



ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ:

<<ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ-ΠΡΟΛΗΨΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ >>

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Διερεύνηση της ψυχολογικής προσαρμογής ανδρών και γυναικών στον
τεχνητό νεφρό**

ΜΕΤΑΠΤ. ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ:

ΙΟΥΛΙΑ ΚΡΙΚΖΩΝΗ

Ζέρβας Ιωάννης, αναπληρωτής καθηγητής Ψυχιατρικής, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ.
Υπεύθυνος ψυχικής υγείας γυναικών ειδικού ιατρείου αναπαραγωγικής ψυχιατρικής και
μονάδας διαπροσωπικής ψυχοθεραπείας Αιγινήτειου Νοσοκομείου, επιβλέπων
καθηγητής

Σπυροπούλου Αρετή, Ψυχίατρος Α' Πανεπιστημιακής Ψυχιατρικής Κλινικής
Πανεπιστημίου Αθηνών, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α., μέλος 3μελους επιτροπής

Μουρίκης Ηρακλής, Ψυχίατρος, Επιστημονικός Συνεργάτης Α' ψυχιατρικής κλινικής
Αιγινήτειου Νοσοκομείου, μέλος 3μελούς επιτροπής

ΑΘΗΝΑ

ΜΗΝΑΣ ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ, ΕΤΟΣ 2017

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Διερεύνηση της ψυχολογικής προσαρμογής ανδρών και γυναικών στον τεχνητό νεφρό

ΜΕΤΑΠΤ. ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ:

ΙΟΥΛΙΑ ΚΡΙΚΖΩΝΗ

ΤΕ Νοσηλεύτρια, Γενικό Νοσοκομείο Λαμίας

ΑΜ:2014766

Ζέρβας Ιωάννης, αναπληρωτής καθηγητής Ψυχιατρικής, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ. Υπεύθυνος ψυχικής υγείας γυναικών ειδικού ιατρείου αναπαραγωγικής ψυχιατρικής και μονάδας διαπροσωπικής ψυχοθεραπείας Αιγινήτειου Νοσοκομείου, επιβλέπων καθηγητής

Σπυροπούλου Αρετή, Ψυχίατρος Α' Πανεπιστημιακής Ψυχιατρικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α., μέλος 3μελους επιτροπής

Μουρίκης Ηρακλής, Ψυχίατρος, Επιστημονικός Συνεργάτης Α' ψυχιατρικής κλινικής Αιγινήτειου Νοσοκομείου, μέλος 3μελούς επιτροπής

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η διερεύνηση της ψυχολογικής προσαρμογής ανδρών και γυναικών στον τεχνητό νεφρό.

Υλικό και μέθοδος : Πληθυσμός της μελέτης ήταν οι ασθενείς (άνδρες και γυναίκες) που υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση στη Μονάδα Τεχνητού Νεφρού του Γενικού Νοσοκομείου Λαμίας. Στην έρευνα συμμετείχαν 70 ασθενείς (37 άνδρες, 52,9%). Τα ερευνητικά εργαλεία που συμπλήρωσαν οι ασθενείς ήταν η σύντομη εκδοχή του ερωτηματολογίου COPE, η κλίμακα αϋπνίας Αθηνών (AthensInsomniaScale, AIS), η κλίμακα Νοσοκομειακής Κλίμακας Άγχους και Κατάθλιψης (HospitalAnxiety and DepressionScale, HADS) και η κλίμακα αυτοαξιολόγησης της κατάθλιψης κατά Zung.

Αποτελέσματα: Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων ήταν $63,46 \pm 15,30$ έτη. Η αναζήτηση υποστήριξης, η αποδοχή και η καταφυγή στη θρησκεία (81%, 75% και 75% αντίστοιχα) ήταν οι κυριότεροι μηχανισμοί αντιμετώπισης. Η συχνότητα άγχους ανήλθε στο 6%, ενώ της κατάθλιψης εκτιμήθηκε μεταξύ 17-26%. Η μέση τιμή της βαθμολογίας στο ερωτηματολόγιο AIS ($7,71 \pm 5,13$) ήταν ενδεικτική σοβαρής αϋπνίας. Οι γυναίκες εμφάνιζαν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα στη διάσταση «κατάθλιψη» ($p=0,001$) σε σχέση με τους άντρες. Η αποδοχή και η ενεργός αντιμετώπιση χρησιμοποιούνται συχνότερα από άτομα ηλικίας κάτω των 70 ετών, ενώ η αναζήτηση υποστήριξης από εκείνα άνω των 70 ετών. Στα αρνητικά συναισθήματα οι αναλφάβητοι είχαν υψηλότερη βαθμολογία έναντι όλων των άλλων ομάδων ($p<0,05$).

Συμπεράσματα: Η παρούσα έρευνα τονίζει την ανάγκη παρεμβάσεων για την πρόληψη και αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών και ιδιαίτερα της κατάθλιψης στους ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση. Αξιολόγηση της ψυχικής επιβάρυνσης των συγκεκριμένων ασθενών μπορεί να οδηγήσει υποτίμηση ή και ενδεχομένως υπερτίμηση των συμπτωμάτων ασθενών, με αποτέλεσμα την πλημμελή αντιμετώπισή τους.

Λέξεις κλειδιά: Αιμοκάθαρση, ψυχικές διαταραχές, μηχανισμοί αντιμετώπισης

SUMMARY

Aim: It was to investigate the psychological adaptation of men and women undergoing hemodialysis .

Material and Methods: The study population was patients (men and women) undergoing hemodialysis at the Dialysis Unit of the General Hospital of Lamia. The research involved 70 patients (37 men, 52.9%). The research tools were the short version of the COPE questionnaire, the Athens insomnia scale (AIS), the scale of Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) and the Zung depression self-assessment scale.

Results: The mean age of participants was 63.46 ± 15.30 years. Seeking support, acceptance and refuge in religion (81%, 75% and 75% respectively) were the main coping mechanisms. The anxiety rate was 6%, while depression was estimated between 17-26%. The mean score on the AIS questionnaire (7.71 ± 5.13) was indicative of severe insomnia. The women had significantly higher levels in the dimension «depression» ($p = 0.001$) compared to men. The acceptance and active treatment were commonly used by people under 70 years, while seeking support from those above 70 years. In the negative emotions subscale, illiterate scored significantly higher compared with all other groups ($p < 0.05$).

Conclusions: This study highlights the need for interventions for the prevention and treatment of mental disorders, especially depression, in patients undergoing hemodialysis. Poor evaluation of the mental burden of these patients may lead to poor treatment response.

Key words: Hemodialysis, Mental disorders, coping mechanisms

ΑΦΙΕΡΩΣΕΙΣ

Στην οικογένειά μου

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η ολοκλήρωση της διπλωματικής μου εργασίας δεν θα ήταν δυνατή χωρίς τη συμμετοχή εκείνων που συνέδραμαν με τις υποδείξεις τους και την κατανόησή τους και γι' αυτό τους ευχαριστώ θερμά. Πρώτα απ' όλα, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον κ. Ζέρβα Ιωάννη, Αναπληρωτή Καθηγητή Ψυχιατρικής στην Ιατρική Σχολή του ΕΚΠΑ, που μου ανέθεσε το θέμα και με καθοδήγησε κατά την εκπόνηση της εργασίας. Θερμές ευχαριστίες, επίσης, στα άλλα δύο μέλη της τριμελούς συμβουλευτικής επιτροπής, στον κ. Μουρίκη Ηρακλή και στην κ. Σπυροπούλου Αρετή, ψυχιάτρους για την άψογη συνεργασία.

Θα ήθελα, επίσης, να εκφράσω την ευγνωμοσύνη μου στους ασθενείς που πρόθυμα ανταποκρίθηκαν στην πρόσκλησή μου για συμμετοχή τους στην παρούσα μελέτη, όπως και το προσωπικό της κλινικής, για την απρόσκοπτη συνεργασία κατά τη διεξαγωγή της μελέτης. Τέλος, ευχαριστώ μέσα από τα βάθη της καρδιάς μου την οικογένεια και τους φίλους μου, που έδειξαν κατανόηση και μου συμπαραστάθηκαν πνευματικά και ηθικά σε οποιαδήποτε στιγμή τους χρειάστηκα.

Πίνακας περιεχομένων

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	2
SUMMARY	4
ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	8
1. ΟΙ ΝΕΦΡΟΙ.....	9
1.1 Λειτουργία των νεφρών.....	9
1.2 Ρυθμός Σπειραματικής Διήθησης (GFR).....	10
2. ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟΣ.....	12
2.1 Νεφρική Νόσος Τελικού Σταδίου	13
2.2 Επιδημιολογία	13
2.3 Αίτια.....	15
2.4 Συμπτώματα	16
3. ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ.....	17
3.1 Περιτοναϊκή κάθαρση	19
4. Η ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΣΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ	20
4.1 Κατάθλιψη	22
4.1.1 Βιολογικοί παράγοντες.....	24
4.1.2 Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες.....	26
4.2 Προσαρμογή στην αιμοκάθαρση	28
4.2.1 «Μήνας του μέλιτος»	28
4.2.2 Περίοδος της απογοήτευσης και της αποθάρρυνσης	29
4.2.3 Περίοδος της μακροπρόθεσμης προσαρμογής	29
4.2.4 Ρόλος της οικογένειας.....	31
4.3 Ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις	32
5. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	34
5.1 Σκοπός της μελέτης	34
5.2 Δείγμα και διαδικασία της έρευνας.....	35
6. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	37
7.ΣΥΖΗΤΗΣΗ	56
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	60

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η αιμοκάθαρση είναι μια διαδικασία χρόνια κι επαναλαμβανόμενη. Ο ασθενής καλείται να προσαρμοστεί σε έναν καινούριο τρόπο ζωής που έχει να κάνει με ένα σημαντικό κομμάτι του χρόνου του που πρέπει να περνά στη μονάδα νεφρού, την τήρηση διαιτητικών κανόνων και τη λήψη αρκετών φαρμακευτικών σκευασμάτων. Οι νεφροπαθείς παρουσιάζουν μια μεγάλη ποικιλία διαφορετικών συμπεριφορών και βιώνουν πολλά ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα. Η εξάρτηση από την αιμοκάθαρση συνιστά χρόνιο σωματικό νόσημα που συχνά συνοδεύεται από ψυχικές διαταραχές, όπως η κατάθλιψη και το άγχος. Έχει αναδειχθεί ότι σε ποσοστό 15-40% οι ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση πάσχουν από κατάθλιψη και 5-20% εξ αυτών από μείζονα κατάθλιψη. Το ποσοστό των αγχωδών διαταραχών εκτιμάται μεταξύ 10-50%, χωρίς να έχει μελετηθεί επαρκώς, ενώ αυτό της αυπνίας φαίνεται να προσεγγίζει το 80%. Τα επίπεδα της ψυχικής δυσφορίας μπορεί να διαφοροποιούνται ανάλογα με το φύλο, την ηλικία και το εκπαιδευτικό επίπεδο ή την οικονομική κατάσταση των ασθενών. Η πλειάδα των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς και η έκπτωση στην ποιότητα ζωής τους σε συνδυασμό με την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης τους επιβάλλουν την περαιτέρω διερεύνηση των ψυχικών επιπτώσεων με σκοπό αποτελεσματικές παρεμβάσεις που θα βοηθήσουν στην προσαρμογή των ασθενών και την αύξηση της λειτουργικότητάς τους.

1. ΟΙ ΝΕΦΡΟΙ

Το ουροποιητικό σύστημα του ανθρώπου αποτελείται από τους νεφρούς, τους ουρητήρες, την ουροδόχο κύστη και την ουρήθρα. Ο κύριος ρόλος του ουροποιητικού συστήματος είναι η αποβολή με τα ούρα άχρηστων και επιβλαβών για τον οργανισμό ουσιών, καθώς και η διατήρηση της ισορροπίας του νερού και των ηλεκτρολυτών στο σώμα. Οι δύο νεφροί βρίσκονται χαμηλά στη θωρακική κοιλότητα, λίγο χαμηλότερα από τα τελευταία πλευρά, οπισθοπεριτοναϊκά, κοιλιακά, δεξιά και αριστερά της σπονδυλικής στήλης. Κάθε νεφρός έχει μέγεθος όσο μια γροθιά, ζυγίζει περίπου 150 γραμμάρια και περιέχει έως ένα εκατομμύριο λειτουργικές μονάδες που ονομάζονται νεφρώνες (Τούντας και Σουλιώτης, 2013· Γριβέας και Κυρίσης, 2016).

Ο δεξιός νεφρός βρίσκεται πιο χαμηλά από τον αριστερό, καθώς το ήπαρ βρίσκεται ακριβώς από πάνω του. Στο εσωτερικό χείλος του, περνούν από την πύλη η νεφρική αρτηρία και η νεφρική φλέβα, οι οποίες είναι υπεύθυνες για την αιμάτωση του οργάνου, αλλά και η νεφρική πύελος με τον ουρητήρα, μέσω της οποίας απομακρύνονται τα ούρα από τους νεφρούς (Τούντας και Σουλιώτης, 2013).

Κάθε νεφρώνας αποτελείται από ένα δίκτυο μικροσκοπικών αιμοφόρων αγγείων, το οποίο ονομάζεται σπείραμα και συνδέεται με ένα σωληνάριο (Τούντας και Σουλιώτης, 2013· Γριβέας και Κυρίσης, 2016). Το νεφρικό σπείραμα βρίσκεται μέσα στο νεφρικό σωμάτιο, ένα φίλτρο, το οποίο διηθεί συνεχώς το αίμα και η κατασκευή του είναι τέτοια, ώστε τα κύτταρα του αίματος (π.χ. τα ένυδρα και τα λευκά αιμοσφαίρια) και οι πρωτεΐνες να παραμένουν στην κυκλοφορία, ενώ σχεδόν όλα τα υπόλοιπα συστατικά του αίματος περνούν από το φίλτρο στο σωληνάριο του νεφρώνα (Τούντας και Σουλιώτης, 2013· Γριβέας και Κυρίσης, 2016).

1.1 Λειτουργία των νεφρών

Μία κύρια λειτουργία των νεφρών είναι να απομακρύνει τις ουραιμικές τοξίνες και την περίσσεια υγρών από το σώμα, μέσω των ούρων. Η παραγωγή των ούρων περιλαμβάνει τα εξαιρετικά πολύπλοκα στάδια της απέκκρισης και της επαναρρόφησης των ουσιών που κρίνονται απαραίτητες. Η διαδικασία αυτή είναι αναγκαία για τη διατήρηση σταθερής ισορροπίας των χημικών ουσιών του σώματος (Γριβέας και Κυρίσης, 2016). Τα νεφρά εκτελούν την παραπάνω λειτουργία, που είναι απαραίτητη

για τη διατήρηση της ζωής, διηθώντας ποσότητα περίπου 200 λίτρων υγρών ανά 24 ώρες. Περίπου δύο λίτρα απομακρύνονται από το σώμα με τη μορφή των ούρων, αλλά επανααρροφώνται περίπου 193. Τα ούρα που εκκρίνονται έχουν αποθηκευτεί στην ουροδόχο κύστη για 1 έως 8 ώρες (Τούντας και Σουλιώτης, 2013· Γριβέας και Κυρίτσης, 2016). Οι άχρηστες ουσίες παραμένουν στο σωληνάριο και καταλήγουν στη νεφρική πύελο, ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό του νερού και των ουσιών που είναι χρήσιμες για τον οργανισμό, καθώς κινούνται μέσα στο σωληνάριο, ξανααμπαίνουν στην κυκλοφορία. Αν κάποιος καταναλώνει πολύ αλάτι, οι νεφροί αυξάνουν την αποβολή του, ενώ, αν σταματήσει να τρώει αλάτι, περιορίζουν στο ελάχιστο την ποσότητα που αποβάλλεται. Επίσης, οι νεφροί αναγνωρίζουν τις ξένες χημικές ουσίες, όπως τα φάρμακα και τα συντηρητικά των τροφίμων, καθώς και τα άχρηστα προϊόντα του μεταβολισμού, όπως είναι η ουρία, το ουρικό οξύ και η κρεατινίνη και τα αποβάλλουν άμεσα (Τούντας και Σουλιώτης, 2013).

Οι νεφροί παράγουν και ορμόνες που επηρεάζουν τη λειτουργία άλλων οργάνων, όπως την ερυθροποιητίνη, που ελέγχει την παραγωγή ερυθρών αιμοσφαιρίων, τη ρενίνη, που συμμετέχει στη ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης και την 1,25-διυδροξυβιταμίνη D₃, η οποία επηρεάζει το ισοζύγιο του ασβεστίου. Αν είναι αναγκαίο, μπορούν να παράγουν ακόμα και γλυκόζη (Τούντας και Σουλιώτης, 2013). Άλλες ορμόνες που παράγονται από τους νεφρούς βοηθούν στη ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης και τον έλεγχο του μεταβολισμού του ασβεστίου. Επίσης παράγουν μια δραστική μορφή της βιταμίνης D, η οποία είναι απαραίτητη για την υγεία των οστών (Γριβέας και Κυρίτσης, 2016).

1.2 Ρυθμός Σπειραματικής Διήθησης (GFR)

Νεφρική κάθαρση μιας ουσίας είναι ο όγκος του πλάσματος (πλάσμα ονομάζεται το υγρό μέσα στο οποίο ρέουν τα κύτταρα του αίματος), από τον οποίο οι νεφροί απομακρύνουν πλήρως την ουσία αυτή στη μονάδα του χρόνου (σε μία ώρα, για παράδειγμα). Για κάποιες ουσίες, ο όγκος αυτός συμπίπτει ακριβώς με τον όγκο του πλάσματος που φιλτράρεται στα νεφρικά σωμάτια. Οπότε μέσω της νεφρικής κάθαρσης αυτών των ουσιών υπολογίζεται ο Ρυθμός Σπειραματικής Διήθησης (GFR), δηλαδή ο όγκος του πλάσματος που περνάει το φίλτρο των νεφρών σε διάστημα μιας ώρας. Μια

τέτοια ουσία είναι η ινουλίνη, αν και χρησιμοποιείται περισσότερο για ερευνητικούς σκοπούς (Ελληνική Νεφρολογική Εταιρεία, 2011·Τούντας και Σουλιώτης, 2013).

Συνήθως, ως δείκτης χρησιμοποιείται η κάθαρση της κρεατινίνης, η οποία διαφέρει λίγο ως τιμή από τον πραγματικό GFR, αλλά τον προσεγγίζει τόσο καλά, ώστε να αποτελεί ένα πολύ χρήσιμο εργαλείο για την κλινική εκτίμηση της νεφρικής λειτουργίας. Στην πράξη, χαμηλός GFR σημαίνει ότι οι νεφροί δεν λειτουργούν ικανοποιητικά (Ελληνική Νεφρολογική Εταιρεία, 2011·Τούντας και Σουλιώτης, 2013).

2. ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟΣ

Ο όρος «Χρόνια Νεφρική Νόσος» (ΧΝΝ) χρησιμοποιείται για την περιγραφή μιας κατάστασης, κατά την οποία η νεφρική λειτουργία είναι ήδη διαταραγμένη για μεγάλο χρονικό διάστημα, ανεξάρτητα από την αιτία που προκάλεσε τη διαταραχή (Τούντας και Σουλιώτης, 2013). Εάν η βλάβη των νεφρών επιδεινώνεται, οι ουσίες που έπρεπε να αποβάλλονται συνεχώς, συγκεντρώνονται σε υψηλά επίπεδα στο αίμα και κάνουν το άτομο να αισθάνεται άρρωστο. Προκαλούνται επιπλοκές, όπως υψηλή αρτηριακή πίεση, αναιμία (χαμηλός αριθμός ερυθρών αιμοσφαιρίων), αδύναμα οστά, προβλήματα με τη διατροφή και νευρική βλάβη (Γριβέας και Κυρίτσης, 2016).

Η ΧΝΝ εντοπίζεται σε ασθενείς που διατρέχουν κίνδυνο από υπέρταση, σακχαρώδη διαβήτη, κάποιας μορφής καρδιαγγειακή νόσο, οι οποίοι όμως για διάφορους λόγους δεν έχουν διερευνηθεί για ΧΝΝ. Λιγότεροι είναι οι ασθενείς με γνωστή ΧΝΝ, οι οποίοι δεν παρακολουθούνται συστηματικά (Γριβέας και Κυρίτσης, 2016). Ακόμη λιγότεροι είναι ασθενείς με γνωστή ΧΝΝ, οι οποίοι παρακολουθούνται συστηματικά είτε από οικογενειακό γιατρό, είτε από νεφρολόγο. Αυτό σημαίνει ότι τα προβλήματα εξελίσσονται με αργό ρυθμό και για μεγάλο χρονικό διάστημα χωρίς να ανιχνεύονται και να εκδηλώνονται (Γριβέας και Κυρίτσης, 2016).

Η ΧΝΝ μπορεί να εξελιχθεί σε Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια. Δεν πρέπει όμως να συγχέεται με την Οξεία Νεφρική Ανεπάρκεια, η οποία είναι μια, συχνά αναστρέψιμη, ξαφνική και μεγάλη ελάττωση της νεφρικής λειτουργίας, με αποτέλεσμα ο ασθενής να αδυνατεί να διατηρήσει σε ισορροπία τους ηλεκτρολύτες και τα υγρά στον οργανισμό του και να μη μπορεί να αποβάλει αποτελεσματικά τις επιβλαβείς αζωτούχες ουσίες που παράγονται στο σώμα του (Τούντας και Σουλιώτης, 2013).

Τελικά η νεφρική νόσος μπορεί να οδηγήσει σε νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου, η οποία απαιτεί θεραπεία υποκατάστασης (αιμοκάθαρση ή περιτοναϊκή κάθαρση), ή μεταμόσχευση νεφρού (Γριβέας και Κυρίτσης, 2016).

Σύμφωνα με το National Kidney Foundation (Εθνικό Ίδρυμα Νεφρών ΗΠΑ, NFK), για να θεωρηθεί ότι ένας ενήλικας πάσχει από ΧΝΝ, πρέπει να ισχύει ένα από τα εξής δύο κριτήρια:

1. Να υπάρχει νεφρική βλάβη για διάστημα τουλάχιστον 3 μηνών, δηλαδή δομικές ή λειτουργικές ανωμαλίες του νεφρού, με ή χωρίς μειωμένο GFR.

Η νεφρική βλάβη μπορεί να εκδηλώνεται:

- με ιστολογικές ανωμαλίες (είναι αυτές στη δομή του νεφρικού ιστού, οι οποίες φαίνονται στη βιοψία από τον παθολογοανατόμο.) ή
- με δείκτες νεφρικής βλάβης, μεταξύ των οποίων οι τιμές στις εξετάσεις ούρων και αίματος ή ανωμαλίες στις απεικονιστικές εξετάσεις.

2. Να παρατηρείται $GFR < 60 \text{ ml/min/1,73m}^2$ για τουλάχιστον 3 μήνες, με ή χωρίς νεφρική βλάβη (Ελληνική Νεφρολογική Εταιρεία, 2011·Τούντας και Σουλιώτης, 2013).

2.1 Νεφρική Νόσος Τελικού Σταδίου

Ο όρος Νεφρική Νόσος Τελικού Σταδίου (End-Stage Renal Disease, ESRD) χρησιμοποιείται συχνά για να περιγράψει τους σοβαρότερα πάσχοντες ασθενείς. Είναι σημαντικό να ξεκαθαριστεί ότι δεν ταυτίζεται με τη νεφρική ανεπάρκεια, ούτε με το στάδιο 5 της ΧΝΝ. Περιγράφει την ομάδα των ασθενών οι οποίοι υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση ή έχουν κάνει μεταμόσχευση νεφρού.

Ένας ασθενής με ΧΝΝ 5ου σταδίου, δηλαδή με $GFR < 15 \text{ ml/min/1,73m}^2$, ο οποίος όμως δεν υποβάλλεται σε αιμοκάθαρση και δεν έχει λάβει μόσχευμα νεφρού, πάσχει από νεφρική ανεπάρκεια, αλλά δεν ανήκει στους ασθενείς με Νεφρική Νόσο Τελικού Σταδίου (Τούντας και Σουλιώτης, 2013).

2.2 Επιδημιολογία

Η ΧΝΝ αποτελεί σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο. Ο αριθμός των ανθρώπων που πάσχουν από ΧΝΝ έχει αυξηθεί σημαντικά τις τελευταίες δεκαετίες, τάση που αναμένεται να συνεχιστεί και τα επόμενα χρόνια (Τούντας και Σουλιώτης, 2013). Υπολογίζεται ότι η ΧΝΝ αφορά στο 10-16% του πληθυσμού παγκοσμίως και η πρόγνωση επηρεάζει ασθενείς που τη στιγμή της διάγνωσης έχουν σοβαρού βαθμού επηρεασμένη νεφρική λειτουργία και σημαντική λευκωματουρία (Γριβέας και Κυρίτσης, 2016).

Στις αναπτυσσόμενες χώρες του κόσμου, ο αριθμός των ασθενών με ΧΝΝ έχει πολλαπλασιαστεί μέσα σε λίγες δεκαετίες. Στην Ελλάδα, για παράδειγμα, οι ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση αυξήθηκαν από 1.384, που ήταν το 1985, σε 9.226, το 2008, ενώ και ο ετήσιος αριθμός μεταμοσχεύσεων νεφρού αυξήθηκε από 40 σε 237 στο ίδιο διάστημα. Στις ΗΠΑ, υπάρχουν περισσότερα στοιχεία από προηγούμενα χρόνια, οπότε η αύξηση εντυπωσιάζει περισσότερο. Οι ασθενείς με Νεφρική Νόσο Τελικού Σταδίου καταγράφονται άμεσα γιατί υποβάλλονται τακτικά σε θεραπεία. Υπενθυμίζεται όμως ότι υπάρχει σημαντικό ποσοστό του πληθυσμού που έχει μειωμένη νεφρική λειτουργία, αλλά δεν υποβάλλεται σε θεραπεία και, πολύ συχνά, δε γνωρίζει ότι οι νεφροί του δεν λειτουργούν ικανοποιητικά, με αποτέλεσμα να μην καταγράφεται (Τούντας και Σουλιώτης, 2013).

Η αύξηση αυτή είναι λογική, αν σκεφτεί κανείς ότι ο μέσος όρος ζωής ανεβαίνει, άρα ο συνολικός αριθμός των ηλικιωμένων ατόμων τα οποία έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να νοσούν, είναι πολύ μεγαλύτερος σε σχέση με παλαιότερα. Ταυτόχρονα, έχει αυξηθεί η συχνότητα της αρτηριακής υπέρτασης και του σακχαρώδη διαβήτη, νοσημάτων που μπορεί να οδηγήσουν στην εκδήλωση ΧΝΝ. Επίσης, οι ασθενείς με ΧΝΝ ζουν σήμερα περισσότερο, χάρη στις διαθέσιμες θεραπείες και είναι εύλογο ότι θα διαγνωστούν και θα ξεκινήσουν αιμοκάθαρση ή θα υποβληθούν σε μεταμόσχευση πιο έγκαιρα (Τούντας και Σουλιώτης, 2013).

Η επίπτωση της νεφρικής νόσου τελικού σταδίου στο γενικό πληθυσμό ανέρχεται περίπου σε 500 νέες περιπτώσεις ανά 1 εκατομμύριο, ανά έτος. Ποσοστό 1-2% αυτών των ατόμων είναι παιδιά (Πρίντζα και Παπαχρήστου, 2013).

Σύμφωνα με έρευνες που πραγματοποιήθηκαν στις ΗΠΑ αλλά και σε άλλες χώρες, το ποσοστό του γενικού πληθυσμού που κατατάσσεται στα στάδια από 1 ως 4 της ΧΝΝ (όχι σε τελικό στάδιο) είναι πάνω από 10%. Παρά τις διαφορές που παρατηρούνται μεταξύ κρατών, αυτό το ποσοστό, που αντιστοιχεί σε περίπου ένα εκατομμύριο άτομα στην Ελλάδα, φαίνεται να ανταποκρίνεται και στην ελληνική πραγματικότητα. Αρκετοί από τους ανθρώπους αυτούς είναι ηλικιωμένοι και εμφανίζουν μια σταδιακή και αναμενόμενη έκπτωση της νεφρικής τους λειτουργίας. Υπάρχουν όμως και πολλές χιλιάδες άνθρωποι που, χωρίς την απαραίτητη θεραπευτική αντιμετώπιση, κινδυνεύουν να μεταπέσουν σε Νεφρική Νόσο Τελικού Σταδίου (Τούντας και Σουλιώτης, 2013).

2.3 Αίτια

Η πιο συχνή αιτία της ΧΝΝ είναι ο σακχαρώδης διαβήτης. Ο διαβήτης εμφανίζεται όταν τα επίπεδα σακχάρου στο αίμα είναι πολύ υψηλά, προκαλώντας βλάβες σε πολλά όργανα του σώματος, συμπεριλαμβανομένων των νεφρών και της καρδιάς, καθώς και τα αιμοφόρων αγγείων, των νεύρων και των ματιών (Γριβέας και Κυρίτσης, 2016). Δεύτερη συχνότερη αιτία είναι η υψηλή αρτηριακή πίεση (υπέρταση), η οποία, μπορεί να είναι και συνέπεια της ΧΝΝ, με αποτέλεσμα να υπάρχει μεγάλος αριθμός ασθενών που πάσχουν και από τα δύο νοσήματα. Ο σακχαρώδης διαβήτης και η υπέρταση ευθύνονται για το 70% περίπου των περιπτώσεων νεφρικής ανεπάρκειας (Ελληνική Νεφρολογική Εταιρεία, 2011· Τούντας και Σουλιώτης, 2013· Γριβέας και Κυρίτσης, 2016). Αν μείνει ανεξέλεγκτη, ή ανεπαρκώς ελεγχόμενη, η υψηλή αρτηριακή πίεση μπορεί να αποτελέσει την κύρια αιτία των καρδιακών προσβολών, των εγκεφαλικών επεισοδίων και της χρόνιας νεφρικής νόσου (Ελληνική Νεφρολογική Εταιρεία, 2011· Γριβέας και Κυρίτσης, 2016).

Πέρα από τις συνήθεις αυτές αιτίες, υπάρχει ένα πλήθος άλλων παθογενειών που μπορούν να προκαλέσουν χρόνια νεφρική βλάβη. Μια μεγάλη ομάδα νοσημάτων που είναι δυνατό να οδηγήσουν σε ΧΝΝ είναι οι σπειραματονεφρίτιδες, οι οποίες προκαλούνται από διάφορες αίτια και χαρακτηρίζονται από φλεγμονή των νεφρικών σπειραμάτων, δηλαδή των φίλτρων που διηθούν το αίμα στους νεφρούς. Λιγότερο συχνά, η αιτία της νεφρικής βλάβης είναι κάποιο κληρονομικό νόσημα, όπως οι πολυκυστικοί νεφροί. Στην περίπτωση αυτή, δημιουργούνται μεγάλες κύστες μέσα στους νεφρούς, οι οποίες καταστρέφουν τους ιστούς που βρίσκονται γύρω τους (Τούντας και Σουλιώτης, 2013· Γριβέας και Κυρίτσης, 2016).

Άλλα αίτια:

- Δυσπλασίες κατά την ανάπτυξη ενός εμβρύου στη μήτρα της μητέρας του. Για παράδειγμα, μια στένωση μπορεί να εμποδίζει τη φυσιολογική εκροή των ούρων και να προκαλεί παλινδρόμησή τους προς το νεφρό. Το παραπάνω γεγονός μπορεί να προκαλέσει λοιμώξεις του ουροποιητικού με απώτερες συνέπειες για τη λειτουργία του νεφρού.

- Λύκος και άλλες ασθένειες που επηρεάζουν το ανοσοποιητικό σύστημα του σώματος. Απόφραξη που προκαλείται από προβλήματα όπως πέτρες στα νεφρά, όγκοι ή ένας υπερτροφικός προστατικός αδένας στους άνδρες.

- Επαναλαμβανόμενες λοιμώξεις του ουροποιητικού συστήματος, ποικίλης αιτιολογίας (Γριβέας και Κυρίτσης, 2016).

2.4 Συμπτώματα

Σε φυσιολογικές συνθήκες, ο οργανισμός δε χρειάζεται να αξιοποιήσει όλες τις δυνατότητες του νεφρού. Ακόμα και όταν η λειτουργικότητά τους έχει μειωθεί στο μισό, συνήθως επιτελούν το έργο τους σε ικανοποιητικό βαθμό και αποτρέπεται έτσι η εμφάνιση συμπτωμάτων. Είναι γνωστό ότι αρκετοί άνθρωποι ζουν με έναν μόνο νεφρό χωρίς να αντιμετωπίζουν πρόβλημα. Το γεγονός αυτό, σε συνδυασμό με την αργή και προοδευτική εξέλιξη της ΧΝΝ, όπως ήδη επισημάνθηκε, οδηγεί σε απουσία συμπτωμάτων στους περισσότερους ασθενείς, αλλά η συνέπεια είναι να φτάνει η ασθένεια σε προχωρημένο στάδιο. Ακόμα και όταν εμφανίζονται τα πρώτα συμπτώματα, τις περισσότερες φορές είναι μη ειδικά. Στα συνήθη συμπτώματα περιλαμβάνονται η κόπωση, η αδυναμία και το αίσθημα κακουχίας, μειωμένη όρεξη για φαγητό, ναυτία και έμετος, λόξυγκας και μεταλλική γεύση στο στόμα. Επίσης, συχνά εμφανίζονται δυσκολία συγκέντρωσης, αϋπνία και ευερεθιστότητα, μικρά προβλήματα στη μνήμη και επίμονη φαγούρα (κνησμός). Με την πάροδο του χρόνου οι νεφροί αδυνατούν πλέον να φιλτράρουν το αίμα με τον ρυθμό που προβλέπεται, με συνέπεια την αύξηση της συγκέντρωσης άχρηστων και επιβλαβών ουσιών στον οργανισμό. Εκτός από την ουρία και την κρεατινίνη, οι οποίες είναι ενώσεις που περιέχουν άζωτο και παράγονται κατά τον μεταβολισμό διαφόρων ουσιών στο σώμα, υπάρχουν δεκάδες άλλες ουσίες που συγκεντρώνονται στο σώμα όταν οι νεφροί δεν λειτουργούν σωστά, αν και είναι δύσκολο να μετρηθούν όλες. Έτσι, γίνεται η παραδοχή ότι, όταν η ουρία και η κρεατινίνη είναι αυξημένες, το ίδιο ισχύει και για άλλες βλαβερές ουσίες (Τούντας και Σουλιώτης, 2013).

3. ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ

Ο ασθενής με τη βοήθεια του γιατρού του, έχει πλέον να επιλέξει ανάμεσα σε τρεις τύπους εξωνεφρικής κάθαρσης: (α) την κάθαρση στο σπίτι (που απαιτεί την παρουσία συνοδού που έχει εκπαιδευτεί στη διαδικασία), (β) τη συνεχή φορητή περιτοναϊκή κάθαρση που δίνει περιθώρια αυτονομίας και ευελιξίας ως προς το χρόνο και τον τόπο της κάθαρσης, άρα και καλύτερη επαγγελματική και κοινωνική δραστηριότητα και (γ) τη χρόνια περιοδική αιμοκάθαρση. Αυτή η μέθοδος εφαρμόζεται 3 φορές την εβδομάδα για 4-6 ώρες κάθε φορά, σε εξειδικευμένο ιατρικό κέντρο και απαιτεί τη σύνδεση με το μηχάνημα αιμοκάθαρσης. Υπερέχει των άλλων δύο γιατί οι περιορισμοί στη λήψη τροφής και υγρών είναι λιγότεροι, η διαδικασία δεν απαιτεί τη συνεχή ύπαρξη καθετήρα στο σώμα του ασθενούς, ο ασθενής δεν έχει τόσο συχνά τη θέα του αίματος και οι λοιμώξεις είναι πολύ λιγότερες, καθώς η αιμοκάθαρση ελέγχεται από εξειδικευμένο προσωπικό (Σπυρίδη και συν., 2008).

Η αιμοκάθαρση με τεχνητό νεφρό γίνεται με τη βοήθεια ενός ειδικού φίλτρου, μέσω του οποίου επιτυγχάνεται ο καθαρισμός του αίματος από τα άχρηστα προϊόντα του μεταβολισμού. Τα άχρηστα αυτά προϊόντα και οι τοξίνες διηθούνται μέσω μίας ημιδιαπερατής μεμβράνης, από το αίμα προς το διάλυμα ειδικής σύνθεσης της αιμοκάθαρσης, με το οποίο και απομακρύνονται (Γριβέας και Κυρίτσης, 2016). Το φίλτρο επιτρέπει τη δίοδο ορισμένων μόνο ουσιών από τη μία πλευρά στην άλλη και έτσι, η ουρία, η κρεατινίνη και άλλες ουσίες μετακινούνται στο διάλυμα και το αίμα επιστρέφει στο σώμα φιλτραρισμένο. Για να συμβεί αυτό, απαιτούνται ρυθμίσεις στη σύνθεση του διαλύματος, τη ροή του αίματος, τη θερμοκρασία και σε πολλές ακόμα παραμέτρους, γι' αυτό και ο χειρισμός των μηχανημάτων γίνεται μόνο από το προσωπικό της μονάδας. Η ποσότητα αίματος που πρέπει να βγει και να επιστρέψει στο σώμα κατά τη διάρκεια της αιμοκάθαρσης είναι μεγάλη και χρειάζεται χρόνο. Με δεδομένο ότι πρόκειται και για μια διαδικασία που επαναλαμβάνεται συχνά, είναι πολύ σημαντικό να έχει προετοιμαστεί σωματικά ο ασθενής, ώστε να εξασφαλίζεται η

απαραίτητη παροχή αίματος. Συνήθως, αυτό γίνεται με τη δημιουργία μιας αρτηριοφλεβικής επικοινωνίας στο χέρι του ασθενούς, που είναι γνωστή ως φίστουλα (fistula), κατά προτίμηση στο αντιβράχιο, με αναστόμωση μιας αρτηρίας με επιπολής φλέβα, π.χ. της κερκιδικής αρτηρίας με την κεφαλική φλέβα. Αν δεν είναι δυνατή η δημιουργία fistula (arteriovenousfistula, AVF, η οποία θεωρείται ως η καλύτερη επιλογή, καθώς σχετίζεται με λιγότερες επιπλοκές και λοιμώξεις), χρησιμοποιούνται συνθετικά μοσχεύματα. Σε επείγουσες καταστάσεις ή σε περιπτώσεις οξείας νεφρικής ανεπάρκειας ή όταν η δημιουργία AVF σε ασθενείς με ΧΝΝ για διάφορους λόγους είναι δύσκολη, τοποθετούνται προσωρινοί ή μόνιμοι καθετήρες αιμοκάθαρσης (στην σφαγίτιδα ή την μηριαία φλέβα) (Ελληνική Νεφρολογική Εταιρεία, 2011·Τούντας και Σουλιώτης, 2013· Γριβέας και Κυρίτσης, 2016).

Η AVF θεωρείται η μακροβιότερη αγγειακή προσπέλαση, με χαμηλό ποσοστό λοιμώξεων, προσφέρει την καλύτερη δυνατή προσφερόμενη κάθαρση (όταν λειτουργεί καλά), με τα χαμηλότερα ποσοστά θρομβώσεων. Αν και σπάνιες, οι συνήθεις επιπλοκές της είναι αιμορραγία, οίδημα και πόνος. Όταν ωριμάσει η AVF, παρακεντείται με δύο βελόνες. Η μία μεταφέρει το αίμα στο αιματικό διαμέρισμα του φίλτρου και η άλλη επιστρέφει το «καθαρό» αίμα στον οργανισμό. Για να μπορέσει η παραπάνω διαδικασία να έχει το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα για τον οργανισμό, το αίμα θα πρέπει να κυκλοφορεί σε αυτό το σύστημα εξωσωματικής κυκλοφορίας με τη μεγαλύτερη δυνατή ταχύτητα. Το μεγάλο μέγεθος των αγγείων που έχουν δημιουργηθεί με την AVF επιτρέπουν κάτι τέτοιο. (Ελληνική Νεφρολογική Εταιρεία, 2011·Γριβέας και Κυρίτσης, 2016).

Για τους περισσότερους ασθενείς, τρεις συνεδρίες αιμοκάθαρσης την εβδομάδα, διάρκειας 3-5 ωρών η κάθε μία, εξασφαλίζουν ικανοποιητικά αποτελέσματα. Ο απαιτούμενος χρόνος εξαρτάται από το βάρος του ασθενούς, τις διατροφικές του συνήθειες, τα επίπεδα λειτουργίας των νεφρών του και αρκετούς ακόμα παράγοντες. Η αιμοκάθαρση μπορεί να προκαλέσει υπόταση, μυϊκές κράμπες και σπανιότερα αλλεργική αντίδραση. Η AVF ή το μόσχευμα σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο λοιμώξεων και θρόμβωσης. Σε κάθε περίπτωση όμως, η συμβολή της αιμοκάθαρσης στη βελτίωση της υγείας και της ποιότητας ζωής των ασθενών είναι τεράστια (Ελληνική Νεφρολογική Εταιρεία, 2011·Τούντας και Σουλιώτης, 2013).

3.1 Περιτοναϊκή κάθαρση

Το περιτόναιο είναι μια λεπτή μεμβράνη η οποία περιβάλλει τα σπλάγχνα. Η μέθοδος της περιτοναϊκής κάθαρσης ακολουθεί τις αρχές της αιμοκάθαρσης, με τη διαφορά ότι αξιοποιεί το περιτόναιο για την ανταλλαγή των ουσιών ανάμεσα στο αίμα και το διάλυμα, χωρίς μηχανική παρεμβολή. Ένας καθετήρας τοποθετείται στην κοιλιά του ασθενούς και, μέσω αυτού, ειδικό διάλυμα εισέρχεται στην κοιλότητα της κοιλιάς. Παραμένει εκεί για κάποιες ώρες και στη συνέχεια απομακρύνεται και ανανεώνεται. Έτσι, αποβάλλονται σταδιακά οι βλαβερές ουσίες χωρίς να υπάρχει ανάγκη για επίσκεψη σε νοσοκομείο. Η αλλαγή του διαλύματος μπορεί να γίνεται από τον ασθενή κατά τη διάρκεια της ημέρας ή με τη βοήθεια μιας συσκευής κατά τη διάρκεια του νυχτερινού ύπνου. Ανάλογα με τις ατομικές ιδιαιτερότητες, μπορεί να εφαρμόζεται συνδυασμός των δύο τεχνικών. Η περιτοναϊκή κάθαρση έχει το πλεονέκτημα ότι προσφέρει μεγαλύτερη αυτονομία, χρειάζεται όμως καλή εκπαίδευση του ασθενούς. Τα μειονεκτήματα είναι οι συχνές αλλαγές του διαλύματος (3-5 καθημερινά), ο κίνδυνος περιτονίτιδας και η αλλαγή στην εικόνα του σώματος, γιατί η κοιλιακή χώρα είναι συνήθως γεμάτη υγρά. Επίσης, σε άτομα που κάνουν περιτοναϊκή κάθαρση, οι διατροφικοί περιορισμοί είναι λιγότεροι, αλλά επειδή ο οργανισμός προσλαμβάνει γλυκόζη από το διάλυμα, είναι αυξημένος ο κίνδυνος παχυσαρκίας (Τούντας και Σουλιώτης, 2013).

4. Η ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΣΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ

Η μεγάλη βελτίωση των τελευταίων δεκαετιών σε θέματα τεχνολογίας μηχανημάτων αιμοκάθαρσης, φίλτρων, μεμβρανών, και φαρμακευτικής αγωγής, βελτίωσε αρκετά όχι μόνο το προσδόκιμο επιβίωσης των ασθενών που πάσχουν από Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια, αλλά και την ποιότητα ζωής αυτών των ανθρώπων. Δεν μπόρεσε όμως, όπως ήταν φυσικό, να αντιμετωπίσει την αναμενόμενη ψυχολογική επιβάρυνση των νεφροπαθών. Επιβάρυνση που απορρέει από την επίγνωση ενός χρόνιου νοσήματος που δεν θεραπεύεται, παρά μόνον από μία αμφίβολη και μάλλον μακρινή μεταμόσχευση. Μιας μεταμόσχευσης που παρά τους κινδύνους της, αποτελεί προς το παρόν τη μόνη οριστική λύση, αλλά είναι δυστυχώς δύσκολο να πραγματοποιηθεί πρωτίστως λόγω της έλλειψης οργάνων. Η ένταξη ενός νεφροπαθούς σε πρόγραμμα χρόνιας περιοδικής αιμοκάθαρσης, συνοδεύεται συχνά από έντονα επεισόδια άγχους και αισθήματα απογοήτευσης, λόγω της εξάρτησης από το «μηχάνημα» και της απώλειας της αυτονομίας του (Γριβέας και Κυρίτσης, 2016).

Τα παραπάνω εκδηλώνονται άλλοτε με σοβαρές δυσκολίες στον ύπνο και άλλοτε με εκδηλώσεις θυμού και επιθετικότητας που κατευθύνονται είτε προς την οικογένειά του, είτε πιο συχνά προς το προσωπικό της μονάδας: ορισμένες φορές εκδηλώνεται «άρνηση» του ασθενούς να αποδεχτεί την κατάστασή του, φαινόμενο που είναι συνήθως παροδικό και αποτελεί υποσυνείδητο μηχανισμό άμυνας. Όπως όλες οι χρόνιες παθήσεις, έτσι και η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια (ΧΝΑ), σχετίζεται με αυξημένη συχνότητα κατάθλιψης. Το γεγονός αυτό αποτελεί φυσική συνέπεια του άγχους και της ψυχολογικής επιβάρυνσης που προαναφέρθηκαν. Η επικάλυψη των καταθλιπτικών συμπτωμάτων από αυτά της νεφρικής ανεπάρκειας, συχνά δυσχεραίνει τη διάγνωση της ψυχικής διαταραχής, και κατά συνέπεια και την αντιμετώπισή της. Η διάγνωση και

αντιμετώπιση της κατάθλιψης είναι ιδιαίτερα σημαντική, όχι μόνο για την ποιότητα ζωής των νεφροπαθών, αλλά και γιατί αποτελεί έναν επιπλέον παράγοντα κινδύνου για αυξημένη νοσηρότητα και θνητότητα (Μωυσιάδου και συν., 2016 Γριβέας και Κυρίτσης, 2016).

Ένας άλλος βασικός παράγοντας που παίζει καθοριστικό ρόλο στη ζωή των συγκεκριμένων ασθενών αφορά στην εξάρτηση από το μηχάνημα του τεχνητού νεφρού (TN). Ελάχιστα άλλα είδη ιατρικής θεραπείας και πάλι όχι σε τέτοια ένταση, χρησιμοποιούν τον ασθενή στη θέση αντικειμένου που εξαρτάται από μια μηχανή. Η αμμηχανία που προκαλεί η θέα της κυκλοφορίας του αίματος έξω από το σώμα, αποτελεί ένα από τα χαρακτηριστικά που επιβεβαιώνουν την ύπαρξη της ασθένειας. Επίσης, ο χρόνος που αφιερώνει ο νεφροπαθής στο μηχάνημα παρεμβάλλεται αναγκαστικά στη φυσιολογική ζωή. Αυτή η εξάρτηση δημιουργεί ψυχολογική κατάπτωση, με εμφάνιση άγχους και κατάθλιψης. Στις περιπτώσεις που ο νεφροπαθής είναι και σωματικά ανίκανος, η εξάρτηση επεκτείνεται και στις καθημερινές ανάγκες του, προκαλώντας έτσι θυμό, τύψεις και αίσθημα υποτίμησης του εαυτού (Θεοφίλου, 2011).

Επιπλέον, μέσα από συνεντεύξεις με ασθενείς σε TN, τονίζεται η σημασία των περιορισμών στην ψυχαγωγία, καθώς και στις κοινωνικές σχέσεις. Κατά διαστήματα ο ασθενής είναι για χρόνια αναιμικός, με μια AVF που δημιουργεί ένα πρόσθετο stress στην καρδιά του, με μεταβολικές διαταραχές, με τα επακόλουθα της εξάντλησης και του πόνου, καθώς και με το έντονο αίσθημα ότι «χάνει κάτι συνεχώς». Είναι σημαντικό μάλιστα να αναφερθεί ότι σε ερευνητική μελέτη στις ΗΠΑ, σε δείγμα 129 ασθενών σε αιμοκάθαρση, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι πιο ενοχλητικοί παράγοντες για τους συμμετέχοντες ήταν η σωματική κόπωση, ο χρόνος που ξόδευαν για κάθε συνεδρία αιμοκάθαρσης, ο περιορισμός στη λήψη υγρών καθώς και ο περιορισμός των διακοπών (GerogianniandBabatsikou, 2013). Γενικότερα, υπάρχει συμφωνία απόψεων ότι ο περιορισμός στη λήψη υγρών και τροφής αποτελούν τους πιο συχνούς στρεσογόνους παράγοντες για τα συγκεκριμένα άτομα (Gerasimoulaetal., 2015; Santoroetal., 2015). Αυτό συμβαίνει γιατί δεν επιτρέπεται να πίνουν περισσότερο από 500ml υγρά την ημέρα, εφόσον η συσσώρευση των υγρών στον οργανισμό επιδεινώνει την υπέρταση (Halimietal., 2016) ενώ μπορεί να οδηγήσει και σε πνευμονικό οίδημα (Santoroetal., 2015).

Συνεπώς, οι συγκεκριμένοι ασθενείς απαιτείται να καταβάλλουν ιδιαίτερα σκληρή προσπάθεια, ώστε να ακολουθούν τις απαιτούμενες διαιτητικές οδηγίες, πράγμα το

οποίο τούς προκαλεί έντονο άγχος (Θεοφίλου, 2010·Θεοφίλου, 2011α·Τουλιάκαι Κουτσοπούλου, 2015).

Οι αιμοκαθαιρόμενοι βιώνουν απογοήτευση, αβεβαιότητα για το μέλλον και άγχος του θανάτου τα οποία σε συνδυασμό με τις αλλαγές σε κάθε διάσταση της ανθρώπινης ύπαρξης (προσωπική, οικογενειακή, επαγγελματική), τις αλλαγές στην εικόνα του εαυτού και τη μείωση του προσωπικού χρόνου, αποτελούν τους αγχογόνους παράγοντες που οδηγούν σε μειωμένη αυτοεκτίμηση, απόσυρση και κοινωνική απομόνωση (Lopesetal., 2004;Καϊτελίδου και συν., 2007· Cukoretal., 2007; Θεοφίλου, 2011α· Θεοφίλου, 2010· Λένη και συν., 2013· Μπουγά &Πιτσιώνης, 2014· Ossarehetal., 2014;Τουλιάκαι Κουτσοπούλου, 2015).

Η στήριξη του οικογενειακού και κοινωνικού περιβάλλοντος είναι σημαντικός παράγοντας που καθορίζει την ποιότητα ζωής. Πολλές φορές, η αιμοκάθαρση επιβάλλει αναδιοργάνωση ρόλων και σχέσεων. Το υποστηρικτικό σύστημα δεν πρέπει να εστιάζει μόνο στον έλεγχο των συμπτωμάτων των ασθενών, αλλά να στοχεύει στην εφαρμογή βασικών τρόπων αντιμετώπισης της όλης κατάστασης, όπως επανάκτηση της αυτοεκτίμησης, βελτίωση της προσαρμογής και αποδοχής της νόσου και ελαχιστοποίηση ή εξάλειψη αρνητικών συναισθημάτων (Θεοφίλου, 2010· Θεοφίλου, 2011α·Λένη και συν., 2013·ΤουλιάκαιΚουτσοπούλου, 2015).

4.1 Κατάθλιψη

Οι ασθενείς με ΧΝΝ παρουσιάζονται στην ελληνική και ξένη βιβλιογραφία να αναπτύσσουν καταθλιπτική συμπτωματολογία (Θεοφίλου, 2011β·Οικονομίδου κ.ά., 2005·Sattaretal., 2016; Jung, etal., 2016). Η πραγματική κατάθλιψη είναι συναισθηματική διαταραχή με ένταση και διάρκεια αρνητικών συναισθημάτων που δεν μπορούν να δικαιολογηθούν από τη λογική. Η θλίψη είναι βαθιά και διαρκής και οι αιτίες που επικαλείται ο ασθενής δεν είναι επαρκείς για να τη δικαιολογήσουν. Χαρακτηριστικά συμπτώματα της κατάθλιψης είναι:

- Λύπη, απαισιοδοξία και απώλεια ικανοποίησης από τη ζωή.
- Αισθήματα αποτυχίας και ενοχής που συχνά φτάνουν σε μομφή προς τον εαυτό του και θέληση για αυτοτιμωρία.
- Ευερεθιστότητα- αδικαιολόγητος εκνευρισμός, που συχνά εναλλάσσεται με κλάματα και κοινωνική απομόνωση.

- Μείωση της παραγωγικότητας στη δουλειά ή στο σπίτι, καθώς και εύκολη κόπωση, αναποφασιστικότητα και αναβλητικότητα.

- Απώλεια όρεξης και σωματικού βάρους στις οξείες φάσεις, που πολλές φορές ακολουθούνται από λαιμαργία και πολυφαγία.

- Διαταραχές του ύπνου, δηλαδή είτε αϋπνία είτε υπνηλία.

- Διέγερση ή ψυχοκινητική επιβράδυνση, αντιληπτή από τον περίγυρο(Οικονομίδου και συν., 2005· Μωυσιάδου και συν., 2015· Γριβέας και Κυρίτσης, 2016).

Συχνά, συμπτώματα κατάθλιψης αλληλεπικαλύπτονται με συμπτώματα αρχόμενης νεφρικής ανεπάρκειας ή η ίδια η νεφρική ανεπάρκεια μπορεί να προκαλέσει καταθλιπτική συμπτωματολογία. Συχνά ο ψυχίατρος καλείται να κάνει τη διαφορική διάγνωση ανάμεσα στην οργανική ή στην ενδογενή προέλευση των συμπτωμάτων, ώστε να τα αντιμετωπίσει με τον καλύτερο δυνατό τρόπο(Σπυρίδη και συν., 2008).

Δεδομένης της συναισθηματικής κόπωσης που βιώνουν οι αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς από τη μακρόχρονη θεραπεία, η κατάθλιψη αποτελεί τη συνηθέστερη ψυχική επιβάρυνση. Επίσης, οδηγεί σε αύξηση της συχνότητας των επανεισαγωγών και αύξηση της θνητότητας και της πιθανότητας για οικειοθελή απόσυρση από την αιμοκάθαρση (Lopesetal., 2004;Cukoretal., 2007; Θεοφίλου, 2010· Μπουγά &Πιτσιώνης, 2014· Ossarehetal., 2014; Κάτσηκαι συν., 2013· Τουλιά και Κουτσοπούλου, 2015).

Πολύ συχνά, η κατάθλιψη που βιώνουν οι αιμοκαθαιρόμενοι παραμένει αδιάγνωστη είτε επειδή οι ίδιοι δείχνουν απροθυμία να αναζητήσουν βοήθεια, είτε γιατί οι επαγγελματίες υγείας αποτυγχάνουν να διακρίνουν τα συμπτώματα, γιατί προσπαθούν να ανακουφίσουν τον ασθενή από τα σωματικά ενοχλήματα. Δεν είναι σπάνιες οι περιπτώσεις επικάλυψης των καταθλιπτικών συμπτωμάτων με άλλα, σωματικά. Για παράδειγμα, μπορεί να είναι παρόμοια με εκείνα της ουραιμίας. Επίσης, η αϋπνία η οποία συχνά συνοδεύει τους ασθενείς με κατάθλιψη, σε συνδυασμό με τα συμπτώματα που προκαλεί η λήψη φαρμακευτικής αγωγής (π.χ., γλυκοκορτικοειδή φάρμακα), συχνά επικαλύπτουν τα συμπτώματα της κατάθλιψης. Οι διαταραχές του ύπνου σχετίζονται με την ποιότητα ζωής των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών και πιο συγκεκριμένα παρατηρείται δυσκολία στην έναρξη ή διατήρηση του ύπνου, κακή ποιότητα ύπνου, υπνηλία και κούραση κατά τη διάρκεια της ημέρας, πρωινοί πονοκέφαλοι, διαταραχές της συγκέντρωσης και μειωμένη καθημερινή λειτουργικότητα (Τουλιά και Κουτσοπούλου, 2015).

Οι Κάτση και συν. (2013), που μελέτησαν την κατάθλιψη σε αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς εκ των οποίων το 12,8% ήταν άνδρες με μέση ηλικία $59 \pm 15,7$ έτη, έδειξαν ότι, το 53,8% δεν εμφάνιζε κατάθλιψη, το 19,1% εμφάνιζε ήπιας μορφής, το 6,5% μέτριας μορφής και το 20,6% βαριάς μορφής κατάθλιψη. Οι ίδιοι ερευνητές βρήκαν ότι, από όσους ασθενείς έκαναν τις συνεδρίες πάντα στο ίδιο νοσοκομείο, όσοι είχαν υψηλό μορφωτικό επίπεδο και όσοι είχαν καλύτερη σχέση με το προσωπικό του τμήματος, παρουσίαζαν χαμηλότερα επίπεδα κατάθλιψης.

Οι Chow και συν. (2014) έδειξαν ότι οι ασθενείς νεφρικής νόσου τελικού σταδίου συνηθίζουν στην ιδέα ότι θα χρειάζονται δια βίου θεραπεία. Παρότι αυτοί οι ασθενείς είχαν ενοχληθεί από τα συμπτώματα και τις επιπτώσεις της νόσου στην καθημερινή τους ζωή, εντούτοις ήταν λιγότερο καταθλιπτικοί σε σύγκριση με τους πρόσφατα διαγνωσθέντες ασθενείς.

Οι Huertas, Corchete και συν. (2014) έδειξαν ότι, τα ποσοστά κατάθλιψης σε ηλικιωμένους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς κυμαίνονται μεταξύ 25-50% και τονίζουν ότι η κατάθλιψη και το άγχος αυξάνουν την αποτυχία συμμόρφωσής τους, όσον αφορά στους διατροφικούς περιορισμούς, καθώς και τις έμμεσες προσπάθειες αυτοκτονίας. Πιθανές αιτίες για τη μη συμμόρφωση με τη θεραπεία είναι το χαμηλό ηθικό, η γνωστική εξασθένηση και το γεγονός ότι υψηλό ποσοστό των ηλικιωμένων ζουν μόνοι τους και έχουν ελάχιστη στήριξη. Η αποτυχία συμμόρφωσης στη φαρμακευτική αγωγή αποτελεί τον πιο πιθανό μηχανισμό που αιτιολογεί τον αυξημένο κίνδυνο.

4.1.1 Βιολογικοί παράγοντες

Η οξεία νεφρική ανεπάρκεια θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στα πλαίσια μιας διαφορικής διάγνωσης σε ασθενείς με κόπωση και υποθυμία, όπως επίσης και σε ασθενείς με οξεία οργανική ψυχική διαταραχή π.χ. σύγχυση ή και οξύ συγχυτικό παραλήρημα (Σπυρίδη και συν., 2008).

Η ανάγκη για την αντιμετώπιση των ψυχολογικών επιπτώσεων που προκαλούνται από την ίδια τη νόσο, αλλά και από τα θεραπευτικά προγράμματα, καθώς και η ανάγκη για βελτίωση της ποιότητας ζωής, καθιστούν σημαντική την παρέμβαση του ψυχιάτρου της Συμβουλευτικής-Διασυνδετικής σε ασθενείς με ΧΝΑ (Campbell, 2005; Σπυρίδη και συν., 2008).

Ο περιορισμός του ελεύθερου χρόνου και των διατροφικών συνηθειών, η δυσκολία στην απομάκρυνση από τον τόπο μόνιμης διαμονής, οι επιπλοκές όπως συχνές λοιμώξεις, οι συχνές νοσηλείες και η εξάρτηση είτε από μέλη της οικογένειας είτε από το θεραπευτικό κέντρο, τροποποιούν σε τέτοιο βαθμό τις καθημερινές συνήθειες, ώστε αντιδραστικά να παρατηρούνται ευερεθιστότητα, άγχος και κατάθλιψη και να επηρεάζεται σε σημαντικό βαθμό η ποιότητα ζωής. Είναι γεγονός ότι σε ασθενείς σε εξωνεφρική κάθαρση επιβαρύνεται η ποιότητα ζωής με το πέρασμα του χρόνου, αλλά και η αντίληψή τους ότι κυρίως χειροτερεύει η σωματική τους υγεία (Merkusetal., 1999; Σπυρίδη και συν., 2008).

Ανάμεσα στα σωματικά συμπτώματα της ΧΝΑ που σχετίζονται με ψυχικές εκδηλώσεις, συχνότερα είναι οι διαταραχές σίτισης, η αναιμία και η σεξουαλική δυσλειτουργία. Η κατάθλιψη φαίνεται να επιδεινώνει την ανορεξία που οφείλεται σε ουραιμία και την υπολευκωματιναιμία, λόγω της μειωμένης πρόσληψης πρωτεϊνών. Η αναιμία από μειωμένη έκκριση ερυθροποιητίνης, κλινικά εμφανίζεται ως εύκολη κόπωση ή/και κατάθλιψη και φαίνεται να συνδέεται με πτωχή ποιότητα ζωής σε αυτή την ομάδα ασθενών, ενώ θεραπεία υποκατάστασης με ερυθροποιητίνη φαίνεται να βελτιώνει τα συμπτώματα κόπωσης, τη λειτουργικότητα και αρκετές παραμέτρους της ποιότητας ζωής (SanaviaandAfshar, 2002; KishoreKumarandVijaiAnandBabu, 2015· Σπυρίδη και συν., 2008).

Για την επιβάρυνση όμως της ψυχικής και κοινωνικής ζωής των χρόνιων νεφροπαθών, ευθύνεται σε μεγάλο βαθμό και η θεραπεία που περιλαμβάνει τη συντηρητική και την ανοσοκατασταλτική φαρμακευτική αγωγή, την αιμοκάθαρση και τέλος τη νεφρική μεταμόσχευση. Πολλά από τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται στη νεφρική νόσο (κορτικοστεροειδή, ρεσερπίνη, θειαζίδες, κλονιδίνη, αναστολείς ΜΕΑ, αναστολείς ιόντων ασβεστίου, β-αναστολείς, κυκλοσπορίνη κ.ά.) είναι γνωστό ότι προκαλούν ευερεθιστότητα, διαταραχές της διάθεσης, νευροτοξικότητα, ψυχωτικά συμπτώματα. Χαρακτηριστικό είναι το οργανικό εγκεφαλικό σύνδρομο (OrganicBrainSyndrome), που παρουσιάζεται σε ανοσοκατεσταλμένους μεταμοσχευθέντες και εκδηλώνεται με διαταραχές του ύπνου, μειωμένη αντίληψη και συναισθηματική αστάθεια (Μάτζιου-Μεγαπάνου, 2009). Τέλος, συχνή αιτία κατάθλιψης σε αυτή την κατηγορία ασθενών αποτελούν οι μετεγχειρητικές λοιμώξεις και οι πολλαπλές επακόλουθες νοσηλείες (Σπυρίδη και συν., 2008).

4.1.2 Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες

Πέρα από τους βιολογικούς παράγοντες, το σημαντικότερο ίσως ρόλο στην ανάπτυξη ψυχιατρικών συμπτωμάτων σε ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια διαδραματίζει η ψυχοκοινωνική προσαρμογή των ασθενών αυτών. Η θετική ή αρνητική έκβασή της εξαρτάται από την προσωπικότητα του ασθενούς και την υποστήριξη που δέχεται από το ιατρικό, νοσηλευτικό, οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον. Ένα ισχυρό Εγώ κινητοποιεί συνήθως στρατηγικές αντιμετώπισης της νόσου που συμβάλλουν στην προσαρμογή, ενώ αντίθετα ένα αδύναμο Εγώ, μέσα από ανώριμους μηχανισμούς άμυνας οδηγεί σε ανεπιτυχή προσαρμογή, ανάπτυξη ψυχιατρικών διαταραχών, μη συμμόρφωση ή άρνηση για θεραπεία, διατάραξη διαπροσωπικών-ενδοοικογενειακών σχέσεων και τελικά σε κακή έκβαση της ίδιας της νόσου (Σπυρίδη και συν., 2008).

Ασθενείς που δεν καταφέρνουν να διαχειριστούν το θυμό και την τάση τους για εξάρτηση, αναπτύσσουν κατάθλιψη, που με τη σειρά της συνδέεται με υψηλότερη θνητότητα (Einwohneretal., 2004), υψηλότερα ποσοστά περιτονίτιδας και πιο συχνές νοσηλείες. Η κατάθλιψη φαίνεται να αποτελεί σοβαρό αιτιολογικό παράγοντα μη συνεργασίας και διατάραξης της ποιότητας ζωής σε ασθενείς με ΧΝΑ (DiMatteoetal., 2000). Μελέτες έδειξαν ότι η αντίληψη του ασθενούς για τη νόσο του συνδέεται με την ανάπτυξη κατάθλιψης, περισσότερο από ότι η ίδια η σοβαρότητα της νόσου (Σπυρίδη και συν., 2008).

Από τη στιγμή της ανακοίνωσης της διάγνωσης κινητοποιούνται στον ασθενή φόβοι αναπηρίας ή θανάτου, επαγγελματικής και κοινωνικής ανεπάρκειας και οικονομικής καταστροφής. Οι ίδιοι ασθενείς ανέφεραν ανησυχία για ενδεχόμενη οικονομική και οικογενειακή καταστροφή, απώλεια της εργασίας τους, απώλεια της ανεξαρτησίας και του ρόλου τους στην οικογένεια. Η αλλαγή των ρόλων φαίνεται να επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό τη σεξουαλική ζωή του ασθενούς, αφού μετατρέπεται σε ασθενή και ο/η σύντροφός του καλείται να πάρει το ρόλο του φροντιστή (Σπυρίδη και συν., 2008).

Ένα άλλο στοιχείο που επηρεάζει την ύπαρξη ή μη κατάθλιψης στα άτομα με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια είναι η θεραπεία που επιλέγεται για την αντιμετώπιση της ασθένειας και η χρονική διάρκεια κατά την οποία υπόκεινται σ' αυτήν. Παρατηρείται λοιπόν ότι κατάθλιψη εμφανίζουν σε μεγαλύτερο ποσοστό οι ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια οι οποίοι υπόκεινται στη διαδικασία της αιμοκάθαρσης, κυρίως κατά τον τρίτο χρόνο της συγκεκριμένης θεραπείας και μέχρι και τον ένατο. Αυτό είναι ενδεχομένως αποτέλεσμα της εξάρτησης που δημιουργεί το μηχάνημα του TN και οι

έντονι περιρισμοί που αυτό επιβάλει. Σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποιήθηκε στη Νεφρολογική Κλινική του Γενικού Νομαρχιακού Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Αλεξανδρούπολης, οι ασθενείς που υπόκεινται στη διαδικασία της περιτοναϊκής κάθαρσης, σε αντίθεση με τους αιμοκαθαιρόμενους, εμφανίζουν λιγότερα ψυχοκοινωνικά προβλήματα και καλύτερη ποιότητα ζωής σε σχέση με τους δεύτερους(Οικονομίδου και συν., 2005).

Ως προς τους αιμοκαθαιρόμενους επιβεβαιώνονται οι έως τώρα παρατηρήσεις, δηλαδή η ανησυχία ότι δεν μπορούν να εργασθούν κανονικά ,ότι η κόπωση που επιφέρουν οι θεραπευτικές μέθοδοι δυσχεραίνει την αποδοτικότητα τους στον τομέα της εργασίας καθώς και σε πολλούς άλλους τομείς (96,7%) και η εκδήλωση συναισθηματικής διαταραχής. Παρατηρείται ότι οι ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια είναι περισσότερο ευσυγκίνητοι (σε ποσοστό 76,7%) και ευερέθιστοι (σε ποσοστό 70%) σε σχέση με τη περίοδο πριν από την εμφάνιση της ασθένειας. Επίσης εντοπίζεται δυσκολία στη λήψη αποφάσεων και συνεχής αναβλητικότητα στο 73,3% του συνολικού δείγματος. Υπάρχει μεγάλο ποσοστό, 70%, με προβλήματα ύπνου και ανησυχία τη νύχτα, κυρίως ημέρες που προηγούνται της αιμοκάθαρσης. Στα ευρήματα της έρευνας περιλαμβάνεται και η ανησυχία για την εξωτερική εμφάνιση, γεγονός που φαίνεται να τους απασχολεί σε μεγάλο βαθμό, ειδικότερα τους ασθενείς προχωρημένης ηλικίας (66,7%) (Οικονομίδου και συν., 2005).

Η κατάθλιψη μπορεί να θεωρηθεί ότι σχετίζεται με την ιατρική διαδικασία της αιμοκάθαρσης, εφόσον οι ασθενείς χρειάζεται να είναι συνεχώς συνδεδεμένοι με το μηχάνημα τεχνητού νεφρού, συνθήκη, η οποία συμβάλλει στην ύπαρξη σοβαρών περιορισμών στην αυτόνομη διαβίωση. Επίσης, το ποσοστό των αυτοκτονιών στους ασθενείς που ακολουθούν πρόγραμμα αιμοκάθαρσης είναι υψηλότερο, στο οποίο θα μπορούσε να συνυπολογιστεί το ποσοστό των θανάτων που προέρχονται από διαιτολογικές παραβιάσεις. Αντίθετα, οι ασθενείς σε περιτοναϊκή κάθαρση φαίνεται να δηλώνουν καλύτερη ΠΖ και μεγαλύτερη ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας(Ginieri-Coccossiset al., 2008;Θεοφίλου, 2011α· Μωυσιάδου και συν., 2015).

Πολλά σωματικά προβλήματα, όπως η δυσκοιλιότητα, οι κεφαλαλγίες, η υπνηλία, διάφορα σωματικά άλγη στην σπονδυλική στήλη και τον θώρακα συνοδεύουν συχνά την κατάθλιψη, ώστε πολλοί ασθενείς επικεντρώνονται στα προβλήματα αυτά χωρίς να συνειδητοποιούν ότι έχουν κατάθλιψη. Σε σοβαρές μορφές κατάθλιψης, τα αισθήματα ενοχής και χαμηλής αυτοεκτίμησης μπορεί να οδηγήσουν σε ιδέες αυτοκτονίας ή σε εμμονή για διακοπή της αιμοκάθαρσης. Η συχνότητα εμφάνισης κατάθλιψης, τόσο

στους νεφροπαθείς όσο και στο γενικό πληθυσμό, είναι μεγαλύτερη στις γυναίκες από ότι στους άντρες, αυξάνεται στα άτομα τρίτης ηλικίας και σε όσους στερούνται οικογενειακής υποστήριξης και συντροφικότητας (Μωυσιάδου και συν., 2015· Γριβέας και Κυρίτσης, 2016).

4.2 Προσαρμογή στην αιμοκάθαρση

4.2.1 «Μήνας του μέλιτος»

Η περίοδος του «μήνα του μέλιτος» χαρακτηρίζεται από αξιοσημείωτη σωματική και συναισθηματική βελτίωση, την οποία βιώνει ο ασθενής σε μεγάλο βαθμό. Συνοδεύεται από προσπάθεια απόλαυσης της ζωής και από αίσθηση ελπίδας και εμπιστοσύνης. Κατά τη διάρκεια αυτού του σταδίου, οι περισσότεροι αποδέχονται σχετικά εύκολα τη σημασία της εξάρτησης από το «μηχάνημα» και τους επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι διαχειρίζονται προς όφελος των ασθενών την όλη διαδικασία. Η περίοδος αυτή παρατηρείται συχνότερα στους βαρύτερα πάσχοντες και σε ασθενείς, όπου η έναρξη της νόσου είναι σχετικώς οξεία, αφού η ανακούφιση, η οποία ακολουθεί την έναρξη της αιμοκάθαρσης, είναι σε αυτούς περισσότερο εμφανής.

Αντίθετα, οι ασθενείς που παρουσιάζουν αργή και προοδευτική εξέλιξη της χρόνιας νεφρικής νόσου τρομάζουν στην προοπτική της επαπειλούμενης απώλειας της αυτονομίας τους, που σχετίζεται με την έναρξη της διαδικασίας της αιμοκάθαρσης. Μερικοί προσπαθούν να παρακάμψουν τη διαδικασία αυτή επιλέγοντας τη λύση της πρώιμης μεταμόσχευσης (Θεοφίλου, 2010· Μωυσιάδου και συν., 2016).

Σχεδόν όλοι οι ασθενείς εμφανίζουν επαναλαμβανόμενα, έντονα επεισόδια άγχους που σχετίζονται με την αιμοκάθαρση. Διακατέχονται ακόμα από έντονο φόβο στη σκέψη ενδεχόμενης βλάβης του μηχανήματος του τεχνητού νεφρού ενώ σημαντική πλειοψηφία των ασθενών παρουσιάζει σοβαρές δυσκολίες στον ύπνο για περιόδους που κυμαίνονται από δύο μήνες έως ένα χρόνο. Πολλές υποθέσεις διατυπώνονται γύρω από τις αιτίες των διαταραχών του ύπνου. Ενοχοποιούνται παράγοντες όπως για

παράδειγμα τα τροποποιημένα επίπεδα ουρίας και κρεατινίνης, η κατανάλωση καφέ και το κάπνισμα, η επάρκεια της αιμοκάθαρσης, το στρες, η κατάθλιψη και οι διαταραχές άγχους. Το διάστημα αυτό αρχίζει 1-3 εβδομάδες από την πρώτη αιμοκάθαρση και συνήθως διαρκεί 6 εβδομάδες έως 6 μήνες (Θεοφίλου, 2010· Μωυσιάδου και συν., 2016).

4.2.2 Περίοδος της απογοήτευσης και της αποθάρρυνσης

Η περίοδος της απογοήτευσης και της αποθάρρυνσης σε άλλους ασθενείς εμφανίζεται απότομα και σε άλλους βαθμιαία. Τα αισθήματα της ικανοποίησης, της εμπιστοσύνης και της ελπίδας μειώνονται σημαντικά και τη θέση τους καταλαμβάνουν η εξάντληση και η λύπη. Σε ορισμένους ασθενείς παρατηρούνται επίσης ενοχές, απαισιοδοξία και ντροπή, η οποία προέρχεται από τη φύση της νόσου και των επιπλοκών της. Συναισθήματα ενόχλησης και θυμού εμφανίζονται συχνά και μερικοί ασθενείς τα εκφράζουν έντονα, ιδιαίτερα προς το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό της μονάδας αιμοκάθαρσης. Η συναισθηματική αυτή κατάσταση διαρκεί περίπου 3-12 μήνες και σχεδόν πάντα έχει προηγηθεί κάποιο ψυχοπρεστικό γεγονός, που μπορεί να σχετίζεται με επαγγελματικά ή οικογενειακά θέματα του ασθενούς, ή και με επαναλαμβανόμενες επιπλοκές σχετικές με την αιμοκάθαρση (π.χ. θρομβώσεις της AVF, φλεγμονές, σπασμός των αγγείων της AVF κατά τη διάρκεια της αιμοκάθαρσης κ.λπ.) (Θεοφίλου, 2010· Μωυσιάδου και συν., 2016).

4.2.3 Περίοδος της μακροπρόθεσμης προσαρμογής

Η περίοδος της μακροπρόθεσμης προσαρμογής χαρακτηρίζεται από μερική αποδοχή εκ μέρους του ασθενούς, των περιορισμών του καθώς και των μειονεκτημάτων και των επιπλοκών της αιμοκάθαρσης. Η μετάβαση των ασθενών σε αυτό το χρονικό διάστημα είναι σταδιακή και χαρακτηρίζεται από διακυμάνσεις τόσο στη σωματική, όσο και στη συναισθηματική τους κατάσταση. Η ένταση των διακυμάνσεων ποικίλλει κατά διαστήματα από ασθενή σε ασθενή, καθώς και στον ίδιο ασθενή. Οι ασθενείς βιώνουν παρατεταμένα διαστήματα ικανοποίησης, που εναλλάσσονται με κατάθλιψη. Κατά τη διάρκεια αυτής της αντίφασης, ο μηχανισμός άμυνας που

χρησιμοποιείται συχνότερα από τους ασθενείς είναι η άρνηση. Η άρνηση φαίνεται ότι, και στις δύο αυτές περιπτώσεις, εξυπηρετεί μια αποτελεσματική λειτουργία προσαρμογής. Κατά τις περιόδους της ικανοποίησης συντηρεί την αίσθηση ευεξίας του ασθενούς, ενώ κατά τις περιόδους της κατάθλιψης τον προστατεύει από την εντονότερη βίωση του συναισθήματος ότι είναι αβοήθητος και ανήμπορος. Παράλληλα, οι ασθενείς αποκτούν πλήρη επίγνωση της εξάρτησής τους από το TN και ενημερώνονται καλύτερα για τη διαδικασία και το προσωπικό της μονάδας αιμοκάθαρσης. Όπως και κατά τη διάρκεια της περιόδου της απογοήτευσης και της αποθάρρυνσης, ο θυμός και η επιθετικότητά τους συχνά κατευθύνονται, περισσότερο ή λιγότερο ανοικτά, προς το προσωπικό της μονάδας αιμοκάθαρσης, αποδίδοντας σε αυτό τις δυσχέρειες και τις ταλαιπωρίες που υφίστανται κατά την αιμοκάθαρση. Μάλλον επιδιώκουν μεγαλύτερη υποστήριξη και, όταν την εξασφαλίσουν, ο θυμός και η επιθετικότητά τους μειώνεται (Θεοφίλου, 2010· Μωυσιάδου και συν., 2016).

Ανεξάρτητα από τα παραπάνω, πρέπει να σημειωθεί ότι οι ασθενείς που κατέληξαν σε τελικού σταδίου ΧΝΑ λόγω υποκείμενης συστηματικής νόσου, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, ο συστηματικός ερυθηματώδης λύκος ή η υπέρταση, ανέχονται την αιμοκάθαρση λιγότερο καλά από αυτούς με πρωτοπαθή νόσο των νεφρών. Επίσης, ασθενείς με κληρονομικές νόσους (π.χ. πολυκυστικοί νεφροί) που οδηγούν σε νεφρική ανεπάρκεια, ταυτίζονται με τη δυσμενή εμπειρία ή και το θάνατο των προγόνων τους, ενώ γονείς με πάσχοντα παιδιά διακατέχονται από αίσθημα ενοχής και θεωρούν τον εαυτό τους υπεύθυνο για τη νόσηση των παιδιών τους (Θεοφίλου, 2010).

Στην πραγματικότητα, οι περισσότεροι ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση στο μεγαλύτερο διάστημα ανταποκρίνονται καλά. Τους διακατέχει ένα μόνιμο άγχος προερχόμενο από την απώλεια του ελέγχου της σωματικής λειτουργίας, την εξάρτηση από το TN και το προσωπικό της μονάδας αιμοκάθαρσης, καθώς και από την οικογένειά τους για μεγαλύτερη υποστήριξη. Γι' αυτό η προσπάθεια επικεντρώνεται, μεταξύ άλλων, στη διατήρηση της ανησυχίας και του άγχους του ασθενούς σε ελεγχόμενα όρια, στη διατήρηση των πηγών ευχαρίστησης και της αυτοεκτίμησης, στην επιτυχή αποκατάσταση στη μέγιστη φυσική ικανότητα του ασθενούς και στη διατήρηση σχέσης εμπιστοσύνης και αποτελεσματικότητας με τους γιατρούς και το προσωπικό (Θεοφίλου, 2010· Μωυσιάδου και συν., 2016).

Προκειμένου να επιτευχθεί η καλύτερη δυνατή προσαρμογή, σημαντικοί θεωρούνται παράγοντες όπως η οικογενειακή κατάσταση, οι θρησκευτικές πεποιθήσεις, το μορφωτικό επίπεδο, το επάγγελμα, τα απαιτούμενα μέσα μεταφοράς προς το

θεραπευτικό κέντρο, η εικόνα που είχε ο ασθενής για τον εαυτό του πριν από τη νόσο, η ηλικία και η αξιολόγηση της θεραπείας από τον ασθενή (Θεοφίλου, 2010).

4.2.4 Ρόλος της οικογένειας

Το να αρρωστήσει ξαφνικά ένα μέλος της οικογένειας και να ανακοινωθεί η σοβαρότητα της νόσου είναι κάτι συντριπτικό και δημιουργεί μεγάλο άγχος και ανησυχία. Υποχρεωτικά ανακατανέμονται οι αρμοδιότητες, η εργασία, οι οικογενειακοί ρόλοι και οι τρόποι διαχείρισης του άγχους. Σε μία εποχή, όπου οι οικογένειες στο δυτικό κόσμο βρίσκονται ήδη κάτω από το άγχος πολλών αλλαγών, προστίθεται η απειλή για τη ζωή εξαιτίας μίας σοβαρής νόσου, όπως είναι η ΧΝΑ τελικού σταδίου (Θεοφίλου, 2010).

Ζευγάρια, όπου το ένα μέλος πάσχει από τελικού σταδίου ΧΝΑ, έχουν πολύ περισσότερες πιθανότητες να χωρίσουν απ' ό,τι ο μέσος όρος των ζευγαριών. Η στάση της οικογένειας άλλοτε διευκολύνει (δεκτική μορφή οικογένειας) και άλλοτε δυσχεραίνει (απόμακρη μορφή οικογένειας) τον ασθενή στην αντιμετώπιση της αιμοκάθαρσης. Υπάρχει η αίσθηση ότι τα χαρακτηριστικά και η στάση της οικογένειας θα μπορούσαν να επηρεάσουν ακόμα και την έκβαση της παθολογίας του ασθενούς (Θεοφίλου, 2010).

Τα μέλη της οικογένειας των ασθενών παρουσιάζουν άγχος και κατάθλιψη. Η επιβάρυνση συνδέεται με το βαθμό του άγχους των συγγενών (Gayomali et al., 2008; Tsai et al., 2006) και επηρεάζει σημαντικά την ποιότητα ζωής και την αίσθηση υγείας τους. Θετική συσχέτιση βρέθηκε μεταξύ άγχους και κατάθλιψης των συγγενών, που παρέχουν φροντίδα στους νεφροπαθείς σε χρόνια περιτοναϊκή κάθαρση και του περιορισμού των κοινωνικών δραστηριοτήτων και του ελεύθερου χρόνου τους. Η κατάθλιψη των συγγενών συσχετίζεται αρνητικά με την ικανοποίησή τους από τις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας.

Η οικογένεια εκτός από τη νόσο του δικού της ανθρώπου, πρέπει να αντιμετωπίσει και προβλήματα όπως τις νέες οικονομικές συνθήκες και απαιτήσεις που προκύπτουν, τις μετακινήσεις του ασθενή και των υπολοίπων μελών στο νοσοκομείο, την πιθανή μετακόμιση από την επαρχία κοντά στο κατάλληλο νοσηλευτικό ίδρυμα και άλλα καθημερινά προβλήματα που συνδέονται με τη νέα συνθήκη. Παρ' όλ' αυτά αναφέρεται ότι το 1/5 περίπου των ασθενών με ΧΝΑ ανέφερε παραμέληση ή απόρριψη από το περιβάλλον (Σπυρίδη και συν., 2008).

Επειδή η ΧΝΑ τελικού σταδίου είναι μία χρόνια νόσος, οι οικογένειες θα πρέπει να εξετάζονται και να αντιμετωπίζονται θεραπευτικά σε τακτά χρονικά διαστήματα. Ως κρίσιμα χρονικά στάδια θεωρούνται τα εξής: όταν οριστικοποιείται η διάγνωση, όταν τα συμπτώματα καθίστανται εντονότερα έως προβληματικά, όταν συμβαίνουν κρίσιμα γεγονότα στη ζωή τους, όταν εντοπίζονται δυσκολίες προσαρμογής, οι οποίες παρεμβαίνουν στη συμμόρφωση του ασθενούς και στην τελική φάση, όταν τα περιθώρια στενεύουν και λίγα ακόμα μπορούν να προσφερθούν στον ασθενή. Στο τελευταίο αυτό διάστημα η κρίση είναι μεγάλη, αφού ο θεράπων γιατρός αισθάνεται απαισιόδοξος και ανήμπορος να προσφέρει, ενώ ο ασθενής και η οικογένειά του τότε ακριβώς τον χρειάζονται περισσότερο (Lawrence, 2012· Θεοφίλου, 2010).

4.3 Ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις

Όσο η ιατρική γνώση και τεχνολογία εξελίσσονται και βελτιώνονται οι τεχνικές εξωνεφρικής κάθαρσης και μεταμόσχευσης, τόσο μεγαλύτερη πρόκληση αποτελεί η επιτυχής ψυχιατρική παρέμβαση, τόσο στο επίπεδο της πρόληψης όσο και στο επίπεδο της αντιμετώπισης των σοβαρών ψυχοκοινωνικών προβλημάτων που προκύπτουν. Η οργάνωση ομάδων υποστήριξης οικογενειών των ασθενών από το σύμβουλο ψυχίατρο βοηθά στη συνειδητοποίηση του προβλήματος και την πιο εύκολη αποδοχή του, μέσω ανταλλαγής κοινών εμπειριών. Οικογενειακή συμβουλευτική παρέμβαση ενδείκνυται σε περιπτώσεις ενδοοικογενειακών συγκρούσεων και διατάραξης των σχέσεων μεταξύ των μελών της οικογένειας (Σπυρίδη και συν., 2008).

Η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας σχετικά με την αναγνώριση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας είναι πολύ μεγάλης σημασίας, όπως επίσης η ενθάρρυνση των ασθενών να αναφερθούν στα ψυχολογικά τους προβλήματα (Lopesetal., 2004; Cukoretal., 2007; Καϊτελίδου και συν., 2007· Θεοφίλου, 2010· Κάτσηκαι συν., 2013· Ossarehetal., 2014; Μπουγά &Πιτσιώνης, 2014· Τουλιά&Κουτσοπούλου, 2015).

Στα πλαίσια της διασύνδεσης με τις άλλες ειδικότητες, η ψυχιατρική ομάδα δρα εκπαιδευτικά για τη διασφάλιση της τακτικής επικοινωνίας προσωπικού και ασθενών, ώστε να δομηθεί μία ικανοποιητική θεραπευτική σχέση, τη διοργάνωση θεραπευτικών

ομάδων για ειδικές κατηγορίες ασθενών (ασθενείς σε χρόνια περιοδική αιμοκάθαρση, ασθενείς σε περιτοναϊκή κάθαρση, ασθενείς προς μεταμόσχευση ή μεταμοσχευθέντες ασθενείς), την ενημέρωση και παραπομπή σε ομάδες αυτοβοήθειας (σύλλογοι νεφροπαθών και των οικογενειών τους) καθώς και σε συμβουλές για εναλλακτικούς τρόπους βελτίωσης της σωματικής και ψυχοκοινωνικής κατάστασης, όπως για παράδειγμα η σωματική άσκηση (Σπυρίδη και συν., 2008).

Θα μπορούσε να προταθεί η ανάπτυξη εξατομικευμένων ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων με στόχο την ψυχολογική υποστήριξη των ασθενών, ιδιαίτερα εκείνων που είναι ηλικιακά μεγαλύτεροι, λιγότερο μορφωμένοι, που ζουν μόνοι και οι οποίοι αναφέρουν συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους. Επίσης, θα μπορούσαν να αναπτυχθούν παρεμβάσεις ψυχοεκπαιδευτικού τύπου και προγράμματα προαγωγής της υγείας σε νεφροπαθείς, τα οποία να εστιάζουν στην ευαισθητοποίηση και εκπαίδευση σε συγκεκριμένες συνιστώσες της ψυχικής υγείας, όπως τα καταθλιπτικά στοιχεία, ο αυτοκτονικός ιδεασμός, αλλά και η ενίσχυση των πεποιθήσεων των ασθενών σχετικά με τη δυνατότητά τους να έχουν οι ίδιοι έναν καθοριστικό ρόλο στα θέματα που αφορούν στην υγεία τους (Θεοφίλου, 2011α· Μωυσιάδου και συν., 2016).

Έχει αναγνωριστεί ότι οι αντιλήψεις των ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση σχετικά με το ότι οι ίδιοι μπορούν να ελέγξουν την κατάσταση της υγείας τους οδηγεί στην εμφάνιση λιγότερων συμπτωμάτων κατάθλιψης (Christensenetal., 1991). Επιπλέον, η εσωτερική εστίαση ελέγχου δεν αποτελεί σημαντικό προγνωστικό παράγοντα για την εμφάνιση κατάθλιψης σε ασθενείς με ΧΝΝ κατά τη διάρκεια της θεραπείας τους (Θεοφίλου, 2011β).

Σε άλλες μελέτες, ο προσωπικός έλεγχος πάνω στο πρόβλημα της υγείας συνδέεται θετικά με τη φυσική και κοινωνική δραστηριότητα, τον έλεγχο του πόνου του σώματος καθώς και την αντίληψη για τη γενική κατάσταση της υγείας στους ασθενείς που υπόκεινται σε αιμοκάθαρση ή περιτοναϊκή κάθαρση (Clarkeetal., 2016). Επιπρόσθετα, ο προσωπικός έλεγχος σχετίζεται με χαμηλότερη συναισθηματική αντίδραση και καλύτερη κατανόηση της νόσου (Udayaetal., 2003; Covic, 2004) (Θεοφίλου, 2011β).

Ειδικότερα, οι ασθενείς που υπόκεινται σε αιμοκάθαρση φαίνεται να δείχνουν την προτίμησή τους στην εσωτερική εστίαση ελέγχου, σε σύγκριση με τους ασθενείς που υποβάλλονται σε περιτοναϊκή κάθαρση, πιστεύοντας στο δικό τους προσωπικό έλεγχο προκειμένου να διαχειριστούν το πρόβλημα που αντιμετωπίζουν με την υγεία τους. Αυτό το στοιχείο μπορεί να αντικατοπτρίζει την ισχυρή ανάγκη των συγκεκριμένων ασθενών να αντισταθμίσουν την εξάρτηση που επιβλήθηκε από τη διαδικασία της

αιμοδιάλυσης, καθώς και την περιοριστική διαιτητική θεραπευτική αγωγή, με την άσκηση προσωπικού ελέγχου της ασθένειάς τους (Θεοφίλου, 2011β). Η παθητικότητα και η αδυναμία προκαλούσαν καταθλιπτικά συμπτώματα, ενώ σε συνδυασμό με την έλλειψη συμμετοχής των ασθενών στην φροντίδα, επηρέαζαν τη σωματική και ψυχική ευεξία (Udayaetal., 2003; Μωυσιάδου και συν., 2016).

5. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

5.1 Σκοπός της μελέτης

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η διερεύνηση της ψυχολογικής προσαρμογής ανδρών και γυναικών στον τεχνητόν νεφρό.

Συγκεκριμένα, τα ερευνητικά ερωτήματα που θα εξεταστούν, στα πλαίσια της εκπόνησης αυτής της μελέτης είναι:

- Ποια είναι η συχνότητα του άγχους και της κατάθλιψης στους αιμοκαθαρόμενους ασθενείς ;
- Ποια η συχνότητα και το είδος της αυπνίας στους αιμοκαθαρόμενους ασθενείς ;
- Ποιες στρατηγικές διαχείρισης του stress ακολουθούν οι αιμοκαθαρόμενοι ασθενείς ;
- Υπάρχουν διαφορές στο άγχος, την κατάθλιψη και στις στρατηγικές διαχείρισης σε σχέση με κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών (ηλικία, φύλο, εκπαιδευτικό επίπεδο, οικονομική κατάσταση);

5.2 Δείγμα και διαδικασία της έρευνας

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια Μεταπτυχιακού Προγράμματος της Ιατρικής Σχολής του Παν/μίου Αθηνών από τον Σεπτέμβριο του 2016 έως τον Οκτώβριο του 2016. Πληθυσμός της παρούσας μελέτης ήταν οι ασθενείς (άνδρες και γυναίκες) που υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση στη Μονάδα Τεχνητού Νεφρού του Γενικού Νοσοκομείου Λαμίας. Σε αιμοκάθαρση στη συγκεκριμένη μονάδα υποβάλλονταν κατά την χρονική περίοδο της μελέτης 85 ασθενείς. Ως κριτήρια αποκλεισμού ορίστηκαν τα παρακάτω : ασθενείς με νοητική υστέρηση ή σε κωματώδη κατάσταση, ανήλικοι, αναλφάβητοι καθώς και ασθενείς αλλοδαποί που δεν γνωρίζουν να διαβάζουν ελληνικά. Στην έρευνα τελικά συμμετείχαν 70 ασθενείς, βαθμός ανταπόκρισης ($70/85=82\%$)

Οι ασθενείς που συμμετείχαν στη μελέτη ενημερώθηκαν για το σκοπό της μελέτης και διαβεβαιώθηκαν για το απόρρητο και την ανωνυμία της διαδικασίας. Για το κάθε άτομο δημιουργήθηκε ένας απόρρητος, ατομικός κωδικός, και με αυτόν συμμετείχε στην έρευνα (αντί του ονοματεπωνύμου του). Την όλη διαδικασία τη διεκπεραίωσαν τα ίδια άτομα, οπότε ελαχιστοποιήθηκαν οι πιθανότητες για διαρροή πληροφοριών και διασφαλίστηκε πλαίσιο με αυξημένο κλίμα εμπιστοσύνης μεταξύ των ερευνητών και των ατόμων που πήραν μέρος στην έρευνα.

Τα ερευνητικά εργαλεία που συμπλήρωσαν οι ασθενείς ήταν:

A) Η σύντομη εκδοχή του ερωτηματολογίου COPE

Πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο που περιλαμβάνει 28 προτάσεις αξιολόγησης των στρατηγικών διαχείρισης προβλημάτων και stress. Οι προτάσεις προσδιορίζουν και αξιολογούν συνολικά 14 προσεγγίσεις διαχείρισης του stress και οι απαντήσεις βαθμονομούνται σε τετράβαθμη κλίμακα τύπου Likert (καθόλου- πάρα πολύ) (Carver 1997, Kapsouetal., 2010).

B) Η κλίμακα αϋπνίας Αθηνών (AthensInsomniaScale, AIS)

Αποτελείται από οκτώ προτάσεις που αφορούν στην έναρξη του ύπνου, τα ξυπνήματα κατά τη διάρκεια της νύχτας, το οριστικό ξύπνημα, τη συνολική διάρκεια του ύπνου και την ποιότητα του ύπνου, καθώς και στην ευεξία, τη λειτουργική ικανότητα και την υπνηλία κατά τη διάρκεια της μέρας. Κάθε υποερωτημα βαθμολογείται σε κλίμακα 0-3. Βαθμολογία άνω του 6 υποδηλώνει κλινικά σημαντική αϋπνία (Soldatosetal., 2000)

Γ) Η κλίμακα Νοσοκομειακής Κλίμακας Άγχους και Κατάθλιψης (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS)

Η κλίμακα περιλαμβάνει συνολικά 14 ερωτήματα από τα οποία 7 αφορούν την εκτίμηση της ανάπτυξης αγχώδους διαταραχής και τα υπόλοιπα 7 την εκτίμηση της κατάθλιψης. Το κάθε υποερώτημα περιλαμβάνει 4 επιλογές οι οποίες βαθμολογούνται από 0-3. Το συνολικό αποτέλεσμα που προκύπτει για την κάθε διαταραχή ξεχωριστά μπορεί να κυμαίνεται από 0-21. Ως παθολογική προτείνεται να χαρακτηρίζονται οι περιπτώσεις ασθενών τα ερωτηματολόγια των οποίων αποδίδουν βαθμολογία >11, ενώ συνολικό αποτέλεσμα <7 θεωρείται ως μη παθολογικό. Αποτέλεσμα 8-10 κατατάσσεται ως αμφίβολη περίπτωση. (Michopoulos et al., 2007)

Δ) Η κλίμακα αυτοαξιολόγησης της κατάθλιψης κατά Zung

Αποτελεί ένα εργαλείο για την εκτίμηση της βαρύτητας της κατάθλιψης με τη μορφή ερωτηματολογίου. Η κλίμακα Zung περιλαμβάνει 20 ερωτήσεις (items-συντ. it). Κάθε ερώτηση έχει τέσσερις πιθανές απαντήσεις που περιγράφουν την εκτίμηση του ερωτώμενου και βαθμολογούνται, αντίστοιχα, από 1-4. Υψηλότερη βαθμολογία δηλώνει και μεγαλύτερη επιβάρυνση στις αντίστοιχες υποκλίμακες (κατάθλιψη, ευερεθιστότητα, κοινωνική λειτουργικότητα, γνώσεις και γαστρεντερικά συμπτώματα). Όταν η εξίσωση $2.65*(it1) - 0.45*(it2) + 2.03*(it3) + 1.14*(it4) - 0.97*(it6) + 1.56*(it7) + 0.82*(it8) + 1.18*(it9) + 1.13*(it10) + 1.02*(it11) - 2.37*(it12) - 1.46*(it15) + 0.91*(it16) + 0.97*(it17)$ λαμβάνει τιμές άνω του 15.52, τότε ο ασθενής θεωρείται ότι εμφανίζει κατάθλιψη, μια προσέγγιση που ταξινομεί ορθά το 90% των ασθενών.¹⁸ Η προσέγγιση αυτή χρησιμοποιήθηκε και στην παρούσα μελέτη (Fountoulakis et al., 2001).

Όλες οι παραπάνω κλίμακες έχουν σταθμιστεί στον ελληνικό πληθυσμό.

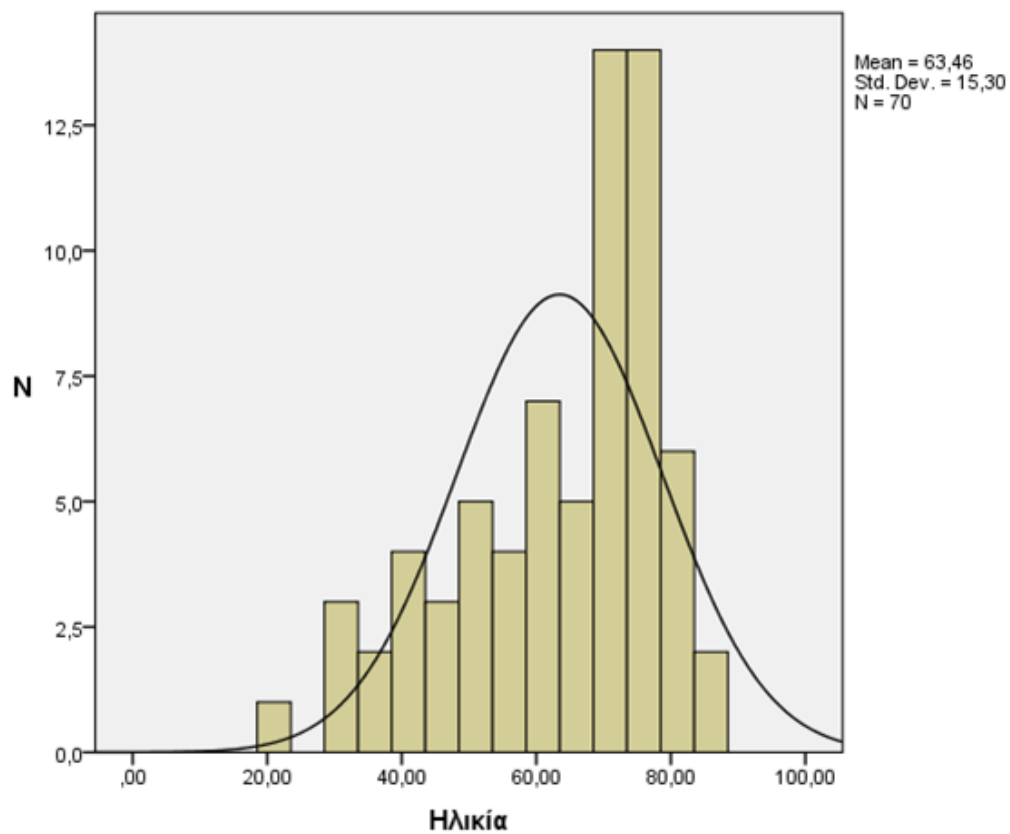
Στατιστική επεξεργασία

Πραγματοποιήθηκε περιγραφική και επαγωγική στατιστική. Η κανονικότητα των κατανομών θα εξεταστεί με τη δοκιμασία Shapiro-Wilk, ενώ εφαρμόστηκαν παραμετρικές (t-test/ANOVA) μέθοδοι ανάλυσης και μελέτης των διαφορών μεταξύ των διαφόρων υποομάδων ακολουθούμενες από post-hoc ανάλυση. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίζεται σε $p=0,05$. Χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS 22.0.

6. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στην έρευνα συμμετείχαν 37 άνδρες (52,9%), η δε μέση ηλικία των συμμετεχόντων ήταν $63,46 \pm 15,30$ έτη.

Γράφημα 1. Η κατανομή της ηλικίας στο δείγμα της μελέτης



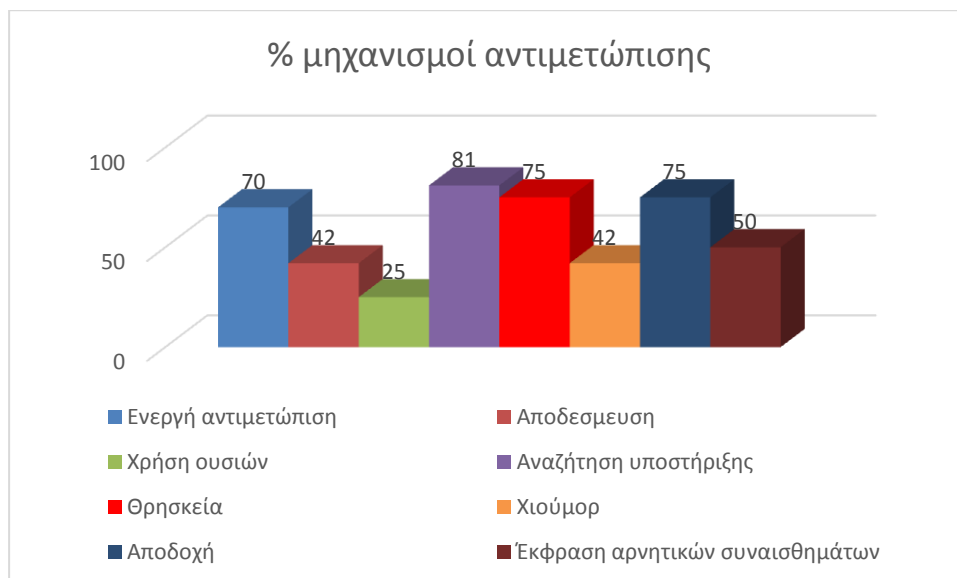
Αναφορικά με το εκπαιδευτικό επίπεδο, το 63% των συμμετεχόντων ήταν απόφοιτοι πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης και το 14% τριτοβάθμιας

Γράφημα 2. Εκπαιδευτικό επίπεδο των συμμετεχόντων



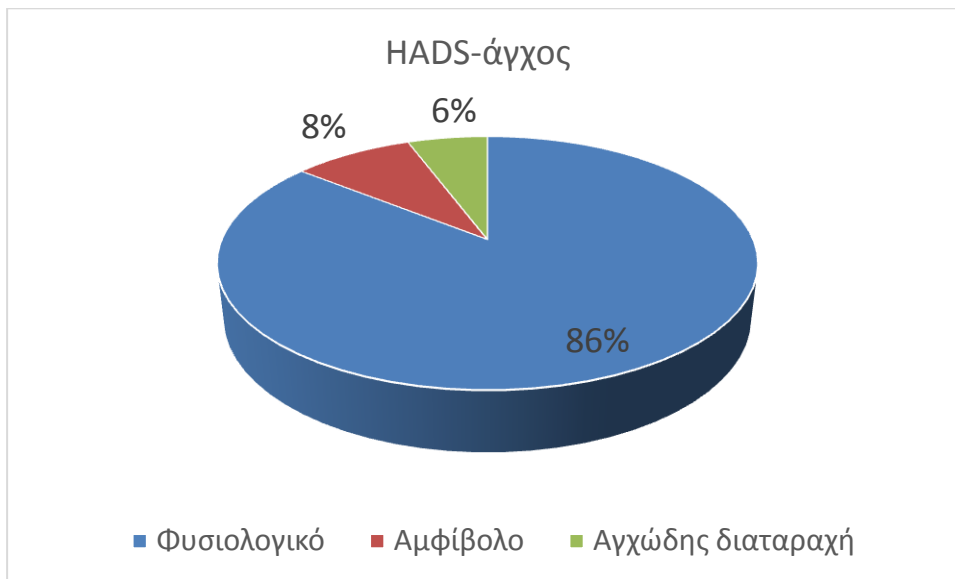
Η αναζήτηση υποστήριξης, η αποδοχή και η καταφυγή στη θρησκεία (81%, 75% και 75% αντίστοιχα) ήταν οι κυριότεροι μηχανισμοί αντιμετώπισης, ενώ έπονταν η ενεργός αντιμετώπιση (70%) και η έκφραση των αρνητικών συναισθημάτων (50%). Το χιούμορ υιοθετούνταν από το 42%, ενώ η χρήση ουσιών από το 25%.

Γράφημα 3. Ποσοστιαία εκπροσώπηση των μηχανισμών αντιμετώπισης του stress στο δείγμα της μελέτης



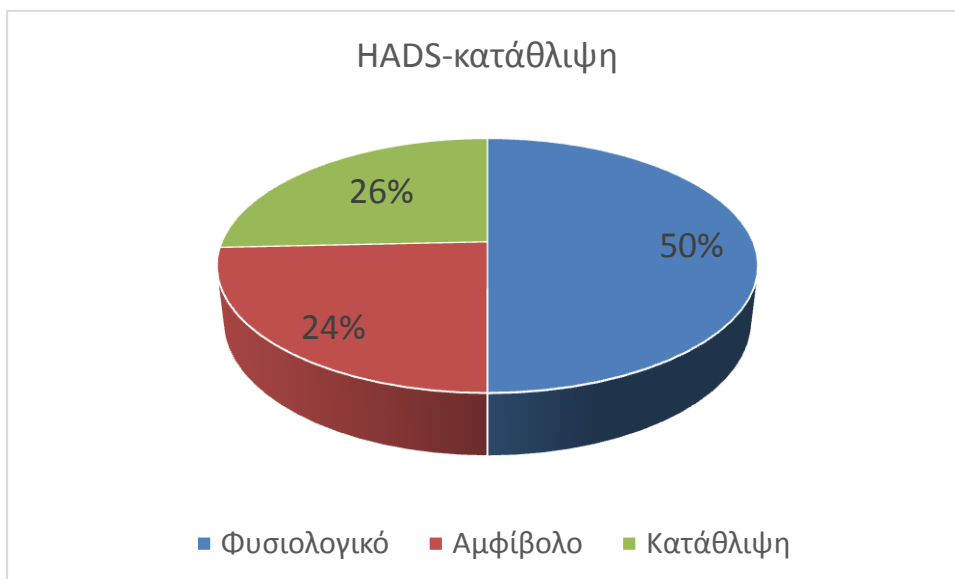
Σύμφωνα με τη βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο HADS, το 6% των ατόμων του δείγματος θεωρείται ότι πάσχει από αγχώδη διαταραχή.

Γράφημα 4. Κατανομή του άγχους -ερωτηματολόγιο HADS



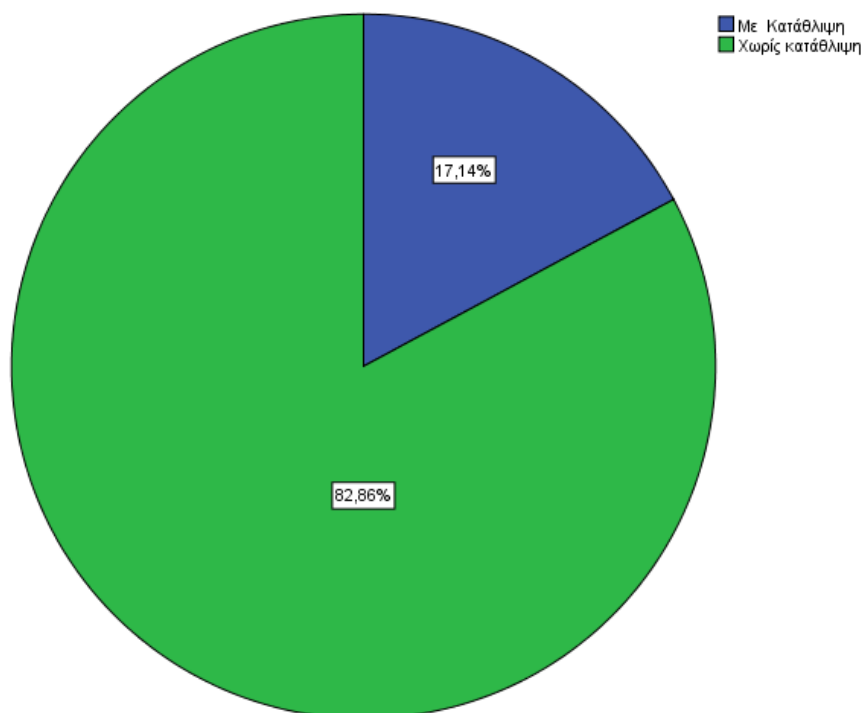
Σύμφωνα με τη βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο HADS, το 26% των ατόμων του δείγματος θεωρείται ότι πάσχει από καταθλιπτική διαταραχή.

Γράφημα 5. Κατανομή της κατάθλιψης -ερωτηματολόγιο HADS



Σύμφωνα με τη βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο Zung, το 17,1% των ατόμων του δείγματος θεωρείται ότι πάσχει από κατάθλιψη.

Γράφημα 6. Κατανομή της κατάθλιψης -ερωτηματολόγιο Zung



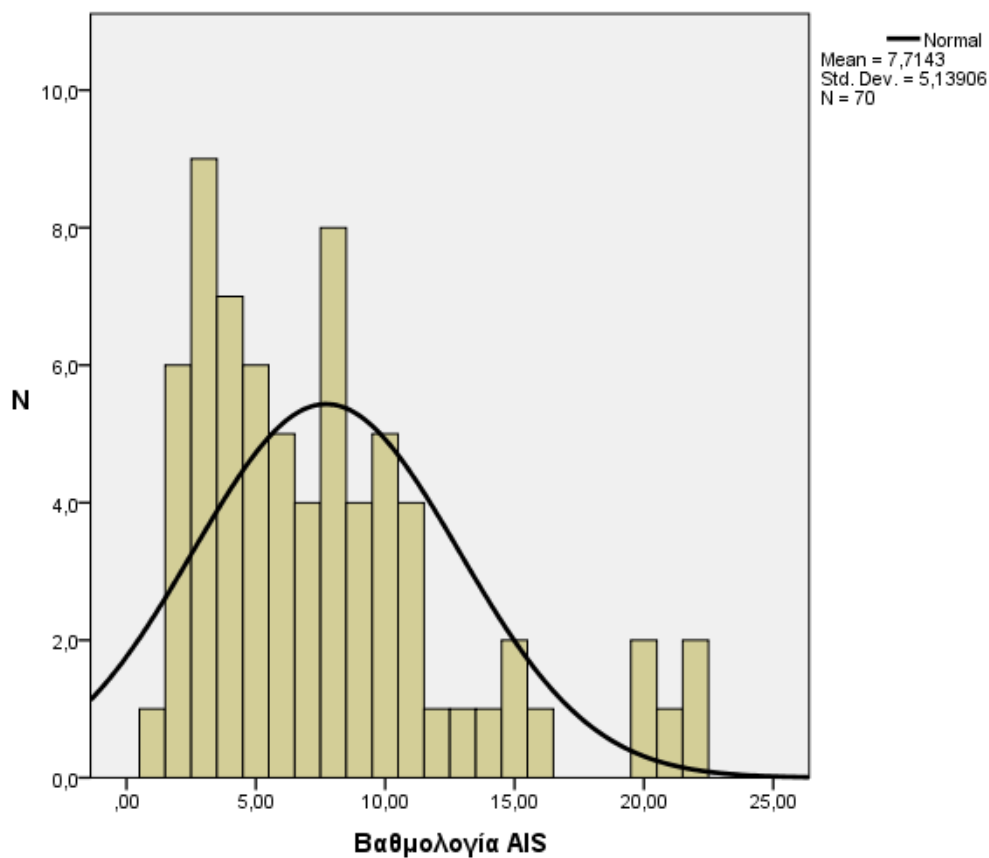
Το 37% των συμμετεχόντων ανέφερε μέτρια οικονομική κατάσταση και το 4% κακή.

Γράφημα 7. Η οικονομική κατάσταση των συμμετεχόντων



Η μέση τιμή της βαθμολογίας στο ερωτηματολόγιο AIS δείχνει σημαντική επιβάρυνση των ασθενών και κλινικά σοβαρή αυπνία (βαθμολογία άνω του 6: $7,71 \pm 5,13$).

Γράφημα 8. Η κατανομή της βαθμολογίας στο ερωτηματολόγιο AIS



Αναφορικά με τη διαφοροποίηση των μηχανισμών αντιμετώπισης σε σχέση με το φύλο, στατιστικά σημαντική διαφορά διαπιστώθηκε στην «αποδοχή»($p=0,015$), με τις

γυναίκες να συγκεντρώνουν μεγαλύτερη βαθμολογία, ενώ οριακά υπέρ των γυναικών ήταν η βαθμολογία στη «θρησκεία» ($p=0,070$) και υπέρ των ανδρών στη «χρήση ουσιών» ($p=0,061$)

Πίνακας 1. Φύλο και μηχανισμοί αντιμετώπισης

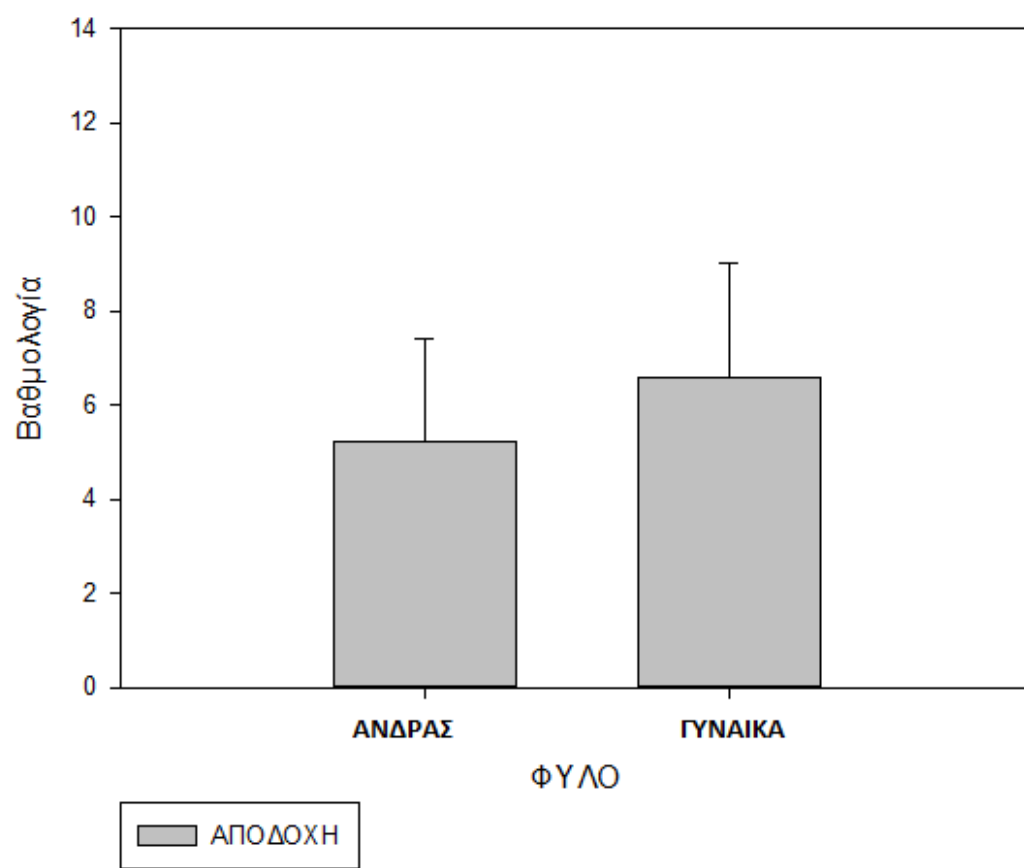
	Φύλο	N	MT	TA	p
Ενεργή αντιμετώπιση	Άντρας	37	26,17	4,95	0,127
	Γυναίκα	33	24,18	5,72	
Αποδέσμευση	Άντρας	37	4,43	1,56	0,204
	Γυναίκα	33	4,97	1,94	
Αναζήτηση υποστήριξης	Άντρας	37	12,43	2,41	0,295
	Γυναίκα	33	13,00	2,05	
Χιούμορ	Άντρας	37	5,22	1,47	0,373
	Γυναίκα	33	5,58	1,87	
Αρνητικά συναισθήματα	Άντρας	37	5,84	2,42	0,152
	Γυναίκα	33	6,79	3,06	
Αποδοχή	Άντρας	37	5,24	2,15	0,015
	Γυναίκα	33	6,61	2,44	
Χρήση ουσιών	Άντρας	37	2,39	1,15	0,061
	Γυναίκα	33	2,00	0,00	
Θρησκεία	Άντρας	37	5,19	2,25	0,070
	Γυναίκα	33	7,58	7,54	

Οι γυναίκες εμφανίζουν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα στη διάσταση «κατάθλιψη» ($p=0,001$), όπως και στην «κοινωνική λειτουργικότητα», στα «γαστρεντερικά συμπτώματα» και την αυπνία».

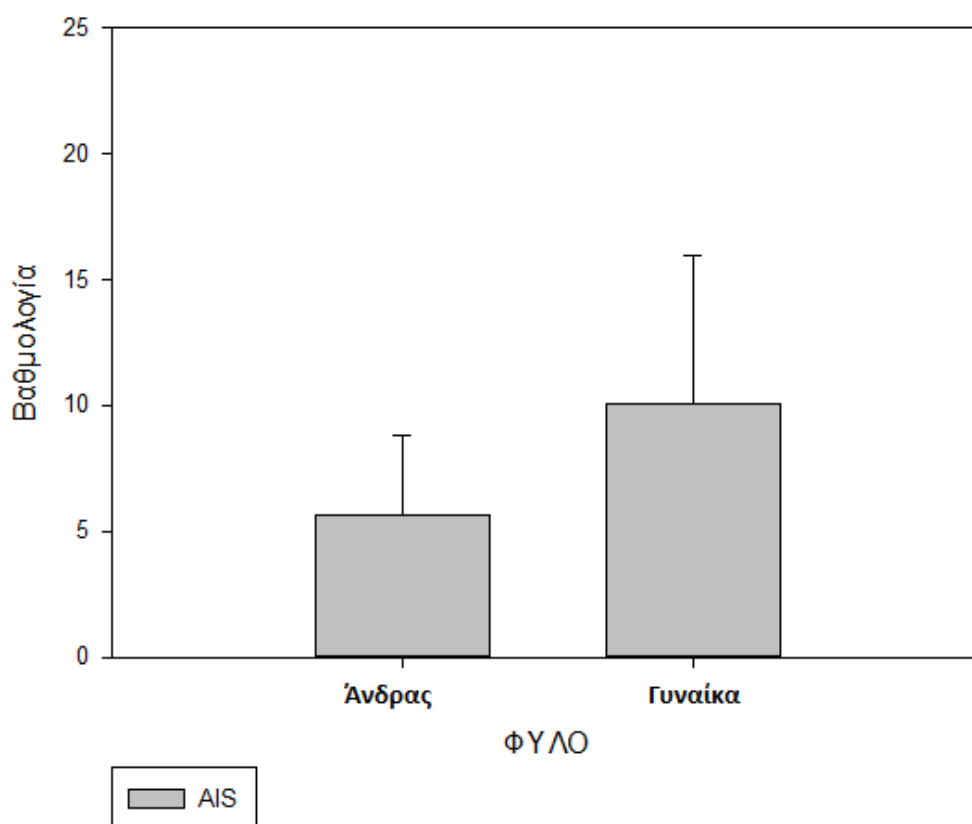
Πίνακας 2. Φύλο, καταθλιπτική συμπτωματολογία και αυπνία

	Φύλο	N	MT	TA	p
Άγχος – Κατάθλιψη	Άντρας	37	9,00	2,42	0,001
	Γυναίκα	33	11,12	2,47	
Γνωσίες	Άντρας	37	14,51	4,15	0,232
	Γυναίκα	33	15,76	4,49	
Κοινωνική λειτουργικότητα	Άντρας	37	7,92	2,20	0,007
	Γυναίκα	33	9,36	2,10	
Γαστρεντερικά συμπτώματα	Άντρας	37	5,14	1,69	0,003
	Γυναίκα	33	6,45	1,84	
Ευερεθιστότητα	Άντρας	37	6,62	1,95	0,801
	Γυναίκα	33	6,52	1,52	
Αϋπνία	Άντρας	37	5,62	3,17	<0,001
	Γυναίκα	33	10,06	5,91	

Γράφημα 10. Διαφορά στο μηχανισμό αντιμετώπισης «αποδοχή», ανάλογα με το φύλο των ασθενών



Γράφημα 11. Διαφορά στην βαθμολογία του ερωτηματολογίου AIS, ανάλογα με το φύλο των ασθενών

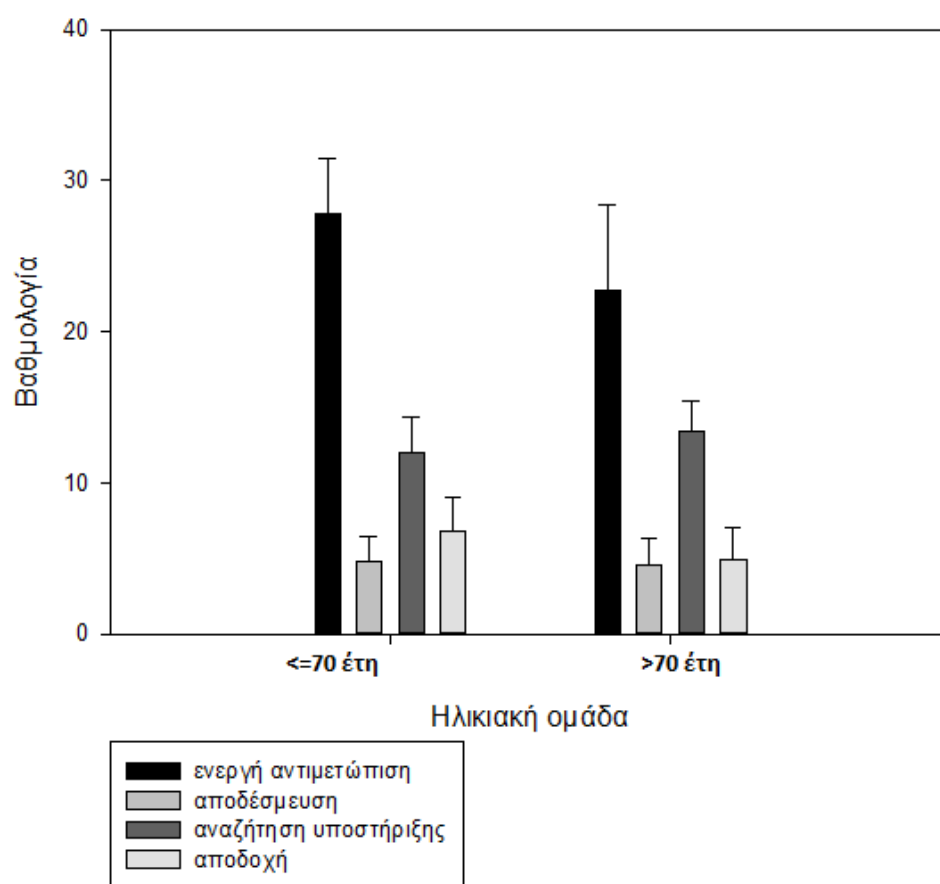


Η αποδοχή και η ενεργός αντιμετώπιση χρησιμοποιούνται συχνότερα από άτομα ηλικίας κάτω των 70 ετών, ενώ η αναζήτηση υποστήριξης από εκείνα άνω των 70 ετών

Πίνακας 3. Μηχανισμοί αντιμετώπισης και ηλικία

	Ηλικία	N	MT	TA	p
Ενεργή αντιμετώπιση	≤ 70 έτη	34	27,76	3,66	<0,001
	>70 έτη	35	22,74	5,68	
Αποδέσμευση	≤ 70 έτη	34	4,77	1,75	0,686
	>70 έτη	35	4,60	1,79	
Αναζήτηση υποστήριξης	≤ 70 έτη	34	12,03	2,31	0,011
	>70 έτη	35	13,37	2,00	
Χιούμορ	≤ 70 έτη	34	5,60	1,67	0,286
	>70 έτη	35	5,17	1,67	
Αρνητικά συναισθήματα	≤ 70 έτη	34	6,66	2,72	0,264
	>70 έτη	35	5,91	2,79	
Αποδοχή	≤ 70 έτη	34	6,80	2,31	0,001
	>70 έτη	35	4,97	2,09	
Χρήση ουσιών	≤ 70 έτη	34	2,30	1,16	0,368
	>70 έτη	35	2,11	0,40	
Θρησκεία	≤ 70 έτη	34	5,51	2,17	0,228
	>70 έτη	35	7,11	7,46	

Γράφημα 12. Στατιστικά σημαντικές διαφορές στους μηχανισμούς αντιμετώπισης, ανάλογα με την ηλικιακή ομάδα των ασθενών

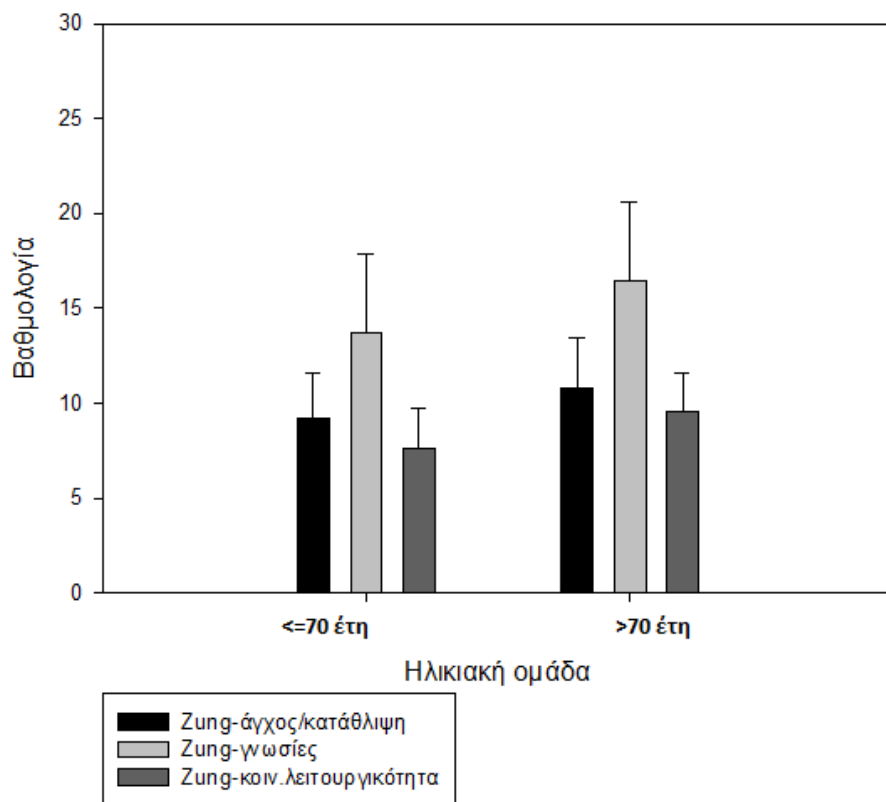


Τα άτομα ηλικίας άνω των 70ετών εμφανίζουν υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση της κατάθλιψης, στην αυπνία, στις γνώσεις και στην κοινωνική λειτουργικότητα.

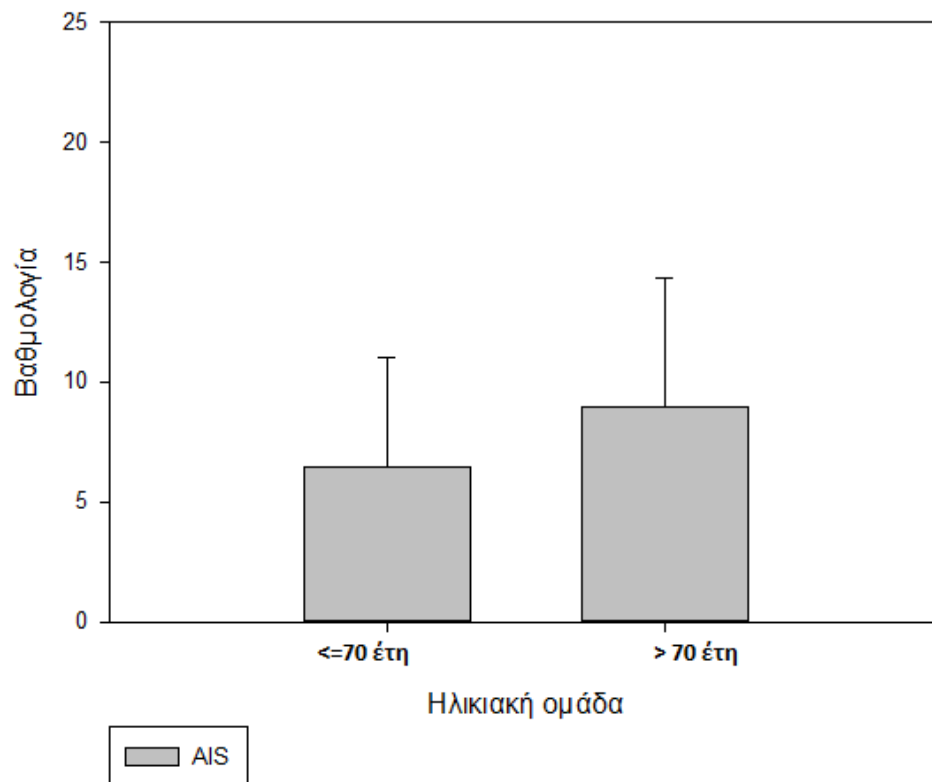
Πίνακας 4. Υποκλίμακες ερωτηματολογίου Zung και κλίμακα αυπνίας σε σχέση με την ηλικία

	Ηλικία	N	MT	TA	p
Άγχος – Κατάθλιψη	≤ 70 έτη	34	9,23	2,38	0,014
	>70 έτη	35	10,77	2,71	
Γνωσίες	≤ 70 έτη	34	13,74	4,10	0,008
	>70 έτη	35	16,46	4,17	
Κοινωνική λειτουργικότητα	≤ 70 έτη	34	7,63	2,10	<0,001
	>70 έτη	35	9,57	2,00	
Γαστρεντερικά συμπτώματα	≤ 70 έτη	34	5,66	1,80	0,658
	>70 έτη	35	5,86	1,96	
Ευερεθιστότητα	≤ 70 έτη	34	6,37	1,99	0,342
	>70 έτη	35	6,77	1,48	
Αϋπνία	≤ 70 έτη	34	6,46	4,60	0,040
	>70 έτη	35	8,97	5,40	

Γράφημα 13. Διαφορά στη βαθμολογία του ερωτηματολογίου Zung, ανάλογα με την ηλικιακή ομάδα των ασθενών



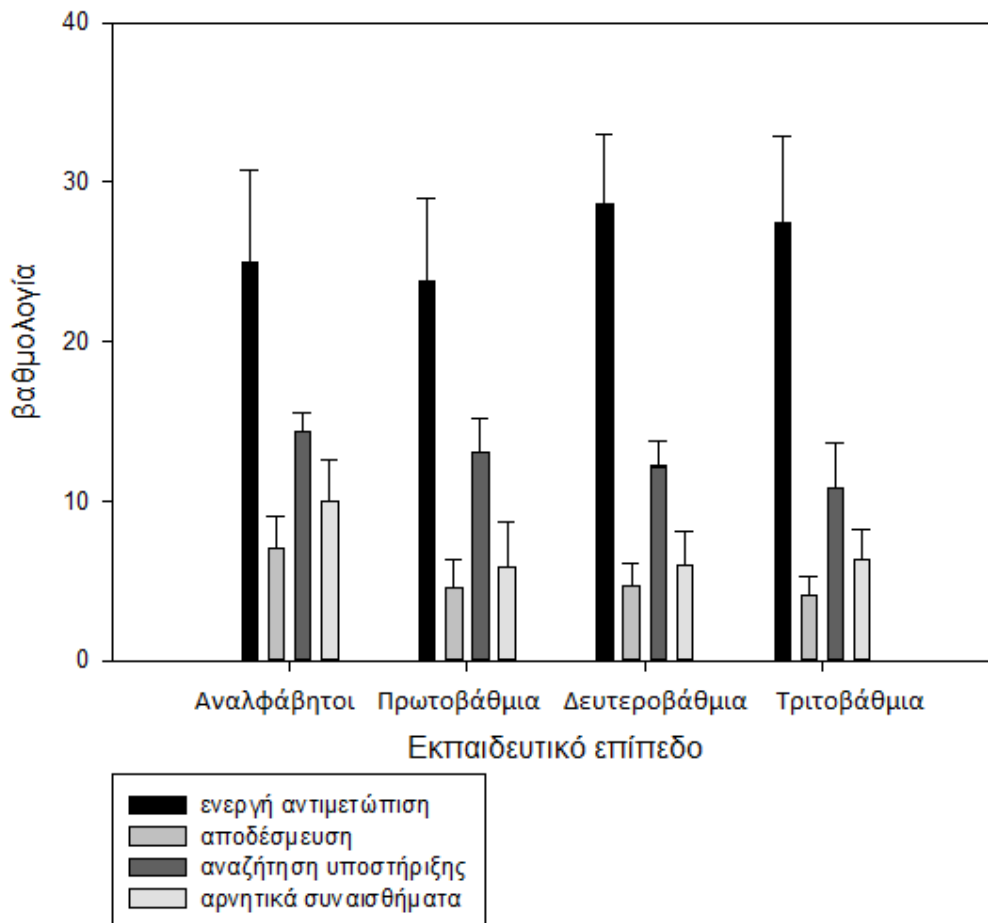
Γράφημα 14. Διαφορά στην βαθμολογία του ερωτηματολογίου AIS.ανάλογα με την ηλικιακή ομάδα των ασθενών



Στην ενεργό αντιμετώπιση, οι απόφοιτοι πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης είχαν σημαντικά μικρότερη βαθμολογία έναντι των αποφοίτων δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης ($p=0,044$), ενώ στην αποδέσμευση οι αναλφάβητοι υπερερούσαν των αποφοίτων τριτοβάθμιας

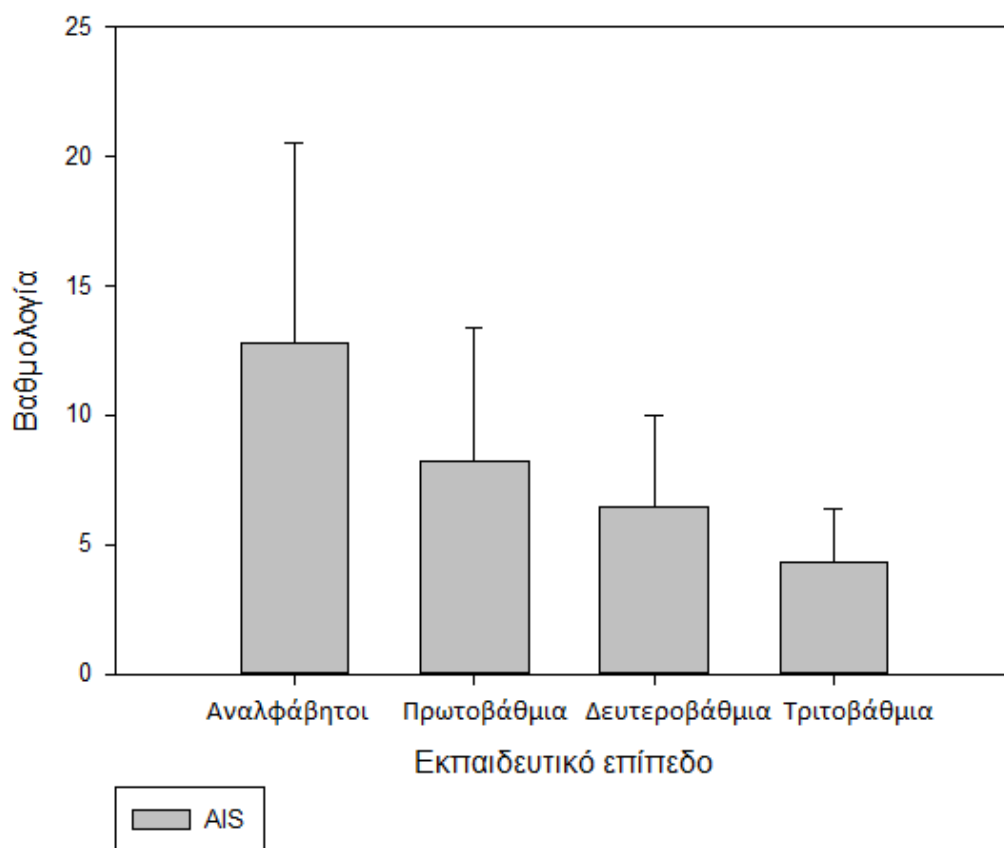
εκπαίδευσης ($p=0,013$), όπως και στην αναζήτηση υποστήριξης ($p=0,015$). Στα αρνητικά συναισθήματα οι αναλφάβητοι είχαν υψηλότερη βαθμολογία έναντι όλων των άλλων ομάδων ($p<0,05$).

Γράφημα 15. Στατιστικά σημαντικές διαφορές στους μηχανισμούς αντιμετώπισης, ανάλογα με το εκπαιδευτικό επίπεδο.



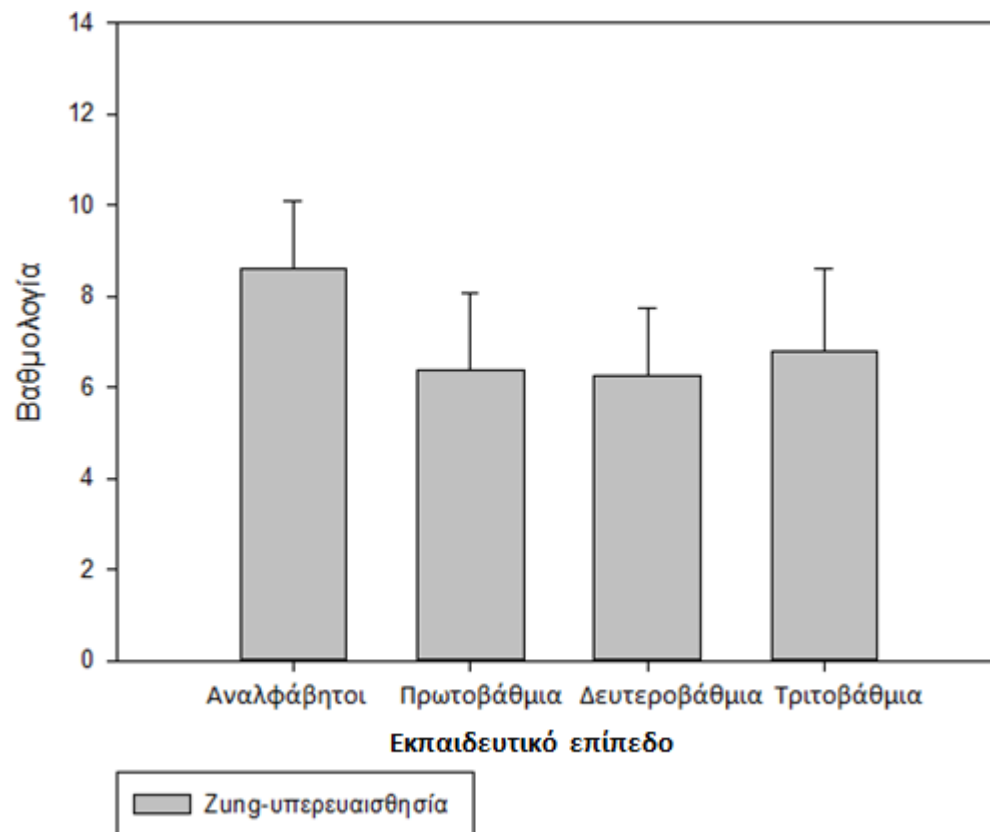
Αναφορικά με το ερωτηματολόγιο της αυπνίας, οι αναλφάβητοι είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία σε σχέση με τους αποφοίτους τριτοβάθμιας εκπαίδευσης ($p=0,012$).

Γράφημα 16. Διαφορά στη βαθμολογία του ερωτηματολογίου AIS, ανάλογα με το εκπαιδευτικό επίπεδο.



Αναφορικά με την υποκλίμακα «υπερευαισθησία», οι αναλφάβητοι είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία σε σχέση με τους αποφοίτους πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης ($p=0,036$) και εκείνους της δευτεροβάθμιας ($p=0,076$).

Γράφημα 17. Διαφορά στη βαθμολογία του ερωτηματολογίου Zung, ανάλογα με το εκπαιδευτικό επίπεδο.



7.ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η προσαρμογή στη διαδικασία της χρόνιας αιμοκάθαρσης συνιστά μια ιδιαίτερη και βιωματική κατάσταση που μεταβάλλει ριζικά τον τρόπο ζωής των ασθενών, οι οποίοι εξαρτώνται από το μηχάνημα του τεχνητού νεφρού για την επιβίωσή τους. Πράγματι, δύο ή τρεις φορές εβδομαδιαίως το άτομο αποκτά την ιδιότητα του «ασθενούς», ενώ μετά τη διαδικασία της αιμοκάθαρσης, ο νεφροπαθής δεν εμφανίζει σημεία νόσου στον τυχαίο παρατηρητή ή ακόμα και στους φίλους του. Η σοβαρότητα και τη χρονιότητα της νόσου, οι προσδοκίες του ασθενούς, αλλά και διάφοροι τεχνικούς παράγοντες επηρεάζουν το βίωμα της αιμοκάθαρσης (Remesetal., 2016, Chilcotetal., 2011).

Η ίδια η φύση της νόσου, με βασικό χαρακτηριστικό της τη χρονιότητα, ευθύνεται για τη δημιουργία των ψυχικών προβλημάτων στους ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση. Καθώς οι συνθήκες της μέχρι τότε ζωής τους μεταβάλλονται δραματικά, οι ασθενείς αναγκάζονται να εγκαταλείψουν την κατοικία τους, την εργασία τους και την οικογένειά τους προκειμένου να εγκατασταθούν κοντά σε κάποιο αστικό κέντρο (Reichman&Levy 1977, Surman 1987). Οι ασθενείς γίνονται νευρικοί, απότομοι, ευερέθιστοι, αγχώδεις και εμφανίζουν συμπτώματα κατάθλιψης. Διακατέχονται από αισθήματα κοινωνικής απομόνωσης. Ένα ποσοστό ασθενών που επανακτούν τις κοινωνικές τους δραστηριότητες νιώθουν μειονεκτικά, γιατί δεν μπορούν να ακολουθήσουν όλες τις κοινωνικές εκδηλώσεις, όπως ταξίδια, εξόδους κ.α. Η φυσική αδυναμία και οι περιορισμοί στη μετακίνηση επιτείνουν το αίσθημα αυτό της ανημποριάς και ακόμα της αναπηρίας (Bradley&McGee 1994).

Η πιο σημαντική ίσως ψυχική διαταραχή των ασθενών αυτών, είναι η κατάθλιψη και η βαθιά αγωνία για την κατάστασή τους. Συχνά οι ασθενείς αποκρύπτουν τα αισθήματα αυτά από τους θεράποντες ιατρούς (Οικονομίδου και συν., 2005). Η αβεβαιότητα για την εξέλιξη της νόσου και το αίσθημα φόβου του θανάτου φέρνουν τους ασθενείς αντιμέτωπους με υπαρξιακές αγωνίες και τα συναισθήματα αυτά, εκδηλώνονται με νευρική συμπεριφορά προς τα οικεία πρόσωπα και το νοσηλευτικό προσωπικό του κέντρου αιμοκάθαρσης. Κοινωνικοοικονομικές μεταβολές (μείωση εισοδήματος, ελάττωση βιοτικού επιπέδου) επιβαρύνουν τη ψυχολογική κατάσταση του ασθενή. Εξάλλου, η αυστηρή δίαιτα στην οποία υποβάλλονται οι ασθενείς, δρα περιοριστικά και τους επιβαρύνει ψυχολογικά. Μεγάλο ποσοστό από αυτούς δεν τηρεί

τη δίαιτα, εξαιτίας της ψυχολογικής επιβάρυνσης και της κατάθλιψης στην οποία περιέρχονται (Chilcotetal.,2011)

Στην παρούσα μελέτη η κατάθλιψη αναδείχτηκε σε μείζον πρόβλημα των ασθενών, ενώ η εκτίμησή της με δύο διαφορετικά εργαλεία οδήγησε σε πολύ διαφορετικές εκτιμήσεις της συχνότητάς της. Το γεγονός αυτό δείχνει παράλληλα και την αναγκαιότητα για την προσαρμογή των αντίστοιχων εργαλείων σε ειδικές ομάδες ασθενών. Πιο συγκεκριμένα, το ερωτηματολόγιο HADS εφαρμόζεται κυρίως σε νοσηλευόμενους ασθενείς και συνιστά μια αδρή εκτίμηση της καταθλιπτικής ή αγχώδους συμπτωματολογίας, η οποία και πραγματοποιείται με 7 ερωτήσεις, ενώ το ερωτηματολόγιο Zung εφαρμόζεται κυρίως στην κοινότητα και συνιστά μια λεπτομερέστερη προσέγγιση της κατάθλιψης , με 20 ερωτήσεις που καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα συμπτωματολογίας. Οι διαφορές αυτές πιθανόν να ερμηνεύουν και την απόκλιση στο ποσοστό της κατάθλιψης, που σε κάθε περίπτωση όμως φαίνεται να αφορά περίπου έναν στους 5 ασθενείς.

Το επίπεδο εκπαίδευσης, η ηλικία και το φύλο συσχετίστηκαν με διαφορετικά επίπεδα κατάθλιψης. Πιο συγκεκριμένα, οι απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης εμφανίζουν χαμηλότερα επίπεδα κατάθλιψης σε σχέση με άτομα χαμηλότερου εκπαιδευτικού επιπέδου. Επίσης, το ποσοστό των ατόμων που ήταν ηλικίας >70 ετών ήταν μεγαλύτερο μεταξύ αυτών που είχαν υψηλά επίπεδα κατάθλιψης σε σχέση με τα ποσοστά των ασθενών με μέτρια και χαμηλά επίπεδα κατάθλιψης. Ακόμα, το ποσοστό των γυναικών ήταν υψηλότερο μεταξύ αυτών που είχαν υψηλά επίπεδα άγχους σε σχέση με τα ποσοστά που παρατηρήθηκαν μεταξύ εκείνων με χαμηλά και μέτρια επίπεδα άγχους.

Οι παράγοντες αυτοί, όπως άλλωστε και η οικονομική δυσπραγία συσχετίζονται σταθερά με την καταθλιπτική συμπτωματολογία, όπως προκύπτει από τη σχετική βιβλιογραφία. Η συχνότητα των κατάθλιψης στους άνεργους και τους συνταξιούχους εκτιμάται υπερδιπλάσια σε σχέση με τους εργαζόμενους (5,4% προς 2,2%), η δε συχνότητα ψυχικών διαταραχών στα άτομα με σοβαρές οικονομικές δυσκολίες είναι περισσότερο από επτά φορές μεγαλύτερη από τα άτομα χωρίς οικονομικές δυσκολίες (22% προς 3%), με την κατάθλιψη ειδικότερα να είναι 11 φορές συχνότερη στους τελευταίους (11,45% προς 1,05%). Η επέκταση της ανέχειας σε μεγαλύτερα τμήματα του πληθυσμού σε συνδυασμό με την ένδεια κρατικών πόρων για τον τομέα της υγείας είναι αναμενόμενο να διευρύνει το χάσμα στις δυνατότητες θεραπείας μεταξύ των διάφορων κοινωνικών ομάδων. Η οικονομική ανισότητα αντικατοπτρίζεται στην

ανισότητα της θεραπείας και αφήνει το «αποτύπωμά» της στην ψυχή του ασθενούς (Mandal&Roe 2008, Galloetal., 2006).

Η αύξηση των ψυχικών διαταραχών στη χώρα μας τα τελευταία χρόνια είναι εντυπωσιακή. Σε μελέτη του Ερευνητικού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγείας (ΕΠΙΨΥ) του Πανεπιστημίου Αθηνών, η οποία διεξήχθη σε τυχαίο αντιπροσωπευτικό δείγμα του πληθυσμού το 2013, βρέθηκε ότι περίπου 12% του γενικού πληθυσμού πληρούν τα κλινικά κριτήρια για προχωρημένη κατάθλιψη. Αυτή η μελέτη επιβεβαιώνει προηγούμενες μελέτες του ΕΠΙΨΥ, και τονίζει τη συνεχή και ανησυχητική αύξηση των σοβαρών επιπτώσεων της κατάθλιψης στον ελληνικό πληθυσμό, από 3,3 % το 2008 σε 6,8% το 2009 και 8,2% το 2011. Η κλινική κατάθλιψη παρουσιάζει μεγαλύτερη συχνότητα σε συγκεκριμένες ομάδες του πληθυσμού που είναι οι γυναίκες (15,6% έναντι 9% των ανδρών), οι ηλικιακές ομάδες των 35-44 και 55-64 ετών, τα άτομα με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο (20,9% έναντι 7,2% εκείνων με υψηλό εκπαιδευτικό επίπεδο), τα άτομα με εισόδημα που κυμαίνεται από 0 έως € 400, οι ανέργους και οι υποαπασχολούμενοι. Αναφορικά με το εισόδημα, ένας στους δύο Έλληνες με οικογενειακό εισόδημα μικρότερο από € 400 πληροί τα κριτήρια της μονοπολικής κατάθλιψης, ενώ σε ότι αφορά την κατάσταση της απασχόλησης, το 19,8 % των ανέργων πληρούν τα κλινικά κριτήρια της σοβαρής κατάθλιψης, ποσοστό υπερδιπλάσιο σε σχέση με το 9,8% των εργαζομένων (Economidouetal., 2013).

Τα εκτιμώμενα ποσοστά της κλινικής κατάθλιψης στους νεφροπαθείς κυμαίνονταν μεταξύ 20-30% (Chilcotetal., 2011, Remesetal., 2016). Τα ποσοστά αυτά είναι σημαντικά υψηλότερα από εκείνα που βρίσκονται στο γενικό πληθυσμό, για τον οποίο τα ποσοστά της κατάθλιψης εκτιμώνται μεταξύ 3%-6%, καθώς και εκείνα που βρίσκονται σε ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας, για τους οποίους οι τιμές είναι 6% -10%. (Ritsheretal., 2001).Οι εκτιμήσεις ενδέχεται να είναι χαμηλότερες των πραγματικών, επειδή οι ασθενείς συχνά αποφεύγουν να αναζητήσουν ψυχιατρική περίθαλψη. Νεφρολόγοι και νοσηλεύτες δεν είναι ψυχίατροι, ούτε επαρκώς ευαισθητοποιημένοι και συχνά αποτυγχάνουν να αναγνωρίσουν τα συμπτώματα της κατάθλιψης (Miechetal., 1999, Canaudetal., 2011).

Οι διαταραχές του ύπνου, οι οποίες με τη σειρά τους επιδεινώνουν την ευημερία των ασθενών με νεφροπάθεια τελικού σταδίου είναι συχνές (Maungetal., 2016).Αναφέρεται ότι το 80% των ασθενών σε αιμοκάθαρση υποφέρουν από διαταραχές του ύπνου, πολύ περισσότερο από το γενικό πληθυσμό (Williamsetal., 2002, Maungetal., 2016). Οι πιο συχνά αναφερόμενες διαταραχές αφορούν στην

αϋπνία, στο σύνδρομο ανήσυχων ποδιών, στην άπνοια ύπνου και στην υπερβολική ημερήσια υπνηλία. Η μέση βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο AIS στην παρούσα μελέτη ήταν ενδεικτική σημαντικής αϋπνίας, ενώ το ποσοστό εκείνων που συγκέντρωσαν βαθμολογία άνω του 6 στη συγκεκριμένη κλίμακα υπολογίστηκε σε 61%, συγκρίσιμο με προγενέστερα αντίστοιχα ευρήματα (Maungetal., 2016). Οι Williams et al. (2002) ανέφεραν ότι τα προβλήματα ύπνου κυμαίνονταν από 40 έως 61%, ενώ οι Kraus και Hamburger (1997) έδειξαν ότι το 60% του δείγματος αιμοκάθαρσης τους παραπονέθηκε για προβλήματα ύπνου.

Η παρούσα έρευνα τονίζει την ανάγκη παρεμβάσεων για την πρόληψη και αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών και ιδιαίτερα της κατάθλιψης στους ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση, καθώς και την αναγκαιότητά χρήσης ερωτηματολογίων προσαρμοσμένων σε αυτήν την ομάδα ασθενών. Αξιολόγηση της ψυχικής επιβάρυνσης των συγκεκριμένων ασθενών μπορεί να οδηγήσει υποτίμηση ή και ενδεχομένως υπερίμηση των συμπτωμάτων ασθενών, με αποτέλεσμα την πλημμελή αντιμετώπισή τους. Το γεγονός ότι το δείγμα της μελέτης προέρχεται από ένα μόνο κέντρο αιμοκάθαρσης δεν επιτρέπει γενίκευση των αποτελεσμάτων, τα οποία όμως λόγω σχεδόν της καθολικής συμμετοχής των ασθενών, θα μπορούσαν να θεωρηθούν ενδεικτικά των μηχανισμών αντιμετώπισης και της συχνότητας των ψυχικών διαταραχών σε αυτούς του ασθενείς. Μελλοντική έρευνα σε μεγαλύτερο, αντιπροσωπευτικό και διαστρωματοποιημένο δείγμα ασθενών θα συμβάλλει στην ενδελεχή μελέτη της ψυχιατρικής νοσηρότητας των ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση και θα βοηθήσει να εκπονηθεί πρόγραμμα παρέμβασης σε επίπεδο κοινότητας για την ουσιαστική βελτίωση της ποιότητας της ζωής τους.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Bradley, C., &McGee, H. (1994). Improving quality of life in renal failure: ways forward. In McGee H, Bradley C. Quality of life following renal failure. Chur, Harwood Academic Publishers, 275-299.

Campbell, B.K. (2005). Drive Out Depression and Feel Better. Family focus, National Kidney Foundation, 14:15.

Canaud B, Tong L, Tentori F, et al (2011).Clinical practices and outcomes in elderly hemodialysis patients: results from the Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS). Clin J Am SocNephrol 6:1651.

Carver CS (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: consider the Brief Cope. International Journal of Behavioral Medicine 4: 92-100.

Chilcot J, Wellsted D, Davenport A, Farrington K. (2011) Illness representations and concurrent depression symptoms in haemodialysis patients. J Health Psychol. 2011; 16:1127-137.

Chow, S.K., & Tam, B.M. (2014). Is the kidney disease quality of life-36 (KDQOL-36) a valid instrument for Chinese dialysis patients? BMC Nephrol, 15:199.

Christensen, A.J., & Ehlers, S.L. (2002). Psychological factors in end-stage renal disease: an emerging context for behavioral medicine research”, J Consult ClinPsychol, 70:712-724.

Clarke, A.L., Yates, T., Smith, A.C., et al. (2016). Patient's perceptions of chronic kidney disease and their association with psychosocial and clinical outcomes: a narrative review. Clinical Kidney Journal, 9:494-502.

Covic, A., Seica, A., Mardare, N., et al. (2006). A longitudinal study on changes in quality of life and illness representations in long-term hemodialysis patients with low comorbidity. *Mædica - A Journal of Clinical Medicine*, 1:12-19.

Cukor, D., Coplan, J., Brown, C., et al. (2007). Depression and anxiety in urban hemodialysis patients. *Clin J Am SocNephrol*, 2:484-490.

DiMatteo, M.R., Lepper, H.S., & Croghan, T.W. (2000). Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Arch Intern Med*, 160:2101-2107.

Economou M, Madianos M, Peppou LE, Patelakis A, Stefanis CN (2013). Major depression in the era of economic crisis: a replication of a cross-sectional study across Greece. *J Affect Disord*. 145:308-14.

Einwohner, R., Bernardini, J., Fried, L., et al. (2004). The effect of depressive symptoms on survival in peritoneal dialysis patients. *Perit Dial Int*, 24:256-263.

Fountoulakis KN, Iacovides A, Samolis S, (2001). Reliability, validity and psychometric properties of the Greek translation of the Zung Depression Rating Scale. *BMC Psychiatry*. 1:6.

Gallo, W., Bradley, E., Teng, H., et al. (2006). The effect of recurrent involuntary job loss on the depressive symptoms of older US workers. *Inter Arch Occup Environ Health*, 80:109–116.

Gayomali, C., Sutherland, S., & Finkelstein, F.O. (2008). The challenge for the caregiver of the patient with chronic kidney disease. *Nephrol Dial Transplant*, 23:3749-3751.

Gerogianni, G.K., & Babatsikou, F.P. (2013). Identification of stress in chronic haemodialysis. *Health Science Journal*, 7:169-176.

Gerasimoula, K., Lefkothea, L., Maria, L., et al. (2015). Quality of life in hemodialysis patients. *Materia Socio-Medica*, 27:305-309.

Ginieri-Coccossis, M., Theofilou, P., Synodinou, C., et al. (2008). Quality of life, mental health and health beliefs in haemodialysis and peritoneal dialysis patients: Investigating differences in early and later years of current treatment”, BMC Nephrology, 9:1-9.

Halimi, J.M., Joly, D., Combe, C., et al. Blood pressure and proteinuria control remains a challenge in patients with type 2 diabetes mellitus and chronic kidney disease: experience from the prospective observational ALICE-PROTECT study. BMC Nephrology, 17:135, 2016.

Huertas-Vieco, M.P., Pérez-García, R., Albalade, M., et al. (2014). Psychosocial factors and adherence to drug treatment in patients on chronic haemodialysis. Nefrologia, 34:737-742.

Jung, H.Y., Jang, H.M., Kim, Y.W., et al. (2016). Depressive Symptoms, Patient Satisfaction, and Quality of Life Over Time in Automated and Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis Patients: A Prospective Multicenter Propensity-Matched Study. Gibson. RC, ed. Medicine, 95:e3795.

Kapsou M, Panayiotou G, Kokkinos CM, et al (2010). Dimensionality of coping: An empirical contribution to the construct validation of the Brief – Cope with a Greek – speaking sample. Journal of Health Psychology 15:215-229.

Kishore Kumar, B., & Vijai Anand Babu, B. (2015). Quality of Life in Relation to Severity of Anemia in End Stage Renal Disease Patients on Maintenance Hemodialysis. Sch. J. App. Med. Sci, 3:482-486.

Kraus, M.A., & Hamburger, R.J. (1997). Sleep apnea in renal failure. Adv Perit Dial, 13: 88-92.

Lawrence, E. (2012). The Impact of Chronic Illness on the Family, 21-25.

Lopes, A.A., Albert, J.M., Young, W.E., et al. (2004). Screening for depression in hemodialysis patients: associations with diagnosis, treatment and outcomes in the DOPP. *Kidney int.*, 66:2047–2053.

Mandal, B., & Roe, B. (2008). Job loss, retirement and the mental health of older Americans. *J Ment Health Pol Econ*, 11:167–176.

Maung SC, El Sara A, Chapman C, et al (2016). Sleep disorders and chronic kidney disease. *World Journal of Nephrology*. 5:224–232.

Merkus, M.P., Jager, K.J., Dekker, F.W., et al. (1999). Quality of life over time in dialysis: the Netherlands Cooperative Study on the Adequacy of Dialysis. The Necosad Study Group. *Kidney Int*, 56:720–728.

Michopoulos I, Kalkavoura C, Michalopoulou P (2007). Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS): Validation in a Greek general hospital sample. *Psychiatriki*. 18:5-12

Miech, R.A., Caspi, A., Moffitt, T.E., et al. (1999). Low socioeconomic status and mental disorders: A longitudinal study of selection and causation during young adulthood. *Am J Sociol*, 104:112–147.

Morgan, C., & Bhurgra, D. (2010). *Principles of Social Psychiatry*. John Wiley & Sons, West Sussex, 215–226.

Muntaner, C., Eaton, W., Miech, R., et al. (2004). Socioeconomic position and major mental disorders. *Epidemiol Rev*, 26:53–62.

Nemeth CL, Harrell CS, Beck KD, et al (2013). Not all depression is created equal: sex interacts with disease to precipitate depression. *Biol Sex Differ*. 4:8.

Ossareh, S., Tabrizian, S., Zebajadi, M., et al. (2014). Prevalence of depression in maintenance hemodialysis patients and its correlation with adherence to medications”, *Iran J Kidney Dis.*, 8:467-474.

Reichsman, F., & Levy, N. (1977). Problems in Adaptation to maintenance haemodialysis. In Moos RH. Coping with physical illness. New York, Plenum Medical Book Company, 311-328.

Remes O, Brayne C, van der Linde R, et al (2016). A systematic review of reviews on the prevalence of anxiety disorders in adult populations. *Brain Behav*.6:e00497.

Ritsher, J.E., Warner, V., Johnson, J.G., et al. (2001). Intergenerational longitudinal study of social class and depression: A test of social causation and social selection models. *Br J Psychiatry*, 178:84–90.

Sanavia, S., & Afshar, R. (2012). Depression in patients undergoing conventional maintenance hemodialysis: The disease effects on dialysis adequacy. *Dial Traspl*, 33:13-16.

Santoro, D., Ingegnieri, M.T., Vita, G., et al. (2015). Socio-Economic Factors, Food Habits and Phosphorus Levels in Patients on Hemodialysis. *Nephro-urology Monthly*, 7:e27114.

Sattar, S., Khan, N., Ahmad, F. et al. (2016). Post-dialysis effects in patients on haemodialysis. *J Pak Med Assoc*, 66:781-8.

Soldatos CR, Dikeos DG, Paparrigopoulos TJ (2000). Athens Insomnia Scale: validation of an instrument based on ICD-10 criteria. *J Psychosom Res*. 48:555-560.

Surman, O. (1987). Haemodialysis and Renal Transplantation. In Hackett, T.P., & Cassem, N.H. *Handbook of General Hospital Psychiatry*. Littleton Massachusetts, PSG Publishing Company, 381-402.

Tsai, T.C., Liu, S.I., Tsai, J.D., et al. (2006). Psychosocial effects on caregivers for children on chronic peritoneal dialysis, 70:1983-1987.

Udaya Kumar, T.R., Amalraj, A., Soundarajan, P., et al. (2003). Level of stress and coping abilities in patients on chronic hemodialysis and peritoneal dialysis. *Indian J Nephrol*, 89-91.

Vazquez, I., Valderrabano, F., Fort, I., et al. (2004). Differences in health-related quality of life between male and female haemodialysis patients. *Nefrologia*, 24:167-178.

Williams, S.W., Tell, G.S., Zheng, B., et al. (2002). Correlates of sleep behavior among hemodialysis patients. The kidney outcomes prediction and evaluation(KOPE) study. *Am J Nephrol*, 22: 18-28.

Ελληνική Βιβλιογραφία

Γριβέας Ι., & Κυρίτσης, Η. (2016). Χρόνια νεφρική νόσος. Αιμοκάθαρση. *Νεφροϊατρική, Νεφρός Νέας Ιωνίας*, 16-29, 42-44.

Θεοφίλου, Π. (2011^α). Ποιότητα ζωής και χρόνια νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου: μία ποιοτική ανάλυση. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*, τόμος 3, τεύχος 2, 70-80.

Θεοφίλου, Π.Α. (2011^β). Ποιότητα ζωής, κατάθλιψη και άγχος σε ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο: ο ρόλος των αντιλήψεων για την υγεία. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, τόμος 4, τεύχος 2, 38-46.

Θεοφίλου, Π.Α. (2010). Ψυχιατρικές διαταραχές στη χρόνια περιοδική αιμοκάθαρση. Το βήμα του Ασκληπιού, τόμος 9ος, τεύχος 4, 420-440.

Καϊτελίδου, Δ., Λιαρόπουλος, Λ., Σίσκου, Ο., και συν. (2007). Οι κοινωνικές και οικονομικές συνέπειες της αιμοκάθαρσης στη ζωή των ασθενών με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια. *Νοσηλευτική*, τόμος 46, τεύχος 2, 246–255.

Κάτση, Χ.Μ., Γκράμο, Λ., Μπομπάι, Δ.Ε., και συν. (2013). Επίπτωση της Κατάθλιψης σε Αιμοκαθαιρόμενους Ασθενείς. *Νοσηλευτική*, τόμος 52, τεύχος 1, 93-100.

Κοσμαδάκης, Γ.Χ. (2010). Διαταραχές του ύπνου σε ασθενείς υπό χρόνια περιοδική αιμοκάθαρση. Ελληνική Νεφρολογία, 22:69-77.

Λένη, Α.Ε., Τουρκογιάννη, Μ., Σταυροπούλου Α., και συν. (2013). Ποιότητα ζωής ασθενών με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια. Περιεγχειρητική νοσηλευτική, τόμος 2, τεύχος 2, 84-92.

Μάτζιου-Μεγαπάνου, Β. Ψυχοκοινωνικά προβλήματα ασθενών εξωνεφρικής κάθαρσης, στο: Μάτζιου-Μεγαπάνου, Β., «Νεφρολογική Νοσηλευτική». Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός, 125-131.

Μπουγά Γ., &Πιτσιώνης, Γ. (2014). Ψυχιατρικές διαταραχές αιμοκαθαιρόμενων ασθενών. Περιεγχειρητική Νοσηλευτική, τόμος3, τεύχος 2, 80-87.

Μωυσιάδου, Ε., Μαντουλίδης, Ν., Μπαλαουί, Α., και συν. (2016). Στρατηγικές διαχείρισης αγχογόνων καταστάσεων. Dialysisliving, τεύχος 44, 42-50.

Μωυσιάδου, Ε., Μαντουλίδης, Ν., Μπαλαουί, Γ., και συν. (2015). Η κατάθλιψη στους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς. Dialysisliving, τεύχος 42, 6-12.

Οικονομίδου, Γ., Ζλατάνος, Δ., Βαϊόπουλος, Χ., και συν. (2005). Κατάθλιψη ασθενών με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια. DialysisLiving, 14: 22-32.

Οικονομίδου, Γ., Ζλατάνος, Δ., Βαϊόπουλος, Χ., και συν. (2005). Κατάθλιψη ασθενών με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια. Συχνότητα εμφάνισης κατάθλιψης ασθενών με Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια στη μονάδα τεχνητού νεφρού του Γενικού Νοσοκομείου Ξάνθης», DialysisLiving, τεύχος 14, 22-32.

Πρίντζα Ν., & Παπαχρήστου, Φ. (2013). Χρόνια νεφρική νόσος στα παιδιά. Παιδιατρική Βορείου Ελλάδος, τόμος 25, 7-14.

Πρωτόκολλα/παθήσεις των νεφρών/χρόνια νεφρική νόσος. Ελληνική Νεφρολογική Εταιρεία. Κλινικές οδηγίες για την χρόνια νεφρική νόσο (ΧΝΝ), 2011.

<http://www.ahepahosp.gr/downloads>, διαθέσιμο 13/9/2016

Σπυρίδη, Σ., Ιακωβίδης Α., & Καπρίνης, Γ. (2008). Νεφρική ανεπάρκεια: Βιολογικές και ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις», Ψυχιατρική, τόμος 19, τεύχος 1, 28-34.

Τουλιά Γ., & Κουτσοπούλου, Β. (2013). Ποιότητα ζωής αυτοκαθαιρόμενων ασθενών. Περιεγχειρητική Νοσηλευτική, τόμος 4, τεύχος 1, 10-18.

Τούντας Γ., & Σουλιώτης, Κ. (2013). Οδηγός του πολίτη με χρόνια νεφρική νόσο. Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής, 23-25, 27-50