



**ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ  
ΊΔΡΥΜΑ Τ.Ε.Ι. ΗΠΕΙΡΟΥ**

**ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

**ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**Θέμα: «Ποιότητα ζωής και ψυχική υγεία ασθενών που  
υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση»**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**Σπουδάστριες: Γεωργοπούλου Βασιλική - Δήμητρα (Α.Μ. 13722)**

**Βρόντζου Αφροδίτη (Α.Μ. 13651)**

**Εισηγήτρια: Τσούτση Αλίκη**

**Ιωάννινα, 2015**

Σε όλους αυτούς που αγωνίζονται καθημερινά για την επιβίωσή τους και υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση με χαμόγελο, υπομονή και δύναμη. Το σώμα μπορεί να ασθενεί, η ψυχή όμως και το χαμόγελο δεν πρέπει να παγώνουν... Ευχαριστούμε για το μάθημα ζωής που μας δίνετε καθημερινά...

## **ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ**

<b>ΠΕΡΙΛΗΨΗ</b> .....	5
<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</b> .....	6
-ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ .....	8
-ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ .....	8

## **Α΄ ΜΕΡΟΣ**

1.1 ΟΙ ΝΕΦΡΟΙ.....	11
1.2 Η ΟΞΕΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ .....	11
1.3 Η ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΤΗΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ .....	14
1.3.1 ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ .....	16
1.3.2 ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ .....	17
1.3.3 ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ .....	17
1.3.4 ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ .....	19
1.4 ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΗ .....	19
1.5 ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ .....	20
1.6 ΠΟΛΥΚΥΣΤΙΚΗ ΝΟΣΟΣ ΝΕΦΡΩΝ .....	23

## **Β΄ ΜΕΡΟΣ**

2.1 Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΠΟ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΕΣ ΑΠΟΨΕΙΣ.....	24
2.1.2 ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ .....	27
2.1.3 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ.....	28
2.1.4 ΣΥΝΔΕΣΗ ΣΩΜΑΤΟΣ- ΨΥΧΗΣ.....	29
2.1.5 ΧΡΟΝΙΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ .....	30
2.2 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΣΤΙΣ ΕΠΙΣΤΗΜΕΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	32
2.2.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΗΣ ΟΛΙΣΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ.....	34

2.3 ΟΙ ΦΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ.....	37
2.3.1 ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ- ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ.....	40
2.4 ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΩΝ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΩΝ .....	41
2.4.1 ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΩΝ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΩΝ...	43
2.4.2 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΩΝ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΩΝ .	44
2.5 Η ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΖΩΗ ΤΩΝ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΩΝ .....	47
2.6 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ .....	48
2.7 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ .....	50
2.8 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΠΟΛΙΤΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΚΡΑΤΟΥΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ.....	51
2.9 Η ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΤΟΥ ΨΥΧΟΛΟΓΟΥ.....	53
2.10 ΑΛΛΗΛΟΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΝΕΦΡΟΠΑΘΩΝ.....	55
 <b>Γ΄ ΜΕΡΟΣ</b>	
3.1 ΕΡΕΥΝΑ (Νέα Δεδομένα).....	56
 <b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....</b>	<b>84</b>

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο τομέας της υγείας είναι καθοριστικός για τους ανθρώπους και επηρεάζει κατά πολύ την καθημερινότητα και τις σχέσεις τους. Όταν τα νεφρά υπολειτουργούν και σταδιακά παύουν να τελούν τις φυσιολογικές τους λειτουργίες, τότε πρόκειται για τελικού σταδίου νεφρική ανεπάρκεια.

Η αντιμετώπιση της νεφρικής ανεπάρκειας πραγματοποιείται με την μέθοδο της αιμοκάθαρσης, η οποία απαλλάσσει τον ασθενή από τις βλαβερές για τον οργανισμό ουσίες. Πρόκειται για μια διαδικασία που απ' την μία είναι λυτρωτική για τον ασθενή, απ' την άλλη όμως τον περιορίζει από βασικές συνήθειες της καθημερινότητάς του, με αποτέλεσμα να επηρεάζεται η ψυχολογία του και ως εκ τούτου και η ποιότητα ζωής του.

Κατά συνέπεια, η ποιότητα ζωής των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από την σωματική και ψυχική υγεία, την λειτουργική τους κατάσταση και την προσωπική και κοινωνική λειτουργικότητά τους.

Σκοπός: Η διερεύνηση της πρόσφατης βιβλιογραφίας σχετικά με την ψυχική υγεία και την ποιότητα ζωής των ανθρώπων που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση, προκειμένου να προσδιοριστεί η καθημερινότητα ενός αιμοκαθαιρόμενου ασθενή, οι παράγοντες που την επηρεάζουν, αλλά και ο ιδιαίτερος ρόλος του νοσηλευτή.

Υλικό και Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων PubMed και Google Scholar. Το υλικό της μελέτης αποτέλεσαν επιλεγμένα άρθρα δημοσιευμένα κατά κύριο λόγο την τελευταία δεκαετία στην αγγλική και ελληνική γλώσσα.

## **ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Η εφαρμογή της αιμοκάθαρσης έχει σαν στόχο τόσο την εξασφάλιση επαρκούς κάθαρσης όσο και την επίτευξη καλής ποιότητας ζωής για τους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς. Η συσχέτιση ωστόσο των δύο αυτών παραμέτρων δεν είναι επαρκώς γνωστή. Έτσι, αποτέλεσε ένα κοινό σκοπό μελέτης για πολλούς ερευνητές με σκοπό την βελτίωση των παραμέτρων που αφορούν την ζωή των ασθενών αυτών.

Η ποιότητα ζωής είναι μια έννοια που εκφράζει την ικανοποίηση απ' τη ζωή, την ευημερία, και το υψηλό ηθικό. Συνήθως, η έννοια της "ποιότητας ζωής" εμπερικλείει σημαντικούς τομείς λειτουργικότητας στη σωματική, ψυχολογική και κοινωνική σφαίρα. Το τι σημαίνει όμως "ποιότητα ζωής" εξαρτάται και σχετίζεται σε μεγάλο βαθμό με τις αντιλήψεις του κάθε ασθενή, οπότε οποιαδήποτε προσπάθεια εκτίμησης της ποιότητας ζωής πρέπει να λαμβάνεται υπόψη και η υποκειμενική αντίληψη του καθενός. Μια κατάσταση που είναι ανυπόφορη για έναν ασθενή μπορεί να είναι ανεκτή για κάποιον άλλον.

Μια απ' τις πιο δύσκολες και δύστροπες λόγω της κατάστασής τους ομάδες ασθενών είναι οι ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια. Ως νεφρική ανεπάρκεια ορίζεται η μη αναστρέψιμη απώλεια της λειτουργίας των νεφρών. Η προοδευτική έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας οδηγεί σε τελικό στάδιο, οπότε επιβάλλεται η αντιμετώπιση του ασθενούς σε θεραπεία υποκατάστασης νεφρικής λειτουργίας, δηλαδή σε μέθοδο εξωνεφρικής υποκατάστασης με αιμοκάθαρση.

Η αιμοκάθαρση επηρεάζει την ποιότητα ζωής των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών λόγω της επίδρασής της σε φυσικές δραστηριότητες, όπως η σωματική δραστηριότητα, η ικανότητα για εργασία, σε ψυχολογικούς παράγοντες, όπως ικανοποίηση, ευχαρίστηση, αυτοεκτίμηση, άγχος, ανησυχία και στην κοινωνική προσαρμοστικότητα που περιλαμβάνει την αποκατάσταση στην εργασία, την διασκέδαση και οικογενειακές και κοινωνικές αντιδράσεις. Αυτές οι παράμετροι καθώς και οι μεταβολές τους στη διάρκεια του χρόνου αποτελούν κύρια στοιχεία ελέγχου των οργάνων που εκτιμούν την ποιότητα ζωής.

Η θεραπεία της αιμοκάθαρσης πρέπει να εκτιμάται κάθε μήνα με παράλληλη αξιολόγηση της κατάστασης της υγείας του ασθενή, έτσι ώστε να καθορισθεί η επάρκεια της αιμοκάθαρσης στην οποία υποβάλλεται ο ασθενής. Η αξιολόγηση αυτή έχει σαν σκοπό την βελτίωση των αποτελεσμάτων της αιμοκάθαρσης για τον ασθενή και τη μείωση της θνητότητας και της νοσηρότητας.

## ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Η ιστορική αναδρομή της αιμοκάθαρσης αποκαλύπτει ότι από τα μέσα του 19<sup>ου</sup> αιώνα παρατηρήθηκε το φαινόμενο της διύλισης από το Σκοτό χημικό Thomas Graham το 1861, η μεταφορά δηλαδή ουσιών μεταξύ δύο διαλυμάτων μέσω μια ημιδιαπερατής μεμβράνης (Σαρρής, 2001). Το 1960 ο γιατρός B. Scribner με το επιτελείο του, ξεκίνησε το πρώτο πρόγραμμα χρόνιας περιοδικής αιμοκάθαρσης σε ασθενείς που έπασχαν από τελικό στάδιο χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας στο νοσοκομείο του πανεπιστημίου Washington στο Seattle των ΗΠΑ (Σταυριανού & Παλλικαράκης, 2007). Παρ' αυτά έως τη δεκαετία του '60 του 20<sup>ου</sup> αιώνα, οι άρρωστοι τελικού σταδίου χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας είχαν ελάχιστες ελπίδες να επιζήσουν. Μετά την δεκαετία του '70 με την εξέλιξη της τεχνολογίας και της βιοϊατρικής τεχνολογίας σαν επακόλουθο, η χρόνια περιοδική αιμοκάθαρση καθιερώθηκε διεθνώς ως θεραπευτική μέθοδος με σκοπό της την διατήρηση της ζωής των πασχόντων τελικού σταδίου χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας (Σαρρής, 2001).

## ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Μια αρκετά σοβαρή δυσλειτουργία αποτελεί η νεφρική νόσος, η οποία είναι άμεσα συνδεδεμένη με καρδιαγγειακά νοσήματα και έχει, επίσης, αυξημένη θνησιμότητα (Ντάτσης & Παπαγαλάνης, 2004).

Παλαιότερες μελέτες της Franginham Study, δεδομένα από την Third National Health and Nutrition Examination Survey στις ΗΠΑ, καθώς και η AusDiab Kidney Study επαληθεύουν επιδημιολογικά δεδομένα των τελευταίων δημοσιεύσεων σχετικά με τον επιπολασμό της νεφρικής νόσου και το ποσοστό που αφορά τον ενήλικο πληθυσμό με αυτό να ανέρχεται άλλωτε στο 10 και 11% και άλλωτε στο 11,2%. Στο 16% του γενικού πληθυσμού ανήλθε ένδειξη κάποιας νεφρικής προσβολής με συμπτώματα αιματουρίας, πρωτεϊνουρίας και νεφρικής δυσλειτουργίας (Ντάτσης & Παπαγαλάνης, 2004).



Αιτιολογικοί παράγοντες για προσβολή των νεφρών και νεφρικής ανεπάρκειας στο γενικό πληθυσμό αποτελούν ο σακχαρώδης διαβήτης, η υπέρταση, η πρωτεϊνουρία, το οικογενειακό ιστορικό και η ηλικία άνω των 65 ετών. Ωστόσο, η κλινική πορεία της νόσου παραμένει για μεγάλο διάστημα ασυμπτωματική μέχρι την απώλεια του 70-75% της φυσιολογικής λειτουργίας των νεφρών με εξαίρεση τη νυκτουρία, η οποία εκδηλώνεται σε αρχικό στάδιο και έχει σχέση με την ανικανότητα συμπίκνωσης των ούρων, πράγμα που οφείλεται σε δομικές και λειτουργικές προσαρμογές των λειτουργούντων νεφρών στη νεφρική βλάβη. Ύστερα από την αρχική νεφρική βλάβη και την απώλεια σημαντικού αριθμού νεφρών, η νόσος επιδεινώνεται ανεξάρτητα από την αρχική αιτία στοχεύοντας και καταστρέφοντας βαθμιαία τη νεφρική λειτουργία. Οι μηχανισμοί που φρόντιζαν έως τώρα για τη λειτουργία και τη δομή των νεφρών στη νεφρική νόσο αποδεικνύονται ακατάλληλοι και μη προσαρμοστικοί, αποτελώντας πλέον μηχανισμούς ανατροφοδότησης της νεφρικής δυσλειτουργίας και εξελίσσοντας την σε νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου (Ντάτσης & Παπαγαλάνης, 2004).

Επιδημιολογικά δεδομένα της NHANES III καθιστούν τον επιπολασμό των σταδίων νεφρικής νόσου στο γενικό πληθυσμό των ΗΠΑ στο 3,3% , 3,0%, 4,3%, 0,2% και 0,1% για τα στάδια 1,2,3,4 και 5. Παράλληλα, αποδεικνύει την διαφορά ανάμεσα στα αρχικά στάδια της νόσου με τον επιπολασμό να καταλαμβάνει το εκατονταπλάσιο σε σχέση με τους ασθενείς του τελικού σταδίου νεφρικής ανεπάρκειας. Στο τελικό στάδιο νεφρικής ανεπάρκειας (στάδιο 5) οι νεφροί δεν μπορούν να πραγματοποιήσουν τις απεκκριτικές, μεταβολικές και ενδοκρινικές τους λειτουργίες, καθιστώντας την βλάβη πολυσυστηματική. Επρόκειτο, δηλαδή, κλινικά για το ουραιμικό σύνδρομο, το οποίο εμφανίζεται με καρδιαγγειακές και δερματολογικές εκδηλώσεις, διαταραχές ύδατος και ηλεκτρολυτών, αλλά και με αιματολογικές, ενδοκρινικές, νευρολογικές και γαστρεντερικές διαταραχές (Ντάτσης & Παπαγαλάνης, 2004).

Ωστόσο, η κλινική εικόνα και η πορεία της ουραιμίας έχει θετική προοπτική λόγω των διαφόρων τεχνικών εξωνεφρικής κάθαρσης και της επιτυχούς μεταμόσχευσης νεφρού. Στις ΗΠΑ το 1999, οι ασθενείς τελικού σταδίου

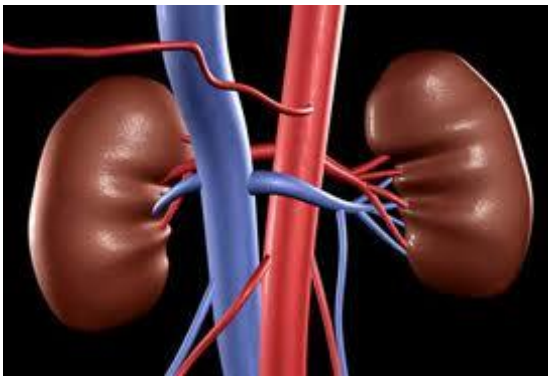
νεφρικής ανεπάρκειας που πραγματοποιούσαν αιμοκάθαρση ή περιτοναϊκή κάθαρση ή μεταμόσχευση ανέρχονται στους 340.000. Στην Ευρώπη το 1990 η επίπτωση της νεφρικής ανεπάρκειας αυξήθηκε κατά 4,8%. Στην Ελλάδα το 2000 οι νέοι ασθενείς ήταν 1.650, ενώ σύμφωνα με υπολογισμούς της ΥΣΕ οι νέοι ασθενείς για το 2002 ήταν στους 1.822 περίπου. Η θνησιμότητα ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση το χρόνο ανέρχεται σε ποσοστό 13-17% με κύρια αιτία θανάτου την καρδιαγγειακή νόσο και δευτερευόντως τις λοιμώξεις (Ντάτσης & Παπαγαλάνης, 2004).

## **Α΄ ΜΕΡΟΣ**

### **1.1 ΟΙ ΝΕΦΡΟΙ**

Οι άνθρωποι από την πρώτη στιγμή που γεννιούνται έχουν δύο νεφρούς, έναν αριστερά και έναν δεξιά στη σπονδυλική στήλη πιο κάτω από τη μέση. Δεν είναι βαριά όργανα αφού το βάρος τους φτάνει μόλις τα 115 γραμμάρια (Πυρπασόπουλος, 2006).

Είναι πολύ σημαντικά και ζωτικά όργανα αφού βοηθούν τον ανθρώπινο οργανισμό να φιλτράρει και να αποβάλλει τις άχρηστες και βλαβερές ουσίες και να καθαρίσει ο οργανισμός από τις τοξίνες μέσω των ούρων. Τα ούρα απορρέουν από τους νεφρούς μέσω δύο σωληναρίων που ονομάζονται ουρητήρες και αποθηκεύονται στην ουροδόχο κύστη (Πυρπασόπουλος, 2006).



**Εικόνα 1: Ο δύο νεφροί αριστερά και δεξιά της σπονδυλικής στήλης**

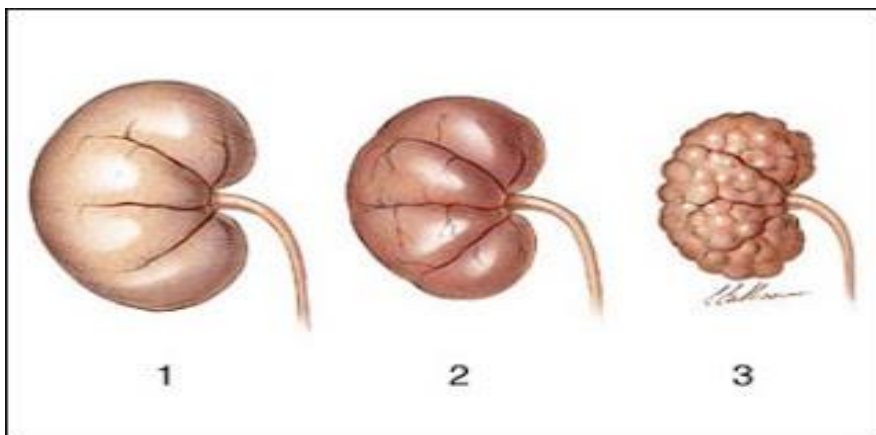
### **1.2 Η ΟΞΕΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ**

Η Οξεία Νεφρική Νόσος αποτελεί μία αιφνίδια έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας εξαιτίας μίας οξείας βλάβης του νεφρικού ιστού ή της νεφρικής ροής του αίματος, πράγμα το οποίο έχει ως αποτέλεσμα την ταχεία εμφάνιση ουραιμίας στον οργανισμό. Είναι συχνότερη σε ηλικιωμένα άτομα, άτομα με σακχαρώδη διαβήτη και σε ασθενείς που βρίσκονται σε βαριά γενική κατάσταση (Γερογιάννη και συν, 2007). Όταν και οι δύο νεφροί ή ο ένας δεν είναι δυνατό να εκπληρώσουν τις ζωτικές λειτουργίες για την ανθρώπινη ζωή με αυτό να συμβαίνει σε σύντομο χρονικό διάστημα, τότε γίνεται λόγος για οξεία νεφρική ανεπάρκεια. Η βασική της

διαφορά με την χρόνια νεφρική ανεπάρκεια είναι ο χρόνος εμφάνισης της νόσου καθώς στη δεύτερη περίπτωση γίνεται σταδιακά και με μεγάλη αγωνία στον ασθενή (Πυρπασόπουλος, 2006).

Στην οξεία νεφρική ανεπάρκεια η βλάβη των νεφρών είναι προσωρινή και συχνά ανατάξιμη, πράγμα το οποίο τη διαφοροποιεί από τη χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, όπου η έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας είναι μόνιμη και μη αναστρέψιμη. Παρουσιάζει, ωστόσο, μεγάλο ενδιαφέρον για τους επαγγελματίες υγείας, διότι συναντάται πολύ συχνά στην καθημερινή κλινική πράξη και αποτελεί πρόκληση ως προς την αντιμετώπιση της, αφού δυνητικά είναι αναστρέψιμη σε ποσοστό 90%. Παρόλ' αυτά, συνοδεύεται από υψηλή θνητότητα (30-50%), ανάλογα με το αίτιο που την προκάλεσε. Επιπλέον, από τους ασθενείς που επιβιώνουν μετά την οξεία νεφρική νόσο, το 80% από αυτούς διατηρεί φυσιολογική νεφρική λειτουργία, ενώ το υπόλοιπο 20% παρουσιάζει ξανά έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας 12 μήνες μετά την υποστροφή της Ο.Ν.Ν. (Γερογιάννη και συν, 2007).

Οι παθολογικές καταστάσεις που οδηγούν σε Οξεία Νεφρική Νόσο είναι εκείνες που προκαλούν μείωση της αιμάτωσης των νεφρών, της σπειραματικής διήθησης, και του όγκου, της σύστασης, και της αποχέτευσης των ούρων. Ανάλογα με το επίπεδο της βλάβης που προκαλεί την έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας, τα 33 αίτια της Ο.Ν.Ν. ταξινομούνται σε: προνεφρικά, μετανεφρικά, και ενδονεφρικά. (Γερογιάννη και συν, 2007).



**Εικόνα 2: Η σταδιακή πορεία της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας**

Τα βασικά στοιχεία ότι τα νεφρά του ανθρώπου δεν λειτουργούν σωστά είναι τα παρακάτω:

- Προβλήματα κατά τη διάρκεια της ούρησης. Τα ούρα δεν είναι πολλά και ειδικά το βράδυ ή αντίθετα είναι πολλά. Και στις δύο περιπτώσεις το φαινόμενο αυτό δεν είναι φυσιολογικό με κριτήριο την κατανάλωση των υγρών. Επίσης, τα ούρα παρουσιάζουν ένα σκούρο χρώμα.
- Υπάρχει έντονος πόνος κατά την ούρηση αλλά για να ξεχωρίσει από την ουρολοίμωξη η επέκταση στα νεφρά συνοδεύεται από υψηλό πυρετό και πόνο στη μέση και την πλάτη όπου βρίσκονται τα νεφρά.
- Στα ούρα παρατηρείται αίμα
- Πρήξιμο στα χέρια και τα πόδια ή και το πρόσωπο από την κατακράτηση των υγρών.
- Τα νεφρά παράγουν μια ορμόνη που ονομάζεται ερυθροποιητίνη. Η ορμόνη αυτή έχει την ιδιότητα να μεταφέρει το οξυγόνο στο σώμα μέσω των ερυθρών αιμοσφαιρίων. Η μείωση του αριθμού τους προκαλεί αναιμία και ο άνθρωπος αισθάνεται ιδιαίτερη αδυναμία και αίσθημα κούρασης.
- Η αναιμία σε συνδυασμό με την κακή κατάσταση των νεφρών προκαλεί έντονο αίσθημα ζαλάδας και ο ασθενής είναι δύσκολο να συγκεντρωθεί.
- Έντονο αίσθημα ρίγους ή ζέστης
- Πολλά εξανθήματα στο δέρμα και έντονη φαγούρα
- Αίσθηση μετάλλου στο στόμα από την αύξηση της ουρίας στο αίμα, η οποία γίνεται αμμωνία.
- Πόνος στα πλευρά και κυρίως στα σημεία που είναι τα πλευρά (Πυρπασόπουλος, 2006).

### 1.3 Η ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΤΗΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ

Η αιμοκάθαρση ή αλλιώς «τεχνητός νεφρός» είναι η διαδικασία με την οποία αφαιρείται το αίμα από τον ασθενή και έπειτα του χορηγείται νέο αίμα προκειμένου να είναι απαλλαγμένο από βλαβερά συστατικά, όπως η κρεατινίνη και η ουρία. Στην ουσία είναι μία μέθοδος διύλισης και μέσω ενός φίλτρου καθαρίζει το αίμα από τα συστατικά που προαναφέρθηκαν και φροντίζει ώστε να είναι σε φυσιολογικό επίπεδο το νάτριο, ο φώσφορος και το κάλλιο. Το υγρό που χρησιμοποιείται για να γίνει η αιμοκάθαρση είναι αποστειρωμένο και περιέχει μεταλλικά ιόντα. Μέσω ενός αγγείου δημιουργείται ένας τεχνητός νεφρός αλλά και πάλι δεν είναι δυνατό να υποκαταστήσει την ολοκληρωμένη ορμονική λειτουργία (Ανδρικόπουλος, 2005). Το μηχάνημα αυτό του τεχνητού νεφρού έχει τρία μέρη: την αντλία, το φίλτρο για την αιμοκάθαρση και ένα σύστημα που δημιουργεί και τροφοδοτεί το υγρό που χρησιμοποιείται για την αιμοκάθαρση. Η αιμοκάθαρση γίνεται σε ασθενείς που έχουν πρόβλημα με την λειτουργία των νεφρών τους και πάσχουν από νεφρική ανεπάρκεια (Κοσμαδάκης, 2012).



**Εικόνα 3: Η διαδικασία της αιμοκάθαρσης με το ειδικό φίλτρο**

Το φίλτρο αιμοκάθαρσης στεγάζει και στηρίζει τις μεμβράνες αιμοκάθαρσης. Το αίμα του ασθενή περνάει μέσα από ειδικά διαμερίσματα που περικλείονται από τις μεμβράνες, ενώ ταυτόχρονα έξω από αυτά κυκλοφορεί το υγρό της αιμοκάθαρσης περίπου όμοιο σε σύνθεση με το εξωκυττάριο υγρό. Με τον τρόπο αυτό κυκλοφορώντας μέσα στο φίλτρο το αίμα και υγρό αιμοκάθαρσης διαμέσου των ημιδιαπερατών μεμβρανών, επιτρέπεται η μεταφορά των άχρηστων ουσιών και άλλων προϊόντων του μεταβολισμού από το αίμα του ασθενή προς το υγρό αιμοκάθαρσης και

έτσι αποκαθίσταται μερικώς η απώλεια της νεφρικής λειτουργίας (Σταυριανού & Παλλικαράκης, 2007).

Η νεφρική ανεπάρκεια είναι μία πάθηση πολύ σοβαρή και στο τελευταίο της στάδιο ο ασθενής πρέπει να αρχίσει γρήγορα αιμοκάθαρση γιατί τα συμπτώματα είναι πολλά και επικίνδυνα για την υγεία του ασθενούς. Η κρεατινίνη φτάνει σε υψηλά επίπεδα και τα ούρα δεν είναι εφικτό να αποβάλλουν τις άχρηστες ουσίες, οπότε υπάρχει και απώλεια πρωτεϊνών. Επίσης, πρήζονται τα πόδια και οι αστράγαλοι από την κατακράτηση υγρών και παρατηρείται μείωση του ασβεστίου σε σημείο που ο ασθενής να κινδυνεύει με οστεοπόρωση αργότερα (Κοσμαδάκης, 2012).

Τα συμπτώματα της νεφρικής ανεπάρκειας μπορεί να είναι και πιο εκτεταμένα, όπως ο ασθενής να δυσκολεύεται να αναπνεύσει, να έχει πόνους στο στήθος και σπασμούς και να μην μπορεί να ζήσει φυσιολογικά από τάση για υπνηλία, ναυτία και ζαλάδες (Κοσμαδάκης, 2012).



**Εικόνα 4: Η νεφρική ανεπάρκεια. Οι νεφροί δυσλειτουργούν και δεν μπορούν να διενεργήσουν τις φυσιολογικές ενέργειες του σώματος.**

Ο ασθενής πρέπει να υποβάλλεται στην διαδικασία της αιμοκάθαρσης τρεις φορές την εβδομάδα, όταν ο νεφρός του λειτουργεί κάτω από 5% και τα φάρμακα δεν είναι πια σε θέση να ανακουφίσουν τον ασθενή και να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά το πρόβλημα της ουραιμίας (Κοσμαδάκης, 2012).

Το ποσοστό των ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση είναι αρκετά μεγάλο σε παγκόσμιο επίπεδο. Υπολογίζεται ότι το 2010 οι ασθενείς που υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση ήταν πάνω από 2.065.000 σε όλη την Ευρώπη. Αν υπολογίσει κανείς και τις άλλες ηπείρους το ποσοστό αυξάνεται θεαματικά (Κοσμαδάκης, 2012).

### 1.3.1 ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ

Ο βασικότερος κίνδυνος από την διαδικασία της αιμοκάθαρσης είναι αυτός των λοιμώξεων και κυρίως εξαιτίας των φλεβικών καθετήρων που χρησιμοποιούνται για την αιμοκάθαρση. Η παρουσία τους μπορεί να δημιουργήσει σήψη στον ασθενή και το χειρότερο ενδεχόμενο είναι να χάσει τη ζωή του ο ασθενής από σηψαιμία (Κοσμαδάκης, 2012).

Το 20% των ανθρώπων που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση χάνουν τη ζωή τους από μία λοίμωξη, η οποία θα τους προσβάλλει κατά τη διάρκεια της αιμοκάθαρσης. Η μείωση του ποσοστού μπορεί να έρθει με την χρήση καθετήρων που είναι εμπλουτισμένοι με αντιβιοτικά (Κοσμαδάκης, 2012).

Οι λοιμώξεις προκαλούνται στο σημείο εισόδου του καθετήρα και κυρίως από τις βακτηριαιμίες. Όσο περισσότερο μένει ο καθετήρας στη φλέβα, τόσο μεγαλύτερος είναι ο κίνδυνος της μόλυνσης και της σήψης. Σημαντικό ρόλο διαδραματίζει και ο τύπος καθετήρα, αν καθαρίζεται καλά το σημείο εισόδου, το αντισηπτικό που χρησιμοποιείται και φυσικά αν ο ασθενής αντιμετωπίζει και άλλα προβλήματα υγείας. Το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να μην έχει καμία ίωση ή άλλη ασθένεια που είναι δυνατό να μεταδοθεί και να είναι πολύ προσεκτικό στη διαδικασία της αιμοκάθαρσης. Τα χέρια του προσωπικού πρέπει να είναι καθαρά και απολυμασμένα και το ίδιο και το σημείο εισόδου του καθετήρα. Επίσης, να είναι ντυμένο στοιχειωδώς με μάσκα και γάντια και να μην έρχεται σε επαφή με τον ασθενή, ο οποίος είναι ευάλωτος σε μικρόβια. Τα μικρόβια που μπορούν να μεταδοθούν είναι κυρίως ο σταφυλόκοκκος και ο εντερόκοκκος αλλά και άλλα μικρόβια καθώς και μύκητες (Κοσμαδάκης, 2012).

Τα φίλτρα αιμοκάθαρσης που χρησιμοποιούνται είναι πολλές φορές ακατάλληλα και βλαβερά για τον ασθενή και η οικονομική κατάσταση που επικρατεί σήμερα είναι η κύρια αιτία για αυτό. Η αγορά των πιο φτηνών φίλτρων είναι μία οικονομική λύση αλλά από την άλλη βάζει σε κίνδυνο καθημερινά τη ζωή χιλιάδων ασθενών ( Rolston et al, 2003). Η απουσία καλίου από τον οργανισμό του ασθενούς είναι ένας ακόμα κίνδυνος για την επιβίωση του ασθενούς και φυσικά το τελικό στάδιο νεφρικής ανεπάρκειας είναι από μόνο του ένας παράγοντας θνησιμότητας. Επίσης, οι ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση είναι πιθανότερο να παρουσιάσουν προβλήματα με την καρδιά τους ή εγκεφαλικά επεισόδια καθώς η ύπαρξη



διαβήτη και η υψηλή πίεση του αίματος είναι επικίνδυνοι παράγοντες. Η αρτηριακή πίεση πρέπει να παρακολουθείται συνεχώς και το ίδιο και τα επίπεδα του διαβήτη και ο ασθενής να φροντίζει για την καλή κατάσταση της καρδιάς του ( Fukunishi et al, 2002).

### **1.3.2 ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ**

Πολλοί ασθενείς είναι δυνατό να υποβληθούν σε αιμοκάθαρση στο σπίτι και η συγκεκριμένη διαδικασία ονομάζεται περιτοναϊκή κάθαρση. Όπως και η αιμοκάθαρση έχει την ιδιότητα να καθαρίζει το αίμα από τα βλαβερά του συστατικά και να διηθεί το αίμα μέσα στο σώμα. Το αντίστοιχο φίλτρο που χρησιμοποιεί είναι το περιτόναιο ή αλλιώς περιτοναϊκός καθετήρας. Το υγρό που χρησιμοποιείται για το καθάρισμα είναι το διάλυμα αιμοκάθαρσης και οδηγείται στην κοιλιακή κοιλότητα μέσα από τον περιτοναϊκό καθετήρα (Καυκιά, 2003).

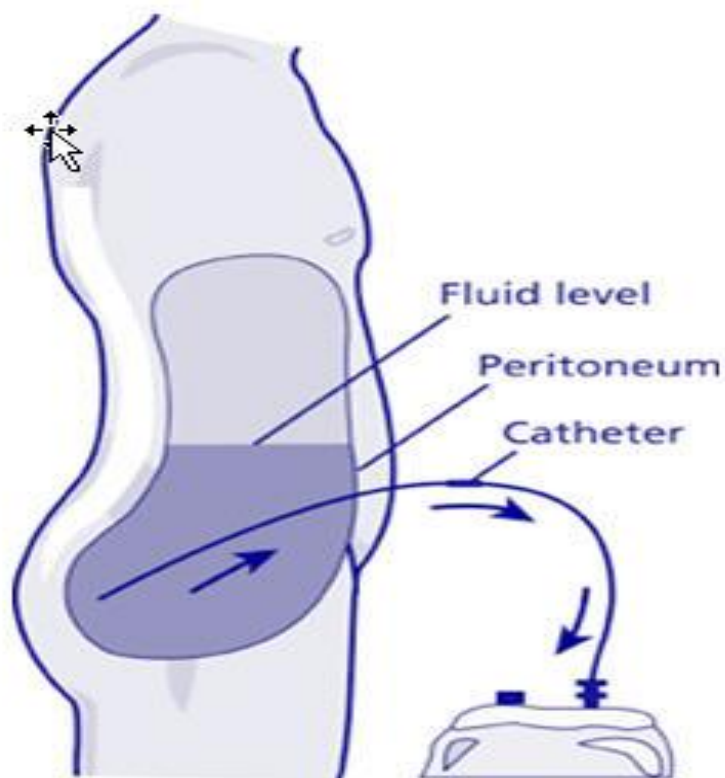
Είναι μία διαδικασία που γίνεται καθημερινά και όχι 3-4 φορές των εβδομάδα και διακρίνεται σε δύο είδη: την συνεχή μη νοσοκομειακή περιτοναϊκή κάθαρση (CAPD) και την αυτοματοποιημένη περιτοναϊκή κάθαρση (APD) (Καυκιά, 2003).

### **1.3.3 ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ**

Η διαδικασία αυτή είναι μία πολύ συνηθισμένη τακτική σε ανθρώπους που πάσχουν από χρόνια νεφρική ανεπάρκεια και θεωρείται μία άριστη επιλογή εξωνεφρικής υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας. Η βασική της διαφορά από την αιμοκάθαρση είναι πως η μεταφορά των ουσιών γίνεται μέσα από το αίμα που έχουν τα τριχοειδή αγγεία του περιτοναίου και παράλληλα χύνεται ένα διάλυμα στην κοιλότητα αυτή δια μέσω ενός καθετήρα (Hunt, 2008).

Οι διάφορες ουσίες χύνονται μέσα από την περιτοναϊκή μεμβράνη και οι άχρηστες ουσίες απομακρύνονται από τον οργανισμό όταν το διάλυμα βγαίνει σε αυτόν και ανανεώνεται ενώ οι ωφέλιμες ουσίες για τον άνθρωπο από το διάλυμα μετακινούνται στον αγγειακό χώρο (Hunt, 2008).

Τα πλεονεκτήματα της μεθόδου αυτής είναι ότι η αφαίρεση των υγρών και των βλαβερών ουσιών γίνεται συνέχεια και όχι μία φορά στις δύο μέρες όπως με την αιμοκάθαρση. Το σημαντικό είναι πως ο οργανισμός φαίνεται να λειτουργεί κανονικά σα να λειτουργούν πιο φυσιολογικά οι νεφροί και ο ασθενής δεν υφίσταται μεγάλη ταλαιπωρία. Ειδικά για τους ανθρώπους που έχουν πολλά και σοβαρά καρδιακά προβλήματα είναι η ιδανική μέθοδος καθώς η αιμοκάθαρση μπορεί να προκαλέσει προβλήματα αιμοδυναμικά (Hunt, 2008).



Εικόνα 5: Η διαδικασία της περιτοναϊκής διάλυσης

Στα μειονεκτήματα της συγκεκριμένης μεθόδου ανήκει το γεγονός ότι ο ασθενής έχει έναν καθετήρα μόνιμα στη περιοχή της κοιλιάς και υπάρχει αυξημένος κίνδυνος για λοιμώξεις όπως σε όλες τις περιπτώσεις που ο ασθενής έχει καθετήρα. Επίσης, υπάρχει πιθανότητα για αύξηση βάρους και άνοδο του ποσοστού της γλυκόζης ενώ δεν αποκλείεται και το ενδεχόμενο να παρουσιαστούν προβλήματα στην κοιλιακή χώρα. Οι ασθενείς που παρουσιάζουν προβλήματα στο έντερο και την κοιλιά είναι καλύτερα να τη αποφεύγουν (Hunt, 2008).

### **1.3.4 ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ**

Η αιμοκάθαρση είναι μία μέθοδος που έχει και θετικά αλλά και πολλά αρνητικά στοιχεία για την αντιμετώπιση των ασθενειών που χρήζουν αιμοκάθαρσης. Τα νεφρά που δεν λειτουργούν είναι δυνατό να διατηρηθούν τις ορμόνες που κάνουν τα οστά πιο γερά και υγιή με την αιμοκάθαρση.

Από την άλλη πλευρά οι αλλεργίες είναι τα συνηθέστερα προβλήματα που μπορούν να προκύψουν από την διαδικασία αυτή αλλά και οι πολλοί κίνδυνοι από την έλλειψη των σωστών μέτρων υγιεινής σχετικά με τα φίλτρα αλλά και τα φάρμακα ανάλογα με την κατάσταση του οργανισμού ( Fukunishi et al, 2002).

### **1.4 ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΗ**

Οι ασθενείς που υποβάλλονται σε χρόνια περιοδική αιμοκάθαρση είναι υποχρεωμένοι να προσέχουν ιδιαίτερα τη διατροφή τους και να εξασφαλίζουν κατά συνέπεια και μία καλύτερη ποιότητα ζωής και μία μακρόχρονη επιβίωση. Πρέπει να είναι πολύ προσεκτικοί στην κατανάλωση αλατιού και του καλίου αφού δεν είναι σε θέση να αποβάλλουν πολύ εύκολα τα υγρά. Τα συστατικά στοιχεία που πρέπει να λαμβάνει είναι πολλούς υδατάνθρακες και κυρίως να τους αντλούν από τα λαδερά φαγητά (Καραντάκος, 2006).

Σημαντική είναι και η λήψη πρωτεϊνών από τους αιμοκαθαιρόμενους και ειδικά τα λευκώματα που βοηθούν στην ανάπτυξη των κυττάρων. Τα χρήσιμα κύτταρα διασπώνται στον οργανισμό και παράγουν διάφορα υλικά ωφέλιμα για τον οργανισμό, τα οποία δεν απορρέουν από τον οργανισμό λόγω βλάβης των νεφρών και της αιμοκάθαρσης (Καραντάκος, 2006).

Οι περισσότερες πρωτεΐνες που λαμβάνουν οι αιμοκαθαιρόμενοι πρέπει να είναι ζωϊκής προέλευσης. Κυρίως τα κρέατα πρέπει να είναι μοσχάρι ή βοδινό. Επίσης, τα λίπη που προσλαμβάνει ο οργανισμός πρέπει να είναι τόσες που να καλύπτουν το μισό ποσό των θερμίδων. Είναι σημαντικά γιατί προσφέρουν πολλή ενέργεια που έχει απόλυτη ανάγκη ο αιμοκαθαιρόμενος (Καραντάκος, 2006).

Οι άνθρωποι που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση πρέπει να λαμβάνουν περιορισμένη ποσότητα υγρών. Μέσα στην ημέρα είναι καλό να λαμβάνουν το πολύ 3 ποτήρια νερού. Δεν επιτρέπεται να πίνουν χυμό καθόλου ούτε φυσικούς ούτε και εμφιαλωμένους. Ακόμα και τα φρούτα που περιέχουν μεγάλη ποσότητα νερού, όπως το καρπούζι. Επίσης, απαγορεύονται τα αναψυκτικά που έχουν μεγάλη ποσότητα καλίου και νατρίου (Καραντάκος, 2006).

Οι βιταμίνες είναι απαραίτητες για τον ανθρώπινο οργανισμό και ειδικά στους ανθρώπους που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση γιατί ο οργανισμός τους είναι εξασθενημένος. Τα γαλακτοκομικά προϊόντα πρέπει να αποφεύγονται, επίσης, γιατί αν και είναι πηγές ασβεστίου περιέχουν και μεγάλες ποσότητες φωσφόρου, ο οποίος είναι βλαβερός για τον οργανισμό τους (Καραντάκος, 2006).

Τέλος, επειδή ο διαβήτης είναι η βασική πάθηση που μπορεί να οδηγήσει τους ασθενείς σε αιμοκάθαρση είναι πολύ σημαντικό να αποφεύγονται τα γλυκά και η ζάχαρη ώστε να μειωθούν οι πιθανότητες να αναγκαστεί ο ασθενής να ξεκινήσει τη διαδικασία της αιμοκάθαρσης (Καραντάκος, 2006).

### **1.5 ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ**

Η μεταμόσχευση νεφρού αποτελεί το κατεξοχήν σύγχρονο θεραπευτικό μέσο εναντίον της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας (Κοντοδημόπουλος & Νιάκας, 2006). Οι ασθενείς που υποβάλλονται χρόνια στη διαδικασία της αιμοκάθαρσης κάποια στιγμή είναι υποχρεωμένοι να περάσουν και τη διαδικασία της μεταμόσχευσης νεφρού, η οποία τους προκαλεί ανάμεικτα συναισθήματα καθώς ο φόβος και η αγωνία για τα αποτελέσματα της επέμβασης συγκρούονται με την ελπίδα και την προσμονή για μία ζωή πιο ποιοτική και δίχως την ταλαιπωρία της αιμοκάθαρσης (Σφυρίδης, 2000).

Έχει διαπιστωθεί ότι όταν η μεταμόσχευση νεφρού έχει γίνει σε ασθενείς που έμειναν σε τεχνική υποκατάσταση της νεφρικής λειτουργίας λιγότερο από έξι μήνες η πενταετής επιβίωση του μοσχεύματος είναι 78% ενώ ο χρόνος αναμονής του μοσχεύματος είναι 29 και 63% αντίστοιχα. Το ίδιο περίπου ισχύει και για τις μεταμοσχεύσεις νεφρού από ζώντες δότες και σε ποσοστό 75% έναντι 39% (Meier-Kriesche & Kaplan, 2002). Η αναμονή για

να βρεθεί ένα όργανο που θα είναι κατάλληλο για μεταμόσχευση μπορεί να είναι ιδιαίτερα μακρά ανάλογα με τη θέση που κατέχει ο ασθενής στη λίστα μεταμοσχεύσεων. Είναι δυνατό να περάσουν και 10 χρόνια ή και παραπάνω για να βρεθεί ο κατάλληλος δότης και να έρθει η σειρά του εκάστοτε ασθενούς να χειρουργηθεί. Μία επιπλέον, ψυχολογική πίεση που δέχονται οι ασθενείς που υποβάλλονται σε μεταμόσχευση είναι ότι συνήθως στέκονται τυχεροί μετά από την ατυχία μίας άλλης οικογένειας να χάσει κάποιον δικό της και πολυαγαπημένο άνθρωπο και παρά αυτό το γεγονός να σταθεί γενναιοδωρη και να χαρίσει τη ζωή σε κάποιον άλλο άνθρωπο που υποφέρει. Υπάρχει πάντα και η περίπτωση ο δότης να είναι κάποιος άνθρωπος που είναι συμβατός με τον λήπτη και συνεχίζει να ζει, οπότε η γενναιοδωρία είναι ακόμα μεγαλύτερη (Σφυριδής, 2000).

Για την αντιμετώπιση του προβλήματος έχουν δημιουργηθεί οργανισμοί σε εθνικό επίπεδο (τμήμα μεταμοσχεύσεων νεφρού Εθνικού Οργανισμού Μεταμοσχεύσεων) ή υπερεθνικό επίπεδο (Eurotransplant, Eurodonor action κλπ). Στην Ελλάδα ιδιαίτερα μετά την για πρώτη φορά ίδρυση του ειδικού κρατικού φορέα (1999 ΕΟΜ), η δωρεά οργάνων και η μεταμοσχευτική δραστηριότητα φαίνεται να εξελίσσονται θετικά και οι μεταμοσχεύσεις να έχουν αυξηθεί σημαντικά, υπολείπονται όμως από τον μέσο ευρωπαϊκό όρο, λόγω της σχετικά μικρής σε σχέση με τις ανάγκες προσφοράς (Κοντοδημόπουλος & Νιάκας, 2006).

Είναι απαραίτητο να γίνει κατανοητό ότι η μεταμόσχευση νεφρού δεν είναι οριστική λύση για το πρόβλημα της αιμοκάθαρσης αφού σε πολλές περιπτώσεις δεν είναι επιτυχημένη και ο δότης απορρίπτει το μόσχευμα. Επίσης, η αγωνία των ασθενών είναι ακόμα μεγαλύτερη μέχρι να μπουν στη λίστα μεταμοσχεύσεων καθώς οι προϋποθέσεις που πρέπει να πληρούνται είναι αρκετές. Η αναμονή καθορίζεται από τον αριθμό των διαθέσιμων νεφρών, τον τύπο αίματος του ασθενούς που υποβάλλεται σε αιμοκάθαρση, την γενική κατάσταση της υγείας και την κατάσταση στην οποία βρίσκονται οι νεφροί του (Σφυριδής, 2000).

Για να υλοποιηθεί η μεταμόσχευση πρέπει αρχικά να ελεγχθεί αν ο δότης είναι υγιής και οι νεφροί του δεν έχουν κάτι το παθολογικό. Όταν είναι συμβατός με τον λήπτη και στην ομάδα αίματος, τότε είναι δυνατό να προχωρήσει η επέμβαση. Όταν ολοκληρωθεί η επέμβαση, ο ασθενής

παραμένει στο νοσοκομείο για πολλές μέρες ώστε να παρακολουθείται στενά και έπειτα μπορεί να επιστρέψει στο σπίτι του. Μέχρι να αρχίσει ο νεφρός να λειτουργεί κανονικά η αιμοκάθαρση ίσως συνεχιστεί (Σφυρίδης, 2000).

Από την στιγμή της επέμβασης ο ασθενής θα είναι υποχρεωμένος να λαμβάνει διάφορα φάρμακα, συνήθως ανοσοκατασταλτικά, για να αποφευχθεί η απόρριψη του μοσχεύματος. Τα φάρμακα αυτά μπορεί να προκαλέσουν πολλές παρενέργειες, όπως είναι οίδημα και αύξηση βάρους ξαφνικά και απότομα, παρουσίαση δερματικών προβλημάτων και ακμή, νεύρα και ευερεθιστότητα καθώς και προβλήματα στο στομάχι (Σφυρίδης, 2000).

Οι περιορισμοί σχετικά με τη διατροφή μετά την μεταμόσχευση δεν είναι αρκετοί καθώς περνά ο καιρός και η επέμβαση θεωρείται επιτυχής. Σταδιακά οι άνθρωποι που έχουν υποβληθεί σε μεταμόσχευση επιστρέφουν σε μία κανονική ζωή και είναι μάλιστα εφικτό και να αθληθούν αλλά όπως όλοι είναι καλό να έχουν μία όσο το δυνατόν περισσότερο υγιεινή διατροφή και τρόπο ζωής (Σφυρίδης, 2000).

Πολλοί ασθενείς φοβούνται να λειτουργήσουν με νεφρούς άλλων αλλά τα πλεονεκτήματα είναι πάρα πολλά. Καταρχήν, είναι πολύ σημαντικό να σταματήσει η διαδικασία της αιμοκάθαρσης και η χρόνια σωματική και ψυχική ταλαιπωρία των ασθενών. Δίχως την αιμοκάθαρση ο ασθενής θα έχει τη δυνατότητα να ζήσει περισσότερο και πιο ποιοτικά χρόνια. Επίσης, θα έχει λιγότερους περιορισμούς και θα αισθάνεται πιο υγιής και με μεγαλύτερη ενέργεια. Η εργασία του θα είναι και πάλι φυσιολογική αφού θα μπορεί να δουλεύει κανονικό ωράριο και μάλιστα με καλύτερη απόδοση και επομένως και καλύτερη αμοιβή (Σφυρίδης, 2000).

## 1.6 ΠΟΛΥΚΥΣΤΙΚΗ ΝΟΣΟΣ ΤΩΝ ΝΕΦΡΩΝ

Είναι μία κληρονομική πάθηση κατά την οποία το νεφρό είναι γεμάτο μικρές κύστες γεμάτες υγρό. Οι κύστες αυτές προκαλούν οίδημα στα νεφρά και δεν τους επιτρέπουν να λειτουργήσουν κανονικά.

Για να γίνει αντιληπτή θα πρέπει να συνοδεύεται από αίμα στα ούρα και πόνο στα πλευρά αλλά μπορεί και ο ασθενής να σηκώνεται συνέχεια κατά τη διάρκεια της νύχτας για να ουρήσει. Είναι δυνατό να προκαλέσει και αναιμία ή υπέρταση αλλά και να εμφανιστούν πέτρες στα νεφρά.

Η εμφάνιση της νόσου δεν είναι σταθερή ηλικιακά αφού υπάρχει ενδεχόμενο να παρουσιαστεί κατά την γέννηση ή και αργότερα. Η διάγνωση μπορεί να γίνει με υπερηχογράφημα, αξονική και μαγνητική τομογραφία αλλά και με ανάλυση χρωμοσωμάτων.

Τρόποι πρόληψης δεν υπάρχουν αλλά η αντιμετώπιση του προβλήματος μπορεί να γίνει με παρακέντηση ή να καταλήξει σε αιμοκάθαρση και μεταμόσχευση νεφρού (Σφυρίδης, 2000).



Εικόνα 6: Νεφρό με κύστες (πολυκυστική νόσος)

## **Β' ΜΕΡΟΣ**

### **2.1 Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΠΟ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΕΣ ΑΠΟΨΕΙΣ**

Πάντα οι άνθρωποι αναζητούν την ποιότητα στη ζωή τους και η υγεία είναι σημαντικό εφόδιο για μία καλή και άνετη ζωή. Πολλοί είναι οι ορισμοί που δίνονται κατά καιρούς για την έννοια «ποιότητα» και ανάλογα με την οπτική γωνία που αντικρίζει κανείς την έννοια αυτή. Από την αρχαιότητα πολλοί είναι οι φιλόσοφοι που αναζήτησαν αυτή την ποιότητα και μάλιστα ο Αριστοτέλης, στο βιβλίο του «Ηθικά Νικομάχεια», την αποκάλεσε με τον όρο «Ευδαιμονία». Η ευδαιμονία, όμως, δεν είναι πάντα ίδια για όλους τους ανθρώπους καθώς άλλοι θεωρούν βασικό παράγοντα την υγεία, όταν όμως είναι ασθενείς και στην πορεία που θεραπεύονται θεωρούν τα πλούτη (Λυπουρλής & Μωραΐτου, 2003).

Σύμφωνα με την διακήρυξη του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών κάθε άνθρωπος δικαιούται να έχει μία ζωή με υγεία και ασφάλεια και να προστατεύονται τα δικαιώματά του από τον ίδιο αλλά και από τους νόμους. Η υγεία θεωρείται αναφαίρετο δικαίωμα όλων και είναι ο βασικότερος παράγοντας ποιότητας ζωής, όπως ήδη αναφέρθηκε (Νάκου, 2001). Ουσιαστικά με τον όρο «ποιότητα ζωής» αναφέρονται τρεις βασικοί παράμετροι: η σωματική υγεία, η ψυχική υγεία και η κοινωνική αρμονία και αποκατάσταση. Η ενασχόληση με την ποιότητα ζωής ξεκίνησε έντονα μετά τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο καθώς οι άνθρωποι τσακισμένοι από την πείνα, τη ανέχεια και τον πόνο του θανάτου άρχισαν να αναθεωρούν τη ζωή τους και να την τοποθετούν σε άλλες βάσεις ενώ τα κριτήρια για την ενδεχόμενη «ευτυχία» άρχισαν να αλλάζουν (Σαρρής και συν, 2008).

Η σωματική υγεία ταυτίζεται με την ανυπαρξία πόνου και ασθένειας και την σωστή και ολοκληρωμένη σωματική λειτουργία. Με την έννοια ψυχολογική ή ψυχική υγεία εννοείται η τάση του ανθρώπου να νιώθει καλά με τον εαυτό του και να έχει αυτοεκτίμηση και διάθεση να ξεπερνά το άγχος και την κατάθλιψη που επιφέρουν τα καθημερινά προβλήματα της ζωής. Να είναι ψυχικά έτοιμος να αντιμετωπίσει τη ζωή του και να ανταποκριθεί στα καθήκοντα και τις υποχρεώσεις του. Όσον αφορά την κοινωνική υγεία και προσαρμογή ο άνθρωπος πρέπει να είναι έτοιμος να προσαρμοστεί στους κοινωνικούς ρόλους που αναλαμβάνει και να συνάψει ολοκληρωμένες σχέσεις και επαφές με τους συνανθρώπους του (Νάκου, 2001). Η



πεποίθηση ότι η υγεία ενός ατόμου έχει διαστάσεις σωματικές, διανοητικές, συναισθηματικές και κοινωνικές, οι οποίες αλληλεπιδρούν για να συνθέσουν την ολότητα της, τυγχάνει σήμερα ευρείας αποδοχής, τόσο στο χώρο των κοινωνικών επιστημών, όσο και στην Ιατρική (Βέμη και συν, 2007).

Πολλοί μελετητές της έννοιας αυτής αναφέρονται στην υποκειμενική και αντικειμενική της διάσταση και κάνουν λόγο για επιθυμίες στην πρώτη περίπτωση και ανάγκες στη δεύτερη. Κατά συνέπεια είναι μία πολυδιάστατη έννοια που χρήζει μεγαλύτερης εξερεύνησης από όλες τις πλευρές (Νάκου, 2001).

Από την πλευρά των οικονομικών επιστημών η ποιότητα ζωής είναι η ευχέρεια του κάθε ατόμου να διάγει έναν ευπρεπή, άνετο και αξιοπρεπή βίο και να καλύπτει όλες του τις βιοποριστικές ανάγκες. Η βασική θεωρία που χρησιμοποιείται για την οικονομική προσέγγιση της ποιότητας ζωής είναι η «θεωρία της χρησιμότητας» και σε συνδυασμό με την κατανομή των πόρων παρουσιάζουν τα οικονομικά δεδομένα, με τα οποία ο άνθρωπος μπορεί να είναι ικανοποιημένος. Η υποκειμενικότητα στον οικονομικό παράγοντα είναι σίγουρη καθώς δεν είναι όλοι οι άνθρωποι ευχαριστημένοι με τα ίδια οικονομικά ποσά (Νάκου, 2001).

Από την πλευρά της κοινωνιολογίας η υγεία και η ποιότητα ζωής είναι ταυτόσημες. Όταν έγινε αντιληπτό μετά τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο ότι τα χρήματα και ο πλούτος δεν είναι πανάκεια και δεν ικανοποιούν πάντα και απόλυτα τις ανθρώπινες ανάγκες, ξεκίνησαν οι έρευνες και οι μελέτες για την ανάδειξη της υγείας ως πρωταρχικό στόχο και άξονα ικανοποίησης του ανθρώπινου πληθυσμού. Μαζί με την παιδεία, την μόρφωση και την εργασία η υγεία αναγνωρίστηκε ως κοινωνικός δείκτης κοινωνικής ανάπτυξης και ευημερίας. Αν οι άνθρωποι δεν είναι υγιείς, πως είναι δυνατό να προσφέρουν στην κοινωνία τις δυνατότητες, τα προσόντα τους και τις κοινωνικές τους δεξιότητες; Σε ατομικό επίπεδο, η φτώχεια διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην ανθρώπινη υγεία και είναι λογικό να συνοδεύεται και από άλλους κοινωνικούς παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία. Με βάση τα παραπάνω και την ανάγκη μίας ολιστικής αντιμετώπισης της ανθρώπινης υγείας και δεδομένου ότι η κοινωνία αλλάζει μορφή και

μετασχηματίζεται όλο και περισσότερο γίνεται προσπάθεια να συνδεθεί η ποιότητα ζωής με την υγεία και τις κοινωνικές δομές (Νάκου, 2001).

Από την πλευρά της ψυχολογίας και ειδικά μετά το δεύτερο μισό του 20<sup>ου</sup> αιώνα έγινε σαφές ότι η καλή ψυχική υγεία συνάδει με την ποιότητα ζωής. Όταν κάποιος είναι σε καλή ψυχολογική κατάσταση και νιώθει ικανοποίηση από τη ζωή του, είναι φυσικό και επόμενο να θεωρεί ότι βελτιώνεται και η ποιότητα ζωής του. Οι παράγοντες και στον τομέα αυτό μπορεί να είναι υποκειμενικοί ή αντικειμενικοί και τα παραδοσιακά μοντέλα συνήθως προσχωρούν σε συνδυασμό τους (Υφαντόπουλος & Σαρρής, 2001).

Προκειμένου να έχει κάποιος ψυχική υγεία και επομένως και ποιότητα ζωής πρέπει να εκπληρώνει και κάποιες βασικές προϋποθέσεις, όπως καλή εικόνα για τον εαυτό του, μία όσο το δυνατό πιο ολοκληρωμένη προσωπικότητα, αναγνώριση και συνείδηση της πραγματικότητας και ικανότητα λήψης αποφάσεων σε συνδυασμό με την ικανότητα να συνάπτει κοινωνικές σχέσεις. Στην προκειμένη περίπτωση η ποιότητα ζωής ονομάζεται «εσωτερική ποιότητα ζωής» και το κάθε άτομο αποκτά ασφάλεια και αυτοπεποίθηση, αισιοδοξία και δύναμη για να παλέψει για τη ζωή του καθημερινά. Η εσωτερική ισορροπία είναι αυτή που θα κάνει τους ανθρώπους να εργαστούν περισσότερο και να δημιουργήσουν νέες σχέσεις φιλίας και σεβασμού με τους άλλους ανθρώπους. Όταν ένας άνθρωπος δεν αισθάνεται καλά με τον εαυτό του, τότε δεν θα θέλει να έχει πολλές κοινωνικές επαφές και δεν θα ενδιαφέρεται για την δουλειά του ή την διασκέδασή του, η οποία έτσι κι αλλιώς θα του φαίνεται ανούσια και ασήμαντη (Υφαντόπουλος & Σαρρής, 2001).

Από ιατρικής πλευράς αναμφισβήτητα η υγεία είναι ο βασικός παράγοντας για να υπάρχει σε όλους τους ανθρώπους ποιότητα ζωής. Οι ιατρικές μελέτες έχουν καθιερώσει διάφορες κλίμακες για να καθοριστεί η ποιότητα ζωής και περιλαμβάνουν διάφορους παράγοντες, όπως: την ύπαρξη παθήσεων και αν αυτές είναι χρόνιες ή μη, την ικανοποίηση από την πορεία της θεραπείας, την συναισθηματική κατάσταση του ασθενούς και την γενικότερη κατάσταση που επικρατεί στα νοσοκομεία. Με βάση τα παραπάνω ερευνήθηκαν και τα κονδύλια που χορηγούνται στα νοσοκομεία από το κράτος και το αρμόδιο υπουργείο. Ειδικά από την δεκαετία του 1990 άρχισαν να γίνονται περισσότερες έρευνες από τους μελετητές για

την επιρροή των χρόνιων ασθενειών πάνω στους ανθρώπους και ανάλογα με την πάθηση δημιουργήθηκαν εξειδικευμένα εργαλεία και κυρίως ερωτηματολόγια για να διαπιστωθεί η επίδραση των χρόνιων ασθενειών στην ποιότητα ζωής με βάση το αν οι ασθενείς είναι εφικτό να έχουν μία φυσιολογική και ικανοποιητική ζωή, όπως οι υγιείς άνθρωποι (Υφαντόπουλος & Σαρρής, 2001).

### **2.1.2 ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ**

Η ποιότητα ζωής σε σχέση με την υγεία, περιλαμβάνει θέματα όπως η υγεία γενικά, σωματικά συμπτώματα, συναισθηματική, γνωστική, κοινωνική και σεξουαλική λειτουργικότητα, όπως και οι έννοιες του υπαρξιακού περιεχομένου. Ως σχετιζόμενη με την υγεία Ποιότητα Ζωής μπορεί να οριστεί «η απάντηση του ατόμου στην επίδραση που έχει η νόσος πάνω στη σωματική, ψυχολογική και κοινωνική διάσταση της ζωής του, απάντηση η οποία επηρεάζει το βαθμό στον οποίο μπορεί το άτομο ναιώθει ικανοποίηση με τις συνθήκες της ζωής του» (Sarris et al, 2001).

Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής μεταβάλλεται ανάλογα με το επίπεδο της υγείας, τις σχέσεις, τις εμπειρίες και τους ρόλους του ατόμου. Η ποιότητα ζωής επηρεάζεται κυρίως σε άτομα που πάσχουν από κάποιο νόσημα, από πιθανές καταστάσεις μειωμένης λειτουργικότητας ή καταστάσεις εξάρτησης από βοηθήματα. Σημαντική επιρροή, ωστόσο, ασκούν οι προσδοκίες των ατόμων για βελτίωση της υγείας τους, οι κοινωνικές ευκαιρίες για τη βελτίωση της λειτουργικότητάς τους και οι πολιτικές υγείας που επηρεάζουν τις συνθήκες διαβίωσής τους (Sarris et al, 2001).

Η ποιότητα ζωής είναι μια έννοια που εκφράζει την ικανοποίηση απ' τη ζωή, την ευημερία και το υψηλό ηθικό. Συνήθως, η έννοια της «ποιότητας ζωής» εμπερικλύει σημαντικούς τομείς λειτουργικότητας στη σωματική, ψυχολογική και κοινωνική σφαίρα. Το τι σημαίνει όμως «ποιότητα ζωής» εξαρτάται και σχετίζεται σε μεγάλο βαθμό με τις αντιλήψεις του κάθε ασθενή, οπότε οποιαδήποτε προσπάθεια εκτίμησης της ποιότητας ζωής πρέπει να λαμβάνεται υπόψη και η υποκειμενική αντίληψη του καθενός. Μια κατάσταση που μπορεί να είναι ανυπόφορη για έναν ασθενή μπορεί να είναι ανεκτή για κάποιον άλλον (Sarris et al, 2001).

Μία απ' τις πιο δύσκολες και δύστροπες λόγω της κατάστασής τους ομάδες ασθενών, είναι οι ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια. Ως νεφρική ανεπάρκεια ορίζεται η μη αναστρέψιμη απώλεια της λειτουργίας των νεφρών. Η προοδευτική έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας οδηγεί σε τελικό στάδιο, οπότε επιβάλλεται η αντιμετώπιση του ασθενούς σε θεραπεία υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας, δηλαδή σε μέθοδο εξωνεφρικής υποκατάστασης με αιμοκάθαρση (Sarris et al, 2001).

### **2.1.3 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ**

Η ποιότητα ζωής των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών εξαρτάται από την κοινωνική και οικονομική κατάσταση στη χώρα τους, την ηλικία, το φύλο, το μορφωτικό επίπεδο καθώς και την υποκείμενη θεώρηση της ζωής. Επίσης, άλλοι παράγοντες που σχετίζονται με την ασθένεια τους, όπως η έγκαιρη παραπομπή σε νεφρολόγο, οι συνοδές νόσοι ή η πρωτοπαθής νόσος, η μέθοδος θεραπείας, επηρεάζουν καταλυτικά την ποιότητα ζωής τους. Τέλος, σημαντική επιρροή ασκεί στην ποιότητα ζωής και ο χώρος όπου τελείται η θεραπεία, στο νοσοκομείο ή στο σπίτι ( Valderrabano et al, 2001).

Μελέτες το 1980 έδειξαν ότι εξαιτίας της αιμοκάθαρσης υπάρχει μείωση της ποιότητας ζωής. Τα βασικά πεδία έρευνας αφορούσαν την επίδραση της μεθόδου αιμοκάθαρσης στην ποιότητα ζωής, τη σχέση της ποιότητας ζωής με την θνησιμότητα ή τη νοσηρότητα, την επίδραση χαρακτηριστικών της θεραπείας, όπως ο τύπος της μεμβράνης, η επάρκεια της αιμοκάθαρσης, η λήψη ερυθροποιητίνης κ.α. ( Morsch et al, 2006).

Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής αιμοκαθαιρόμενων ασθενών επηρεάζεται από την σωματική και ψυχική υγεία, την λειτουργική τους κατάσταση, την προσωπική και κοινωνική λειτουργικότητά τους. Η αιμοκάθαρση θέτει έντονους περιορισμούς στον τρόπο ζωής τους. Οι αιμοκαθαιρόμενοι θεωρούν ότι η υγεία τους επιδεινώνεται με συνέπεια την επιδείνωση και τη μείωση της ποιότητας ζωής τους σε όλες τις διαστάσεις (σωματικές, ψυχικές, συναισθηματικές, κοινωνικές) ( Theofilou,2012).

#### 2.1.4 ΣΥΝΔΕΣΗ ΣΩΜΑΤΟΣ - ΨΥΧΗΣ

Οι επιστήμονες τονίζουν ότι η σύνδεση ανάμεσα στο σώμα και την ψυχή είναι πια συνδεδεμένες και επιμένουν στο γεγονός ότι η αντιμετώπιση και των δύο πρέπει να είναι ολοκληρωμένη και να συνδυάζει διάφορες μεθόδους (DiMatteo & Martin, 2006).

Η συναισθηματική κατάσταση μπορεί να επηρεάσει και τις ορμόνες του σώματος. Οι σκέψεις επιφέρουν μεταβολές στη χημεία του σώματος - στους νευροδιαβιβαστές, στις ορμόνες, ακόμη και στον τόνο των αγγείων και των μυών. «Οι ορμονικές αυτές μεταβολές με τη σειρά τους μπορούν να επιδράσουν στις λειτουργίες του σώματος, επηρεάζοντας ακόμη και την ευπάθεια του ανοσοποιητικού συστήματος». Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι η ορμόνη προλακτίνη, οι υψηλές τιμές της οποίας επιδρούν αρνητικά στη γυναικεία γονιμότητα, η οποία με τη σειρά της επηρεάζεται από το στρες (DiMatteo & Martin, 2006).

Στις περιπτώσεις όπου ο ψυχολογικός παράγοντας συμβάλλει σημαντικά έως και αποκλειστικά στην εκδήλωση σωματικών συμπτωμάτων, τα συμπτώματα αυτά θεωρούνται ψυχοσωματικά. Με άλλα λόγια, πρόκειται για ενοχλήσεις η αιτία των οποίων είναι είτε αποκλειστικά είτε εν μέρει ψυχολογική (DiMatteo & Martin, 2006).

Τα ψυχοσωματικά συμπτώματα μπορούν να εκδηλωθούν σε οποιοδήποτε σημείο ή όργανο του σώματος, γεγονός που εξαρτάται από τη γενετική προδιάθεση και την ευαισθησία κάθε ατόμου. Τα συνηθέστερα ψυχοσωματικά συμπτώματα αφορούν τις ημικρανίες, τα προβλήματα στο στομάχι και το έντερο (με πλέον χαρακτηριστικό παράδειγμα το σύνδρομο του ευερέθιστου εντέρου), τις δερματικές ενοχλήσεις (έκζεμα, επίμονος κνησμός, ερυθρότητα του δέρματος, σπυράκια) και το καρδιαγγειακό σύστημα (ταχυκαρδίες, έκτακτες συστολές, αύξηση της αρτηριακής πίεσης) (Κόλιας, 2010).

Οι ειδικοί επιστήμονες επισημαίνουν ότι ο ψυχολογικός παράγοντας μπορεί να συμβάλλει άλλοτε περισσότερο και άλλοτε λιγότερο στην εμφάνιση ή την επιδείνωση σοβαρών ασθενειών, όπως τα καρδιαγγειακά, τα αυτοάνοσα (λύκος, ρευματοειδής αρθρίτιδα), ακόμη και ο καρκίνος. Τονίζουν, βέβαια, ότι στην περίπτωση αυτών των νόσων η ψυχική φόρτιση δεν θεωρείται ο αποκλειστικός υπεύθυνος. «Η κληρονομικότητα, η προδιάθεση του ατόμου

και ο τρόπος ζωής αποτελούν πολύ σημαντικούς παράγοντες στην εκδήλωση αυτών των νόσων (Κόλιας, 2010).

### **2.1.5 ΧΡΟΝΙΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ**

Τα τελευταία χρόνια και κυρίως από την αρχή του 20<sup>ου</sup> αιώνα άρχισε να γίνεται συνειδητή η επιθυμία των ασθενών για μία ποιοτική αντιμετώπιση και φροντίδα αλλά και ότι είναι αναφαίρετο δικαίωμά τους να έχουν μία ορθή νοσηλευτική και ιατρική υποστήριξη. Φυσικά, απαραίτητη προϋπόθεση για να γίνει αυτό είναι η ύπαρξη ενός ολοκληρωμένου συστήματος υγείας, το οποίο πραγματικά θα ενδιαφέρεται για τους ασθενείς δίχως εξαιρέσεις και θα κατανοεί τα προβλήματα των πασχόντων από χρόνιες ασθένειες, οι οποίοι έχουν μία ιδιαιτερότητα στο να ταλαιπωρούνται περισσότερα χρόνια (Σαρρής, 2006).

Το βασικό πρόβλημα του ασθενούς που πάσχει από μακροχρόνια ασθένεια είναι ότι δεν έχει την απαιτούμενη αυτοπεποίθηση να προσπαθήσει για μία ποιοτική και σίγουρη ζωή αφού τα συμπτώματα δεν είναι βέβαιο πότε θα εμφανιστούν. Υπάρχουν μέρες που αισθάνεται καλά και μέρες που νιώθει αδύναμος και πάρα πολύ άρρωστος. Το αίσθημα αυτό τον δεσμεύει και τον περιορίζει αφού σταδιακά μειώνονται οι κοινωνικές του επαφές και ο ίδιος κλείνεται στον εαυτό του και μεμψιμοιρεί για την κατάσταση που είναι υποχρεωμένος να βιώνει. Δεν είναι τυχαίο ότι πολλές φορές οι ασθενείς, δίχως να το συνειδητοποιούν και δίχως να νιώθουν αληθινή κακία ζηλεύουν τους υγιείς ανθρώπους και θέλουν να είναι μακριά τους γιατί αυτομάτως κάνουν σύγκριση με τη δική τους κατάσταση και νιώθουν κατώτεροι και ανεπαρκείς. Η ερώτηση «γιατί εγώ» πολλές φορές μπορεί να μη διατυπώνεται φωναχτά αλλά είναι λογικό και επόμενο να υπάρχει έστω και ενδόμυχα στο μυαλό των ασθενών (Παλαιολόγου, 2002).

Η επιμήκυνση της ζωής των ασθενών είναι κάτι που απασχολεί, όπως και οι επιπτώσεις που προκαλούνται από τυχόν επιπλοκές και συμπτώματα που επηρεάζουν τη ζωή του πάσχοντα. Οι επιπτώσεις αυτές, τις περισσότερες φορές δημιουργούν περιορισμούς στην καθημερινή ζωή, μειώνουν το θεραπευτικό όφελος και επιδρούν αρνητικά στην αναμενόμενη βελτίωση της ποιότητας ζωής (Υφαντόπουλος και συν, 2001).

Η αίσθηση ότι αποτελούν βάρος για την οικογένειά τους, την οποία εμποδίζουν από μία χαρούμενη και φυσιολογική ζωή πολλές φορές είναι δυσβάστακτη και όσο περισσότερο δεν βελτιώνονται σωματικά άλλο τόσο επιβαρύνονται ψυχολογικά και πνευματικά αφού φτάνουν στο σημείο να σκέφτονται το κακό που προκαλούν στο περιβάλλον τους και όχι τη δική τους ταλαιπωρία. Άλλωστε, είναι πολύ διαφορετικό να σκέφτεται κανείς ότι η θεραπεία, στην οποία υποβάλλεται θα αποδώσει καρπούς και παρά την κούραση και την αγωνία θα βελτιωθεί η κατάστασή του και διαφορετικά να γνωρίζει ότι η επιθυμητή βελτίωση δεν θα έρθει ποτέ και θα είναι υποχρεωμένος για πάντα να υποβάλλεται στην ίδια θεραπεία που είναι πιθανό να πάψει να έχει έστω και τα αποτελέσματα που έχει σε μερικά χρόνια (Παλαιολόγου, 2002).

Για παράδειγμα, ο ασθενής που υποβάλλεται σε αιμοκάθαρση έχει επίγνωση ότι η αιμοκάθαρση είναι πολλές φορές μία προσωρινή λύση (αν το νεφρό είναι σε πολύ κακή κατάσταση) και η ιδανική λύση θα ήταν μία μεταμόσχευση νεφρού. Το πρόβλημα στην περίπτωση αυτή είναι η αναμονή για την εύρεση του κατάλληλου δότη και φυσικά η αποδοχή του νεφρού από τον οργανισμό του λήπτη. Το μυαλό του ασθενούς συνειδητοποιεί την αβεβαιότητα της όλης κατάστασης και αδυνατεί να νιώσει χαρά και ελπίδα μέσα σε αυτό τον κυκεώνα της αστάθειας (Παλαιολόγου, 2002).

Από την άλλη πλευρά, αν ο ασθενής δεν έχει καλή ψυχολογία και επιτρέπει στον εαυτό του να μελαγχολεί και να αποθαρρύνεται, είναι αποδεδειγμένο ότι η κατάσταση της υγείας του δεν είναι πιθανό να βελτιωθεί και ο φαύλος κύκλος συνεχίζεται αφού η διατήρηση της κατάστασης τον εξουθενώνει κι άλλο ψυχολογικά (Στάλικας & Μερτίκα, 2004). Η αντίληψη των ασθενών για την υγεία και την ποιότητα ζωής τους, αποτελεί μια σημαντική μέτρηση-εκτίμηση για τα αποτελέσματα της θεραπευτικής τους αντιμετώπισης (Fiebigger et al, 2004). Η χρήση, ωστόσο, πολυσύνθετων αναλύσεων για την εκτίμηση της θεραπευτικής αποτελεσματικότητας καταλήγει σε μια ποικιλία μεθόδων προσέγγισης της χρησιμότητας που έχει για τον ασθενή μια ιατρική πράξη αλλά και η σημασία της στην εκτίμηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής (Στάλικας & Μερτίκα, 2004).

Γενικότερα, τα χρόνια νοσήματα αποσταθεροποιούν τον ασθενή σωματικά και ψυχολογικά και ανατρέπουν όλη του την ισορροπία σε επίπεδο οικογενειακό, κοινωνικό, οικονομικό και πνευματικό. Οι μακροχρόνιες θεραπείες και το κοινωνικό στίγμα που τον ακολουθεί δεν του επιτρέπει να σκεφτεί με χαρά και αισιοδοξία τη ζωή ενώ είναι αναγκασμένος να αλλάζει συνεχώς τον τρόπο ζωής του και να τον προσαρμόζει ανάλογα με τη θεραπεία που ακολουθεί. Ο φόβος για την μελλοντική εξέλιξη της ασθένειας και η αίσθηση που έχει πολλές φορές ότι ο θάνατος είναι πιο κοντά σε αυτόν από τους άλλους ανθρώπους δεν του επιτρέπει μία ποιοτική ζωή ακόμα και τις ημέρες που αισθάνεται καλά σωματικά. Αρκεί μία και μόνη σκέψη για να τον βλάψει ψυχολογικά και να τον απομονώσει ακόμα περισσότερο. Αν οι άνθρωποι αρρωσταίνουν φυσιολογικά και για λίγο και παρόλο που ξέρουν ότι η ασθένειά τους γρήγορα θα αντιμετωπιστεί αισθάνονται χάλια και αποφεύγουν τις κοινωνικές συναναστροφές είναι εύκολο να φανταστεί κανείς πως νιώθουν οι χρόνια πάσχοντες (Μηνασίδου & Λεμονίδου, 2005).

## **2.2 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΣΤΙΣ ΕΠΙΣΤΗΜΕΣ ΥΓΕΙΑΣ**

Η νέα αυτή επιστημονική μέθοδος παρέμβασης και αντιμετώπισης των εκάστοτε ασθενειών παρουσιάστηκε σαν μία ανάγκη των ιατρών αλλά και του νοσηλευτικού προσωπικού να αντιμετωπίσουν τις ασθένειες σε πολλά επίπεδα και να μη στερήσουν από τους ασθενείς τους τις θετικές επιδράσεις από την αποτελεσματική αντιμετώπισή τους και την καλύτερη ποιότητα ζωής. Συγχρόνως, αναγνωρίζουν την αναγκαιότητα και τις δυνατότητες της σύγχρονης επιστημονικής και τεχνολογικής εξέλιξης στην ιατρική. Έτσι, λοιπόν, επιχειρούν να αξιοποιήσουν όλα τα υπάρχοντα μέσα για τα καλύτερα αποτελέσματα. «Αν θέλουν ή έχουν εκπαιδευτεί ανάλογα, εφαρμόζουν οι ίδιοι μία ή περισσότερες εναλλακτικές ή συμπληρωματικές θεραπείες αποκλειστικά, ή παράλληλα με την κύρια ειδικότητά τους» (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 2008).

Η σύγχρονη ιατρική έχει πέσει τα τελευταία χρόνια σε μία περίεργη κατάσταση, η οποία δεν ευνοεί τους ίδιους τους ιατρούς και φυσικά τους ασθενείς. Έχοντας κατακτήσει ένα πλήθος γνώσεων για τη μορφή και τον τρόπο λειτουργίας του ανθρώπινου οργανισμού και στην προσπάθειά της



να απομακρυνθεί από τις δογματικές και αντιεπιστημονικές θεωρήσεις για τον άνθρωπο, την αρρώστια και την υγεία, που επικράτησαν σε παλαιότερες εποχές και αποτέλεσαν για αιώνες τροχοπέδη για την επιστήμη, φαίνεται να έχει πέσει, όπως γίνεται συνήθως, στην αντίθετη υπερβολή: Στο να θεωρήσει τον ανθρώπινο οργανισμό μια μηχανή, όπου ένα πλήθος πολύπλοκων λειτουργιών συμβαίνουν μηχανικά, απορρυθμίζονται τυχαία και βέβαια μπορούν να θεραπευτούν πάλι μηχανικά και εντοπισμένα στο σημείο όπου η αρρώστια εκδηλώνεται (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 2008).

Επομένως, η ολιστική ιατρική είναι ο κλάδος της ιατρικής, ο οποίος θα αντιμετωπίσει τον ασθενή ως σύνολο και όχι ως καρδιά, πνευμόνια, κόκκαλα και άλλα όργανα. «Σε αντίθεση με την κλασική ιατρική που είχε κατακερματιστεί σε πολλές ειδικότητες για να αντιμετωπίσει τις ασθένειες, όπως για παράδειγμα καρδιολογία, πνευμονολογία, γυναικολογία και άλλα ο ολιστικός ιατρός θα δει τον άνθρωπο ως ένα σύνολο και θα θεραπεύσει τον άνθρωπο συνολικά και όχι ένα μεμονωμένο όργανο (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 2008).

Για τον ολιστικό θεραπευτή, μία ύπαρξη δεν είναι μόνο ένα σώμα με φυσικά μέρη και όργανα, αλλά και ένα πνευματικό ον ταυτόχρονα. Ο νους και τα συναισθήματα πιστεύεται ότι συνδέονται με αυτό το ον, καθώς και με το σώμα. «Ο ολιστικός θεραπευτής διεισδύει στην προσωπικότητα και την ατομικότητα της κάθε ύπαρξης, κάνει διάγνωση των αδιόρατων διαταραχών της, διακρίνει τις όποιες ανισορροπίες υπάρχουν και την εμποδίζουν να ζήσει με υγεία» . Αντιμετωπίζει την αιτία και όχι το σύμπτωμα, την ουσία και όχι την επιφάνεια της νόσου. Γίνεται γέφυρα δύο κόσμων: του αμιγώς ιατρικού-μηχανιστικού και του αμιγώς ψυχιατρικού-συναισθηματικού. Οφείλει, μάλιστα, να παραπέμψει τον ασθενή, όταν χρήζει ιατρικής υποστήριξης, στον αρμόδιο ιατρό ή τον ψυχοθεραπευτή (Berman, 2007).

### 2.2.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΗΣ ΟΛΙΣΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

Η αντιμετώπιση του ανθρώπου σαν ένα σύνολο και όχι ενός συνόλου οργάνων, τα οποία θεραπεύονται χωριστά δεν είναι καινούρια αλλά πηγάζει πολλά χρόνια πριν. «Ήδη πέντε χιλιάδες χρόνια π.Χ οι αρχαίες ινδικές και κινεζικές θεραπευτικές παραδόσεις τόνιζαν την ανάγκη ενός υγιούς τρόπου ζωής, σε αρμονία με τη φύση» . Ο άνθρωπος θεωρούνταν ως μία ξεχωριστή και πνευματική οντότητα και οι παθήσεις του είναι αναγκαίο να θεραπεύονται εξατομικευμένα. Κατά συνέπεια δεν γίνονταν λόγος για παθήσεις αλλά για ανθρώπινες υπάρξεις σαν σύνολο ( DiMatteo & Martin, 2006).

Οι απαρχές της δυτικής ιατρικής εντοπίζονται στην αρχαία Ελλάδα, με τον Ιπποκράτη να θέτει τα θεμέλια της ορθολογιστικής ιατρικής. Ο Γαληνός αποτελεί μία άλλη σημαντική φυσιογνωμία της ιατρικής καθώς στήριξε τη διάγνωση στην ανατομία και τη φυσιολογία. Η ολιστική ιατρική εφαρμοζόταν στην αρχαιότητα ήδη από την προϊστορική περίοδο. Πρώτος γνωστός γιατρός υπήρξε ο Παίων, η φήμη του οποίου υπήρξε τόσο μεγάλη, ώστε θεωρήθηκε ιατρός των θεών. Σημαντικός γιατρός, φυσιοθεραπευτής και βοτανολόγος υπήρξε ο Χείρων ο Κένταυρος. Άλλος σημαντικός γιατρός ήταν ο Μελάμποδας. Το παρακάτω απόσπασμα του Πλάτωνα θυμίζει τις απόψεις της Naturorathy: «Γιατί τίποτα δεν επιτυγχάνουν με τη θεραπεία, εκτός του ότι κάνουν πιο πολύπλοκες τις ασθένειές τους και αν κάποιος τους συμβουλεύει να πάρουν κάποιο φάρμακο, ελπίζουν ότι με αυτό θα γίνουν καλά. Αλλά μήπως αυτοί δεν είναι αξιοθρήνητοι και για το ότι θεωρούν μεγαλύτερο εχθρό τους εκείνον που τους λέει την αλήθεια, ότι δηλαδή αν δεν σταματήσει να μεθάει και να τρώει πολύ και να ασωτεύει, δεν θα τον ωφελήσουν ούτε τα φάρμακα ούτε οι καυτηριάσεις ούτε οι εγχειρήσεις» ( DiMatteo & Martin, 2006).

Τον 15ο αιώνα, η Αναγέννηση εισήγαγε τη νοσησαρχία και τον ορθολογισμό στο χώρο της ιατρικής. «Το βιοϊατρικό μοντέλο της ασθένειας, το οποίο αποτέλεσε για πολλούς αιώνες υπόδειγμα αξιωματικού χαρακτήρα, έχει βαθιές ρίζες στις φιλοσοφικές θεωρίες του αναγωγισμού και του δυΐσμου» . Είναι αναγωγικό επειδή θεωρεί πως οποιαδήποτε διεργασία που οδηγεί σε ασθένεια μπορεί να γίνει κατανοητή αν αναλυθεί στα πιο απλά αλλά βασικά

συστατικά στοιχεία της. Επίσης είναι δυϊστικό γιατί δεν ερμηνεύει το ρόλο που διαδραματίζουν οι ψυχολογικές και κοινωνικές διεργασίες στην αιτιολογία και εξέλιξη της ασθένειας, αλλά θεωρεί τους σωματικούς παράγοντες ανεξάρτητους από τους ψυχολογικούς (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 2008).

Στα μέσα του 20ου αιώνα, οι Dunbar και Alexander προετοίμασαν το δρόμο για την ανάπτυξη του πεδίου της ψυχοσωματικής ιατρικής, συνδέοντας τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας με συγκεκριμένες σωματικές ασθένειες. Μέχρι πρότινος, οι ψυχολόγοι ασχολούνταν σχεδόν αποκλειστικά με τον ψυχισμό. Η συντήρηση του βιοϊατρικού μοντέλου της ασθένειας είχε σχεδόν αποκλείσει τη συμμετοχή των κοινωνικών επισημών από την αντιμετώπιση των ζητημάτων της υγείας. «Το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο της υγείας προτάθηκε από τον ψυχίατρο George Engel το 1977. Ο ίδιος ο όρος βιοψυχοκοινωνικός τονίζει το γεγονός ότι τόσο οι βιολογικοί, όσο και οι ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες αποτελούν συντελεστές της υγείας» (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 2008).

Οι ψυχολόγοι της υγείας ασπάζονται το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο, το οποίο αποτελεί μια φιλοσοφική θεώρηση που λαμβάνει ως δεδομένη τη σημαντικότητα και την αλληλεπίδραση των βιολογικών, των ψυχολογικών και των κοινωνικών παραγόντων στον καθορισμό της υγείας. «Δεδομένου ότι η βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση υποστηρίζει ότι δεν υπάρχει αμιγές βιολογικό πρόβλημα, απαιτείται μια ολιστική παρέμβαση σε ατομικό επίπεδο (οργανικό και ψυχολογικό), σε κοινωνικό επίπεδο και μερικές φορές σε οικολογικό επίπεδο, τόσο από τους ψυχολόγους, όσο και από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό» (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 2008).

Σήμερα η σωματική υγεία του σύγχρονου ανθρώπου βάλλεται από παντού:

α) το άγχος και η κατάθλιψη προκαλούν πλήθος ψυχοσωματικών διαταραχών, από την γαστρίτιδα και το πεπτικό έλκος μέχρι τις νόσους του ανοσοποιητικού συστήματος (αλλεργίες κλπ.) και τις διάφορες μορφές νεοπλασιών (καρκίνος του προστάτη και άλλα)

β) η κακή διατροφή συμβάλλει στην εμφάνιση πολλών ασθενειών (αρτηριοσκληρωτική νόσος των αγγείων με έμφραγμα μυοκαρδίου κλπ.),

γ) η έλλειψη σωματικής άσκησης έχει βασικό ρόλο σε διάφορες σωματικές διαταραχές, από την δυσκοιλιότητα και την οστεοπόρωση έως την δισκοπάθεια (κήλη του μεσοσπονδυλίου δίσκου στην οσφυϊκή περιοχή λόγω μειωμένου τόνου των κοιλιακών μυών) και τις παθήσεις του καρδιαγγειακού συστήματος (φλεβικοί κίρσοι, αρτηριοσκληρωτική νόσος των αγγείων με έμφραγμα μυοκαρδίου κλπ.) και

δ) τέλος, χωρίς να σημαίνει ότι είναι το λιγότερο σημαντικό, η υποβαθμισμένη πνευματική ζωή του σύγχρονου ανθρώπου, όπως αυτή εκδηλώνεται από την κρίση των ηθικών αξιών και ιδεολογιών, την έλλειψη ανώτερων και αλτρουιστικών στόχων και οραμάτων, την σύγχυση όσον αφορά τα «πιστεύω» και τις επιθυμίες, την απουσία ισχυρών φιλοσοφικών θέσεων, κοσμοθεωρίας και θρησκευτικών αντιλήψεων που να στηρίζουν συναισθηματικά τον άνθρωπο, φυσικά οδηγούν όχι μόνο σε χαμηλού επιπέδου ποιότητα ζωής αλλά και έχουν κεντρικό ρόλο, τόσο στην αιτιολογία, όσο και στην εξέλιξη, των περισσότερων ψυχικών και σωματικών διαταραχών ( DiMatteo & Martin, 2006).

## 2.3 ΟΙ ΦΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

Ο ασθενής που υποβάλλεται σε αιμοκάθαρση περνά τρία διαδοχικά στάδια ψυχολογικής κατάστασης (De Barbieri & Zampieron, 2004).

### 1) Φάση ευφορίας

Πρόκειται για την πρώτη αντίδραση του ασθενή που θεωρείται λυτρωτική, καθώς ο ίδιος αισθάνεται ήδη καλύτερα τόσο σε σωματικό όσο και σε ψυχικό επίπεδο, ιδιαίτερα αν είχε ταλαιπωρηθεί με εμετούς, ναυτία, αδυναμία και πόνο στο στάδιο της ουραιμίας. Η έναρξη και η αποδοχή της θεραπείας αποτελεί μεγάλη ανακούφιση και η διαδικασία της αιμοκάθαρσης δεν είναι τόσο δυσάρεστη για τον ίδιο όπως μπορεί να φανταζόταν. Η φάση αυτή διαρκεί συνήθως λίγους μήνες (Μάτζιου- Μεγαπάνου, 2009). Βιώνει, δηλαδή, μίαν ήρεμη και ομαλή περίοδο, η οποία πολλοί χαρακτηρίζουν και ως «περίοδος του μήνα του μέλιτος». Ο ασθενής ξεκινά την διαδικασία της αιμοκάθαρσης και νιώθει καλύτερα σωματικά, πιο δυνατός και με υγεία και ευεξία. Το γεγονός αυτό τονώνει την ψυχολογική του κατάσταση και προσπαθεί να απολαύσει τη ζωή και να νιώσει πιο αισιόδοξος και χαρούμενος. Οι σχέσεις με το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό είναι ήρεμες και καλές και η ελπίδα ότι ίσως και να αντιμετωπιστεί με επιτυχία το πρόβλημά τους υπάρχει έντονα μέσα τους. Το μηχάνημα της αιμοκάθαρσης δεν είναι εχθρός αλλά σύμμαχος αφού τους κάνει να αισθάνονται καλύτερα και να έχουν μία ποιότητα ζωής. Το στάδιο αυτό αφορά κυρίως συνήθως τους ασθενείς που βιώνουν οξεία προβλήματα λόγω νεφροπάθειας και η αιμοκάθαρση τους ανακουφίζει σημαντικά. Αντίθετα, όσοι δεν είναι στην κατάσταση αυτή αισθάνονται πίεση μπροστά στο ενδεχόμενο της παντοτινής αιμοκάθαρσης. Η περίοδος αυτή διαρκεί περίπου από 6 εβδομάδες έως και 6 μήνες από την έναρξη της αιμοκάθαρσης (De Barbieri & Zampieron, 2004).

Οι φοβίες που έχουν οι ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση είναι και τεχνικής φύσεως αφού το ενδεχόμενο να πάθει βλάβη το μηχάνημα κατά τη διάρκεια της αιμοκάθαρσης ή πριν και να ακυρωθεί η διαδικασία είναι εφιαλτικό. Η αϋπνία είναι σύνηθες φαινόμενο ειδικά όταν την επόμενη μέρα ο ασθενής πρέπει να πάει στο νοσοκομείο για αιμοκάθαρση. Ο ύπνος

στους αιμοκαθαιρούμενους δεν είναι πάντα ήρεμος και φυσιολογικός και πολλοί αναφέρουν ότι σηκώνονται το πρωί με ένα αίσθημα έντονης κόπωσης (De Barbieri & Zampieron, 2004).

## 2) Φάση απογοήτευσης – κατάθλιψη

Στη φάση αυτή όλοι οι περιορισμοί της θεραπείας έρχονται στην επιφάνεια έχοντας αντίκτυπο τόσο στη σωματική ενεργητικότητα του ατόμου, όσο και στο συναισθηματικό σκέλος, με αποτέλεσμα ο αιμοκαθαιρόμενος να απογοητεύεται και να εκφράζει συναισθήματα θλίψης. Σύμφωνα με μελέτες, η κατάθλιψη ανήκει στην πιο συχνή αιτία ψυχιατρικών διαταραχών με υψηλό ποσοστό νοσηρότητας και θνησιμότητας, με το 61% να αναφέρει συμπτώματα κατάθλιψης και το 50% να ανησυχεί για το μέλλον (Μάτζιου-Μεγαπάνου, 2009). Το δεύτερο αυτό στάδιο, το οποίο περνούν οι ασθενείς είναι με λίγα λόγια στάδιο απογοήτευσης και έλλειψης ελπίδας και αισιοδοξίας. Η αρχική τους χαρά και αισιοδοξία χάνεται και τη θέση τους λαμβάνει η θλίψη και η εξάντληση. Οι ασθενείς βιώνουν αισθήματα θυμού και εκνευρισμού και προς το νοσηλευτικό προσωπικό και προς τα άτομα του περιβάλλοντός τους και τα αποτελέσματα της αιμοκάθαρσης στο οικονομικό, κοινωνικό και επαγγελματικό πεδίο αρχίζουν να γίνονται ορατά. Κάθε ταλαιπωρία και πόνος αποδίδεται σε λάθη και παραλείψεις του προσωπικού και του νοσοκομείου και η ένταση είναι σύνηθες φαινόμενο (Κουτσοπούλου - Σοφικίτη & Θεοδοσοπούλου – Ευθυμίου, 2002).

## 3) Φάση αποδοχής

Το τρίτο στάδιο είναι αυτό της μακροπρόθεσμης προσαρμογής. Ο ασθενής αρχίζει να αποδέχεται έστω και λίγο το γεγονός της αιμοκάθαρσης, της μονιμότητας και των περιορισμών της και είναι ένα στάδιο με έντονες διακυμάνσεις και αλλαγές σωματικές αλλά κυρίως ψυχικές. Υπάρχουν μέρες που οι ασθενείς νιώθουν καλά μετά την αιμοκάθαρση και πιο δυνατοί και άλλες μέρες που νιώθουν κατάκοποι και απογοητευμένοι. Συνειδητοποιούν πια ότι η ζωή και η επιβίωσή τους εξαρτάται από το μηχάνημα της αιμοκάθαρσης και επιθυμούν να λάβουν όλες τις πληροφορίες για την κατάσταση της υγείας τους και την διαδικασία της αιμοκάθαρσης καθώς και για τις συνέπειες που αυτή θα επιφέρει

(Κουτσοπούλου - Σοφικήτη & Θεοδοσοπούλου – Ευθυμίου, 2002). Στη φάση αυτή ο νεφροπαθής δέχεται τους περιορισμούς της κατάστασής του, συνειδητοποιεί την ανάγκη της θεραπείας για την διατήρηση στη ζωή, προσπαθεί να θέσει ρεαλιστικούς στόχους για το μέλλον και με βοήθεια από τους γύρω του να καταφέρει να αλλάξει προς το καλύτερο την συμπεριφορά του και τις αντιδράσεις του. Έτσι, με βήματα αργά αλλά σταθερά ανακτά και πάλι τις δυνάμεις του, την αυτοπεποίθησή του και βελτιώνει την ποιότητα στη ζωή του, αρχίζοντας και πάλι να κάνει θετικές σκέψεις για το μέλλον (Μάτζιου- Μεγαπάνου,2009).

Σύμφωνα με τη Lambert ο ασθενής θεωρείται να έχει προσαρμοστεί και αποδεχτεί την χρόνια νόσο, εάν κατανοήσει τα εξής:

- Να έχει επίγνωση της σοβαρότητας της κατάστασής του στη χρόνια νόσο και των επιπτώσεων της
- Να είναι πιστός στις ιατρικές οδηγίες και θεραπείες
- Να αποδεχτεί την εξωτερική του εμφάνιση και τις επιπτώσεις που έχει η νόσος στο σώμα του
- Να αντιμετωπίσει την αβεβαιότητα και την εξέλιξη της κατάστασής του
- Να επαναπροσδιορίσει προσωπικούς, επαγγελματικούς και κοινωνικούς στόχους
- Να καταφέρει να επανενταχτεί στο κοινωνικό του περιβάλλον (Μάτζιου-Μεγαπάνου,2009).

### 2.3.1 ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ- ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Πριν την έναρξη της αιμοκάθαρσης κάθε ασθενής είναι καλό να ενημερώνεται και να εκπαιδεύεται από κάποιον ειδικό σε τέτοια θέματα που θα τον προσεγγίσει σωστά και υπεύθυνα. Πολλοί μελετητές παραληλίζουν την προετοιμασία του ασθενή πριν την έναρξη της θεραπείας και την αποδοχή αυτής σαν ένα ταξίδι, μια διαδρομή την οποία διανύει ο ασθενής μαζί με την οικογένειά του και καλείται να προσαρμοστεί στις αλλαγές της υγείας του και του νέου τρόπου ζωής που απαιτεί η αιμοκάθαρση. Το ταξίδι μπορεί να χαρακτηριστεί επιτυχημένο εφόσον ο χρόνος αφομοίωσης των νέων πληροφοριών είναι αρκετός, έχοντας την κατάλληλη υποστήριξη και την προσαρμοστικότητα στις μεταβολές που υφίσταται ο τρόπος ζωής του. Για να ολοκληρωθεί το ταξίδι είναι ανάγκη ο ασθενής να έχει την απαιτούμενη ολιστική φροντίδα που θα ανταποκρίνεται στις ανάγκες του. Σύμφωνα με μελέτες η περίοδος της κρίσης, η οποία καλείται η περίοδος πριν την έναρξη της εξωνεφρικής κάθαρσης, αποπροσανατολίζει συναισθηματικά το άτομο. Αλλάζει τελείως ο τρόπος σκέψης του ατόμου που ξαφνικά νοσεί, ο τρόπος που αντιλαμβάνεται τα πράγματα, την εργασία, τις σχέσεις και τους στόχους του για το μέλλον. Γι' αυτό το λόγο, χρειάζεται μια ολιστική φροντίδα, στην οποία η οικογένεια θα παίξει βασικό ρόλο, καθώς αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της καθημερινότητας και των προβληματισμών του ασθενή (Μάτζιου- Μεγαπάνου,2009).

Η εκπαίδευση του ασθενή που πρόκειται να ξεκινήσει αιμοκάθαρση περιλαμβάνει προφορική ενημέρωση η οποία ολοκληρώνεται εκ νέου και γραπτά με πληροφορίες χρήσιμες για τον ασθενή, ενημερωτικά φυλλάδια, εκπαιδευτικές βιντεοταινίες και επισκέψεις στην μονάδα τεχνητού νεφρού. Ο ασθενής πρέπει να λάβει λεπτομερείς πληροφορίες και τυχόν ερωτήσεις του ή απορίες να απαντώνται κατάλληλα και σε απλή γλώσσα. Εξίσου σημαντικές είναι και οι γραπτές πληροφορίες που θα δοθούν ανάλογα με το στάδιο της νόσου και την θεραπεία που επιθυμεί να ακολουθήσει ο κάθε ασθενής. Παράλληλα, οι επισκέψεις στην μονάδα και οι συζητήσεις με άλλους νεφροπαθείς μπορεί να βοηθήσουν σημαντικά, αλλά απαιτείται κατάλληλος χειρισμός με ευαισθησία, προσοχή και πρόγραμμα (Μάτζιου-Μεγαπάνου,2009).



## 2.4 ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΩΝ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΥΜΕΝΩΝ

Ο ρόλος της οικογένειας είναι ιδιαίτερα καθοριστικός σχετικά με την κοινωνική επαφή των ανθρώπων τους αφού τις περισσότερες φορές μετά το αρχικό σοκ και την θλίψη όταν μαθαίνουν την διάγνωση της ασθένειας κυριαρχεί η υπερπροστατευτική διάθεση και το άτομο που νοσεί επηρεάζεται από το φόβο τους και απομονώνεται. Ειδικά για τους νεφροπαθείς που είναι στο τελικό στάδιο η κοινωνική ζωή επηρεάζεται από τις θεραπείες που συχνά είναι υπό δοκιμή ανάλογα με την υγεία και τον οργανισμό του ασθενούς. Όλα αυτά είναι δυνατό να επιδρούν αρνητικά στις καθημερινές και κοινωνικές τους δραστηριότητες (Creary,2005).

Τα συμπτώματα της αιμοκάθαρσης είναι συνήθως η ναυτία και ο πονοκέφαλος, η μείωση της πίεσης και οι κράμπες, ο πυρετός και τα απότομα ρίγη. Επίσης, η ανορεξία και η έντονη εξασθένηση τους αναγκάζει πολλές φορές να κάνουν εισαγωγές σε κάποιο νοσοκομείο. Όταν ο ασθενής υποβάλλεται σε αιμοκάθαρση 2-3 φορές την εβδομάδα δεν είναι σε θέση να σκεφτεί τις παρέες του και τις κοινωνικές του υποχρεώσεις και φυσικά δεν είναι στην κατάλληλη κατάσταση να ανταποκριθεί στα κοινωνικά του καθήκοντα. Η κακή σωματική και ψυχολογική κατάσταση τον κρατούν στο σπίτι (Creary,2005).

Το γεγονός πως πολλοί άνθρωποι που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση αδυνατούν να εργαστούν επηρεάζει, επίσης, την κοινωνικότητά τους αφού ο κύκλος των ανθρώπων που είναι γύρω τους περιορίζεται και άλλο και οι ήδη υπάρχοντες φίλοι και συγγενείς έχουν τα δικά τους προβλήματα και τις δικές τους υποχρεώσεις και δεν είναι δυνατό να είναι συνέχεια στο πλευρό του κάθε φορά που τους χρειάζεται. Και αυτές οι φορές είναι πάρα πολλές. Αισθάνεται πως τους κουράζει και τους επιβαρύνει όταν είναι συνεχώς άρρωστος και μιλά μόνο για την κατάσταση της υγείας του (Καϊτελίδου και συν , 2007).

Άλλα κοινωνικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι αιμοκαθαιρούμενοι είναι ότι δεν έχουν την πολυτέλεια να κανονίσουν διακοπές αφού η αιμοκάθαρση είναι ανά τακτά χρονικά διαστήματα, δεν μπορούν να κάνουν παιδιά και να δημιουργήσουν την δική τους οικογένεια (ακόμα και αν μπορούν δεν το επιδιώκουν για να μην επιβαρύνουν και άλλα άτομα με τη φροντίδα τους) και η αναμονή για ένα μόσχευμα που συνοδεύεται από

έντονο αίσθημα εκνευρισμού και απαισιοδοξίας. Πρέπει να είναι πάντα κοντά σε μονάδα τεχνητού νεφρού και αυτός ο παράγοντας αποτελεί εμπόδιο για μία κανονική κοινωνική ζωή (Καϊτελίδου και συν , 2007).

Η ευερεθιστότητα και ο εκνευρισμός συχνά διοχετεύονται προς το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό αλλά και στα άτομα της οικογένειας και του φιλικού περιβάλλοντος. Η προσωπικότητα του ασθενούς αλλά και η επικοινωνία του με το οικογενειακό του περιβάλλον είναι στοιχεία βασικά για την διαμόρφωση της κοινωνικής αντίληψης των ασθενών. Έχοντας χαμηλή αυτοεκτίμηση και με αισθήματα κατωτερότητας, τα οποία οδηγούν πολλές φορές και στην αυτοκτονία οι ασθενείς αδιαφορούν για τον κοινωνικό τους περίγυρο. Συχνά, οι ασθενείς δεν επιθυμούν να δένονται και πάρα πολύ ψυχικά με τους συνανθρώπους τους αφού είναι βέβαιο πως σύντομα θα τους στερηθούν και δεν θέλουν να τους στενοχωρήσουν περισσότερο. Προτιμούν να είναι αποστασιοποιημένοι και ήρεμοι (Καϊτελίδου και συν , 2007).

Η ρατσιστική αντιμετώπιση είναι άλλο ένα κοινωνικό πρόβλημα που έχουν να επιλύσουν οι ασθενείς και η διακρίσεις που δέχονται τους αποσύρουν κοινωνικά. Ακόμα και ο οίκτος δεν είναι η επιθυμητή αντίδραση για τους ασθενείς που θέλουν να νιώσουν ότι έχουν μία φυσιολογική ζωή αλλά κατά βάθος ξέρουν πως είναι ανέφικτο. Από την άλλη καμία συμπεριφορά δεν θεωρείται κατάλληλη αφού και όταν οι άλλοι φέρονται σε να μη συμβαίνει τίποτα και να είναι όλα φυσιολογικά οι νεφροπαθείς το εκλαμβάνουν ως αδιαφορία και αναισθησία εκ μέρους τους. Η μόνιμη κατάσταση, την οποία βιώνουν δεν τους αφήνει να σκεφτούν λογικά και να μπουν κι αυτοί με τη σειρά τους στη θέση των άλλων ανθρώπων που αισθάνονται συχνά αμήχανα (Καϊτελίδου και συν , 2007).

Οι κοινωνικές σχέσεις που διαμορφώνονται ανάμεσα στους νεφροπαθείς και τους υγιείς ανθρώπους είναι ανάλογες του σταδίου, στο οποίο βρίσκεται ο ασθενής και είναι λογικό να υπάρχουν διακυμάνσεις. Η χειρότερη δυνατή κατάσταση εντοπίζεται στο τελικό στάδιο, κατά το οποίο η μεταμόσχευση κρίνεται ως η μοναδική λύση και ο ασθενής το μόνο που κατορθώνει να σκέφτεται είναι ότι θα πεθάνει. Στο στάδιο αυτό οι συνηθισμένες αντιδράσεις είναι δύο: ο ασθενής προσπαθεί να αποκαταστήσει τις κοινωνικές του σχέσεις ώστε να μην φύγει με τύψεις και ενοχές για την

κακή του συμπεριφορά ή απομακρύνεται από όλους και απλά περιμένει το τέλος (Καϊτελίδου και συν , 2007).

Οι σχέσεις που διακρίνονται για την ένταση και τη συχνή τους δυναμική είναι αυτές που αναπτύσσονται ανάμεσα στους ασθενείς και το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό. Ειδικά με το νοσηλευτικό προσωπικό οι ασθενείς έρχονται συχνά σε αντιπαράθεση αφού είναι οι άνθρωποι, με τους οποίους έρχονται συχνά σε επαφή και αντιπροσωπεύουν τους ανθρώπους που τους «βασανίζουν» και τους καταδιώκουν καθημερινά με τα όργανα που χρησιμοποιούν. Επίσης, η οικειότητα που αναπτύσσεται σταδιακά τους κάνει να τους θεωρούν μέλη της οικογενείας τους και επομένως, οι σχέσεις μπορεί να είναι και πιο ελεύθερες για τσακωμούς και διαφωνίες. Αν και το νοσηλευτικό προσωπικό είναι προετοιμασμένο να δέχεται τα παράπονα και τις διαμαρτυρίες των ασθενών, συχνά οι σχέσεις διαταράσσονται ή και διακόπτονται (Καυκιά, 2003).

#### **2.4.1 ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΩΝ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΥΜΕΝΩΝ**

Η κατανομή των πόρων με βάση την θεωρία της χρησιμότητας θα μπορούσε να έχει ως αποτέλεσμα την κατανομή τους προς το μεγαλύτερο μέρος του υγιούς πληθυσμού (πρόληψη- προαγωγή υγείας) και λιγότερο προς τον άρρωστο (αιμοκάθαρση, μεταμόσχευση οργάνων κλπ). Οι ανάγκες των ανθρώπων όταν είναι άρρωστοι είναι διαφορετικές και μεγαλύτερες. Με βάση αυτά τα στοιχεία η προσέγγιση της ποιότητας και το ζήτημα της «ισότητας στην υγεία» προσδιορίζεται καλύτερα με την εκτίμηση των αναγκών του ατόμου και όχι με αυτό της ίσης κατανομής των πόρων (Σαρρής, 2001).

Οι αιμοκαθαιρούμενοι σπάνια έχουν την δυνατότητα να κρατήσουν το επάγγελμά τους και συχνά επιλέγουν μία απασχόληση που τους αναγκάζει να εργάζονται για λίγες ώρες, συνήθως 4 ωρο και αυτό δημιουργεί πολλά οικονομικά προβλήματα αφού ο μισθός είναι κατά πολύ χαμηλότερος από αυτόν που θα λάμβαναν, αν δούλευαν ένα κανονικό ωράριο. Δεν είναι λίγοι οι ασθενείς που είναι αναγκασμένοι να συνταξιοδοτηθούν πρόωρα για να μπορούν ανεπηρέαστοι και ανεμπόδιστα να συνεχίσουν την αιμοκάθαρση, με αποτέλεσμα να μειωθεί σημαντικά το ποσό που θα λάβουν. Το ποσοστό

που συνταξιοδοτείται πρόωρα ανέρχεται στο 36% (Καϊτελίδου και συν , 2007).

#### **2.4.2 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΩΝ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΩΝ**

Η αιμοκάθαρση είχε απασχολήσει αρκετά από τα πρώτα χρόνια εφαρμογής της ως μέθοδος θεραπείας ασθενών με νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου, καθώς η διατήρηση της ζωής επιτυγχάνεται μέσω ενός μηχανήματος. Ως εκ τούτου, τα ψυχολογικά αντίκτυπα της αιμοκάθαρσης στον ασθενή, αλλά και στην οικογένειά του, είναι πολλά και δεν αφήνουν ανεπηρέαστη την ποιότητα ζωής του. Η διαδικασία της αιμοκάθαρσης δεν είναι καθόλου ευχάριστη για έναν χρόνιο νεφροπαθή. Ο αιμοκαθαιρόμενος έρχεται αντιμέτωπος με απότομες αλλαγές που είναι δύσκολο να διαχειριστεί. Από την ανεξαρτησία καλείται να περάσει σε μια κατάσταση εξάρτησης, από έναν φυσιολογικό και πληθωρικό τρόπο ζωής έρχεται αντιμέτωπος με περιορισμούς στη διατροφή του, στη σεξουαλικότητά του, στις κοινωνικές του σχέσεις, στο σώμα και τις λειτουργίες του. Έτσι, λόγω των παραπάνω είναι λογικό να δημιουργούνται ψυχολογικές αντιδράσεις και προβλήματα που διαφέρουν ανάλογα με τον ασθενή, την ηλικία του, το φύλο, την προσωπικότητά του, την εμπειρία του σε σχέση με άλλα νοσήματα, καθώς και το περιβάλλον του ασθενή (οικογενειακό, κοινωνικό, νοσοκομειακό) (Μάτζιου-Μεγαπάνου,2009).

Είναι λογικό, όταν ένας άνθρωπος νοσεί από μία μακρόχρονη ασθένεια, όπως είναι η υποβολή σε αιμοκάθαρση, να μην είναι σε καλή ψυχολογική κατάσταση και να βιώνει συναισθήματα χαμηλής αυτοεκτίμησης και κυρίως κατάθλιψη για την κατάσταση, στην οποία βρίσκεται. Τα βασικά στοιχεία που χαρακτηρίζουν έναν νεφροπαθή, ο οποίος έχει φτάσει στο έσχατο σημείο να κάνει αιμοκάθαρση είναι: ανώμαλη και περίεργη συμπεριφορά με διαταραχές, κατάθλιψη, οργανική ψύχωση, μη φυσιολογική προσωπικότητα (Αλεξανδρόπουλος & Χριστοδούλου, 2005) και οικογενειακά προβλήματα (προστριβές και αντίδραση) (Σπύρου, 2004). Ο Auer και οι συνεργάτες του (1990) επίσης διαπίστωσαν ότι οι σημαντικότεροι αγχωγόνοι παράγοντες ήταν η πιθανότητα λοιμώξεων ή επιπλοκών από τη θεραπεία και η εξέλιξη της σωματικής υγείας (Σαρρής, 2004).

Οι πάσχοντες αυτοί έχουν ταλαιπωρηθεί για πολύ καιρό από τις επιπτώσεις της νεφρικής ανεπάρκειας. Το παραπάνω πρόβλημα οξύνεται από την ανάγκη να βρίσκονται κοντά σε κέντρο με μονάδα τεχνητού νεφρού. Κάποιοι από τους πάσχοντες θα αναγκαστούν να αφήσουν τις δουλειές τους, την οικογένεια τους και την πόλη τους. Η παραμονή τους στην μακροχρόνια αυτή θεραπεία είναι δύσκολη. Αρκετοί από αυτούς αισθάνονται καταβολή, εξασθένηση και ανορεξία. Επιπλέον σημαντικά προβλήματα και επιπλοκές παρουσιάζουν κατά τη διάρκεια της θεραπείας όπως ναυτία, εμετούς, υπόταση και πονοκέφαλο κ.α άλλο σημαντικό επιβαρυντικό παράγοντα αποτελούν οι συχνές εισαγωγές στο νοσοκομείο. Επιπρόσθετα παρουσιάζουν ποικίλα ψυχολογικά προβλήματα με συχνότερα την κατάθλιψη και το στρες (Σταυριανού & Παλλικαράκης, 2007). Σημαντικές είναι ωστόσο οι αναφορές για το στρες λόγω της ανασφάλειας για την καλή διατήρηση της αρτηριοφλεβικής επικοινωνίας αλλά και της επώδυνης διαδικασίας της παρακέντησης της (Ιωακείμ, 2002). Οι παράγοντες που διαδραματίζουν ρόλο στην ψυχική υγεία των αιμοκαθαιρούμενων είναι και η ηλικία αφού οι νεότεροι ασθενείς συνήθως έχουν πιο μεγάλα αποθέματα αντοχής και δύναμης σχετικά με την νόσο τους και μεγαλύτερη υπομονή. Επίσης, οι άνθρωποι που συνεχίσουν κανονικά την εργασία τους έχουν και περισσότερες ευκαιρίες να εκτονώνονται ψυχολογικά και αποφορτίζονται περισσότερο από κάποιους άλλους που από τη θεραπεία αναγκάζονται να μένουν στο σπίτι και βλέπουν τη ζωή τους να χάνεται δίχως να μπορούν να κάνουν όλα τα φυσιολογικά πράγματα που διενεργούν οι συνάνθρωποί τους. Οι περιορισμοί και οι απαγορεύσεις είναι φυσικό και επόμενο να εκνευρίζουν τον ασθενή, ο οποίος θεωρεί ότι η ζωή του δεν έχει νόημα και απλά ταλαιπωρείται σωματικά και ψυχικά (Αλεξανδρόπουλος & Χριστοδούλου, 2005).

Άλλοι σημαντικοί παράγοντες είναι η σοβαρότητα της κατάστασης της υγείας του ασθενούς, το χρονικό διάστημα, κατά το οποίο υποβάλλεται σε αιμοκάθαρση και η προσωπικότητα του ίδιου του ασθενούς. Υπάρχουν ασθενείς που έχουν τη δύναμη και την ηρεμία που απαιτείται για την ανοχή της αιμοκάθαρσης και άλλοι που δεν έχουν τόση υπομονή. Αλλά και η πρώτη περίπτωση θα βιώσει κάποιες άσχημες στιγμές με νεύρα και

απογοήτευση καθώς περνούν τα χρόνια. Να σημειωθεί, επίσης, πως οι ασθενείς που κατέληξαν στην αιμοκάθαρση μετά από κάποια άλλη νόσο, όπως διαβήτη, δεν δέχονται καθόλου καλά την ιδέα και την προοπτική της αιμοκάθαρσης συγκριτικά με τους ασθενείς που πάσχουν από πρωτοπαθή πάθηση των νεφρών και είναι πιο εξοικειωμένοι με την προοπτική αυτή από την αρχή της νόσου αφού ξέρουν ότι η πιθανότητα να καταλήξουν στην αιμοκάθαρση είναι πολύ μεγάλη (Αλεξανδρόπουλος & Χριστοδούλου, 2005).

Συνέπεια των παραπάνω αποτελούν οι συγκρούσεις πολλές φορές του πάσχοντα με τους νοσηλευτές, γιατρούς, το οικογενειακό αλλά και το κοινωνικό περιβάλλον. Αυτή η μη αποδοχή της ασθένειας οδηγεί πολλές φορές σε λανθασμένες αποφάσεις, όπως της μη συμμόρφωσης ή αποδοχής της θεραπείας, αλλά και σε ακραίες καταστάσεις όπως της απόπειρας αυτοκοτονίας (Σπύρου, 2004).

Σπουδαίο ρόλο στο πως θα ανταποκριθεί ένας ασθενής στην διαδικασία της αιμοκάθαρσης διαδραματίζει και η στήριξη που έχει από το οικογενειακό, φιλικό, εργασιακό και ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον. Τα κριτήρια για να αποδεχτεί πιο εύκολα ένας άνθρωπος την αιμοκάθαρση είναι να διατηρήσει όσο μπορεί και είναι εφικτό τη ζωή του σε όσο το δυνατό πιο ικανοποιητικά και φυσιολογικά επίπεδα και να μπορεί να αντλεί χαρά και ευχαρίστηση από τις καθημερινές μικρές στιγμές (Αλεξανδρόπουλος & Χριστοδούλου, 2005).

## **2.5 Η ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΖΩΗ ΤΩΝ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΥΜΕΝΩΝ**

Ο ασθενής που νιώθει άσχημα με τον εαυτό του και ντρέπεται για την κατάσταση, στην οποία βρίσκεται δεν αισθάνεται άνετα με τη σεξουαλικότητά του και δεν είναι εύκολο να αφεθεί ερωτικά. Ακόμα και αν συνάψει ερωτική επαφή, είναι πολύ δύσκολο να την ολοκληρώσει και να βιώσει τον οργασμό και αυτή η προοπτική του δημιουργεί πρόσθετο άγχος και τον αποθαρρύνει κι άλλο (Σαρρής, 2006).

Οι άρρωστοι των δύο φύλων έχουν πολύ λιγότερες σεξουαλικές επαφές σε σχέση με την περίοδο πριν την εμφάνιση της νόσου. Η κατάθλιψη, η αντικατάσταση οικογενειακών ρόλων λόγω της απώλειας εργασίας, η παύση της λειτουργίας της διούρησης φαίνεται να επιδρούν σημαντικά στην έκπτωση αυτής της σεξουαλικότητας των πασχόντων (Σαρρής, 2001). Άλλωστε το όργανο της διούρησης, το οποίο είναι απαραίτητο και για την ερωτική πράξη από τον ίδιο τον ασθενή θεωρείται άχρηστο πια και επομένως, δεν είναι εφικτό να το χρησιμοποιήσει ερωτικά. Από την άλλη πλευρά οι γυναίκες- ασθενείς που λειτουργούν κυρίως εγκεφαλικά και συνειδητοποιούν ότι εμφανισιακά αλλά και ψυχολογικά δεν είναι και στην καλύτερή τους κατάσταση δύσκολα θα προχωρήσουν σε μία ερωτική επαφή, όταν τα συναισθήματα της απογοήτευσης και του άγχους τις καταβάλλουν (Σαρρής, 2006).

## 2.6 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

Το νοσηλευτικό προσωπικό θα έλεγε κανείς ότι καλύπτει το ρόλο του συμβούλου, του ψυχολόγου και του ιατρικού προσωπικού πολλές φορές. Ο νοσηλευτής είναι αυτός που θα δώσει πληροφορίες στον ασθενή για τη νόσο και τη διατροφή που πρέπει να ακολουθήσει και θα τον εμπυχωσει στην καθημερινή του προσπάθεια. Είναι αυτός που θα μάθει στον ασθενή πώς να φροντίζει τον εαυτό του καθημερινά και επιπλέον, είναι ο νοσηλευτής, ο οποίος θα εκτιμήσει τη κατάσταση του ασθενούς και θα καλέσει το ιατρικό προσωπικό να επέμβει, όταν η περίπτωση το απαιτεί (Rolston et al, 2003).

Για τους ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση έχει ήδη τονιστεί ότι η κατάσταση της ψυχολογίας και της συναισθηματικής τους συγκρότησης δεν είναι σταθερή και για αυτό οι νοσηλευτές οφείλουν να είναι ιδιαίτερα προσεκτικοί στον χειρισμό τους. Δύο βασικές ιδιότητες που πρέπει να έχει το νοσηλευτικό προσωπικό είναι υπομονή και δύναμη ψυχική για να μπορεί να αντέχει την ψυχολογική φθορά και τα νεύρα του αιμοκαθαιρούμενου. Επίσης, με αγάπη και σεβασμό να προσεγγίζει τον εκάστοτε ασθενή δίχως διακρίσεις και «ταμπέλες» (Rolston et al, 2003).

Ειδικά οι νοσηλευτές που προετοιμάζουν τα άτομα για την αιμοκάθαρση έχουν πολύ σημαντικό ρόλο να διαδραματίσουν καθώς υφίστανται όλη την κακοκεφιά και τα σωματικά προβλήματα του ασθενούς αλλά και την ανάγκη του να εκμυστηρευτεί τις βαθύτερες σκέψεις του στον άνθρωπο που τον φροντίζει.

Η ψυχολογική προετοιμασία όχι μόνο του ασθενούς αλλά και όλης της οικογένειας είναι ιδιαίτερα σύνθετη και σημαντική διαδικασία. Στόχος των νοσηλευτών είναι να υπάρξει μία ψυχολογική στήριξη του ασθενούς αλλά και να μπορέσει με τις κατάλληλες συμβουλές και υποδείξεις να έχει μία ποιότητα ζωής. Αρχικά, λοιπόν, πρέπει να γίνει μία πλήρη ενημέρωση στον ασθενή κυρίως αλλά και το άμεσο περιβάλλον του για την ακριβή κατάσταση της υγείας του και τις καθημερινές αλλαγές που θα χρειαστεί να υποστεί. Στην περίπτωση των χρόνιων ασθενών η στήριξη δεν είναι τόσο πρακτική αφού πια είναι συνηθισμένοι στις αλλαγές αλλά ψυχολογική και συναισθηματική (Stoner, 2003).



Το νοσηλευτικό προσωπικό θα κρίνει, επίσης, πότε είναι υπαρκτή η εμφάνιση κλινικών συμπτωμάτων, τα οποία είναι συνήθη στους χρόνια αιμοκαθαιρούμενους, όπως τα πρώτα σημάδια της κατάθλιψης, για να τους παραπέμψουν σε κάποιον ειδικό και να προλάβουν δυσάρεστες καταστάσεις και εξελίξεις. Είναι υποχρέωσή τους, ακόμα, να φροντίζουν ώστε το περιβάλλον της αιμοκάθαρσης να είναι φιλικό και άνετο και να αντέχουν με χαμόγελο τις ιδιοτροπίες των ασθενών. Στο σημείο αυτό η ενσυναίσθηση είναι και για το νοσηλευτικό προσωπικό απαραίτητη (Stoner, 2003).

Ησταδιακή επικράτηση ενός ολιστικού μοντέλου φροντίδας των ασθενών αναφέρεται στο γεγονός ότι όταν ένας άρρωστος δείχνει ότι πονά εκδηλώνοντας κάποια συμπτώματα, ονοσηλευτής κάνει μια ολιστική και αντικειμενική αξιολόγηση της φύσης του πόνου, δηλαδή της έντασης, της ποιότητας, της εντόπισης και της διάρκειας, ή περιοδικότητας του, καθώς και όλων των σωματικών, ψυχολογικών, περιβαλλοντικών και πολιτιστικών παραγόντων που επηρεάζουν την αίσθηση του πόνου και την αντίδραση προς αυτόν (Ποταμιάνος & Αναγνωστόπουλος, 2011).

Το ολιστικό αυτό μοντέλο δεν δίνει έμφαση μόνο στην ιατρική και σωματική πλευρά της νόσου αλλά ενδιαφέρεται εξίσου και για την ψυχολογική κατάσταση των ασθενών και πως θα γίνει εφικτή η καταπολέμηση των ψυχολογικών ασταθειών των ασθενών. Μία νόσος σύμφωνα με το μοντέλο αυτό δεν είναι καθαρά σωματική αλλά έχει και ψυχικές και συναισθηματικές προεκτάσεις, οι οποίες είναι αναγκαίο να λαμβάνονται σημαντικά υπόψη από το νοσηλευτικό αλλά και ιατρικό προσωπικό (Ποταμιάνος & Αναγνωστόπουλος, 2011).

## **2.7 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ**

Το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον επηρεάζεται από την διαδικασία της αιμοκάθαρσης και τις επιπτώσεις της στον ασθενή αλλά όχι σε τόσο μεγάλο βαθμό όσο το οικογενειακό περιβάλλον. Οι φίλοι και οι γνωστοί συμμετέχουν όσο μπορούν στη φροντίδα του ασθενούς με τις επισκέψεις και το ενδιαφέρον τους αλλά δεν μεταφέρουν το πρόβλημα στον προσωπικό τους χώρο και η ζωή τους συνεχίζεται σ κανονικούς ρυθμούς (Παπαδάκη – Μιχαηλίδη, 2006).

Το κοινωνικό περιβάλλον οφείλει να στηρίξει τους ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση μεταδίδοντας δύναμη και στήριξη. Οι φίλοι είναι πολύ σημαντικό να βρίσκονται στο πλευρό του ασθενούς και να μην τον αφήνουν μόνο. Οι καθημερινές τους δραστηριότητες σίγουρα θα υποστούν μεγάλες αλλαγές αλλά η συμπαράσταση προς το άτομο που υποφέρει σωματικά και ψυχικά πρέπει να είναι αμέριστη (Παπαδάκη – Μιχαηλίδη, 2006).

Ο κοινωνικός ρατσισμός πρέπει, επίσης, να σταματήσει και να μην αντιμετωπίζονται οι αιμοκαθαιρούμενοι με περιέργεια και οίκτο αλλά με πραγματική αγάπη και κατανόηση, με υπομονή και σεβασμό. Όλοι οι κοινωνικοί φορείς οφείλουν να κάνουν τη ζωή τους καλύτερη και πιο ποιοτική. Αυτό που πρέπει κάθε άνθρωπος να έχει στο μυαλό του είναι ότι το ποσοστό των νεφροπαθών είναι πάρα πολύ υψηλό και πολλοί από τους δικούς τους ανθρώπους ή ακόμα και οι ίδιοι θα ήταν πιθανό να βρεθούν στη θέση αυτή. Η συμπεριφορά τους θα έπρεπε να είναι αυτή που και οι ίδιοι θα επιθυμούσαν για τον εαυτό τους (Παπαδάκη – Μιχαηλίδη, 2006).

## **2.8 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΠΟΛΙΤΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΚΡΑΤΟΥΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

Η πολιτεία είναι, επίσης, ένας φορέας που πρέπει να σταθεί στο πλευρό των ασθενών με όλους τους εφικτούς τρόπους. Καταρχήν, οφείλει να στηρίξει οικονομικά την οικογένεια και κυρίως τον ασθενή. Όπως είναι γνωστό οι άνθρωποι που υποβάλλονται συχνά σε αιμοκάθαρση δεν είναι σε θέση να εργαστούν για αρκετές μέρες μέσα στην εβδομάδα και συχνά απολύονται ή ο μισθός τους είναι πολύ χαμηλός και δεν καλύπτει τα βασικά τους έξοδα επιβίωσης. Αν υποθέσει κανείς ότι και κάποιο άλλο μέλος της οικογένειας είναι υποχρεωμένο να συνοδεύει τον ασθενή στην αιμοκάθαρση και χάνει τη δουλειά ή επιλέγει να μείνει σπίτι να φροντίσει τον ασθενή, γίνεται εύκολα κατανοητή η οικονομική κατάρρευση όλης της οικογένειας (Fukunishi et al, 2002).

Επίσης, είναι πολύ θετικό να βοηθά τους εθελοντές που επιθυμούν να στηρίξουν τους αιμοκαθαιρόμενους στην πλήρη και έγκαιρη ενημέρωση όλου του πληθυσμού σχετικά με τα προβλήματα των ανθρώπων που υποβάλλονται στη διαδικασία αυτή αλλά και αναφορικά με την διαδικασία της μεταμόσχευσης ώστε η δωρεά οργάνων και κυρίως νεφρών να επεκταθεί και να διαδοθεί παντού σαν μήνυμα στήριξης και συμπράστασης.

Επειδή η ψυχολογική στήριξη είναι σημαντική για την συναισθηματική πορεία των ανθρώπων αυτών σημαντικό θα ήταν να έχουν δωρεάν ψυχολογική υποστήριξη ώστε να αντιμετωπίσουν ομαλότερα τις πολλές αλλαγές και φυσικά να λάβουν τόσο οι ασθενείς όσο και η οικογένειά τους την απαραίτητη ψυχολογική δύναμη να συνεχίσουν την καθημερινή τους προσπάθεια για επιβίωση (Fukunishi et al , 2002).

Ειδικότερα το υπουργείο υγείας και ο τομέας της πρόνοιας οφείλουν να σκύψουν με προσοχή και σεβασμό στα προβλήματα των ανθρώπων αυτών και να φροντίσουν για την εξάλειψη των σημαντικότερων προβλημάτων.

Καταρχήν, το περιβάλλον, στο οποίο διενεργείται η αιμοκάθαρση να είναι το ιδανικό και να είναι άνετο και ασφαλές αφού σε αυτό περνούν το μεγαλύτερο μέρος της εβδομάδας τους. Το νοσηλευτικό προσωπικό να είναι επαρκές και να έχει στη διάθεσή του όλα τα μηχανήματα και φάρμακα που απαιτούνται και φυσικά το μηχάνημα της αιμοκάθαρσης να είναι πάντα

ελεγμένο και κάθε πρόβλημα που παρουσιάζεται να αντιμετωπίζεται άμεσα (Οικονομίδου και συν, 2005).

Τα κονδύλια που θα δίνονται για την υγεία είναι απαραίτητο να είναι αρκετά και να καλύπτουν όλες τις ανάγκες του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού αλλά και των ασθενών. Όλα τα φάρμακα και τα συμπληρώματα των ασθενών καθώς και οι εξετάσεις που πρέπει να γίνονται ανά τακτά χρονικά διαστήματα να είναι, επίσης, δωρεάν (Οικονομίδου και συν, 2005).

Συχνά, οι ασθενείς είναι υποχρεωμένοι να διανύουν πολλά χιλιόμετρα για να φτάσουν στο νοσοκομείο ή την πόλη που έχει μονάδα αιμοκάθαρσης σε περίπτωση που ζουν στην επαρχία ή είναι αναγκασμένοι να μετακινούνται μέσα στην ίδια τους την πόλη για πολλή ώρα. Ιδανικό θα ήταν να φρόντιζε το κράτος ώστε σε κάθε μεγάλη πόλη να υπάρχει μονάδα αιμοκάθαρσης για να γλιτώνουν την ταλαιπωρία οι ασθενείς ή να τους δίνουν δωρεάν εισιτήρια ή και να τους μεταφέρουν με ασθενοφόρα όταν η κατάστασή τους είναι πολύ άσχημη (Οικονομίδου και συν, 2005).

Οι μονάδες αιμοκάθαρσης είναι απαραίτητο να επεκταθούν ώστε να μπορούν όλοι οι ασθενείς απολαμβάνουν ισότιμη φροντίδα και φυσικά να μην περιμένουν όλη μέρα μέχρι να γίνει εφικτή η αγωγή τους.

Είναι πολύ σημαντικό να νιώθουν οι ασθενείς ότι η πολιτεία είναι ουσιαστικά στο πλευρό τους και ενδιαφέρεται για την επίλυση των προβλημάτων τους αφού συχνά αισθάνονται πως είναι μόνοι και πέρα από την ψυχολογική στήριξη που λαμβάνουν είναι και πολλά πρακτικά θέματα που πρέπει να λυθούν και το κράτος είναι το μόνο αρμόδιο. Υπό την έννοια αυτή είναι επιτακτική ανάγκη να ενισχυθεί ο σύλλογος νεφροπαθών και οικονομικά αλλά και ηθικά και να ενισχυθούν οι τηλεφωνικές γραμμές στήριξης που ήδη υπάρχουν.

Οι κοινωνικοί λειτουργοί θα ήταν εφικτό να κάνουν συχνά επισκέψεις στα σπίτια των ανθρώπων που κάνουν αιμοκάθαρση και να επιβλέπουν την κατάσταση της υγείας του αλλά και τα γενικότερα προβλήματα που αντιμετωπίζει οικονομικά και οικογενειακά και να παρέμβουν με τη βοήθεια του κράτους και της πολιτείας (Οικονομίδου και συν, 2005).

Τέλος, είναι αναγκαίο η πολιτεία και το αρμόδιο υπουργείο να μεριμνήσει για την εισαγωγή νέων τεχνολογιών και καινούριων μηχανημάτων στη

μονάδα αιμοκάθαρσης ώστε να μην ταλαιπωρείται τόσο πολύ ο ασθενής και νιώθει καταπονημένος σωματικά αλλά και ψυχικά (Arnold et al, 2004).

## **2.9 Η ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΤΟΥ ΨΥΧΟΛΟΓΟΥ**

Η ψυχοθεραπευτική εργασία στα πλαίσια της ομάδας δεν είναι εφεύρεση της επιστήμης. Ο όρος της ψυχοθεραπείας είναι βέβαια σύγχρονος. Όμως η εμπειρία δείχνει ότι η επαφή με τους άλλους μπορεί να ανακουφίσει τον ψυχικό πόνο. Μπορεί να επιδράσει πάνω στη συμπεριφορά του ατόμου και να αλλάξει τον τρόπο που βλέπει τον εαυτό του και τον κόσμο (Γκρέιμ, 2001).

Το υποκείμενο κουβαλά μια ιστορία, μια δομή. Η δομή μεταφράζει το πώς είναι φτιαγμένο, το πώς είναι μέσα στις σχέσεις του και μέσα στον κόσμο. Οι σχέσεις είναι λοιπόν καθοριστικές. Όλοι γεννιούνται και μεγαλώνουν μέσα σε μια ομάδα, την οικογένεια, ορίζουν τον εαυτό τους σε σχέση με τους άλλους. Αργότερα εντάσσονται σε μεγαλύτερες ομάδες όπως το σχολείο, ο επαγγελματικός χώρος, το πεδίο των φιλικών και διαπροσωπικών σχέσεων. Η ομάδα είναι λοιπόν ένα φαινόμενο απόλυτα συνδεδεμένο με την ύπαρξή τους στον κόσμο (Γκρέιμ, 2001).

Η διερεύνηση- αποτύπωση της επίδρασης των παραπάνω και η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής γίνεται με τη χρήση ψυχομετρικών εργαλείων, κυρίως ερωτηματολογίων. Τα περισσότερα όργανα εξετάζουν την ποιότητα ζωής σφαιρικά, αξιολογώντας διάφορες πλευρές ή διαστάσεις του ατόμου, όπως η λειτουργικότητα του στον κοινωνικό, οικογενειακό, σεξουαλικό και εργασιακό τομέα, η ψυχολογική ευεξία, καθώς και τα χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος που θεωρούνται ότι καθορίζουν ως ένα βαθμό την ποιότητα ζωής του ατόμου, όπως το φυσικό περιβάλλον, η ποιότητα του χώρου στέγασης, οι οικονομικοί πόροι και οι ευκαιρίες που έχει για απασχόληση, η ψυχαγωγία και η εκπαίδευση (Σαρρής, 2001).

Η σχέση με τους γονείς αποτελεί πρότυπο για όλη την μετέπειτα πορεία του ανθρώπου. Η οικογένεια σαν ομάδα δεν είναι μια πρόσθεση ατόμων, είναι μια οντότητα με ξεχωριστή δυναμική. Είναι ένα ανοιχτό σύστημα σχέσεων. Επηρεάζει και επηρεάζεται από τα μέλη της. «Ασυνείδητα, επιστρέφει ο άνθρωπος στην εμπειρία που έχει οργανώσει τον ψυχισμό του, στα πρότυπά του, στον τρόπο δηλαδή με τον οποίο τον μεγάλωσαν οι

δικοί του γονείς» . Η έννοια της ομάδας είναι λοιπόν στενά συνδεδεμένη με την οριοθέτηση της προσωπικότητας και με το χτίσιμο της ταυτότητάς (Γκρέιμ, 2001).

Η ψυχοθεραπευτική εργασία στα πλαίσια της ομάδας δεν είναι εφεύρεση της επιστήμης. Ο όρος της ψυχοθεραπείας είναι βέβαια σύγχρονος. Όμως η εμπειρία δείχνει ότι η επαφή με τους άλλους μπορεί να ανακουφίσει τον ψυχικό πόνο. Μπορεί να επιδράσει πάνω στη συμπεριφορά του ατόμου και να αλλάξει τον τρόπο που βλέπει τον εαυτό του και τον κόσμο (Γκρέιμ, 2001).

Το ερώτημα που γεννιέται σε πολλούς είναι γιατί πρέπει να γίνεται ένας συνδυασμός της ολιστικής ιατρικής και της ψυχοθεραπείας – ψυχανάλυσης για την αντιμετώπιση της ψυχικής ασθένειας και αν είναι από μόνη της η κάθε μία επαρκής για την βελτίωση της ψυχικής υγείας. «Όταν η σωματική νόσος συνοδεύεται από διαταραχές προσωπικότητας και προεξάρχουν τα στοιχεία της Ψυχοπαθολογίας, κάτι όχι και τόσο ασυνήθιστο, τότε ο δημιουργικός τους συνδυασμός μπορεί να δώσει εξαιρετικές θεραπευτικές λύσεις». Στόχος του Γιατρού-Θεραπευτή δεν είναι η περιχαρακωμένη επιβεβαίωση της θεραπευτικής του μεθόδου, αλλά η επαναφορά της υγείας του θεραπευόμενου (Γκρέιμ, 2001).

Από την άλλη είναι και οι δύο ολιστικές και ήπιες θεραπευτικές προσεγγίσεις, δηλαδή συνεργάζονται και εξυπηρετούν την αυτοθεραπευτική δυνατότητα της οργανικής και ψυχολογικής οικονομίας. Ιεραρχούν ως σημαντικότερη την Ψυχοδιανοητική πραγματικότητα. «Βοηθούν κάποιον να ασχοληθεί με τον εαυτό του, να ξεκινήσει την αυτοπαρατήρηση του, να γνωρίσει καλύτερα ποιος είναι, και να αναπτύξει το κρυμμένο του δημιουργικό δυναμικό» (Γκρέιμ, 2001).

Εκτός από την ψυχοθεραπεία και η ομοιοπαθητική, εναρμονίζοντας βιοενεργιακά τον οργανισμό του, διευρύνει το αντιληπτικό του πλαίσιο, έτσι ώστε να μπορεί και να ενσωματώνει με άνεση καταστάσεις που προηγουμένως βίωνε ως συγκρουσιακές. Το παραπάνω εκπληκτικό φαινόμενο συμβαίνει συχνά σε λιγότερο από έναν μήνα από την λήψη του όμοιου (Γκρέιμ, 2001).

## **2.10 ΑΛΛΗΛΟΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΝΕΦΡΟΠΑΘΩΝ**

Ο Πανελλήνιος Σύλλογος Νεφροπαθών είναι ένας σύλλογος που έχει δημιουργηθεί από ασθενείς για ασθενείς. Κύριος στόχος του είναι η ενημέρωση και η υποστήριξη των νεφροπαθών, με απώτερο στόχο τον καλύτερο τρόπο ζωής. Η έδρα του είναι στην Αθήνα, ενώ υπάρχουν και αντίστοιχοι τοπικοί σύλλογοι σε πολλές περιοχές της χώρας. Το έργο των συλλόγων αυτών με σκοπό την ενημέρωση και την κοινωνική δραστηριότητα φέρνει τους ασθενείς ξανά σε επαφή με τις οικογένειές τους, δημιουργώντας τους ασφάλεια (Παδελόπουλος, 2002).

### 3.1 Έρευνα (Νέα Δεδομένα)

#### 1) Diabetic Nephropathy: A Strong Predictor of Sleep Quality in Hemodialysis Patients

**ABSTRACT.** Sleep complaints are common in hemodialysis (HD) patients. Sleep quality (SQ) is a predictor of quality of life and mortality risk in HD. The aim of this study was to examine factors that may have a role in SQ. In this cross-sectional analytic study, 138 end-stage renal disease patients receiving maintenance HD for >3 months were included. The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) was used to measure individual's SQ. Patients with a global PSQI score >5 were assumed as poor sleepers. Eighty-eight patients (64%) were classified as poor sleepers. Poor sleepers were older and more likely had diabetes. They had significantly higher serum ferritin and calcium levels and lower serum parathyroid hormone level (all *P*-values <0.05). The global PSQI score was positively correlated with age, serum calcium level and presence of diabetes as the underlying cause of renal failure. In the multi-variable binary regression model, presence of diabetes (Odds Ratio (OR) = 3.67, *P* = 0.008) and body pain (OR = 1.182, *P* = 0.014) were the significant independent predictors for poor SQ. Poor SQ was common among our HD patients, especially among diabetic cases and, therefore, there is a need to pay more attention to the care of this subgroup with regard to the diagnosis and management of sleep complaints (Mahnaz et al, 2014).

#### ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ:

##### ΤΙΤΛΟΣ: Διαβητική Νεφροπάθεια: Ένας ισχυρός προγνωστικός δείκτης της ποιότητας του ύπνου σε ασθενείς υπό αιμοκάθαρση

Τα προβλήματα ύπνου είναι κοινά σε ασθενείς σε αιμοκάθαρση (HD). Η ποιότητα του ύπνου (ΠΥ) είναι ένας προγνωστικός δείκτης της ποιότητας ζωής και της θνησιμότητας στην αιμοκάθαρση. Ο σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να εξετάσει τους παράγοντες που μπορεί να έχουν ένα ρόλο στην ποιότητα του ύπνου.

Σε αυτή τη μελέτη αναλύσεων, συμπεριλήφθησαν 138 ασθενείς τελικού σταδίου νεφρικής νόσου που ελάμβαναν συντήρηση ΑΚ για > 3 μήνες. Ο



Δείκτης Ποιότητας ύπνου Του Πίτσμπουργκ (PSQI) χρησιμοποιήθηκε για να μετρηθεί η ατομική ποιότητα του ύπνου. Ασθενείς με συνολική βαθμολογία  $PSQI > 5$  θεωρήθηκαν ως άτομα που πάσχουν από αϋπνία. Ογδόντα οκτώ ασθενείς (64%) ταξινομήθηκαν ως άτομα που πάσχουν από αϋπνία. Τα άτομα που πάσχουν από αϋπνία ήταν γηραιότερα και πιο πιθανό να είχαν διαβήτη. Είχαν σημαντικά υψηλότερο δείκτη φερριτίνης ορού και επίπεδα ασβεστίου και χαμηλά τα επίπεδα παραθυρεοειδούς ορμόνης (όλες οι P-τιμές  $< 0.05$ ). Η παγκόσμια βαθμολογία PSQI συσχετίστηκε απολύτως με την ηλικία, το επίπεδο του ασβεστίου στον ορό και την παρουσία του διαβήτη, ως υποκείμενη αιτία της νεφρικής ανεπάρκειας.

Στο πολλαπλών μεταβλητών μοντέλο παλινδρόμησης, η παρουσία διαβήτη (λόγος πιθανοτήτων (OR) = 3,67, P = 0,008) και ο σωματικός πόνος (OR = 1.182, P = 0,014) ήταν σημαντικοί ανεξάρτητοι προγνωστικοί παράγοντες για την κακή ποιότητα ύπνου. Η κακή ποιότητα ύπνου ήταν κοινή μεταξύ των ασθενών μας υπό αιμοκάθαρση, ιδιαίτερα μεταξύ των περιπτώσεων με διαβήτη και, ως εκ τούτου, υπάρχει ανάγκη να δοθεί μεγαλύτερη προσοχή στη φροντίδα αυτής της υποομάδας σε σχέση με τη διάγνωση και τη διαχείριση των παραπόνων του ύπνου.

( Mahnaz et al, 2014).

## **2) Impact of chronic kidney disease on quality of life, lung function, and functional capacity**

**ABSTRACT.** Objectives: To evaluate the impact of the chronic kidney disease (CKD) on quality of life, from the children's and their parents' perspective, respiratory muscle strength, lung function, and functional capacity in children and adolescents. Method: Cross-sectional study of children with CKD aged 8 to 17 years. Those incapable of taking the tests were excluded. After an interview, quality of life by Pediatric Quality of Life Inventory) (PedsQLTM), muscular strength, pulmonary function tests, and the 6-minute walking test (6MWT) were applied. Student's *t*-test, ANOVA (difference in means), and Pearson's coefficient of correlation were used. The level of significance was set at 5%.

Results: Of the 40 patients, the mean distance walked at the 6MWT was 396 meters, and the mean final score at the quality of life test as perceived by the children and parents was 50.9 and 51, respectively. From the children's perspective, the transplanted patients had a higher quality of life score when compared to those undergoing hemodialysis ( $p < 0.001$ ); those who practiced physical activity had better quality of life when compared to the sedentary children ( $p < 0.001$ ). From the children's and the parents' perspectives, the male gender had a higher quality of life score ( $p < 0.05$ ). There was a positive correlation between the distance walked at the 6MWT and age, height, final PedsQLTM, forced vital capacity (FVC), and forced expiratory volume in the first second (FEV1), as well as a negative correlation between FEV1/FVC and the distance walked.

Conclusion: A significant reduction in the quality of life and the functional capacity was observed in children with CKD, influenced by the type of treatment, gender, and sedentary life style (Teixeira et al, 2014).

### **ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ:**

**ΤΙΤΛΟΣ: Επιπτώσεις της χρόνιας νεφρικής νόσου στην ποιότητα της ζωής, την πνευμονική λειτουργία και λειτουργική ικανότητα**

Στόχοι: Να αξιολογήσει τις επιπτώσεις της χρόνιας νεφρικής νόσου (ΧΝΝ), σχετικά με την ποιότητα της ζωής, από την προοπτική των παιδιών και των

γονιών , την αναπνευστική μυϊκή δύναμη, την πνευμονική λειτουργία, και τη λειτουργική ικανότητα σε παιδιά και εφήβους.

Μέθοδος: μελέτη διατομής των παιδιών με ΧΝΝ ηλικίας 8 έως 17 ετών. Όσοι ήταν ανίκανοι να λάβουν μέρος στις δοκιμές αποκλείστηκαν. Μετά από μια συνέντευξη, από την Παιδιατρική Ποιότητα Ζωής (PedsQLTM), εφαρμόστηκαν η μυϊκή δύναμη, οι δοκιμασίες της πνευμονικής λειτουργίας, και τα 6 λεπτά περπάτημα (6MWT). Χρησιμοποιήθηκαν T-test, ANOVA (διαφορά στο μέσο), και του Pearson (ο συντελεστής συσχέτισης). Το επίπεδο σημαντικότητας ορίστηκε στο 5%.

Αποτελέσματα: Από τους 40 ασθενείς, η μέση απόσταση που διανύθηκε στα 6 λεπτά περπάτημα ήταν 396 μέτρα, και το τελικό σκορ για την ποιότητα των δοκιμών ζωής όπως αυτή γίνεται αντιληπτή από τα παιδιά και τους γονείς ήταν 50,9 και 51, αντίστοιχα. Από τη σκοπιά των παιδιών, οι μεταμοσχευμένοι ασθενείς είχαν υψηλότερη βαθμολογία στην ποιότητα της ζωής σε σύγκριση με εκείνους που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση ( $p < 0,001$ ): όσοι άσκησαν σωματική δραστηριότητα είχαν καλύτερη ποιότητα ζωής σε σύγκριση με τα παιδιά που έκαναν καθιστική ζωή. ( $p < 0,001$ ).

Από την προοπτική των παιδιών και των γονιών , το αρσενικό φύλο είχε υψηλότερη βαθμολογία στην ποιότητα ζωής ( $p < 0,05$ ). Υπήρξε θετική συσχέτιση μεταξύ της απόστασης που διανύθηκε στα έξι λεπτά και στην ηλικία, το ύψος, την τελική μέτρηση PedsQLTM, την ταχέως εμπνεόμενη ζωτική χωρητικότητα (FVC), και τον Ταχέως Εκπνεόμενο Όγκο Αέρα στο πρώτο δευτερόλεπτο (FEV1), καθώς και μια αρνητική συσχέτιση μεταξύ FEV1 / FVC και της απόστασης που διανύθηκε.

Συμπέρασμα: Μία σημαντική μείωση της ποιότητας ζωής και τη λειτουργικής ικανότητας παρατηρήθηκε σε παιδιά με ΧΝΝ, επηρεασμένη από το είδος της θεραπείας, το φύλο, και το στυλ ζωής (Teixeira et al, 2014).

### **3) Restless legs syndrome, insomnia and quality of life in patients on maintenance dialysis**

**ABSTRACT.** Background. In a cross-sectional study, we analyzed the complex relationship between restless legs syndrome (RLS), insomnia and specific insomnia symptoms and health-related quality of life (QoL) in patients on maintenance dialysis. Methods. Data were obtained from 333 patients on chronic maintenance dialysis. To assess the prevalence of RLS, we used the RLS Questionnaire (RLSQ). The Athens Insomnia Scale (AIS) was used to assess insomnia and QoL was measured with the Kidney Disease Quality-of-Life Questionnaire. Results. The prevalence of RLS was 14%. The number of comorbid conditions was significantly higher in patients with vs without RLS (median: three vs two;  $P<0.05$ ). RLS patients were twice as likely to have significant insomnia as patients without RLS (35% vs 16%;  $P<0.05$ ). Furthermore, RLS was associated with impaired overall sleep quality (median AIS score: 8 vs 4;  $P<0.01$ ) and poorer QoL. RLS was a significant and independent predictor of several of the QoL domains after statistical adjustment for clinical and socio-demographic covariables. Importantly, this association remained significant even after adjusting for sleep quality. Conclusions. RLS is associated with poor sleep, increased odds for insomnia and impaired QoL in patients on maintenance dialysis. Based on the present results, we suggest that both sleep-related and sleep-independent factors may confer the effect of RLS on QoL ( Mucsi et al, 2005).

#### **ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ:**

**ΤΙΤΛΟΣ:** Το σύνδρομο των ανήσυχων ποδιών, την αϋπνία και την ποιότητα της ζωής των ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση συντήρησης

Ιστορικό. Σε μια σύγχρονη μελέτη, αναλύσαμε την πολύπλοκη σχέση μεταξύ του συνδρόμου ανήσυχων ποδιών (ΣΑΠ), της αϋπνίας και συγκεκριμένα συμπτώματα αϋπνίας που σχετίζονται με την υγεία και την ποιότητα ζωής (ΠΖ) σε ασθενείς που υποβάλλονται σε συντηρητική αιμοκάθαρση.

Μέθοδοι: Ελήφθησαν στοιχεία από 333 ασθενείς υπό χρόνια συντηρητική αιμοκάθαρση. Για να εκτιμηθεί η διάδοση του RLS, χρησιμοποιήσαμε το Ερωτηματολόγιο RLS (RLSQ). Η κλίμακα αϋπνίας (AIS) χρησιμοποιήθηκε για την αξιολόγηση της αϋπνίας και η κλίμακα ποιότητας ζωής (QoI) μετρήθηκε με το Ερωτηματολόγιο Νεφρικών Νόσων και Ποιότητα της Ζωής.

Αποτελέσματα: Η επικράτηση του RLS ήταν 14%. Ο αριθμός της συνοσηρότητας ήταν σημαντικά υψηλότερος σε ασθενείς με έναντι χωρίς RLS (διάμεση τιμή: τρεις εναντίον δύο:  $P < 0,05$ ). Οι Ασθενείς με RLS είχαν διπλάσιες πιθανότητες να έχουν σημαντική αϋπνία όπως οι ασθενείς χωρίς σύνδρομο ανήσυχων ποδιών (35% vs 16%;  $P < 0,05$ ). Επιπλέον, το RLS συνδέθηκε με μειωμένη συνολική ποιότητα του ύπνου (μέση βαθμολογία AIS: 8 έναντι 4:  $P < 0.01$ ) και φτωχότερη ποιότητα ζωής. Το RLS ήταν ένας σημαντικός και ανεξάρτητος προγνωστικός παράγοντας σε πολλά πεδία της ποιότητας ζωής μετά από στατιστικές προσαρμογές για τις κλινικές και κοινωνικο-δημογραφικές μεταβλητές. Σημαντικότερα, αυτή η συσχέτιση παρέμεινε σημαντική ακόμα και μετά τη ρύθμιση της ποιότητας του ύπνου.

Συμπεράσματα. Το RLS συνδέεται με την κακή ποιότητα του ύπνου, με αυξημένες πιθανότητες αϋπνίας και μειωμένη ποιότητα ζωής σε ασθενείς που υποβάλλονται σε συντηρητική αιμοκάθαρση. Με βάση αυτά τα αποτελέσματα, προτείνουμε ότι παράγοντες που σχετίζονται με τον ύπνο ή όχι μπορούν να παίζουν ρόλο στην επίδραση που έχει το RLS στην ποιότητα ζωής (Mucsi et al, 2005).

#### **4) Social production functions theory**

**ABSTRACT.** Social production functions (SPF) theory recognizes that health is only one of the determinant factors of quality of life (QoL). SPF theory also suggests a theoretical framework for the effects of disease on QoL. Quality of life in SPF theory is seen as psychological well-being which exists to the extent that the universal needs of physical well-being and social well-being are met. SPF theory assumes that people produce their own well-being by trying to optimize their achievement of universal needs. Humans choose cost-effective ways to produce well-being in order to achieve the satisfaction of their needs. The value of the SPF theory is that it relates the arguments purported in the relevant literature about the content of the approach to QoL as a phenomenon. These arguments are, on the one hand, as to whether QoL is a unidimensional or a multidimensional concept, thus whether measurement of QoL should have a unidimensional or multidimensional approach and, on the other hand, whether QoL is a subjective or objective phenomenon requiring a subjective or objective approach, accordingly, to its assessment. The linkage between these arguments is derived from the hierarchy between the higher and lower levels of the SPF theory (system). The unidimensional approach is related to the higher level of hierarchy (psychological well-being, utility), while the multidimensional approach focuses on the lower level of the hierarchy (instrumental goals). The objective approach to QoL is reported in the level of the activities and resources, while the subjective approach is focused on the level of the universal needs and instrumental goals (Sarris et al, 2001).

#### **ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ:**

##### **ΤΙΤΛΟΣ: Θεωρία λειτουργιών κοινωνικής παραγωγής**

Η θεωρία της κοινωνικής παραγωγής λειτουργιών (SPF) αναγνωρίζει ότι η υγεία είναι μόνο ένας από τους καθοριστικούς παράγοντες της ποιότητας ζωής (ΠΖ). Η θεωρία SPF προτείνει επίσης ένα θεωρητικό πλαίσιο για τις επιπτώσεις της νόσου στην ποιότητα ζωής. Η ποιότητα ζωής στη θεωρία SPF θεωρείται ως ψυχολογική ευεξία που υπάρχει στο βαθμό που οι καθολικές ανάγκες στη σωματική ευεξία και κοινωνική ευημερία

πληρούνται. Θεωρία SPF υποθέτει ότι οι άνθρωποι παράγουν τη δική τους ευημερία, προσπαθώντας να βελτιστοποιήσουν την επίτευξή τους στις καθολικές ανάγκες. Οι άνθρωποι επιλέγουν οικονομικά αποτελεσματικούς τρόπους για να παράγουν ευημερία, προκειμένου να επιτύχει την ικανοποίηση των αναγκών τους. Η αξία της θεωρίας SPF είναι ότι αφορά τα επιχειρήματα δέθεν στη σχετική βιβλιογραφία σχετικά με το περιεχόμενο της προσέγγισης για την ποιότητα ζωής ως φαινόμενο. Τα επιχειρήματα αυτά είναι, αφενός, ως προς το αν η ποιότητα ζωής είναι μια μονοδιάστατη ή πολυδιάστατη έννοια, ως εκ τούτου, εάν η μέτρηση της ποιότητας ζωής θα πρέπει να έχουν μονοδιάστατη ή πολυδιάστατη προσέγγιση και, από την άλλη πλευρά, αν η ποιότητα ζωής είναι μια υποκειμενική ή αντικειμενική έννοια που απαιτεί υποκειμενική ή αντικειμενική προσέγγιση, κατά συνέπεια, στην αξιολόγηση του. Η σύνδεση μεταξύ αυτών των επιχειρημάτων προέρχεται από την ιεραρχία μεταξύ των υψηλότερων και χαμηλότερων επιπέδων της θεωρίας SPF (σύστημα). Η μονοδιάστατη προσέγγιση αυτή συνδέεται με τον υψηλότερο μοχλό της ιεραρχίας (ψυχολογική ευεξία, χρησιμότητα), ενώ η πολυδιάστατη επικεντρώνεται στο χαμηλότερο επίπεδο της ιεραρχίας (instrumental). Η αντικειμενική προσέγγιση στην ποιότητα ζωής αναφέρεται στο επίπεδο των δραστηριοτήτων και των πόρων, ενώ η υποκειμενική προσέγγιση εστιάζεται στο επίπεδο των καθολικών αναγκών και οργανικών στόχων (Sarris et al, 2001).

## **5) Influence of Dialysis Modality and Membrane Flux on Quality of Life in Hemodialysis Patients**

**ABSTRACT.** *Background:* The quality of life in patients undergoing hemodialysis is significantly disturbed. There are data that hemodiafiltration (HDF) may be more effective than conventional hemodialysis in the removal of uremic toxins and may reduce frequency and severity of intradialytic and postdialysis adverse symptoms in patients. Also, some researchers suggest advantages of using high-flux membranes compared with low-flux. *Objective:* The aim of this study was to examine whether hemodialysis modality and membrane flux, independent of membrane biocompatibility, make differences in quality of life in patients. *Methods:* In our cross-sectional study, we evaluated 124 patients who were divided, based on therapy, into three groups: online HDF, high-flux hemodialysis, and low-flux hemodialysis. Data were collected using the Short Form-36 questionnaire combined with special questionnaire, which included demographic and clinically related questions. *Results:* Health-related quality of life was better in patients on HDF compared with patients on hemodialysis, especially compared with low-flux hemodialysis patients in most of the scales and in both dimensions: physical component scale and mental component scale. There were no statistically significant differences in Short Form-36 domains between high-flux hemodialysis and low-flux hemodialysis. *Conclusion:* Our data suggest the potential advantages of HDF with regard to influence on quality of life, which is sufficient to justify further research in prospective and longitudinal study design (Knezevic et al, 2012).

### **ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ:**

#### **ΤΙΤΛΟΣ: Επίδραση του τρόπου κάθαρσης και της μεμβράνης Flux για την Ποιότητα Ζωής στην αιμοκάθαρση**

Ιστορικό: Η ποιότητα ζωής των ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση διαταράσσεται σημαντικά. Υπάρχουν στοιχεία ότι η αιμοδιήθηση (HDF) μπορεί να είναι πιο αποτελεσματική από ό,τι η συμβατική αιμοκάθαρση στην απομάκρυνση των τοξινών ουραιμικού και μπορεί να μειώσει τη συχνότητα και τη σοβαρότητα των συνεδριών



αιμοκάθαρσης και των δυσμενών συμπτωμάτων σε ασθενείς. Επίσης, ορισμένοι ερευνητές προτείνουν πλεονεκτήματα από τη χρήση μεμβρανών υψηλής ροής σε σύγκριση με αυτών χαμηλής ροής.

Στόχος: Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να εξετάσει αν η αιμοκάθαρση και η ροή της μεμβράνης, ανεξάρτητα από τη βιοσυμβατότητα μεμβράνης, κάνουν τις διαφορές στην ποιότητα της ζωής των ασθενών.

Μέθοδοι: Στη σύγχρονη μελέτη μας, αξιολογήσαμε 124 ασθενείς οι οποίοι χωρίστηκαν, με βάση την θεραπεία, σε τρεις ομάδες: σε απευθείας σύνδεση HDF, υψηλής ροής αιμοκάθαρση, και χαμηλής ροής αιμοκάθαρση. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν με τη χρήση του εντύπου συνοπτικής-36 σε συνδυασμό με ειδικό ερωτηματολόγιο, το οποίο περιελάμβανε δημογραφικές και κλινικές σχετικές ερωτήσεις. Αποτελέσματα: σχετικά με την υγεία ποιότητα ζωής ήταν καλύτερα σε ασθενείς που HDF σε σύγκριση με τους ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση, ειδικά σε σύγκριση με τους ασθενείς χαμηλής ροής αιμοκάθαρση στις περισσότερες από τις κλίμακες και σε δύο διαστάσεις: τη φυσική κλίμακα και τη ψυχική κλίμακα. Δεν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη Short Form-36, μεταξύ υψηλής ροής αιμοκάθαρσης και χαμηλής ροής αιμοκάθαρση.

Συμπέρασμα: Τα στοιχεία μας δείχνουν τα πιθανά πλεονεκτήματα της HDF όσον αφορά την επίδραση στην ποιότητα ζωής, η οποία είναι επαρκής για να δικαιολογήσει περαιτέρω έρευνα σε μελλοντικούς και κατά μήκος του σχεδιασμού της μελέτης (Knezevic et al, 2012).

## **6) Health-Related Quality of Life, Treatment Efficacy, and Hemodialysis Patient Outcome**

**ABSTRACT.** The aim of the study was to examine the influence of improved treatment of hemodialysis (HD) patients on their health-related quality of life (HrQoL) and to assess the predictive value of HrQoL dimensions on patient outcome. The prospective cohort study involved 102 HD patients, and their clinical and laboratory parameters and HD adequacy indices were followed from 2001 to 2007. HrQoL was measured using KDQOL-SF Version 1.3 in 2001, 2004, and 2007. During a six-year period, quality of HD and anemia treatment improved and resulted in significant increase of mean Kt/V (1.2–1.56) and hemoglobin levels (86.5–115.6 g/L). All four HrQoL dimensions (i.e., physical, mental health, kidney disease target issues, and patient satisfaction) remained unchanged, but significant improvement in several HrQoL physical health domains and the effects of kidney disease domain was found. Mortality rate decreased from 18.6% to 7.14% per year. Age was associated positively, but kidney disease target issue score negatively, with patient death. Improved HD adequacy and anemia treatment in HD patients were followed with maintenance of all four HrQoL dimensions unchanged over six years. Moreover, an improvement in several physical health domains and the effects of kidney disease domain was found. Age and kidney disease target issue appeared as significant predictors of patients' death (Simic-Ogrizovic et al, 2009).

### **ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ:**

**ΤΙΤΛΟΣ:** Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής, της θεραπευτικής αγωγής, και τα αποτελέσματα των ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση

Ο σκοπός της μελέτης ήταν να εξετάσει την επίδραση της βελτίωσης της θεραπείας των ασθενών σε αιμοκάθαρση (HD) σχετικά με την ποιότητα της υγείας που σχετίζεται με την ζωή (HRQoL) και να αξιολογήσει την προγνωστική αξία της HRQoL στην έκβαση των ασθενών. Η προοπτική μελέτη κοόρτης, στην οποία συμμετείχαν 102 ασθενείς HD, και κλινικών και εργαστηριακών παραμέτρων και δεικτών επάρκειας HD ακολουθήθηκαν από το 2001 έως το 2007. Η HRQOL μετρήθηκε χρησιμοποιώντας

KDQOL-SF έκδοση 1.3 το 2001, το 2004 και το 2007. Κατά τη διάρκεια μιας περιόδου έξι ετών, η ποιότητα της θεραπείας HD και η αναιμία βελτιώθηκε και οδήγησε σε σημαντική αύξηση της μέσης Kt / V (1,2 έως 1,56) και τα επίπεδα αιμοσφαιρίνης (86,5 έως 115,6 g / L). Όλες οι τέσσερις διαστάσεις HRQoL (δηλαδή, τη σωματική, ψυχική υγεία, τα θέματα στόχων της νεφρικής νόσου, και η ικανοποίηση των ασθενών) παρέμεινε αμετάβλητη, αλλά βρέθηκε σημαντική βελτίωση σε αρκετούς τομείς HRQoL στη σωματική υγεία και τις επιπτώσεις του τομέα νεφρικής νόσου. Το ποσοστό θνησιμότητας μειώθηκε από 18,6% σε 7,14% ανά έτος. Η ηλικία συσχετίστηκε θετικά, αλλά το ζήτημα στόχου της νεφρικής νόσου σκοράρει αρνητικά, με τον θάνατο του ασθενούς. Η βελτιωμένη επάρκεια HD και η θεραπεία της αναιμίας σε ασθενείς με HD ακολουθήθηκαν με τη συντήρηση όλων των τεσσάρων διαστάσεων με την HRQoL αμετάβλητη πάνω από έξι χρόνια. Επιπλέον, βρέθηκε η βελτίωση σε αρκετούς τομείς της σωματικής υγείας και οι επιπτώσεις της περιοχής της νεφρικής νόσου. Η ηλικία και το θέμα της νεφρικής νόσου εμφανίστηκαν ως σημαντικοί παράγοντες πρόβλεψης του θανάτου των ασθενών (Simic-Ogrizovic et al, 2009).

## **7) Quality of life in end-stage renal disease patients**

**ABSTRACT.** Health-related quality of life (QOL) refers to the measure of a patient's functioning, well-being, and general health perception in each of three domains: physical, psychological, and social. Along with survival and other types of clinical outcomes, patient QOL is an important indicator of the effectiveness of the medical care they receive. QOL of patients with end-stage renal disease is influenced by the disease itself and by the type of replacement therapy. Numerous studies have identified the effect of such factors as anemia, age, comorbidity, and depression on QOL. Most of these factors appear during the predialysis period, and the adequate management of some of them could influence patient outcomes. Among replacement therapies, transplantation appears to give the best QOL for large groups of patients. No conclusive data exist to prove differences in QOL between hemodialysis patients and peritoneal dialysis patients. In the case of elderly patients or those with a high degree of comorbidity, the best treatment option should be assessed in each individual case, taking all

possible factors into account. Finally, it has been proven that physical and mental function are inversely correlated with the risk for hospitalization and mortality ( Valderrábano et al, 2001).

## **ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ:**

### **ΤΙΤΛΟΣ: Ποιότητα ζωής σε τελικού σταδίου νεφρική νόσο**

Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής (ΠΖ) αναφέρεται στο μέτρο της λειτουργίας ενός ασθενούς, την ευημερία, και τη γενική αντίληψη για την υγεία σε κάθε μία από τρεις τομείς: σωματική, ψυχολογική και κοινωνική. Μαζί με την επιβίωση και άλλους τύπους των κλινικών αποτελεσμάτων, η ποιότητα ζωής των ασθενών αποτελεί σημαντικό δείκτη της αποτελεσματικότητας της ιατρικής φροντίδας που λαμβάνουν. Η QOL των ασθενών με τελικού σταδίου νεφρική ασθένεια επηρεάζεται από την ίδια την ασθένεια και από τον τύπο της θεραπείας αντικατάστασης. Πολυάριθμες μελέτες έχουν εντοπίσει την επίδραση παραγόντων στην QOL όπως η αναιμία, η ηλικία, η συννοσηρότητα, και η κατάθλιψη. Οι περισσότεροι από αυτούς τους παράγοντες εμφανίζονται κατά τη διάρκεια της περιόδου που πρόκειται να υποβληθούν, καθώς και η κατάλληλη διαχείρισή τους μερικών από αυτών θα μπορούσε να επηρεάσει την έκβαση των ασθενών. Μεταξύ θεραπειών αντικατάστασης, στη μεταμόσχευση φαίνεται να δίνουν την καλύτερη ποιότητα ζωής για τις μεγάλες ομάδες ασθενών. Δεν υπάρχουν πειστικά στοιχεία που να αποδεικνύουν οι διαφορές στην ποιότητα ζωής μεταξύ των ασθενών σε αιμοκάθαρση και περιτοναϊκή αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς. Στην περίπτωση των ηλικιωμένων ασθενών ή εκείνων με υψηλό βαθμό συννοσηρότητας, η καλύτερη επιλογή θεραπείας θα πρέπει να εκτιμάται σε κάθε μεμονωμένη περίπτωση, λαμβάνοντας όλους τους πιθανούς παράγοντες υπόψη. Τέλος, έχει αποδειχθεί ότι η σωματική και πνευματική λειτουργία συσχετίζονται αντίστροφα με τον κίνδυνο για νοσηλεία και τη θνησιμότητα ( Valderrábano et al, 2001).

## **8) Health-related quality of life among haemodialysis patients – relationship with clinical indicators, morbidity and mortality**

**ABSTRACT.** Aim: To verify the association between quality of life and morbidity, mortality and clinical indicators in haemodialysis patients.

Background: While a number of therapies have been reported to increase quality of life in end-stage renal disease, patients report that they remain substantially burdened by limited physical functioning and by dialysis-related symptoms. Indeed, quality of life may be the most critical outcome for those undergoing haemodialysis. Furthermore, quality of life has been associated with clinical indicators, morbidity and survival in haemodialysis patients.

Design: Descriptive cohort study of patients undergoing haemodialysis at the Nephrology Hemodialysis Unit of the Hospital de Clínicas in Porto Alegre, Brazil.

Methods: Forty haemodialysis patients were followed for 12 months and evaluated for demographics, time on dialysis, diabetes mellitus, clinical indicators (dose of dialysis – Kt/V, haematocrit and serum albumin) and comorbidities. The comorbidities were evaluated with the end-stage renal disease severity index and health-related quality of life with The Medical Outcomes Study 36 (SF-36).

Results: Men present higher health-related quality of life scores in the energy and fatigue component ( $P = 0.04$ ). Patients treated for over one year at the beginning of follow up and patients with less schooling had better results in General Health Perception ( $P < 0.05$ ). The health-related quality of life evaluation of patients who later died showed that they already had a worse perception of physical functioning as compared to the survivors ( $P = 0.05$ ). Patients with diagnosed diabetes perceived their physical functioning more negatively compared with those with other etiologies of end-stage renal disease ( $P = 0.045$ ). We found a correlation between physical functioning and serum albumin ( $r = 0.341$ ,  $P < 0.05$ ) and between physical functioning and haematocrit ( $r = 0.317$ ,  $P < 0.05$ ). The end-stage renal disease severity index was more strongly related to physical functioning ( $r = -0.538$ ,  $P < 0.001$ ). Comparing the patients' results to the indicators above and below the established targets, we

observed a trend to worse health-related quality of life in patients with Kt/V above target. However, in the case of albumin, patients with results above target tended to have better results.

Conclusion: A close relationship was observed between quality of life and morbidity and mortality. Among the clinical indicators, albumin and haematocrit have the greatest influence on quality of life.

Relevance to clinical practice: Haemodialysis patients experience various problems that may adversely influence their quality of life. Special care must be given to those who have diabetes mellitus, high morbidity scores, low serum albumin and low haematocrits ( Morsch et al, 2006).

### **ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ:**

#### **ΤΙΤΛΟΣ: Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των ασθενών σε αιμοκάθαρση - σχέση με την κλινική των δεικτών νοσηρότητας και θνησιμότητας**

Στόχος. Για να επαληθευτεί η συσχέτιση μεταξύ της ποιότητας της ζωής και της νοσηρότητας, της θνησιμότητας και των κλινικών δεικτών σε ασθενείς με αιμοκάθαρση.

Ιστορικό. Ενώ ένας αριθμός θεραπειών έχουν αναφερθεί για την αύξηση της ποιότητας της ζωής σε τελικού σταδίου νεφρική νόσο, οι ασθενείς αναφέρουν ότι παραμένουν ουσιαστικά επιβαρυνμένοι με περιορισμένη σωματική λειτουργικότητα και τα συμπτώματα που σχετίζονται με αιμοκάθαρση. Πράγματι, η ποιότητα της ζωής μπορεί να είναι το πιο κρίσιμο αποτέλεσμα για εκείνους που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση. Επιπλέον, η ποιότητα ζωής έχει συσχετιστεί με τους κλινικούς δείκτες, τη νοσηρότητα και την επιβίωση σε ασθενείς σε αιμοκάθαρση.

Σχεδιασμός: Περιγραφική μελέτη σειράς ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση στη Μονάδα Τεχνητού Νεφρού Νεφρολογίας του Hospital de Clínicas στο Πόρτο Αλέγκρε της Βραζιλίας.

Μέθοδοι. Σαράντα αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς παρακολουθήθηκαν για 12 μήνες και αξιολογήθηκαν για την δημογραφία, την ώρα που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση, ο σακχαρώδης διαβήτης, οι κλινικοί δείκτες (δosis της αιμοκάθαρσης - Kt / V, του αιματοκρίτη και της λευκωματίνης ορού) και συνοδά νοσήματα. Τα συνοδά νοσήματα αξιολογήθηκαν με τελικού σταδίου

νεφρική νόσο δείκτη σοβαρότητας και της υγείας που σχετίζονται με την ποιότητα της ζωής με το ιατρικό αποτελέσματα μελέτης 36 (SF-36).

Αποτελέσματα. Οι άνδρες παρουσιάζουν υψηλότερη ποιότητα που αφορά την υγεία των βαθμολογιών ζωής της συνιστώσας ενέργειας και κόπωσης ( $P = 0 \cdot 04$ ). Οι ασθενείς που υποβάλλονται σε θεραπεία για διάστημα ενός έτους κατά την έναρξη της παρακολούθησης και οι ασθενείς με λιγότερη σχολική εκπαίδευση είχαν καλύτερα αποτελέσματα στην αντίληψη Γενική Διεύθυνση Υγείας ( $P < 0 \cdot 05$ ). Η ποιότητα της υγείας που σχετίζεται με την αξιολόγηση της ζωής των ασθενών που αργότερα πέθαναν έδειξε ότι είχαν ήδη χειρότερη αντίληψη της φυσικής λειτουργίας σε σύγκριση με τους επιζώντες ( $P = 0 \cdot 05$ ). Οι ασθενείς με διαγνωσμένο διαβήτη είχαν την αντίληψη ότι η φυσική τους λειτουργία ήταν πιο αρνητική σε σύγκριση με εκείνους με άλλες αιτιολογίες τελικού σταδίου νεφρική νόσο ( $P = 0 \cdot 045$ ). Βρήκαμε μια συσχέτιση ανάμεσα στη φυσική λειτουργία και την λευκωματίνη ορού ( $r = 0 \cdot 341$ ,  $P < 0 \cdot 05$ ) και ανάμεσα στη φυσική λειτουργία και αιματοκρίτη ( $r = 0 \cdot 317$ ,  $P < 0 \cdot 05$ ). Η τελικού σταδίου νεφρική δείκτη σοβαρότητας της νόσου ήταν πιο έντονα συσχετισμένη με την φυσική λειτουργία ( $r = -0 \cdot 538$ ,  $P < 0 \cdot 001$ ). Συγκρίνοντας τα αποτελέσματα των ασθενών με τους δείκτες πάνω και κάτω από τους καθιερωμένους στόχους, παρατηρήσαμε μια τάση προς χειρότερη ποιότητα σχετικά με την υγεία της ζωής σε ασθενείς με  $Kt / V$  παραπάνω στόχου. Ωστόσο, στην περίπτωση της λευκωματίνης, οι ασθενείς με αποτελέσματα πιο πάνω στόχου έτειναν να έχουν καλύτερα αποτελέσματα.

Συμπέρασμα: Μια στενή σχέση παρατηρήθηκε μεταξύ της ποιότητας της ζωής και της νοσηρότητας και θνησιμότητας. Μεταξύ των κλινικών δεικτών, η λευκωματίνη και ο αιματοκρίτης έχουν τη μεγαλύτερη επίδραση στην ποιότητα ζωής.

Σχέση με την κλινική πρακτική: Ασθενείς σε αιμοκάθαρση αντιμετωπίζουν διάφορα προβλήματα που μπορεί να επηρεάσουν αρνητικά την ποιότητα της ζωής τους. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δοθεί σε εκείνους που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη, υψηλή βαθμολογία νοσηρότητα, χαμηλή λευκωματίνη ορού και χαμηλού αιματοκρίτη (Morsch et al, 2006).

## **9) Quality of life and mental health in hemodialysis and peritoneal dialysis patients: the role of health beliefs**

**ABSTRACT.** Background and objective: Patients' beliefs regarding their health are important to understand responses to chronic disease. The present study aimed to determine (i) whether beliefs about health differ between different renal replacement therapies in end-stage renal disease (ESRD) patients and (ii) whether these beliefs are associated with health-related quality of life (HQoL), as well as with mental health.

Methods: A sample of 89 ESRD patients, 41 on hemodialysis (HD) treatment and 48 on peritoneal dialysis (PD) treatment, completed the World Health Organization Quality of Life instrument, the General Health Questionnaire, the State-Trait Anxiety Inventory, the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, and the Multidimensional Health Locus of Control.

Results: Regarding differences in health beliefs between the two groups, HD patients focused more on the dimension of internal health locus of control than PD patients. This dimension was associated with better QoL ( $P = <0.01$ ) and general health ( $P = 0.03$ ) in the total sample. On the contrary, the dimension of important others in health locus of control was associated with higher depression ( $P = 0.02$ ).

Conclusions: The beliefs that dialysis patients hold about their illness appear to be related to the type of renal replacement therapy. These cognitions are associated with HQoL and with mental health (Theofilou, 2012).

### **ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ:**

**ΤΙΤΛΟΣ:** Ποιότητα ζωής και ψυχική υγεία σε ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση και περιτοναϊκή κάθαρση: ο ρόλος των πεπιοθήσεων για την υγεία

Ιστορικό και στόχος: Πεπιοθήσεις των ασθενών σχετικά με την υγεία τους, είναι σημαντικό να κατανοήσουμε τις απαντήσεις στην ανάπτυξη χρόνιων ασθενειών. Η παρούσα μελέτη είχε ως σκοπό να προσδιορίσει (i) το κατά πόσον οι πεπιοθήσεις σχετικά με την υγεία διαφέρουν μεταξύ των διαφορετικών θεραπειών υποκατάστασης της νεφρικής σε τελικού σταδίου



νόσου (ESRD) και (ii) κατά πόσον αυτές οι πεπιοθήσεις που συνδέονται με την υγεία ποιότητας ζωής (HQoL), όπως καθώς και με την ψυχική υγεία.

Μέθοδοι: Ένα δείγμα 89 ασθενών νεφρικής νόσου τελικού σταδίου, 41 που υποβάλλονται σε θεραπεία αιμοκάθαρσης (HD) και 48 σε θεραπεία περιτοναϊκής κάθαρσης (PD), ολοκλήρωσε την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας Ποιότητας Ζωής οργάνου, το Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας, το κράτος- Ανησυχία Inventory, το Κέντρο των Επιδημιολογικών Μελετών Κλίμακας Κατάθλιψης, και το Πολυδιάστατο Υγείας Τύπου Ελέγχου.

Αποτελέσματα: Όσον αφορά τις διαφορές στις πεπιοθήσεις για την υγεία μεταξύ των δύο ομάδων, οι ασθενείς HD επικεντρώθηκαν περισσότερο στη διάσταση της εσωτερικής πηγής υγείας του ελέγχου των παρκινσονικών ασθενών. Η διάσταση αυτή συνδέθηκε με καλύτερη ποιότητα ζωής ( $P = <0,01$ ) και της γενικής υγείας ( $P = 0,03$ ) στο συνολικό δείγμα. Αντιθέτως, η διάσταση άλλων σημαντικών θεμάτων στον τομέα της υγείας, όπως ο τύπος ελέγχου συνδέθηκε με υψηλότερη κατάθλιψη ( $P = 0,02$ ).

Συμπεράσματα: Οι πεπιοθήσεις που έχουν οι αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς κρατήσει σχετικά με την ασθένειά τους φαίνεται να σχετίζονται με το είδος της θεραπείας νεφρικής υποκατάστασης. Αυτές οι γνώσεις σχετίζονται με HQoL και με την ψυχική υγεία (Theofilou, 2012).

## **10) Quality of life in hemodialysis patients**

**ABSTRACT.** During the last decades, more emphasis is put on quality of life in hemodialysis patients. The purpose of this study was to review the literature regarding the quality of life in hemodialysis patients. The method of this study included bibliography research from both the review and the research literature which referred to the quality of life in haemodialysis patients.

Results: According to the literature, the main factors affecting the quality of life of patients in hemodialysis patients are the problems of disease severity, various socio-demographic characteristics (age, gender), depression, failure to comply with treatment orders, the support provided by the family and social environment, sleep disturbances and insufficient information. Furthermore, the nature and chronicity of the disease including

the dependence of the dialysis machine and healthcare professionals impose significant restrictions on the daily lives of hemodialysis patients.

Conclusions: Assessment of quality of life in hemodialysis patients should be an integral part of the treatment and should be systematically assessed in routine clinical practice and at all stages of the disease (Touliou & Koutsopoulou, 2015).

## **ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ:**

### **ΤΙΤΛΟΣ: Ποιότητα ζωής αιμοκαθαιρόμενων ασθενών**

Κατά τις τελευταίες δεκαετίες, δίδεται ολοένα και περισσότερη έμφαση στην ποιότητα ζωής αιμοκαθαιρόμενων ασθενών. Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας όσον αφορά την ποιότητα ζωής αιμοκαθαιρόμενων ασθενών. Η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε περιελάμβανε αναζήτηση ανασκοπικών και ερευνητικών μελετών που αναφέρονται στην ποιότητα ζωής αιμοκαθαιρόμενων ασθενών. Αποτελέσματα : Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, οι κυριότεροι παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής αιμοκαθαιρόμενων ασθενών είναι τα προβλήματα που απορρέουν από τη βαρύτητα της νόσου, διάφοροι κοινωνικο- δημογραφικοί παράγοντες (ηλικία, φύλο), η κατάθλιψη, η αποτυχία συμμόρφωσης προς τις θεραπευτικές οδηγίες, η παρεχόμενη στήριξη από το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον, οι διαταραχές στον ύπνο και η ανεπαρκής πληροφόρηση. Επιπλέον, η φύση και χρονιότητα της νόσου συμπεριλαμβανομένης της εξάρτησης από το μηχάνημα της αιμοκάθαρσης και τους επαγγελματίες υγείας επιβάλλουν σημαντικούς περιορισμούς στην καθημερινή ζωή των αιμοκαθαιρόμενων. Συμπεράσματα: Η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής πρέπει να αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα κάθε θεραπείας και να εκτιμάται συστηματικά στην καθημερινή κλινική πρακτική και σε όλα τα στάδια της νόσου (Touliou & Koutsopoulou, 2015).

## **11) Quality of life, mental health and health beliefs: comparison between haemodialysis and peritoneal dialysis patients**

**ABSTRACT.** Aim: The comparative study between in-centre haemodialysis (HD) and continuous ambulatory peritoneal dialysis (PD) patients regarding self-reported quality of life (QoL) as well as some psychological dimensions that may affect and may be affected by the patient's state of health, like health locus of control beliefs, depression and anxiety. Material and Method: The sample consists of 144 patients in-centre haemodialysis or continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD). Patient-reported assessments included: a) WHOQOL-BREF, b) General Health Questionnaire (GHQ-28), c) Multidimensional Health Locus of Control Questionnaire (MHLC), d) State - Trait Anxiety Inventory (STAI I, II) and e) Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D). Results: HD patients presented lower scores in WHOQOL-BREF domain of environment. Furthermore, they reported higher scores in the GHQ-28 subscales of anxiety/insomnia and severe depression as well as of the total score of the questionnaire. Regarding health beliefs, statistically significant difference was observed in HD patients, who presented higher scores in the internal health locus of control. Conclusions: Patients in HD treatment modality were experiencing a more compromised QoL indicating greater discontent with different aspects of their environment. Further, they reported more symptoms of anxiety, sleeping problems, depression or suicidal thoughts (Theofilou, 2010).

### **ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ:**

#### **ΤΙΤΛΟΣ: Ποιότητα ζωής, ψυχική υγεία και πεπιοθήσεις για την υγεία: σύγκριση αιμοκαθαιρόμενων και περιτοναϊκών ασθενών**

Σκοπός: Η συγκριτική μελέτη μεταξύ αιμοκαθαιρόμενων (ΑΚ) και περιτοναϊκών (ΠΚ) ασθενών αναφορικά με την αυτο-αναφερόμενη ποιότητα ζωής (ΠΖ) καθώς και ορισμένες ψυχολογικές διαστάσεις που ενδέχεται να επηρεάζουν και να επηρεάζονται από την κατάσταση της υγείας του ασθενούς, όπως οι πεπιοθήσεις για την εστίαση ελέγχου της υγείας, η κατάθλιψη και το άγχος.

Υλικό και μέθοδος: Το δείγμα αποτελείται από 144 ασθενείς, οι οποίοι υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση με τεχνητό νεφρό (TN) ή σε συνεχή φορητή περιτοναϊκή κάθαρση (ΣΦΠΚ). Χρησιμοποιήθηκαν τα εξής ερωτηματολόγια: α) WHOQOL-BREF, β) Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (GHQ-28), γ) Πολυδιάστατο Ερωτηματολόγιο Εστίασης Ελέγχου Υγείας (MHLC), δ) Ερωτηματολόγιο Άγχους (STAI I, II) και ε) Ερωτηματολόγιο Κατάθλιψης (CES-D).

Αποτελέσματα: Οι αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς παρουσίασαν χαμηλότερες τιμές στην ενότητα του περιβάλλοντος του WHOQOL-BREF. Επιπρόσθετα, σημείωσαν υψηλότερα ποσοστά στις υποκλίμακες του GHQ-28 σχετικά με το άγχος/αϋπνία και τη σοβαρή κατάθλιψη καθώς και στη συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου. Σε σχέση με τις πεποιθήσεις για την υγεία, στατιστικά σημαντική διαφορά παρατηρήθηκε στους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς, οι οποίοι παρουσίασαν υψηλότερες τιμές στη διάσταση της εσωτερικής εστίασης ελέγχου για την υγεία.

Συμπεράσματα: Οι αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς ανέφεραν πιο περιορισμένη ποιότητα ζωής καταδεικνύοντας μεγαλύτερη δυσαρέσκεια σε διαφορετικές πτυχές του περιβάλλοντός τους. Επιπλέον, ανέφεραν περισσότερα συμπτώματα άγχους, προβλήματα με τον ύπνο, κατάθλιψη ή αυτοκτονικό ιδεασμό (Theofilou, 2010).

## **12) Quality of life and stressors in patients with chronic kidney disease depending on treatment**

**ABSTRACT.** This study evaluated health-related quality of life (HRQOL) in a Spanish sample of chronic kidney disease patients (n = 90) undergoing different renal replacement therapies, considering the influence of treatment stressors, mood, anxiety and quality of sleep. While all patients had worse physical functioning than controls ( $p < .01$ ), only those undergoing haemodialysis (HD) showed worse physical well-being, occupational functioning, spiritual fulfillment and more health interference with work ( $p < .05$ ). They also obtained higher depression scores than renal transplant patients (TX) ( $p = .005$ ). Those TX receiving the immunosuppressor sirolimus exhibited more cardiac/renal, cognitive and physical limitations than the rest ( $p < .05$ ). Dialysis vintage correlated positively with sleep disturbances and depression scores and negatively with total Quality of Life (QLI) ( $p < .05$ ). HD patients experienced more psychological distress than peritoneal dialysis patients (PD) ( $p = .036$ ). Regression models including sleep, anxiety and depression were estimated for subscales of HRQOL. In TX patients, low depressive scores related to an optimal QLI in almost all subscales, while in HD patients they explained part of the variability in psychological well-being, interpersonal functioning and personal fulfillment. HD condition results in a QLI more distant to the standards of controls (Martínez-Sanchis et al, 2015).

### **ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ:**

**ΤΙΤΛΟΣ: Ποιότητα ζωής και στρεσογόνοι παράγοντες σε ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο, ανάλογα με τη θεραπεία**

Αυτή η μελέτη αξιολόγησε την υγεία που σχετίζεται με την ποιότητα της ζωής (ΣΥΠΖ) σε ένα ισπανικό δείγμα των ασθενών με χρόνια νεφρική νόσο (n = 90) που υποβάλλονται σε διάφορες θεραπείες υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας, λαμβάνοντας υπόψη την επίδραση των στρεσογόνων παραγόντων επεξεργασίας, διάθεσης, το άγχος και την ποιότητα του ύπνου. Ενώ όλοι οι ασθενείς είχαν χειρότερη σωματική λειτουργία από τους μάρτυρες ( $p < 0,01$ ), μόνο σε αυτούς που

υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση (HD) έδειξε χειρότερη σωματική ευεξία, επαγγελματική λειτουργία, πνευματική ολοκλήρωση και περισσότερες παρεμβάσεις υγείας με την εργασία ( $p < 0,05$ ). Μπορούν επίσης να επιτευχθούν υψηλότερες βαθμολογίες κατάθλιψης από ό,τι οι ασθενείς με μεταμόσχευση νεφρού (TX) ( $p = 0.005$ ). Όσοι TX προσλαμβάνουν ανοσοκατασταλτικό εκτίθενται περισσότερα καρδιακά / νεφρικά, στους γνωστικούς και σωματικούς τους περιορισμούς από ό,τι οι υπόλοιποι ( $p < 0,05$ ). Η παλιά αιμοκάθαρση συσχετίζεται θετικά με διαταραχές ύπνου και σκορ κατάθλιψης και αρνητικά με συνολική ποιότητα Ζωής (QLI) ( $p < 0,05$ ). Αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς εμφάνισαν περισσότερη ψυχολογική δυσφορία από ασθενείς σε περιτοναϊκή αιμοκάθαρση (PD) ( $p = 0.036$ ). Μοντέλα παλινδρόμησης συμπεριλαμβανομένου του ύπνου, άγχους και κατάθλιψης υπολογίστηκε για υποκλίμακες της HRQOL. Σε ασθενείς TX, η χαμηλή καταθλιπτική βαθμολογία σχετικά με τη βέλτιστη QLI σχεδόν σε όλες τις υποκλίμακες, ενώ σε ασθενείς HD εξήγησαν μέρος της μεταβλητότητας στην ψυχολογική ευεξία, διαπροσωπική λειτουργία και την προσωπική ολοκλήρωση. Η κατάσταση HD σε αποτελέσματα QLI ήταν πιο μακρινά με τα πρότυπα των ελέγχων (Martínez- Sanchis et al, 2015).

### **13) Comparison of Outcomes and Quality of Life between Hemodialysis and Peritoneal Dialysis Patients in Indian ESRD Population.**

**ABSTRACT.** BACKGROUND: Hemodialysis (HD) and peritoneal dialysis (PD) are important renal replacement treatments in end stage renal disease (ESRD). There is paucity of data comparing outcomes and quality of life (QOL) between the two modalities in Indian scenario.

MATERIALS AND METHODS: We followed 60 End stage renal disease patients (30 CAPD and 30 Maintenance hemodialysis) for a period of one year. Patients were analysed and compared for complications, physical quality of life and psychological well being with a two part self reported questionnaire at baseline and subsequently at six and twelve months. For the physical component appropriate sections of the McMaster Health Index Questionnaire (MHIQ) and for psychological component Psychological General Well-Being Index (PGWB) developed by Dupey was applied.

RESULTS: The number of males and females in both groups were comparable ( $p$ -value  $> 0.05$ ). The prevalence of diabetes mellitus, coronary artery disease, obesity and ischaemic heart disease was comparable in both groups ( $p$ -value  $> 0.05$ ). Significantly higher mortality was observed in patients undergoing HD (20% vs 0 %,  $p$ -value  $< 0.05$ ) at the end of study. At the end of study, 16.6% of patients undergoing HD were found to be anti HCV positive as compared to 3.33% in CAPD. Six episodes of CAPD peritonitis were observed (0.2 episodes per catheter year). Significantly higher number of CAPD patients had negative responses between 2-4 at baseline and subsequently on follow ups in Part A of QOL questionnaire (86.7 vs 23.3 % at baseline, 80 vs 26.7% at 6 months, 80 vs 16.7 % at 12 months;  $p < 0.05$  ). Mean score in Part B of questionnaire was significantly higher in CAPD patients at baseline and at all follow ups (66.7 $\pm$ 11 vs 50.1 $\pm$ 17 at baseline, 66.7 $\pm$ 12.1 vs 53.32 $\pm$ 16.3 at 6 months, 65.3 $\pm$ 9.5 vs 48.8 $\pm$ 16.7 at 12 months ,  $p < 0.05$ ).

CONCLUSION: CAPD patients have significantly better quality of life in physical as well as psychological aspects and have significantly lower mortality when compared with hemodialysis patients (Makkar et al, 2015).

#### **ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ:**

**ΤΙΤΛΟΣ:** Η σύγκριση των αποτελεσμάτων και της ποιότητας της ζωής στους ασθενείς σε αιμοκάθαρση και η περιτοναϊκή κάθαρση. Οι ασθενείς στην ινδική νεφρική νόσο τελικού σταδίου του πληθυσμού.

**ΙΣΤΟΡΙΚΟ:** Η αιμοκάθαρση (HD) και η περιτοναϊκή κάθαρση (PD) είναι σημαντική στη νεφρική θεραπεία υποκατάστασης σε τελικού σταδίου νεφρική νόσο (ESRD). Υπάρχει έλλειψη στοιχείων συγκρίνοντας τα αποτελέσματα και την ποιότητα ζωής (ΠΖ) μεταξύ των δύο τρόπων στο ινδικό σενάριο.

**ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ:** Παρακολουθήσαμε 60 ασθενείς με νεφρική νόσο τελικού σταδίου (30 ΣΦΠΚ και 30 αιμοκάθαρση συντήρησης) για μια περίοδο ενός έτους. Οι ασθενείς αναλύθηκαν και συγκρίθηκαν για επιπλοκές, φυσική ποιότητα της ζωής και την ψυχολογική ευεξία, με δύο τμήματα αυτού να αναφέρονται στο ερωτηματολόγιο κατά την έναρξη και στη συνέχεια σε έξι και δώδεκα μηνών. Για τα φυσικά συστατικά κατάλληλων ενοτήτων του McMaster Υγείας Index Ερωτηματολόγιο (MHIQ) και για την ψυχολογική συνιστώσα Ψυχολογικής Γενικής Ευεξίας Index (PGWB) που αναπτύχθηκε και εφαρμόστηκε.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Ο αριθμός των αρσενικών και θηλυκών στις δύο ομάδες ήταν συγκρίσιμες ( $p$ -value > 0,05). Η επικράτηση του σακχαρώδους διαβήτη, στεφανιαίας νόσου, την παχυσαρκία και ισχαιμική καρδιακή νόσο ήταν συγκρίσιμη στις δύο ομάδες (τιμή- $p$  > 0,05). Σημαντικά υψηλότερη θνησιμότητα παρατηρήθηκε σε ασθενείς HD (20% έναντι 0%,  $p$ -τιμή < 0,05) στο τέλος της μελέτης. Στο τέλος της μελέτης, το 16,6% των ασθενών που υποβάλλονται σε HD βρέθηκαν να είναι αντι θετικό HCV, σε σύγκριση με 3,33% σε CAPD. Έξι επεισόδια ΣΠΠΔ περιτονίτιδας παρατηρήθηκαν (0,2 επεισόδια ανά έτος καθετήρα). Σημαντικά υψηλότερο αριθμό των ασθενών CAPD είχε αρνητικές αντιδράσεις μεταξύ 2-4 στην αρχή της μελέτης και δίνει συνέχεια στο μέρος A του ερωτηματολογίου ποιότητας ζωής (86,7 έναντι 23,3% κατά την έναρξη, το 80 vs 26.7% σε 6 μήνες, 80 vs 16.7% σε



12 μήνες ?  $p < 0,05$ ). Η μέση βαθμολογία στο μέρος B του ερωτηματολογίου ήταν σημαντικά υψηλότερη σε ασθενείς CAPD στην αρχή και σε όλες τις συνέχειες ( $66,7 \pm 11$  έναντι  $50,1 \pm 17$  στην αρχή της μελέτης,  $66,7 \pm 12,1$  έναντι  $53,32 \pm 16,3$  σε 6 μήνες, το  $65,3 \pm 9,5$  έναντι  $48,8 \pm 16,7$  σε τους 12 μήνες,  $p < 0,05$ ).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** ασθενείς CAPD έχουν σημαντικά καλύτερη ποιότητα ζωής σε σωματική όσο και ψυχολογική διάσταση και να έχουν σημαντικά χαμηλότερη θνησιμότητα σε σύγκριση με τους ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση ( Makkar et al, 2015).

#### **14) Hopelessness, suicide ideation, and depression in chronic kidney disease patients on hemodialysis or transplant recipients.**

Introduction: Hopelessness, suicide ideation and depression symptoms affect life quality and expectancy of chronic kidney disease patients. Objective: To verify whether there are differences in hopelessness, suicide ideation and depression symptoms between chronic kidney disease patients on hemodialysis or transplant recipients. We also analyzed the influence of sociodemographic factors in these symptoms. Methods: Cross-sectional study in which 50 clinically stable chronic hemodialysis patients and 50 renal transplant patients matched by gender and age. Instruments- Beck Hopelessness Scale (BHS), Beck Scale for Suicide Ideation (BSI) and Beck Depression Inventory (BDI). Results: BHS: 2% of each group scoring  $> 8$  ( $p = 1.00$ ). BSI: 4% in hemodialysis and 6% of the transplant patients scoring  $> 1$  ( $p = 1.000$ ). BDI: 20% in hemodialysis and 12% of transplant patients scoring  $> 14$  ( $p = 0.275$ ). Patients who did not have a labor activity presented more depressive symptoms (average BDI score: 10.5 vs. 7.3,  $p = 0.027$ ). Transplant patients from deceased donor presented more depressive symptoms compared with those with transplant from living donors (average BDI score: 11.0 vs. 6.7,  $p = 0.042$ ). Conclusion: There was no difference in the intensity of hopelessness, suicide ideation and depression symptoms between stable hemodialysis and transplant patients. Not performing a labor activity and receiving the transplant from deceased donor lead to more depressive symptoms. The high prevalence

of depressive symptoms and the finding of suicide ideation in both modalities of renal replacement therapy point to the need to monitor and care for those patients (Andrade et al, 2015).

#### **ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ:**

**ΤΙΤΛΟΣ: Απελπισία, αυτοκτονικός ιδεασμός, και κατάθλιψη σε ασθενείς με χρόνια νόσο των νεφρών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση ή μεταμοσχευμένοι παραλήπτες**

Εισαγωγή: Απελπισία, αυτοκτονικός ιδεασμός και κατάθλιψη τα συμπτώματα που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής και το προσδόκιμο της σε ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο.

Στόχος: Για να ελέγξετε εάν υπάρχουν διαφορές στην απελπισία, στον αυτοκτονικό ιδεασμό και τα συμπτώματα της κατάθλιψης μεταξύ των ασθενών που πάσχουν από χρόνια νεφρική νόσο που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση ή μεταμόσχευση παραληπτών. Αναλύσαμε επίσης την επίδραση των κοινωνικο-δημογραφικών παραγόντων σε αυτά τα συμπτώματα.

Μέθοδοι: Σύγχρονη μελέτη στην οποία 50 κλινικά σταθεροί ασθενείς με χρόνια αιμοκάθαρση και 50 ασθενείς με μεταμόσχευση νεφρού συνοδεύονται από το φύλο και την ηλικία. Όργανα απελπισίας (BHS), Beck Κλίμακα αυτοκτονικού ιδεασμού (BSI) και Beck Depression Inventory (BDI). Αποτελέσματα: BHS: 2% για κάθε ομάδα βαθμολόγησης > 8 ( $p = 1,00$ ). BSI: 4% σε αιμοκάθαρση και το 6% των ασθενών με μεταμόσχευση σκοράροντας > 1 ( $p = 1,000$ ). BDI: 20% σε αιμοκάθαρση και το 12% των ασθενών με μεταμόσχευση σκοράροντας > 14 ( $p = 0,275$ ). Ασθενείς οι οποίοι δεν έχουν εργασιακή δραστηριότητα παρουσιάζουν πιο καταθλιπτικά συμπτώματα (μέση βαθμολογία του BDI: 10,5 έναντι 7,3,  $p = 0,027$ ). Οι μεταμοσχευθέντες ασθενείς από νεκρό δότη παρουσιάζουν περισσότερα καταθλιπτικά συμπτώματα σε σύγκριση με εκείνους με μεταμόσχευση από ζώντες δότες (μέσος όρος του BDI: 11,0 έναντι 6,7,  $p = 0,042$ ).

Συμπέρασμα: Δεν υπήρχε καμία διαφορά στην ένταση της απελπισίας, του αυτοκτονικού ιδεασμού και των συμπτωμάτων κατάθλιψης μεταξύ σταθερών ασθενών σε αιμοκάθαρση και τη μεταμόσχευση. Η μη άσκηση

δραστηριότητας εργασίας και η λήψη του μοσχεύματος από θανόντα δότη οδηγούν σε περισσότερα καταθλιπτικά συμπτώματα. Ο υψηλός επιπολασμός των καταθλιπτικών συμπτωμάτων και η διαπίστωση του αυτοκτονικού ιδεασμού και στις δύο λεπτομέρειες της νεφρικής λειτουργίας στο σημείο αυτό είναι η θεραπεία υποκατάστασης για την ανάγκη παρακολούθησης και φροντίδας για τους ασθενείς (Andrade et al, 2015).

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

- **Αλεξανδρόπουλος Κ.** & Χριστοδούλου Χ., (2005). *Ψυχιατρικές - Ψυχολογικές διαταραχές*. Κλινική Νεφρολογία (14)
- **Ανδρικόπουλος Β.**, (2005). *Αγγειακές προσπελάσεις για χρόνια αιμοκάθαρση*. Αθήνα: Βήτα
- **Andrade SV.**, Sesso R., Diniz DH. *Hopelessness, suicide ideation, and depression in chronic kidney disease patients on hemodialysis or transplant recipients*, (2015), vol.37 no.1, J. Bras. Nefrol., Jan- Mar 2015
- **Arnold R.**, Ranchor A., Sanderman R., Kempen G., Ormel J., Suurmeijer T., ( 2004). *The relative contribution of domains of quality of life to overall quality of life for different chronic diseases*. Quality of Life Research (13)
- **Berman A.**, (2007). *Εναλλακτική ιατρική*, Εκδόσεις: Αρχιπέλαγος, Αθήνα
- **Γερογιάννη Κ. Γ.** & Γερογιάννη Κ. Σ., (2007). *Αιμοκάθαρση και Περιτοναϊκή Κάθαρση*
- **Γκρέϊμ Τ.**, (2001). *Ψυχοσωματική ιατρική και σύγχρονη ψυχανάλυση*. Εκδόσεις: Καστανιώτης, Αθήνα
- **De Barbieri I.** & Zampieron A., (2004). *Περιγραφική ανάλυση των διαταραχών ύπνου αιμοκαθαιρούμενων ασθενών*, EDTNA ERCA Journal, 30 (4)
- **DiMatteo M. R.** & Martin L.R., (2006). *Εισαγωγή στην ψυχολογία της υγείας*. (Επιμ. Φ. Αναγνωστόπουλος & Γ. Ποταμιάνος) , Εκδόσεις: Ελληνικά Γράμματα, σ: 80 (Το πρωτότυπο έργο δημοσιεύτηκε το 2002), Αθήνα
- **Hunt W.**, (2008). *Kidney disease: a guide for living*. Kansas Publications, NewYork
- **Fukunishi I.**, Kitaoka T., Shirai T., (2002), *Psychiatric disorders among patients undergoing hemodialysis therapy*. Nephron, 91
- **Ζώνιου – Σιδέρη Α.** (2000). *Ένταξη: Ουτοπία ή πραγματικότητα;* Εκδόσεις: Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα
- **Καϊτελίδου Δ.**, Λιαρόπουλος Λ, Σίσκου Ο., Θεοδώρου Μ., Ζηρογιάννης Π., Μανιαδάκης Ν., (2007). *Οι κοινωνικές και οικονομικές*

συνέπειες της αιμοκάθαρσης στην ζωή των ασθενών με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια. Νοσηλευτική 46 (2)

- **Καραγιάννη Π.**, Ζώνιου – Σιδέρη Α., (2006). *Το κοινωνικό μοντέλο της Αναπηρίας. Θεωρία και Ερευνητική Πρακτική. Αντιφάσεις και ερωτήματα.* Μακεδών, 15
- **Καραντάκος Κ.**, (2006). *Νεφρολογία και διατροφή.* Εκδόσεις: Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα
- **Καυκιά Θ.**, (2003). *Νεφρολογική νοσηλευτική*, 1<sup>η</sup> έκδοση. Εκδόσεις: University studio press, Θεσσαλονίκη
- **Κόλλιας Κ.**, (2010). *Οικογένεια και ψυχική υγεία.* Εκδόσεις: Δομή-Αρχονταρίκι, Αθήνα
- **Κοντοδημόπουλος Ν.** & Νιάκας Δ., (2007). *Η χρήση του KDQOL-SF<sup>TM</sup> για την μέτρηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής Ελλήνων αιμοκαθαιρόμενων*, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής
- **Κοσμαδάκης Γ.**, (2012). *Αιμοκάθαρση.* Εκδόσεις: Ροτόντα, Αθήνα
- **Κουτάντος Δ.** (2000). *Ανάπηροι άνθρωποι ή ανάπηρη κοινωνία; Μια εναλλακτική, ολιστική, οικολογική προσέγγιση.* Παιδαγωγική Επιθεώρηση
- **Κουτσοπούλου - Σοφικήτη Β.** & Θεοδοσοπούλου - Ευθυμίου Ε., (2002), *Διαστάσεις προσωπικότητας των ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση και η σχέση τους με την αρχική νόσο.* EDTNA ERCA Journal, 28 (3)
- **Κυπριωτάκης Α.**, (2001). *Μία παιδαγωγική, ένα σχολείο για όλα τα παιδιά.* Εκδόσεις: Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα
- **Λυπουρλής Δ.** & Μωραΐτου Δ. (2003). *Αρχαίος ελληνικός φιλοσοφικός λόγος.* Εκδόσεις: Οργανισμός έκδοσης διδακτικών βιβλίων, Αθήνα
- **Mahnaz E.N.**, Nahid J., Parsa Y. *Diabetic Nephropathy: A Strong Predictor of Sleep Quality in Hemodialysis Patients*, (2014), Saudi J Kidney Dis Transpl ;25(4):774-780
- **Makkar V.** , Kumar M., Mahajan R., Khaira NS. *Comparison of Outcomes and Quality of Life between Hemodialysis and Peritoneal Dialysis Patients in Indian ESRD Population*, (2015), J Clin Diagn Res. Mar; 9(3): OC28–OC31.

- **Knezevic M.**, Djordjevic V., Radovanovic-Velickovic R., Stankovic J., Cvetkovic T., Djordjevic V. *Influence of Dialysis Modality and Membrane Flux on Quality of Life in Hemodialysis Patients*, (2012) , Vol. 34, No. 7 , Pages 849-855, Clinical Study
- **Martínez-Sanchis S.**, Bernal MC., Montagud JV., Abad A., Crespo J., Pallardó LM. *Quality of life and stressors in patients with chronic kidney disease depending on treatment*, (2015), Span J Psychol., 2015 Apr 28;18:E25.
- **Μάτζιου- Μεγαπάνου Β.** (2009). *Νεφρολογική Νοσηλευτική*. Ιατρικές εκδόσεις: Λαγός Δημήτριος, Αθήνα
- **Μηνασίδου Ε.** & Λεμονίδου Χ., (2005). *Ποιότητα ζωής ατόμων με χρόνια νοσήματα και η θεωρία της κοινωνικής παραγωγής λειτουργιών*. Νοσηλευτική vol44 (2), Ανασκόπηση
- **Morsch CM.**, Goncalves LF., Barros E. *Health- related quality of life among haemodialysis patients –relationship with clinical indicators, morbidity and mortality*, (2006), J Clin Nurs
- **Mucsi I.** , Molnar MZ., Ambrus C., Szeifert L., Kovacs AZ, Zoller R., Barotfi S., Rempert A., Novak M. *Restless legs syndrome, insomnia and quality of life in patients on maintenance dialysis*, (2005), Nephrol Dial Transplant, 12 January 2005
- **Νάκου Σ.**, (2001). *Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής στο χώρο της υγείας*. Εφαρμογές στην παιδιατρική. Αρχεία ελληνικής ιατρικής: vol 18 (3)
- **Ντάτσης Γ.** & Παπαγαλάνης Ν.. 2004. *Αγγειακές προσπελάσεις για χρόνια αιμοκάθαρση*
- **Οικονομίδου Γ.**, Ζλάτανος Δ., Βαϊόπουλος Χ., Χατζηδημητρίου Χ., (2005), *Κατάθλιψη ασθενών με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια*. Dialysis living: 14
- **Παδελόπουλος Δ.**, (2002). *Χρόνια νεφρική ανεπάρκεια. Όταν τα νεφρά υπολειτουργούν*
- **Παλαιολόγου Α.**, (2002). *Η κλινική ψυχολογία των ασθενών*. Εκδόσεις: Ελληνικά γράμματα, Αθήνα
- **Παπαγιάννης Α.**, (2003). *Μιλώντας με τον άρρωστο: εισαγωγή στην κλινική επικοινωνία*, Εκδόσεις: University studio press, Θεσσαλονίκη

- **Παπαδάτου Δ.** & Αναγνωστόπουλος, Φ., (2008). *Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας*. (13η έκδ.), Εκδόσεις: Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα
- **Παπαδάκη - Μιχαηλίδη Ε.**, (2006). *Ο δεσμός της αγάπης*. Εκδόσεις: Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα
- **Ποταμιάνος Γ.** & Αναγνωστόπουλος Φ., (2011). *Δοκίμια στην ψυχολογία της υγείας*, Εκδόσεις: Παπαζήση, Αθήνα
- **Πυρπασόπουλος Μ.**, (2006). *Θέματα νεφρολογίας*. Εκδόσεις: University studio press, Θεσσαλονίκη
- **Rolston M., Gardner P.W., Paterson R.**, (2003). Μετάφραση Αγραφιώτης Θ, Συριγκάνης Χ, Ζηρογιάννης Π., *Η αιμοκάθαρση στην κλινική πράξη: Ο ρόλος της υγειονομικής ομάδας*. Εκδόσεις: Τεχνόγραμμα, Αθήνα
- **Sarris M., Soulis S., Yfantopoulos J.** *Social production functions theory*, (2001), Arch Hellen Med, 18(3), May-June 2001
- **Σαρρής Μ.** & Σούλης Σ., (2001) *Ποιότητα ζωής αιμοκαθαιρόμενων και μεταμοσχευμένων ασθενών λόγω τελικού σταδίου χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας*, Αρχεία ελληνικής ιατρικής vol 25 (2)
- **Σαρρής Μ.**, Γούλα Α., Σούλης Σ., Σταυρόπουλος Κ., (2008). *Επισκόπηση υγείας μεταμοσχευμένων ασθενών λόγω τελικού σταδίου νεφρικής ανεπάρκειας*. Αρχεία ελληνικής ιατρικής vol 25 (2)
- **Σαρρής Μ.**, (2006). *Ποιότητα ζωής αιμοκαθαιρούμενων ασθενών και μεταμοσχευμένων νεφροπαθών: Μία κριτική προσέγγιση*. Εκδόσεις: Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα
- **Stewart M., Brown J., Weston W., McWinney I., Mc William L. Freeman T.**, (2003). *Patient centered medicine, transforming the clinical method*, 2th edition, Bristol, Radcliffe medical press
- **Simic-Ogrizovic S., Jemcov T., Pejanovic S., Stosovic M., Radovic M., Djukanovic L.** *Health-Related Quality of Life, Treatment Efficacy, and Hemodialysis Patient Outcome*, (2009), Vol. 31, No. 3 , Pages 201-206, Clinical Studies
- **Σπύρου Α.**, (2004). *Το στρες στους χρόνιους ασθενείς σε αιμοκάθαρση*
- **Στάλικας Α.** & Μέρτικας Γ., (2004). *Θεραπευτικές παρεμβάσεις και ποιότητα ζωής*, Αθήνα

- **Stavrianou K.** & Pallikarakis N. *Quality of life of end-stage renal disease patients and study on the implementation of nocturnal home hemodialysis in Greece*, (2007), Volume 11, Issue 2, pages 204–209, Hemodialysis International, April 2007
- **Stoner M.**, (2003). Μετάφραση Αγραφιώτης Θ, Συριγκάνης Χ, Ζηρογιάννης Π., *Η αιμοκάθαρση στην κλινική πράξη: Ο ρόλος της υγειονομικής ομάδας*. Εκδόσεις: Τεχνόγραμμα, Αθήνα
- **Σφυριδής Π.**, (2000), *Μεταμόσχευση νεφρού*. Εκδόσεις: Καστανιώτης, Αθήνα
- **Teixeira C.**, Duarte M., Prado CM, Andrade E., *Impact of chronic kidney disease on quality of life, lung function, and functional capacity*, (2013), Jornal de Pediatria, 26 March 2014
- **Theofilou P.** *Quality of life, mental health and health beliefs: comparison between haemodialysis and peritoneal dialysis patients*, (2010), Vol 2, Issue 4, Interscientific Health Care
- **Theofilou P.** *Quality of life and mental health in hemodialysis and peritoneal dialysis patients: the role of health beliefs*, (2012) , Volume 44, Issue 1, International Urology and Nephrology, 06 May 2011
- **Τουλιά Γ.** & Κουτσοπούλου Β. (2015). *Ποιότητα ζωής αιμοκαθαιρόμενων ασθενών*
- **Valderrabano F.**, Jofre R., Lopez- Gomez JM., (2001). *Quality of life in end- stage renal disease patients*. Am J kidney Dis.
- **Υφαντόπουλος Γ.** & Σαρρής Μ., (2001), *Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής*. Αρχεία ελληνικής ιατρικής 18(3)