝΝ .....	39
B.1. Κατάθλιψη .....	39
B.2. Κατάθλιψη και ΧΝΝ .....	40
B.2.1. Θνησιμότητα και κατάθλιψη στη ΧΝΝ .....	45
Γ. ΑΓΧΟΣ ΚΑΙ ΧΝΝ .....	47
Γ.1. Άγχος .....	47
Γ.2. Άγχος σε ασθενείς με ΧΝΝ .....	48

Δ. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΧΝΝ .....	51
Δ.1. Ποιότητα ζωής .....	51
Δ.2. Ποιότητα ζωής ΧΝΝ .....	51
Δ.2.1. Ποιότητα ζωής σχετική με τη μέθοδο εξωνεφρικής κάθαρσης –ΜΤΧ .....	52
Δ.2.2. Ποιότητα ζωής και διαβητικοί ασθενείς σε εξωνεφρική κάθαρση .....	56
Δ.2.3. Ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων ασθενών σε εξωνεφρική κάθαρση .....	57
Ε. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΠΟΛΥΔΥΝΑΜΗΣ ΟΜΑΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ .....	61
ΣΤ. ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ .....	65
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ .....	67
Ζ. ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ .....	69
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ .....	71
Εκτίμηση των Ψυχιατρικών Διαταραχών .....	71
Εκτίμηση της ΠΖ και της Λειτουργικότητας .....	72
Μέτρηση Κοινωνικο-Δημογραφικών Μεταβλητών .....	73
ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ ΠΕΔΙΟΥ .....	75
ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ .....	77
Η. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ .....	79
Επιπολασμός κοινωνικο-δημογραφικών παραγόντων .....	79
Επιπολασμός ψυχικών διαταραχών στους ασθενείς με ΧΝΝ ανά φύλο .....	81
Επιπολασμός ψυχιατρικών συμπτωμάτων συνολικά ανά σύμπτωμα και φύλο .....	82
Επιπολασμός συμπτωμάτων ανά στάδιο νόσου .....	83
Α) Χρόνια Νεφρική Νόσος σταδίων 1-4 .....	83
Β) Αιμοκάθαρση .....	84
Γ) Περιτοναϊκή Κάθαρση .....	85
Δ) Μεταμόσχευση Νεφρού .....	86
Επιπολασμός των πιο συχνών συμπτωμάτων σε σχέση με κοινωνικο-δημογραφικούς και κλινικούς παράγοντες .....	87
Προβλήματα ύπνου .....	88
Κόπωση .....	90
Ανήσυχες ιδέες .....	91
Ανησυχία για τη σωματική υγεία .....	92
Καταθλιπτικό συναίσθημα .....	94
Καταθλιπτικές ιδέες .....	95
Ευερεθιστότητα .....	96
Άγχος σωματικό .....	97

CIS-R SCORE >12 .....	99
Ποιότητα Ζωής .....	100
Σύγκριση με το γενικό πληθυσμό .....	101
Σύγκριση μεταξύ των ομάδων εξωνεφρικής κάθαρσης (ΑΚ, ΠΚ) .....	103
Πολυμεταβλητή προσέγγιση .....	105
Σωματική λειτουργικότητα .....	105
Γενική υγεία .....	107
Ζωτικότητα .....	108
Ψυχική υγεία .....	109
Ρόλος σωματικός .....	110
Ρόλος συναισθηματικός .....	111
Κοινωνική λειτουργικότητα .....	112
Σωματικός πόνος .....	113
Συνοπτική κλίμακα σωματικής υγείας .....	114
Συνοπτική κλίμακα ψυχικής υγείας .....	115
Θ. ΣΥΖΗΤΗΣΗ .....	117
Ψυχικές διαταραχές – Ψυχολογικά συμπτώματα .....	117
Κλινικοί παράγοντες .....	124
Ποιότητα Ζωής .....	125
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ .....	131
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΙ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ .....	133
ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ .....	135
ΠΕΡΙΛΗΨΗ .....	137
SUMMARY .....	141
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....	145





## Επεξήγηση συντμήσεων

<b>Alb</b>	Αλβουμίνη
<b>BDI</b>	Beck's Depression Inventory
<b>CKD</b>	Chronic kidney disease
<b>Cre</b>	Κρεατινίνη
<b>CVD</b>	Καρδιαγγειακές παθήσεις/Cardiovascular disease
<b>GFR</b>	Ρυθμός σπειραματικής διήθησης
<b>HD</b>	Hmeodialysis
<b>HDL-choI</b>	Υψηλής πυκνότητας λιποπρωτεΐνης χοληστερόλη
<b>K/DOQI</b>	Kidney Disease Outcomes Quality Initiative
<b>KDQOL</b>	Kidney Disease Quality of Life
<b>NKF</b>	National Kidney Foundation
<b>PD</b>	Peritoneal Dialysis
<b>QoL</b>	Quality of life
<b>RQLP</b>	Renal Quality of Life Profile
<b>TRG</b>	Τριγλυκερίδια/Triglycerides
<b>Ure</b>	Ουρία
<b>AK</b>	Αιμοκάθαρση
<b>ΑΠ</b>	Αρτηριακή πίεση
<b>ΑΠΚ</b>	Αυτοματοποιημένη περιτοναϊκή κάθαρση
<b>ΔΜΣ</b>	Δείκτης Μάζας Σώματος
<b>ΜΤΧ</b>	Μεταμόσχευση
<b>ΠΖ</b>	Ποιότητα ζωής
<b>ΠΚ</b>	Περιτοναϊκή Κάθαρση
<b>ΠΟΥ</b>	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
<b>ΣΔ</b>	Σακχαρώδης Διαβήτης
<b>ΣΦΠΚ</b>	Συνεχής φορητής περιτοναϊκή κάθαρση
<b>ΤΝ</b>	Τεχνητός νεφρός
<b>ΤΣΧΝΝ</b>	Τελικού σταδίου χρόνια νεφρική νόσος
<b>ΥΠ</b>	Υπέρταση
<b>ΥΣΕ</b>	Υπηρεσία Συντονισμού και Ελέγχου
<b>ΧΝΑ</b>	Χρόνια νεφρική ανεπάρκεια
<b>ΧΝΝ</b>	Χρόνια νεφρική νόσος



## Κατάλογος εικόνων

<b>Εικόνα 1:</b>	Οικογενειακή κατάσταση	80
<b>Εικόνα 2:</b>	Επίπεδο εκπαίδευσης	80
<b>Εικόνα 3:</b>	Οικονομική κατάσταση	81
<b>Εικόνα 4:</b>	Επιπολασμός ψυχικών διαταραχών στους ασθενείς με ΧΝΝ ανά φύλο	82
<b>Εικόνα 5:</b>	Επιπολασμός ψυχιατρικών συμπτωμάτων συνολικά ανά σύμπτωμα και φύλο	83
<b>Εικόνα 6:</b>	Επιπολασμός συμπτωμάτων στους ασθενείς με ΧΝΝ σταδίων 1-4	84
<b>Εικόνα 7:</b>	Επιπολασμός συμπτωμάτων στους ασθενείς που υποβάλλονται σε ΑΚ	85
<b>Εικόνα 8:</b>	Επιπολασμός συμπτωμάτων στους ασθενείς που υποβάλλονται σε ΠΚ	86
<b>Εικόνα 9:</b>	Επιπολασμός συμπτωμάτων ασθενών που έχουν υποβληθεί σε ΜΤΧ	87
<b>Εικόνα 10:</b>	Μέση τιμή διαστάσεων του SF-36 για το σύνολο των ασθενών	101
<b>Εικόνα 11:</b>	Μέση τιμή διαστάσεων του SF-36 της ΑΚ και ΠΚ	105



## Κατάλογος Πινάκων

<b>Πίνακας 1.</b>	Στάδια ταξινόμησης της ΧΝΝ του Κ/ΔΟQI	13
<b>Πίνακας 2:</b>	Ιεραρχική κατάταξη των αγχογόνων παραγόντων ανάλογα με τη βαρύτητά τους στους χρόνια ΑΚ ασθενείς	49
<b>Πίνακας 3:</b>	Στάδια ΧΝΝ	79
<b>Πίνακας 4:</b>	Κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά	79
<b>Πίνακας 5:</b>	Προβλήματα Ύπνου. Συσχέτιση μεταξύ κλινικά σημαντικής ψυχιατρικής νοσηρότητας-συμπτωμάτων και κοινωνικο-δημογραφικών μεταβλητών	88
<b>Πίνακας 6:</b>	Προβλήματα Ύπνου. Συσχέτιση μεταξύ κλινικά σημαντικής ψυχιατρικής νοσηρότητας-συμπτωμάτων και κλινικών παραγόντων	89
<b>Πίνακας 7:</b>	Κόπωση. Συσχέτιση μεταξύ κλινικά σημαντικής ψυχιατρικής νοσηρότητας-συμπτωμάτων και κοινωνικο-δημογραφικών μεταβλητών	90
<b>Πίνακας 8:</b>	Κόπωση. Συσχέτιση μεταξύ κλινικά σημαντικής ψυχιατρικής νοσηρότητας-συμπτωμάτων και κλινικών παραγόντων	90
<b>Πίνακας 9:</b>	Ανήσυχες ιδέες. Συσχέτιση μεταξύ κλινικά σημαντικής ψυχιατρικής νοσηρότητας-συμπτωμάτων και κοινωνικο-δημογραφικών μεταβλητών	91
<b>Πίνακας 10:</b>	Ανήσυχες ιδέες. Συσχέτιση μεταξύ κλινικά σημαντικής ψυχιατρικής νοσηρότητας-συμπτωμάτων και κλινικών παραγόντων	92
<b>Πίνακας 11:</b>	Ανησυχία για τη σωματική υγεία. Συσχέτιση μεταξύ κλινικά σημαντικής ψυχιατρικής νοσηρότητας-συμπτωμάτων και κοινωνικο-δημογραφικών μεταβλητών	92
<b>Πίνακας 12:</b>	Ανησυχία για τη σωματική υγεία. Συσχέτιση μεταξύ κλινικά σημαντικής ψυχιατρικής νοσηρότητας-συμπτωμάτων και κλινικών παραγόντων	93
<b>Πίνακας 13:</b>	Καταθλιπτικό συναίσθημα. Συσχέτιση μεταξύ κλινικά σημαντικής ψυχιατρικής νοσηρότητας-συμπτωμάτων και κοινωνικο-δημογραφικών μεταβλητών	94

<b>Πίνακας 14:</b>	Καταθλιπτικό συναίσθημα. Συσχέτιση μεταξύ κλινικά σημαντικής ψυχιατρικής νοσηρότητας-συμπτωμάτων και κλινικών παραγόντων	95
<b>Πίνακας 15:</b>	Καταθλιπτικές ιδέες. Συσχέτιση μεταξύ κλινικά σημαντικής ψυχιατρικής νοσηρότητας-συμπτωμάτων και κοινωνικο-δημογραφικών μεταβλητών	95
<b>Πίνακας 16:</b>	Καταθλιπτικές ιδέες. Συσχέτιση μεταξύ κλινικά σημαντικής ψυχιατρικής νοσηρότητας-συμπτωμάτων και κλινικών παραγόντων	96
<b>Πίνακας 17:</b>	Ευερεθιστότητα. Συσχέτιση μεταξύ κλινικά σημαντικής ψυχιατρικής νοσηρότητας-συμπτωμάτων και κοινωνικο-δημογραφικών μεταβλητών	96
<b>Πίνακας 18:</b>	Ευερεθιστότητα. Συσχέτιση μεταξύ κλινικά σημαντικής ψυχιατρικής νοσηρότητας-συμπτωμάτων και κλινικών παραγόντων	97
<b>Πίνακας 19:</b>	Άγχος σωματικό. Συσχέτιση μεταξύ κλινικά σημαντικής ψυχιατρικής νοσηρότητας-συμπτωμάτων και κοινωνικο-δημογραφικών μεταβλητών	97
<b>Πίνακας 20:</b>	Άγχος σωματικό. Συσχέτιση μεταξύ κλινικά σημαντικής ψυχιατρικής νοσηρότητας-συμπτωμάτων και κλινικών παραγόντων	98
<b>Πίνακας 21:</b>	CIS-Rscore>12. Συσχέτιση μεταξύ κλινικά σημαντικής ψυχιατρικής νοσηρότητας-συμπτωμάτων και κοινωνικο-δημογραφικών μεταβλητών	99
<b>Πίνακας 22:</b>	CIS-Rscore>12. Συσχέτιση μεταξύ κλινικά σημαντικής ψυχιατρικής νοσηρότητας-συμπτωμάτων και κλινικών παραγόντων	100
<b>Πίνακας 23:</b>	Μέση τιμή διαστάσεων του SF-36 για το σύνολο των ασθενών	101
<b>Πίνακας 24:</b>	Σύγκριση με το γενικό πληθυσμό SF-36	102
<b>Πίνακας 25:</b>	Σύγκριση μεταξύ ομάδων-γενικού πληθυσμού SF-36	102
<b>Πίνακας 26:</b>	Χαρακτηριστικά	103
<b>Πίνακας 27:</b>	Σύγκριση μεταξύ των ομάδων ΑΚ-ΠΚ SF-36	104
<b>Πίνακας 28:</b>	Σωματική λειτουργικότητα	106
<b>Πίνακας 29:</b>	Σωματική λειτουργικότητα - πολυμεταβλητή ανάλυση	106

<b>Πίνακας 30:</b>	Γενική υγεία	107
<b>Πίνακας 31:</b>	Γενική υγεία. Πολυμεταβλητή ανάλυση	107
<b>Πίνακας 32:</b>	Ζωτικότητα	108
<b>Πίνακας 33:</b>	Ζωτικότητα. Πολυμεταβλητή ανάλυση	109
<b>Πίνακας 34:</b>	Ψυχική υγεία	109
<b>Πίνακας 35:</b>	Ψυχική υγεία. Πολυμεταβλητή ανάλυση	110
<b>Πίνακας 36:</b>	Ρόλος σωματικός	110
<b>Πίνακας 37:</b>	Ρόλος σωματικός. Πολυμεταβλητή ανάλυση	111
<b>Πίνακας 38:</b>	Ρόλος συναισθηματικός	111
<b>Πίνακας 39:</b>	Ρόλος συναισθηματικός. Πολυμεταβλητή ανάλυση	112
<b>Πίνακας 40:</b>	Κοινωνική λειτουργικότητα	112
<b>Πίνακας 41:</b>	Κοινωνική λειτουργικότητα. Πολυμεταβλητή ανάλυση	113
<b>Πίνακας 42:</b>	Σωματικός πόνος	113
<b>Πίνακας 43:</b>	Σωματικός πόνος. Πολυμεταβλητή ανάλυση	114
<b>Πίνακας 44:</b>	Συνοπτική κλίμακα σωματικής υγείας	114
<b>Πίνακας 45:</b>	Συνοπτική κλίμακα σωματικής υγείας. Πολυμεταβλητή ανάλυση	115
<b>Πίνακας 46:</b>	Συνοπτική κλίμακα ψυχικής υγείας	116
<b>Πίνακας 47:</b>	Συνοπτική κλίμακα ψυχικής υγείας. Πολυμεταβλητή ανάλυση	116





## **ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**



## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η προοδευτική αύξηση τόσο του επιπολασμού όσο και της επίπτωσης της Τελικού Σταδίου Χρόνιας Νεφρικής Νόσου (ΤΣΧΝΝ) σε όλο τον κόσμο, το υψηλό ποσοστό θνησιμότητας και οι αυξανόμενες δαπάνες για την φροντίδα των ασθενών αυτών, έχουν στρέψει το ερευνητικό ενδιαφέρον σε εκείνες τις πτυχές φροντίδας που έχουν επιπτώσεις στην έκβαση των ασθενών και ενδεχομένως έχουν τη δυνατότητα να τροποποιήσουν και να βελτιώσουν αυτά τα αποτελέσματα. Οι επαγγελματίες υγείας καλούνται να επεκτείνουν τη φροντίδα του ασθενή μέσα από μια ολιστική προσέγγιση της κατάστασης της υγείας του, συμπεριλαμβανομένων των εννοιών όπως ευημερία και Ποιότητα Ζωής (ΠΖ). Στόχος της ομάδας υγείας πρέπει να είναι όχι μόνο η επιβίωση των ασθενών, αλλά και η ποιότητα αυτής (1).

Η αξιολόγηση της ΠΖ που παρέχει η παρακολούθηση των ασθενών των σταδίων 1-4 της χρόνιας νεφρικής νόσου (ΧΝΝ), καθώς και εκείνων οι οποίοι υποβάλλονται σε υποκατάσταση της νεφρικής λειτουργίας με αιμοκάθαρση (ΑΚ) ή περιτοναϊκή κάθαρση (ΠΚ) αλλά και των μεταμοσχευμένων είναι σημαντική για την εκτίμηση της επάρκειας της θεραπείας, την κάλυψη των προσδοκιών του ασθενή και τη συμμετοχή του στη παροχή φροντίδας που του παρέχεται.

Η έννοια της ΠΖ επηρεάζεται με έναν πολύπλοκο τρόπο «από τη φυσική υγεία του ατόμου, την ψυχολογική του κατάσταση, τις προσωπικές του πεποιθήσεις, τις κοινωνικές του σχέσεις και τις σχέσεις όλων αυτών με προεξάρχουσες όψεις του περιβάλλοντός του» (2).

Σύμφωνα με τον Drossman το 1995 (3), η σχετιζόμενη με την υγεία ΠΖ είναι μια γενική εκτίμηση της άποψης του ασθενή σχετικά με τη νόσο του, τον τρόπο με τον οποίο τη βιώνει, καθώς και το πως αυτή επηρεάζει τη δραστηριότητά του στον ψυχολογικό και κοινωνικό τομέα. Εξετάζοντας λοιπόν κάποιος τη διεθνή βιβλιογραφία και έχοντας επιπλέον και την προσωπική επαγγελματική εμπειρία, γνωρίζει ότι η ΠΖ των ασθενών της εξωνεφρικής κάθαρσης τροποποιείται αναμφισβήτητα. Σημαντικός αντίκτυπος δημιουργείται λόγω της επαναληπτικότητας της θεραπείας, καθώς και της διάρκειάς της, στοιχεία που επιδρούν στην καθημερινή ζωή του ασθενή. Η κατάσταση της «νόσου» είναι παρούσα σε όλους τους συμμετέχοντες και τους απασχολεί σε μεγάλο βαθμό. Είναι γενικά αποδεκτό ότι οι ασθενείς με χρόνια νοσήματα, όπως οι νεφροπαθείς,

παρουσιάζουν σημαντική επιβάρυνση της ψυχικής τους υγείας. Υπάρχει σημαντικός αριθμός ψυχικών διαταραχών, οι οποίες εμφανίζονται κατά τη διάρκεια εξέλιξης της ΧΝΝ ή γίνονται γνωστές μετά την ένταξη των ασθενών σε εξωνεφρική κάθαρση. Η κατάθλιψη είναι το πιο κοινό ψυχικό πρόβλημα στους ασθενείς με ΧΝΝ (4,5,6). Παρά την υψηλή επικράτηση, τα ποσοστά διάγνωσης και θεραπείας αναφέρονται χαμηλά μεταξύ των ασθενών με μέτρια έως μείζονα κατάθλιψη (7). Ακόμη κι αν η κατάθλιψη είναι αρκετά συχνή, δυστυχώς συχνά δεν αναγνωρίζεται και δεν θεραπεύεται από τους νεφρολόγους (4). Γενικά, καταγράφεται μικρός αριθμός μελετών που αφορά την κλινική παρέμβαση στο πρόβλημα της κατάθλιψης των ασθενών με ΧΝΝ (8). Τέλος, οι Kimmel και συν. (9) αναφέρουν ότι οι αγχώδεις διαταραχές, οι οποίες επικρατούν στον πληθυσμό των νεφροπαθών, επιδρούν σημαντικά στη φτωχή ΠΖ των ασθενών αυτών. Κατά την παροχή ενός «πακέτου φροντίδας» στους ασθενείς σε εξωνεφρικής κάθαρσης είναι σημαντικό να εξετάζεται η ψυχοκοινωνική επίπτωση της νόσου στον ασθενή και στην οικογένειά του. Τα συστήματα υγείας πρέπει να είναι σε ισχύ έτσι ώστε αυτή η παράμετρος να μπορέσει να μελετηθεί και να εκτιμηθεί κατάλληλα (10). Η επιτυχία ενός προγράμματος εξωνεφρικής κάθαρσης βασίζεται αναμφίβολα στην επιτυχή αξιολόγηση των χαρακτηριστικών και των δυνατοτήτων του ασθενή και στην συνεκτίμηση αυτών με το οικογενειακό του περιβάλλον. Υποστηρίζεται ότι η ΠΖ των ασθενών μπορεί να ενδυναμωθεί και να μεγιστοποιηθεί με την επιλογή μιας θεραπευτικής μεθόδου, η οποία να βασίζεται σε μια **διεπιστημονική προσέγγιση** από πολλούς επαγγελματίες υγείας, στην οποία όμως να συμμετέχουν τόσο ο ασθενής, όσο και τα μέλη της οικογένειάς του. Καθίσταται λοιπόν απόλυτα σημαντικό να κατανοηθεί ο τρόπος με τον οποίο αντιλαμβάνεται η οικογένεια την ΠΖ του ασθενή της, προκειμένου να αντληθούν πληροφορίες, οι οποίες θα καθοδηγήσουν τον σχεδιασμό ενός προγράμματος φροντίδας και θεραπείας που να εστιάζει στον ασθενή και στην οικογένειά του (11).

## **A. ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟΣ**

### **A.1. Ορισμός – Στάδια της ΧΝΝ**

Σύμφωνα με τις National Kidney Foundation (NKF) Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (K/DOQI, 2002) (12) οδηγίες, ως ΧΝΝ ορίζεται το σύνολο των καταστάσεων εκείνων που προσβάλλουν το νεφρό και είναι δυνατό να οδηγήσουν σε προοδευτική απώλεια της νεφρικής λειτουργίας ή σε επιπλοκές που απορρέουν από την έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας. Ως εκ τούτου, ΧΝΝ ορίζεται η παρουσία νεφρικής βλάβης ή έκπτωσης της νεφρικής λειτουργίας για τρεις μήνες ή περισσότερο, ανεξαρτήτως από τη διάγνωση της πρωτοπαθούς νόσου.

Το ΤΣΧΝΝ ορίζεται ως η μη αναστρέψιμη μεγάλη μείωση της νεφρικής λειτουργίας ενός ατόμου, η οποία είναι τόσο σοβαρή ώστε να αποβεί θανατηφόρα αν δεν υπάρξει υποκατάσταση της νεφρικής λειτουργίας με εξωνεφρική κάθαρση (ΑΚ ή ΠΚ) ή θεραπεία με νεφρική μεταμόσχευση (ΜΤΧ).

Το ΤΣΧΝΝ συμπεριλαμβάνεται στο στάδιο 5 της ταξινόμησης της ΧΝΝ σύμφωνα με το ΝΚΦ (2002), η οποία περιλαμβάνει τα παρακάτω στάδια (Πίνακας 1) (12):

<b>Πίνακας 1:</b>	<b>Στάδια ταξινόμησης της ΧΝΝ του Κ/DOQI</b>
<b>Στάδιο 1</b>	φυσιολογικός ή αυξημένος ρυθμός σπειραματικής διήθησης (GFR) $\geq 90$ , αλλά με ενδείξεις νεφρικής βλάβης π.χ. μικρολευκωματινουρία ή πρωτεϊνουρία, αιματουρία ή ιστολογική βλάβη
<b>Στάδιο 2</b>	νεφρική βλάβη με μείωση του GFR 60-89 ml/min/1.73 m <sup>2</sup>
<b>Στάδιο 3</b>	μέτρια μείωση του GFR 30-59 ml/min/1.73 m <sup>2</sup>
<b>Στάδιο 4</b>	σοβαρή μείωση του GFR 15-29 ml/min/1.73 m <sup>2</sup>
<b>Στάδιο 5</b>	Ο GFR είναι $<15$ ml/min/1.73 m <sup>2</sup> Είναι απαραίτητη η έναρξη υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας

Οι κατευθυντήριες οδηγίες του Κ/DOQI συστήνουν τη διερεύνηση των ασθενών με ΧΝΝ, για να διαπιστωθεί:

1. Η διάγνωση (τύπος νεφρικής νόσου)
2. Οι συνοδές καταστάσεις
3. Η βαρύτητα, με βάση το βαθμό νεφρικής λειτουργίας
4. Επιπλοκές που σχετίζονται με το βαθμό της νεφρικής λειτουργίας, πχ. Αναιμία

5. Ο κίνδυνος απώλειας της νεφρικής λειτουργίας
6. Ο κίνδυνος εμφάνισης καρδιαγγειακής νόσου

Η αντιμετώπιση της ΧΝΝ πρέπει να περιλαμβάνει: (α) Εξειδικευμένη θεραπεία, σύμφωνα με τη διάγνωση, (β) Εκτίμηση και αντιμετώπιση των συνοδών νοσημάτων, γ) Επιβράδυνση του ρυθμού απώλειας της νεφρικής λειτουργίας, (δ) Πρόληψη και αντιμετώπιση της καρδιαγγειακής νόσου, (ε) Πρόληψη και αντιμετώπιση των επιπλοκών λόγω της μειωμένης νεφρικής λειτουργίας, (στ) Προετοιμασία του ασθενή για την ένταξή του σε θεραπεία νεφρικής υποκατάστασης, (ζ) Υποκατάσταση της νεφρικής λειτουργίας με εξωνεφρική κάθαρση ή ΜΤΧ, αν υπάρχουν σημεία ή συμπτώματα ουραιμίας. Για κάθε ασθενή πρέπει να οργανωθεί ένα σχέδιο δράσης, ανάλογα με το στάδιο της νόσου, όπως αυτό ορίζεται με βάση τη ταξινόμηση της ΧΝΝ του K/DOQI.

## **A.2. Επιδημιολογία της ΧΝΝ**

Η μελέτη US NHANES διαπίστωσε ότι η συχνότητα της ΧΝΝ σταδίου 3 και μεγαλύτερου στο μη επιλεγμένο ενήλικο πληθυσμό στις ΗΠΑ ήταν 4,7% (13). Με τη διαπίστωση αυτή συμφωνεί και μια ακόμη μεγάλη μελέτη που περιέλαβε 112,215 άτομα από 12 κλινικές γενικής χειρουργικής στο Ηνωμένο Βασίλειο, στην οποία η συχνότητα της ΧΝΝ ήταν 4.9% (14). Η επίπτωση και η επικράτηση του ΤΣΧΝΝ συνεχίζουν να αυξάνονται παγκοσμίως. Σύμφωνα με τα στοιχεία που συλλέχθηκαν από 120 χώρες στο τέλος του 2001, περίπου 1,479,000 άτομα είχαν ενταχθεί σε πρόγραμμα εξωνεφρικής κάθαρσης (15). Μεταξύ αυτών των ατόμων 1,015,000 (69%) ήταν σε πρόγραμμα αιμοκάθαρσης (ΑΚ) με τεχνητό νεφρό (ΤΝ), οι 126,000 (9%) ήταν σε πρόγραμμα ΠΚ και 338,000 (23%) άτομα είχαν κάνει ΜΤΧ νεφρού (15). Ακριβείς εκτιμήσεις της επίπτωσης ΤΣΧΝΝ παραμένουν αόριστες, επειδή οι διεθνείς βάσεις δεδομένων των αρχείων νεφρικής καταγραφής (Renal Registry) αποκλείουν τα άτομα με τελικό στάδιο που δεν λαμβάνουν κάποια μορφή εξωνεφρικής κάθαρσης (16). Η ΧΝΝ προσβάλλει περίπου το 10% του πληθυσμού στις ΗΠΑ (13). Σύμφωνα με την ετήσια έκθεση των Αμερικανικών αρχείων νεφρικής καταγραφής το 2005, υπήρξαν 102,567 νέες περιπτώσεις τελικού σταδίου το 2003, το οποίο ισοδυναμεί με μία ετήσια επίπτωση 341 περιπτώσεων ανά εκατομμύριο πληθυσμού. Η επικράτηση της ΤΣΧΝΝ στις ΗΠΑ το 2003 ήταν 474,094

δηλαδή, 73 περιπτώσεις ανά εκατομμύριο πληθυσμού, στην Ισλανδία έως 178 περιπτώσεις ανά εκατομμύριο (17).

Η αύξηση της ΧΝΝ είναι πολυπαραγοντική και εν μέρει σχετίζεται με τη γήρανση του πληθυσμού. Ένας άλλος σημαντικός παράγοντας είναι η αύξηση του σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ) τύπου 2, η οποία αναμένεται να διπλασιαστεί μέσα στα επόμενα 25 χρόνια. Το αποτέλεσμα θα είναι η αύξηση της συχνότητας της διαβητικής νεφροπάθειας, με το 30% περίπου των περιπτώσεων να εξελίσσονται στο στάδιο 5 της ΧΝΝ (18).

Στην Ελλάδα σύμφωνα με την Υπηρεσία Συντονισμού και Ελέγχου (ΥΣΕ) προγράμματος ΤΣΧΝΝ για το 2006, ο ΣΔ αποτελεί την κύρια αιτία ΤΣΧΝΝ με ποσοστό 28,2% και ακολουθούν οι σπειραματονεφρίτιδες με 12,6% (19). Στην Ευρώπη, σύμφωνα με τα στοιχεία του European Renal Association (20) η διαβητική νεφροπάθεια αποτελεί ετησίως τη πρώτη αιτία ΧΝΝ και ακολουθούν η χρόνια σπειραματονεφρίτιδα και η νεφροπάθεια αγνώστου αιτίας. Ο ΣΔ είναι η συχνότερη αιτία ΤΣΧΝΝ και στις ΗΠΑ με ποσοστό 45% (21) και ακολουθούν η υπέρταση (ΥΠ) και η χρόνια σπειραματονεφρίτιδα, ενώ αξίζει επίσης να σημειωθεί ότι το 40% των ατόμων με ΧΝΝ που περιμένουν σε λίστα για ΜΤΧ νεφρού είναι διαβητικοί (22).

#### **A.2.1. Παράγοντες κινδύνου της ΧΝΝ**

Η ΧΝΝ έχει αναγνωριστεί σήμερα ως ένα μείζον πρόβλημα υγείας. Υπάρχουν αρκετοί παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται άμεσα με τη μέτρια έως σοβαρή έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας και είναι οι ακόλουθοι:

1. ΣΔ
2. Καρδιαγγειακή νόσος
3. Κάπνισμα
4. Παχυσαρκία
5. Χαμηλό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο

Μελέτες στην Αγγλία διαπίστωσαν ότι η επίπτωση της ΧΝΝ ήταν μεγαλύτερη σε υποανάπτυκτες περιοχές, γεγονός που επιβεβαιώθηκε από μελέτες στις ΗΠΑ και στη Σουηδία (23,24). Η παχυσαρκία έχει εξελιχθεί σε παγκόσμιο πρόβλημα στις ανεπτυγμένες χώρες, συμβάλλοντας στη αύξηση του πληθυσμού με ΧΝΝ. Οι ασθενείς με ΣΔ και ΥΠ βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο και έχουν υψηλότερο ρυθμό εμφάνισης

νεφρικής βλάβης, σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Στη πραγματικότητα, η μεγάλη πλειοψηφία των ασθενών με ΧΝΝ πάσχουν από ένα ή περισσότερα συνοδά νοσήματα, τα οποία έχουν γνωστή μεγαλύτερη συχνότητα σε εθνικές μειονότητες και σε πληθυσμούς χαμηλού κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου. Το γεγονός αυτό, σε συνδυασμό με τον διαβήτη, δικαιολογεί τις επιδημικές διαστάσεις που έχει λάβει η ΧΝΝ και τη συνεχιζόμενη αύξησή της, εφόσον δεν ληφθούν τα κατάλληλα μέτρα για την αποτελεσματική πρόληψη και την πρόωπη ανίχνευση της νόσου.

### **A.3. Μέθοδοι υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας**

Η ΑΚ με ΤΝ και η ΠΚ είναι οι δύο μέθοδοι, που χρησιμοποιούνται για την υποκατάσταση της νεφρικής λειτουργίας σε ασθενείς με ΤΣΧΝΝ (5<sup>ο</sup> στάδιο ΧΝΝ, με GFR <15 ml/min) και σε σοβαρές περιπτώσεις ασθενών με οξεία νεφρική ανεπάρκεια.

Η πιο κοινή μέθοδος αντιμετώπισης της ΤΣΧΝΝ είναι η ΑΚ (25).

Στην Ελλάδα το 2004, το 74.2% των ασθενών με ΤΣΧΝΝ υποβάλλονταν σε χρόνια ΑΚ (26). Από την εισαγωγή της ΑΚ στη δεκαετία του '60 έχουν υπάρξει πολλές βελτιώσεις, αλλά το κύριο σχέδιο λειτουργίας της μεθόδου παραμένει το ίδιο: ο εξοπλισμός περίπλοκος και η μέθοδος δαπανηρή (27).

Το 1975-1980 ξεκινά να χρησιμοποιείται η ΠΚ ως εναλλακτική μέθοδος της ΑΚ, ή σε συνδυασμό με εκείνη (28).

Η νεφρική ΜΤΧ αρχίζει στα τέλη του 1960 και γίνεται πιο επιτυχής, σε ό,τι αφορά την αποφυγή της απόρριψης του μοσχεύματος με την αποτελεσματική χρήση των ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων (κυκλοσπορίνη) στα τέλη του 1970.

#### **A.3.1 Αιμοκάθαρση**

Η ΑΚ είναι μια διαδικασία κατά την οποία οι άχρηστες ουσίες του μεταβολισμού διηθούνται εκλεκτικά και απομακρύνονται από το αίμα μέσω μιας ημιδιαπερατής μεμβράνης, στο ειδικό μηχάνημα του ΤΝ, κατά τη διάρκεια μιας συνεδρίας.

Σε ό,τι αφορά τη συχνότητα και διάρκεια των συνεδριών ΑΚ, η συνήθης πρακτική είναι η διενέργεια 4ωρων συνεδριών 3 φορές την εβδομάδα. Απαραίτητες προϋποθέσεις για τη διεξαγωγή συνεδρίας ΑΚ είναι η ύπαρξη αγγειακής προσπέλασης, συστήματος επεξεργασίας νερού, μηχανήματος ΑΚ, φίλτρου ΑΚ, διαλύματος ΑΚ και ειδικών γραμμών



μεταφοράς του αίματος. Η αγγειακή προσπέλαση του ασθενούς μπορεί να είναι φυσική αρτηριοφλεβική επικοινωνία (fistula), συνθετικό μόσχευμα ή κεντρικός καθετήρας (προσωρινός ή μόνιμος). Το συνηθέστερα χρησιμοποιούμενο φίλτρο ΑΚ είναι κυλινδρικό αποτελούμενο από τριχοειδή μέσα από τα οποία κυκλοφορεί το αίμα του ασθενούς και των οποίων το τοίχωμα αποτελείται από ημιδιαπερατή μεμβράνη, μέσω της οποίας έρχεται σε επαφή το αίμα με το διάλυμα ΑΚ, που κυκλοφορεί μέσα στο φίλτρο και ανανεώνεται συνεχώς. Η μετακίνηση ουσιών μικρού μοριακού βάρους μεταξύ των δύο διαμερισμάτων (αίματος και διαλύματος) γίνεται μέσω της μεμβράνης με βάση την αρχή της διάχυσης (μετακίνηση ουσιών λόγω διαφοράς συγκέντρωσης) ενώ η απομάκρυνση ύδατος (υπερδιήθηση) γίνεται λόγω διαφοράς υδροστατικής πίεσης μεταξύ των δύο διαμερισμάτων. Οι βασικοί στόχοι που επιτυγχάνονται με την ΑΚ είναι η απομάκρυνση τοξικών ουσιών (υψηλή συγκέντρωση στο αίμα, μηδενική στο διάλυμα), η αποκατάσταση της οξεοβασικής ισορροπίας (υψηλή συγκέντρωση διττανθρακικών στο διάλυμα), η διόρθωση των ηλεκτρολυτικών διαταραχών (σταθερές επιθυμητές συγκεντρώσεις καλίου, νατρίου, ασβεστίου και μαγνήσιου στο διάλυμα) και η αποκατάσταση του ισοζυγίου υγρών (29).

### **A.3.2. Περιτοναϊκή Κάθαρση**

Η ΠΚ πρωτοεφαρμόστηκε πριν από τρεις δεκαετίες περίπου και αποτελεί μια απλή και εύχρηστη μέθοδο εξωνεφρικής κάθαρσης (30).

Με την ΠΚ οι διαλυμένες άχρηστες ουσίες και η περίσσεια νερού απομακρύνονται από το αίμα προς το διάλυμα της περιτοναϊκής κοιλότητας μέσω της περιτοναϊκής μεμβράνης. Προϋποθέσεις για τη διενέργειά της είναι η πρόσβαση στο περιτόναιο (μέσω ενός μόνιμου καθετήρα), η κατάλληλη περιτοναϊκή μεμβράνη, ένα διάλυμα ΠΚ και η ροή αίματος στη μεμβράνη.

Οι δύο τύποι ΠΚ, που εφαρμόζονται στη συντριπτική πλειονότητα των ασθενών είναι η συνεχής φορητή ΠΚ (ΣΦΠΚ) και η αυτοματοποιημένη ΠΚ (ΑΠΚ). Απαραίτητες προϋποθέσεις για την εφαρμογή της ΠΚ είναι η ύπαρξη ακέραιης περιτοναϊκής κοιλότητας, περιτοναϊκού καθετήρα και σάκων περιτοναϊκών διαλυμάτων. Οι περιτοναϊκοί καθετήρες που χρησιμοποιούνται είναι διαφόρων τύπων (Tenckhoff ευθείς και coiled, Toronto-Western-Hospital, Swan Neck). Τα συνηθέστερα περιτοναϊκά

διαλύματα περιέχουν ρυθμιστικό διάλυμα γαλακτικών και ως οσμωτικό παράγοντα τη γλυκόζη σε 3 περιεκτικότητες (1.5%, 2.5% και 4.25%). Υπάρχουν όμως και νεότερα διαλύματα που περιέχουν ρυθμιστικό διάλυμα διττανθρακικών και άλλα με οσμωτικούς παράγοντες πολυμερή της γλυκόζης ή αμινοξέα σε ποικιλία συνδυασμών για ειδικές χρήσεις.

Η συνήθης εφαρμογή της ΣΦΠΚ γίνεται με εισαγωγή και παραμονή 2 λίτρων περιτοναϊκού διαλύματος στην περιτοναϊκή κοιλότητα και αλλαγή του διαλύματος κάθε 6 ώρες (συνολικά 4 αλλαγές την ημέρα). Η συνήθης εφαρμογή της ΑΠΚ γίνεται με πολλές (6-8) σύντομες, αυτόματες αλλαγές διαλύματος (2 λίτρων συνήθως) κατά τη διάρκεια της νύκτας, με τη βοήθεια μηχανήματος. Η αρχή λειτουργίας της μεθόδου, όσο αφορά στη διακίνηση των διαλυτών ουσιών, είναι ίδια με αυτή της ΑΚ (29).

### **A.3.3. Μεταμόσχευση**

Η ΜΤΧ νεφρού θεωρείται θεραπεία εκλογής για τους ασθενείς σε ΤΣΧΝΝ. Από την πρώτη ΜΤΧ στη δεκαετία του '50, η πρόοδος στις ανοσοκατασταλτικές θεραπείες, οι χειρουργικές τεχνικές και η συμβατότητα των ιστών, έχουν βοηθήσει στο να εξελιχθεί η ΜΤΧ από μια πειραματική διαδικασία, σε θεραπεία που μπορεί να προσφέρει καλύτερη ΠΖ και αποτελεσματική -αντάξια του κόστους- φροντίδα στους νεφροπαθείς (31).

Η επιτυχημένη ΜΤΧ απελευθερώνει τον ασθενή από τον περιορισμό της χρόνιας υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας, επαναφέρει τη σεξουαλική λειτουργία και τη γονιμότητα και γενικότερα προσφέρει στον ασθενή έναν πιο φυσιολογικό τρόπο ζωής. Ωστόσο, οι ηλικιωμένοι ασθενείς ή όσοι έχουν συνοδά νοσήματα δύσκολα θα παρατηρήσουν σημαντική βελτίωση στη ΠΖ και γενικά στην υγεία τους (32). Λόγω της έλλειψης πτωματικών μοσχευμάτων στις περισσότερες χώρες της Ευρώπης χρησιμοποιούνται όλο και συχνότερα μοσχεύματα από ζώντες δότες, με δεδομένες τις καλές εκβάσεις τόσο για τους δότες, όσο και για τους λήπτες.

## **A.4 Επιπλοκές της ΧΝΝ**

### **A.4.1 Αναιμία**

Η αναιμία της ΧΝΝ είναι ορθοκυτταρική και ορθόχρωμη, εκδηλώνεται δε αρχικά όταν η νεφρική λειτουργία μειωθεί στο 50-60% της φυσιολογικής. Η κύρια αιτία της

αναιμίας είναι η ανεπάρκεια του μυελού των οστών, λόγω της μειωμένης παραγωγής ερυθροποιητίνης. Δεδομένου ότι η παραγωγή ερυθροποιητίνης σχετίζεται κυρίως με τη βλάβη του νεφρικού ιστού παρά με τη συσσώρευση μεταβολικών ουσιών, η εξωνεφρική κάθαρση δεν μπορεί να μεταβάλλει αυτή τη κατάσταση επαρκώς. Πολλοί ασθενείς με αναιμία ΧΝΝ αναφέρουν ως κύριο σύμπτωμα την κόπωση και το αίσθημα αδυναμίας. Αναφέρονται, επίσης, και άλλα συμπτώματα και σημεία όπως η ζάλη, η κεφαλαλγία, η ταχυπαλμία και το αίσθημα παλμών, η ευερεθιστότητα, οι μειωμένες γνωσιακές λειτουργίες. Με δεδομένο ότι η αναιμία έχει μεγάλη επίδραση στη νοσηρότητα και στη θνητότητα των ασθενών, η θεραπεία της πρέπει να είναι κατάλληλη και αποτελεσματική.

#### **A.4.2 Υπέρταση**

Θεωρητικά, πολλοί παράγοντες παίζουν ρόλο στην εμφάνιση της ΥΠ στους ασθενείς με ΧΝΝ. Σημαντικότεροι από αυτούς είναι η αύξηση του εξωκυττάριου όγκου υγρών λόγω κατακράτησης νατρίου και νερού, η αύξηση της δραστηριότητας του συστήματος ρενίνης-αγγειοτενσίνης-αλδοστερόνης, η μείωση της στάθμης των παραγόμενων στη μυελώδη ουσία του νεφρού αγγειοδιασταλτικών ουσιών, η αύξηση της δραστηριότητας του συμπαθητικού νευρικού συστήματος, αιμοδυναμικοί παράγοντες και η υπερασβεστιαμία.

Η νεφροπροστασία που παρέχουν τα αντιυπερτασικά φάρμακα εξαρτάται από την ικανότητά τους να μειώνουν τη συστηματική αρτηριακή πίεση (ΑΠ) και συγχρόνως από τις ειδικές επιδράσεις τους στην αιμοδυναμική των νεφρών. Σε υπερτασικούς ασθενείς με ΧΝΝ, η αντιυπερτασική αγωγή πρέπει να έχει ως στόχο  $ΑΠ \leq 130/80$  mmHg. Παράλληλα, πρέπει να δίνονται οδηγίες και συμβουλές για αλλαγές του τρόπου ζωής, όπως η απώλεια βάρους, η άσκηση, η υγιεινή διατροφή και ο περιορισμός του αλατιού, της κατανάλωσης αλκοόλ, καθώς και η μείωση πρόσληψης καφεΐνης (33).

#### **A.4.3. Καρδιαγγειακή νόσος**

Η καρδιαγγειακή νόσος είναι η κύρια αιτία θνητότητας σε ασθενείς με ΧΝΝ. Ακόμα και η ήπιου βαθμού νεφρική ανεπάρκεια εμφανίζει αυξημένο κίνδυνο για καρδιαγγειακές επιπλοκές (οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου, εγκεφαλικά επεισόδια, θανατηφόρες κοιλιακές αρρυθμίες). Ένα σημαντικό ποσοστό νεφροπαθών (42%)

αναμένεται να παρουσιάσει κάποια σοβαρή καρδιαγγειακή επιπλοκή πριν από την έναρξη θεραπείας υποκατάστασης. Η καρδιαγγειακή νόσος στους ασθενείς με ΧΝΝ έχει ορισμένα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά. Από παθολογοανατομικές μελέτες προκύπτει ότι η συγκεκριμένη κατηγορία ασθενών παρουσιάζει (α) επιταχυνόμενη ανάπτυξη αθηρωμάτωσης στα στεφανιαία αγγεία, (β) εκτεταμένη εκφύλιση του μέσου χιτώνα των αγγείων, (γ) μειωμένη διατασιμότητα των μεγάλων αγγείων και (δ) μεγαλύτερη επίπτωση μικροαγγειακής νόσου. Επιπρόσθετα, στους γνωστούς παράγοντες κινδύνου του γενικού πληθυσμού οι νεφροπαθείς εμφανίζουν κάποιες ιδιαιτερότητες που σχετίζονται με (α) την υπερφόρτωση με υγρά, (β) την αναιμία, (γ) τα αυξημένα επίπεδα παραθορμόνης και (δ) τις ιδιαίτερες διαταραχές στο μεταβολισμό των λιπιδίων.

#### **A.4.4. Διαταραχές οστικού μεταβολισμού**

Οι διαταραχές του μεταβολισμού των οστικών αλάτων αποτελούν μια συχνή επιπλοκή της ΧΝΝ και επιδεινώνονται με την εξέλιξη της νεφρικής νόσου. Η κατανόησή τους είναι πολύ σημαντική, καθώς συσχετίζονται με μειωμένη επιβίωση και με αυξημένη νοσηρότητα των ασθενών που υποβάλλονται σε εξωνεφρική κάθαρση, η οποία αποδίδεται σε καρδιαγγειακά νοσήματα και παθολογικά κατάγματα. Οι θεραπευτικές τάσεις στην αντιμετώπιση της οστικής νόσου είναι περίπλοκες και συνεχώς εξελίσσονται. Κατά την τελευταία δεκαετία, η έμφαση για την κατανόηση των διαταραχών αυτών έχει μετατοπιστεί από την αμιγή οστική νόσο (νεφρική οστεοδυστροφία) σε μια νέα οντότητα, την αγγειακή επασβέστωση, η οποία επηρεάζεται τόσο από τον ίδιο το μεταβολισμό των οστών, όσο και από την θεραπευτική αντιμετώπιση.

Μια συστηματική διαταραχή του μεταβολισμού των ανόργανων οστικών αλάτων που οφείλεται στη ΧΝΝ εκδηλώνεται με ένα από τα ακόλουθα: (α) διαταραχές στο μεταβολισμό του ασβεστίου, του φωσφόρου, της παραθορμόνης και της βιταμίνης D, (β) διαταραχές στο ισοζύγιο, την ασβεστοποίηση, τον όγκο, τη γραμμική ανάπτυξη ή την ισχύ των οστών, (γ) επασβεστώσεις στα αγγεία ή σε άλλους μαλακούς ιστούς.

Για τη ρύθμιση του οστικού μεταβολισμού ακολουθούνται τα παρακάτω μέτρα: (α) περιορισμός της διατροφικής πρόσληψης φωσφόρου, (β) ένταξη σε χρόνιο πρόγραμμα εξωνεφρικής κάθαρσης, (γ) χρήση φωσφοροδεσμευτικών φαρμάκων,

(δ) χρήση στερολών της βιταμίνης D, ε) χρήση ασβεστιομιμητικών παραγόντων, (στ) παραθυρεοειδεκτομή (34).

#### **A.4.5. Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες και ΧΝΝ**

Στην Ιατρική, η χρόνια νόσος είναι μία ασθένεια, η οποία έχει μεγάλη διάρκεια ή είναι επαναλαμβανόμενη. Ο όρος **χρόνια** περιγράφει την πορεία της ασθένειας ή το επίπεδο που ξεκινά και εξελίσσεται. Η πορεία αυτή διακρίνεται από επαναλαμβανόμενες εμφανίσεις της νόσου, ή επανειλημμένα υποτροπιάζοντα επεισόδια, με περιόδους ύφεσης. Επίσης, ο όρος **χρόνιος** αναφέρεται σαν μία επίμονη και μόνιμη ιατρική κατάσταση. Ο όρος **χρονιότητα** αναφέρεται συνήθως σε μια κατάσταση, η οποία διαρκεί περισσότερο από τρεις μήνες (35).

Οι χρόνιες παθήσεις φαίνεται ότι θα είναι η κυρίαρχη πηγή νοσηρότητας και θνητότητας κατά τη διάρκεια του 21<sup>ου</sup> αιώνα. Αν και ένα μεγάλο μέρος της παγκόσμιας κοινότητας ωφελείται από τις εξελίξεις της ιατρικής και της δημόσιας υγείας, αυτά τα οφέλη παραμένουν άνισα διανεμημένα ανάμεσα στις βιομηχανικές και τις αναπτυσσόμενες χώρες. Για να εξετάσουμε το μεγάλο φορτίο της χρόνιας πάθησης συνολικά, θα χρειαστούμε περισσότερες μελέτες, ευαισθητοποίηση και αποτελεσματικές παρεμβάσεις (36).

Οι περισσότερες χρόνιες παθήσεις συνδέονται με ή προκαλούνται από έναν συνδυασμό κοινωνικών, πολιτιστικών, περιβαλλοντικών και συμπεριφοριστικών παραγόντων. Η ευρεία παραλλαγή αυτών των παραγόντων προσθέτει στην πολυπλοκότητα των προσπαθειών των φορέων δημόσιας υγείας, να εξεταστεί και να αντιμετωπιστεί η ΧΝΝ, με σκοπό τη συστηματική και έγκαιρη επιτήρηση των παραγόντων κινδύνου σε όλη την υδρόγειο, ένας στόχος, ο οποίος δυστυχώς φαίνεται να επιτευχθεί στο μέλλον (37).

«Γεγονός» είναι αυτό που συμβαίνει σε μια δεδομένη στιγμή και σε ένα συγκεκριμένο τόπο. Το γεγονός σηματοδοτεί μια ρήξη στη συνέχεια του χρόνου, αρκετά σημαντική ώστε να μπορεί να μνημονευθεί. Το γεγονός επηρεάζει την ευαισθησία μας. Δεν υπάρχει γεγονός παρά για τον άνθρωπο και από τον άνθρωπο, δηλαδή κάθε γεγονός έχει ένα υποκειμενικό χαρακτήρα, σύμφωνα με τον Bastide (38). Θα μπορούσαμε να περιγράψουμε την χρόνια ασθένεια ως μια σειρά γεγονότων ζωής μέσα από μια

αλληλουχία και άμεση σύνδεση. Ο τρόπος με τον οποίο ένα γεγονός επηρεάζει και διαταράσσει τον ψυχισμό ενός ατόμου, στη προκειμένη περίπτωση ενός χρόνιου ασθενή, μας οδηγεί στη μελέτη της ψυχοπαθολογικής διάστασης των γεγονότων.

Ο Guyotat επισημαίνει τους δεσμούς που υπάρχουν μεταξύ ενός γεγονότος και ενός ψυχικού τραυματισμού, τη σημασία του πλαισίου μέσα στο οποίο εμφανίζεται, καθώς και της έντασης και της κατάστασης στην οποία βρίσκεται ο οργανισμός όταν συμβαίνει αυτό (39). Η έννοια του ψυχικού τραύματος ορίζεται ως «γεγονός της ζωής που η έκτασή του δεν επιτρέπει στο άτομο να απαντήσει με τρόπο ικανοποιητικό, με αποτέλεσμα τη πρόκληση μιας σοβαρής διαταραχής με μακροχρόνιες παθογόνες επιπτώσεις για τη ψυχική του οργάνωση». Ο ψυχολογικός τραυματισμός κατά συνέπεια, συνδέεται με ένα ή περισσότερα ερεθίσματα των οποίων η φύση και η ένταση ξεπερνούν τη δυνατότητα του ψυχισμού να τα ελέγξει και να τα επεξεργασθεί.

Ένα γεγονός όμως μπορεί να προκαλέσει μια αποδιοργάνωση, είτε μια αναδιοργάνωση στο ψυχισμό του ατόμου. Ο Bourguignon (40) αναφέρεται στη θεωρία των αυτοοργανωτικών συστημάτων, μεταξύ των οποίων ο άνθρωπος αποτελεί το πλέον ολοκληρωμένο παράδειγμα. Ένα γεγονός, λοιπόν, μπορεί να οδηγήσει:

- Στην ολοκλήρωση του συστήματος ή αντίθετα,
- Σε μια αποσταθεροποίηση και διαταραχή των λειτουργιών του συστήματος θέτοντάς το σε κρίση, ενώ

Η κρίση μπορεί να συμβάλλει:

- Σε εξέλιξη του συστήματος, οδηγώντας το σε πιο πολύπλοκους τρόπους λειτουργίας ή αντίθετα
- Σε μονιμότερη διαταραχή της λειτουργίας του με απρόβλεπτες συνέπειες που μπορεί να φτάσουν στην αποδιοργάνωση και σε ορισμένες περιπτώσεις στην καταστροφή του συστήματος (40). Η διάγνωση μιας χρόνιας αρρώστιας, η αναπηρία, η υποτροπή και άλλες οδυνηρές καταστάσεις, που εμφανίζονται με την επιδείνωση της υγείας του ατόμου, μπορεί να οδηγήσουν έναν ασθενή σε κρίση, ενώ οι ίδιες καταστάσεις μπορεί να αντιμετωπισθούν από έναν άλλο ως στρεσογόνα προβλήματα που απαιτούν επίλυση.

Η κρίση είναι μια μεταβατική περίοδος κατά τη διάρκεια της οποίας η βιοψυχοκοινωνική ακεραιότητα του ατόμου απειλείται ή διαταράσσεται προσωρινά. Η

κρίση δεν οφείλεται σε ένα εξωτερικό γεγονός, αλλά στην ερμηνεία που αποδίδει το άτομο στο γεγονός το οποίο γίνεται αντιληπτό ως καταστροφικό, τραγικό ή εξαιρετικά απειλητικό, ενώ ταυτόχρονα υπερβαίνει τα αποθέματα που το άτομο διαθέτει για να το αντιμετωπίσει (41). Οι στόχοι ζωής και το σύστημα αξιών του ατόμου απειλούνται με κατάρρευση. Συχνά «παραλύει», ακινητοποιείται και αδυνατεί να αντεπεξέλθει στις απαιτήσεις που προβάλλει η νέα πραγματικότητα (42). Μια κρίση μπορεί να προκληθεί με αφορμή την εμφάνιση ενός απροσδόκητου απειλητικού γεγονότος, ενώ άλλοτε μπορεί να είναι το αποτέλεσμα της χρόνιας έκθεσης του ατόμου σε στρεσογόνες καταστάσεις που αδυνατεί να επιλύσει αποτελεσματικά.

Στα πρώιμα στάδια, η ΧΝΝ προκαλεί ελάχιστα ή καθόλου συμπτώματα. Με την επιδείνωσή της εμφανίζονται διάφορες παθολογικές εκδηλώσεις και οι θεραπείες υποκατάστασης, όπως είναι η ΑΚ, η ΑΚ στο σπίτι, η ΠΚ και η ΜΤΧ, καθίστανται ουσιώδεις για τη διατήρηση της ζωής. Περίπου το 45-59% των ασθενών που βρίσκονται σε θεραπεία υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας διατηρούν ένα ικανοποιητικό επίπεδο εργασίας, ψυχαγωγικής και οικογενειακής δραστηριότητας (43).

Ένα εξίσου σημαντικό ποσοστό ασθενών παρουσιάζει σοβαρές ηλεκτρολυτικές διαταραχές, αναιμία, ΥΠ, υπερπαραθυρεοειδισμό, ψυχικές διαταραχές και άλλες κλινικές εκδηλώσεις που συντηρούν ή και επιδεινώνουν την κακή ψυχολογική τους κατάσταση.

Η διάγνωση της ανάγκης έναρξης εξωνεφρικής κάθαρσης είναι, χωρίς αμφιβολία, ένα δυνατό χτύπημα για τον ασθενή. Οποιαδήποτε πληροφορία και συμβουλή δοθεί αμέσως μετά την ανακοίνωση της διάγνωσης είναι σχεδόν απίθανο να αφομοιωθούν, διότι κάποιος που υφίσταται ένα τέτοιο «χτύπημα» είναι ανήμπορος να αντιληφθεί και να επεξεργαστεί τις πληροφορίες για τη θεραπεία του (44). Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να παρέχουν συνεχή ενημέρωση και εκπαίδευση των ασθενών κατά την παρακολούθησή τους στα Ιατρεία ΤΣΧΝΝ και πριν φτάσει ο χρόνος έναρξης σε εξωνεφρική κάθαρση. Αυτό θα συμβάλλει στο να αποφασίσουν με ωριμότητα σχετικά με το πρόγραμμα που επιθυμούν να ενταχθούν και στο να συμμορφωθούν αποτελεσματικά με τους περιορισμούς της θεραπείας τους (45,46).

Είναι πολύ σημαντική η διεξαγωγή συμβουλευτικού προγράμματος πριν την ένταξη των ασθενών σε εξωνεφρική κάθαρση, διότι παρέχει σημαντική εκπαίδευση και

ψυχολογική υποστήριξη στα άτομα αυτά. Τα θέματα που πρέπει να θίγονται στα προγράμματα αυτά είναι τα παρακάτω: (α) η γνωριμία του ασθενή με την πολυδιάστατη επιστημονική ομάδα, (β) οι βασικές λειτουργίες των νεφρών, (γ) οι αιτίες δυσλειτουργίας των νεφρών, (δ) η επίδραση της κάθαρσης στον τρόπο ζωής των ίδιων και των οικογενειών τους, (ε) η εξατομικευμένη εκτίμηση της ανάγκης του κάθε ασθενή για εξωνεφρική κάθαρση, (στ) οι μέθοδοι εξωνεφρικής κάθαρσης, (ζ) οι διαδικασίες της κάθαρσης και η φροντίδα στο σπίτι (47).

Η επιλογή της θεραπείας υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας από τον ίδιο τον ασθενή φαίνεται να είναι σημαντικός παράγοντας για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής του. Όταν η ελευθερία επιλογής της θεραπείας παύει να υπάρχει, η ψυχολογική τους κατάσταση και η ΠΖ τους χειροτερεύουν (48). Εκτός από τη βελτίωση της ΠΖ, η επιλογή θεραπείας μπορεί να αυξήσει τις πιθανότητες επιβίωσης και να διευκολύνει τους στόχους αποκατάστασης των ασθενών. Αυτοί οι στόχοι περιλαμβάνουν την απασχόληση, την καλή φυσική λειτουργία, την καλύτερη κατανόηση της εξωνεφρικής κάθαρσης, τον αυξανόμενο έλεγχο και την επανάληψη των δραστηριοτήτων που απολαμβάνουν οι ασθενείς πριν την ένταξή τους σε εξωνεφρική κάθαρση (49). Μερικές από τις φυσικές και ψυχοκοινωνικές προκλήσεις με τις οποίες οι ασθενείς ΤΣΧΝΝ έρχονται αντιμέτωποι καθημερινά, περιλαμβάνουν την κόπωση, τους περιορισμούς στο διαιτολόγιο και τις δραστηριότητες, τις αλλαγές στο οικονομικό επίπεδο και στο υψηλό κόστος θεραπείας (50). Άλλες προκλήσεις περιλαμβάνουν τη συνοσηρότητα, η οποία σχετίζεται με τη νεφρική νόσο, τα ανεπιθύμητα αποτελέσματα της πολλαπλής θεραπευτικής παρέμβασης, τις ανεπιθύμητες ενέργειες της φαρμακευτικής θεραπείας και φυσικά την αβεβαιότητα για το μέλλον (51). Ο συνδυασμός, η συνύπαρξη αυτών των καθημερινών προκλήσεων, φυσικών και ψυχοκοινωνικών, επηρεάζει την ΠΖ αυτών των ασθενών και προϋποθέτει σημαντική ευαισθητοποίηση, έρευνα και παρέμβαση στη διαχείριση αυτών των ασθενών.

Με τον όρο «ψυχοκοινωνικοί παράγοντες» αναφερόμαστε σε ένα ευρύ φάσμα καταστάσεων, όπου οι κοινωνικές διαστάσεις ενός ατομικού προβλήματος αποκτούν ιδιαίτερη βαρύτητα ως προς τη θεραπεία ή την πρόληψη, όπου δηλαδή η έννοια του ατομικού συμπλέκεται αποφασιστικά με το κοινωνικό και οικογενειακό πλαίσιο (52).



#### **A.4.5.α. Προσαρμογή στη χρόνια εξωνεφρική κάθαρση**

Το στάδιο προσαρμογής στην εξωνεφρική κάθαρση κατά την έναρξή της, είναι το δυσκολότερο για τον ασθενή, διότι συμβαίνουν ταχύτατες αλλαγές στον οργανισμό του, οι οποίες αλλάζουν δραματικά τον τρόπο ζωής του. Το στάδιο αυτό κατά τη διαδικασία της χρόνιας ΑΚ και της ΠΚ κυριαρχείται από τη μοναδική εμπειρία που συνιστά στην κυριολεξία τρόπο ζωής.

Για τους ασθενείς σε ΑΚ είναι γεγονός ότι η ζωή τους εξαρτάται από το μηχάνημα ΤΝ και από τους ανθρώπους που το συντηρούν και το χειρίζονται.

Οι ασθενείς σε ΠΚ παρακολουθούν ένα πρόγραμμα εκπαίδευσης από τη νοσηλευτική ομάδα της Μονάδας ΠΚ όπου εντάσσονται και στη συνέχεια επιστρέφουν στο σπίτι ακολουθώντας μόνιμα ένα πρόγραμμα κάθαρσης, τέσσερις φορές το 24ωρο, το οποίο γίνεται από τους ίδιους ή τους οικείους τους. Σε περίπτωση ΑΠΚ εξαρτώνται και αυτοί από ένα μηχάνημα νυκτερινής ΠΚ.

Ο πρωτοεντασόμενος ασθενής έχει να αντιμετωπίσει πρώτα από όλα τον ίδιο του τον εαυτό, να δει τις προοπτικές της νέας πραγματικότητας, να ατενίσει το μέλλον του μέσα από τη νεφρική ανεπάρκεια. Πρέπει να προσαρμοστεί σε μία καινούρια πραγματικότητα που διέπεται από συγκεκριμένους κανόνες και περιορισμούς (53). Η αρχική εμπειρία της εξωνεφρικής κάθαρσης επηρεάζεται από τη σοβαρότητα και τη χρονιότητα της νόσου, από τις προσδοκίες του ασθενή, αλλά και από τεχνικούς παράγοντες.

Οι περισσότεροι ασθενείς παρουσιάζουν ομοιότητες στην πορεία τους όσον αφορά την εξωνεφρική κάθαρση, η οποία διακρίνεται σε τρεις περιόδους: (α) την περίοδο της ομαλότητας που ονομάζεται και «μήνας του μέλιτος», (β) την περίοδο της απογοήτευσης και της αποθάρρυνσης και (γ) την περίοδο της μακροπρόθεσμης προσαρμογής (54).

Η περίοδος του **μήνα του μέλιτος** χαρακτηρίζεται από αξιοσημείωτη σημαντική και συναισθηματική βελτίωση, την οποία ο ασθενής βιώνει απόλυτα. Συνοδεύεται από αίσθηση εμπιστοσύνης και ελπίδας και προσπάθεια απόλαυσης της ζωής. Κατά τη διάρκεια αυτού του σταδίου, οι περισσότεροι αποδέχονται σχετικά εύκολα και με ευχαρίστηση την αναγκαιότητα και τη σημασία της εξάρτησης από το μηχάνημα ΑΚ ή τα διαλύματα της ΠΚ και τους επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι διαχειρίζονται την όλη διαδικασία, τους εκπαιδεύουν και τους ελέγχουν. Η περίοδος

αυτή παρατηρείται συχνότερα στους βαρύτερα πάσχοντες και σε ασθενείς που η έναρξη της νόσου είναι οξεία, αφού η ανακούφιση, η οποία ακολουθεί την έναρξη της ΑΚ, είναι περισσότερο εμφανής σε αυτούς. Αντίθετα, οι ασθενείς που παρουσιάζουν αργή και προοδευτική εξέλιξη της ΧΝΝ τρομάζουν στην προοπτική της επαπειλούμενης απώλειας της αυτονομίας τους που σχετίζεται με την έναρξη της εξωνεφρικής κάθαρσης. Σχεδόν όλοι οι ασθενείς, άλλος περισσότερο και άλλος λιγότερο, εμφανίζουν επεισόδια άγχους που σχετίζονται με τη διαδικασία της κάθαρσης. Η διάρκεια της περιόδου αυτής ξεκινά 1-3 εβδομάδες μετά την ένταξη και διαρκεί μέχρι 6 μήνες.

Η περίοδος της **απογοήτευσης και αποθάρρυνσης** σε άλλους ασθενείς εμφανίζεται απότομα και σε άλλους βαθμιαία. Τα αισθήματα ικανοποίησης, εμπιστοσύνης και ελπίδας μειώνονται σημαντικά ή και εξαφανίζονται και τη θέση τους καταλαμβάνουν η λύπη και η εξάντληση. Σε ορισμένους ασθενείς παρατηρείται απαισιοδοξία, ενοχές και ντροπή, η οποία προέρχεται από τη φύση της νόσου και τις επιπλοκές της, καθώς και την εμφανή θέση της fistula. Συναισθήματα ενόχλησης και θυμού εμφανίζονται συχνά και μερικοί ασθενείς το εκφράζουν έντονα στο προσωπικό της Μονάδας. Η συναισθηματική αυτή κατάσταση διαρκεί περίπου 3-12 μήνες και σχεδόν πάντα έχει προηγηθεί κάποιο ψυχοπαιστικό γεγονός που μπορεί να σχετίζεται με επαγγελματικά ή οικογενειακά θέματα του ασθενή ή και με επαναλαμβανόμενες επιπλοκές σχετικές με την εξωνεφρική κάθαρση.

Η περίοδος της **μακροπρόθεσμης προσαρμογής** χαρακτηρίζεται από μερική αποδοχή εκ μέρους του ασθενή των περιορισμών του, καθώς και των μειονεκτημάτων και των επιπλοκών της κάθαρσης. Η μετάβαση των ασθενών σε αυτή την περίοδο είναι σταδιακή και χαρακτηρίζεται από διακυμάνσεις στη σωματική και συναισθηματική τους κατάσταση. Οι ασθενείς βιώνουν παρατεταμένα διαστήματα ικανοποίησης που εναλλάσσονται με κατάθλιψη, άλλοτε άλλης διάρκειας. Κατά τη διάρκεια και των δύο αντιθέτων αυτών καταστάσεων, ο πλέον συχνά χρησιμοποιούμενος από τους ασθενείς μηχανισμός άμυνας είναι **η άρνηση**. Εξυπηρετεί μια αποτελεσματική λειτουργία προσαρμογής και στις δύο περιπτώσεις. Κατά τις περιόδους της κατάθλιψης προστατεύει τον ασθενή από την εντονότερη βίωση του συναισθήματος ότι είναι αβοήθητος και ανήμπορος και κατά τις περιόδους ικανοποίησης συντηρεί την αίσθηση ευεξίας του. Κατά την περίοδο αυτή, οι ασθενείς

αποκτούν πλήρη επίγνωση της εξάρτησής τους από το μηχάνημα ή τη διαδικασία της «αλλαγής» στην ΠΚ και φροντίζουν να ενημερωθούν καλύτερα για τη διαδικασία και το προσωπικό των Μονάδων (54).

Οι ασθενείς παρουσιάζουν διαφορετικό βαθμό προσαρμοστικότητας στην εξωνεφρική κάθαρση, η οποία εξαρτάται και από την κληρονομική, την επίκτητη φύση της νόσου. Ασθενείς με κληρονομικές νόσους (π.χ. πολυκυστικοί νεφροί) ταυτίζονται με τη δυσμενή εμπειρία ή και το θάνατο των προγόνων τους, ενώ γονείς με πάσχοντα παιδιά διακατέχονται από αίσθημα ενοχής και θεωρούν τον εαυτό τους υπεύθυνο για τη νόσο των παιδιών τους (55).

#### **A.4.5.β. Επαγγελματική απασχόληση**

Η επαγγελματική απασχόληση θεωρείται ένας από τους πιο σημαντικούς δείκτες αποκατάστασης της φυσιολογικής ζωής ενός ασθενή με ΤΣΧΝΝ. Είναι ευνόητο ότι εξαιτίας της χρονιότητας αλλά και της ιδιαιτερότητας της θεραπείας, οι ασθενείς αυτοί αντιμετωπίζουν μεγάλες δυσκολίες προκειμένου να διατηρήσουν το αρχικό τους επάγγελμα. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, υπάρχει μείωση του ποσοστού των απασχολούμενων από 83% σε 42% για τους ασθενείς που υποβάλλονται σε ενδονοσοκομειακή ΑΚ, ως απόρροια της χρονιότητας και της συχνότητας θεραπείας (56). Άλλη μελέτη αναφέρει ότι το 60.2% των ασθενών σε ΑΚ αναγκάστηκαν να αλλάξουν επάγγελμα ή να συνταξιοδοτηθούν μετά την ένταξή τους στη μέθοδο (57). Η ανάγκη επαγγελματικής απασχόλησης έχει προσδιορισθεί, ωστόσο υπάρχουν σοβαρά εμπόδια για την πραγματοποίηση αυτής της αποκατάστασης. Τα αποτελέσματα της ουραιμίας και των προβλημάτων σχετικά με αυτή, μειώνουν το επίπεδο της φυσικής λειτουργίας των ασθενών σε εξωνεφρική κάθαρση, ώστε να μην διαθέτουν ακόμη και ένα ελάχιστο επίπεδο ικανότητας που χρειάζεται και για την πιο στατική εργασία. Η έρευνα έχει δείξει ότι οι εργοδότες των ασθενών αυτών και τα μέλη της οικογένειάς τους έχουν μεγάλη σχέση επιρροής στη δυνατότητα της απασχόλησής τους. Οι ασθενείς που θεωρούν ότι η οικογένειά τους και η νεφρολογική ομάδα που τους παρακολουθεί υποστηρίζουν την απόφασή τους για εργασία, έχουν αρκετές πιθανότητες να αποκατασταθούν επαγγελματικά (58). Για πολλούς ασθενείς, μόλις υπάρξει ο έλεγχος της αναιμίας, η επάρκεια της κάθαρσης, μια καλή αγγειακή προσπέλαση και η κατάλληλη διατροφή, η

επαγγελματική απασχόληση και άλλες σημαντικές δραστηριότητες, μπορούν να τους προσφέρουν πολλά οφέλη. Η συμμετοχή σε αυτές τις δραστηριότητες είναι το κλειδί για την ελαχιστοποίηση της αδυναμίας, της κατάθλιψης και της κοινωνικής απομόνωσης που συχνά συνοδεύουν την ΤΣΧΝΝ (59). Περισσότεροι από το 80% των εργαζομένων ασθενών σε εξωνεφρική κάθαρση αναφέρουν ότι απολαμβάνουν την εργασία τους και ωφελήθηκαν από αυτή, επίσης, η καλή απόδοσή τους, τους έκανε να νιώθουν ότι αξίζουν (60). Επιπρόσθετα, η άσκηση επαγγέλματος συνδέεται με βελτιωμένη στάση των ασθενών απέναντι στα σχέδια και το μέλλον της εξωνεφρικής κάθαρσης. Συγκεκριμένα, οι ασθενείς που εργάζονται, έχουν λιγότερες συμπεριφορές αποφυγής και μη συμμόρφωσης σε θεραπεία (61). Η επαγγελματική απασχόληση προωθεί μεγαλύτερη αποδοχή της νεφρικής ανεπάρκειας (62) και επίσης, αποδοχή και προσαρμογή στη θετική επίδραση της ασθένειας στην ΠΖ τους. Επιπρόσθετα, η απασχόληση μπορεί να αυξήσει τον αυτοσεβασμό, το άτομο να έχει μια πηγή ταυτότητας και μια αίσθηση συμβολής στο κοινωνικό σύνολο (63).

#### **A.4.5.γ. Σεξουαλική λειτουργία και γονιμότητα**

Η νεφρική ανεπάρκεια επηρεάζει τόσο την σεξουαλική επιθυμία, όσο και την ικανότητα ολοκλήρωσης της σεξουαλικής πράξης, όπως επίσης και τη γονιμότητα.

Η σεξουαλική δυσλειτουργία είναι κοινή ανάμεσα στους άνδρες και τις γυναίκες με ΤΣΧΝΝ. Οι κοινές διαταραχές περιλαμβάνουν τη στυτική δυσλειτουργία στους άνδρες, τις εμμηνορροϊκές διαταραχές στις γυναίκες και τη μειωμένη λίμπιντο και γονιμότητα και στα δύο φύλα. Αυτές οι ανωμαλίες είναι πρωτίστως οργανικής φύσης και σχετίζονται με την ουραιμία, καθώς επίσης και με τα συνοδά νοσήματα των χρόνιων νεφροπαθών ασθενών (π.χ. ΣΔ). Η κούραση και οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες που σχετίζονται με την παρουσία της νόσου, συμβάλλουν καθοριστικά στο πρόβλημα αυτό (64). Παρ' όλους τους ισχυρισμούς ότι η πλειονότητα των νεφροπαθών ασθενών βιώνει μία συχνή έλλειψη ενδιαφέροντος για το σεξ, ένας σημαντικός αριθμός αναφορών στη διεθνή νεφρολογική βιβλιογραφία συνιστά επίσης ότι αυτή είναι μία από τις μεγαλύτερες ανησυχίες των περισσότερων ασθενών, ενώ το κομμάτι της σεξουαλικής δραστηριότητας δεν συζητιέται ευρέως ανάμεσα στους άνδρες και το υγειονομικό προσωπικό. Οι αναφορές εστιάζονται στις οργανικές και διαδικαστικές πλευρές του

ζητήματος μιας και είναι ευκολότερα παρατηρήσιμες και μετρήσιμες και γι' αυτό το λόγο περισσότερα γράφονται για τη δυσλειτουργία των αντρών, παρά για αυτή του γυναικείου φύλου. Ο Levy, για παράδειγμα, παρατήρησε ότι περίπου 70% των ανδρών είχαν μερική ή ολική ανικανότητα και η πλειονότητα των γυναικών ήταν αμηνorroϊκές ή μη γόνιμες (65). Αναφέρει επίσης, ότι ακόμη και μετά από μία επιτυχημένη MTX δεν αποκαθίσταται πάντα η σεξουαλική λειτουργία που ο ασθενής είχε πριν τη νεφρική ανεπάρκεια. Αντίθετα, νεότερες μελέτες αναφέρουν ότι η επιτυχημένη MTX, μπορεί να αποκαταστήσει την κανονική σεξουαλική λειτουργία, ειδικά στους νεότερους ασθενείς, άνδρες και γυναίκες (64, 66).

Πολλές μελέτες δείχνουν ότι αν κανείς εξετάσει την επίπτωση της σεξουαλικής δυσλειτουργίας στους ασθενείς σε εξωνεφρικής κάθαρσης, το 65% περίπου των ανδρών αναφέρουν δυσκολία στο να υπάρξει και να διατηρηθεί η στύση τους και το 55% των γυναικών αναφέρουν δυσκολία με τη σεξουαλική τους διέγερση (67). Επιπρόσθετα, το 40% των ανδρών και το 55% των γυναικών σε κάθαρση, αναφέρουν δυσκολία στον οργασμό. Είναι ενδιαφέρον ότι ο βαθμός της σεξουαλικής δυσλειτουργίας δεν σχετίζεται με τη διάρκεια της ΧΝΝ (64). Επίσης, συμβαίνει με την ίδια συχνότητα και στους ασθενείς σε ΑΚ, καθώς και στους ασθενείς σε ΠΚ (68).

Το θέμα της σεξουαλικής λειτουργίας είναι ένα σύμπλεγμα που περιλαμβάνει παράγοντες πολιτισμικούς, ηλικιακούς, φυλετικούς, θρησκευτικούς και συναισθηματικούς, τους οποίους πρέπει να εξετάσουμε μαζί με την επίδραση κάθε λειτουργικής αδυναμίας-ανεπάρκειας. Δυστυχώς, το γεγονός ότι οι ίδιοι οι ασθενείς δεν μπορούν να ξέρουν πως ήταν πριν η σεξουαλική τους δραστηριότητα (φυσιολογική ή μη, υπερβολική, σπάνια) σε σύγκριση με τους ομοιοπαθείς τους και τα πρότυπά τους και στηρίζονται στις περιγραφές της τηλεόρασης και του σινεμά, μπορεί να τους δημιουργεί μια ιδεαλιστική αναπαράσταση της φυσικής δραστηριότητας και συχνά να τους αφήνει συναισθήματα ανεπάρκειας, στέρησης και απογοήτευσης μετά τη σύγκριση των δικών τους εμπειριών με τις φανταστικές εικόνες. Είναι διστακτικοί να μοιραστούν λεπτομέρειες των ερωτικών τους δραστηριοτήτων με άλλους, από το φόβο της επίκρισης. Οι συζητήσεις γύρω από το σεξ είναι συχνά προστατευμένες με τη χρήση χιούμορ και υπερβολών, έτσι δίνεται μικρή ευκαιρία να υπάρξει κανείς ανοικτός στο πρόβλημά του. Στις γυναίκες το κύριο πρόβλημα, το οποίο επηρεάζει την αυτοεκτίμηση,

είναι η απώλεια γονιμότητας (άτακτη ή απουσία ωορρηξίας και εμμήνου ρύσης) και η γνώση ότι, ενώ βρίσκεται σε ΑΚ, η σύλληψη είναι απίθανη και η επιτυχής εγκυμοσύνη ακόμα πιο δύσκολη (11).

Η κατάθλιψη, όντας ένα συχνό πρόβλημα στους ασθενείς της εξωνεφρικής κάθαρσης, συνδέεται άμεσα με τη σεξουαλική δυσλειτουργία των ατόμων αυτών (67). Οι ασθενείς παρουσιάζουν καταθλιπτική συμπτωματολογία (απαισιοδοξία, ανηδονία, θλίψη, μελαγχολία, αίσθημα αβοηθησίας, αυτοκτονικό ιδεασμό), η οποία συνοδεύεται από αλλαγές στον ύπνο, την όρεξη, το επίπεδο δραστηριότητας και τη λίμπιντο (69). Η κατάθλιψη μπορεί να έχει αρνητική επίδραση στη λειτουργικότητα των ασθενών σε ένα ευρύ πεδίο που περιλαμβάνει τις συζυγικές και οικογενειακές σχέσεις, καθώς και την επαγγελματική δραστηριότητα. Συνδέεται με προβλήματα στις διαπροσωπικές σχέσεις και ελαττώνει τη λίμπιντο. Οι περισσότεροι καταθλιπτικοί ασθενείς είναι εκείνοι που παρουσιάζουν μεγαλύτερο πρόβλημα στη σεξουαλική τους ζωή (67).

#### **A.4.5.δ. Αλλαγή σωματικού ειδώλου**

Τόσο η ΑΚ και ΠΚ, όσο και η ΜΤΧ, επηρεάζουν το σωματικό είδωλο, κάνοντας τους ασθενείς να νιώθουν διαφορετικοί, μη ελκυστικοί, άρρωστοι και καθόλου άνετα με το σώμα τους.

Το χειρουργείο για τη δημιουργία αγγειακής ή περιτοναϊκής προσπέλασης έχει συχνά ως αποτέλεσμα πολλαπλές ουλές, στα χέρια, στο στήθος και στην κοιλιακή χώρα. Μια φίστουλα λειτουργική που χαρακτηρίζεται από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό «πολύ καλή» είναι δυνατό να θεωρείται ως «απαίσια» από τους ασθενείς και είναι πιθανό να το κρύβουν από τους φίλους και τους περίεργους ξένους. Ο καθετήρας της ΠΚ δεν είναι τόσο εμφανής, αλλά οι ασθενείς μπορεί να θεωρούν πως φαίνονται παράξενοι και ότι όλοι το καταλαβαίνουν. Πολλοί νιώθουν ντροπή μπροστά στους συντρόφους τους και θεωρούν ότι κανείς δεν τους βλέπει ελκυστικούς. Με τη ΜΤΧ, τα ανοσοκατασταλτικά φάρμακα, κυρίως τα στεροειδή, αλλάζουν τα χαρακτηριστικά το προσώπου των μεταμοσχευμένων. Η αυτοεικόνα ενός ατόμου περιλαμβάνει τέσσερα στάδια: (α) την εικόνα του σώματός του, (β) την αυτοεκτίμησή του, (γ) τους ρόλους στους οποίους καλείται να ανταποκριθεί, (δ) την ταυτότητά του. Το κάθε στάδιο αναπτύσσεται από τη

γέννηση του ατόμου και αντανακλά σε όλες τις αλλαγές της εικόνας σώματος που συμβαίνουν κατά τη διάρκεια της ζωής του (70).

Η εικόνα του σώματος περιγράφεται ως ένα υποκειμενικό φαινόμενο, το οποίο συνδέεται με τα συναισθήματα και τις αντιλήψεις για το σώμα κάποιου ατόμου. Επηρεάζεται από τους κοινωνικούς παράγοντες και αλλάζει με την πάροδο του χρόνου σε απάντηση με τις καταστάσεις της ζωής (71). Οποιαδήποτε μεταβολή, η οποία δεν σχετίζεται με την κανονική φυσιολογική ανάπτυξη ταξινομείται ως αλλαγή της εικόνας του σώματος (72). Η δυσαρέσκεια της εικόνας του σώματος συνεπάγεται τις αρνητικές αντιλήψεις για το σώμα κάποιου. Αυτό μπορεί να είναι ενοχλητικό και η ζωή με μια χρόνια πάθηση μπορεί να έχει δυσμενείς επιπτώσεις στη σεξουαλικότητα (73). Η αυτοαντίληψη για το σώμα ενός ατόμου μπορεί να αφορά άμεσα και τη σεξουαλική του λειτουργία, η οποία είναι ακέραιο συστατικό της αυτο-έννοιας και του αυτοσεβασμού (74). Στον πληθυσμό των ασθενών της εξωνεφρικής κάθαρσης, τα ψυχοκοινωνικά ζητήματα, όπως η αλλαγή της εικόνας σώματος παράλληλα με τους οργανικούς παράγοντες μπορούν να συμβάλλουν στην εμπειρία της σεξουαλικής δυσλειτουργίας (75). Η αίσθηση της σεξουαλικότητας μπορεί να είναι αρνητικά επηρεασμένη λόγω των αλλαγών στο σώμα τους από τις αγγειακές προσπελάσεις ή την τοποθέτηση περιτοναϊκών καθετήρων (76).

Οι αγγειακές προσπελάσεις (fistula, μοσχεύματος), οι κεντρικοί καθετήρες, καθώς και οι περιτοναϊκοί καθετήρες μπορεί να είναι μια πηγή για την εισβολή μικροβίων στην αιματική κυκλοφορία ή στην περιτοναϊκή κοιλότητα. Οι μολύνσεις αυτών των σημείων πρόσβασης για την εξωνεφρική κάθαρση είναι κοινό και σημαντικό πρόβλημα που αυξάνει τη νοσηρότητα και θνητότητα των νεφροπαθών. Η ύπαρξη αυτών των λοιμώξεων οδηγεί πολλές φορές στην ανάγκη δημιουργίας άλλης προσπέλασης για να συνεχιστεί η κάθαρση, με αποτέλεσμα την ύπαρξη περισσότερων ουλών στα χέρια ή την κοιλιά των ασθενών. Οι νέες περιοχές πρόσβασης επιδεινώνουν περισσότερο την αρνητική εικόνα και την σεξουαλικότητα των ατόμων και συχνά συμμετέχουν στη διαταραχή των σχέσεων ανάμεσα σε συζύγους-συντρόφους (77). Συναισθήματα αμηχανίας και θυμού εκδηλώνουν τόσο οι ασθενείς σε ΑΚ, όσο και οι ασθενείς σε ΠΚ λόγω της παρουσίας ουλών και προεξέχοντων συριγγίων στο σώμα τους (74). Ασθενείς σε ΑΚ έχουν περιγράψει τις ουλές από τη δημιουργία προσπελάσεων ως

ακρωτηριασμούς και έχουν χρησιμοποιήσει τη λέξη «σφάζεται» για να αναφερθούν στη διαδικασία χειρουργείου που γίνεται για δημιουργία fistula.

Η παραβίαση της ακεραιότητας της εικόνας που έχει ο καθένας για τον εαυτό του, από χειρουργικές παρεμβάσεις, φάρμακα ή και από λανθασμένη εντύπωση ότι έχει αλλάξει, μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρές ψυχολογικές επιπτώσεις (11).

#### **A.4.5.ε. Αντίληψη για το φορτίο της νόσου**

Οι αντιλήψεις της ασθένειας, είναι οι οργανωμένες γνωστικές αντιπροσωπεύσεις ή πεποιθήσεις που οι ασθενείς έχουν για την ασθένειά τους. Αυτές οι αντιλήψεις έχουν βρεθεί ότι είναι καθοριστικοί παράγοντες της συμπεριφοράς και έχουν συνδεθεί με έναν αριθμό σημαντικών εκβάσεων, όπως η πίστη στη θεραπεία και η λειτουργική αποκατάσταση (78). Ως αντίληψη για το φορτίο της νόσου ορίζεται η αξιολόγηση των ασθενών για το πως η ασθένεια παρεμποδίζει τη ζωή τους, σε προσωπικά, κοινωνικά, οικογενειακά και επαγγελματικά πλαίσια (79,80). Οι ασθενείς με τις ίδιες ιατρικές διαγνώσεις μπορούν να έχουν αποκλίνουσες απόψεις σχετικά με τα ανεπιθύμητα αποτελέσματα της ασθένειάς τους, ανάλογα με την ηλικία, το φύλο, το εθνικό και πολιτιστικό υπόβαθρο, την προσωπικότητα και την έκταση της κοινωνικής υποστήριξης ή της συζυγικής ικανοποίησης. Η ύπαρξη άλλων ιατρικών προβλημάτων, όπως η καρδιακή ανεπάρκεια, η στηθάγχη, πρόσφατες χειρουργικές επεμβάσεις, λοιμώξεις μπορεί να τροποποιήσουν την αντίληψη των ασθενών για τη νόσο τους. Η αντίληψη για την ασθένεια είναι πιθανά μια σημαντική πτυχή της αντιμετώπισης ή της ρύθμισης της χρόνιας κατάστασής τους. Επίσης, η αντίληψη των ασθενών για την ευημερία τους, ένα σημαντικό συστατικό της ΠΖ τους, αξιολογείται εύκολα και αποτελεί ένα σημαντικό μέρος της ιατρικής αξιολόγησης (79,81) Η αντίληψη της επίδρασης της ασθένειας μπορεί να διαφέρει στους ασθενείς σε εξωνεφρικής κάθαρσης σε πολλά επίπεδα και δεν είναι απαραίτητο να συνδέεται με αντικειμενικούς ιατρικούς δείκτες, όπως η αξιολόγηση της λειτουργικής κατάστασης. Η εκτίμηση του φορτίου της νόσου συνδέεται με μετρήσεις γενικής ευημερίας, της ευτυχίας, της κατάθλιψης και της κοινωνικής υποστήριξης, καθώς και με τα επίπεδα των νευροενδοκρινικών και ανοσολογικών μεσολαβητών.

Η αξιολόγηση του φορτίου μπορεί επίσης να αφορά τις προσδοκίες των ασθενών και τους πολιτιστικούς παράγοντες και να ποικίλει μεταξύ των ηλικιών. Οι ηλικιωμένοι



Αφροαμερικάνοι ασθενείς σε εξωνεφρική κάθαρση ανέφεραν λιγότερα συμπτώματα, μικρότερη αντίληψη τις επίδρασης της νόσου, μεγαλύτερη ικανοποίηση από την κατάσταση της υγείας τους και περισσότερη ικανοποίηση με τη ζωή τους σε σχέση με την ομάδα λευκών ηλικιωμένων ασθενών (82). Η αντίληψη για μικρότερη επίδραση της ασθένειας συσχετίζεται με την καλύτερη συμμόρφωση, μεγαλύτερο αίσθημα ασφάλειας από την οικογενειακή υποστήριξη και χαμηλότερα επίπεδα ψυχολογικής πίεσης (83).

Υψηλότερο ποσοστό θνησιμότητας αναφέρεται στους ασθενείς με την μεγαλύτερη αντίληψη της ασθένειάς τους (84).

#### **A.4.5.στ. Μη συμμόρφωση του ασθενή**

Η μη συμμόρφωση των ασθενών της εξωνεφρικής κάθαρσης με την καθορισμένη θεραπεία έχει σημαντική επίδραση στον έλεγχο και την έκβαση της κατάστασής τους. Αυξημένος κίνδυνος επιπλοκών και θανάτου συνδέεται με τη μη συμμόρφωση στην κάθαρση και είναι καλά τεκμηριωμένη τόσο για τους ασθενείς σε ΑΚ (9,85,86), όσο και για τους ασθενείς σε ΠΚ (87,88). Η συσχέτιση συναισθημάτων, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων με τη μη συμμόρφωση στην εξωνεφρική κάθαρση είναι περίπλοκη (89).

Ένα ποσοστό μη συμμόρφωσης 50% και πάνω αναφέρεται για τους ασθενείς σε ΑΚ σε ποικίλες πλευρές της φαρμακευτικής τους θεραπείας (85). Μια από τις προσπάθειες εκτίμησης της μη συμμόρφωσης στους ασθενείς σε ΠΚ αφορά το 30% σε δείγματα 92 ασθενών στη διάρκεια των πρώτων 6 μηνών θεραπείας, οι οποίοι ακολουθούσαν λιγότερο από το 90% των απαραίτητων «αλλαγών» στην ΠΚ (88). Οι νεφροπαθείς έχουν λίγες πιθανότητες να αποκρύψουν τη μη συμμόρφωσή τους στη θεραπεία, μιας και ο εργαστηριακός έλεγχος, η ΑΠ και η πρόσληψη βάρους αποκαλύπτουν ελλιπή κάθαρση και καταχρήσεις στη διαίτα και στην πρόσληψη υγρών, καθώς και αποτυχία λήψης φαρμάκων.

Μεταξύ των παραγόντων που συνδέονται με τη φτωχή συμμόρφωση έχουν προσδιοριστεί και τα ακόλουθα: η συχνή χορήγηση της δόσης φαρμάκων, η αντίληψη του ασθενή για την ωφέλεια της θεραπείας, η φτωχή επικοινωνία ασθενή-γιατρού, η έλλειψη κινήτρων, το φτωχό κοινωνικό-οικονομικό υπόβαθρο, η έλλειψη οικογενειακής και κοινωνικής στήριξης και η νεαρή ηλικία (90). Η κατάθλιψη επίσης, είναι ένας

παράγοντας αρκετά μελετημένος για την επίδρασή του στη μη συμμόρφωση των ασθενών και ενώ αρκετές μελέτες αναφέρουν συσχέτισμό ανάμεσά τους (9), κάποιες άλλες καταδεικνύουν την αντίστροφη σχέση (91). Τα συγκρουόμενα στοιχεία μπορεί να οφείλονται στην εκτίμηση των φυσικών συμπτωμάτων της κατάθλιψης, τα οποία μπορεί να συνδέονται με τα ουραιμικά συμπτώματα.

Μέρος της βιβλιογραφίας εξετάζει το αποτέλεσμα της ικανοποίησης των ασθενών στη συμμόρφωσή τους και εστιάζει κυρίως στη σχέση γιατρού-ασθενή (92,93). Η μη ικανοποίηση με την ιατρική φροντίδα συνδέεται με μειωμένη συμμόρφωση στα προγραμματισμένα ραντεβού με τον ιατρό τους, μη συνεργασία στη διαδικασία της θεραπείας, άρνηση της θεραπείας και των ιατρικών συμβουλών. Η ποιότητα της σχέσης ασθενή-ιατρού είναι ιδιαίτερα σημαντική για τους ασθενείς με ΤΣΧΝΝ, των οποίων η ασθένεια διαρκεί όλη τους τη ζωή και απαιτεί ένα περίπλοκο θεραπευτικό σχήμα αντιμετώπισης.

Τα οικογενειακά προβλήματα και η δυσφορία των ζευγαριών στην καθημερινή τους ζωή μπορούν να ωθήσουν τους ασθενείς αυτούς σε συμπεριφορά μη συμμόρφωσης στις θεραπευτικές οδηγίες, δεδομένου ότι δεν αισθάνονται επαρκή υποστήριξη. Το αποτέλεσμα είναι ένα υπερβολικό προαίσθημα, φτωχή διάθεση και νευρικότητα (94).

#### **A.4.5.ζ. Κοινωνική απομόνωση**

Έχουν επιβεβαιωθεί τα επιβλαβή αποτελέσματα της κοινωνικής απομόνωσης όχι μόνο στην υγεία αλλά και στην πορεία της χρόνιας ασθένειας (95,96). Παρατηρείται πολλές φορές η ανάγκη των ασθενών της εξωνεφρικής κάθαρσης να συζητήσουν τον αντίκτυπο της διαδικασίας κάθαρσης στη ζωή τους. Η κοινωνική απομόνωση λόγω του περιορισμών που επιβάλλονται από την αιμοκάθαρση είναι μια κοινή ανησυχία. Πολλοί ασθενείς δηλώνουν ότι δεν θα μπορούσαν να πάνε διακοπές γιατί κουράζονται πολύ γρήγορα ή επειδή πρέπει να βρουν μια θέση σε ένα κέντρο ΑΚ. Η έλλειψη ευκαιρίας για διακοπές είναι ένα πολύ κοινό θέμα που συχνά εκφράζεται από τους ασθενείς σε ΑΚ.

Σε μια μελέτη των Cleary και Drennan το 2004 (97), οι περιορισμοί που επιβλήθηκαν από την ΑΚ στη ζωή αυτών των ασθενών βρέθηκαν να περιλαμβάνουν τη δυνατότητά τους να συμμετέχουν στις κανονικές καθημερινές δραστηριότητες και τους

ρόλους. Αυτό μπορεί να έχει ιδιαίτερες επιπτώσεις στη δυνατότητα να διατηρηθεί η απασχόληση, να συμμετέχει πλήρως στην οικογένεια και στην κοινωνική ζωή, αλλάζοντας έτσι τον τρόπο ζωής και δημιουργώντας ψυχοκοινωνικές, επαγγελματικές και οικονομικές διακλαδώσεις (98). Η έλλειψη ελευθερίας αφορά το συναίσθημα μιας ελεγχόμενης ύπαρξης. Οι ασθενείς προγραμματίζουν οτιδήποτε θέλουν να κάνουν και όλα πρέπει να γίνονται με το ρολόι. Ο Walshe το 1995 (99), προσδιόρισε ένα θέμα περιορισμού του ασθενή λόγω της παρουσίας ελκών στα κάτω άκρα (μειωμένη κινητικότητα που οδηγεί τον ασθενή να παραμένει στο σπίτι, έλλειψη ελευθερίας να επιλέγουν ρούχα και υποδήματα λόγω ελκών). Μια περιορισμένη ζωή που στερείται την ελευθερία περιγράφεται ως βάσανο και απώλεια του εαυτού (100). Όταν υπάρχει κίνδυνος η ασθένεια να γίνεται η εστίαση της ζωής των ανθρώπων, η θεραπεία και η ταλαιπωρία οδηγούν σε κοινωνική απομόνωση.

Η κοινωνική απομόνωση εμφανίζεται ως πιθανός κίνδυνος μεταξύ των ασθενών της ΠΚ και ΑΚ, ενώ μια επιτυχής ΜΤΧ δίνει την ευκαιρία μιας κοινωνικά «πλήρους» ζωής.

#### **A.4.5.η. Οικογένεια και εξωνεφρική κάθαρση**

Η οικογένεια αποτελεί την πρώτη κοινωνική οντότητα που αντιμετωπίζει τον ασθενή μετά την πάθηση. Ο ασθενής αισθάνεται το διπλό ρόλο της οικογένειας: οι συγγενείς αγαπούν, αποδέχονται, προστατεύουν και καθησυχάζουν τον ασθενή, αλλά την ίδια στιγμή γνωστοποιούν στον ίδιο πως έχει ξεκινήσει μια καινούρια περίοδος και του στερεί τον προηγούμενο ρόλο του. Τα μέλη της οικογένειας αναγνωρίζουν πρώτα την κατάσταση του ασθενή και του συμπεριφέρονται αναλόγως. Ο εξορκισμός της νόσου μπορεί να αποτελέσει μια μέθοδο καθησυχασμού του υγιούς ατόμου, αλλά αποτελεί πηγή άγχους και αποξένωσης για τον ασθενή.

Αντιθέτως, οι συγγενείς μπορεί να αρνηθούν την ανάγκη του ασθενή να γίνει καλά, ως μηχανισμό άμυνας, καθώς δεν είναι έτοιμοι να αντιμετωπίσουν την οδυνηρή κατάσταση. Επιπλέον, θέλουν ο ασθενής να διατηρεί τις παλιές του συνήθειες, ακόμη και όταν δεν είναι σε θέση να το κάνει. Η οικογένεια βλέπει ένα άτομο, το οποίο πιθανότατα δεν είναι το ίδιο και το οποίο μπορεί να αντιδρά με τέτοιο τρόπο απέναντι στη νόσο του που είναι δύσκολα κατανοητός για αυτούς.

Για τον ασθενή σε εξωνεφρική κάθαρση, η αίσθηση ότι χειροτερεύει ή περιορίζεται η αυτοαξία του ενισχύεται από το γεγονός πως ο ασθενής δεν μπορεί πλέον να φέρει σε πέρας τις υποχρεώσεις του. Η απώλεια της σωματικής δύναμης και της ενεργητικότητας, της σεξουαλικής λειτουργίας ή του αυτοειδώλου, ενισχύει την αίσθηση των ασθενών πως δεν μπορούν πλέον να προσφέρουν κάτι, πως είναι άχρηστοι και αποτελούν βάρος στην οικογένειά τους (101). Οι ρόλοι μέσα στην οικογένεια αλλάζουν ολόκληρο το οικογενειακό σύστημα, το οποίο οφείλει να προγραμματιστεί εκ νέου, από την άποψη ανακατανομής των υπευθυνοτήτων, της εργασίας, των κοινωνικών ρόλων, αλλά και του τρόπου διαχείρισης του άγχους. Το να ζητήσει κανείς από τα μέλη της οικογένειας να είναι πιο ευέλικτα στις μεταβολές, όταν υπάρχουν και άλλες σημαντικές αλλαγές που επιφέρουν έντονο άγχος, θέτει σε κίνδυνο τις σχέσεις τους. Η στάση της οικογένειας άλλοτε διευκολύνει (δεκτική μορφή οικογένειας) και άλλοτε δυσχεραίνει (απόμακρη μορφή οικογένειας) τον ασθενή στην αντιμετώπιση της εξωνεφρικής κάθαρσης.

Οι σχέσεις με τον σύντροφο μπορούν είτε να έχουν θετική έκβαση συνδεόμενες με την υψηλή κοινωνική υποστήριξη, είτε αρνητική συνδεόμενες με την εχθρική διάθεση. Μη ευτυχημένα παντρεμένα άτομα αναφέρουν φτωχότερη υγεία, από άτομα ικανοποιημένα από τη σχέση γάμου ή διαζευγμένα με τα ίδια δημογραφικά χαρακτηριστικά. Η συζυγική σύγκρουση μπορεί να έχει επιπτώσεις στις αντιλήψεις για την ασθένεια και να παρεμποδίσει τη δυνατότητα του ασθενή να συμμορφωθεί με τη σύνθετη θεραπευτική αγωγή της εξωνεφρικής κάθαρσης (102). Ο θυμός, η κατάθλιψη και η απόγνωση ήταν εμφανή στους ασθενείς, ενώ μια κυρίαρχη θλίψη, δυσαρέσκεια, ενοχή και απώλεια ήταν επικρατούσες στους συντρόφους των σύμφωνα με τη μελέτη των White και Grenyer το 1999 (77). Και οι δύο πλευρές είδαν τη σχέση τους πολύ θετικά, αλλά ένιωσαν συντετριμμένοι από τον αντίκτυπο της εξωνεφρικής κάθαρσης στη ζωή τους.

Τα αποτελέσματα μελέτης 55 ζευγαριών, των οποίων το ένα μέλος ήταν σε πρόγραμμα ΑΚ, έδειξαν ότι τα επίπεδα κατάθλιψης των συζύγων συσχετιζόνταν. Διαπιστώθηκε επίσης, ότι ο πάσχων και ο σύντροφός του λειτουργούν ως μια ψυχοκοινωνική δυάδα. Η ψυχοκοινωνική κατάστασή του/της συζύγου μπορεί να έχει αντίκτυπο στην κατάθλιψη του ασθενή και ο/η σύζυγος θα μπορούσε να

είναι επιδεκτικός σε παρεμβάσεις που θα μπορούσαν να βελτιώσουν την έκβαση του ασθενή (103).

Λίγες μελέτες έχουν αναφερθεί στη συσχέτιση των ψυχοκοινωνικών και κοινωνικοοικονομικών παραμέτρων, όπως η πολύ στενή οικογενειακή σχέση, το εισόδημα, η εκπαίδευση της οικογένειας, οι σχέσεις με το προσωπικό των Μονάδων κάθαρσης, με την έκβαση του ασθενή. Σε μια πολυκεντρική μελέτη Αφροαμερικανών ασθενών σε ΑΚ και των οικογενειών τους, αξιολογήθηκε η οικογενειακή λειτουργία μέσα από μετρήσεις της οικογενειακής σύνθεσης, στενότητας σχέσεων και του εισοδήματος, καθώς και τη στενότητας σχέσεων με το προσωπικό των Μονάδων κάθαρσης. Σε αντίθεση με αυτό που θα περίμεναν οι ερευνητές, η πολύ στενή σχέση με την οικογένεια και το προσωπικό, αλλά και το υψηλό οικογενειακό εισόδημα ήταν ισχυροί δείκτες θνησιμότητας στους ασθενείς αυτούς (104). Οι μηχανισμοί που κρύβονται κάτω από αυτές τις σχέσεις είναι ασαφείς, αλλά η πίεση της εξωνεφρικής κάθαρσης διαδραματίζει έναν πιο καταστρεπτικό ρόλο στις στενές, ολοκληρωμένες οικογένειες.

Η αντίδραση των ασθενών στη νεφρική ανεπάρκεια επηρεάζεται από την αντίδραση της οικογένειας και των σημαντικών προσώπων σε αυτή και στη συνέχεια από το πως θα αντιδράσουν όλοι αυτοί απέναντι στην ομάδα παροχής φροντίδας.



## **B. ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΧΝΝ**

### **B.1. Κατάθλιψη**

«Το «κενό» υπάρχει όσο δεν πέφτεις μέσα του» έγραφε ο Ελύτης, αλλά τι γίνεται όταν πέσεις μέσα σε αυτό και δεν βρίσκεις την πόρτα ή ακόμη χειρότερα αν γίνεις εσύ ο ίδιος ένα «κενό»; Το «κενό» αυτό, μια αληθινή μάστιγα της σύγχρονης εποχής, λέγεται κατάθλιψη.

«Είναι βουβός πόνος που σου προκαλεί αγωνία και απελπισία και σε κάνει ευερέθιστο. Δεν βλέπεις το λόγο να σηκωθείς από το κρεβάτι...» λέει ο Dr. Sandy Burndield, ψυχίατρος ο ίδιος και ασθενής πολλά χρόνια με πολλαπλή σκλήρυνση (105).

«Η απόγνωση που εμποδίζει τη σκέψη, την πιο απλή ενέργεια, το όποιο συναίσθημα και μετατρέπεται σε έναν ανελέητο εσωτερικό οδυρμό που παραλύει την όποια επιθυμία ζωής», και αυτά αποτυπώνει στο καμβά με δραματικό τρόπο θέλοντας να ζωγραφίσει την κατάθλιψη ο Munch (106).

Η ιστορία της κατάθλιψης είναι η ιστορία της ανθρωπότητας μολονότι ο όρος «κατάθλιψη» στο ψυχιατρικό σύνδρομο συναισθηματικής διαταραχής εισήχθη επίσημα την δεκαετία του 1920 από τον Γερμανό ψυχίατρο Meyer (107). Η κλινική εικόνα της ασθένειας περιγράφηκε για πρώτη φορά από τον Όμηρο στην «Ιλιάδα»: «Με την εγκατάλειψη των θεών σβήνει το θάρρος και η δύναμη της ζωής και είναι το απόλυτο κενό, η ανελέητη θλίψη με την οποία μάχεται ο ήρωας και φθείρεται...» Η κατάθλιψη περιπλέει ανάμεσα στο φυσιολογικό και το παθολογικό. Το όριο ανάμεσα στις δύο καταστάσεις είναι το αν παρουσιάζεται μετά από κάποιο τραυματικό γεγονός, αν πρόκειται δηλαδή για κάποιας μορφής πένθος, ή αν πρόκειται για θεραπεύσιμη ψυχική διαταραχή.

Σύμφωνα λοιπόν με τα κριτήρια της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Ένωσης που περιγράφονται στο Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο σοβαρής καταθλιπτικής διαταραχής (108), εντοπίζεται όταν εμφανίζεται μια αλλαγή από τη βασική γραμμή διάρκειας τουλάχιστον δύο εβδομάδων, κατά την οποία ο ασθενής παρουσιάζει είτε καταθλιπτική διάθεση, είτε απώλεια ενδιαφέροντος για τις συνηθισμένες δραστηριότητες, είτε ανηδονία (ανικανότητα να βιωθεί ευχαρίστηση) και τουλάχιστον άλλα πέντε συμπτώματα της κατάθλιψης από μια ομάδα εννέα, συμπεριλαμβανομένης της καταθλιπτικής διάθεσης, το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, εμφανώς μειωμένο

ενδιαφέρον ή ευχαρίστηση στις περισσότερες δραστηριότητες, μείωση της όρεξης, αϋπνία ή παθολογικό ύπνο, κούραση ή απώλεια ενέργειας, ψυχοκινητική διαταραχή ή καθυστέρηση, συναισθήματα αναξιότητας, υπερβολική ή ακατάλληλη ενοχή, μειωμένη ικανότητα σκέψης, συγκέντρωσης και επαναλαμβανόμενες σκέψεις θανάτου, συμπεριλαμβανομένου του αυτοκτονικού ιδεασμού (109).

## **B.2. Κατάθλιψη και ΧΝΝ**

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) προέβλεψε ότι στα επόμενα 20 έτη, η κατάθλιψη θα είναι η δεύτερη πιο κοινή και οικονομικά δαπανηρή ασθένεια παγκοσμίως (110). Η σύνθετη κατάθλιψη, η οποία είναι αποτέλεσμα συνύπαρξης με άλλη ψυχιατρική ή ιατρική ασθένεια, χαρακτηρίζεται από ένα μεγαλύτερο μέγεθος της καταθλιπτικής επιρροής και είναι συνήθως ανθεκτικότερη στην αντιμετώπισή της (109,111). Η αύξηση της επίπτωσης της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής από το γενικό πληθυσμό στους εξωτερικούς και νοσηλευόμενους ασθενείς είναι γραμμική, γεγονός που σημαίνει συσχέτιση της κατάθλιψης με τη βαρύτητα της σωματικής νόσου (112,113). Η **αιτιολογία** της κατάθλιψης στους ασθενείς με ΧΝΝ, όπως και σε άλλες σημαντικές νόσους, μπορεί: (α) να οφείλεται σε ψυχολογικούς ή άλλους μηχανισμούς, τους οποίους προκαλεί ή επιδεινώνει η νόσος, χωρίς να υπάρχει γνωστός αιτιολογικός μηχανισμός σύνδεσης μεταξύ τους, (β) να συνδέεται παθοφυσιολογικά και αιτιολογικά με την ίδια νόσο ή με κάποιον από τους παράγοντες που απορρέουν άμεσα από αυτή και τέλος, (γ) να προέρχεται από τη φαρμακευτική αγωγή για τη νεφρική ανεπάρκεια και τις επιπλοκές της.

Σύμφωνα με την ψυχοδυναμική θεώρηση, η κατάθλιψη μπορεί να αποτελεί τη συναισθηματική απάντηση σε μια σημαντική απώλεια (111), όπως είναι η απώλεια της ελευθερίας τους, του ρόλου μέσα στην οικογένεια και τον εργασιακό χώρο, της νεφρικής λειτουργίας και κινητικότητας, των φυσικών δεξιοτήτων, των γνωστικών δυνατοτήτων, της σεξουαλικής λειτουργίας. Επιπλέον, ζουν με τη συνεχή απειλή της πάσχουσας υγείας τους και της ζωής τους. Επιπρόσθετα, σε όσους αναπτύσσουν ψυχιατρικές διαταραχές, συνήθως συνυπάρχουν οικογενειακά προβλήματα, γι' αυτό δεν είναι τυχαίο ότι οι σύζυγοι των ατόμων σε εξωνεφρική κάθαρση αναφέρουν ψηλά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης (7). Αρκετοί ψυχολογικοί παράγοντες έχουν αναφερθεί ως δυνητικά



σημαντικοί για την έναρξη και συντήρηση της κατάθλιψης στους ασθενείς με ΤΣΧΝΝ και φαίνεται ότι συσχετίζονται με το γεγονός πως ο ασθενής βιώνει τις καταστάσεις που ζει ως μη ικανές να ελεγχθούν. Επίσης, βιώνει το γεγονός ότι όποιες δυνατότητες ελέγχου της κατάστασής που προσφέρονται, βρίσκονται έξω από αυτόν και κατά συνέπεια βιώνει την ασθένειά του ως ιδιαίτερα ενοχλητική, αφού τον εκθέτει αδιακρίτως (114). Η πληθώρα των αρνητικών και ψυχοπιεστικών γεγονότων, η φύση της νόσου και οι χρόνιες δυσκολίες που προκαλεί, καθώς και η αμφίβολη κοινωνική στήριξη προκαλούν μεν καταθλιπτικά συμπτώματα και σύνδρομα, δεν μπορούν όμως να θεωρηθούν ως αποκλειστικά υπεύθυνα για την κατάθλιψη που αναπτύσσουν οι ασθενείς σε ΤΣΧΝΝ.

Οργανικοί αιτιολογικοί παράγοντες μπορεί να είναι σημαντικοί σε ορισμένες περιπτώσεις. Για παράδειγμα, η κατάθλιψη είναι η πιο συχνή ψυχιατρική εκδήλωση του υπερπαραθυρεοειδισμού και η παραθυρεοειδεκτομή είναι πιθανό να βελτιώσει τη συναισθηματική αυτή διαταραχή. Η ΧΝΝ προκαλεί διαταραχές στον μεταβολισμό της σεροτονίνης και της νοραδρεναλίνης. Επίσης, αναφέρεται ότι η θεραπεία της ΥΠ με β-αναστολείς προδιαθέτει σε κατάθλιψη.

Η **διάγνωση** της κατάθλιψης σε ασθενείς με ΧΝΝ εμπλέκεται με τα σωματικά συμπτώματα της ουραιμίας. Συμπτώματα που περιπλέκουν τη διάγνωση της κατάθλιψης σε αυτή την ομάδα ασθενών είναι η κόπωση, η απώλεια ενεργητικότητας, η απάθεια, η αϋπνία και η μείωση του σεξουαλικού ενδιαφέροντος (115). Η κατάθλιψη εμφανίζεται συνήθως σε άτομα προχωρημένης ηλικίας με σημαντικά επιβαρημένη κατάσταση υγείας και ανυπαρξία οικογενειακών και οικονομικών στηριγμάτων. Τα αποτελέσματα μελέτης αναφέρουν ότι το 42% των ασθενών σε εξωνεφρική κάθαρση και ηλικίας >70 ετών παρουσίασαν σταθερά επίπεδα κατάθλιψης σε επανειλημμένες εκτιμήσεις σε διάστημα 3 ετών (116). Αρκετές μελέτες ωστόσο, υποστηρίζουν ότι υπάρχει τάση μείωσης των επιπέδων της κατάθλιψης με την πάροδο του χρόνου, η οποία εκφράζει την επιτυχημένη προσαρμογή των ασθενών στις ψυχοπιεστικές συνθήκες της ΧΝΝ.

Η κατάθλιψη είναι το πιο κοινό ψυχικό πρόβλημα στους ασθενείς με ΧΝΝ (4,6,117). Η εξέταση της βιβλιογραφίας σχετικά με τον επιπολασμό των διαταραχών αυτών στους χρόνιους νεφροπαθείς αφορά ένα ποσοστό 25% για υποκλινική κατάθλιψη και 5-22% για σοβαρή κατάθλιψη (118). Σε άλλες μελέτες, τα ποσοστά κατάθλιψης ατόμων με ΤΣΧΝΝ είναι ανάλογα με αυτά που παρατηρούνται σε άλλες χρόνιες

παθήσεις, καθώς κυμαίνονται από 5-13% (115,119). Για παράδειγμα, σε ασθενείς με ΣΔ και υψηλά scores >16 στο ερωτηματολόγιο CES-D (Center for Epidemiological Studies Depression Screening Index), υπήρξε ένας υψηλός σχετικός κίνδυνος (relative risk 1.6) θανάτου, συγκριτικά με την ομάδα των διαβητικών που παρουσίασαν χαμηλές βαθμολογίες (120). Μεγάλη έμφαση στη σημαντική επίδραση τόσο των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, όσο και της κλινικής κατάθλιψης στα ποσοστά θνητότητας των ασθενών με στεφανιαία νόσο, δίνουν και τα αποτελέσματα μετα-ανάλυσης του Barth και των συνεργατών του (121). Σε μελέτη 60 ασθενών με διάφορους τύπους υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας, 47% των ασθενών βαθμολογήθηκαν ως καταθλιπτικοί σύμφωνα με το ερωτηματολόγιο κατάθλιψης του Beck's Depression Inventory (BDI) (122), αλλά όταν ακολούθησε κλινική εξέταση των ατόμων αυτών, με βάση τα κριτήρια της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας, μόνο στο 5% επιβεβαιώθηκε η διάγνωση της κατάθλιψης (119).

Το 2004, ο Lopes και συν. χρησιμοποιώντας δύο μετρήσεις του ερωτηματολογίου KDQOL (Kidney Disease Quality of Life) που αφορούν στην εκτίμηση της κατάθλιψης, έδειξαν ότι ο επιπολασμός της έφθασε το 46% των νεφρολογικών ασθενών σε μια διεθνή έρευνα που πραγματοποιήσαν σε 12 χώρες. Οι ΗΠΑ και η Σουηδία είχαν τα υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης, ενώ ο επιπολασμός στην Ιαπωνία είχε το χαμηλότερο ποσοστό (123).

Η αναφερόμενη επίπτωση πιθανόν να υπερεκτιμάται εξαιτίας της ομοιότητας των ουραιμικών συμπτωμάτων με εκείνα της κατάθλιψης. Υπάρχουν, επίσης, προβλήματα με την ερμηνεία των αποτελεσμάτων των ερευνητικών μελετών, εξαιτίας των διαφορών στον ορισμό και τα κριτήρια που χρησιμοποιούνται για την κατάθλιψη (124). Οι μεθοδολογικές αδυναμίες στη μελέτη της **επιδημιολογίας** της κατάθλιψης στη ΧΝΝ γίνεται φανερό από το μεγάλο εύρος των αναφερόμενων ποσοστών επίπτωσης που έχουν δημοσιευθεί τα τελευταία 20 χρόνια. Σε ανασκόπηση της βιβλιογραφίας το 1985, αναφέρεται ότι ο επιπολασμός της κατάθλιψης στους ασθενείς σε ΤΝ κυμαίνεται από 0-100% στις διάφορες μελέτες (119). Αυτό υποδηλώνει ότι ο επιπολασμός της κατάθλιψης σε αυτή την ομάδα ασθενών είναι άγνωστος και ότι η διερεύνηση της κατάθλιψης εξαρτάται σε σημαντικό βαθμό από την αξιοπιστία της μεθόδου έρευνας και των χρησιμοποιούμενων εργαλείων εκτίμησης.

Η ποικιλία των διαγνωστικών εργαλείων περιλαμβάνει την κλινική εντύπωση- παρατήρηση, της αυτοαναφοράς με το Beck Depression Inventory και το American Diagnostic and Statistical Manual DSM IV. Οι γενικεύσεις είναι επίσης δύσκολες εξαιτίας των διαφορών του ιστορικού του ασθενή, του τύπου της θεραπείας, του χρόνου της θεραπείας, της συνοσηρότητας, του γένους, του έθνους και της ηλικίας των ασθενών.

Οι ασθενείς σε εξωνεφρική κάθαρση εμφανίζουν συχνά ένα καταθλιπτικό προφίλ (απαισιοδοξία, θλίψη, έλλειψη ευχαρίστησης, αίσθημα αβοηθησίας και απώλειας ελπίδας). Αυτά τα συμπτώματα μπορεί να φέρουν αλλαγές στον ύπνο, στη δυνατότητα συγκέντρωσης, στην όρεξη, στη «libido» και συνδυάζονται με προβλήματα στις συζυγικές και οικογενειακές σχέσεις, καθώς και με τη μείωση της επαγγελματικής δραστηριότητας. Είναι πολύ σημαντική η διάκριση ανάμεσα στην παρουσία καταθλιπτικών συμπτωμάτων και στην κλινική διάγνωση της κατάθλιψης. Τα ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς είναι χρήσιμα για τον έλεγχο της παρουσίας καταθλιπτικών συμπτωμάτων στους ασθενείς, αλλά η διάγνωση πρέπει να βασίζεται σε μια προσεκτική, δομημένη κλινική συνέντευξη (125). Υποστηρίζεται ότι μπορεί να μετρηθεί η συχνότητα και η σοβαρότητα της κατάθλιψης από τα αποτελέσματα των αυτοκτονιών, αν και αυτά είναι ελάχιστα μελετημένα (126). Ο κίνδυνος αυτοκτονίας σε αυτούς τους ασθενείς είναι δεκαπέντε φορές μεγαλύτερος σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό και αναφέρεται ότι, ένας ασθενής στους 500 διαπράττει αυτοκτονία (127,128).

Παρά τους ισχυρισμούς για υψηλή επίπτωση της αυτοκτονίας ανάμεσα στους ασθενείς σε ΑΚ είναι δύσκολο να υπολογιστεί με ακρίβεια το ποσοστό. Οι διαθέσιμοι τρόποι για αυτοκτονική συμπεριφορά, όπως η λήψη τροφών με υψηλή περιεκτικότητα σε κάλιο, η μη συμμόρφωση με τις θεραπευτικές οδηγίες, είναι επίσης και πιθανά αποτελέσματα της ανεπάρκειας και της μικρής ικανότητας για διαχείριση της κατάστασης των ασθενών. Σύμφωνα με τους Zimmermann και συν. το 2006, η κατάθλιψη δεν συσχετίζεται με τη θνησιμότητα των ασθενών ΤΣΧΝΝ όταν ελέγχονται το γένος, η ηλικία και το είδος θεραπείας. Η ΜΤΧ είναι ο βασικός δείκτης που συσχετίζεται με τη χαμηλή θνητότητα (129).

Συγκριτικές μελέτες ασθενών σε εξωνεφρική κάθαρση και μεταμοσχευθέντων δείχνουν μικρότερη ψυχιατρική νοσηρότητα στους τελευταίους. Μετά τη ΜΤΧ μειώνεται συνολικά η ψυχιατρική νοσηρότητα. Το ποσοστό της κατάθλιψης στις περιπτώσεις αυτές

είναι της τάξης του 5%. Η σημασία της έγκαιρης διάγνωσης της κατάθλιψης και της περαιτέρω κατάλληλης αντιμετώπισής της είναι μεγάλη, αφού θεωρείται ότι η νόσος συσχετίζεται με αυξημένη θνησιμότητα στους ασθενείς, πιθανόν μέσω μηχανισμού καταστολής της ανοσιακής λειτουργίας (130,131). Παρά την υψηλή επικράτηση, τα ποσοστά διάγνωσης και θεραπείας σύμφωνα με τα εμπειρικά δεδομένα, καταδεικνύονται χαμηλά μεταξύ των ασθενών με μέτρια έως μείζονα κατάθλιψη (7). Ακόμη κι αν η κατάθλιψη είναι αρκετά συχνή, δυστυχώς συχνά δεν αναγνωρίζεται και δεν θεραπεύεται από τους νεφρολόγους (4). Γενικά, καταγράφεται μικρός αριθμός μελετών που αφορά την κλινική παρέμβαση στο πρόβλημα της κατάθλιψης των ασθενών με ΧΝΝ (8). Λιγότερα επιδημιολογικά δεδομένα υπάρχουν για την κατάθλιψη στα στάδια 1-4 της ΧΝΝ (117), ενώ είναι σχεδόν ανύπαρκτες οι διαχρονικές μελέτες για αυτή τη φάση της φροντίδας του ασθενή (132). Επίσης, υπάρχουν λιγοστά στοιχεία για την κατάθλιψη στους ασθενείς σε ΠΚ (5,133,134) και μικρότερη γνώση για την επίδραση της νεφρικής ΜΤΧ στη ψυχική αυτή διαταραχή (135,136). Οι επιλογές για τη **θεραπεία** της κατάθλιψης περιλαμβάνουν τη φαρμακοθεραπεία, την ψυχοθεραπεία και τον συνδυασμό των δύο. Η συνταγογράφηση φαρμάκων στους ασθενείς ΤΣΧΝΝ απαιτεί προσοχή και πρέπει να σταθμίζεται ανάλογα με τη σωματική κατάσταση κάθε ατόμου.

Μεγάλος αριθμός μελετών έχει δείξει ότι η κατάθλιψη συνδέεται με μειωμένη αντίληψη της ΠΖ των ασθενών (137). Επιπρόσθετα, ο Kimmel και συν (1998) αναφέρουν ότι οι αγχώδεις διαταραχές, οι οποίες επικρατούν στον πληθυσμό των νεφροπαθών, επιδρούν σημαντικά στην φτωχή ΠΖ των ασθενών αυτών (9). Σύμφωνα με άλλους ερευνητές, περίπου το 1/3 των ασθενών εμφανίζουν αγχώδεις διαταραχές κατά τον πρώτο χρόνο της θεραπείας υποκατάστασης, με το 6% να παρουσιάζει ήπια επίπεδα φοβίας (138).

Οι κατευθυντήριες οδηγίες των KDOQI, 2002 αναφέρονται στην αναγκαιότητα της διάγνωσης και θεραπείας της κατάθλιψης και των αγχωδών διαταραχών στους ασθενείς σε εξωνεφρική κάθαρση, καθώς και της εκτίμησης της ψυχολογικής τους κατάστασης κατά την έναρξη της θεραπείας υποκατάστασης και στη συνέχεια ανά εξάμηνο (12). Παρ' όλα αυτά, οι συγκεκριμένες οδηγίες δεν προσφέρουν εξειδικευμένες λεπτομέρειες για το πώς θα επιτευχθεί αυτός ο στόχος. Το πιο κατάλληλο εργαλείο ανίχνευσης της κατάθλιψης στους νεφρολογικούς ασθενείς, είναι ακόμη άγνωστο (5).

### **B.2.1. Θνησιμότητα και κατάθλιψη στη ΧΝΝ**

Η επίδραση της κατάθλιψης στη θνησιμότητα των ασθενών με ΤΣΧΝΝ είναι δύσκολο να αποδειχθεί (111). Ωστόσο οι Kimmel και συν. το 2000, σε μια διαχρονική μελέτη κοόρτης ΑΚ ασθενών, με τη χρήση του BDI, το οποίο συμπληρώνονταν κάθε 6 μήνες για πάνω από δύο έτη, απέδειξαν μια σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στην κατάθλιψη και τη θνησιμότητα των ασθενών μετά από μονοπαραγοντική και πολυπαραγοντική ανάλυση (139). Οι Hedayati και συν. το 2006, αναφέρουν ένα ποσοστό 26.5% επίπτωσης της κλινικής κατάθλιψης και μεγάλη σχέση ανάμεσα στην κατάθλιψη, τις συχνές νοσηλείες και τη θνησιμότητα στους ασθενείς σε ΑΚ (140). Σύμφωνα όμως με τα αποτελέσματα άλλης μελέτης, η κατάθλιψη δεν φάνηκε να συνδέεται με τη θνησιμότητα των ασθενών με ΤΣΧΝΝ, όταν ελέγχθηκαν για το γένος, την ηλικία και το είδος θεραπείας υποκατάστασης (129). Επίσης, παραμένει ασαφές εάν η κατάθλιψη είναι ένας ανεξάρτητος παράγοντας κινδύνου ή εάν επηρεάζει άλλες μεταβλητές όπως: η συμμόρφωση με φάρμακα ή θεραπευτικές αγωγές, οι τάσεις αυτοκτονίας, ή άλλες συμπεριφορές που μπορούν να επηρεάσουν την επιβίωση (5,141).



## Γ. ΑΓΧΟΣ ΚΑΙ ΧΝΝ

### Γ.1. Άγχος

Ετυμολογικά, η ρίζα του όρου «Άγχος» βρίσκεται στο αρχαιοελληνικό ρήμα άγχω, το οποίο μπορεί να αποδοθεί ως πιέζω, πνίγω ή στραγγαλίζω, πράγμα που από μόνο του μας προϋδεάζει για το ότι δεν πρόκειται για κάποιο ευχάριστο συναίσθημα, αντιθέτως μάλιστα. Στην ουσία το άγχος είναι ένα δυσάρεστο συναίσθημα που αποτελείται από αόριστη ανησυχία ή ακόμα και φόβο, ο οποίος συνήθως δεν μπορεί να καθοριστεί πλήρως, διότι απουσιάζει κάποιο ερέθισμα που να τον προκαλεί άμεσα. Παρόλο που ο λόγος του άγχους δεν είναι πάντα φανερός, υπάρχουν κάποια κοινά συμπτώματα στους ανθρώπους που διακατέχονται από αυτό, τα οποία μπορεί να περιλαμβάνουν μεταξύ άλλων υπερένταση, δύσπνοια, ταχυκαρδία, εφίδρωση, διάρροια και τάση για εμετό.

Πολλοί επιστήμονες θεωρούν πως το άγχος είναι ένα ασυνείδητο σήμα πως ελλοχεύει κάποιος υπαρκτός ή φανταστικός κίνδυνος, δηλαδή ο κίνδυνος είτε υπάρχει είτε εμείς μπερδευτήκαμε και απλά νομίσαμε πως υπάρχει. Το άγχος επίσης παράγεται συχνά όταν νιώθουμε ενοχές και τύψεις συνείδησης, όταν έχουμε φόβο πως θα ζημιωθούμε, ή από φόβο πως δεν γινόμαστε αρεστοί, ή από φόβο πως θα χάσουμε ότι αγαπάμε, ή από φόβο πως θα μας τραυματίσουν, θα μας απορρίψουν, ή εν τέλει από φόβο πως θα χάσουμε την αίσθηση και τα όρια του εαυτού μας.

Η θετική-ζωοποιός πλευρά του άγχους είναι πως το άγχος δημιουργείται όταν υπάρχει φόβος απώλειας και έτσι μας προετοιμάζει για την απώλεια δημιουργώντας τις κατάλληλες άμυνες για να μην τραυματιστούμε ψυχικά. Ταυτόχρονα αρκετά συχνά το άγχος λειτουργεί σαν ξυπνητήρι της συνείδησης μας, το οποίο μας παρακινεί να προχωρήσουμε σε αλλαγές και να ικανοποιήσουμε ουσιαστικές βασικές μας ανάγκες. Σε κάθε περίπτωση, ο δρόμος που έχει το καλύτερο αποτέλεσμα για την καθημερινή ζωή είναι το να ακούμε προσεκτικά το άγχος και όχι να προσπαθούμε να το απαλείψουμε, δηλαδή είναι η προσπάθεια να κατανοήσουμε τη σύγκρουση που συμβαίνει μέσα μας, δηλαδή τη σύγκρουση των αξιών μας, τα διλήματα της ζωής, τη στάση μας απέναντι στη ζωή. Στόχος δεν είναι η εξουδετέρωση και εξάλειψη του άγχους, αλλά ο έλεγχος και η πλήρης διαδικασία κατανόησής του. Ο Lazarus αναφέρει ότι η αντίδραση του κάθε ατόμου στο άγχος διαφέρει, καθώς υπάρχει η δυνατότητα διαχείρισης των αρνητικών

συναίσθημάτων που οδηγούν στο άγχος, με αποτέλεσμα τον έλεγχο και τη διαχείρισή του (142).

## **Γ.2. Άγχος σε ασθενείς με ΧΝΝ**

Το άγχος είναι πιθανά το πιο κοινό και διεισδυτικό συναίσθημα των ατόμων που νοσηλεύονται σε Νοσοκομείο. Οι ασθενείς με νεφρικά νοσήματα ανησυχούν για τη σοβαρότητα και την ποικιλία των συμπτωμάτων τους και τους περιορισμούς τους οποίους επιβάλλει η κατάστασή τους στη ζωή τους και στα σχέδιά τους για το μέλλον. Ανησυχούν για το είδος της θεραπείας, αν θα είναι επιτυχής η θεραπεία, καθώς και για τη δυνατότητά τους να διαχειρίζονται την πολυπλοκότητα των προβλημάτων τους. Αυτή η ανησυχία διαβρώνει όλες τις προσδοκίες για τη ζωή τους. Το υπερβολικό άγχος, όπως και η κατάθλιψη, συχνά δεν διαγιγνώσκεται και δεν θεραπεύεται.

Όλες οι μέθοδοι θεραπείας και νεφρικής υποκατάστασης ασκούν επίδραση στη ζωή του ατόμου, αλλά μπορούν να την επηρεάσουν με διαφορετικούς τρόπους. Οι ασθενείς σε ΠΚ και ΑΚ υπόκεινται σε διαδικασίες όπως η τοποθέτηση περιτοναϊκού καθετήρα, η δημιουργία fistula και η τοποθέτηση μοσχευμάτων. Από την άλλη μεριά, εκείνοι που έχουν κάνει μια επιτυχημένη ΜΤΧ νεφρού αντιμετωπίζουν τις παρενέργειες των φαρμάκων και το φόβο της απόρριψης του μοσχεύματος. Κατά συνέπεια, υπάρχουν διάφοροι πιθανοί παράγοντες άγχους μεταξύ αυτών των ομάδων ασθενών.

Λίγοι ερευνητές έχουν διερευνήσει τους κύριους αγχογόνους παράγοντες των ασθενών εξωνεφρικής κάθαρσης και της μεθόδους που χρησιμοποιούν πιο συχνά για την αντιμετώπιση του άγχους. Ορισμένες μελέτες δείχνουν ότι, τόσο οι οργανικοί, όσο και οι ψυχοκοινωνικοί αγχογόνοι παράγοντες έχουν την ίδια πιθανότητα να προκαλέσουν άγχος (143).

Άλλοι όμως ερευνητές αναφέρουν ότι οι οργανικοί αγχογόνοι παράγοντες δημιουργούν περισσότερα προβλήματα από ότι οι ψυχοκοινωνικοί (144). Είναι ενδιαφέρουσα η παράθεση μιας ιεραρχικής κατάστασης των αγχογόνων παραγόντων ανάλογα με τη βαρύτητά τους σε χρόνιους ΑΚ ασθενείς, στην Πορτογαλία (Πίνακας 2) (145). Ορισμένες μελέτες που χρησιμοποιούν τις ποσοτικές μεθόδους αξιολόγησης έχουν επίσης προσδιορίσει πιθανούς παράγοντες άγχους μεταξύ των ασθενών σε εξωνεφρική κάθαρση. Οι συχνότεροι ήταν: οι περιορισμοί της λήψης τροφής και υγρών, οι μυϊκές



κράμπες πριν και κατά τη διάρκεια της ΑΚ, η κούραση, η φυσική αδυναμία, οι μεταπτώσεις της υγείας τους, οι περιορισμοί δραστηριότητας, οι συχνές εισαγωγές στο Νοσοκομείο, η μείωση των κοινωνικών επαφών και η αβεβαιότητα για το μέλλον (146,147). Αυτό που βιώνεται από ένα άτομο ως παράγοντας άγχους μπορεί να ποικίλει μεταξύ των πολιτιστικών πλαισίων. Κατά συνέπεια, οι μελέτες εμπειρίας των ασθενών με ΤΣΧΝΝ σε έναν πολιτισμό να μην είναι άμεσα σχετικές σε έναν άλλο (148).

**Πίνακας 2: Ιεραρχική κατάταξη των αγχογόνων παραγόντων ανάλογα με τη βαρύτητά τους στους χρόνια ΑΚ ασθενείς (145)**

<b>Αγχογόνος Παράγοντας</b>	<b>Βαθμολογία</b>
Κόπωση (Ο)	2,16
Αβεβαιότητα για το μέλλον (Ψ)	2,13
Περιορισμός του χρόνου και του τύπου διακοπών (Ψ)	2,12
Απώλεια σωματικής λειτουργίας (Ψ)	2,10
Οικονομικοί παράγοντες (Ψ)	2,05
Δυσκαμψία (Ο)	2,01
Περιορισμός των φυσικών δραστηριοτήτων (Ψ)	1,98
Περιορισμός υγρών (Ψ)	1,98
Διάρκεια θεραπείας (Ψ)	1,94
Μυϊκές κράμπες (Ο)	1,88
Αιμοληψίες (Ο)	1,76
Αλλαγές των ρόλων στην οικογένεια (Ψ)	1,74
Διαταραχές ύπνου (Ψ)	1,64
Περιορισμός της σεξουαλικής ζωής (Ψ)	1,61
Περιορισμός της κοινωνικής ζωής (Ψ)	1,60
Αλλαγές στην εξωτερική εμφάνιση (Ψ)	1,60
Βάρος μεταξύ δύο συνεδριών (Ο)	1,52
Κνησμός	1,46
Εξάρτηση από το ιατρικό προσωπικό (Ψ)	1,60
Επίδραση στον εργασιακό χώρο (Ψ)	1,28
Εξάρτηση από το νοσηλευτικό προσωπικό (Ψ)	1,22
Ναυτία και έμετος (Ο)	1,08
Μείωση της ικανότητας τεκνοποίησης (Ψ)	0,52



## **Δ. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΧΝΝ**

### **Δ.1. Ποιότητα Ζωής**

Η ΠΖ είναι μια πλούσια σε περιεχόμενο έννοια και αποτελεί ένα πολυδιάστατο φαινόμενο. Ωστόσο, δεν υπάρχει:

- α. Σωματική (κινητικότητα, λειτουργικότητα, συμπτώματα, νοσηρή κατάσταση)
- β. Ψυχολογική (ευτυχία, αυτοσεβασμός, ανησυχία, κίνδυνος)
- γ. Κοινωνική (κοινωνική ζωή, σεξουαλική ζωή, απασχόληση, σπουδές)
- δ. Οικογένεια (σχέσεις, προσαρμογή, αποδοχή)

### **Δ.2. Ποιότητα Ζωής και ΧΝΝ**

Οι μελέτες για την ΠΖ στο νεφρολογικό χώρο ξεκινούν στη δεκαετία του 1970 και τη δεκαετία του 1980 (1976-1986). Αυτή η περίοδος περιγράφεται ως «σκοτεινή ηλικία» (49). Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου η δυνατότητα της νεφρικής υποκατάστασης εξετάζεται σοβαρά. Η νεφρική υποκατάσταση θεωρούνταν ως μια θεραπεία «παράτασης ζωής», η οποία σχετιζόταν με σοβαρές επιπλοκές και φτωχή ΠΖ. Αυτή η άποψη στηρίχθηκε από τα αποτελέσματα δύο σημαντικών ερευνών εκείνης της εποχής. Σε μελέτη 2481 ασθενών, βρέθηκε ότι το 40% των ατόμων δεν λάμβαναν επιτυχή υποκατάσταση, ενώ το 77% των διαβητικών με νεφρική νόσο παρουσίασαν ανικανότητα στο επίπεδο φυσικής δραστηριότητας σε βαθμό που να μην μπορούν να φροντίσουν τους εαυτούς τους (149). Σε παρόμοια μελέτη 859 ασθενών, οι Evans R και συν. το 1985, αναφέρουν ότι οι ασθενείς με ΤΣΧΝΝ «έχουν μία φτωχή αντικειμενική ΠΖ παρά το γεγονός ότι απολαμβάνουν τη ζωή συγκρινόμενοι με το γενικό πληθυσμό» (43).

Στη δεκαετία του 1990 αυτές οι αναφορές οδηγούνται σε μία σειρά εξελίξεων, κυρίως στις ΗΠΑ και Μ. Βρετανία. Πρωτοστάτης στην προσπάθεια αυτή το Ινστιτούτο της Ιατρικής (Institute of Medicine, IOM, 1993) με εκθέσεις, επιστημονικά συνέδρια και work-shops (150). Μία κριτική ανασκόπηση των σύγχρονων μελετών και εργαλείων μέτρησης ΠΖ έχει ξεκινήσει. Οι Deniston και συν. το 1989, εκτίμησαν την ΠΖ σε 742 ασθενείς ΤΣΧΝΝ χρησιμοποιώντας 19 διαφορετικά εργαλεία μέτρησης ΠΖ και βρήκαν διαφορετικά αποτελέσματα για τη σχέση μεταξύ δημογραφικών χαρακτηριστικών και της σχετικής με την υγεία ΠΖ εξαρτώμενης από τη χρήση του ερωτηματολογίου (151).

Υπήρξε μία σαφής αναγνώριση ότι κανένα εργαλείο μέτρησης ΠΖ δεν ήταν καλύτερο, ότι υπάρχει ανάγκη περισσότερης εμπειρίας σε κλινικό επίπεδο για να ερμηνεύσει πως τα αποτελέσματα, η ΠΖ και άλλες εκβάσεις συσχετίζονται και επίσης, υπάρχει ανάγκη για σταθερή χρήση επιστημονικά τεκμηριωμένων και κλινικά χρήσιμων εργαλείων μέτρησης ΠΖ, για τον έλεγχο και τη διαχείριση των ασθενών. Οι Ferrans και Powers το 1993, αξιολόγησαν την ΠΖ ανάμεσα σε 349 ασθενείς σε ΑΚ χρησιμοποιώντας το Quality of Life Index. Βρήκαν μεγάλη ποικιλία επιπέδων ΠΖ στην πλευρά του δείγματος και η οικογενειακή ζωή εμφανίζεται ο πιο υψηλά εκτιμώμενος παράγοντας, πέρα από την κατάσταση υγείας, την κοινωνικοοικονομική, την ψυχολογική και πνευματική τους κατάσταση (152). Μια άλλη μελέτη, αναφέρει ότι οι ασθενείς με ΤΣΧΝΝ και σε εξωνεφρική κάθαρση παρουσιάζουν τις περιορισμένες φυσικές δραστηριότητες, ως τον πιο ενοχλητικό παράγοντα άγχους που αντιμετώπισαν, ακολουθούμενο από τις μειωμένες κοινωνικές επαφές, την αβεβαιότητα για το μέλλον, την κούραση και τις κράμπες (144). Οι Carmichael και συν. το 2000, από τη Μ. Βρετανία χρησιμοποίησαν το Kidney Disease Questionnaire (QoL-Short Form) σε 97 ασθενείς σε ΠΚ και 49 της ΑΚ για να διαπιστώσουν ότι οι ασθενείς και των δύο μεθόδων διέφεραν από τον κανονικό πληθυσμό, αλλά δεν υπήρξε καμία διαφορά μεταξύ αυτών της ΑΚ και της ΠΚ, εκτός από την καλύτερη κοινωνική ζωή στους ασθενείς σε ΠΚ (153).

#### **Δ.2.1. Ποιότητα ζωής σχετική με τη μέθοδο εξωνεφρικής κάθαρσης – ΜΤΧ**

Ένας μεγάλος όγκος βιβλιογραφίας για την ΠΖ ατόμων με ΤΣΧΝΝ υπάρχει και αποκαλύπτει ότι αυτοί οι ασθενείς δοκιμάζουν μεγάλη ποικιλία επιπέδων ΠΖ και αντιμετωπίζουν μηχανισμούς διαχείρισης της νόσου στην καθημερινή τους ζωή (50). Η πλειονότητα των μελετών γύρω από την ΠΖ των ασθενών σε εξωνεφρική κάθαρση καταδεικνύει μικρές διαφορές ανάμεσα στους ασθενείς σε ΑΚ (και της κατ' οίκον ΑΚ) και τους ασθενείς σε ΠΚ (συμπεριλαμβανομένης και της ΑΠΚ), ή της ΜΤΧ.

Το 1999 δημοσιεύθηκε μία ανασκόπηση των μελετών για την ΠΖ των νεφροπαθών και αναλύθηκαν συγκριτικές μελέτες, καθώς και μελέτες επιβίωσης. Οι περισσότερες από αυτές πραγματοποιήθηκαν στις ΗΠΑ (64%). Ωστόσο, οι μελέτες είχαν διεξαχθεί πριν το 1992 και όλες είναι διαστρωματικές (cross sectional), για τη ΣΦΠΚ (13 μελέτες), για την ΑΚ (9 μελέτες), για την ΑΚ στο σπίτι (9 μελέτες) και για τη ΜΤΧ (7 μελέτες) (154). Οι

μελέτες αυτές συνέλεξαν τα διαφορετικά χαρακτηριστικά των ασθενών που θα μπορούσαν να επηρεάσουν τα αποτελέσματα για την ΠΖ. Χρησιμοποιήθηκε ένας ποικίλος αριθμός εργαλείων για τη μέτρηση της ΠΖ. Οκτώ μελέτες χρησιμοποίησαν 1-3 εργαλεία μέτρησης, 3 μελέτες 3-6 εργαλεία και 3 μελέτες περισσότερα από 6. Η πλειοψηφία χρησιμοποίησε ένα γενικό και ένα ειδικό εργαλείο μέτρησης ταυτόχρονα. Οι ασθενείς σε διαφορετικές μεθόδους κάθαρσης δεν ήταν συγκρίσιμοι σε 11 από τις 14 μελέτες, λόγω των διαφορών στα κοινωνικο-δημογραφικά και στα χαρακτηριστικά της ομάδας τους. Τα αποτελέσματα της παραπάνω ανασκόπησης δείχνουν ότι η επιβίωση βρέθηκε να είναι ίδια ανάμεσα στις μεθόδους, αλλά η ΠΖ ήταν καλύτερη στην ΑΚ στο σπίτι και στην ΠΚ σε σχέση με την ΑΚ στο Νοσοκομείο. Μόνο μερικές μελέτες βρήκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων και μόνο σε 7 μελέτες έγινε ρύθμιση για τις διαφορές των ασθενών. Το γεγονός ότι αυτές ήταν διαστρωματικές μελέτες, σημαίνει ότι η σύγκριση έγινε σε ένα χρονικό σημείο, ώστε η ΠΖ αναφέρεται σε μια ιδιαίτερη στιγμή και δεν επιτρέπει τις συγκρίσεις των εκβάσεων με την πάροδο του χρόνου. Αντίθετα, οι διαχρονικές μελέτες είναι αυτές που μπορούν να παρέχουν τις πιο εξακριβωμένες πληροφορίες για τα αποτελέσματα της αξιολόγησης της ΠΖ. Οι μελέτες αυτές θα μπορούσαν να αποδείξουν πως η ΠΖ υφίσταται αλλαγές με την πάροδο του χρόνου, λόγω της γήρανσης, της αύξησης επιπλοκών ή αλλαγών στη συνοδό νοσηρότητα, ή λόγω της προσαρμογής του ασθενή στην κατάστασή του.

Ένα από τα μεγαλύτερα ερευνητικά προγράμματα για την ΠΖ των ασθενών της αιμοκάθαρσης πραγματοποιήθηκε στην Ολλανδία (NECOSAD Study) (155). Στις πρώτες αναφορές φαίνεται ότι η ΠΖ των ασθενών εξασθενεί σημαντικά 3 μήνες μετά την έναρξη του προγράμματος κάθαρσης, σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Επίσης, βρέθηκε ότι το φορτίο των συμπτωμάτων επιδρούσε σημαντικά στην ΠΖ (156). Επιπρόσθετα, συμπτώματα για κλινικές και δημογραφικές παραμέτρους αυξάνουν το ποσό των προγνωστικών δεικτών για τη φυσική ΠΖ από 22% σε 39% (ΑΚ) και από 11% σε 39% (ΠΚ) και για τη ΠΖ σχετικά με την ψυχοπνευματική υγεία από 14% σε 37% (ΑΚ) και από 12% σε 17% στην ΠΚ. Όταν η ομάδα της NECOSAD επανεκτίμησε 230 ασθενείς για να μετρήσει την ΠΖ μετά από 3,6,12 και 18 μήνες από την έναρξη της κάθαρσης, βρήκε ότι η ΠΖ σχετικά με την ψυχοπνευματική υγεία παρέμεινε σταθερή, αλλά η φυσική μειώνονταν με το χρόνο (πλεονέκτημα η ΑΚ). Επίσης, βρέθηκε ότι η ΠΖ των ασθενών που

πέθαναν ήταν μικρότερη από το σημείο αναφοράς τους και συνεχώς μειώνονταν με γρήγορους ρυθμούς (157). Στην επόμενη μεγάλη μελέτη των Diaz-Buxo και συν. το 2000, χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο SF-36 για να εκτιμηθεί η ΠΖ σε 16755 ΑΚ ασθενείς και 1260 ασθενείς σε ΠΚ (728 ΣΦΠΚ και 532 ΑΠΚ). Το προτέρημα αυτής της μελέτης ήταν ότι χρησιμοποίησε ένα σύγχρονο και διεθνώς αναγνωρισμένο εργαλείο μέτρησης για να εκτιμήσει τα φυσικά και διανοητικά συστατικά της ΠΖ και περιλάμβανε ένα μεγάλο δείγμα που επέτρεπε τη ρύθμιση για αρκετές μεταβλητές. Τα ευρήματα δείχνουν ίδια ΠΖ, σχετική με την λειτουργική κατάσταση, στους ασθενείς σε ΑΚ και της ΠΚ, καλύτερη διανοητική – ψυχολογική ΠΖ στους ασθενείς σε ΠΚ συγκρινόμενοι με τους ΑΚ και ότι οι ασθενείς σε ΑΠΚ είχαν χειρότερη βαθμολογία στη φυσική κατάσταση, αλλά υψηλότερη στη διανοητική σε σχέση με τους ασθενείς σε ΠΚ και της ΑΚ (158).

Οι Cameron και συν. το 2000, σε μία μετα-ανάλυση 49 συγκριτικών μελετών, εξέτασαν τις διαφορές της ΠΖ ανάμεσα στην ΑΚ στο σπίτι και το Νοσοκομείο, στην ΠΚ και στους μεταμοσχευμένους ασθενείς. Τα συμπεράσματα ήταν: οι ασθενείς σε ΜΤΧ είχαν την υψηλότερη ευημερία και το χαμηλότερο συναισθηματικό κίνδυνο από την ΑΚ στο Νοσοκομείο και την ΠΚ. Οι ασθενείς σε ΠΚ είχαν υψηλότερο επίπεδο ευημερίας από τους ΑΚ στο Νοσοκομείο, οι οποίοι έδειξαν να έχουν μεγαλύτερη καταπόνηση από τους ΑΚ στο σπίτι (159).

Ακόμη πιο σύγχρονες μελέτες, όπως των Wasserfallen και συν. το 2004, οι οποίοι συμπεριέλαβαν στη μελέτη τους ασθενείς από 19 κέντρα της Ελβετίας σε ΑΚ και ΠΚ, χρησιμοποίησαν το EuroqoL-SD γενικό ερωτηματολόγιο για την ΠΖ, το οποίο αξιολογεί την κατάσταση υγείας μέσω πέντε διαστάσεων. Τα αποτελέσματα ήταν παρόμοια και στις δύο ομάδες, εκτός από έναν μεγαλύτερο περιορισμό στις συνηθισμένες δραστηριότητες για τους ΠΚ ασθενείς. Οι υψηλότερες βαθμολογίες καταγράφηκαν στην αυτοφροντίδα με 71% στους ΑΚ ασθενείς και 74% στους ΠΚ ασθενείς που δεν παρουσιάζουν κανένα περιορισμό. Η βίωση του πόνου/ταλαιπωρίας για τους ΑΚ και ΠΚ ασθενείς ή της ανησυχίας/κατάθλιψης για τους ΠΚ ασθενείς άσκησε υψηλότερη επίδραση στην ΠΖ των ασθενών (160).

Στόχος της μελέτης των Wu και συν. το 2004, ήταν να συγκριθεί η αυτοαναφορά της ΠΖ και η γενική κατάσταση της υγείας των ασθενών ΑΚ και ΠΚ στην έναρξη της θεραπείας υποκατάστασης και μετά από ένα έτος. Τα αρχικά αποτελέσματα

παρουσίασαν καλύτερη ΠΖ στους ΠΚ ασθενείς στο γενικό και ειδικό μέρος (σωματικός πόνος, ταξίδια, περιορισμός διατροφής και πρόσβαση στη νεφρολογική μονάδα). Σε ένα χρόνο τα αποτελέσματα ήταν βελτιωμένα για τους ΑΚ ασθενείς σε δύο μέρη του SF-36 (φυσική λειτουργία και γενική αντίληψη υγείας) σε σχέση με τους ΠΚ ασθενείς, αλλά τα αποτελέσματα αναμίχθηκαν στα ειδικά μέρη για ΤΣΧΝΝ (η ΠΚ καλύτερη στους πόρους χρηματοδότησης, η ΑΚ αναφέρει καλύτερο αποτέλεσμα στον ύπνο των ασθενών και τη γενική ΠΖ)(161). Οι Ricka και συν. το 2004, αναφέρουν ότι οι ασθενείς σε ΑΚ και ΠΚ που συμπεριέλαβαν στην έρευνά τους, χρησιμοποίησαν συγκεκριμένες στρατηγικές για να αντιμετωπίσουν την ασθένειά τους και να επιτευχθούν οι στόχοι υγείας τους, προωθώντας την προσωπική ανάπτυξη και την ευημερία. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι ασθενείς προσπαθούν για την αυτοφροντίδα και αντιλαμβάνονται την υποκειμενική ευημερία τους ως καλή. Αυτά τα συμπεράσματα δείχνουν ότι και οι δύο μέθοδοι κάθαρσης παρέχουν ίσες ευκαιρίες για την ΠΖ, αν η επιλογή των ασθενών βασίζεται στην ιστορία της νεφρικής νόσου, τη διαθέσιμη κοινωνική στήριξη και τις ικανότητες για αυτοφροντίδα (162).

Η μεγάλη σημασία της επιλογής μεθόδου από τον ίδιο τον ασθενή για την ΠΖ του, όταν αυτό είναι δυνατό, εντοπίζεται από προηγούμενες έρευνες, όπως αυτή των Szabo και συν. το 1997, όπου αναφέρουν ότι άπαξ και η ελευθερία επιλογής μεθόδου αφαιρείται από τον ασθενή, η ψυχολογική ΠΖ του περιορίζεται (48). Επίσης, μπορεί να αυξήσει τις πιθανότητες επιβίωσης και να διευκολύνει τους στόχους αποκατάστασης. Αυτοί οι στόχοι περιλαμβάνουν την απασχόληση, την ενισχυμένη φυσική λειτουργία, τον αυξανόμενο έλεγχο και την επανάληψη δραστηριοτήτων που απολαμβάνουν πριν την κάθαρση (49). Τα αποτελέσματα μιας άλλης μελέτης, των Weisbord και συν. το 2005, καταδεικνύουν τη μεγάλη επίδραση των φυσικών (πόνος, δυσκολία στον ύπνο, στυτική δυσλειτουργία) και συναισθηματικών συμπτωμάτων, ενώ δεν καταγράφηκε ότι η ηλικία, το έθνος, η παρουσία ΣΔ, ο χρόνος ΑΚ, ή η ύπαρξη μιας αποτυχημένης ΜΤΧ είχαν επιπτώσεις στο φορτίο ή τη δριμύτητα των συμπτωμάτων. Επίσης, διαφάνηκε ότι οι γυναίκες δοκιμάζουν έναν μεγαλύτερο αριθμό συμπτωμάτων σε σχέση με τους άνδρες (163).

Στους ασθενείς ΤΣΧΝΝ, η πιο μακρόχρονη πορεία στην ΑΚ (1 έτος) συνδέθηκε με τη βελτίωση στις διανοητικές πτυχές της ΠΖ τους. Η ψυχολογική προσαρμογή που

εμφανίζεται σε άλλες χρόνιες παθήσεις θα μπορούσε να είναι η εξήγηση αυτής της έκβασης, αναφέρουν οι Santos και Pontes, το 2003 (164). Η κλινική μελέτη των Zhang και συν. το 2007, αναφέρει την υπεροχή της ΠΚ στη γενική υγεία, τη συναισθηματική-κοινωνική λειτουργία, τη ζωτικότητα και τη διανοητική υγεία, ενώ δεν αναφέρει διαφορές στη φυσική λειτουργία ανάμεσα στους ασθενείς των δύο μεθόδων εξωνεφρικής κάθαρσης (120).

#### **Δ.2.2. Ποιότητα ζωής των διαβητικών ασθενών σε εξωνεφρική κάθαρση**

Η διαβητική νεφροπάθεια εκτιμάται ότι αποτελεί μέχρι και το 50% των ασθενών σε εξωνεφρική κάθαρση στις δυτικές κοινωνίες. Είναι γνωστό ότι ο σακχαρώδης διαβήτης συνοδεύεται από πολυσυστηματικές και οργανικές δυσλειτουργίες, έτσι ώστε σοβαρές ερωτήσεις να υπάρχουν γύρω από την έκβαση των ασθενών αυτής της ομάδα, συμπεριλαμβανομένου και του αντίκτυπου της θεραπείας πάνω στην ΠΖ τους. Υπάρχουν όπως αναφέρθηκε, πολλές μελέτες για την ΠΖ των ασθενών με ΤΣΧΝΝ, αλλά ένας περιορισμένος αριθμός μελετών για τους διαβητικούς ασθενείς σε εξωνεφρική κάθαρση. Ελλείψει των προοπτικών και διαχρονικών μελετών, η ΠΖ στους διαβητικούς ασθενείς έχει μόνο μερικώς και έμμεσα εκτιμηθεί με την αξιολόγηση της συνοδού νοσηρότητας και της επιβίωσής τους, κυρίως μέσω γενικών ερωτηματολογίων (165). Παρόλα αυτά, υπήρξαν κάποια ειδικά όργανα μέτρησης για ασθενείς με νεφρικά νοσήματα και λιγότερα για ασθενείς με διαβητική νεφροπάθεια.

Σε μια άλλη μελέτη με ασθενείς σε ΠΚ με και χωρίς διαβήτη, ΜΤΧ διαβητικούς ασθενείς με καλή λειτουργία και ασθενείς με διαβητική νεφροπάθεια και έκπτωση νεφρικής λειτουργίας όχι σε εξωνεφρική κάθαρση χρησιμοποιήθηκαν δύο εργαλεία μέτρησης της ΠΖ. Αυτά ήταν το Renal Quality of Life Profile (RQLP), ένα ειδικό για τη νεφρική νόσο ερωτηματολόγιο, το οποίο αποτελείται από 43 μέρη που περιγράφουν τις σχετικές με την υγεία δυσλειτουργικές συμπεριφορές, συγκεκριμένες για τους νεφροπαθείς ασθενείς, ομαδοποιημένο σε 5 κατηγορίες και το SF-36. Οι διαβητικοί ασθενείς σε ΠΚ είχαν τη χειρότερη ΠΖ σε σχέση με τους ΜΤΧ διαβητικούς ασθενείς, οι οποίοι παρουσίασαν την καλύτερη βαθμολογία και στα δύο ερωτηματολόγια. Αυτά τα ευρήματα συμφωνούν με άλλες μελέτες, οι οποίες παρουσιάζουν τη μεταμόσχευση ως την πιο αποτελεσματική θεραπεία της ΤΣΧΝΝ. Στο κομμάτι της ΠΖ σχετικής με τη φυσική



κατάσταση τη χειρότερη βαθμολογία είχαν οι διαβητικοί ασθενείς σε ΠΚ. Με τη χρήση και των 2 ερωτηματολογίων φάνηκε καθαρά σε όλες τις ομάδες ότι υπήρχε μία καλή ψυχική και διανοητική προσαρμογή στην κατάστασή τους. Επιπρόσθετα, από τα αποτελέσματα του RQLP ερωτηματολογίου αναφέρεται ότι όλοι οι ασθενείς είχαν θετική στάση για το μέλλον, ικανοποιητικό αυτοσεβασμό με λιγότερη ανησυχία για τα σεξουαλικά και οικογενειακά θέματα. Και τα δύο ερωτηματολόγια είχαν τη δυνατότητα να αξιολογήσουν την ΠΖ στις 4 ομάδες, αλλά το RQLP παρείχε την καλύτερη διάκριση των στοιχείων που επηρεάζουν την ΠΖ σε αυτές τις ομάδες ασθενών. Ο περιορισμός της κοινωνικής λειτουργίας εμφανίστηκε ιδιαίτερα σημαντικός και για τις δύο ομάδες των ασθενών της ΠΚ (166).

#### **Δ.2.3. Ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων ασθενών σε εξωνεφρική κάθαρση**

Τα στοιχεία γύρω από την ΠΖ των ασθενών είναι σήμερα το κλειδί για την εξέλιξη της πολιτικής υγείας για τις μεθόδους εξωνεφρικής κάθαρσης. Το μερίδιο των παροχών για τη φροντίδα υγείας έχει γίνει το πιο έντονα συζητούμενο θέμα στις Υπηρεσίες Υγείας παγκοσμίως. Ο τεχνολογικός και υγειονομικός εξοπλισμός των μεθόδων εξωνεφρικής κάθαρσης είναι από αυτούς με το υψηλότερο κόστος στο σύστημα υγείας. Οι ηλικιωμένοι ασθενείς με ΧΝΝ είναι ιδιαίτερα ευπαθείς, καθώς η ηλικία χρησιμοποιείται για τον καθορισμό οικονομικού μεριδίου στις νεφρολογικές υπηρεσίες υγείας (167), όχι βέβαια απαραίτητα σε όλες τις χώρες.

Τα επιχειρήματα για τον καθορισμό των οικονομικών κονδυλίων σύμφωνα με την ηλικία, π.χ. όπως η φτωχή επιβίωση και ΠΖ των ηλικιωμένων ασθενών, το υψηλό κόστος της εξωνεφρικής κάθαρσης και οι μειωμένες κοινωνικές τους υποχρεώσεις, έχουν επανειλημμένως συζητηθεί δημόσια (168). Ωστόσο, σήμερα το σχέδιο αντιμετώπισης της ΤΣΧΝΝ έχει αλλάξει σημαντικά με τη συνεχόμενη υπεροχή των ηλικιωμένων ασθενών. Η ηλικία δεν θεωρείται πλέον αντένδειξη για ένταξη των ασθενών σε εξωνεφρική κάθαρση. Με βάση τα στοιχεία του 2004 στις ΗΠΑ, οι ασθενείς ηλικίας 45-64 ετών περιλαμβάνουν τη μεγαλύτερη μερίδα συναφούς πληθυσμού, ενώ οι ασθενείς ηλικίας 75 ετών και πάνω, έχουν τα υψηλότερα συναφή ποσοστά του ΤΣΧΝΝ (169). Οι Lamping και συν. το 2000, συμπεριέλαβαν στη μελέτη τους 221 ηλικιωμένους ασθενείς σε εξωνεφρική κάθαρση, 70 ετών και άνω. Εκτιμήθηκε η ΠΖ, οι νοσηλείες στο Νοσοκομείο

και το κόστος από την αντιμετώπιση της ασθένειας. Χρησιμοποιήθηκαν γενικά και ειδικά για τη νόσο ερωτηματολόγια για τη μέτρηση της ΠΖ των ηλικιωμένων και τα ευρήματα συγκρίθηκαν με ηλικιωμένους του γενικού πληθυσμού. Η ΠΖ σχετικά με τη φυσική κατάσταση ήταν χαμηλότερη, αλλά η ΠΖ σχετικά με την ψυχολογική και διανοητική τους κατάσταση ήταν όμοια με εκείνη των ηλικιωμένων του γενικού πληθυσμού (170). Σε έρευνα για τις διαφορές της ΠΖ ανάμεσα στις μεθόδους εξωνεφρικής κάθαρσης βρέθηκε ομοιότητα στους ασθενείς σε ΑΚ και τους ασθενείς σε ΠΚ σε 3,6, και 12 μήνες, αντίστοιχα. Τα συμπτώματα και οι επιπλοκές σχετικά με την κάθαρση ήταν λιγότερα στους ασθενείς σε ΠΚ σε σχέση με τους ΑΚ στους 3 μήνες, αλλά όμοια στους 6 και 12 μήνες (171).

Έχει καταδειχθεί ότι οι ηλικιωμένοι ασθενείς έχουν μία μεγαλύτερη ικανότητα προσαρμογής στη θεραπεία υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας. Στόχος μιας άλλης μελέτης ήταν να αξιολογήσει τη σχετική με την υγεία ΠΖ μιας ομάδας ασθενών σε 3 και 12 μήνες μετά από την έναρξη εξωνεφρικής κάθαρσης, ψάχνοντας για διαφορές μεταξύ ηλικιωμένων ( $\geq 65$  ετών) και νεότερων ( $< 65$  ετών) ασθενών. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι ηλικιωμένοι ασθενείς είχαν τη λιγότερη απώλεια στη σχετική με τη φυσική κατάσταση ΠΖ, από τους νεότερους σε 1 έτος από την έναρξη της εξωνεφρικής κάθαρσης (172). Η ΠΖ των ηλικιωμένων ασθενών έχει βρεθεί να ποικίλλει στις διάφορες έρευνες. Τα στοιχεία ΠΖ προτείνουν ότι οι μεγαλύτεροι ασθενείς σε εξωνεφρικής κάθαρσης έχουν παρόμοια επίπεδα κοινωνικής λειτουργίας και ψυχικής-διανοητικής υγείας με τους νεότερους ασθενείς, αλλά το επίπεδο φυσικής λειτουργίας είναι φτωχότερο σημαντικά. Η επιβίωση και η ΠΖ των ηλικιωμένων εξαρτάται κυρίως από τη σοβαρότητα της κατάστασης συνοσηρότητας που εμφανίζουν (169).

Τελειώνοντας τις αναφορές στις συγκριτικές μελέτες για την ΠΖ ανάμεσα στους ασθενείς με ΤΣΧΝΝ, αξίζει να συμπεριληφθεί η συγκριτική πιλοτική μελέτη των Saini και συν. το 2006, σχετικά με την αξιολόγηση των συμπτωμάτων και της ΠΖ καρκινοπαθών ασθενών και ασθενών με ΤΣΧΝΝ. Τα αποτελέσματα καταδεικνύουν ότι ο πόνος και η έλλειψη ενέργειας ήταν τα συχνότερα συμπτώματα που απασχολούσαν και τις δύο ομάδες. Τα επίπεδα ψυχολογικής καταπόνησης που προκλήθηκαν από αυτά τα συμπτώματα ήταν επίσης παρόμοια. Δεν υπήρξε οποιαδήποτε διαφορά στα επίπεδα θλίψης που προέκυπταν και τα αποτελέσματα της μέτρησης της ΠΖ ήταν εντυπωσιακά

παρόμοια και στις δύο ομάδες (173). Είναι απαραίτητες βεβαίως, μελλοντικές μελέτες, οι οποίες πρέπει να υιοθετήσουν μία πολυκεντρική προσέγγιση εύρεσης του δείγματος, ώστε να επιτύχουν ένα μεγαλύτερο αριθμό ασθενών.



## **E. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΠΟΛΥΔΥΝΑΜΗΣ ΟΜΑΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ**

Στα σύγχρονα Νεφρολογικά Τμήματα θεωρείται απαραίτητη η ολιστική (ψυχοσωματική) αντιμετώπιση του ασθενή από μια πολυδύναμη, διεπιστημονική ομάδα, η οποία αποτελείται από ιατρούς, νοσηλευτές, ψυχολόγους και κοινωνικούς λειτουργούς (174). Είναι όμως απαραίτητο να γίνει διαχωρισμός μεταξύ των υπηρεσιών ψυχολογικής υποστήριξης και της ψυχολογικής παρέμβασης. Οι υπηρεσίες *ψυχολογικής υποστήριξης* περιλαμβάνουν: συμβουλές και πληροφορίες, εκπαίδευση, υποστήριξη και ενεργητική ακρόαση και πρέπει να αποτελούν μέρος της αποστολής της διεπιστημονικής ομάδας και όχι απαραίτητα ρόλο του συμβούλου ψυχικής υγείας. Η *ψυχολογική παρέμβαση*, της οποίας η συμβουλευτική είναι ένα παράδειγμα, παρέχεται από εκπαιδευμένους επαγγελματίες, οι οποίοι έχουν ολοκληρώσει ένα αναγνωρισμένο πρόγραμμα σπουδών συμβουλευτικής από ψυχολόγους και ψυχιάτρους (147). Η επαφή με τη συμβουλευτική ομάδα γίνεται συνήθως είτε μέσω αυτοαναφοράς, είτε μέσω της παραπομπής σε αυτή, από τον ιατρό ή το νοσηλευτή της Μονάδας. Επίσης, παρέχεται από το σύμβουλο τακτική εκπαιδευτική συνεισφορά στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό των Μονάδων, βοηθώντας τους να κατανοήσουν κάποιες από τις ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις της ΧΝΝ και τον τρόπο με τον οποίο αυτές αντανακλώνται στη συμπεριφορά του ασθενή (175). Παράλληλα, παρεμβαίνουν στην επαγγελματική εξουθένωση, γνωστό ως σύνδρομο «Burn out», που προκαλείται στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό των Μονάδων εξωνεφρικής κάθαρσης.

Τη συνέχεια στην προσπάθεια προσέγγισης των προβλημάτων των νεφροπαθών ασθενών αλλά και στην υποστήριξή τους, αποτελεί ο κοινωνικός λειτουργός, ο οποίος συχνά έρχεται αντιμέτωπος, στα πλαίσια της ομάδας, όχι μόνο με την ασθένεια του νεφροπαθή και τις επιπτώσεις που αυτός έχει στη ζωή και στον ψυχικό του κόσμο, αλλά και με ένα πολυπροβληματικό περιβάλλον. Ο κοινωνικός λειτουργός αναλαμβάνει την ψυχολογική και συμβουλευτική υποστήριξη τόσο του ασθενή, όσο και της οικογένειάς του, ενημερώνει για τα επιδόματα που ενδεχομένως δικαιούνται και για τις πηγές βοήθειας που μπορεί να επιστρατεύσει. Επομένως, κρίνεται απαραίτητη η αξιοποίηση των εξειδικευμένων γνώσεων και η ενασχόληση του κοινωνικού λειτουργού μέσα και έξω από τις Μονάδες εξωνεφρικής κάθαρσης, αφενός σε ατομικό επίπεδο και αφετέρου ομαδικά, μέσω δημιουργίας ομάδων ασθενών με ΤΣΧΝΝ (176).

Σύμφωνα με τους Keogh και Feehally το 1999, ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας είναι να ενθαρρύνουν και να ενδυναμώνουν τους ασθενείς να αναλαμβάνουν την ευθύνη της υγείας και της ευημερίας τους, καθώς και να εκπληρώνουν τις υποχρεώσεις τους μέσα στην οικογένεια και στην κοινωνία (177).

Οι προοπτικές της αποκατάστασης των νεφροπαθών αυξάνονται όταν το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό των Μονάδων μεταφέρει μία θετική στάση και δείχνει εμπιστοσύνη στη δυνατότητα των ασθενών να ζήσουν για πολύ και καλά, κάνοντας εξωνεφρική κάθαρση.

Όλα τα Νεφρολογικά Τμήματα πρέπει να στελεχωθούν από ομάδες, ιδιαίτερα ευαίσθητων ιατρών και νοσηλευτών, οι οποίοι θα είναι δεκτικοί στην επικοινωνία και θα ενθαρρύνουν τις ερωτήσεις και τον διάλογο με τους ασθενείς.

Υπάρχουν αρκετά προγράμματα και τύποι επικοινωνίας που μπορούν να χρησιμοποιηθούν από τις πολυδύναμες ομάδες νεφρολογίας:

- *άμεση διδασκαλία*, δηλαδή παροχή πληροφοριών για τις αιτίες και τις επιδράσεις της ΧΝΝ, για τις μεθόδους εξωνεφρικής κάθαρσης, τη ΜΤΧ, τα φάρμακα και τη διαίτα
- *ομαδική στήριξη*
- *διαβεβαίωση, εξάλειψη μύθων*, γύρω από τη ΧΝΝ και τις μεθόδους εξωνεφρικής κάθαρσης, εξασφαλίζοντας ότι οι φόβοι των ασθενών είναι ρεαλιστικοί και εστιάζονται σε πραγματικά προβλήματα, παρά σε φήμες (π.χ. αρκετοί ασθενείς ρωτούν αν είναι αλήθεια ότι είναι σύντομη η επιβίωσή τους στην ΑΚ ή στην ΠΚ και ότι είναι αναμενόμενο να πεθάνουν, εκτός και αν μεταμοσχευθούν)
- *ενθάρρυνση ενεργούς συμμετοχής στη θεραπεία*, με την εξασφάλιση κλίματος συνεργασίας ανάμεσα στους ασθενείς και το προσωπικό, παρά παθητικής αποδοχής
- *παρουσίαση θεμάτων και ενθάρρυνση ερωτήσεων*, κυρίως σε θέματα που πολλοί ασθενείς νιώθουν ότι δεν μπορούν να θέσουν στο πολυάσχολο προσωπικό των Μονάδων κατά τη διάρκεια μιας συνεδρίας ΑΚ ή τον επανέλεγχο της ΠΚ και αφορούν κυρίως τις δυσκολίες στις διαπροσωπικές τους σχέσεις, τη σεξουαλικότητα, το σωματικό είδωλο, το άγχος και την

κατάθλιψη. Από τη στιγμή που θα τεθούν αυτά τα θέματα, οι ασθενείς νιώθουν ότι μπορούν να προσεγγίσουν τα μέλη του προσωπικού για μια εμπιστευτική συζήτηση, αν το κρίνουν απαραίτητο (11).

Η φροντίδα των ασθενών σε εξωνεφρική κάθαρση είναι ένας ιδιαίτερα εξειδικευμένος τομέας της νοσηλευτικής, με μοναδικές ικανοποιήσεις και μοναδικό άγχος. Δεν υπάρχει άλλος χώρος στη νοσοκομειακή νοσηλευτική που να περιλαμβάνει τόσο άμεσες σχέσεις με τους ασθενείς και για τόσο μεγάλο χρονικό διάστημα. Η υψηλή τεχνολογία ίσως φαίνεται ότι υπερισχύει, αλλά παρά ή εξαιτίας της εξάρτησης του ασθενή από ένα πολύπλοκο τεχνητό σύστημα διατήρησης της ζωής, δημιουργείται μία ποιότητα στις σχέσεις του ασθενή με την επαγγελματική ομάδα που καθορίζει την επιτυχία της όλης διαδικασίας.





## **ΣΤ. ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ**

Η παρούσα μελέτη είχε ως σκοπό τη διερεύνηση της ψυχιατρικής νοσηρότητας σε ασθενείς με ΧΝΝ σταδίων 1-4, σε ασθενείς οι οποίοι υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση με ΤΝ ή με ΠΚ, είτε είχαν υποβληθεί σε μεταμόσχευση νεφρού. Στο πλαίσιο της συγκεκριμένης έρευνας μελετήθηκαν και άλλοι σημαντικοί παράγοντες που σχετίζονται άμεσα με την εμφάνιση ψυχικών διαταραχών στους ασθενείς με ΧΝΝ και συμβάλλουν στη μείωση της Ποιότητας Ζωής τους, είτε είναι ψυχοκοινωνικοί, είτε είναι βιολογικοί.

Η συγκεκριμένη έρευνα πραγματοποιήθηκε, επίσης με σκοπό να διερευνηθεί την ωφέλεια της διαδικασίας αξιολόγησης της ΠΖ των ασθενών με ΧΝΝ στην αναγνώριση της βελτίωσης της φροντίδας και θεραπείας του ασθενή και να καθορίσει πόσο χρήσιμη και αποδοτική θα είναι η εκτίμηση αυτή στη κλινική πρακτική. Επίσης έγινε συγκριτική παρουσίαση των ομάδων ΤΝ και ΠΚ σε σχέση με την ΠΖ και με το γενικό πληθυσμό και επιλέχθηκε αντιπροσωπευτικό δείγμα του Ελληνικού πληθυσμού σύμφωνα με την εγκυροποίηση της ελληνικής μετάφρασης του SF-36 και προτυποποίησή του από τους Παππά και συν. το 2006 (178).

Στόχος ήταν να καταστεί σαφές ότι η επικοινωνία αποτελεί ένα σημαντικό τμήμα της δομής της παρεχόμενης φροντίδας των νεφροπαθών. Η επικοινωνία ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας του Νεφρολογικού Τμήματος, τους ασθενείς και την οικογένεια, αποτελεί καθοριστικό παράγοντα για την πορεία του ασθενή.



## **ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**



## **Z. ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ**

Για τις ανάγκες του ερευνητικού μέρους της μελέτης συλλέχθηκε δείγμα 190 ασθενών από εξειδικευμένες Νεφρολογικές Κλινικές τριών Νοσοκομείων (Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πάτρας, Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο «Παπαγεωργίου» Θεσσαλονίκης). Συγκεκριμένα, το δείγμα περιλάμβανε 90 ασθενείς που υποβάλλονταν σε ΑΚ στις Μονάδες ΤΝ, 39 ασθενείς που υποβάλλονταν σε ΠΚ στις Μονάδες ΠΚ, ενώ 43 είχαν ΧΝΝ σταδίων 1-4 και 18 είχαν υποβληθεί σε ΜΤΧ. Από τον παραπάνω πληθυσμό, 122 ήταν άνδρες και 68 γυναίκες (Πίνακας 1). Επειδή στόχος της μελέτης ήταν και η συγκριτική παρουσίαση των ομάδων ΤΝ και ΠΚ σε σχέση με την ΠΖ και με το γενικό πληθυσμό, επιλέχθηκε αντιπροσωπευτικό δείγμα του Ελληνικού πληθυσμού σύμφωνα με την εγκυροποίηση της ελληνικής μετάφρασης του SF-36 και προτυποποίησή του από τους Παππά και συν. το 2006 (178).

Τα κριτήρια εισόδου περιελάμβαναν, την ομιλία και κατανόηση της Ελληνικής γλώσσας και ηλικία άνω των 18 ετών. Αποκλείστηκαν από τη μελέτη ασθενείς με σοβαρές γνωστικές διαταραχές, καθώς και νοσηλευόμενοι ασθενείς σε Κλινικές άλλων ειδικοτήτων. Το πρωτόκολλο της μελέτης εγκρίθηκε από τις Επιστημονικές Επιτροπές Δεοντολογίας της Έρευνας και Ηθικής και των τριών Νοσοκομείων.



## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

### Εκτίμηση των Ψυχιατρικών Διαταραχών

Η εκτίμηση της ψυχικής νοσηρότητας περιλαμβάνει τη διαγνωστική συνέντευξη «Clinical Interview Schedule-Revised» (CIS-R) (Αναθεωρημένη Κλινική Διαγνωστική Συνέντευξη) (179). Αυτή είναι μια δομημένη συνέντευξη, η οποία έχει σχεδιαστεί ώστε να μπορεί να χορηγηθεί από συνεντευκτές που δεν είναι επαγγελματίες ψυχικής υγείας (ψυχίατροι, ψυχολόγοι ή νοσηλευτές ψυχικής υγείας). Για τον λόγο αυτό έχει χρησιμοποιηθεί ιδιαίτερα σε μεγάλες επιδημιολογικές μελέτες στο γενικό πληθυσμό σε όλον τον κόσμο (180).

Οι ηλικίες στις οποίες έγινε η συνέντευξη ήταν από 16 ετών και πάνω. Ωστόσο, κατά τη δημιουργία της είχε ληφθεί ιδιαίτερη μέριμνα για την απλότητα της συνέντευξης. Έτσι, ο δείκτης ευκολίας ανάγνωσης κατά Fleisch ήταν υψηλός (78,5) δείχνοντας ότι μπορεί να γίνει κατανοητή ακόμη και από μικρότερες ηλικίες ή άτομα χαμηλού μορφωτικού επιπέδου (179). Ένας επιπρόσθετος λόγος για την επιλογή της συγκεκριμένης συνέντευξης ήταν η ύπαρξή της σε ηλεκτρονική μορφή, έτσι ώστε να μπορεί να καταγραφεί και αποθηκευτεί με τη βοήθεια ηλεκτρονικού υπολογιστή. Η μορφή αυτή έχει βρεθεί να έχει συγκρίσιμη αξιοπιστία με την κλασική, πρόσωπο με πρόσωπο συνέντευξη, ενώ παρουσιάζει το πλεονέκτημα της ευκολίας στην εισαγωγή των δεδομένων, αλλά και της μεγαλύτερης εχεμύθειας που διευκολύνει τη συμπλήρωση των σχετικών με την ψυχική υγεία ερωτημάτων. Η ηλεκτρονική αυτή μορφή έχει χρησιμοποιηθεί σε πολλές μελέτες στην Βρετανία και σε άλλες χώρες, ενώ στη χώρα μας έχει χρησιμοποιηθεί και σε τρεις μεγάλες μελέτες, δύο σε γενικό πληθυσμό του Βορείου Αιγαίου και της νήσου Πάρου και μιας στο περιβάλλον του σχολείου σε εφήβους μαθητές Γενικών Λυκείων (181,182). Όλες αυτές οι μελέτες έγιναν με την επιστημονική ευθύνη και την συνεργασία του Ψυχιατρικού Τμήματος του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων.

Η συνέντευξη διερευνά την παρουσία, κατά τις τελευταίες επτά ημέρες, 14 κοινών συμπτωμάτων. Τα συμπτώματα αυτά είναι κατά σειρά διερεύνησης τα εξής: σωματικά συμπτώματα, κόπωση, συγκέντρωση και προσοχή, προβλήματα κατά τον ύπνο, ευερεθιστότητα, ανησυχία για την σωματική υγεία, κατάθλιψη (συναίσθημα), καταθλιπτικές ιδέες, αγχώδεις ιδέες (ανησυχίες), άγχος (σωματικό), φοβίες, πανικός, ιδεοληψίες και καταναγκασμοί. Κάθε σύμπτωμα βαθμολογείται με ένα σκορ από μηδέν

έως τέσσερα, εκτός από την κατάθλιψη που έχει μέγιστο σκορ 5. Έτσι η συνολική βαθμολογία στην συνέντευξη μπορεί να κυμαίνεται από 0 έως 57. Στη Μ. Βρετανία και αλλού, σκορ πάνω από 12 θεωρείται ενδεικτικό κλινικής περίπτωσης, ενώ στη χώρα μας το όριο μπορεί να είναι ελαφρώς υψηλότερο. Εκτός του συνολικού σκορ που αποτελεί μια γενική ένδειξη ψυχιατρικής νοσηρότητας, με τη βοήθεια ειδικών διαγνωστικών αλγορίθμων μπορεί να γίνει εκτίμηση των κοινών ψυχικών διαταραχών με τα κριτήρια του ΠΟΥ (ICD-10). Η εφαρμογή των αλγορίθμων έγινε με τη βοήθεια ειδικού προγράμματος στον υπολογιστή. Οι διαγνωστικές κατηγορίες, οι οποίες μπορούν να εκτιμηθούν είναι οι ακόλουθες: κατάθλιψη (όλες οι μορφές), γενικευμένη αγχώδης διαταραχή, ειδικές φοβίες και κοινωνική φοβία, διαταραχή πανικού με ή χωρίς αγοραφοβία, ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, μικτή αγχώδης/καταθλιπτική διαταραχή και σύνδρομο χρόνιας κόπωσης (νευρασθένεια κατά ICD-10).

Χρησιμοποιώντας τη συνέντευξη CIS-R διερευνήθηκαν τα συμπτώματα, για κάθε ένα από αυτά που απευθύνει στον ασθενή δυο ερωτήσεις διαλογής. Η δεύτερη ερώτηση ερωτάται μόνο εφόσον η απάντηση στην πρώτη ήταν αρνητική. Αν είναι και οι δυο απαντήσεις αρνητικές, τότε παρακάμπτονται όλες οι υπόλοιπες ερωτήσεις αυτού του συμπτώματος και ο συμμετέχων προχωρά στο επόμενο σύμπτωμα. Για παράδειγμα, στην περίπτωση της κόπωσης, οι δυο ερωτήσεις διαλογής είναι οι εξής:

Ερώτηση 1: Ένωσες κουρασμένος τον περασμένο μήνα;

Ερώτηση 2: Κατά τη διάρκεια του περασμένου μήνα, ένωσες ατονία;

Η συνέντευξη έχει μεταφραστεί στα ελληνικά από ερευνητική ομάδα του Ψυχιατρικού Τμήματος του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων και έχει σταθμιστεί στα πλαίσια των ερευνών που προαναφέρθηκαν (183).

### **Εκτίμηση της ΠΖ και της Λειτουργικότητας**

Η εκτίμηση της ΠΖ των ασθενών με ΧΝΝ έγινε με τη χρήση του ερωτηματολογίου SF-36. Είναι ένα γενικό όργανο μέτρησης των αποτελεσμάτων της ιατρικής φροντίδας και χρησιμοποιείται ευρέως για την αξιολόγηση της ΠΖ. Οι οκτώ παράμετροι υγείας που μετρούνται από το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο είναι: η φυσική-βιολογική λειτουργία, ο περιορισμός του ρόλου λόγω φυσικών προβλημάτων, η κοινωνική λειτουργία, ο σωματικός πόνος, η γενική πνευματική υγεία, ο περιορισμός του ρόλου λόγω



συναισθηματικών προβλημάτων, η ζωτικότητα και η γενική αντίληψη για την υγεία. Οι θεματικές ενότητες του SF-36 αξιολογούνται με τη χρήση της κλίμακας Likert από το 1 έως το 5, όπου οι υψηλότερες βαθμολογίες αντιπροσωπεύουν την καλύτερη δυνατή λειτουργία (184). Αξίζει να τονιστεί ότι οι μεταβλητές που χρησιμοποιούνται στο SF-36, Std Phys (Physical Component Summary) και Std MENT (Mental Component Summary), είναι η συνοπτική κλίμακα σωματικής και ψυχικής υγείας και είναι χρήσιμες για την συγκριτική παρουσίαση των αποτελεσμάτων.

Το SF-36 αποτελεί ένα έγκυρο επιστημονικό εργαλείο φυσικών και πνευματικών δομών υγείας. Είναι γενικά αποδεκτό ότι ένα γενικό όργανο όπως αυτό είναι κατάλληλο για μεγάλο εύρος δειγμάτων. Επιπλέον, αποτελεί ένα αποδεκτό εργαλείο μέτρησης της ΠΖ στα άτομα με ΧΝΝ, αν και δεν είναι σχεδιασμένο να διερευνά αναλυτικά όλες τις πλευρές της νόσου (185).

### **Μέτρηση Κοινωνικο-Δημογραφικών Μεταβλητών**

Η εκτίμηση της συσχέτισης των ψυχικών διαταραχών με το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο έγινε μέσω της μέτρησης των παρακάτω κοινωνικο-δημογραφικών μεταβλητών: ηλικία, φύλο, οικογενειακή κατάσταση, απασχόληση, μορφωτικό επίπεδο, οικογενειακό εισόδημα, κατοχή οχημάτων, υποκειμενικές οικονομικές δυσκολίες.



## ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ ΠΕΔΙΟΥ

- Οι συνεντευκτές ήταν, μία υποψήφια διδάκτορας της συγκεκριμένης έρευνας στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, ενώ στα άλλα δύο Νοσοκομεία ορίστηκαν συγκεκριμένοι και εξειδικευμένοι Νοσηλευτές Νεφρολογίας των Νεφρολογικών Κλινικών.
- Οι συνεντεύξεις έγιναν με τη χρήση φορητού υπολογιστή, ο οποίος είχε προεγκατεστημένο το πρόγραμμα της συνέντευξης.
- Οι συνεντευκτές εκπαιδεύτηκαν από τον Επιστημονικό Σύμβουλο της μελέτης και Μέλος της Τριμελούς Επιτροπής της συγκεκριμένης διδακτορικής διατριβής.
- Οι συνεντευκτές χορήγησαν τη συνέντευξη σε συγκεκριμένο χώρο των Νεφρολογικών Τμημάτων μετά από ραντεβού. Στους συμμετέχοντες προσφέρθηκαν δύο επιλογές, είτε να κάνουν τη συνέντευξη μόνοι τους στον υπολογιστή, είτε να κάνουν τη συνέντευξη με τη βοήθεια του συνεντευκτή (στην περίπτωση που ο συμμετέχων δεν ήταν εξοικειωμένος με τη χρήση υπολογιστή ή η κατάσταση υγείας του δεν το επέτρεπε. Στη δεύτερη περίπτωση, ο συνεντευκτής διάβαζε τις ερωτήσεις στον συμμετέχοντα και τον καλούσε να επιλέξει την απάντηση που τον αντιπροσώπευε περισσότερο. Εξαιτίας της φύσης των ευρημάτων ο συνεντευκτής τόνιζε στο συμμετέχοντα ότι όλες οι απαντήσεις είναι και θα παραμείνουν απόρρητες και τα δεδομένα που θα προέκυπταν από τη συνέντευξη ήταν απολύτως ανώνυμα, έτσι ώστε να διαφυλαχθεί το απόρρητο των απαντήσεων.



## ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων έγινε με το στατιστικό πακέτο Stata 9.0. Για τη συσχέτιση μεταξύ κατηγορικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος Pearson Chi Square, και σε περιπτώσεις που δε πληρούταν οι προϋποθέσεις του, ο έλεγχος Fisher's Exact Test. Για τις σχέσεις μεταξύ συνεχών και κατηγορικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ανάλυση διακύμανσης και πολλαπλές συγκρίσεις με το κριτήριο Tukey's HSD ή το κριτήριο t-test για δύο ανεξάρτητα δείγματα. Για τις συσχετίσεις μεταξύ των συνεχών διαστάσεων των ερωτηματολογίων χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης pearson correlation coefficient. Για την επίδραση των μεταβλητών στις διαστάσεις των ερωτηματολογίων χρησιμοποιήθηκαν μοντέλα πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης για την ανίχνευση των στατιστικά σημαντικών επιδράσεων και στη συνέχεια εξετάστηκε η στατιστική σημαντικότητα των αλληλεπιδράσεών τους. Σε κάθε περίπτωση το επίπεδο σημαντικότητας ορίστηκε στο 0,05.



## Η. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

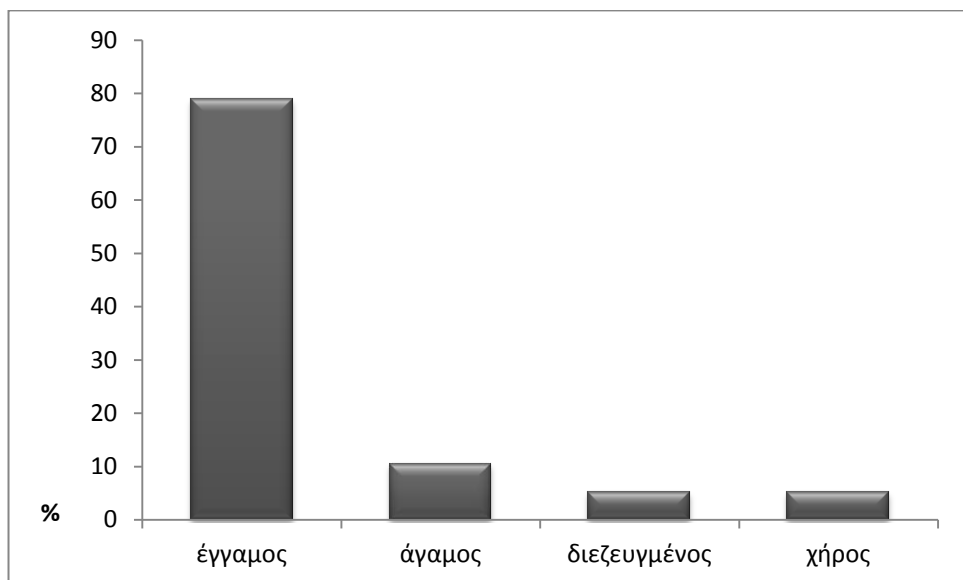
### Επιπολασμός κοινωνικο-δημογραφικών παραγόντων

Για τις ανάγκες του ερευνητικού μέρους της μελέτης συλλέχθηκε δείγμα 190 ασθενών (N=190) από τα τρία Νοσοκομεία. Από αυτούς, το 64% ήταν άνδρες και το υπόλοιπο 36% γυναίκες, η μέση ηλικία του δείγματος ήταν τα 58 έτη και το εύρος 17-83 έτη. Από αυτούς τους ασθενείς το 42% προήλθε από την ΑΚ, το 20% από την ΠΚ, το 22% ήταν ασθενείς με ΧΝΝ σταδίων 1-4 και τέλος το 9,5% είχαν υποβληθεί σε ΜΤΧ νεφρού (Πίνακες 3, 4).

<b>Πίνακας 3: Στάδια ΧΝΝ</b>		
<b>Στάδιο</b>	<b>Συχνότητα</b>	<b>Ποσοστό (%)</b>
ΧΝΝ σταδίων 1-4	43	23
ΑΚ	90	48
ΠΚ	39	20
ΜΤΧ	18	9
Σύνολο	190	100

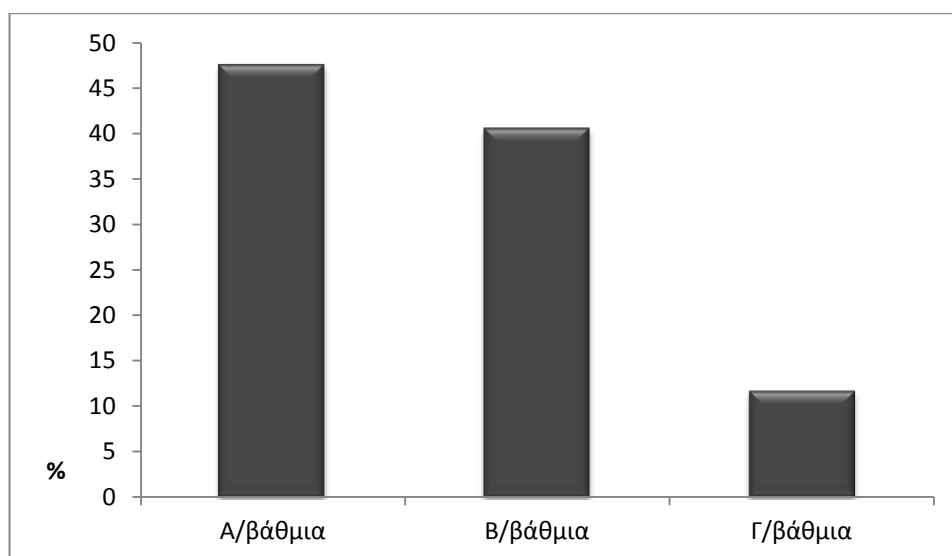
<b>Πίνακας 4: Κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά</b>	
<b>Πλήθος (%)</b>	
<b>Φύλο</b>	
Άνδρες	122 (64)
Γυναίκες	60 (36)
<b>Στάδιο</b>	
ΧΝΝ σταδίων 1-4	43 (23)
ΑΚ	90 (48)
ΠΚ	39 (20)
ΜΤΧ	18 (9)
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>	
Έγγαμος	149 (79)
Άγαμος	21 (11)
Διαζευγμένος	10 (5)
Χήρος	10 (5)
<b>Μορφωτικό επίπεδο</b>	
Α/βάθμια	90 (48)
Β/βάθμια	76 (40)
Γ/βάθμια	24 (12)
<b>Μηνιαίο εισόδημα (Euro)</b>	
0-1000	50 (26)
1001-2000	88 (47)
2001-3000	52 (27)

Η οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων στην έρευνα διακρινόταν σε έγγαμους που αποτελούσε το 78%, σε άγαμους που ήταν το 10,5%, διεζευγμένους και χήρους που αποτελούσαν και οι δύο κατηγορίες εξίσου το 5,3% (Εικόνα 1).



**Εικόνα 1: Οικογενειακή κατάσταση**

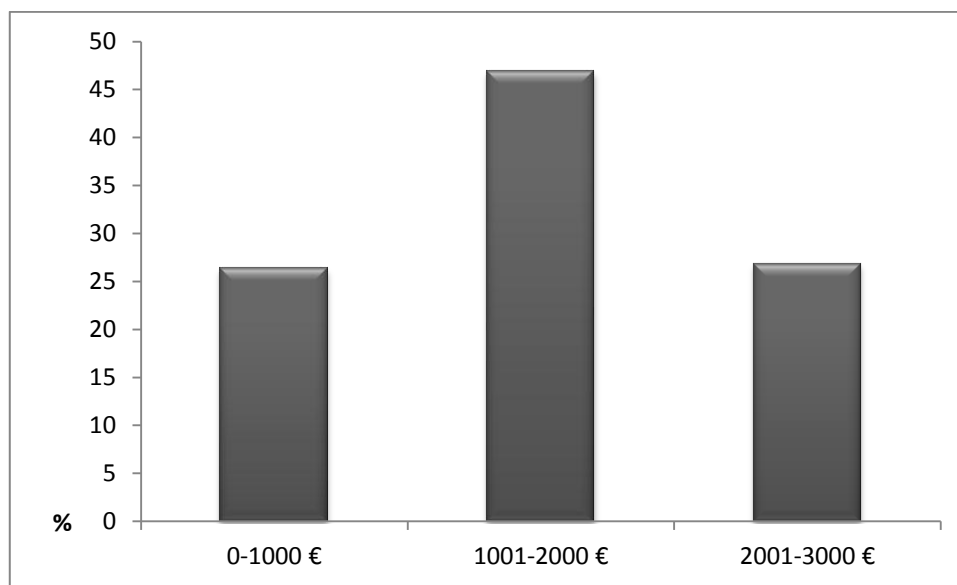
Επιπλέον, ένα δημογραφικό στοιχείο που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα έρευνα αναφερόταν στο επίπεδο της εκπαίδευσης που είχαν ολοκληρώσει οι συμμετέχοντες και αυτό διακρινόταν: σε Α/βάθμια εκπαίδευση που αποτελούσε το 47,6%, σε Β/βάθμια εκπαίδευση, το οποίο ήταν το 40,6% και τέλος σε Γ/βάθμια που είχε ολοκληρώσει το 11,7% (Εικόνα 2).



**Εικόνα 2: Επίπεδο εκπαίδευσης**



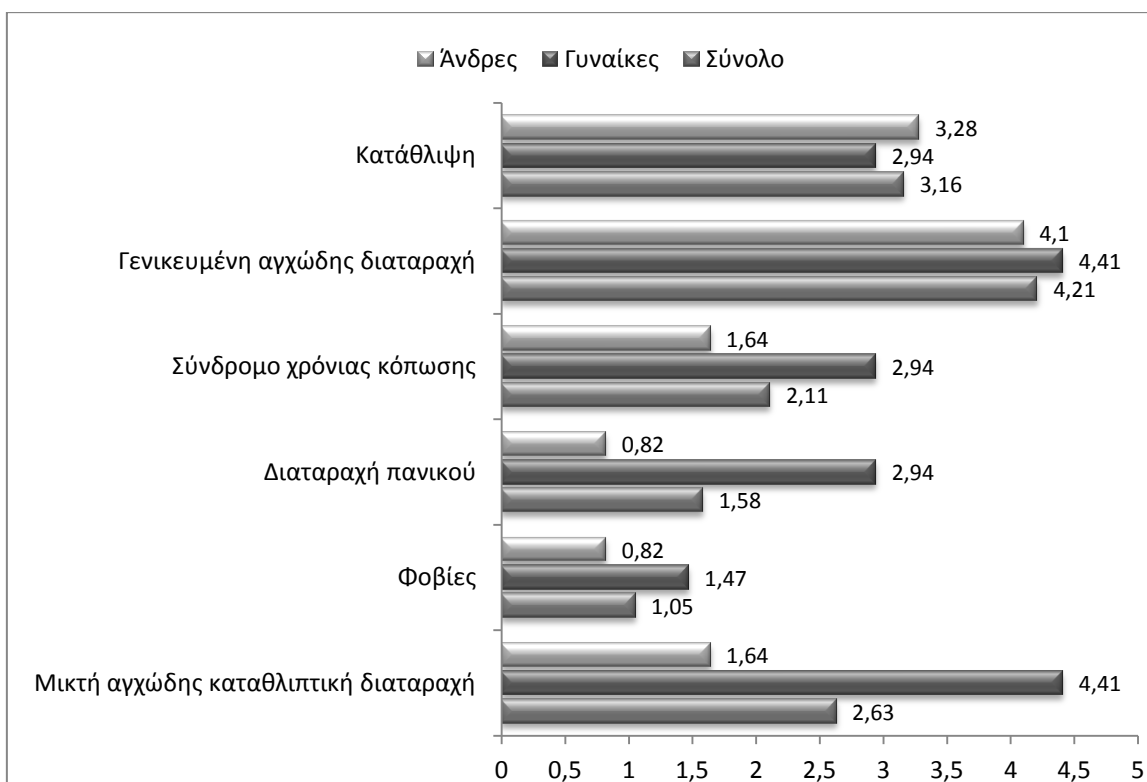
Τέλος, το μηνιαίο εισόδημα των ερωτώμενων αποτέλεσε σημαντικό δημογραφικό παράγοντα, σύμφωνα με το οποίο το 26% κυμαινόταν από 0-1000 ευρώ, το 46,4% από 1001-2000 ευρώ, που ήταν το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματός μας και το 26,8% κυμαινόταν από 2001-3000 ευρώ (Εικόνα 3).



**Εικόνα 3: Οικονομική κατάσταση**

### **Επιπολασμός ψυχικών διαταραχών στους ασθενείς με ΧΝΝ ανά φύλο**

Ο επιπολασμός των 6 ψυχικών διαταραχών εκτιμήθηκε με τη χρήση της κλινικής συνέντευξης CIS-R. Ο επιπολασμός των διαταραχών καταγράφεται στην παρακάτω εικόνα και περιλαμβάνει: Κατάθλιψη 3,1%, Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή 4,2%, Σύνδρομο Χρόνιας Κόπωσης 2,1%, Διαταραχή Πανικού 1,5%, Φοβίες 1,05%, Μικτή Αγχώδης/Καταθλιπτική Διαταραχή 2.6%. Το ποσοστό της μείζονος κατάθλιψης δεν παρουσίασε διαφορές μεταξύ των φύλων (Εικόνα 4).

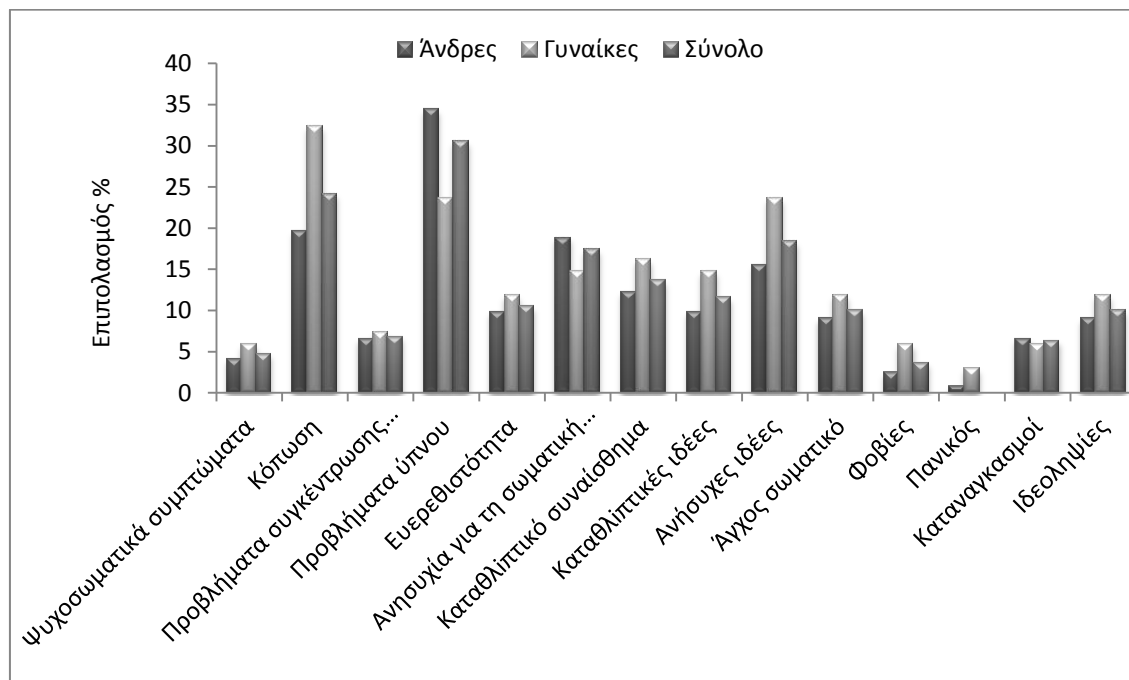


**Εικόνα 4: Επιπολασμός ψυχικών διαταραχών στους ασθενείς με ΧΝΝ ανά φύλο**

#### **Επιπολασμός ψυχιατρικών συμπτωμάτων συνολικά ανά σύμπτωμα και φύλο**

Ο επιπολασμός των 14 ψυχιατρικών συμπτωμάτων εκτιμήθηκε με τη χρήση της κλινικής συνέντευξης CIS-R. Το ποσοστό επιπολασμού των συμπτωμάτων ανάλογα με το φύλο. Διαπιστώθηκε ότι τα προβλήματα ύπνου (31%), η κόπωση (24%), οι ανήσυχες ιδέες ως γενικευμένο άγχος (18%), καθώς και η ανησυχία για τη σωματική υγεία (17%), αποτέλεσαν τα συμπτώματα που παρουσίαζαν τα μεγαλύτερα ποσοστά μεταξύ των ερωτώμενων του δείγματος και ακολούθησαν τα υπόλοιπα σε μικρότερα ποσοστά, όπως το καταθλιπτικό συναίσθημα (14%), οι καταθλιπτικές ιδέες (12%), η ευερεθιστότητα (11%), το σωματικό άγχος (10%), οι ιδεοληψίες (10%) και ακόμη σε πιο μικρά ποσοστά, τα προβλήματα μνήμης και συγκέντρωσης (6,84%), οι καταναγκασμοί (6,32%), τα ψυχοσωματικά (4,74%) και οι φοβίες (3,68%). Σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι τα προβλήματα ύπνου και η ανησυχία για τη σωματική υγεία είναι συμπτώματα που

παρατηρούνται συχνότερα στον ανδρικό πληθυσμό, ενώ όλα τα υπόλοιπα όπως κόπωση, γενικευμένο άγχος συναντώνται στις γυναίκες (Εικόνα 5).



**Εικόνα 5: Επιπολασμός ψυχιατρικών συμπτωμάτων συνολικά ανά σύμπτωμα και φύλο**

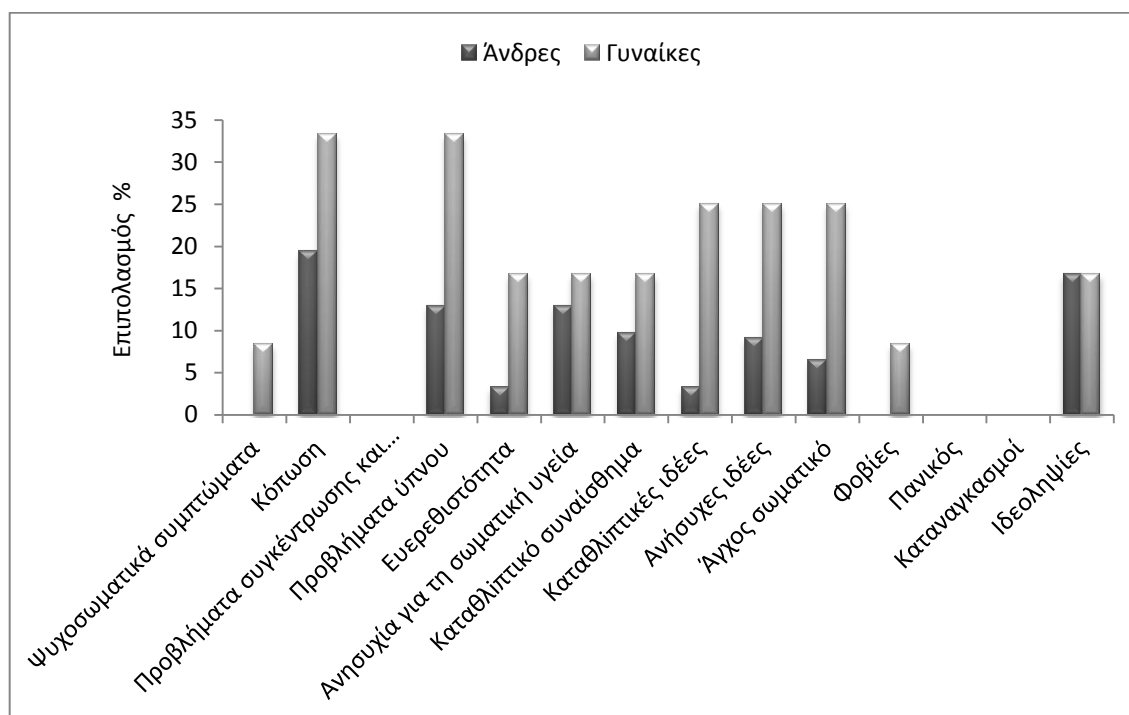
### Επιπολασμός συμπτωμάτων ανά στάδιο νόσου

Στην παρούσα έρευνα συμπεριλήφθηκαν ασθενείς, οι οποίοι βρισκόταν σε όλα τα στάδια νεφρικής νόσου και μελετήθηκε ο επιπολασμός των 14 συμπτωμάτων ανάλογα με το φύλο και το στάδιο που βρισκόταν ο κάθε ασθενής.

#### A) Χρόνια Νεφρική Νόσος σταδίων 1-4

Αρχικά μελετήθηκαν οι ασθενείς που ανήκαν στη γενικότερη κατηγορία και έπασχαν από ΧΝΝ, αλλά δεν υποβαλλόταν σε κάποια θεραπεία υποκατάστασης της νεφρικής τους λειτουργίας. Παρατηρήθηκε ότι η κόπωση και τα προβλήματα ύπνου ήταν τα συμπτώματα που εμφάνιζαν μεγαλύτερη συχνότητα, ενώ ακολούθησαν οι καταθλιπτικές ιδέες, το σωματικό άγχος, οι ανήσυχες ιδέες ως γενικευμένο άγχος και τα υπόλοιπα συμπτώματα. Αξιοσημείωτο ήταν ότι στη συγκεκριμένη κατηγορία ασθενών (ΧΝΝ), οι γυναίκες σε όλες τις κατηγορίες συμπτωμάτων εμφάνιζαν υψηλότερο επί τοις

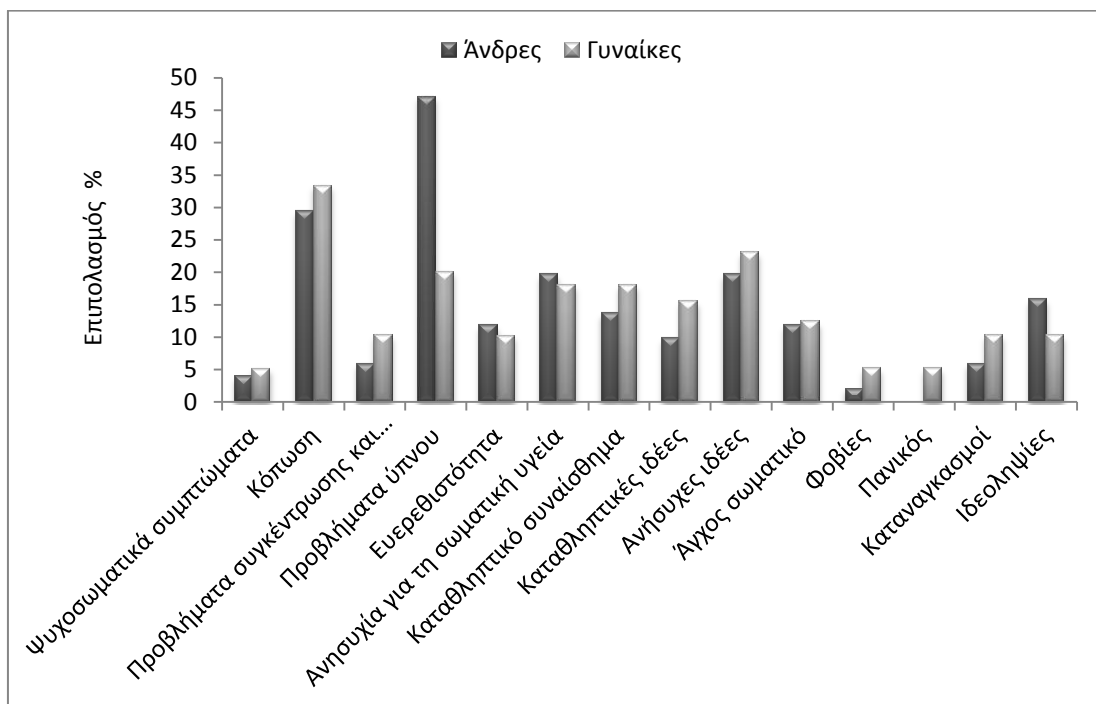
εκατό επιπολασμό σε σχέση με τους άνδρες, ενώ για κάποια συμπτώματα, όπως ο πανικός και τα προβλήματα συγκέντρωσης και για τα δύο φύλα δεν παρατηρήθηκε η παρουσία των συμπτωμάτων (Εικόνα 6).



**Εικόνα 6: Επιπολασμός συμπτωμάτων στους ασθενείς με ΧΝΝ σταδίων 1-4**

## **Β) Αιμοκάθαρση**

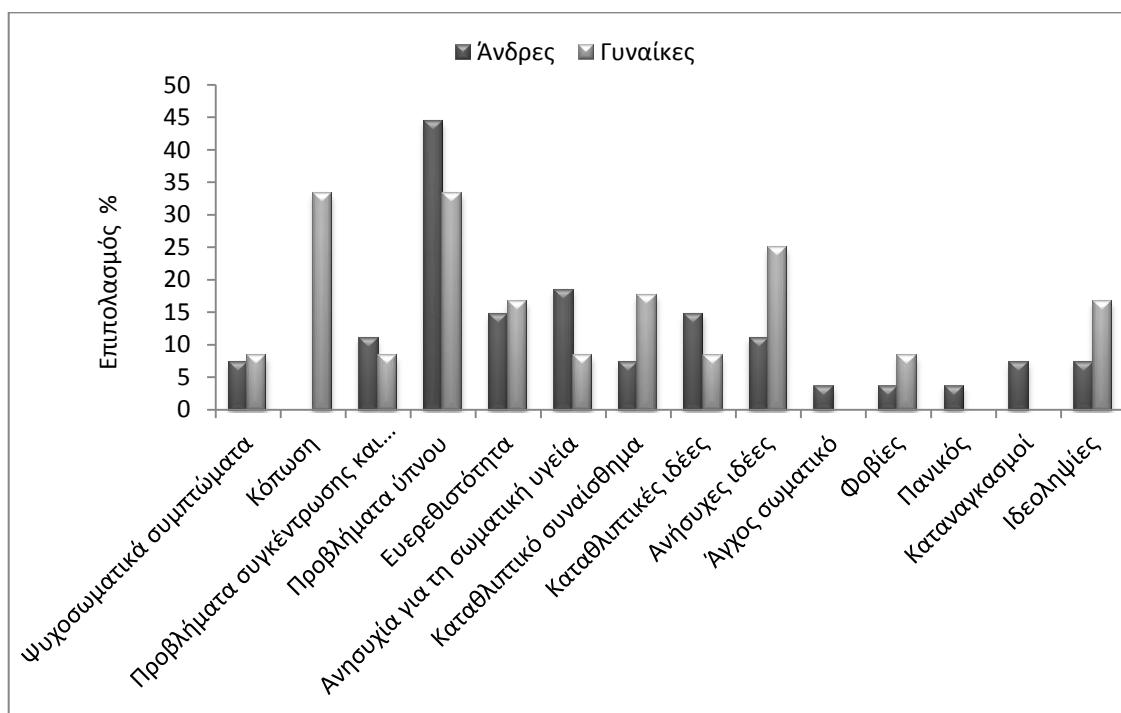
Μελετήθηκαν 90 ασθενείς, οι οποίοι υποβαλλόταν υποβάλλονταν σε ΑΚ με ΤΝ. Στην εικόνα 7 διαφαίνεται ο επιπολασμός των συμπτωμάτων ανά φύλο. Παρατηρήθηκε ότι τα προβλήματα ύπνου και η κόπωση και σε αυτή την κατηγορία ασθενών ήταν τα συμπτώματα τα οποία είχαν τη μεγαλύτερη συχνότητα σε σύγκριση με τα υπόλοιπα. Όσον αφορά τον επιπολασμό μεταξύ ανδρών και γυναικών τα προβλήματα ύπνου ήταν το κύριο σύμπτωμα στους άνδρες, όπως και η ανησυχία για τη σωματική υγεία, ευερεθιστότητα και οι ιδεοληψίες σε μικρότερα όμως ποσοστά, ενώ αντίστοιχα στις γυναίκες παρατηρήθηκαν μεγαλύτερα ποσοστά στις υπόλοιπες κατηγορίες συμπτωμάτων με κυριότερο αυτό της κόπωσης και των ανήσυχων ιδεών.



**Εικόνα 7: Επιπολασμός συμπτωμάτων στους ασθενείς που υποβάλλονται σε ΑΚ**

### Γ) Περιτοναϊκή Κάθαρση

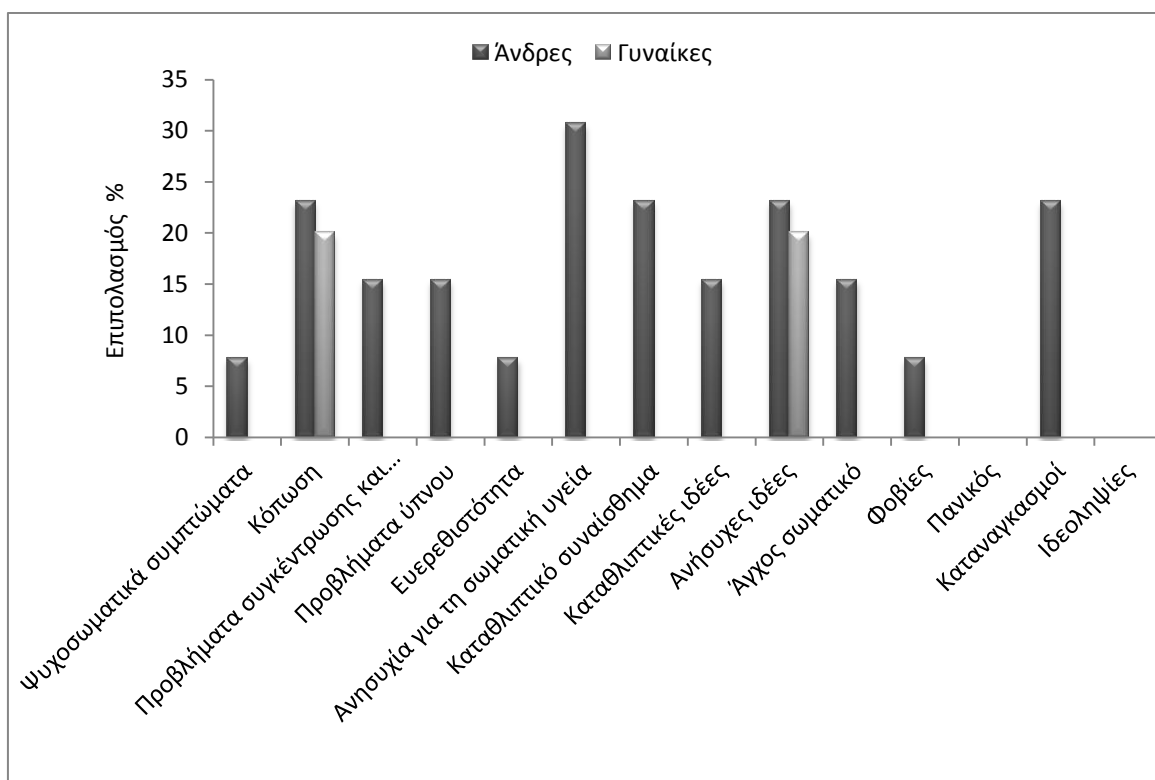
Στην εικόνα 8 διαφαίνεται ο επιπολασμός των συμπτωμάτων σε ασθενείς με ΧΝΝ οι οποίοι υποβάλλονταν σε ΠΚ. Από τους 39 ασθενείς της κατηγορίας αυτής, που συμπεριλήφθηκαν στην έρευνα, διαπιστώθηκε ότι τα προβλήματα ύπνου, η κόπωση, οι ανήσυχες ιδέες και η ανησυχία για τη σωματική υγεία ήταν τα πιο συχνά συμπτώματα και με τον υψηλότερο επιπολασμό. Κι εδώ οι άνδρες παρουσίαζαν μεγαλύτερα ποσοστά σε ό,τι αφορά τα προβλήματα ύπνου και την ανησυχία για τη σωματική υγεία, ενώ οι γυναίκες υπερτερούσαν στην κόπωση, το καταθλιπτικό συναίσθημα και τις ανήσυχες ιδέες ως γενικευμένο άγχος.



**Εικόνα 8: Επιπολασμός συμπτωμάτων στους ασθενείς που υποβάλλονται σε ΠΚ**

#### **Δ) Μεταμόσχευση Νεφρού**

Το 9,5% του δείγματος της έρευνας προήλθε από ασθενείς, οι οποίοι είχαν υποβληθεί σε MTX νεφρού. Όπως φαίνεται στην εικόνα 9 η κόπωση, η ανησυχία για τη σωματική υγεία, οι ανήσυχες ιδέες, το καταθλιπτικό συναίσθημα και τα προβλήματα ύπνου ήταν τα συμπτώματα με τον μεγαλύτερο επιπολασμό. Σε όλα τα συμπτώματα οι άνδρες υπερτερούσαν έναντι των γυναικών, ενώ παρατηρήθηκε ότι η κόπωση και οι ανήσυχες ιδέες ήταν συμπτώματα που εμφανίζονται περισσότερο στις γυναίκες χωρίς όμως και πάλι να προηγούνται των ανδρών.



**Εικόνα 9: Επιπολασμός συμπτωμάτων ασθενών που έχουν υποβληθεί σε MTX**

### **Επιπολασμός των πιο συχνών συμπτωμάτων σε σχέση με κοινωνικο-δημογραφικούς και κλινικούς παράγοντες**

Στην παρούσα έρευνα μελετήθηκε ο επιπολασμός των ψυχιατρικών συμπτωμάτων και συσχετίστηκε με διάφορες κοινωνικο-δημογραφικές και κλινικές μεταβλητές. Μέσα από τη χρήση της δομημένης συνέντευξης CIS-R, επιλέχθηκαν τα συμπτώματα, τα οποία σημείωσαν μεγαλύτερη συχνότητα στο παρόν δείγμα και με την ανάλυση λογιστικής παλινδρόμησης έγινε ο συσχετισμός μεταξύ των μεταβλητών. Τα συμπτώματα που παρουσίασαν μεγαλύτερο επιπολασμό ήταν τα προβλήματα ύπνου, η κόπωση, οι ανήσυχες ιδέες ως γενικευμένο άγχος, η ανησυχία για τη σωματική υγεία, το καταθλιπτικό συναίσθημα, οι καταθλιπτικές ιδέες, η ευερεθιστότητα και το σωματικό άγχος. Με τα παραπάνω συμπτώματα συσχετίστηκαν ορισμένοι κοινωνικο-δημογραφικοί παράγοντες όπως το φύλο, η ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, το μηνιαίο εισόδημα, η οικογενειακή κατάσταση και το στάδιο της νόσου. Επιπλέον, με τα ίδια

συμπτώματα έγινε συσχέτιση με κάποιους κλινικούς παράγοντες, οι οποίοι ήταν σημαντικοί σε ασθενείς που έπασχαν από ΧΝΝ. Επιλέχθηκαν για αυτό το λόγο η ουρία (Ure), η κρεατινίνη (Cre), η αλβουμίνη (Alb), η ΥΠ, οι καρδιαγγειακές παθήσεις (CVD) η υψηλής πυκνότητας λιποπρωτεΐνης χοληστερόλη (HDL-choI), τα τριγλυκερίδια (TRG) και ο δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ).

## Προβλήματα ύπνου

<b>Πίνακας 5: Προβλήματα Ύπνου. Συσχέτιση μεταξύ κλινικά σημαντικής ψυχιατρικής νοσηρότητας-συμπτωμάτων και κοινωνικο-δημογραφικών μεταβλητών (N=190)</b>				
	<b>OR</b>	<b>CI</b>	<b>95%</b>	<b>P&gt; z </b>
Ηλικία	1,038	1,00	1,07	0,04
Άνδρες	1,00 R			
Γυναίκες	0,57	0,26	1,28	0,18
A/βάθμια	1,00 R			
B/βάθμια	1,73	0,68	4,30	0,24
Γ/βάθμια	0,55	0,12	2,40	0,43
Έγγαμοι	1,00 R			
Άγαμοι	1,04	0,24	4,45	0,95
Διαζευγμένοι	7,33	1,03	40,80	0,02
Χήροι	0,41	0,06	2,60	0,35
Εισόδημα <1000€	1,00 R			
Εισόδημα <2000€	0,23	0,09	0,59	0,00
Εισόδημα <3000€	0,72	0,25	2,06	0,54
ΧΝΝ σταδίων 1- 4	1,00 R			
AK	2,27	0,80	6,06	0,10
ΠΚ	3,08	1,03	9,20	0,04
MTX	0,48	0,07	3,04	0,44

Σχετικά με τα «προβλήματα ύπνου» προέκυψε ότι, όσον αφορά τα κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά, ήταν στατιστικά σημαντική η επίδραση της ηλικίας ( $p=0,04$ ) (Πίνακας 5). Για κάθε ένα έτος ηλικίας που περνά, η πιθανότητα εμφάνισης προς μη εμφάνισης «προβλημάτων ύπνου» αυξάνεται κατά 3,8%. Επομένως, ένας ασθενής που διαφέρει ηλικιακά κατά 10 χρόνια από κάποιον άλλο με όμοια



χαρακτηριστικά έχει 38% περισσότερες πιθανότητες εμφάνισης «προβλημάτων ύπνου». Δεύτερο χαρακτηριστικό το οποίο εμφανίστηκε στατιστικά σημαντικό ήταν η οικογενειακή κατάσταση ( $p=0,02$ ). Συγκεκριμένα, προέκυψε ότι η πιθανότητα εμφάνισης προς μη εμφάνιση «προβλημάτων ύπνου» ήταν περίπου 7,3 φορές μεγαλύτερη για τους διαζευγμένους συγκριτικά με τους έγγαμους.

Στη συνέχεια, εμφανίστηκε στατιστικά σημαντική η επίδραση του μηνιαίου εισοδήματος ( $p=0,002$ ). Συγκεκριμένα, προέκυψε ότι η πιθανότητα εμφάνισης προς μη εμφάνιση «προβλημάτων ύπνου» σε ασθενείς με μηνιαίο εισόδημα 1001-2000 ευρώ ήταν 23% μεγαλύτερη συγκριτικά με την αντίστοιχη όσων έχουν 0-1000 ευρώ. Η κατηγορία των ασθενών (XNN σταδίων 1-4, ΑΚ, ΠΚ, ΜΤΧ) ( $p=0,044$ ) παρουσίαζε, επίσης, στατιστικά σημαντική διαφορά. Συγκεκριμένα, προέκυψε ότι η πιθανότητα εμφάνισης προς μη εμφάνιση «προβλημάτων ύπνου» σε ασθενείς με ΠΚ ήταν 3,1 φορές μεγαλύτερη συγκριτικά με την πιθανότητα των ασθενών με ΧΝΝ σταδίων 1-4.

<b>Πίνακας 6: Προβλήματα Ύπνου. Συσχέτιση μεταξύ κλινικά σημαντικής ψυχιατρικής νοσηρότητας-συμπτωμάτων και κλινικών παραγόντων (N=190)</b>				
	<b>OR</b>	<b>CI</b>	<b>95%</b>	<b>P&gt; z </b>
Ure	1,01	1,00	1,02	0,23
Cre	0,93	0,78	1,11	0,45
Alb	1,51	0,47	4,89	0,48
HDL-choI	1,01	0,97	1,04	0,51
TRG	0,99	0,99	1,00	0,37
ΔΜΣ	1,03	0,91	1,16	0,62
ΥΠ	0,82	0,22	2,95	0,76
CVD	2,19	0,87	5,51	0,10

Για το σύμπτωμα «Προβλήματα ύπνου» προέκυψε ότι σχετικά με τα κλινικά δεδομένα και το ιστορικό των ασθενών δεν παρατηρήθηκε κάποια στατιστικά σημαντική συσχέτιση (Πίνακας 6).

## Κόπωση

**Πίνακας 7:** Κόπωση. Συσχέτιση μεταξύ κλινικά σημαντικής ψυχιατρικής νοσηρότητας-συμπτωμάτων και κοινωνικο-δημογραφικών μεταβλητών (N=190)

	OR	CI	95%	P> z
Ηλικία	0,96	0,93	1,00	0.11
Άνδρες	1,00 R			
Γυναίκες	1,74	0,79	3,8	0.16
A/βάθμια	1,00 R			
B/βάθμια	0,55	0,2	1,52	0.25
Γ/βάθμια	0,27	0,06	1,17	0.08
Έγγαμοι	1,00 R			
Άγαμοι	0,6	0,13	2,72	0.51
Διαζευγμένοι	4,14	0,8	21,3	0.08
Χήροι	1,57	0,3	7,97	0.58
Εισόδημα <1000 €	1,00 R			
Εισόδημα <2000 €	0,38	0,14	1,05	0.06
Εισόδημα <3000 €	1,66	0,54	5,1	0.37
XNN σταδίων 1-4	1,00 R			
AK	0,79	0,3	2,05	0.63
PK	0,24	0,06	0,9	0.04
MTX	0,43	0,09	1,98	0.28

Για το σύμπτωμα «Κόπωση» προέκυψε ότι σχετικά με τα κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά στατιστικά σημαντική ήταν η κατηγορία των ασθενών (XNN σταδίων 1-4, AK, PK, MTX) ( $p=0,04$ ) (Πίνακας 7). Συγκεκριμένα, προέκυψε ότι η πιθανότητα εμφάνισης προς μη εμφάνισης «κόπωσης» σε ασθενείς με PK ήταν 4,16 φορές μικρότερη συγκριτικά με αυτή των XNN σταδίων 1-4 ασθενών.

**Πίνακας 8:** Κόπωση. Συσχέτιση μεταξύ κλινικά σημαντικής ψυχιατρικής νοσηρότητας-συμπτωμάτων και κλινικών παραγόντων (N=190)

	OR	CI	95%	P> z
Ure	1,00	0,99	1,02	0,12
Cre	0,94	0,76	1,15	0,56
Alb	0,61	0,22	1,63	0,32
HDL-choI	1,00	0,99	1,00	0,79
ΔΜΣ	1,09	0,95	1,24	0,21
ΥΠ	0,82	0,20	3,31	0,78
CVD	3,67	1,20	11,03	0,02

Για το σύμπτωμα «κόπωση» προέκυψε ότι σχετικά με τα κλινικά δεδομένα και το ιστορικό των ασθενών στατιστικά σημαντική ήταν η επίδραση του ιστορικού CVD ( $p=0,02$ ). Συγκεκριμένα, προέκυψε ότι η πιθανότητα εμφάνισης προς μη εμφάνιση «κόπωσης» σε ασθενείς με ιστορικό CVD ήταν 3,67 φορές μεγαλύτερη συγκριτικά με την αντίστοιχη των ασθενών χωρίς CVD (Πίνακας 8).

### Ανήσυχες ιδέες

**Πίνακας 9: Ανήσυχες ιδέες. Συσχέτιση μεταξύ κλινικά σημαντικής ψυχιατρικής νοσηρότητας-συμπτωμάτων και κοινωνικο-δημογραφικών μεταβλητών (N=190)**

	OR	CI	95%	P> z
Ηλικία	1,00	0,96	1,04	0,97
Άνδρες	1,00 R			
Γυναίκες	1,6	0,68	3,75	0,27
A/βάθμια	1,00 R			
B/βάθμια	0,98	0,34	2,81	0,97
Γ/βάθμια	1,12	0,28	4,38	0,87
Έγγαμοι	1,00 R			
Άγαμοι	0,9	0,18	4,40	0,90
Διαζευγμένοι	5,54	1,13	27,06	0,03
Χήροι	4,14	0,74	23,13	0,10
Εισόδημα <1000 €	1,00 R			
Εισόδημα <2000 €	0,77	0,24	2,43	0,67
Εισόδημα <3000 €	2,72	0,76	9,60	0,20
XNN σταδίων 1-4	1,00 R			
AK	1,32	0,43	3,99	0,61
ΠΚ	1,28	0,34	4,77	0,71
MTX	1,2	0,23	5,88	0,81

Για το σύμπτωμα «ανήσυχες ιδέες» προέκυψε ότι σχετικά με τα κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά στατιστικά σημαντική ήταν η οικογενειακή κατάσταση ( $p=0,03$ ). Συγκεκριμένα, προέκυψε ότι η πιθανότητα εμφάνισης προς μη εμφάνιση «ανήσυχες ιδέες» ήταν περίπου 5,54 φορές μεγαλύτερη για τους διαζευγμένους συγκριτικά με τους έγγαμους (Πίνακας 9).

**Πίνακας 10: Ανήσυχες ιδέες. Συσχέτιση μεταξύ κλινικά σημαντικής ψυχιατρικής νοσηρότητας-συμπτωμάτων και κλινικών παραγόντων (N=190)**

	OR	CI	95%	P> z
Ure	0,99	0,98	1,01	0,55
Cre	1,05	0,86	1,27	0,59
Alb	0,70	0,21	2,24	0,55
HDL-chol	0,96	0,91	1,00	0,11
TRG	1,00	0,99	1,00	0,87
ΔΜΣ	1,00	0,87	1,15	0,97
ΥΠ	2,28	0,41	12,44	0,34
CVD	3,31	1,13	9,68	0,03

Για το σύμπτωμα «ανήσυχες ιδέες» προέκυψε ότι σχετικά με τα κλινικά δεδομένα και το ιστορικό των ασθενών στατιστικά σημαντική ήταν η επίδραση του ιστορικού CVD ( $p=0,03$ ). Συγκεκριμένα, προέκυψε ότι η πιθανότητα εμφάνισης προς μη εμφάνιση «ανήσυχων ιδεών» σε ασθενείς με ιστορικό CVD ήταν 3,31 φορές μεγαλύτερη συγκριτικά με την αντίστοιχη των ασθενών χωρίς CVD (Πίνακας 10).

#### Ανησυχία για τη σωματική υγεία

**Πίνακας 11: Ανησυχία για τη σωματική υγεία. Συσχέτιση μεταξύ κλινικά σημαντικής ψυχιατρικής νοσηρότητας-συμπτωμάτων και κοινωνικο-δημογραφικών μεταβλητών (N=190)**

	OR	CI	95%	P> z
Ηλικία	1,00	0,96	1,04	0,92
Άνδρες	1,00 R			
Γυναίκες	0,87	0,36	2,12	0,77
A/βάθμια	1,00 R			
B/βάθμια	0,86	0,29	2,52	0,78
Γ/βάθμια	1,57	0,40	6,15	0,51
Έγγαμοι	1,00 R			
Άγαμοι	1,37	0,31	6,04	0,67
Διαζευγμένοι	3,20	0,67	15,27	0,14
Χήροι	0,30	0,03	3,60	0,38
Εισόδημα <1000 €	1,00 R			
Εισόδημα <2000 €	0,35	0,12	0,95	0,04
Εισόδημα <3000 €	0,69	0,21	2,23	0,54
XNN σταδίων 1-4	1,00 R			
AK	1,35	0,45	4,04	0,58
ΠΚ	1,07	0,29	3,97	0,90
MTX	1,11	0,23	5,42	0,89

Για το σύμπτωμα «Ανησυχία για τη σωματική υγεία» προέκυψε ότι σχετικά με τα κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά στατιστικά σημαντική ήταν η επίδραση του μηνιαίου εισοδήματος ( $p=0,04$ ). Συγκεκριμένα, προέκυψε ότι η πιθανότητα εμφάνισης προς μη εμφάνιση «Ανησυχία για τη σωματική υγεία» σε ασθενείς με μηνιαίο εισόδημα 1001-2000 ευρώ ήταν 35% μεγαλύτερη συγκριτικά με αυτούς που έχουν 0-1000 ευρώ (Πίνακας 11).

**Πίνακας 12: Ανησυχία για τη σωματική υγεία. Συσχέτιση μεταξύ κλινικά σημαντικής ψυχιατρικής νοσηρότητας-συμπτωμάτων και κλινικών παραγόντων (N=190)**

	OR	CI	95%	P> z
Ure	1,00	0,99	1,01	0,49
Cre	0,87	0,70	1,08	0,22
Alb	0,28	0,09	0,89	0,03
HDL-chol	0,93	0,88	0,98	0,02
TRG	1,00	0,99	1,01	0,57
ΔΜΣ	1,04	0,90	1,20	0,50
ΥΠ	0,24	0,05	1,04	0,05
CVD	2,65	0,77	9,01	0,20

Για το σύμπτωμα «Ανησυχία για τη σωματική υγεία» προέκυψε ότι σχετικά με τα κλινικά δεδομένα και το ιστορικό των ασθενών στατιστικά σημαντική ήταν η επίδραση της Alb ( $p=0,03$ ). Για κάθε μονάδα αύξησης Alb η πιθανότητα εμφάνισης προς μη εμφάνισης «Ανησυχίας για τη σωματική υγεία» μειώθηκε κατά 3,57 φορές. Επίσης, στατιστικά σημαντική ήταν η επίδραση της HDL-chol ( $p=0,02$ ). Για κάθε μονάδα μεγαλύτερης HDL-chol η πιθανότητα εμφάνισης προς μη εμφάνιση «Ανησυχίας για τη σωματική υγεία» μειώθηκε κατά 1,07 φορές (Πίνακας 12).

## Καταθλιπτικό συναίσθημα

**Πίνακας 13:** Καταθλιπτικό συναίσθημα. Συσχέτιση μεταξύ κλινικά σημαντικής ψυχιατρικής νοσηρότητας-συμπτωμάτων και κοινωνικο-δημογραφικών μεταβλητών (N=190)

	OR	CI	95%	P> z
Ηλικία	0,99	0,95	1,04	0,90
Άνδρες	1,00 R			
Γυναίκες	1,78	0,69	4,57	0,22
A/βάθμια	1,00 R			
B/βάθμια	1,07	0,33	3,40	0,90
Γ/βάθμια	0,41	0,06	2,54	0,34
Έγγαμοι	1,00 R			
Άγαμοι	2,11	0,45	9,74	0,33
Διαζευγμένοι	16,17	2,82	92,74	0,00
Χήροι	0,83	0,07	9,19	0,88
Εισόδημα <1000 €	1,00 R			
Εισόδημα <2000 €	0,81	0,24	2,73	0,73
Εισόδημα <3000 €	1,61	0,39	6,57	0,50
XNN σταδίων 1-4	1,00 R			
AK	0,95	0,28	3,17	0,93
PK	0,77	0,17	3,41	0,73
MTX	0,83	0,14	4,93	0,84

Για το σύμπτωμα «καταθλιπτικό συναίσθημα» προέκυψε ότι σχετικά με τα κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά στατιστικά σημαντική ήταν η οικογενειακή κατάσταση ( $p=0,00$ ). Συγκεκριμένα, προέκυψε ότι η πιθανότητα εμφάνισης προς μη εμφάνιση «καταθλιπτικού συναισθήματος» ήταν περίπου 16,2 φορές μεγαλύτερη για τους διαζευγμένους συγκριτικά με τους έγγαμους (Πίνακας 13).

**Πίνακας 14: Καταθλιπτικό συναίσθημα. Συσχέτιση μεταξύ κλινικά σημαντικής ψυχιατρικής νοσηρότητας-συμπτωμάτων και κλινικών παραγόντων (N=190)**

	OR	CI	95%	P> z
Ure	0,99	0,98	1,01	0,87
Cre	0,98	0,74	1,28	0,89
Alb	0,49	0,14	1,75	0,28
HDL-choI	0,94	0,90	1,00	0,09
TRG	1,00	0,99	1,01	0,35
ΔΜΣ	1,01	0,90	1,30	0,23
ΥΠ	0,75	0,10	5,01	0,77
CVD	4,58	1,03	20,36	0,05

Για το σύμπτωμα «καταθλιπτικό συναίσθημα» προέκυψε ότι σχετικά με τα κλινικά δεδομένα και το ιστορικό των ασθενών στατιστικά σημαντική ήταν η επίδραση του ιστορικού CVD ( $p=0,05$ ). Συγκεκριμένα, προέκυψε ότι η πιθανότητα εμφάνισης προς μη εμφάνιση «καταθλιπτικού συναισθήματος» σε ασθενείς με ιστορικό CVD ήταν 4,58 φορές μεγαλύτερη συγκριτικά με τους ασθενείς χωρίς CVD (Πίνακας 14).

#### Καταθλιπτικές ιδέες

**Πίνακας 15: Καταθλιπτικές ιδέες. Συσχέτιση μεταξύ κλινικά σημαντικής ψυχιατρικής νοσηρότητας-συμπτωμάτων και κοινωνικο-δημογραφικών μεταβλητών (N=190)**

	OR	CI	95%	P> z
Ηλικία	0,98	0,94	1,03	0,60
Άνδρες	1,00 R			
Γυναίκες	1,83	0,68	4,95	0,22
A/βάθμια	1,00 R			
B/βάθμια	0,98	0,27	3,47	0,98
Γ/βάθμια	0,77	0,13	4,26	0,76
Έγγαμοι	1,00 R			
Άγαμοι	1,25	0,21	7,24	0,80
Διαζευγμένοι	4,71	0,68	32,60	0,10
Χήροι	0,83	0,10	13,98	0,90
Εισόδημα <1000 €	1,00 R			
Εισόδημα <2000 €	0,60	0,15	2,46	0,49
Εισόδημα <3000 €	2,94	0,68	12,69	0,14
XNN σταδίων 1-4	1,00 R			
AK	0,87	0,23	3,30	0,84
ΠΚ	1,20	0,26	5,40	0,81
MTX	0,59	0,08	4,29	0,60

**Πίνακας 16: Καταθλιπτικές ιδέες. Συσχέτιση μεταξύ κλινικά σημαντικής ψυχιατρικής νοσηρότητας-συμπτωμάτων και κλινικών παραγόντων (N=190)**

	OR	CI	95%	P> z
Ure	1,00	0,98	1,01	0,78
Cre	1,04	0,83	1,30	0,69
Alb	0,32	0,09	1,13	0,07
HDL-chol	0,95	0,90	1,00	0,15
TRG	1,00	0,90	1,01	0,75
ΔΜΣ	1,04	0,90	1,23	0,60
ΥΠ	0,50	0,10	2,54	0,42
CVD	2,63	0,70	10,10	0,16

Για το σύμπτωμα «Καταθλιπτικές ιδέες» προέκυψε ότι ούτε σχετικά με τα κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά, ούτε σχετικά με τα κλινικά δεδομένα και το ιστορικό των ασθενών παρατηρήθηκε κάποια στατιστικά σημαντική συσχέτιση (Πίνακες 15, 16).

### Ευερεθιστότητα

**Πίνακας 17: Ευερεθιστότητα. Συσχέτιση μεταξύ κλινικά σημαντικής ψυχιατρικής νοσηρότητας-συμπτωμάτων και κοινωνικο-δημογραφικών μεταβλητών (N=190)**

	OR	CI	95%	P> z
Ηλικία	0,96	0,91	1,01	0,14
Άνδρες	1,00 R			
Γυναίκες	1,62	0,57	4,65	0,36
A/βάθμια	1,00 R			
B/βάθμια	1,32	0,30	5,08	0,68
Γ/βάθμια	2,10	0,30	11,90	0,40
Έγγαμοι	1,00 R			
Άγαμοι	0,73	0,10	4,60	0,74
Διαζευγμένοι	3,30	0,40	23,07	0,20
Χήροι				
Εισόδημα <1000 €	1,00 R			
Εισόδημα <2000 €	0,90	0,20	4,04	0,90
Εισόδημα <3000 €	2,35	0,48	11,40	0,28
XNN σταδίων 1-4	1,00 R			
AK	1,24	0,28	5,40	0,77
ΠΚ	2,10	0,40	10,70	0,34
MTX	0,30	0,02	1,01	0,36



**Πίνακας 18: Ευερεθιστότητα. Συσχέτιση μεταξύ κλινικά σημαντικής ψυχιατρικής νοσηρότητας-συμπτωμάτων και κλινικών παραγόντων (N=190)**

	OR	CI	95%	P> z
Ure	0,99	0,98	1,01	0,99
Cre	0,92	0,74	1,15	0,48
Alb	2,60	0,41	16,33	0,30
HDL-chol	0,95	0,89	1,01	0,14
TRG	1,00	0,94	1,01	0,64
ΔΜΣ	0,79	0,78	1,09	0,36
ΥΠ	0,39	0,09	1,65	0,20
CVD	0,89	0,18	4,33	0,89

Για το σύμπτωμα «Ευερεθιστότητα» προέκυψε ότι ούτε σχετικά με τα κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά, ούτε σχετικά με τα κλινικά δεδομένα και το ιστορικό των ασθενών παρατηρήθηκε κάποια στατιστικά σημαντική συσχέτιση (Πίνακες 17,18).

#### Άγχος σωματικό

**Πίνακας 19: Άγχος σωματικό. Συσχέτιση μεταξύ κλινικά σημαντικής ψυχιατρικής νοσηρότητας-συμπτωμάτων και κοινωνικο-δημογραφικών μεταβλητών (N=190)**

	OR	CI	95%	P> z
Ηλικία	0,95	0,90	1,00	0,09
Άνδρας	1,00 R			
Γυναίκες	1,47	0,50	4,45	0,48
A/βάθμια	1,00 R			
B/βάθμια	0,90	0,20	3,90	0,90
Γ/βάθμια	3,41	0,60	17,5	0,14
Έγγαμοι	1,00 R			
Άγαμοι	0,16	0,01	2,02	0,15
Διαζευγμένοι	1,53	0,20	10,01	0,65
Χήροι	0,67	0,05	8,50	0,76
Εισόδημα <1000 €	1,00 R			
Εισόδημα <2000 €	0,28	0,06	1,30	0,10
Εισόδημα <3000 €	0,90	0,20	4,39	0,90
XNN σταδίων 1-4	1,00 R			
AK	0,80	0,20	3,01	0,76
ΠΚ	0,16	0,01	1,60	0,12
MTX	0,35	0,04	2,74	0,32

Για το σύμπτωμα «άγχος σωματικό» προέκυψε ότι σχετικά με τα κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά δεν παρατηρήθηκε κάποια στατιστικά σημαντική συσχέτιση (Πίνακας 19).

**Πίνακας 20: Άγχος σωματικό. Συσχέτιση μεταξύ κλινικά σημαντικής ψυχιατρικής νοσηρότητας-συμπτωμάτων και κλινικών παραγόντων (N=190)**

	OR	CI	95%	P> z
Ure	1,00	0,99	1,02	0,28
Cre	0,81	0,59	1,11	0,19
Alb	0,69	0,17	2,75	0,60
HDL-chol	1,01	0,95	1,07	0,67
TRG	1,01	1,00	1,02	0,03
ΔΜΣ	0,84	0,67	1,04	0,12
ΥΠ	1,13	0,14	8,85	0,90
CVD	8,31	1,43	48,04	0,01

Για το σύμπτωμα «άγχος σωματικό» προέκυψε ότι σχετικά με τα κλινικά δεδομένα και το ιστορικό των ασθενών στατιστικά σημαντική ήταν η επίδραση των TRG ( $p=0,03$ ). Για κάθε μονάδα αύξησης TRG η πιθανότητα εμφάνισης προς μη εμφάνιση «σωματικού άγχους» αυξήθηκε κατά 1,01. Επίσης, στατιστικά σημαντική εμφανίστηκε η συσχέτιση με την παρουσία ιστορικού CVD ( $p=0,01$ ). Συγκεκριμένα, προέκυψε ότι η πιθανότητα εμφάνισης προς μη εμφάνισης «σωματικού άγχους» σε ασθενείς με ιστορικό CVD ήταν 8,31 φορές μεγαλύτερη συγκριτικά με τους ασθενείς χωρίς CVD (Πίνακας 20).

## CIS-R SCORE >12

**Πίνακας 21: CIS-Rscore>12. Συσχέτιση μεταξύ κλινικά σημαντικής ψυχιατρικής νοσηρότητας-συμπτωμάτων και κοινωνικο-δημογραφικών μεταβλητών (N=190)**

	OR	CI	95%	P> z
Ηλικία	1,00	0,95	1,03	0,77
Άνδρες	1,00 R			
Γυναίκες	2,67	1,06	6,71	0,04
A/βάθμια	1,00 R			
B/βάθμια	1,25	0,39	3,97	0,69
Γ/βάθμια	0,68	0,12	3,77	0,65
Έγγαμοι	1,00 R			
Άγαμοι	1,53	0,31	7,41	0,59
Διαζευγμένοι	9,24	1,62	52,42	0,01
Χήροι	0,48	0,04	5,15	0,54
Εισόδημα <1000 €	1,00 R			
Εισόδημα <2000 €	0,51	0,15	1,66	0,26
Εισόδημα <3000 €	1,57	0,43	5,69	0,48
XNN σταδίων 1-4	1,00 R			
AK	2,13	0,53	8,48	0,28
ΠΚ	1,64	0,33	8,17	0,54
MTX	1,41	0,21	9,28	0,71

Για το «CIS-R >12» προέκυψε ότι σχετικά με τα κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά στατιστικά σημαντική ήταν η επίδραση του φύλου ( $p=0,04$ ). Συγκεκριμένα, προέκυψε ότι η πιθανότητα εμφάνισης προς μη εμφάνιση «CIS-R >12» ήταν περίπου 2,67 φορές μεγαλύτερη για τις γυναίκες συγκριτικά με τους άνδρες. Επίσης, στατιστικά σημαντική ήταν η οικογενειακή κατάσταση ( $p=0,01$ ). Συγκεκριμένα, προέκυψε ότι η πιθανότητα εμφάνισης προς μη εμφάνισης «CIS-R >12» ήταν περίπου 9,24 φορές μεγαλύτερη για τους διαζευγμένους συγκριτικά με τους έγγαμους (Πίνακας 21).

**Πίνακας 22: CIS-Rscore>12. Συσχέτιση μεταξύ κλινικά σημαντικής ψυχιατρικής νοσηρότητας-συμπτωμάτων και κλινικών παραγόντων (N=190)**

	<b>OR</b>	<b>CI</b>	<b>95%</b>	<b>P&gt; z </b>
Ure	0,99	0,98	1,01	0,75
Cre	0,98	0,76	1,27	0,90
Alb	0,31	0,09	1,04	0,06
HDL-chol	1,00	0,95	1,05	0,91
TRG	1,01	1,00	1,02	0,04
ΔΜΣ	0,89	0,73	1,08	0,25
ΥΠ	1,82	0,28	11,83	0,53
CVD	10,27	1,91	55,20	0,01

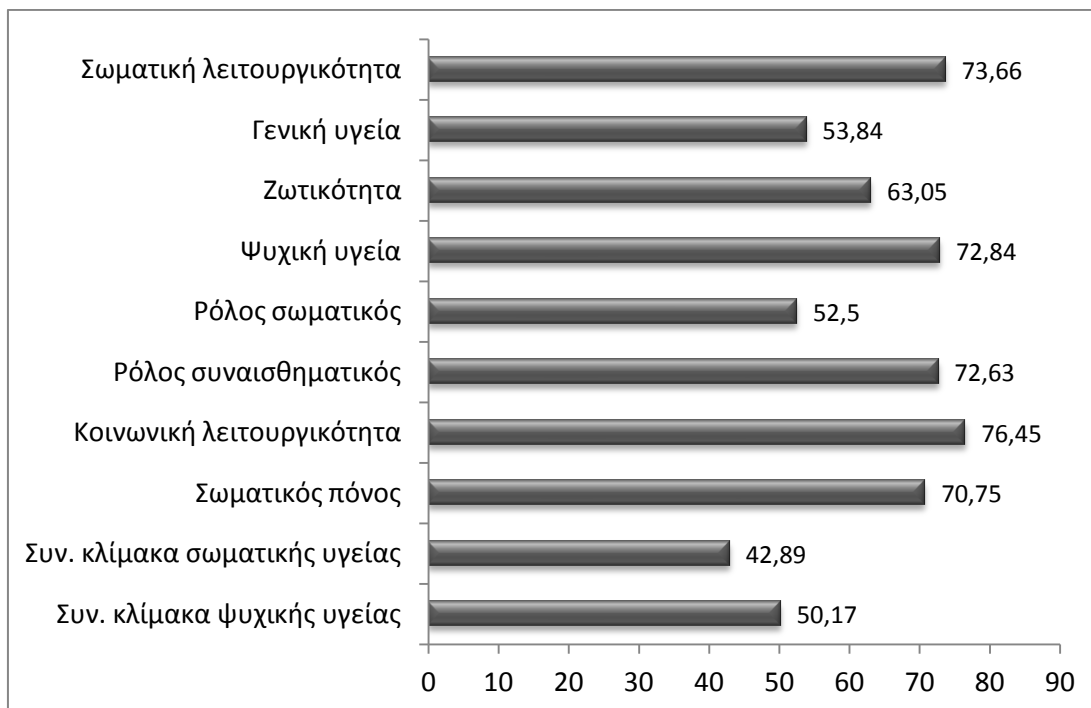
Για το «CIS-R >12» προέκυψε ότι σχετικά με τα κλινικά δεδομένα και το ιστορικό των ασθενών στατιστικά σημαντική ήταν η επίδραση των TRG ( $p=0,04$ ). Για κάθε μονάδα αύξησης TRG, η πιθανότητα εμφάνισης προς μη εμφάνιση «CIS-R >12» αυξήθηκε κατά 1,01. Το 95% διάστημα εμπιστοσύνης για την εκτίμηση αυτή ήταν 1,001%-1,02%. Επομένως, ένας ασθενής που διαφέρει ηλικιακά κατά 10 μονάδες από κάποιον άλλο με όμοια χαρακτηριστικά έχει 10% περισσότερες πιθανότητες εμφάνισης «CIS-R >12» (Πίνακας 22).

Επίσης, η επίδραση του ιστορικού CVD ( $p=0,01$ ). Συγκεκριμένα, προέκυψε ότι η πιθανότητα εμφάνισης προς μη εμφάνιση «CIS-R >12» σε ασθενείς με ιστορικό CVD ήταν 10,27 φορές μεγαλύτερη συγκριτικά με την αντίστοιχη των ασθενών χωρίς CVD.

### **Ποιότητα Ζωής**

Για το σύνολο των περιστατικών που καταγράφηκαν, οι τιμές του SF-36 που προέκυψαν, φαίνονται στον πίνακα 23.

<b>Πίνακας 23: Μέση τιμή διαστάσεων του SF-36 για το σύνολο των ασθενών</b>			
	<b>N</b>	<b>Μέση τιμή</b>	<b>Τυπική απόκλιση</b>
Σωματική λειτουργικότητα	190	73,66	24,05
Γενική υγεία	190	53,84	22,26
Ζωτικότητα	190	63,05	23,14
Ψυχική υγεία	190	72,84	18,47
Ρόλος σωματικός	190	52,50	44,73
Ρόλος συναισθηματικός	190	72,63	37,71
Κοινωνική λειτουργικότητα	190	76,45	30,88
Σωματικός πόνος	190	70,75	32,39
Συν. κλίμακα σωματικής υγείας	190	42,89	10,59
Συν. κλίμακα ψυχικής υγείας	190	50,17	10,63



**Εικόνα 10: Μέση τιμή διαστάσεων του SF-36 για το σύνολο των ασθενών**

### **Σύγκριση με το γενικό πληθυσμό**

Στον πίνακα 24, παρουσιάζονται η μέση τιμή και σε παρένθεση η τυπική απόκλιση για κάθε διάσταση του SF-36, ξεχωριστά για τους ασθενείς σε ΑΚ και σε ΠΚ, ενώ στην τελευταία στήλη φαίνονται οι αντίστοιχες τιμές (νόρμες) του ελληνικού πληθυσμού, όπως αυτές δίνονται στην ερευνητική εργασία των Παππά και συν. το 2006 (178).

**Πίνακας 24: Σύγκριση με το γενικό πληθυσμό SF-36**

	ΠΚ (N=39)	ΑΚ (N=90)	Γενικός πληθυσμός (N=1007)
Σωματική λειτουργικότητα	70,00 (25,81)	63,72 (26,37)	79,5 (26,3)
Γενική υγεία	52,20 (21,58)	53,00 (20,61)	66,7 (23,8)
Ζωτικότητα	56,33 (22,45)	52,82 (21,88)	66,0 (22,5)
Ψυχική υγεία	70,44 (18,65)	68,10 (20,07)	68,2 (21,2)
Ρόλος σωματικός	47,50 (43,39)	42,95 (43,28)	78,6 (38,7)
Ρόλος συναισθηματικός	73,33 (35,40)	78,63 (31,05)	81,2 (36,6)
Κοινωνική λειτουργικότητα	73,19 (32,26)	68,91 (34,75)	81,3 (28,7)
Σωματικός πόνος	63,35 (34,50)	56,00 (34,88)	72,4 (31,9)
Συν. κλίμακα σωματικής υγείας	40,67 (11,33)	38,08 (11,99)	50,0 (16,6)
Συν. κλίμακα ψυχικής υγείας	49,33 (10,26)	49,57 (10,54)	50,0 (16,6)

Διεξήχθησαν στατιστικοί έλεγχοι με το κριτήριο t-test για ένα δείγμα, αρχικά για τη σύγκριση των ασθενών σε ΠΚ και στη συνέχεια για τους ασθενείς σε ΑΚ στις δύο τελευταίες στήλες αντίστοιχα. Στον πίνακα 25 φαίνονται οι μέσες τιμές για κάθε περίπτωση και σε παρένθεση η τυπική απόκλιση.

**Πίνακας 25: Σύγκριση μεταξύ ομάδων-γενικού πληθυσμού SF-36**

	ΑΚ (N=90)	ΠΚ (N=39)	Γενικός πληθυσμός (N=1007)	p (2-sided t-test) για τη ΠΚ	p (2-sided t-test) για την ΑΚ
Σωματική λειτουργικότητα	70,00 (25,81)	72,05 (23,72)	79,5 (26,3)	0,06	0,00
Γενική υγεία	52,20 (21,58)	48,35 (20,87)	66,7 (23,8)	0,00	0,00
Ζωτικότητα	56,33 (22,45)	72,56 (19,32)	66,0 (22,5)	0,04	0,00
Ψυχική υγεία	70,44 (18,65)	76,71 (17,26)	68,2 (21,2)	0,01	0,13
Ρόλος σωματικός	47,50 (43,39)	52,56 (46,87)	78,6 (38,7)	0,00	0,00
Ρόλος συναισθηματικός	73,33 (35,40)	70,08 (38,83)	81,2 (36,6)	0,08	0,04
Κοινωνική λειτουργικότητα	73,19 (32,26)	79,80 (24,77)	81,3 (28,7)	0,71	0,02
Σωματικός πόνος	63,35 (34,50)	75,71 (30,13)	72,4 (31,9)	0,50	0,01

Παρατηρήθηκαν συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό σημαντικά χαμηλότερες τιμές στις διαστάσεις:

- «Σωματική λειτουργικότητα»
- «Γενική υγεία»
- «Ζωτικότητα» και
- «Ρόλος σωματικός»

και για τις δύο ομάδες ασθενών που μελετήθηκαν.

Παράλληλα, για τη Μονάδα ΑΚ παρατηρήθηκαν συγκριτικά χαμηλότερες τιμές και για τις υπόλοιπες τρεις διαστάσεις:

- «Ρόλος συναισθηματικός»
- «Κοινωνική λειτουργικότητα» και
- «Σωματικός πόνος»

Τέλος, για τη Ψυχική υγεία των ασθενών υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά του γενικού πληθυσμού με τους ασθενείς σε ΠΚ αλλά όχι και με τους ασθενείς σε ΑΚ.

### **Σύγκριση μεταξύ των ομάδων εξωνεφρικής κάθαρσης (ΑΚ, ΠΚ)**

Η ηλικία και το φύλο για την κάθε ομάδα ξεχωριστά φαίνονται στον πίνακα 26:

<b>Πίνακας 26: Χαρακτηριστικά</b>		
	<b>ΑΚ</b>	<b>ΠΚ</b>
Άνδρες	51	27
Γυναίκες	39	12
Ηλικία	57,92	58,00

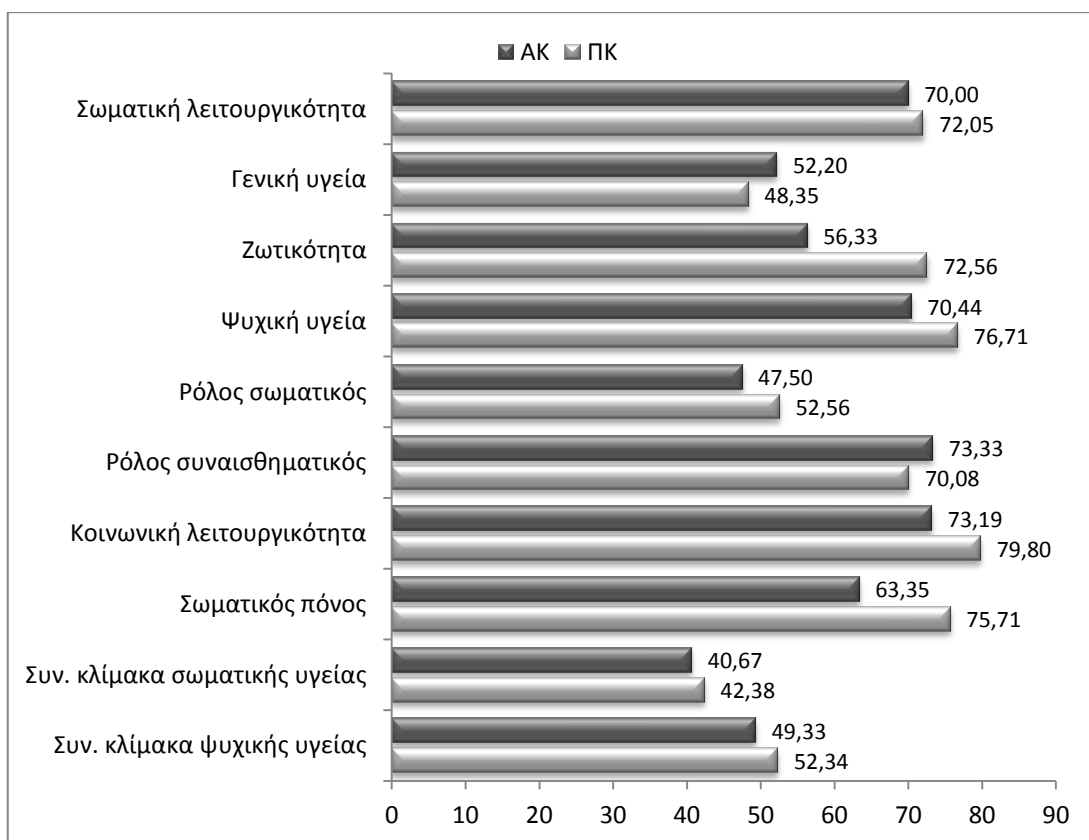
Στον πίνακα 27 φαίνεται η μέση τιμή και τυπική απόκλιση για κάθε μία από τις διαστάσεις του SF-36 στις δύο ομάδες σύγκρισης. Ο στατιστικός έλεγχος που διεξήχθη για τη σύγκριση των δύο ομάδων ήταν το t-test για ανεξάρτητα δείγματα.

<b>Πίνακας 27: Σύγκριση μεταξύ των ομάδων ΑΚ-ΠΚ SF-36</b>			
	<b>ΑΚ</b>	<b>ΠΚ</b>	<b>P (2-sided t-test)</b>
Σωματική λειτουργικότητα	70,00 (25,81)	72,05 (23,72)	0,67
Γενική υγεία	52,20 (21,58)	48,35 (20,87)	0,35
Ζωτικότητα	56,33 (22,45)	72,56 (19,32)	0,00
Ψυχική υγεία	70,44 (18,65)	76,71 (17,26)	0,08
Ρόλος σωματικός	47,50 (43,39)	52,56 (46,87)	0,55
Ρόλος συναισθηματικός	73,33 (35,40)	70,08 (38,83)	0,64
Κοινωνική λειτουργικότητα	73,19 (32,26)	79,80 (24,77)	0,26
Σωματικός πόνος	63,35 (34,50)	75,71 (30,13)	0,05
Συν. κλίμακα σωματικής υγείας	40,67 (11,33)	42,38 (10,02)	0,41
Συν. κλίμακα ψυχικής υγείας	49,33 (10,26)	52,34 (9,08)	0,12

Παρατηρήθηκαν σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα Ζωτικότητας στους ασθενείς σε ΑΚ, σε σχέση με τους ασθενείς που υποβάλλονταν σε ΠΚ ( $p=0,00$ ). Σημαντικό είναι επίσης το γεγονός, ότι σημειώθηκαν δυο αποτελέσματα που ήταν οριακά μη σημαντικά. Το πρώτο αφορούσε την Ψυχική Υγεία των ασθενών ( $p=0,08$ ) και το δεύτερο τον Σωματικό Πόνο ( $p=0,05$ ). Και στις δύο περιπτώσεις οι ασθενείς της ομάδας ΑΚ είχαν χαμηλότερες τιμές, υποδεικνύοντας τάση για συγκριτικά «χειρότερη» ψυχική υγεία, αλλά και μικρότερα επίπεδα σωματικού πόνου.



Τα συγκριτικά αποτελέσματα μεταξύ των δύο ομάδων αποδίδονται στην εικόνα 11.



**Εικόνα 11: Μέση τιμή διαστάσεων του SF-36 της ΑΚ και ΠΚ**

### Πολυμεταβλητή προσέγγιση

Για τα δημογραφικά στοιχεία που καταγράφηκαν προέκυψε ότι υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές όπως φαίνεται και στους πίνακες που ακολουθούν για κάθε μία από τις διαστάσεις του SF-36, σύμφωνα με το στατιστικό κριτήριο Kruskal Wallis. Προκειμένου να διευκρινιστεί κατά πόσο οι διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων ενδιαφέροντος ήταν ανεξάρτητες (δηλαδή δεν επηρεάζονται από τις διαφορές αυτές), διεξήχθη πολυμεταβλητή ανάλυση. Τα αποτελέσματα αυτής παρουσιάζονται ξεχωριστά για κάθε μία διάσταση του ερωτηματολογίου.

### Σωματική λειτουργικότητα

Σχετικά με τη Σωματική λειτουργικότητα προέκυψαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάλογα με την εκπαίδευση των ασθενών, με την οικογενειακή, αλλά και με την οικονομική τους κατάσταση. Τα αντίστοιχα p-values φαίνονται στον πίνακα 28:

	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	p-Kruskal Wallis test
A/βάθμια	67,47	24,90	
B/βάθμια	81,12	21,14	0,00
Γ/βάθμια	75,00	23,90	
Έγγαμος	73,97	23,87	
Άγαμος	82,50	17,58	0,03
Διαζευγμένος	70,50	30,23	
Χήρος	54,50	23,39	
Εισόδημα <1000 €	65,10	24,88	
Εισόδημα <2000 €	76,97	23,72	0,00
Εισόδημα <3000 €	76,27	22,11	

	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf.Interval]	
Ηλικία	-0,59	0,21	-2,87	0,01	-1,00	-0,18
Φύλο	-5,76	4,81	-1,2	0,23	-15,28	3,77
Μονάδα	1,26	4,75	0,26	0,79	-8,15	10,66
B/βάθμια	6,14	5,60	1,1	0,28	-4,95	17,24
Γ/βάθμια	4,11	9,59	0,43	0,67	-14,89	23,11
Άγαμος	-13,80	8,59	-1,61	0,11	-30,81	3,20
Διαζευγμένος	-17,87	10,77	-1,66	0,10	-39,19	3,46
Χήρος	-10,71	11,29	-0,95	0,34	-33,07	11,64
Εισόδημα <2000 €	7,46	5,52	1,35	0,18	-3,47	18,40
Εισόδημα <3000 €	-0,30	6,64	-0,05	0,96	-13,45	12,85
_cons	108,88	17,33	6,28	0,00	74,55	143,21

Οι διαφορές αυτές όμως, εξαλείφθηκαν υπό το πρίσμα της πολυμεταβλητής ανάλυσης. Προέκυψε συνολικά, ότι οι τιμές της Σωματικής Λειτουργικότητας επηρεάζονται μόνο από την ηλικία των ασθενών. Πιο συγκεκριμένα, φαίνεται ότι για κάθε ένα έτος μεγαλύτερης ηλικίας, η Σωματική λειτουργικότητα μειώθηκε κατά 0,6 περίπου μονάδες ( $p=0,01$ ) (Πίνακας 29).

## Γενική υγεία

Σχετικά με τη γενική υγεία, προέκυψε ότι δεν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάλογα με την εκπαίδευση των ασθενών, την οικογενειακή ή την οικονομική τους κατάσταση. Τα αντίστοιχα p-values φαίνονται στον πίνακα 30:

	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	p-Kruskal Wallis test
A/βάθμια	54,46	21,89	1,00
B/βάθμια	53,55	22,33	
Γ/βάθμια	54,14	25,30	0,71
Έγγαμος	53,11	21,86	
Άγαμος	58,55	21,12	
Διαζευγμένος	54,40	27,19	
Χήρος	54,80	27,42	0,76
Εισόδημα <1000 €	52,00	22,56	
Εισόδημα <2000 €	54,03	22,80	
Εισόδημα <3000 €	55,31	21,29	

Η γενική υγεία και μετά την πολυμεταβλητή ανάλυση, φαίνεται ότι δεν επηρεάστηκε από κάποια από τις μεταβλητές που καταγράφηκαν, καθώς όλα τα p-values που υπολογίστηκαν ήταν  $>0.05$  (στήλη  $P>|t|$ ) (Πίνακας 31).

	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf.Interval]
Ηλικία	-0,12	0,19	-0,65	0,52	-0,50 0,25
Φύλο	-0,87	4,42	-0,20	0,85	-9,62 7,88
Μονάδα	4,93	4,36	1,13	0,26	-3,70 13,57
B/βάθμια	-6,73	5,15	-1,31	0,19	-16,93 3,46
Γ/βάθμια	-11,93	8,81	-1,35	0,18	-29,38 5,52
Άγαμος	6,42	7,89	0,81	0,42	-9,20 22,04
Διαζευγμένος	-12,03	9,89	-1,22	0,23	-31,62 7,56
Χήρος	2,00	10,37	0,19	0,85	-18,54 22,54
Εισόδημα <2000 €	-0,47	5,07	-0,09	0,93	-10,52 9,58
Εισόδημα <3000 €	0,46	6,10	0,08	0,94	-11,62 12,54
_cons	59,98	15,92	3,77	0,00	28,45 91,51

## Ζωτικότητα

Σχετικά με τη Ζωτικότητα προέκυψε, ότι δεν υπήρξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές, ανάλογα με την εκπαίδευση των ασθενών, την οικογενειακή ή την οικονομική τους κατάσταση. Τα αντίστοιχα p-values φαίνονται στον πίνακα 32:

	<b>Μέση τιμή</b>	<b>Τυπική απόκλιση</b>	<b>p-Kruskal Wallis test</b>
A/βάθμια	60,51	23,68	
B/βάθμια	66,05	22,08	0,42
Γ/βάθμια	64,55	23,50	
Έγγαμος	63,20	22,16	
Άγαμος	73,25	21,90	0,12
Διαζευγμένος	49,50	31,31	
Χήρος	54,00	24,47	
Εισόδημα <1000 €	57,30	22,27	
Εισόδημα <2000 €	65,39	22,89	0,18
Εισόδημα <3000 €	64,61	23,89	

Από την πολυμεταβλητή ανάλυση διαπιστώθηκε, ότι σημαντικό ρόλο είχε το φύλο, η Μονάδα, η οικογενειακή και η οικονομική κατάσταση. Συγκεκριμένα, οι γυναίκες είχαν κατά 8,5 περίπου μονάδες χαμηλότερη Ζωτικότητα σε σχέση με τους άνδρες ( $p=0,04$ ). Παράλληλα, οι ασθενείς σε ΑΚ κατέγραψαν κατά μέσο όρο 12 μονάδες χαμηλότερης ζωτικότητας σε σχέση με τους ασθενείς σε ΠΚ ( $p=0,00$ ). Διαπιστώθηκε επίσης, ότι οι διαζευγμένοι είχαν κατά 25 περίπου μονάδες χαμηλότερη τιμή Ζωτικότητας συγκριτικά με τους έγγαμους ( $p=0,01$ ) και εκείνοι με εισόδημα <2000 ευρώ είχαν κατά 9,5 περίπου μονάδες περισσότερη Ζωτικότητα συγκριτικά με εκείνους που είχαν εισόδημα <1000 ευρώ (Πίνακας 33).

<b>Πίνακας 33: Ζωτικότητα. Πολυμεταβλητή ανάλυση</b>						
	<b>Coef.</b>	<b>Std. Err.</b>	<b>T</b>	<b>P&gt; t </b>	<b>[95% Conf.Interval]</b>	
Ηλικία	-0,12	0,18	-0,69	0,49	-0,47	0,23
Φύλο	-8,44	4,13	-2,05	0,04	-16,62	-0,27
Μονάδα	-13,00	4,07	-3,19	0,00	-21,07	-4,93
Β/βάθμια	-5,53	4,81	-1,15	0,25	-15,05	3,99
Γ/βάθμια	-8,79	8,23	-1,07	0,29	-25,10	7,51
Άγαμος	12,22	7,37	1,66	0,10	-2,37	26,82
Διαζευγμένος	-25,66	9,24	-2,78	0,01	-43,96	-7,36
Χήρος	3,10	9,69	0,32	0,75	-16,08	22,29
Εισόδημα <2000 €	9,55	4,74	2,02	0,05	0,16	18,94
Εισόδημα <3000 €	3,76	5,70	0,66	0,51	-7,53	15,04
_cons	86,92	14,87	5,84	0,00	57,46	116,38

### Ψυχική υγεία

Σχετικά με την Ψυχική υγεία προέκυψε, ότι δεν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάλογα με την εκπαίδευση των ασθενών, την οικογενειακή ή την οικονομική τους κατάσταση. Τα αντίστοιχα p-values φαίνονται στον πίνακα 34.

<b>Πίνακας 34: Ψυχική υγεία</b>			
	<b>Μέση τιμή</b>	<b>Τυπική απόκλιση</b>	<b>p-Kruskal Wallis test</b>
A/βάθμια	72,54	18,21	
B/βάθμια	73,26	18,15	0,75
Γ/βάθμια	74,36	21,72	
Έγγαμος	73,28	17,53	
Άγαμος	76,20	20,86	0,39
Διαζευγμένος	62,80	27,20	
Χήρος	69,60	16,35	
Εισόδημα <1000 €	71,52	18,58	
Εισόδημα <2000 €	74,92	17,28	0,30
Εισόδημα <3000 €	70,51	20,29	

Από την πολυμεταβλητή ανάλυση διαπιστώθηκε, ότι σημαντικό ρόλο είχε το φύλο και η οικογενειακή κατάσταση. Συγκεκριμένα, οι γυναίκες είχαν κατά 7,2 περίπου μονάδες χαμηλότερη τιμή στην Ψυχική υγεία, σε σχέση με τους άνδρες ( $p=0,05$ ). Παράλληλα, διαπιστώθηκε ότι οι διαζευγμένοι είχαν κατά 25 περίπου μονάδες χαμηλότερες τιμές στην Ψυχική υγεία συγκριτικά με τους έγγαμους ( $p=0,00$ ) (Πίνακας 35).

<b>Πίνακας 35: Ψυχική υγεία. Πολυμεταβλητή ανάλυση</b>						
	<b>Coef.</b>	<b>Std. Err.</b>	<b>t</b>	<b>P&gt; t </b>	<b>[95% Conf.Interval]</b>	
Ηλικία	0,04	0,15	0,26	0,79	-0,27	0,35
Φύλο	-7,18	3,59	-2,00	0,05	-14,29	-0,06
Μονάδα	-2,72	3,54	-0,77	0,45	-9,74	4,31
Β/βάθμια	-3,21	4,18	-0,77	0,44	-11,50	5,07
Γ/βάθμια	-4,80	7,16	-0,67	0,50	-18,99	9,39
Άγαμος	6,24	6,41	0,97	0,33	-6,46	18,94
Διαζευγμένος	-25,23	8,04	-3,14	0,00	-41,15	-9,30
Χήρος	-1,63	8,43	-0,19	0,85	-18,33	15,07
Εισόδημα <2000 €	3,48	4,12	0,84	0,40	-4,69	11,65
Εισόδημα <3000 €	-2,81	4,96	-0,57	0,57	-12,63	7,02
_cons	83,79	12,94	6,47	0,00	58,15	109,43

### Ρόλος σωματικός

Σχετικά με το Σωματικό ρόλο προέκυψαν στατιστικά σημαντικές διαφορές, ανάλογα με την εκπαίδευση των ασθενών και με την οικονομική τους κατάσταση. Οριακή ήταν η διαφορά σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση. Τα αντίστοιχα p-values φαίνονται στον πίνακα 36:

<b>Πίνακας 36: Ρόλος σωματικός</b>			
	<b>Μέση τιμή</b>	<b>Τυπική απόκλιση</b>	<b>p-Kruskal Wallis test</b>
A/βάθμια	42,13	44,85	
B/βάθμια	63,49	43,67	0,01
Γ/βάθμια	56,82	40,22	
Έγγαμος	53,33	45,21	
Άγαμος	67,50	38,13	0,08
Διαζευγμένος	37,50	46,02	
Χήρος	25,00	37,26	
Εισόδημα <1000 €	38,50	42,92	
Εισόδημα <2000 €	54,21	46,65	0,03
Εισόδημα <3000 €	63,24	40,11	

Από την πολυμεταβλητή ανάλυση διαπιστώθηκε, ότι σημαντικό ρόλο είχε μόνο η οικογενειακή κατάσταση. Συγκεκριμένα, οι διαζευγμένοι είχαν κατά 44 περίπου μονάδες χαμηλότερες τιμές στο Σωματικό ρόλο συγκριτικά με τους έγγαμους (p=0,03) (Πίνακας 37).

	<b>Coef.</b>	<b>Std. Err.</b>	<b>t</b>	<b>P&gt; t </b>	<b>[95% Conf.Interval]</b>	
Ηλικία	-0,63	0,37	-1,68	0,10	-1,37	0,11
Φύλο	5,78	8,71	0,66	0,51	-11,47	23,03
Μονάδα	-0,59	8,59	-0,07	0,95	-17,61	16,43
Β/βάθμια	9,79	10,14	0,97	0,34	-10,30	29,88
Γ/βάθμια	11,46	17,37	0,66	0,51	-22,95	45,86
Άγαμος	-10,59	15,55	-0,68	0,50	-41,39	20,20
Διαζευγμένος	-44,29	19,49	-2,27	0,03	-82,90	-5,67
Χήρος	-28,53	20,44	-1,40	0,17	-69,01	11,96
Εισόδημα <2000 €	9,51	10,00	0,95	0,34	-10,30	29,32
Εισόδημα <3000 €	5,25	12,02	0,44	0,66	-18,56	29,07
_cons	71,31	31,38	2,27	0,03	9,15	133,47

### Ρόλος συναισθηματικός

Σχετικά με το Συναισθηματικό ρόλο προέκυψε ότι δεν υπήρξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές, ανάλογα με την εκπαίδευση των ασθενών, την οικογενειακή ή την οικονομική τους κατάσταση. Τα αντίστοιχα p-values φαίνονται στον πίνακα 38:

	<b>Μέση τιμή</b>	<b>Τυπική απόκλιση</b>	<b>p-Kruskal Wallis test</b>
A/βάθμια	71,91	39,85	
B/βάθμια	75,44	35,01	0,48
Γ/βάθμια	63,64	39,72	
Έγγαμος	71,56	38,89	
Άγαμος	78,33	31,11	0,42
Διαζευγμένος	60,00	40,98	
Χήρος	90,00	22,50	
Εισόδημα <1000 €	68,67	38,34	
Εισόδημα <2000 €	75,28	38,44	0,53
Εισόδημα <3000 €	71,90	36,13	

Από την πολυμεταβλητή ανάλυση διαπιστώθηκε, ότι σημαντικό ρόλο είχε τελικά η οικονομική κατάσταση. Συγκεκριμένα, όσοι είχαν εισόδημα <2000 ευρώ είχαν κατά

17 περίπου μονάδες μεγαλύτερες τιμές στο Συναισθηματικό ρόλο, συγκριτικά με όσους είχαν εισόδημα <1000 ευρώ. ( $p=0,04$ ) (Πίνακας 39).

<b>Πίνακας 39: Ρόλος συναισθηματικός. Πολυμεταβλητή ανάλυση</b>						
	<b>Coef.</b>	<b>Std. Err.</b>	<b>t</b>	<b>P&gt; t </b>	<b>[95% Conf.Interval]</b>	
Ηλικία	0,03	0,32	0,10	0,92	-0,59	0,66
Φύλο	2,26	7,33	0,31	0,76	-12,25	16,77
Μονάδα	3,32	7,23	0,46	0,65	-11,00	17,64
Β/βάθμια	-3,25	8,53	-0,38	0,70	-20,15	13,65
Γ/βάθμια	-21,14	14,61	-1,45	0,15	-50,08	7,80
Άγαμος	6,96	13,08	0,53	0,60	-18,94	32,86
Διαζευγμένος	-23,66	16,40	-1,44	0,15	-56,14	8,82
Χήρος	27,83	17,19	1,62	0,11	-6,22	61,88
Εισόδημα <2000 €	17,09	8,41	2,03	0,04	0,43	33,75
Εισόδημα <3000 €	7,20	10,11	0,71	0,48	-12,83	27,23
_cons	57,21	26,40	2,17	0,03	4,93	109,50

### **Κοινωνική λειτουργικότητα**

Σχετικά με την Κοινωνική λειτουργικότητα προέκυψε, ότι δεν υπήρξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές, ανάλογα με την εκπαίδευση των ασθενών, την οικογενειακή ή την οικονομική τους κατάσταση. Τα αντίστοιχα p-values φαίνονται στον πίνακα 40:

<b>Πίνακας 40: Κοινωνική λειτουργικότητα</b>			
	<b>Μέση τιμή</b>	<b>Τυπική απόκλιση</b>	<b>p-Kruskal Wallis test</b>
Α/βάθμια	76,26	32,48	
Β/βάθμια	76,64	29,88	0,90
Γ/βάθμια	78,41	30,42	
Έγγαμος	76,25	30,92	
Άγαμος	78,75	29,55	0,94
Διαζευγμένος	78,75	34,38	
Χήρος	72,50	33,75	
Εισόδημα <1000 €	76,50	33,18	
Εισόδημα <2000 €	79,92	29,29	0,17
Εισόδημα <3000 €	70,34	30,92	



Διαφορές στην κοινωνική λειτουργικότητα δεν προέκυψαν, ούτε μετά από την πολυμεταβλητή ανάλυση, για κάποιο από τα χαρακτηριστικά που καταγράφηκαν (Πίνακας 41).

<b>Πίνακας 41:</b>		<b>Κοινωνική λειτουργικότητα. Πολυμεταβλητή ανάλυση</b>				
	<b>Coef.</b>	<b>Std. Err.</b>	<b>t</b>	<b>P&gt; t </b>	<b>[95% Conf.Interval]</b>	
Ηλικία	-0,24	0,27	-0,90	0,37	-0,78	0,29
Φύλο	-4,80	6,29	-0,76	0,45	-17,26	7,66
Μονάδα	-5,05	6,21	-0,81	0,42	-17,35	7,25
Β/βάθμια	-5,13	7,33	-0,70	0,49	-19,65	9,38
Γ/βάθμια	-13,73	12,55	-1,09	0,28	-38,58	11,13
Άγαμος	-1,57	11,23	-0,14	0,89	-23,81	20,67
Διαζευγμένος	-1,04	14,08	-0,07	0,94	-28,94	26,85
Χήρος	0,41	14,76	0,03	0,98	-28,84	29,65
Εισόδημα <2000 €	2,34	7,22	0,32	0,75	-11,97	16,64
Εισόδημα <3000 €	-8,87	8,68	-1,02	0,31	-26,07	8,33
_cons	104,64	22,67	4,62	0,00	59,74	149,54

### Σωματικός πόνος

Σχετικά με το Σωματικό πόνο προέκυψε, ότι υπήρξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές, μόνον, ανάλογα με την οικονομική κατάσταση των ασθενών. Τα αντίστοιχα p-values φαίνονται στον πίνακα 42:

<b>Πίνακας 42:</b>		<b>Σωματικός πόνος</b>		<b>p-Kruskal Wallis test</b>
	<b>Μέση τιμή</b>	<b>Τυπική απόκλιση</b>		
Α/βάθμια	66,10	34,28		0,10
Β/βάθμια	74,04	30,41		
Γ/βάθμια	82,14	27,67		
Έγγαμος	71,39	30,79		0,12
Άγαμος	82,25	26,32		
Διαζευγμένος	63,90	42,21		
Χήρος	45,10	44,86		0,02
Εισόδημα <1000 €	58,84	37,75		
Εισόδημα <2000 €	77,73	27,56		
Εισόδημα <3000 €	70,25	31,69		

Από την πολυμεταβλητή ανάλυση διαπιστώθηκε, ότι σημαντικό ρόλο είχε η οικογενειακή κατάσταση. Πιο συγκεκριμένα, οι διαζευγμένοι και οι χήροι είχαν κατά 38 περίπου μονάδες χαμηλότερη τιμή σωματικού πόνου, συγκριτικά με τους έγγαμους ( $p=0,01$  και  $p=0,05$ , αντίστοιχα) (Πίνακας 43).

<b>Πίνακας 43: Σωματικός πόνος. Πολυμεταβλητή ανάλυση</b>						
	<b>Coef.</b>	<b>Std. Err.</b>	<b>t</b>	<b>P&gt; t </b>	<b>[95% Conf.Interval]</b>	
Ηλικία	-0,02	0,27	-0,06	0,96	-0,56	0,53
Φύλο	-9,14	6,38	-1,43	0,16	-21,78	3,50
Μονάδα	-4,72	6,30	-0,75	0,46	-17,20	7,75
Β/βάθμια	5,24	7,43	0,71	0,48	-9,48	19,96
Γ/βάθμια	17,61	12,73	1,38	0,17	-7,59	42,82
Άγαμος	5,93	11,39	0,52	0,60	-16,63	28,49
Διαζευγμένος	-38,54	14,28	-2,70	0,01	-66,83	-10,25
Χήρος	-30,34	14,97	-2,03	0,05	-60,00	-0,68
Εισόδημα <2000 €	11,44	7,33	1,56	0,12	-3,07	25,95
Εισόδημα <3000 €	-3,11	8,81	-0,35	0,73	-20,55	14,34
_cons	79,34	22,99	3,45	0,00	33,80	124,89

#### Συνοπτική κλίμακα σωματικής υγείας

Σχετικά με τη συνοπτική κλίμακα σωματικής υγείας προέκυψε, ότι υπήρξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές, ανάλογα με την εκπαίδευση των ασθενών, με την οικογενειακή, αλλά και με την οικονομική τους κατάσταση. Τα αντίστοιχα  $p$ -values φαίνονται στον πίνακα 44:

<b>Πίνακας 44: Συνοπτική κλίμακα σωματικής υγείας</b>			
	<b>Μέση τιμή</b>	<b>Τυπική απόκλιση</b>	<b>p-Kruskal Wallis test</b>
Α/βάθμια	40,17	10,72	
Β/βάθμια	45,65	9,78	0,00
Γ/βάθμια	45,51	9,78	
Έγγαμος	43,05	10,17	
Άγαμος	47,61	7,88	0,02
Διαζευγμένος	41,67	12,23	
Χήρος	32,42	13,74	
Εισόδημα <1000 €	38,33	10,97	
Εισόδημα <2000 €	44,26	10,44	0,00
Εισόδημα <3000 €	44,98	9,24	

Οι διαφορές αυτές παρέμειναν στατιστικά σημαντικές και υπό το πρίσμα της πολυμεταβλητής ανάλυσης, μόνον για την περίπτωση της οικογενειακής κατάστασης. Προέκυψε συνολικά, ότι οι τιμές της συνοπτικής κλίμακας σωματικής υγείας επηρεάζονταν από την ηλικία των ασθενών και από την οικογενειακή τους κατάσταση. Πιο συγκεκριμένα, διαπιστώθηκε ότι για κάθε ένα έτος μεγαλύτερης ηλικίας, η συνοπτική κλίμακα σωματικής υγείας μειώθηκε κατά 0,2 μονάδες ( $p=0,03$ ). Παράλληλα, τόσο οι διαζευγμένοι, όσο και οι χήροι είχαν κατά 10 περίπου μονάδες χαμηλότερη τιμή στη συνοπτική κλίμακα σωματικής υγείας, συγκριτικά με τους έγγαμους ( $p=0,03$  και  $p=0,04$  αντίστοιχα) (Πίνακας 45)

<b>Πίνακας 45: Συνοπτική κλίμακα σωματικής υγείας. Πολυμεταβλητή ανάλυση</b>						
	<b>Coef.</b>	<b>Std. Err.</b>	<b>t</b>	<b>P&gt; t </b>	<b>[95% Conf.Interval]</b>	
Ηλικία	-0,20	0,09	-2,26	0,03	-0,38	-0,02
Φύλο	-1,16	2,06	-0,56	0,58	-5,23	2,92
Μονάδα	0,12	2,03	0,06	0,95	-3,90	4,15
Β/βάθμια	2,55	2,40	1,06	0,29	-2,20	7,30
Γ/βάθμια	4,59	4,11	1,12	0,27	-3,54	12,73
Άγαμος	-3,06	3,67	-0,83	0,41	-10,34	4,22
Διαζευγμένος	-10,48	4,61	-2,27	0,03	-19,61	-1,35
Χήρος	-10,17	4,83	-2,10	0,04	-19,74	-0,60
Εισόδημα <2000 €	2,56	2,36	1,08	0,28	-2,12	7,24
Εισόδημα <3000 €	0,14	2,84	0,05	0,96	-5,49	5,76
_cons	53,08	7,42	7,16	0,00	38,39	67,77

### **Συνοπτική κλίμακα ψυχικής υγείας**

Σχετικά με τη συνοπτική κλίμακα ψυχικής υγείας προέκυψε, ότι δεν εμφανίστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές, ανάλογα με την εκπαίδευση των ασθενών, την οικογενειακή ή την οικονομική τους κατάσταση. Τα αντίστοιχα  $p$ -values φαίνονται στον πίνακα 46:

	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	p-Kruskal Wallis test
A/βάθμια	50,87	10,85	
B/βάθμια	49,73	10,40	0,58
Γ/βάθμια	49,03	11,53	
Έγγαμος	50,05	10,27	
Άγαμος	51,30	12,40	0,478
Διαζευγμένος	45,69	14,35	
Χήρος	54,06	7,28	
Εισόδημα <1000 €	50,52	10,56	
Εισόδημα <2000 €	51,07	10,36	0,28
Εισόδημα <3000 €	48,24	11,12	

Από την πολυμεταβλητή ανάλυση διαπιστώθηκε, ότι σημαντικό ρόλο είχε το μορφωτικό επίπεδο. Πιο συγκεκριμένα, οι απόφοιτοι Γ/βάθμιας εκπαίδευσης, είχαν κατά 8 περίπου μονάδες χαμηλότερη τιμή στην συνοπτική κλίμακα ψυχικής υγείας συγκριτικά με τους αποφοίτους Α/βάθμιας εκπαίδευσης ( $p=0,04$ ) (Πίνακας 47).

	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf.Interval]	
Ηλικία	0,06	0,08	0,67	0,50	-0,11	0,22
Φύλο	-2,42	1,93	-1,25	0,21	-6,24	1,41
Μονάδα	-2,32	1,91	-1,21	0,23	-6,09	1,46
B/βάθμια	-3,67	2,25	-1,63	0,11	-8,13	0,79
Γ/βάθμια	-8,18	3,85	-2,12	0,04	-15,81	-0,55
Άγαμος	5,27	3,45	1,53	0,13	-1,57	12,10
Διαζευγμένος	-7,84	4,33	-1,81	0,07	-16,41	0,73
Χήρος	6,97	4,54	1,54	0,13	-2,01	15,95
Εισόδημα <2000 €	2,98	2,22	1,34	0,18	-1,42	7,37
Εισόδημα <3000 €	-0,49	2,67	-0,18	0,86	-5,77	4,80
_cons	52,54	6,96	7,55	0,00	38,75	66,34

## Θ. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

### Ψυχικές διαταραχές

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η ανίχνευση και καταγραφή των ψυχικών διαταραχών που παρουσίαζαν οι ασθενείς με ΧΝΝ σταδίων 1-4, οι ασθενείς σε ΑΚ, οι ασθενείς σε ΠΚ, καθώς και οι ΜΤΧ ασθενείς. Ο επόμενος στόχος αφορούσε την εκτίμηση της ΠΖ των ασθενών αυτών, μιας και ο μεγάλος όγκος της βιβλιογραφίας αποκαλύπτει ότι οι συγκεκριμένοι ασθενείς δοκιμάζουν μεγάλη ποικιλία επιπέδων ΠΖ. Η ολιστική προσέγγιση της κατάστασης υγείας των ασθενών με ΧΝΝ θα επεκτείνει σημαντικά την αποτελεσματικότητα της θεραπευτικής παρέμβασης, αλλά και την ποιότητα της φροντίδας που τους παρέχουμε ως επαγγελματίες υγείας.

Οι ασθενείς με ΧΝΝ υφίστανται σημαντικές και επώδυνες αλλαγές, τόσο σε σωματικό, όσο και σε ψυχοκοινωνικό επίπεδο. Βιώνουν την απώλεια της ελευθερίας τους, της ανεξαρτησίας τους, του επαγγέλματος, αλλά και του ρόλου τους στην οικογένεια. Αποτέλεσμα αυτών των καταστάσεων είναι η εμφάνιση ψυχικών διαταραχών, όπως η κατάθλιψη και οι αγχώδεις διαταραχές.

Ο επιπολασμός της **μείζονος κατάθλιψης** στους ασθενείς της μελέτης μας ήταν 3% χωρίς διαφορές μεταξύ των φύλων. Σε αντίθεση με τα αποτελέσματα των περισσότερων ερευνών όπου τα ποσοστά της κατάθλιψης κυμαίνονται από 20-30% (186, 187, 188). Το ποσοστό της παρούσας μελέτης δεν δείχνει μεγαλύτερη ψυχική νοσηρότητα στους ασθενείς με ΧΝΝ σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό (189, 190). Τα ευρήματα δείχνουν ότι μια πολυδιάστατη προσέγγιση στον έλεγχο και την αξιολόγηση των ψυχολογικών συμπτωμάτων στους ασθενείς με ΧΝΝ προσφέρει πλεονεκτήματα στα θέματα αντιμετώπισης της νόσου, μηχανισμών προσαρμογής και του σχεδιασμού εξατομικευμένων-ολιστικών προγραμμάτων φροντίδας και θεραπείας των ασθενών.

Τα υψηλά ποσοστά επιπολασμού της κατάθλιψης που αναφέρονται στη διεθνή βιβλιογραφία, πιθανόν να υπερεκτιμώνται εξαιτίας της ομοιότητας των ουραιμικών συμπτωμάτων με εκείνα της κατάθλιψης. Υπάρχουν, επίσης, προβλήματα με την ερμηνεία των αποτελεσμάτων των ερευνητικών μελετών, εξαιτίας των διαφορών στον ορισμό και τα κριτήρια που χρησιμοποιούνται για την κατάθλιψη (124). Σε ανασκόπηση της βιβλιογραφίας το 1985, αναφέρεται ότι ο επιπολασμός της κατάθλιψης στους ασθενείς σε ΤΝ κυμαίνεται από 0-100% στις διάφορες μελέτες (119). Αυτό υποδηλώνει

ότι ο επιπολασμός της κατάθλιψης σε αυτή την ομάδα ασθενών είναι άγνωστος και ότι η διερεύνηση της κατάθλιψης εξαρτάται σε σημαντικό βαθμό από την αξιοπιστία της μεθόδου έρευνας και των χρησιμοποιούμενων εργαλείων εκτίμησης.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, τα πιο κοινά ψυχιατρικά συμπτώματα ήταν τα «προβλήματα ύπνου», η «κόπωση», το «γενικευμένο άγχος» και η «ανησυχία για τη σωματική υγεία». Ακολουθούν με μικρότερο ποσοστό η «καταθλιπτική διάθεση» και οι «καταθλιπτικές ιδέες», η «ευερεθιστότητα», το «σωματικό άγχος», οι «ιδεοληψίες», η «χαμηλή συγκέντρωση», οι «καταναγκασμοί», τα «ψυχοσωματικά συμπτώματα», οι «φοβίες» και ο «πανικός».

Οι **διαταραχές ύπνου** είναι συχνές στους ασθενείς με ΧΝΝ, κυρίως στους ασθενείς σε ΑΚ και ΠΚ, όπου αναφέρονται ποσοστά από 50% έως 83% (191, 192), αλλά και στους ασθενείς κατά την περίοδο της διάγνωσης της νόσου (193). Αυξημένα ποσοστά επιπολασμού των προβλημάτων ύπνου καταγράφονται και στους μεταμοσχευμένους ασθενείς, οι οποίοι εμφανίζουν μειωμένη λειτουργικότητα κατά τη διάρκεια της ημέρας εξαιτίας αυτού (194). Η δυσκολία του νυκτερινού ύπνου μπορεί να οδηγήσει σε υπνηλία κατά τη διάρκεια της ημέρας και ως εκ τούτου σε μείωση της λειτουργικότητας του ατόμου. Παράλληλα έχει φανεί ότι η φτωχή ποιότητα ύπνου, είναι ισχυρός προγνωστικός παράγοντας βραχυπρόθεσμης θνησιμότητας στους ασθενείς με ΤΣΧΝΝ. Ο επιπολασμός των προβλημάτων του ύπνου στην μελέτη μας ήταν υψηλός (31%) και το αποτέλεσμα αυτό έρχεται σε συμφωνία με τη διεθνή βιβλιογραφία (193, 195).

Διαπιστώθηκε ότι τα προβλήματα ύπνου ήταν πιο συχνά στους άνδρες, σε αντίθεση με άλλες έρευνες που παρουσιάζουν τις γυναίκες με ΧΝΝ πιο ευάλωτες στα συμπτώματα αυτά (196), αλλά και με έρευνα σε γενικό πληθυσμό στην Ελλάδα (189). Επίσης, τα προβλήματα ύπνου ήταν το πιο έντονο σύμπτωμα και με τη μεγαλύτερη συχνότητα κατά την πάροδο της ηλικίας.

Ωστόσο, από τα πρώτα στάδια παρακολούθησης της νόσου η θεραπευτική ομάδα πρέπει να είναι ενημερωμένη για τα προβλήματα ύπνου που σχετίζονται με τη νόσο, συμπεριλαμβανομένου του «συνδρόμου ανήσυχου ποδιού», της νυκτουρίας, καθώς και του ποσοστού των αναφερθέντων φαρμάκων για τον ύπνο στους συγκεκριμένους ασθενείς (195).

Στην παρούσα έρευνα η **κόπωση** αποτέλεσε συχνό σύμπτωμα με μεγαλύτερο επιπολασμό στο γυναικείο πληθυσμό, εύρημα το οποίο συμφωνεί με τα αποτελέσματα άλλων ερευνών (197, 198). Η κόπωση συνδέεται άμεσα με τα προβλήματα του ύπνου και κυμαίνεται, επίσης, σε υψηλά ποσοστά στους ασθενείς με ΤΣΧΝΝ (199). Τα βιβλιογραφικά δεδομένα δείχνουν ότι η κόπωση επηρεάζει το 60% με 97% των ασθενών σε μακροχρόνια ΑΚ και ΠΚ και μέχρι το 84% των ασθενών με ΧΝΝ5 κατά τη φάση της ένταξης σε εξωνεφρική κάθαρση (188).

Η μελέτη των Jhanb και οι συν. το 2013 (200), καταδεικνύει την υψηλή επικράτηση της κόπωσης όχι μόνο στους ασθενείς του τελικού σταδίου, αλλά και στους ασθενείς του προ-ΤΣΧΝΝ, γεγονός που συμφωνεί με τα αποτελέσματα της παρούσης έρευνας. Επίσης, στη μελέτη αυτή αναφέρεται ότι η συσχέτιση της κόπωσης με τα καταθλιπτικά συμπτώματα, το χαμηλό επίπεδο λευκωματίνης και το σύνδρομο ανήσυχων ποδιών μπορεί να είναι τροποποιήσιμη και ως εκ τούτου επιδέχεται παρεμβάσεις. Σύμφωνα με τη θεωρία των δυσάρεστων συμπτωμάτων των Lenz και συν. το 1997 (201), οι παράγοντες που συμβάλλουν στη κόπωση χαρακτηρίζονται α) σωματικοί, β) ψυχολογικοί και γ) κοινωνικο-δημογραφικοί, οι οποίοι έχουν πολλαπλές, πολύπλοκες και αμοιβαίες αλληλεπιδράσεις με την κόπωση.

Η **ανησυχία** ως ψυχολογικό χαρακτηριστικό συνδέεται σχεδόν σε όλες τις έρευνες με το άγχος και αποτελεί μια από τις κυριότερες διαταραχές που παρατηρείται στους ασθενείς με ΧΝΝ. Τα αποτελέσματα διαφόρων μελετών δείχνουν ότι ο επιπολασμός των **αγχωδών διαταραχών** σε ασθενείς που υποβάλλονται σε ΑΚ κυμαίνεται σε ποσοστά 27–30% (197, 198). Οι Cicco και συν. το 2008 (202), αναφέρει ότι το 45,7 των ασθενών με ΧΝΝ πληρούσαν τα κριτήρια για αγχώδεις διαταραχές, ενώ το 40% για διαταραχές διάθεσης. Επιπρόσθετα, η παρουσία μιας διαταραχής άγχους συσχετίστηκε με μια συνολική αντίληψη για μειωμένη ΠΖ. Η έρευνα στον τομέα αυτό συγχέεται με μεθοδολογικά ζητήματα, όπως η ποικιλία των αγχωδών διαταραχών, οι πολλαπλοί τρόποι μέτρησης του άγχους και λιγότερο με το βέλτιστο ή μη σχεδιασμό των μελετών. Τα αποτελέσματα της παρούσης μελέτης έδειξαν μέτρια ποσοστά άγχους (18%), σε αντίθεση με τις παραπάνω έρευνες. Το άγχος επηρεάζει αρκετά τη ζωή των ασθενών με ΧΝΝ, καθώς η ίδια η κατάστασή τους προκαλεί το συγκεκριμένο σύμπτωμα.

Από τα αποτελέσματα της έρευνας διαπιστώθηκε πως ο επιπολασμός των **καταθλιπτικών συμπτωμάτων** ήταν σχετικά χαμηλός, σε αντίθεση με τη διεθνή βιβλιογραφία, όπου καταγράφονται υψηλά ποσοστά καταθλιπτικών συμπτωμάτων στους ασθενείς με ΧΝΝ, κυρίως τελικού σταδίου (203,204). Η έρευνα των Chiang και συν. το 2015, καταγράφει ένα ποσοστό 21,4% καταθλιπτικών συμπτωμάτων στο δείγμα των ασθενών, ενώ αναφέρει χειρότερα κλινικά αποτελέσματα, μετά από τρία χρόνια παρακολούθησης, στους ασθενείς αυτούς σε σχέση με την ομάδα που δεν παρουσίασε καταθλιπτικά συμπτώματα (205).

Το χαμηλό ποσοστό που καταγράφηκε στην παρούσα έρευνα συγκαταλέγεται στις μεγάλες διαφορές που παρατηρούνται στον επιπολασμό της κατάθλιψης στους ασθενείς με ΧΝΝ και στο μεγάλο εύρος ποσοστών που έχει καταγραφεί στη βιβλιογραφία (119).

Επίσης, ο **καταθλιπτικός ιδεασμός** παρουσίασε όχι μικρό ποσοστό (12%) και αυτό γιατί τα δυσάρεστα συναισθήματα κατέκλυζαν τους ασθενείς με ΧΝΝ, συχνό φαινόμενο οι χρόνιοι ασθενείς να νιώθουν ότι πάσχουν από κατάθλιψη, χωρίς στην πραγματικότητα να πάσχουν.

Η **ευερεθιστότητα** κατέγραψε σχετικά μικρό ποσοστό στην παρούσα έρευνα, σε αντίθεση με τα αποτελέσματα άλλων ερευνών (206). Οι συχνές αλλαγές της διάθεσης, το άγχος, η ενόχληση, από διάφορα εξωτερικά ερεθίσματα, είναι καταστάσεις που παρατηρούνται συχνά στους ασθενείς με ΧΝΝ, καθώς τα συμπτώματα της ίδιας της ασθένειας μπορούν να προκαλέσουν τη συγκεκριμένη ψυχολογική διαταραχή.

Διαπιστώθηκε ότι σχεδόν όλα τα ψυχιατρικά συμπτώματα γίνονταν εντονότερα με την αύξηση της **ηλικίας**. Ο επιπολασμός αυτών των συμπτωμάτων παρουσίασε ανάλογη αυξητική τάση μέσα σε μια 10/ετία.

Σχετικά με την εμφάνιση των συμπτωμάτων αναφορικά με το **εκπαιδευτικό επίπεδο** των ερωτώμενων, διαπιστώθηκε ότι όσοι είχαν ολοκληρώσει τη Β/βάθμια εκπαίδευση παρουσίασαν αυξημένο επιπολασμό στα προβλήματα ύπνου, το καταθλιπτικό συναίσθημα, την ευερεθιστότητα και την προδιάθεση να εμφανίσουν ψυχιατρική νοσηρότητα (σκορ>12), ενώ φάνηκε να έχουν μειωμένα ποσοστά στα υπόλοιπα συμπτώματα όπως η κόπωση, οι ανήσυχες ιδέες, η ανησυχία για τη σωματική υγεία, τις καταθλιπτικές ιδέες και το σωματικό άγχος, σε σύγκριση με τους απόφοιτους Α/βάθμιας εκπαίδευσης. Από την άλλη πλευρά, αυτοί που είχαν ολοκληρώσει την



Γ/βάθμια εκπαίδευση παρουσίασαν αυξημένα ποσοστά στα συμπτώματα της ευερεθιστότητας, του σωματικού άγχους, του γενικευμένου άγχους και της ανησυχίας για τη σωματική υγεία, ενώ σε όλα τα υπόλοιπα παρατηρείται μείωση του επιπολασμού. Διαπιστώθηκε λοιπόν ότι η παρουσία και η ένταση των συμπτωμάτων ήταν αντιστρόφως ανάλογη με το επίπεδο μόρφωσης. Κάτι τέτοιο δικαιολογείται εάν λάβουμε υπόψη τα ανωτέρω σχετικά με τις οικονομικές δυσκολίες. Όσοι είχαν υψηλότερη εκπαίδευση λοιπόν αναμένεται να δουλεύουν σε θέσεις με καλύτερες αποδοχές συγκριτικά με κάποιους κατώτερου μορφωτικού επιπέδου και να ζουν μια πιο άνετη ζωή χωρίς υλικές στερήσεις. Παράλληλα, αρκετές φορές οι πνευματικοί ορίζοντες που ανοίγονται σε αυτούς που λαμβάνουν ανώτερη μόρφωση τους κάνει να αντιμετωπίζουν διαφορετικά τις προκλήσεις της ζωής, να αποκτούν μια διαφορετική φιλοσοφία σχετικά με κοινωνική διαβίωση, αλλά και τη συμβίωση με την υπάρχουσα νόσο. Σε αντίθεση με αυτούς που έχουν χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο, ο οποίοι φαίνεται να αντιμετωπίζουν και δυσκολίες στον οικονομικό τομέα, αλλά και πρόβλημα στη διαχείριση της νόσου και στα προβλήματα που προκύπτουν από αυτή.

Οι καταγραφές της μελέτης σχετικά με την εμφάνιση των συμπτωμάτων και το **οικονομικό επίπεδο** των ασθενών επισημαίνουν ότι η αύξηση του μηνιαίου εισοδήματος συμβάλλει στη μείωση των συμπτωμάτων, όπως αναφέρουν και τα βιβλιογραφικά δεδομένα (207). Η οικονομική άνεση φαίνεται να επιλύει αρκετές λειτουργικές και υλικές ανάγκες που έχουν οι ασθενείς με ΧΝΝ, ως προς την ιατροφαρμακευτική τους περίθαλψη, αλλά και να ανταπεξέλθουν στις καθημερινές ανάγκες και υποχρεώσεις, αφού το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών δεν εργάζεται. Ωστόσο, αναφέρεται ότι κάτω από τις πιέσεις των προβλημάτων υγείας, ο ασθενής με ΧΝΝ πρέπει τις περισσότερες φορές να αλλάξει ή να τροποποιήσει τις επαγγελματικές του δραστηριότητες με αποτέλεσμα να υφίσταται μείωση στο εισόδημά του. Ενώ τα ιατρικά και νοσηλευτικά έξοδά του αυξάνουν, οι ευκαιρίες για εργασία και οι δυνατότητες εξασφάλισης ικανού εισοδήματος γενικά ελαττώνονται, ιδιαίτερα όταν η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια εμφανισθεί σε ανθρώπους που βρίσκονται σε επεκτατική φάση από απόψεως εργασίας και κέρδους των πόρων ζωής. Επιπλέον, η ανεργία θεωρείται ένας επιπλέον στρεσογόνος παράγοντας αφού περισσότεροι από το 75% των ασθενών

αυτών είναι ανίκανοι να διατηρήσουν τη μόνιμη εργασία τους μετά την έναρξη της αιμοκάθαρσης (147).

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα αποτελέσματα της έρευνας σχετικά με την εμφάνιση των συμπτωμάτων που μελετήθηκαν ανάλογα με την **οικογενειακή κατάσταση** των ερωτώμενων. Συγκεκριμένα, όλα τα συμπτώματα ήταν συχνότερα στους διαζευγμένους και στη συνέχεια στους άγαμους και τους χήρους, σε σύγκριση με τους παντρεμένους. Το καταθλιπτικό συναίσθημα, τα προβλήματα στον ύπνο και οι ανήσυχες ιδέες ως γενικευμένο άγχος σημείωσαν τη μεγαλύτερη συχνότητα στο σύνολο των συμπτωμάτων που μελετήθηκαν. Αυτό μπορεί να δικαιολογηθεί με το γεγονός ότι η οικογενειακή κατάσταση, φαίνεται να επιδρά θετικά στην ψυχολογική και την κοινωνική διάσταση των συγκεκριμένων ασθενών, υποδηλώνοντας ότι η συνθήκη του να ζει ο ασθενής σε πλαίσιο οικογένειας ή να συμβιώνει με ένα σύντροφο προδιαθέτει προς μια περισσότερο θετική αξιολόγηση της υποκειμενικής ψυχολογικής ευεξίας και κοινωνικής ευημερίας (208). Το γεγονός ότι οι ανύπαντροι παρουσιάζουν μικρότερο επιπολασμό σε σχέση με τους διαζευγμένους, ίσως οφείλεται στο γεγονός ότι πολλοί από αυτούς δε έχουν φύγει από τον κλοιό και την προστασία της οικογένειάς τους. Από την άλλη πλευρά, αυτοί που έχουν χάσει το σύντροφό τους φαίνεται να παρουσιάζουν έντονα ανήσυχες ιδέες ως γενικευμένο άγχος και κόπωση, αφού πρόκειται για ασθενείς που είναι πιο επιρρεπείς στις ψυχικές νόσους και έρχονται αντιμέτωποι με την δυσκολίες της νεφρικής νόσου αλλά και με την μοναξιά χωρίς να έχουν την υποστήριξη του συντρόφου και πολλές φορές της οικογενειακής προστασίας. Ωστόσο, η ύπαρξη καταθλιπτικών συμπτωμάτων διαταράσσει τις διαπροσωπικές σχέσεις του ατόμου και αυτό έχει σαν συνέπεια τη διάβρωση της υποστήριξης που προβλέπονταν από την/τον σύζυγο, τα μέλη της οικογένειας, το χώρο εργασίας και την κοινωνία (209).

Η μεταμόσχευση νεφρού προσφέρει σημαντικά πλεονεκτήματα στην προώθηση της επιβίωσης και στη βελτίωση της ΠΖ των ασθενών με ΧΝΝ (210, 211). Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης μας με βάση τα **στάδια/θεραπεία** έδειξαν ότι εκείνοι που είχαν υποβληθεί σε μεταμόσχευση MTX νεφρού παρουσίαζαν μικρότερο επιπολασμό συμπτωμάτων, σε σύγκριση με τις άλλες ομάδες του δείγματος. Σύμφωνα με τους Szeifert και συν. το 2010, η σοβαρότητα και η συχνότητα των καταθλιπτικών συμπτωμάτων είναι εξαιρετικά μικρότερη στους MTX ασθενείς σε σχέση με αυτούς που

βρίσκονται στη λίστα αναμονής για μόσχευμα (212). Αυτό δικαιολογείται, αφού οι ασθενείς μέσα από τη διαδικασία της MTX περνούν σε ένα διαφορετικό επίπεδο διαβίωσης και ταυτόχρονης αποδέσμευσης από τις Μονάδες ΑΚ ή ΠΚ που τους κράτα «ομήρους» συνεχούς ή συχνής επαφής με το Νοσοκομείο. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τη σταδιακή επανένταξη στο κοινωνικό σύνολο, την προσπάθεια επανάκτησης σε μεγάλο ποσοστό της φυσικής δραστηριότητας και της συνέχισης ομαλής διαβίωσης. Βέβαια φαίνεται να παρουσιάζουν αυξημένη συχνότητα γενικευμένου άγχους και ανησυχίας για τη σωματική υγεία, γεγονός που θεωρείται φυσιολογικό από την γενικότερη ανησυχία που έχουν οι ασθενείς αυτοί για την πορεία και την υγεία του μοσχεύματος. Αντίθετα, οι ασθενείς ΧΝΝ σταδίου 5 φαίνεται να παρουσιάζουν αυξημένη ψυχιατρική νοσηρότητα (σκορ>12) όποια μέθοδο αποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας και να επιλέξουν. Τα προβλήματα ύπνου, το γενικευμένο άγχος, η ανησυχία για τη σωματική υγεία, οι καταθλιπτικές ιδέες και η ευερεθιστότητα είναι συμπτώματα που συναντώνται σε ασθενείς που υποβάλλονται σε ΑΚ με ΤΝ, ενώ απουσιάζουν οι καταθλιπτικές ιδέες σε αυτούς που προτιμούν την ΠΚ. Και οι δύο κατηγορίες ασθενών έρχονται αντιμέτωπες με τον συνεχή τρόπο θεραπείας, γεγονός που δικαιολογεί την αυξημένη συχνότητα ψυχιατρικών συμπτωμάτων. Ίσως να είναι πιο ευνοημένοι όσοι υποβάλλονται σε ΠΚ, λόγω της μη συχνής προσέλευσής τους στο Νοσοκομείο, αλλά καλούνται να αντιμετωπίσουν άλλου είδους καταστάσεις, όπως το καθημερινό πρόγραμμα ΠΚ στο σπίτι τους και οι λοιμώξεις. Γίνεται επομένως αντιληπτό ότι η ΠΚ προσφέρει μεγαλύτερη ανεξαρτησία στον ασθενή σε σύγκριση με τη διαδικασία της ΑΚ. Κατά επέκταση, η ΑΠΚ (νυκτερινό πρόγραμμα), ως πιο απλουστευμένη διαδικασία, περιορίζει πολύ λιγότερο τις κοινωνικές δραστηριότητες του ασθενούς και την αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου του.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της ανάλυσης των ασθενών, οι οποίοι κατέγραψαν **σκορ >12**, ενδεικτικό σημαντικής ψυχολογικής επιβάρυνσης και πιθανότητας εμφάνισης ψυχιατρικής συμπτωματολογίας, διαπιστώθηκε ότι όσο αυξάνεται η ηλικία αντίστοιχα παρατηρείται και μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης του συγκεκριμένου σκορ. Κάτι τέτοιο ήταν αναμενόμενο αν ληφθεί υπόψη ότι στους ηλικιωμένους ασθενείς μειώνονται οι δυνάμεις τους και αντιμετωπίζουν όλο και περισσότερα προβλήματα υγείας, με αποτέλεσμα να επιβαρύνεται και η ψυχολογική τους υγεία. Σχετικά με την

κατανομή των συμμετεχόντων αναλογικά με το φύλο, διαπιστώθηκε ότι το ποσοστό των γυναικών που είχαν ψυχολογική επιβάρυνση υπερτερούσε σε σχέση με τους άντρες. Η στήριξη του οικογενειακού περιβάλλοντος επέδρασε θετικά στους συγκεκριμένους ασθενείς, αφού όπως προέκυψε από την έρευνα, οι διαζευγμένοι ήταν αυτοί που εμφάνιζαν αρκετά αυξημένο επιπολασμό ψυχιατρικής νοσηρότητας σε σχέση με τους άγαμους και τους χήρους. Είναι σημαντικό να αναφερθεί, βάσει της διεθνούς βιβλιογραφίας, ότι το πλαίσιο της οικογένειας ή η συμβίωση με ένα σύντροφο προδιαθέτει προς μια περισσότερο θετική αξιολόγηση της υποκειμενικής ψυχολογικής ευεξίας και κοινωνικής ευημερίας (208).

### **Κλινικοί παράγοντες**

Η ψυχιατρική νοσηρότητα συνδέεται άμεσα με την ύπαρξη και άλλης χρόνιας νόσου στους ασθενείς με ΧΝΝ (213,214).

Στην παρούσα έρευνα διαπιστώθηκε ότι οι **καρδιαγγειακές παθήσεις** συνέβαλαν σημαντικά στην αλλαγή του ψυχολογικού προφίλ των ασθενών. Η καρδιαγγειακή νόσος περιγράφεται ως η κύρια αιτία νοσηρότητας και θνητότητας στους ασθενείς με ΧΝΝ (213). Όπως αποδεικνύεται από πολλές επιστημονικές μελέτες, υπάρχει σημαντική αλληλεπίδραση μεταξύ της καρδιακής και νεφρικής λειτουργίας, δηλαδή οι ασθενείς με ΧΝΝ έχουν αυξημένο κίνδυνο να παρουσιάσουν καρδιολογικά προβλήματα, αλλά και το αντίθετο. Επίσης η αυξημένη ηλικία των ασθενών που πάσχουν από ΧΝΝ αποτελεί παράγοντα που συμβάλει στην εμφάνιση καρδιαγγειακών προβλημάτων. Διαπιστώνεται ότι οι παραπάνω ασθενείς βρίσκονται αντιμέτωποι και με έναν επιπλέον κίνδυνο, απειλητικό για τη ζωή τους. Το γεγονός αυτό επηρεάζει κάθε ψυχοκοινωνικό επίπεδο που τους αφορά, αφού αναγκάζονται να αλλάζουν τους ρόλους στην οικογένεια, τον τρόπο διαβίωσης, τις διατροφικές τους συνήθειες, να περιορίζουν την κοινωνικότητά τους και τις δραστηριότητες γενικότερα. Η αβεβαιότητα της εξέλιξης της υγείας τους και ο αυξημένος κίνδυνος που διατρέχουν οι ασθενείς αυτοί, λόγω βεβαρημένου ιατρικού ιστορικού, τους οδηγεί συχνά σε εμφάνιση ψυχιατρικής νοσηρότητας. Επιπλέον, η ανησυχία για τη σωματική υγεία, η κόπωση, οι ανήσυχες ιδέες και οι καταθλιπτικές ιδέες είναι συμπτώματα που όπως διαπιστώθηκε από την παρούσα έρευνα, είχαν την τάση να παρουσιάζουν αυξημένο επιπολασμό σε ασθενείς που έπασχαν από καρδιαγγειακές

παθήσεις. Η ύπαρξη της **ΥΠ** στους ασθενείς με ΧΝΝ συνδέθηκε έντονα με την καταθλιπτική συμπτωματολογία των ατόμων αυτών (215). Σε αντίθεση, η αύξηση των τιμών της **Aib** φαίνεται πως δρα ευεργετικά στην μείωση εμφάνισης ψυχιατρικής νοσηρότητας (216). Σχετικά με την **HDL-choI**, έχει καταγραφεί ότι οι χαμηλές τιμές της αποτελούν παράγοντα κινδύνου για στεφανιαία νόσο, αλλά παράλληλα σχετίζεται και με μακροχρόνια καταθλιπτική συμπτωματολογία (217). Οι Huang & Chen το 2004, στα πλαίσια της μελέτης τους, προτείνουν τη χρήση των **TRG** και της **HDL-choI** ως βιολογικούς δείκτες για τη διάκριση των καταθλιπτικών ασθενών με χαρακτηριστικά μελαγχολίας άτυπα χαρακτηριστικά (218). Στην παρούσα έρευνα καταγράφηκαν συσχετισμοί ανάμεσα στους τρεις προαναφερθέντες κλινικο-εργαστηριακούς παράγοντες και τα ψυχολογικά συμπτώματα των ασθενών με ΧΝΝ.

Ο **δείκτης μάζας σώματος** στον γενικό πληθυσμό έχει σημαντική συσχέτιση με την παρουσία ψυχικών διαταραχών στα άτομα αυτά (219). Οι Reckert και συν. το 2013 αναφέρουν στη έρευνά τους ότι τα καταθλιπτικά και αγχώδη συμπτώματα σχετίζονται με το φύλο, την επαγγελματική απασχόληση και τη σωματική δραστηριότητα, ενώ τα συμπτώματα ανησυχίας σχετίζονται με το δείκτη μάζας σώματος (220). Στη παρούσα μελέτη δεν βρέθηκαν ανάλογοι συσχετισμοί.

Είναι φυσιολογικό σε ασθενείς με ΧΝΝ, η μεταβολή των κλινικών παραμέτρων να επηρεάζει όχι μόνο τη βιολογική κατάσταση, αλλά και τον ψυχολογικό τομέα των ασθενών αυτών μέσα από την εμφάνιση ψυχιατρικής συμπτωματολογίας (221).

## **Ποιότητα Ζωής**

Μετά από την καταγραφή και την εκτίμηση των ψυχικών διαταραχών των ασθενών με ΧΝΝ που συμμετείχαν στη μελέτη, ακολούθησε η καταγραφή και αξιολόγηση της ΠΖ των ασθενών αυτών, με σκοπό την παρέμβαση και τη βοήθεια της θεραπευτικής ομάδας για τη βελτίωση των επιπέδων της.

Η ΠΖ είναι μια πολυδιάστατη έννοια, η οποία αποτελεί ένα σοβαρά αξιόλογο στοιχείο της θεραπείας των ασθενών με ΧΝΝ. Όπως συμβαίνει και με άλλα χρόνια νοσήματα, πολλές πλευρές της ζωής ενός ατόμου επηρεάζονται από τη ΧΝΝ και τη θεραπεία της η οποία περιορίζει το άτομο άμεσα ή έμμεσα. Τα άτομα με ΧΝΝ, κυρίως τελικού σταδίου, βιώνουν συμπτώματα τα οποία παρεμβαίνουν στη προσωπική και

επαγγελματική τους ζωή, στις δραστηριότητές τους και γενικότερα στη λειτουργία τους ως άτομα. Η πληθώρα των συμπτωμάτων, των συνυπαρχόντων νοσημάτων και των θεραπευτικών σχημάτων που συνοδεύουν το άτομο κατά την πορεία της νόσου, καθιστά αναγκαία μια ουσιαστική εκτίμηση της ΠΖ προκειμένου να γίνει κατανοητή η επίδραση των παρεμβάσεων στη συνολική ευεξία του ασθενή.

Η σύγκριση των αποτελεσμάτων της παρούσας μελέτης με άλλες που αφορούσαν την ΠΖ και την ψυχική υγεία ασθενών σε ΑΚ και ΠΚ, δείχνει ότι καλύτερη ψυχική υγεία παρουσιάζουν οι ασθενείς που υποβάλλονται σε ΠΚ (120, 222). Στην μελέτη των Kalender και συν. το 2007, καταγράφηκαν σημαντικές διαφορές σε όλες τις διαστάσεις του SF-36 (222). Οι Zhang και συν.το 2007, έδειξαν ότι οι ασθενείς σε ΠΚ ανέφεραν καλύτερη ΠΖ στις διαστάσεις της ψυχικής υγείας σε σχέση με τους ασθενείς σε ΑΚ, γεγονός που συμφωνεί με τα δικά μας ευρήματα (120). Σε αντίθεση έρχονται τα αποτελέσματα της έρευνας των Griva και συν. το 2014, αναφέροντας ότι αν και η ΠΚ προσφέρει ευελιξία και αυτονομία στους ασθενείς και παρόλο που τα αποτελέσματα για τις περισσότερες διαστάσεις ήταν ισοδύναμα με των ασθενών της ΑΚ, φάνηκε ότι οι ασθενείς σε ΠΚ διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο συναισθηματικής δυσφορίας και καταγράφουν χαμηλές αξιολογήσεις στη σωματική υγεία (223).

Στην παρούσα έρευνα, οι ασθενείς σε ΑΚ ανέφεραν πιο περιορισμένη ΠΖ σε σχέση με τους ασθενείς σε ΠΚ, καταδεικνύοντας μεγαλύτερη δυσαρέσκεια σε διαφορετικές πτυχές της ζωής τους και περιορισμούς. Αντίθετα, οι ασθενείς σε ΠΚ ήταν εκείνοι που αξιολόγησαν καλύτερα την ΠΖ μέσα από καλύτερη γενική υγεία. Επίσης, η γενική υγεία ήταν η μόνη διάσταση, η οποία βρίσκονταν σε χαμηλότερο επίπεδο στην ΠΚ, εύρημα το οποίο είναι αδιευκρίνιστο. Επιπλέον, εστιάζοντας στις διαφορές μεταξύ ισοδύναμων ομάδων ΑΚ και ΠΚ ασθενών, οι ΑΚ ασθενείς ανέφεραν περισσότερα συμπτώματα άγχους, προβλήματα στον ύπνο και κατάθλιψη. Η κατάθλιψη και οι φοβίες που οι ασθενείς βιώνουν με την ένταξή τους σε ΤΝ ή ΠΚ επηρεάζουν αρνητικά την ΠΖ των ασθενών αυτών, όπως φαίνεται και στην έρευνα των Wasserfallen και συν. το 2004 (160). Οι ΑΚ ασθενείς έδειξαν μεγαλύτερη προτίμηση στην ψυχική διάσταση, εστιάζοντας περισσότερο στον προσωπικό τους έλεγχο, για να ρυθμίσουν την κατάσταση υγείας τους και τους διαιτητικούς περιορισμούς, που η φύση της ασθένειας τους επιβάλλει. Η καλή ψυχική υγεία συνέβαλε σε καλύτερη ΠΖ με λιγότερα σωματικά

συμπτώματα και στις δυο υποομάδες ασθενών. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα μιας ενδιαφέρουσας συστηματικής ανασκόπησης των Boateng et East το 2011, οι ασθενείς σε ΠΚ φαίνεται να βαθμολογούν υψηλότερα την ΠΖ τους σε σύγκριση με τους ασθενείς σε ΑΚ, οι οποίοι φαίνεται να απολαμβάνουν καλύτερη ΠΖ στη διάσταση της σωματικής λειτουργικότητας. Η συνολική βαθμολογία στη ψυχική υγεία ήταν συγκρίσιμη και στις δύο ομάδες ασθενών, ΠΚ και ΑΚ. Σύμφωνα με τους ερευνητές, δεν υπάρχει απάντηση «ναι» ή «όχι» στην ερώτηση ποια μέθοδος βελτιώνει την ΠΖ.

Σύμφωνα με τα ευρήματα της παρούσας μελέτης, η ΠΖ των ασθενών φαίνεται να σχετίζεται με κοινωνικο-δημογραφικούς παράγοντες. Συγκεκριμένες μεταβλητές, όπως η ηλικία, το φύλο, η εκπαίδευση και η οικογενειακή – οικονομική κατάσταση, μπορούν να επηρεάσουν, είτε ευνοϊκά, είτε δυσμενώς την ΠΖ και την ψυχική υγεία των ασθενών. Ιδιαίτερα, όσον αφορά το εισόδημα (μηνιαίο ή ετήσιο) και το επάγγελμα παραμένουν τα πιο προσιτά μέσα για την αξιολόγηση της κοινωνικο-οικονομικής κατάστασης. Η χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση σχετίζεται με αυξημένη συχνότητα εμφάνισης της ΧΝΝ, της εξέλιξης σε τελικό στάδιο ΧΝΝ, ανεπαρκή θεραπεία εξωνεφρικής κάθαρσης και προβλήματα υγείας (224). Επιπλέον, οι περισσότερες μελέτες σε πληθυσμούς ΑΚ καταδεικνύουν ότι το υψηλότερο εισόδημα συσχετίζεται με θετικό ρόλο στη συναισθηματική και ψυχική υγεία (225, 226). Όταν σχεδιάστηκε η συγκεκριμένη μελέτη, η κρίση μόλις άρχιζε και κανείς δεν μπορούσε να προβλέψει τις επιπτώσεις της στη ζωή των ασθενών μας. Σε αυτή την περίοδο της σοβαρής κοινωνικοοικονομικής κρίσης στην Ελλάδα, οι οικονομικές δυσκολίες φαίνεται να είναι ένας κρίσιμος παράγοντας που επηρεάζει δραματικά τις βαθμολογίες της ποιότητας ζωής που αφορούν την ψυχική υγεία. Σε μια παραδοσιακά προσανατολισμένη κοινωνία, όπως η ελληνική, το να είναι ένας ασθενής με ΧΝΝ μόνος και με οικονομικά προβλήματα επηρεάζει σημαντικά την ποιότητα ζωής και πιθανώς επηρεάζει τη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα. Το εύρημα αυτό προτρέπει τους Νεφρολόγους και τους νοσηλευτές να επικεντρωθούν ειδικά σε αυτή την ομάδα ασθενών και να ενεργήσουν αμέσως, προκειμένου να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής τους (227).

Από τις συγκρίσεις των βαθμολογιών που σημείωσαν οι ΑΚ ασθενείς στις κλίμακες του SF-36, με βάση τα κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία, της πολυμεταβλητής ανάλυσης, επιβεβαιώθηκαν τα εξής: όσον αφορά τη σωματική λειτουργικότητα αυτή επηρεάζεται

από τη **ηλικία** των ασθενών. Πιο συγκεκριμένα, για κάθε ένα έτος μεγαλύτερης ηλικίας η σωματική λειτουργικότητα μειώνεται κατά 0,6 περίπου μονάδες. Η πάροδος της ηλικίας φαίνεται, ότι επιδρά αρνητικά στο πώς αντιλαμβάνονται οι ασθενείς, τη σωματική και την ψυχολογική τους υγεία. Οι ηλικιωμένοι ασθενείς δηλώνουν χαμηλότερα επίπεδα σωματικής ευεξίας και υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης στην ΑΚ, σύμφωνα με διάφορες μελέτες (166, 208).

Σχετικά με την συνοπτική κλίμακα σωματικής υγείας, οι τιμές της επηρεάζονται από **την ηλικία** των ασθενών. Πιο συγκεκριμένα για κάθε ένα έτος μεγαλύτερης ηλικίας η συνοπτική κλίμακα σωματικής υγείας μειώνεται κατά 0,2 μονάδες. Σε αντίστοιχη έρευνα φαίνεται, ότι οι ηλικιωμένοι ασθενείς είχαν χαμηλότερη τιμή ΠΖ σε σχέση με τους νεότερους σε ηλικία ασθενείς τον πρώτο χρόνο έναρξης της ΑΚ (228).

Διαφορετικά αποτελέσματα καταγράφονται στην έρευνα των Laudanski και συν. το 2013, όπου φάνηκε ότι τα ψυχολογικά συμπτώματα ήταν πιο συχνά στις νεαρές ηλικίες των δύο ομάδων των ασθενών (ΑΚ, ΠΚ). Επίσης, οι ασθενείς νεαρής ηλικίας παραπονέθηκαν πιο συχνά για έλλειψη ενέργειας, περιορισμένη κινητικότητα, καθώς και για διαταραχές ύπνου, σε σχέση με τις ομάδες των ηλικιωμένων ασθενών σε ΑΚ και ΠΚ αντίστοιχα. Η παραπάνω μελέτη αποκαλύπτει ότι οι νεότεροι και οι ηλικιωμένοι ασθενείς που υποβάλλονται σε εξωνεφρική κάθαρση έχουν πολύ διαφορετικές απόψεις σχετικά με διάφορες ψυχολογικές πτυχές της θεραπείας νεφρικής υποκατάστασης (229).

Όσον αφορά **το φύλο**, οι γυναίκες είχαν κατά 8,5 περίπου μονάδες χαμηλότερη ζωτικότητα σε σχέση με τους άνδρες. Παράλληλα, οι ασθενείς σε ΤΝ κατέγραψαν μέσο όρο 12 μονάδες χαμηλότερη ζωτικότητα σε σχέση με τους ασθενείς σε ΠΚ. Ειδικότερα, οι γυναίκες ασθενείς έδειξαν να αξιολογούν πιο αρνητικά την ψυχολογική τους υγεία. Οι γυναίκες είχαν κατά 7,2 περίπου μονάδες χαμηλότερη τιμή στην ψυχική υγεία, σε σχέση με τους άνδρες. Σε άλλη μελέτη των Peng και συν. το 2013, αναφέρεται ότι οι γυναίκες που υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση είχαν περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης και φτωχή αυτο-αναφερόμενη ΠΖ, αλλά καλύτερη επιβίωση από ό, τι οι άνδρες (230). Σε αντίθεση έρχεται η μελέτη των Garcia και συν. το 2010 που παρουσιάζει τους άνδρες να βιώνουν κατάθλιψη, ενώ υποβάλλονται σε ΤΝ (231).

Η **εκπαίδευση** φάνηκε να έχει επίδραση στο πως αξιολογούν οι ασθενείς το περιβάλλον τους. Σύμφωνα με ευρήματα έρευνας των Cruz και συν. το 2011, τα λιγότερα



χρόνια εκπαίδευσης προδιαθέτουν τους ασθενείς στο να διατυπώνουν μια περισσότερο αρνητική αντίληψη σχετικά με το περιβάλλον, στο οποίο διαβιούν. Αντίθετα, το υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο συνδέεται με θετικότερες εκτιμήσεις της σωματικής υγείας και της ΠΖ (232).

Στη συγκεκριμένη μελέτη διαπιστώθηκε, ότι απόφοιτοι της Γ-βάθμιας εκπαίδευσης είχαν κατά περίπου 8 μονάδες χαμηλότερη τιμή στην συνοπτική κλίμακα ψυχικής υγείας, συγκριτικά με τους απόφοιτους Α/βάθμιας εκπαίδευσης.

Η **οικογενειακή κατάσταση** φάνηκε να επιδρά στην ψυχική υγεία των ασθενών με ΧΝΝ. Η κατάσταση του ασθενούς που είναι χήρος ή διαζευγμένος, προδιαθέτει σε αρνητική αξιολόγηση της ψυχολογικής του υγείας. Ειδικότερα, οι διαζευγμένοι είχαν κατά 25 περίπου μονάδες χαμηλότερη ζωτικότητα και ψυχική υγεία συγκριτικά με τους έγγαμους. Σχετικά με το σωματικό ρόλο προέκυψε ότι, οι διαζευγμένοι είχαν κατά 44 περίπου χαμηλότερες τιμές στο σωματικό ρόλο, σε σχέση με τους έγγαμους. Παράλληλα, οι διαζευγμένοι και οι χήροι είχαν κατά 38 περίπου μονάδες χαμηλότερη τιμή σωματικού πόνου σε σχέση με τους έγγαμους. Τέλος, τόσο οι διαζευγμένοι όσο και οι χήροι είχαν κατά 10 περίπου μονάδες χαμηλότερη τιμή στη συνοπτική κλίμακα σωματικής υγείας, σε σχέση με τους έγγαμους. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, οι έγγαμοι ασθενείς έχουν χαμηλότερα ποσοστά κατάθλιψης και χαμηλότερα ποσοστά θνησιμότητας από τους ανύπαντρους (233,234).



## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η ΧΝΝ αποτελεί μία από τις κύριες αιτίες νοσηρότητας και θνητότητας και οι αιτίες που την προκαλούν παρουσιάζουν βαθμιαία αύξηση της συχνότητας και της επίπτωσής τους παγκοσμίως.

Οι ασθενείς με ΤΣΧΝΝ, οι οποίοι υποβάλλονται σε εξωνεφρική κάθαρση, αντιμετωπίζουν πολλούς οργανικούς και ψυχοπνευματικούς παράγοντες που απορρέουν τόσο από την ίδια τη νόσο, όσο και από άλλα συνοδά νοσήματα.

Η επίδραση της νόσου στην οικογενειακή και στην κοινωνική ζωή των ασθενών είναι καθοριστική, αφού η χρόνια φύση της και η ιδιαιτερότητα της θεραπείας αντιμετώπισης της έχουν ποικίλες επιπτώσεις στη ΠΖ των ασθενών.

Οι ψυχοκοινωνικές πλευρές της νόσου και ειδικά της εξωνεφρικής κάθαρσης, αφορούν τη χρονιότητα της νόσου, τις αλλαγές που συμβαίνουν στην καθημερινή ζωή του ασθενή, στην επαγγελματική του απασχόληση, τον κοινωνικό και οικογενειακό του ρόλο, τη σεξουαλική του ζωή και γονιμότητα και την αβεβαιότητα για το μέλλον και τη ζωή του, καθώς και της οικογένειάς του.

Η κατάθλιψη είναι η συχνότερη ψυχική διαταραχή στους ασθενείς σε εξωνεφρικής κάθαρσης και παρουσιάζει ένα ευρύ φάσμα ποσοστών. Ωστόσο, στην έρευνά μας τα ποσοστά της κλινικής κατάθλιψης εμφανίζονται χαμηλά, πιθανά λόγω της καλής αντιμετώπισης και προσαρμογής των ασθενών.

Οι αγχώδεις διαταραχές είναι αποτέλεσμα, τόσο των οργανικών, όσο και των ψυχοκοινωνικών αγχογόνων παραγόντων που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς που εξετάζουμε.

Τα προβλήματα ύπνου, η κόπωση, το γενικευμένο άγχος και το καταθλιπτικό συναίσθημα, είναι τα κυριότερα συμπτώματα που καταγράφηκαν στη μελέτη μας και αυτά στα οποία θα πρέπει να επικεντρωθούν οι επαγγελματίες υγείας, που εμπλέκονται με τη φροντίδα των ασθενών με ΧΝΝ. Μαζί σε αυτή την προσπάθεια απαραίτητη προϋπόθεση είναι η συμμετοχή του κοινωνικού, αλλά και οικογενειακού περιβάλλοντος του ασθενή με στόχο τη βελτίωση της ΠΖ.



## **ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΙ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ**

Η μελέτη είχε συγχρονικό χαρακτήρα, με αποτέλεσμα να μην είναι δυνατή η εξαγωγή συμπερασμάτων αναφορικά με τα ποσοστά επιπολασμού και τη σταθερότητα των καταγραφόμενων συσχετίσεων στο χρόνο.

Το γεγονός αυτό δημιουργεί την αναγκαιότητα μιας αναδρομικής αξιολόγησης των ασθενών αυτών με στόχο την εκτίμηση της σταθερότητας των ευρημάτων με την πάροδο του χρόνου. Παράλληλα, θα μπορούσε να γίνει η εκτίμηση μιας κατάλληλης και ευέλικτης θεραπευτικής παρέμβασης στους συγκεκριμένους ασθενείς, καθώς και η μέτρηση της ΠΖ πριν και μετά τη θεραπευτική παρέμβαση.



## **ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ**





## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

*Διδακτορική Διατριβή Μαργαρίτας Γ. Οικονόμου, MSc*

### **«Η ανίχνευση των ψυχικών διαταραχών σε ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο»**

**Εισαγωγή:** Η επίδραση των ψυχικών διαταραχών στην έκβαση των ασθενών με χρόνια νεφρική νόσο (ΧΝΝ) αρχίζει να λαμβάνει ιδιαίτερης προσοχής τις τελευταίες κυρίως δεκαετίες. Η προοδευτική αύξηση, τόσο του επιπολασμού όσο και της επίπτωσης του ΤΣΧΝΝ σε όλο τον κόσμο, το υψηλό ποσοστό θνησιμότητας και οι αυξανόμενες δαπάνες για την φροντίδα των ασθενών αυτών, έχουν στρέψει το ερευνητικό ενδιαφέρον σε εκείνες τις πτυχές φροντίδας που έχουν επιπτώσεις στην έκβαση των ασθενών και ενδεχομένως έχουν τη δυνατότητα να τροποποιήσουν και να βελτιώσουν αυτά τα αποτελέσματα. Είναι γενικά αποδεκτό ότι οι ασθενείς με χρόνια νοσήματα, όπως οι νεφροπαθείς, παρουσιάζουν σημαντική επιβάρυνση της ψυχικής τους υγείας, γεγονός που επηρεάζει άμεσα και την ποιότητα ζωής (ΠΖ) τους. Υπάρχει σημαντικός αριθμός ψυχικών διαταραχών, οι οποίες εμφανίζονται κατά τη διάρκεια της εξέλιξης της ΧΝΝ ή γίνονται γνωστές μετά την ένταξη των ασθενών σε εξωνεφρική κάθαρση, ακόμη και μετά τη μεταμόσχευση (MTX). Η κατάθλιψη είναι το πιο κοινό ψυχικό πρόβλημα στους ασθενείς με ΧΝΝ. Η εξέταση της βιβλιογραφίας σχετικά με τον επιπολασμό των διαταραχών αυτών στους χρόνιους νεφροπαθείς αφορά ένα ποσοστό 20-30%. Σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση της ψυχιατρικής νοσηρότητας σε Ελληνικό πληθυσμό ασθενών με ΧΝΝ ποικίλης βαρύτητας και παρεμβάσεων καθώς επίσης και η εκτίμηση της ΠΖ τους.

**Ασθενείς και μέθοδοι:** Για τις ανάγκες του ερευνητικού μέρους της μελέτης συλλέχθηκε δείγμα 190 ασθενών από εξειδικευμένες Νεφρολογικές Κλινικές τριών Νοσοκομείων (Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πάτρας, Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο «Παπαγεωργίου» Θεσσαλονίκης). Συγκεκριμένα, το δείγμα περιλάμβανε 90 ασθενείς που υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση (ΑΚ), 39 ασθενείς που υποβάλλονταν σε περιτοναϊκή κάθαρση (ΠΚ), ενώ 43 είχαν ΧΝΝ σταδίων 1-4 και 18 είχαν υποβληθεί σε ΜΤΧ. Από τον παραπάνω πληθυσμό, 122 ήταν άνδρες και 68 γυναίκες. Η εκτίμηση της ψυχικής νοσηρότητας

περιελάμβανε τη διαγνωστική συνέντευξη «Clinical Interview Schedule-Revised» (CIS-R) (Αναθεωρημένη Κλινική Διαγνωστική Συνέντευξη). Αυτή είναι μια δομημένη συνέντευξη, η οποία έχει σχεδιαστεί ώστε να μπορεί να χορηγηθεί από συνεντευκτές που δεν είναι επαγγελματίες ψυχικής υγείας (ψυχίατροι, ψυχολόγοι ή νοσηλευτές ψυχικής υγείας). Η εκτίμηση της ΠΖ των ασθενών με ΧΝΝ έγινε με τη χρήση του ερωτηματολογίου SF-36. Είναι ένα γενικό όργανο μέτρησης των αποτελεσμάτων της ιατρικής φροντίδας και χρησιμοποιείται ευρέως για την αξιολόγηση της ΠΖ. Οι οκτώ παράμετροι υγείας που μετρούνται από το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο είναι: η φυσική-βιολογική λειτουργία, ο περιορισμός του ρόλου λόγω φυσικών προβλημάτων, η κοινωνική λειτουργία, ο σωματικός πόνος, η γενική πνευματική υγεία, ο περιορισμός του ρόλου λόγω συναισθηματικών προβλημάτων, η ζωτικότητα και η γενική αντίληψη για την υγεία.

**Αποτελέσματα:** Ο επιπολασμός των ψυχικών διαταραχών που διαπιστώθηκε περιλαμβάνει: Κατάθλιψη 3.1%, Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή 4.2%, Σύνδρομο Χρόνιας Κόπωσης 2,1%, Διαταραχή Πανικού 1.5%, Φοβίες 1%, Μικτή Αγχώδης/Καταθλιπτική Διαταραχή 2.6%. Το ποσοστό της μείζονος κατάθλιψης δεν παρουσίασε διαφορές μεταξύ των φύλων. Σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό οι ασθενείς με ΧΝΝ δεν έδειξαν μεγαλύτερη ψυχιατρική νοσηρότητα. Επίσης, δεν καταγράφηκαν υψηλά ποσοστά κατάθλιψης. Σε ό,τι αφορά τα 14 ψυχιατρικά συμπτώματα, διαπιστώθηκε ότι τα προβλήματα ύπνου (31%), η κόπωση (24%), οι ανήσυχες ιδέες ως γενικευμένο άγχος (18%), καθώς και η ανησυχία για τη σωματική υγεία (17%) αποτέλεσαν τα συμπτώματα που παρουσίαζαν τα μεγαλύτερα ποσοστά μεταξύ των ερωτώμενων του δείγματος και ακολούθησαν τα υπόλοιπα σε μικρότερα ποσοστά, όπως το καταθλιπτικό συναίσθημα (14%), οι καταθλιπτικές ιδέες (12%), η ευερεθιστότητα (11%), το σωματικό άγχος (10%), οι ιδεοληψίες (10%) και ακόμη σε πιο μικρά ποσοστά τα προβλήματα μνήμης και συγκέντρωσης (6,84%), οι καταναγκασμοί (6,32%), τα ψυχοσωματικά (4,74%), οι φοβίες (3,68%) και ο πανικός (1,05%). Με τα οκτώ από τα παραπάνω συμπτώματα συσχετίσθηκαν ορισμένοι κοινωνικο-δημογραφικοί παράγοντες και έγινε συσχέτιση με κάποιους κλινικούς παράγοντες, οι οποίοι ήταν σημαντικοί σε ασθενείς που έπασχαν από ΧΝΝ. Σχετικά με τα «προβλήματα ύπνου», βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την ηλικία ( $p=0,04$ ), την οικογενειακή κατάσταση ( $p=0,023$ ), το μηνιαίο εισόδημα ( $p=0,002$ ) και τη ΠΚ ( $p=0,044$ ). Για το

σύμπτωμα «κόπωση» προέκυψε στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τους ασθενείς της ΠΚ ( $p=0.04$ ), καθώς και με το ιστορικό CVD ( $p=0.02$ ). Η οικογενειακή κατάσταση (διαζευγμένοι) φαίνεται να επηρεάζει το σύμπτωμα «ανήσυχες ιδέες» ( $p=0,034$ ), όπως και την καρδιαγγειακή πάθηση (CVD) ( $p=0,029$ ). Η «ανησυχία για τη σωματική υγεία» συσχετίζεται με το μηνιαίο εισόδημα ( $p=0.04$ ), αλλά και με δύο κλινικούς παράγοντες όπως η αλβουμίνη ( $p=0,03$ ) και η υψηλής πυκνότητας λιπωπροτεΐνης χοληστερόλη ( $p=0.016$ ). Το «καταθλιπτικό συναίσθημα» φάνηκε να συσχετίζεται σημαντικά με την οικογενειακή κατάσταση (διαζευγμένοι) ( $p=0,002$ ) και την CVD ( $p=0,046$ ). Σχετικά με το «σωματικό άγχος», βρέθηκε συσχέτιση με τα τριγλυκερίδια (TRG) ( $p=0,03$ ) και την CVD ( $p=0,01$ ). Για το CIS-R>12 προέκυψε στατιστικά σημαντική η επίδραση του φύλου ( $p=0,036$ ), της οικογενειακής κατάστασης ( $p=0,012$ ), των TRG ( $p=0,037$ ), καθώς και του ιστορικού CVD ( $p=0,007$ ). Για την ΠΖ, μετά από σύγκριση με το γενικό πληθυσμό, φάνηκε ότι οι ασθενείς της ΑΚ και ΠΚ παρουσίασαν χαμηλότερες τιμές στις εξής διαστάσεις: «σωματική λειτουργικότητα» ΠΚ ( $p=0,06$ ) και ΑΚ ( $p=0,00$ ), «γενική υγεία» ΠΚ ( $p=0,00$ ) και ΑΚ ( $p=0,00$ ), «ζωτικότητα» ΠΚ ( $p=0,04$ ) και ΑΚ ( $p=0,00$ ), «ρόλο σωματικό» ΠΚ ( $p=0,00$ ) και ΑΚ ( $p=0,00$ ). Για τα δημογραφικά στοιχεία που καταγράφηκαν, προέκυψε ότι υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές για κάθε μία από τις διαστάσεις του SF-36.

**Συμπεράσματα:** Η ΧΝΝ με τα ψυχοκοινωνικά και τα σωματικά προβλήματα που επιφέρει, επηρεάζει αρνητικά την ΠΖ των ασθενών. Ωστόσο, στην παρούσα μελέτη διαπιστώνεται μια σχετικά χαμηλή ψυχιατρική νοσηρότητα και συμπτωματολογία.



## SUMMARY

*Margarita G. Ikonou, MSc, PhD Thesis*

### **“The detection of mental disorders in patients with chronic kidney disease”**

**Introduction:** The impact of mental disorders on the outcome of patients with Chronic Kidney Disease (CKD) was started receiving special attention the last few decades. The gradual increase in both the prevalence and the incidence of end-stage CKD worldwide, the high mortality rate and increasing costs for the care of these patients have turned the research interest to those aspects of care which affect patient outcomes and possibly have the ability to modify and improve these results. It is generally accepted that patients with chronic diseases, such as kidney patients, present a significant burden of mental health, which directly affects their quality of life (QoL). A significant number of mental disorders, which occur during the progression of CKD or become evident after the initiation of dialysis, or even after transplantation. Depression is the most common psychological problem in patients with CKD. The review of the literature regarding the prevalence of these disorders in chronic kidney disease refers to a percentage of 20-30%. The aim of the present study was to investigate psychiatric morbidity in Greek population of CKD patients of different stages, severity and therapeutic intervention, as well as the assessment of their QoL.

**Patients and methods:** One hundred and ninety patients in the Nephrology Departments of three Hospitals of Greece (University Hospital of Ioannina, University Hospital of Patras, Regional General Hospital “Papageorgiou” Thessaloniki). Specifically, the sample included 90 patients undergoing hemodialysis (HD), 39 patients undergoing Peritoneal Dialysis (PD), while 43 had CKD stages 1-4 and 18 were kidney transplant recipients. From them 122 were men and 68 women. The assessment of mental morbidity included diagnostic interview «Clinical Interview Schedule-Revised» (CIS-R) (Revised Clinical Diagnostic Interview). This is a structured interview, which is designed to be administered by interviewers who are not mental health professionals (psychiatrists, psychologists and mental health nurses). The assessment of QoL of patients with CKD was done using the SF-36 questionnaire. It is a general measuring tool of the results of medical care and widely used for assessment of QoL. Eight health parameters measured

by this questionnaire are: physical functioning, role-physical, bodily pain, general health, vitality, social functioning, role-emotional, mental health.

**Results:** The prevalence of mental disorders include: Depression 3,1%, Generalized Anxiety Disorder 4,2% Chronic Fatigue Syndrome 2.1% Panic disorder 1.5% Phobias 1%, Mixed Anxiety/Depressive Disorder 2.6%. The rate of major depression showed no differences between the sexes. Patients with CKD showed no more symptoms compared with the general population. Moreover were not recorded high the rates of depression. Regarding the 14 psychiatric symptoms, we found that sleep problems (31%), fatigue (24%), generalized anxiety/worry (18%) and anxiety/worry about physical health (17%) were the symptoms that had the highest rates among the study group, followed by others in smaller percentages (such as depressive mood (14%), depressive ideation (12%), irritability (11%), somatic anxiety (10%), obsessions (10%), memory and concentration problems (6.84%), the compulsion (6.32%), psychosomatic (4.74%), phobias (3.68%) and panic (1,05%). Various socio-demographic factors were associated the above symptoms. While the same symptoms were correlated with important clinical factors and very frequent in patients suffering from CKD. Regarding the “sleep problems”, we found a statistically significant correlation with age ( $p=0.04$ ), marital status ( $p=0.023$ ), the monthly income ( $p=0.002$ ) and PD ( $p=0.044$ ). The symptom “fatigue” showed statistically significant correlation with the patients of PD ( $p=0.04$ ), and the history of cardiovascular disease (CVD) ( $p=0.02$ ). Marital status (divorced) seemed to affect the symptom “generalized anxiety/worry” ( $p=0.034$ ), as the CVD ( $p=0.029$ ). The “anxiety/worry about physical health” was associated with the monthly income ( $p= 0.04$ ) and with two clinical factors such as albumin ( $p=0.03$ ) and high density lipoprotein cholesterol ( $p=0.016$ ). The “depressive mood” showed to correlate significantly with marital status (divorced) ( $p=0.002$ ) and CVD ( $p=0.046$ ). Concerning the “somatic anxiety” correlation with triglycerides (TRG) ( $p=0.03$ ) and CVD ( $p=0.01$ ) was found. CIS-R>12 score showed a statistically significant effect of gender ( $p=0.036$ ), marital status ( $p=0.012$ ), the TRG ( $p=0.037$ ) and history of CVD ( $p=0.007$ ). Regarding QoL, by comparison with the general population, it appeared that hemodialysis (HD) and peritoneal dialysis (PD) patients showed lower values in: “physical functioning” PD ( $p=0.06$ ) and HD ( $p=0.00$ ), “general health” PD ( $p=0.00$ ) and HD ( $p=0.00$ ), “vitality” PD ( $p=0.04$ ) and HD ( $p=0.00$ ), “ physical

role" PD ( $p=0.00$ ) and HD ( $p=0.00$ ). Those statistical significant differences for each of the dimensions of the SF-36 were recorded of all of demographic data.

**Conclusions:** CKD with psychosocial and physical problems which causes, has a negative effect on QoL of patients. However in this study we found a relatively low psychiatric morbidity and symptomatology.





## BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Fukuhara S, Yamazaki S, Hayashino Y, Green J. Measuring health-related quality of life in patients with end-stage renal disease: why and how. *Nat Clin Pract Nephrol* 2007;3:352–353
2. Testa M, Simonson D. Assessment of quality of life outcomes. *N Engl J Med* 1996;334: 835-840
3. Drossman D. Psychosocial consideration in gastroenterology. In: Sleisenger M (ed). *Gastrointestinal disease: pathophysiology, diagnosis and management*. Philadelphia, WB Saunders 1995;pp 69-79
4. Finkelstein F, Finkelstein S. Depression in chronic dialysis patients: assessment and treatments. *Nephrol Dial Transplant* 2003;15:1911-3
5. Kimmel PL, Peterson RA. Depression in end-stage renal disease patients treated with hemodialysis: Tools, correlates, outcomes, and needs. *Semin Dial* 2005;18: 91–97
6. Cukor D, Peterson RA, Cohen SD, Kimmel PL. Depression in end-stage renal disease hemodialysis patients. *Nat Clin Pract Nephrol* 2006;2:678-687
7. Watnick S, Kirwin P, Mahnensmith R, Concato J. The prevalence and treatment of depression among patients starting dialysis. *Am J Kidney Dis* 2003;41: 105-10
8. Rabindranath KS, Butler JA, Macleod AM, Roderick P, Wallace SA, Daly C. Physical measures for treating depression in dialysis patients. *Cochrane Database Syst Rev*(3): 2005; 45-41
9. Kimmel P, Peterson R, Weihs KL et al. Psychosocial factors, behavioural compliance and survival in urban haemodialysis patients. *Kidney Int* 1998;54: 245
10. (Pritchard J, 2000). Pritchard J. Quantitating quality of life. *Lancet Oncol* 2000;1(1):16
11. Auer J. Renal nursing. Thomas N (ed). 2nd Edition. London UK, Bailliere Tindall 2002
12. National Kidney Foundation. K/DOQI clinical practice guidelines for Chronic Kidney Disease: evaluation, classification and stratification. *Am J Kidney Dis* 2002;39(Suppl 2):S1-246
13. Coresh J, Astor BC, Greene T, Eknoyan G, Levey AS. Prevalence of chronic kidney disease and decreased kidney function in the adult US population: Third national health and nutrition survey. *Am J Kidney Dis* 2003;41(1): 1-12

14. de Lusignan S, Chan T, Stevens P, O'Donoghue D et al. Identifying patients with CKD from general practice computer records. *Fam Pract* 2005;22(3):234-241
15. Moeller S, Gioberge S, Brown G. ESRD patient in 2001: global overview of patients, treatment modalities and development trends. *Nephrol Dial Transplant* 2001;17: 2071-6
16. International Federation of Renal Registries website (2005). Διαδίκτυο: <http://www.iferr.net>
17. ERA-EDTA Registry: ERA-EDTA Registry 2003 Annual Report. Academic Medical Center, Amsterdam, The Netherlands, May 2005
18. Atkins R. The epidemiology of chronic kidney disease. *Kidney Int* 2005; 67 (Supp 94): S14-S18
19. Αρχεία Νεφρολογικής Εταιρείας 2009. <http://www.ene.gr> (Μάρτιος 2009)
20. ERA-EDTA Registry: ERA-EDTA Registry 2006 Annual Report. Academic Medical Center, Department of Medical Informatics, Amsterdam, The Netherlands, 2008
21. U.S. Renal Data System, USRDS 2006 Annual Data Report: Atlas of End-Stage Renal Disease in the United States. Bethesda, Md., National Institutes of Health, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, 2006. Available online from <http://www.usrds.org>.
22. XUE J, MA J Louis TA, Collins AJ. A forecast of the number of patients with endstage renal disease in the United States to the year 2010. *J Am Soc Nephrol* 2001;12:2753-2758
23. Roderick P. What determines geographical variation rates of acceptance onto renal replacement therapy in England? *J Health Serv Res Policy* 1999; 4, (3):139-146
24. Young EW, Mauger EA, Jiang KH Young EW, Mauger EA, Jiang KH. Socioeconomic status an end stage renal disease in the US. *Kidney Int* 1994;45,(3):907-911
25. S.M.B.E. (SA) Inc. Newsletter Vol. X No 6 Page 1.
26. Organization for economic cooperation and development (2006). Electronic Data Base, Paris
27. Catlin M (2003). Haemodialysis vs. Peritoneal Dialysis. NSW Biomedical Technician's Conference SMBE (SA) Inc. Newsletter vol X No 6

28. Thodis E, Passadakis P, Oreopoulos D. Peritoneal dialysis: better than, equal to, or worse than hemodialysis? Data worth knowing before choosing dialysis modality. *Perit Dial Int* 2001;21:25-35
29. Dougirdas J, Peter B, Todd S. *Ing. Handbook of Dialysis 4th Edition*, Lippincott Williams and Wilkins 2007
30. Blake C, Codd M, Cassidy A, O'Meara YM. Physical function, employment and quality of life in end stage renal disease. *J Nephrol* 2000 Mar-Apr;13(2):142-9.
31. Franklin P. *Renal transplantation. Renal Nursing*. Thomas N (ed). 2<sup>nd</sup> Edition. London UK, Bailliere, Tindall 2002
32. Connerney I, Shapiro PA, McLaughlin JS, Bagiella E, Sloan RP. Relation between depression after coronary artery bypass surgery and 12-month outcome: a prospective study. *Lancet* 2001 Nov 24;358(9295):1766-71
33. Guidelines Committee: 2003 European Society of Hypertension-European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension. *J Hypertens* 2003;21: 1011-1053
34. EDTNA/ERCA Chronic Kidney Disease (CKD) Interest Group, clinical practice guidelines 2008; 238-253
35. Chronic condition. Διαδύκτιο [http://en.wikipedia.org/wiki/chronic\\_\(medicine\)](http://en.wikipedia.org/wiki/chronic_(medicine))
36. McQueen D. Continuing efforts in global chronic disease prevention. *Prev Chronic Dis* 2007;4(2):A21
37. Ebrahim S, Garcia G. Globalization of behavioral risks needs faster diffusion of interventions. *Prev Chronic Dis* 2007;4(2):A32
38. Bastide, R. Evenement. *Encyclopedia Universalis Nouvelle Edition* 1985;7:629-631
39. Guyotat J.. Proposition pour une Clinique psychopathologique des evenements de la vie. In Guyotat J & Fedida P. *Evenement et psychopathologie*. Villeurbanne: Simep 1985;127-132
40. Bourguignon A. L' evenement desorganisateur et autoorganisateur, In: Guyotat J & Fedida P, *Evenement et Psychopathologie* Villeurbanne: Simep 1983;127-132
41. Gilliland B, James R., *Crisis intervention strategies*. 1988, California, Brooks/cole publishing company
42. Flannery R, Everly G. Crisis intervention: A review, *Int J Emerg Ment Health* 2000;2(2): 119-125

43. Evans PN, Mannien DL, Garsison LP. The QoL of patients with ESRD. *N Engl J Med* 1985; 312:553-9
44. Auer J. Preparing for dialysis treatment. In: *Towards a closer understanding, caring together 2003 Chapter 3*. EDTA-ERA, Switzerland
45. Loftin LP, Beymer C. Collaborative end-of-life decision. Making in end stage renal disease. *ANNA Journal* 1988;597:615-7
46. Ran KJ, Hyde C. Nephrology nursing practice: more than technical expertise. *EDTNA-ERA Journal XXV* 1999;(4):4-7
47. Cook S. Psychological and educational support for CAPD patients. *Br J Nursing* 1995;4: 809-810 827-8
48. Szabo E, Moody H, Hamilton T Ang C, Kovithavongs C, Kjellstrand C. Choice of treatment improves quality of life. A study on patients undergoing dialysis. *Arch Intern Med* 1997;157: 1352-6
49. Oberley E, Schatell D. Home hemodialysis: survival, quality of life and rehabilitation. *Adv Ren Replace Ther* 1996;3:147-53
50. Valderrabano F, Jofre R. Quality of life in end-stage renal disease patients. *Am J Kidney Dis* 2001;38:443-64
51. Gokal R, Hutchison A. Dialysis therapies for end stage renal disease. *Sem Dial* 2002;15: 220-6
52. Αμπατζόγλου Γ. Ψυχοκοινωνικά προβλήματα. 2005 Διαδίκτυο: <http://www.childmental health.gr>
53. Καραθανάσης Δ. Συνέντευξη. *Dialysis Living* 2005;14:34-5
54. Reichsman F, Levy N. Problems in adaptation to maintenance hemodialysis. In Moos RH (ed) *Coping with physical illness* 1977 pp 311-328. Plenum Medical Book Company
55. Surman O. Hemodialysis and renal transplantation. In Hackett TP and Cassem NH (eds), *Massachusetts General Hospital, Handbook of General Hospital Psychiatry 2nd Edition* 1987. Pp 381-402. PSG Publishing Company, Littleton Massachusetts
56. Gokal R. Quality of life in patients undergoing renal replacement therapy. *Kidney Int* 1993;43 (Suppl 40):23-7
57. Καϊτελίδου Δ, Λιαρόπουλος Λ. Οι κοινωνικές και οικονομικές συνέπειες της αιμοκάθαρσης στη ζωή των ασθενών με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια. *Νοσηλευτική* 2007;46 (2):246-55

58. Curtin R, Oberley E Sacksteder P, Friedman A. Differences between employed and nonemployed dialysis patients. *Am J Kidney Dis* 1996;27:533-40
59. Kutner N, Curtin R Oberley E, Sacksteder P. Fulfilling the promise: Ling king rehabilitation interventions with ESRD patients outcomes. *Dial Transplant* 1997;26:282-92
60. Antonoff A, Mallinger M. Quality of work life of the renal patient. Perspectives. *J CNSW* 1984;10:267-77
61. Wolcott D, Nissenson AR, Landsverk J. Quality of life in chronic dialysis patients: factors unrelated to dialysis modality. *Gen Hosp Psychiatry* 1988;10:267-77
62. Felton B, Revenson TA, Hinrichsen GA. Stress and coping in the explanation of psychological adjustment among chronically ill adults. *Soc Sci Med* 1984;18:889-848
63. Juneau B. Psychological and psychosocial aspects of renal rehabilitation. *Crit Care Nurs Q* 1995;17:62-6
64. Palmer BF. Sexual dysfunction in uremia. *J Am Soc Nephrol* 1999;10:1381-8
65. Levy NB. Psychological problems in patients on dialysis. In: Proceedings of the EDNA-ERA. Stevens E, Monkhouse P (eds). London: Bailliere Tindall 1985;14:177-84
66. Anantharaman P, Schmidt R. Sexual function in chronic kidney disease. *Adv Chr Kidney Dis* 2007;14:119-25
67. Finkelstein S, Finkelstein F. Evaluation of sexual dysfunction in dialysis patients. In: dialysis therapy. Nissenson AR (ed). 3rd Edition Philadelphia PA Hanley and Beltus;2002 pp 368-73
68. Steele T, Wuerth D, Finkelstein S et al. Sexual experience of the chronic peritoneal dialysis patients. *J Am Soc Nephrol* 1996;7:1165-8
69. Peng VS, Chiang CK, Hung KY et al. The association of higher depressive symptoms and sexual dysfunction in male haemodialysis patients. *Nephrol Dial Transplant* 2007;22:857-61
70. Wheeler H. Birthmarks, body image and their implications. *Br J Midwifery* 1997;5:272-6
71. Ellis PA. Altered body image in patients on CAPD. *Professional Nurse* 1996;11:337-8
72. Price B. Body image: nursing concepts and care. New York, Prentice Hall 1990

73. MacDonald J. Dialysis (part 1): continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Nursing standard* 1999;11:48-55
74. Galpin C. Body image in end-stage renal failure. *Br J Nursing* 1992;1:21-3
75. Camsati T, Cavdar C, Yemez B et al. Psychosexual function in CAPD and hemodialysis patients. *Perit Dial Intern* 1999;19:585-8
76. Schmidt R, Holley J. Fertility and contraception in end-stage renal disease. *Adv Renal Repl Ther* 1998;5:38-44
77. White Y, Grenyer B. The biopsychosocial impact of end-stage renal disease: the experience of dialysis patients and their partners. *J Adv Nursing* 1999;30:1312-20
78. Weinman J, Petrie K. Illness perception: a new paradigm for psychosomatics? *J Psychosom Res* 1997;42:113-6
79. Kimmel P. Just whose quality of life is it anyway? Controversies and consistencies in measurements of quality of life. *Kidney Int* 2000;57 (Suppl 74):113-20
80. Peterson R, Greenberg G. The role of perception of illness. *Health Psychol* 1989;11:2-3
81. Devins G, Beanlands H, Mandin H, Taub KJ, Paul LC. Psychosocial impact of illness intrusiveness moderated by self-concept and age in end-stage renal disease. *Health Psychol* 1997;16:529-38
82. Kutner U, Devins G. A comparison of the quality of life reported by elderly whites and elderly blacks on dialysis. *Geriatr Nephrol Urol* 1998;8:77-83
83. Kaveh K, Kimmel P. Compliance in hemodialysis patients multidimensional measures in search of a gold standard. *Am J Kidney Dis* 2001;36:244-66
84. Shulman R, Price J, Spinelli J. Biopsychosocial aspects of long-term survival on end-stage renal failure therapy. *Psychol Med* 1989;19:945-54
85. Leggat J, Orzol SM, Hulbert-Shearon TE et al. Non compliance in haemodialysis: predictors and survival analysis. *Am J Kidney Dis* 1998;32:139-45
86. Bleyer A, Hylander B, Sudo H et al. An international study of patients compliance with hemodialysis. *J Am Med Assoc* 1999;281:1211-3
87. Bloembergen W, Port F, Mauger EA, Wolfe RA. A comparison of mortality between patients treated with hemodialysis and peritoneal dialysis. *J Am Soc Nephrol* 1996;6:177-83

88. Bernardini J, Nayy M Piraino B. Pattern of noncompliance with dialysis exchanges in peritoneal dialysis patients. *Am J Kidney Dis* 2000;35:1104-10
89. Baines L, Jindal R. Non-compliance in patients receiving hemodialysis: an in-depth review. *Nephron* 2000;85:1-7
90. Loghman-Adhman M. Medication non-compliance in patients with chronic disease: issues in dialysis and renal transplantation. *Am J Manag Care* 2003;9:155-71
91. Everett K, Sletten C. Predicting non-compliance to fluid restrictions in hemodialysis patients. *Dial Transplant* 1993;22:614-21
92. Flocke S, Miller W, Crabtree B. Relationships between physician practice style, patient satisfaction and attributes of primary care. *J Fam Pract* 2002;51:835-40
93. Kalda R, Polluste K, Lember M. Patients satisfaction with care is associated with personal choice of physician. *Health Policy* 2003;64:55-62
94. Rapisarda F, Tarantino A, De Vecchi A et al. Dialysis and kidney transplantation: similarities and differences in the psychological aspects of non-compliance. *Transplant Proc* 2006;38(4):1006-9
95. Berkman L. The role of social relations in health promotion. *Psychosom Med* 1995;57: 245-54
96. House J, Landis K, Umberson D. Social relationships and health. *Science* 1988;241:540-5
97. Cleary J, Drennan A. Quality of life of patients on haemodialysis for end-stage renal disease. *J Adv Nursing* 2004;51(6):577-83
98. Blake C, Codd M, Cassidy A, O'Meara YM. Physical function, employment and quality of life in end stage renal disease. *J Nephrol* 2000;13(2):142-9
99. Walshe C. Living with a venous leg ulcer: a descriptive study of patients experiences. *J Adv Nursing* 1995;22:1022-100
100. Charmz K. Loss of self: a rudimental from of suffering in the chronically ill. *Soc Health Illness* 1983;5:168-95
101. Binkley L. Dialysis patients care in loss and bereavement. *EDTNA-ERCA Journal* 1999; XXV: 52-6
102. Finkelstein FO, Finkelstein SH, Steele TE. Assessment of marital relationships of hemodialysis patients. *Am J Med Sci* 1996;271:21-8

103. Daneker B, Kimmel PL, Ranich T, Peterson RA. Depression and marital dissatisfaction in patients with end stage renal disease and in their spouses. *Am J Kidney Dis* 2001;38:839-46
104. Turner-Musa J, Leidner D. Family structure and patient survival in an African-American end-stage renal disease population: a preliminary investigation. *Soc Sci Med* 1999; 48(10):1333-40
105. Burndfield S, Multiple Sclerosis: a personal exploration. Διαδίκτυο: <http://www.greekmssociety.gr> Sandy Burfield
106. Munch E. Η Κραυγή. Διαδίκτυο [http://el.wikipedia.org/wiki/Η\\_Κραυγή](http://el.wikipedia.org/wiki/Η_Κραυγή)
107. The Collected Papers of Adolf Meyer, edited by Eunice E. Winters. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1950–1952; 4 vols, volume II psychiatry
108. American Psychiatric Association (2000a). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fourth Edition, Text Revision: DSM-IV-TR. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc. ISBN 0-89042-025-4
109. Snow V, Lascher S Mottur-Pilson C. Pharmacologic treatment of acute major depression and dysthymia. *Ann Intern Med* 2000;132:738-42
110. Murray C and Lopez A. Alternative projections of mortality an disability by cause, 1990-2020: Global burden of disease study. *Lancet* 1997;349:1498-504
111. Kimmel P, Weihs K, Peterson R. Survival in hemodialysis patients – The role of depression. *J Am Soc Nephrol* 1993;4:12-27
112. Katon W, Sullivan M. Depression and chronic medical illness. *J Clin Psychiatry* 1990 51 Suppl:3-11
113. Wise M, Taylor S. Anxiety and mood disorders in medically ill patients. *J Clin Psychiatry* 1990;51(Suppl 1):27-32
114. Devins G, Binik Y Hutchinson TA, Hollomby DJ, Barré PE, Guttman RD. The emotional impact of end-stage renal disease: importance of patients perceptions of intrusiveness and control. *Int J Psychiatry Med* 1983;13:327-43
115. Hinrichsen G, Lielerman J Pollack S, Steinberg H. Depression in hemodialysis patients *Prsychosomatics* 1989;30:284-9
116. Husbye D Westlie L, Styrvoky TJ, Kjellstrand CM. Psychological, social and somatic prognostic indicators in old patients undergoing long-term dialysis. *Arch Intern Med* 1987; 147:1921-24
117. Kimmel PL, Cohen SD, Peterson RA. Depression in patients with chonic renal disease: where are we going? *J Ren Nutr* 2008;18(1):99-10



118. O'Donnell K, Chung. The diagnosis of major depression in end-stage renal disease. *Psychosomatics* 1997;32:382-9
119. Smith M, Hang B, Robson A. Diagnosis of depression in patients with end-stage renal disease. *Am J Med* 1985;79:160-6
120. Zhang A-H, Cheng L-T, Zhu N, Sun LH, Wang T. Comparison of quality of life and causes of hospitalization between hemodialysis and peritoneal dialysis patients in China. *Health and quality of life outcomes* 2007;5:49
121. Barth J, Schumacher M, Herrmann-Lingen C. Depression as a risk factor for mortality in patients with coronary heart disease: a meta-analysis. *Psychosom Med.* 2004 Nov-Dec;66(6):802-13
122. Beck AT, Steer RA, Ball R, Ranieri W. Comparison of Beck Depression Inventories –IA and –II in psychiatric outpatients. *J of Personality Assessment* 1996;67:588-597
123. Lopes AA, Albert JM, Young EW et al. Screening for depression in hemodialysis patients: Associations with diagnosis, treatment and outcomes in the DOOPS. *Kidney Int* 2004;66:2047-2053
124. Levenson J, Glocheski S. Psychological factors affecting end-stage renal disease: a review. *Psychosomatics* 1991;32:382-9
125. Finkelstein F, Wuerth D, Troidle LK, Finkelstein SH. Depression and end-stage renal disease: a therapeutic challenge. *Kidney Int.* 2008 Oct;74(7):843-5
126. Cohen L, Steinberg M, Hails KC, Dobscha SK, Fischel SV. The psychiatric evaluation of death-hastening requests: lessons from dialysis discontinuation. *Psychosomatics* 2000;41: 195-203
127. Craven L, Rodin G, Johnson L, Kennedy SH. The diagnosis of major depression in renal dialysis patients. *Psychosomatic Med* 1987;49:482-92
128. Kimmel PL. Depression as a mortality risk factor in hemodialysis patients. *Int J Artif Organs* 1992;15(12):697-700
129. Zimmerman PR, Camey SA, Marijde J. A cohort study to assess the impact of depression on patients with kidney disease. *Int J Psychiatry Med* 2006;36(4):457-6
130. Kimmel PL. Psychosocial factors in dialysis patients. *Kidney Int* 2001;59:1599-1613
131. Christensen A, Ehlers S. Psychological factors in end-stage renal disease: an emerging context for behavioural medicine research. *J Consult Clin Psychol* 2002;70(3): 712-24

132. Kimmel PL, Cukor D, Cohen SD, Peterson RA. Depression in end-stage renal disease patients: A critical review. *Adv Chronic Kidney Disease* 2007;14:328-334
133. Kimmel PL. Depression in patients with chronic renal disease: What we know and what we need to know. *J Psychosomatic Res* 2002;53:951-956
134. Wuerth D, Finkelstein SH, Kliger AS, Finkelstein FO. Chronic peritoneal dialysis patients diagnosed with clinical depression: results of pharmacologic therapy. *Semin Dial.* 2003 Nov-Dec;16(6):424-7
135. Fukunishi I, Sugawara Y, Takayama T, Makuuchi M, Kawarasaki H, Surman OS. Psychiatric disorders before and after living related transplantation. *Psychosomatics* 2001;42:337-343
136. Dobbels F, De Bleser L, De Geest S, Fine RN. Quality of life after kidney transplantation: The bright side of life? *Adv Chronic Kidney Dis* 2007;14:370-378
137. Kimmel PL, Patel SS. Quality of life in patients with chronic kidney disease: Focus on end-stage renal disease treated with hemodialysis. *Semin Nephrol* 2006;26:68-79
138. Nichols KA, Springford B. The psycho-social stressors associated with survival in dialysis. *Behav. Resc. Ther.* 1984;22(5):563-74
139. Kimmel PL, Weihs KL, Peterson RA. Multiple measurements of depression predict mortality in a longitudinal study of chronic haemodialysis patients. *Kidney Int* 2000;57:2093-2098
140. Hedayati SS, Bosworth HB, Kuchibhatla M , Kimmel PL, Szczech LA. The predictive value of self report scales compared with physician diagnosis of depression in hemodialysis patients. *Kidney Int* 2006;69:1662-1668
141. Boulware LE, Liu Y, Fink NE. Temporal relation among depression symptoms, cardiovascular disease events and mortality in end stage renal disease: Contribution of reverse causality. *Clinical J of Am Soc of Neph* 2006;1:496-504
142. Lazarus R.S. *Patterns of adjustment.* New York: John Willey 1976
143. Bihl M Ferrans CE, Powers MJ. Comparing stressors and quality of life of dialysis patients. *ANNA J.* 1988;15:27-36
144. Lok P. Stressors, coping mechanisms and quality of life among dialysis patients in Australia. *J Adv Nurs* 1996;23: 873-881
145. Christovao F. Anxiety, the coping methods and quality of life in chronic hemodialysis patients. *EDTNA-ERCA J* 1999;XXV4:39-44

146. Horsburgh M, Rice VH, Matuk L. Sense of coherence and life satisfaction patient and spousal adaptation to home dialysis. ANNA J 1998;25:219-28
147. Dingwall R. Living with renal failure: the psychological issues. EDTNA-ERCA J 1997;23: 28-30
148. Watson D, Sinha B. Gender, age, and cultural differences in the defence style questionnaire-40. J Clin Psychol 1998;54:67-45
149. Gutman R, Stead WW, Robinson RR. Physical activity and employment status of patients on maintenance dialysis. N Engl J Med 1981;304:309-13
150. Retting R, Sadler J, Meyer KB et al. Assessing health and quality of life outcomes in dialysis: a report on an institute of medicine work-shop. Am J Kidney Dis 1997; 30:140-55
151. Deniston O, Carpentier-Alting P, Kneisley J, Hawthorne VM, Port FK. Assessment of QoL in end-stage renal disease. Health Serv Res 1989;24:555-78
152. Ferrans C, Powers M. Quality of life in hemodialysis patients. ANNA J 1993;20:575-82
153. Carmichael P, Popoola J, John I, Stevens PE, Carmichael AR. Assessment of quality of life in a single centre dialysis population using the KDQOL-SF questionnaire. Qual Life Res 2000 Mar; 9(2)Q195-205
154. Gokal R, Figueras M, Olle A, Rovira J, Badia X. Outcomes in peritoneal dialysis and hemodialysis – a comparative assessment of survival and quality of life. Nephrol Dial Transplant 1999;14(Suppl 6):24-30
155. Merkus M, Jager K, Dekker F et al for the NECOSAD Group. QoL in patients on chronic dialysis: self assessment 3 months after start of treatment. Am J Kidney Dis 1997;29:584-92
156. Merkus M, Jager K, Dekker F et al for the NECOSAD Group. Physical symptoms and QoL in patients on chronic dialysis: results of the Netherlands Cooperative Study on Adequacy of Dialysis. Nephrol Dial Transplant 1999;14:1163-70
157. Merkus M, Jager K, Dekker F et al for the NECOSAD Group. QoL over time in dialysis: The Netherlands Cooperative Study on the Adequacy of Dialysis. Kidney Int 1999;56:720-8
158. Diaz-Buxo J, Lowrie E, Lew N, Zhang H, Lazarus JM. Quality of life evaluation using short-form 36: comparison in hemodialysis and peritoneal dialysis patients. Am J Kidney Dis 2000; 35:293-300
159. Cameron J, Whiteside C, Kata J. Differences in QoL across renal replacement therapies: a meta-analytic comparison. Am J Kidney Dis 2000;35:629-37

160. Wasserfallen J, Halabi G, Saudan P et al. Quality of life on chronic dialysis: comparison between hemodialysis and peritoneal dialysis. *Nephrol Dial Transplant* 2004;19: 1594-9
161. Wu A, Fink N, Marsh-Manzi J. Changes in quality of life during hemodialysis and peritoneal dialysis treatment: generic and disease specific measures. *J Am Soc Nephrol* 2004; 15:743-53
162. Ricka R, Evers G. The manner of care, self care and quality of life in dialysis patients. *Plege* 2004;17:15-21
163. Weisbord S, Friend L, Arnold R et al. Prevalence, severity and importance of physical and emotional symptoms in chronic hemodialysis patients. *J Am Soc Nephrol* 2005; 16:2487-94
164. Santos P, Pontes L. Change in the level of quality of life in end-stage kidney patients during a 12 months follow-up. *Rev Assoc Med Bras* 2007;53:329-34
165. Mingardi G, Cornalba L, Cortinovic E, Ruggiata R, Mosconi P, Apolone G. Health-related quality of life in dialysis patients. A report from an Italian study using the SF-36 Health Survey DIAQOL Group. *Nephrol Dial Transplant* 1999;14:1503-10
166. Apostolou T, Hutchisor A, Boulton A et al. Quality of life in CAPD, transplant and chronic renal failure patients with diabetes. *Renal Fail* 2007;29:189-97
167. Mallick N, El Marasi A. Dialysis in the elderly, to treat or not to treat? *Nephrol Dial Transplant* 1999;14(1):37-9
168. Williams P, Cartmel L, Hollis J. The role of automated peritoneal dialysis (APD) in an integrated dialysis programme. *Br Med Bull* 1997;53(4):697-705
169. Apostolou T. Quality of life in the elderly patients on dialysis. *Int Urol Nephrol* 2007;39: 679-83
170. Lamping D, Constantinovici N, Roderick R. Clinical outcomes, quality of life and costs from the North Thames Dialysis Study of elderly people on dialysis: a prospective cohort study. *Lancet* 2000;356:1543-50
171. Harris S, Lamping D Brown EA, Constantinovici N; North Thames Dialysis Study (NTDS) Group. Clinical outcomes and quality of life in elderly patients on peritoneal dialysis vs. hemodialysis. *Perit Dial Int* 2002;22:463-70
172. Garcia-Mendoza M, Valdes, C Ortega T, Rebollo P, Ortega F. Differences in health-related quality of life between elderly and younger patients on hemodialysis. *J Nephrol* 2006;19:808-18

173. Saini T, Murtagh F, Dupont PJ, McKinnon PM, Hatfield P, Saunders Y. Comparative pilot study of symptoms and quality of life in cancer patients and patients with end-stage renal disease. *Palliative Med* 2006;20:631-36
174. Δαμίγος Δ, Καλτσούδα Α, Οικονόμου Μ, Σιαμόπουλος ΚΧ “Βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση της χρόνιας νεφρικής νόσου. Ο ρόλος της Μονάδας Ψυχονεφρολογίας”, *Ελληνική Νεφρολογία* 2010;22(2):120-129
175. Kelly M, Tibbles R. Counselling should be offered to people with end-stage renal failure. *EDTNA ERCA J* 2004;30(1):31-3
176. Οικονομίδου Γ, Ζλατάνος Δ. Κατάθλιψη ασθενών με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια. *Dialysis Living* 2005;14:22-32
177. Keogh A, Feehally J. A quantitative study comparing adjustment and acceptance of illness in adults on renal replacement therapy. *ANNA J* 1999;26(5):471-7
178. Παππά Ε, Κοντοδημόπουλος Ν, Νιάκας Δ. Εγκυροποίηση και προτυποποίηση της επισκόπησης υγείας SF-36 με αντιπροσωπευτικό δείγμα του ελληνικού πληθυσμού. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 2006;23(2):159-166
179. Lewis G, Pelosi A, Araya R, Dunn G. Measuring psychiatric disorder in the community : a standardised assessment for use by lay interviewers. *Psychol Med* 1992;22:465-486
180. Jenkins R, Bebbington P, Brugha T et al. The national Psychiatric Morbidity Surveys of Great Britain: strategy and methods. *Psychol Med* 1997;27:765-774
181. Skapinakis P, Zissi A, Savidou M, Tseloni M, Chiou M. Prevalence and sociodemographic associations of psychiatric morbidity in rural communities of the North Aegean. *Arch Hell Med* 2007;24(s1):30-36
182. Magklara K, Skapinakis P, Gkatsa T et al. Bullying behaviour in schools, socioeconomic position and psychiatric morbidity: a cross-sectional study in late adolescents in Greece. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2012;-12;6:8
183. Σκαπινάκης Π, Μαγκλάρα Κ, Μπέλλος Σ, Γκάτσα Γ, Μιχάλης Γ, Μαυρέας Β. «Η σχέση των κοινωνικοοικονομικών παραγόντων με τις ψυχικές διαταραχές στην περίοδο της όψιμης εφηβείας - Συγχρονική μελέτη στη βορειοδυτική Ελλάδα» *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 2008;25(Συμπλ.1):1-11
184. Ware J, Sherbourne C. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992;30(6):473-483
185. Khan I, Garratt A, Kumar A et al. Patients’ perception of health on renal replacement therapy: evaluation using a new instrument. *Neph Dial Transpl* 1995;10:684-689

186. Palmer S, Vecchio M, Craig JC et al. Prevalence of depression in chronic kidney disease: systematic review and meta-analysis of observational studies. *Kidney Int.* 2013 Jul;84(1):179-91
187. Hedayati SS, Finkelstein FO. Epidemiology, diagnosis, and management of depression in patients with CKD. *Am J Kidney Dis.* 2009 Oct;54(4):741-52
188. Murtagh FE, Addington-Hall J, Higginson IJ. The prevalence of symptoms in end-stage renal disease: a systematic review. *Adv Chronic Kidney Dis.* 2007 Jan;14(1):82-99
189. Skapinakis P, Bellos S, Koupidis S, Grammatikopoulos I, Theodorakis PN, Mavreas V. Prevalence and sociodemographic associations of common mental disorders in a nationally representative sample of the general population of Greece. *BMC Psychiatry.* 2013 Jun; (4)13:163
190. Kessler RC, Berglund P, Demler O et al. National Comorbidity Survey Replication. The epidemiology of major depressive disorder: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *JAMA.* 2003;289:3095–3105
191. Hui DS, Wong TY, Ko FW et al. Prevalence of sleep disturbances in Chinese patients with end-stage renal failure on continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Am J Kidney Dis* 2000;36:783–8
192. De Vecchi A, Finazzi S, Padalino R et al. Sleep disorders in peritoneal and haemodialysis patients as assessed by a self administered questionnaire. *Int J Artif Organs* 2000;23:237–42
193. De Santo RM, Cesare CM, Bartiromo M, Cirillo M. High prevalence of sleep disorders at the time of CKD diagnosis. *J Ren Nutr.* 2008 Jan;18(1):104-6
194. Burkhalter H, Brunner D, Anna Wirz-Justice et al. Self-reported sleep disturbances in renal transplant recipients. *BMC Nephrol.* 2013;14:220
195. Plantinga L, Lee K, Inker LA et al; CDC CKD Surveillance Team. Association of sleep-related problems with CKD in the United States, 2005-2008. *Am J Kidney Dis.* 2011 Oct;58(4):554-64
196. Fritsch Montero R, Lahsen Martínez P, Romeo Gómez R et al. Sleep disorders in the adult population of Santiago of Chile and its association with common psychiatric disorders. *Actas Esp Psiquiatr.* 2010 Nov-Dec;38(6):358-64. Epub 2010 Nov 1
197. Liu H. Fatigue and associated factors in hemodialysis patients in Taiwan. *Research in Nursing and Health.* 2006;29(1):40–50

198. O'Sullivan D, McCarthy G. An exploration of the relationship between fatigue and physical functioning in patients with end stage renal disease receiving haemodialysis. *J Clin Nurs*. 2007 Nov;16(11C):276-84
199. Yngman-Uhlin P, Edéll-Gustafsson U. Self-reported subjective sleep quality and fatigue in patients with peritoneal dialysis treatment at home. *J Nurs Pract*. 2006 Jun;12(3):143-52
200. Jhamb M, Liang K, Yabes J et al. Prevalence and Correlates of Fatigue in CKD and ESRD: Are Sleep Disorders a Key to Understanding Fatigue? *Am J Nephrol*. 2013;38(6):489–495
201. Lenz ER, Pugh LC, Milligan RA, Gift A, Suppe F. The middle-range theory of unpleasant symptoms: an update. *ANS Adv Nurs Sci*. 1997 Mar;19(3):14-27
202. Cukor D, Coplan J, Brown C et al. Anxiety disorders in adults treated by hemodialysis: a single-center study *Am J Kidney Dis*. 2008 Jul;52(1):128-36
203. 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. *Am J Nephrol* 2009;29:36-42
204. Hedayati SS, Bosworth HB, Briley LP et al. Death or hospitalization of patients on chronic hemodialysis is associated with a physician-based diagnosis of depression. *Kidney Int*. 2008 Oct;74(7):930-6
205. Chiang HH, Guo HR, Livneh H, Lu MC, Yen ML, Tsai TY. Increased risk of progression to dialysis or death in CKD patients with depressive symptoms: A prospective 3-year follow-up cohort study. Received: August 19, 2014; Received in revised form: January 16, 2015; Accepted: January 19, 2015; Published Online: January 28, 2015 Publication stage: In Press Accepted Manuscript
206. Davison SN, Jhangri GS. The impact of chronic pain on depression, sleep, and the desire to withdraw from dialysis in hemodialysis patients. *J Pain Symptom Manage*. 2005 Nov;30(5):465-73
207. Lewis G, Bebbington P, Brugha T et al. Socio-economic status, standard of living, and neurotic disorder. *Int Rev Psychiatry*. 2003 Feb-May;15(1-2):91-6
208. Chiang C, Peng Y, Chiang S, Yang C, Hey H, Hung K. Health-related quality of life of haemodialysis patients in Taiwan : Multicenter Study 2004;22(6):440-8
209. Cohen SD, Sharma T, Aquaviva K et al. Social support and chronic kidney disease. *Adv Chronic Kidney Dis* 2007;14:335-344
210. Wolfe RA, Ashby VB, Milford EL et al. Comparison of mortality in all patients on dialysis, patients on dialysis awaiting transplantation, and recipients of a first cadaveric transplant. *N Engl J Med*. 1999 Dec 2;341(23):1725-30

211. Reimer J, Franke GH, Lütkes P et al. [Quality of life in patients before and after kidney transplantation]. [Article in German] *Psychother Psychosom Med Psychol*. 2002 Jan;52(1):16-23
212. Szeifert L, Zsolt Molnar M, Ambrus C et al. Symptoms of Depression in Kidney Transplant Recipients: A Cross-sectional Study. *AJKD*. 2010 Jan;55(1):132–140
213. dos Reis Santos I, Danaga AR, de Carvalho Aguiar I et al. Cardiovascular risk and mortality in end-stage renal disease patients undergoing dialysis: sleep study, pulmonary function, respiratory mechanics, upper airway collapsibility, autonomic nervous activity, depression, anxiety, stress and quality of life: a prospective, double blind, randomized controlled clinical trial. *BMC Nephrol*. 2013 Oct 8;14:215
214. Birmelé B, Le Gall A, Sautenet B, Aguerre C, Camus V. Clinical, sociodemographic, and psychological correlates of health-related quality of life in chronic hemodialysis patients. *Psychosomatics*. 2012 Jan-Feb;53(1):30-7
215. Fan PL, Shu CH, Shiang JC, Kuo TS, Lung FW. Hypertension--a possible vulnerability marker for depression in patients with end-stage renal disease. *Nephron Clin Pract*. 2006;102(1):c43-50
216. Huang TL, Lee CT. Low serum albumin and high ferritin levels in chronic hemodialysis patients with major depression. *Psychiatry Res*. 2007 Aug 30;152(2-3):277-80
217. Lehto S, Niskanen L, Tolmunen T et al. Low serum HDL-cholesterol levels are associated with long symptom duration in patients with major depressive disorder. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2010 Jun;64(3):279-83
218. Huang TL, Chen JF. Lipid and lipoprotein levels in depressive disorders with melancholic feature or atypical feature and dysthymia. *Psychiatry Clin Neurosci* 2004 Jun;58(3):295-9
219. McCrea RL, Berger YG, King MB. Body mass index and common mental disorders: exploring the shape of the association and its moderation by age, gender and education. *Int J Obes (Lond)* 2012 Mar;36(3):414-21
220. Reckert A, Hinrichs J, Pavenstädt H, Frye B, Heuft G. [Prevalence and correlates of anxiety and depression in patients with end-stage renal disease (ESRD)] [Article in German]. *Z Psychosom Med Psychother* 2013;59(2):170-88
221. Ιατρού Χ. Χρόνια νεφρική νόσος: ασθένεια που τείνει να γίνει επιδημία. 2010. Δικτυακό <http://www.dromostherapeia.gr/nefrologia/hronia-nefrikinosos-hnn-astheneia-pou-teinei-na-ginei-epidimia.html>



222. Kalender B, Dervisoglu E, Sengul E et al. Depression, nutritional status, and serum cytokines in peritoneal dialysis patients: is there a relationship? *Perit Dial Int.* 2007 Sep-Oct;27(5):593-5
223. Griva K, Kang AW, Yu ZL et al. Quality of life and emotional distress between patients on peritoneal dialysis versus community-based hemodialysis. *Qual Life Res.* 2014 Feb;23(1):57-66
224. Merkin SS, Diez Roux AV, Coresh J, Fried LF, Jackson SA, Powe NR. Individual and neighborhood socioeconomic status and progressive chronic kidney disease in an elderly population: The Cardiovascular Health Study. *Soc Sci Med.* 2007 Aug;65(4):809-21. Epub 2007 May 11
225. Kao TW, Lai MS, Tsai TJ, Jan CF, Chie WC, Chen WY. Economic, social, and psychological factors associated with health-related quality of life of chronic hemodialysis patients in northern Taiwan: a multicenter study. *Artif Organs.* 2009 Jan;33(1):61-8
226. Joshi VD, Mooppil N, Lim JF. Validation of the kidney disease quality of life-short form: a cross-sectional study of a dialysis-targeted health measure in Singapore. *BMC Nephrol.* 2010 Dec 20;11:36
227. Ikonomou M, Skapinakis P, Balafa O, Eleftheroudi M, Damigos D, Siamopoulos K. The impact of socioeconomic factors on quality of life of patients with chronic kidney disease in Greece. *Journal of Renal Care* 2015 (υπό δημοσίευση)
228. Mendosa M, Valdes C, Ortega t, Rebollo P, Ortega F. Differences in health-related quality of life between elderl younger patients on hemodialysis. *J Nephrol* 2006;19(6):808-18
229. Laudański K1, Nowak Z, Niemczyk S. Age-related differences in the quality of life in end-stage renal disease in patients enrolled in hemodialysis or continuous peritoneal dialysis. *Med Sci Monit.* 2013 May 20;19:378-85
230. Peng YS, Huang JW, Hung KY et al. Women on hemodialysis have lower self-reported health-related quality of life scores but better survival than men. *J Nephrol.* 2013 Mar-Apr;26(2):366-74
231. Garcia T, Veiga J, Motta L, Moura F, Casulari F. Depressed mood and poor quality of life in male patients with chronic renal failure undergoing haemodialysis. *Rev Braw Psiquitar* 2010;19(3):80-9
232. Cruz MC, Andrade C, Urrutia M, Draibe S, Nogueira-Martins LA, Sesso Rde C. Quality of life in patients with chronic kidney disease. *Clinics (Sao Paulo)* 2011;66(6):991-995

233. Robles TF, Kiecolt-Glaser JK. The physiology of marriage: pathways to health. *Physiol Behav* 2003;79(3):409-416
234. Tanno K, Ohsawa M, Itai K et al. Associations of marital status with mortality from all causes and mortality from cardiovascular disease in Japanese haemodialysis patients. *Nephrol Dial Transplant* 2013;28:1013-1020