

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΔΙΑΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΕΙΔΙΚΕΥΣΗ: ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

**ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΣΕ
ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ: ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ
ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ**

ΚΑΛΛΙΟΠΗ Π. ΦΙΛΙΠΠΑ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ Π.Ε.

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΘΗΝΑ 2018

**ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΣΕ
ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ: ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ
ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ**

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΔΙΑΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΕΙΔΙΚΕΥΣΗ: ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

**ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΣΕ
ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ: ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ
ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ**

ΚΑΛΛΙΟΠΗ Π. ΦΙΛΙΠΠΑ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ Π.Ε.

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΘΗΝΑ 2018

ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ Π. ΣΟΥΡΤΖΗ (ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ)

ΑΝΑΠ. ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ Δ. ΚΑΪΤΕΛΙΔΟΥ

ΕΠΙΚ. ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ Σ. ΚΑΤΣΑΡΑΓΑΚΗΣ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	5
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	6
Νεφρός και Φυσιολογική Λειτουργία του	6
Νεφρική Ανεπάρκεια	7
Επιδημιολογία Χρόνιας Νεφρικής Ανεπάρκειας.....	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	10
Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής	10
Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής σε ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια.....	12
Διεθνή δεδομένα σχετικά με την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία χρόνια νεφροπαθών ασθενών	13
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	15
ΣΚΟΠΟΣ.....	15
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	16
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	18
Χαρακτηριστικά μελετών	18
Ποιότητα ζωής ασθενών με χρόνια νεφροπάθεια.....	24
Ψυχοκοινωνικοί και δημογραφικοί παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής ασθενών με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια.....	27
Ποιότητα ζωής αιμοκαθαιρόμενων ασθενών.....	29
Σύγκριση ποιότητας ζωής μεταξύ αιμοκαθαιρόμενων ασθενών και περιτοναϊκά καθαιρόμενων ασθενών	35
Σύγκριση ποιότητας ζωής μεταξύ αιμοκαθαιρόμενων ασθενών, περιτοναϊκά καθαιρόμενων ασθενών και μεταμοσχευμένων ασθενών	42
Ποιότητα ζωής μετά από τη μεταμόσχευση νεφρού	46
Ποιότητα ζωής σε παιδιατρικούς ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια	51
ΣΥΖΗΤΗΣΗ	53
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	60
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	62
ABSTRACT.....	64
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	66

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια αποτελεί μία από τις πιο διαδεδομένες νόσους της σύγχρονης εποχής με υψηλά ποσοστά νοσηρότητας και θνητότητας. Ένα σύγχρονο εργαλείο στην αξιολόγηση του κατάστασης υγείας των ασθενών και χρησιμοποιείται από μεγάλο αριθμό επαγγελματιών υγείας. Στην παρούσα συστηματική ανασκόπηση συγκεντρώθηκαν άρθρα τα οποία αφορούσαν την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής χρόνιων νεφροπαθών ασθενών στην Ελλάδα με τη χρήση ειδικών ερωτηματολογίων, η προσεκτική μελέτη τους και έγινε προσπάθεια εξαγωγής κοινών αποτελεσμάτων για τη δημιουργία αξιόπιστων συμπερασμάτων.

Όσον αφορά τη διάρθρωση της εργασίας, αρχικά έγινε αναφορά στις βασικές έννοιες του θέματος της συστηματικής ανασκόπησης, δηλαδή τη χρόνια νεφρική ανεπάρκεια και την ποιότητα ζωής. Ύστερα έγινε η αναφορά του σκοπού της εργασίας και η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε για τη συγκέντρωση των άρθρων. Στη συνέχεια ακολουθούν τα αποτελέσματα, όπου έγινε αναφορά όλων των ερωτηματολογίων που χρησιμοποιήθηκαν στις μελέτες που συγκεντρώθηκαν με τη χρήση ενός πίνακα, όπως επίσης και η αναλυτική αναφορά των αποτελεσμάτων της κάθε μελέτης και συλλογή των χαρακτηριστικών της κάθε μίας μελέτης σε ξεχωριστό πίνακα. Επιπλέον, έγινε σύγκριση και ομαδοποίηση των αποτελεσμάτων που εξάχθηκαν από κάθε μελέτη για τις μελέτες που είχαν μελετώμενο πληθυσμό με κοινά χαρακτηριστικά. Τέλος, καταγράφηκαν τα συμπεράσματα που προέκυψαν από τα αποτελέσματα των μελετών της συστηματικής ανασκόπησης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Νεφρός και Φυσιολογική Λειτουργία του

Οι νεφροί αποτελούν ένα από τα σημαντικότερα όργανα για τη φυσιολογική λειτουργία του ανθρώπινου οργανισμού. Ένας άνθρωπος διαθέτει φυσιολογικά δύο νεφρούς οι οποίοι έχουν σχήμα φασολιού και βρίσκονται στο οπίσθιο τοίχωμα της κοιλιακής χώρας, αμφοτερόπλευρα της σπονδυλικής στήλης (1), (2). Βρίσκεται σε στενή επαφή με άλλα όργανα του ανθρώπινου συστήματος όπως το ήπαρ, τα επινεφρίδια, το δωδεκαδάκτυλο και το παχύ έντερο, ενώ συνορεύουν με το διάφραγμα, το οποίο αποτελεί τον βασικότερο μυ για την εκπόνηση της αναπνοής (1), (2). Κάθε νεφρός αιματώνεται από τη νεφρική αρτηρία και τη νεφρική φλέβα και νευρώνεται από το νεφρικό πλέγμα που αποτελεί κλάδο των νεύρων της κοιλιακής χώρας (1), (2). Επίσης, από κάθε νεφρό εκβάλλει ένας ουρητήρας ο οποίος καταλήγει στην ουροδόχο κύστη (1). Δομικά ο κάθε νεφρός περιβάλλεται από τρία στρώματα από έξω προς τα έξω: α) την πραγματική κάψουλα, β) το περινεφρικό λίπος, και, γ) τη νεφρική περιτονία (1), (2). Τέλος, βασική λειτουργική μονάδα του νεφρού αποτελεί ο νεφρώνας, μία πολύπλοκη μικροσκοπική δομή η οποία ευθύνεται για την επιτέλεση των φυσιολογικών λειτουργιών του νεφρού (2). Ένας νεφρός αποτελείται φυσιολογικά από ένα εκατομμύριο νεφρώνες (2).

Οι βασικές λειτουργίες των νεφρών είναι οι εξής: α) η διήθηση και η απέκκριση άχρηστων προϊόντων του μεταβολισμού, β) η ρύθμιση και συντήρηση υγρών, ηλεκτρολυτών και οξεοβασικής ισορροπίας, γ) η ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης μέσω του συστήματος ρενίνης – αγγειοτενσίνης – αλδοστερόνης, δ) η ρύθμιση της παραγωγής ερυθροκυττάρων μέσω της έκκρισης ερυθροποιητίνης, και, ε) η ρύθμιση του ασβεστίου στον ανθρώπινο οργανισμό μέσω παραγωγής της καλσιτριόλης και της δραστηριοποίησης της βιταμίνης D (2). Ο βαθμός λειτουργίας των νεφρών υπολογίζεται κατά κύριο λόγο από τον Ρυθμό Σπειραματικής Διήθησης (GFR-Glomerular Filtration Rate), ο οποίος δείχνει την ποσότητα των υγρών που διηθείται στους νεφρούς και του οποίου ο βαθμός μειώνεται φυσιολογικά με την αύξηση της ηλικίας (3). Ο φυσιολογικός ρυθμός του GFR σε έναν άνθρωπο ηλικίας 20 ετών είναι 100-110 ml/min/1,73 m² ενώ με την αύξηση της ηλικίας μειώνεται σταδιακά και μπορεί να φτάσει μέχρι και λίγο πιο κάτω από 60 ml/min/1,73 m² (3). Έτσι, οποιαδήποτε βλάβη που μπορεί να επέλθει στη λειτουργία των νεφρών μπορεί να επηρεάσει σε μεγάλο βαθμό τον Ρυθμό Σπειραματικής

Διήθησης των νεφρών του ανθρώπινου οργανισμού, όπως συμβαίνει στην περίπτωση της νεφρικής ανεπάρκειας (3).

Νεφρική Ανεπάρκεια

Η νεφρική ανεπάρκεια είναι μία ασθένεια που χαρακτηρίζεται από τη σταδιακή απώλεια της φυσιολογικής λειτουργίας των νεφρών που περιλαμβάνει το φιλτράρισμα περιττών ουσιών από τον οργανισμό με σκοπό την αποβολή τους και διάφορες ρυθμιστικές λειτουργίες του οργανισμού (4). Αν οι περιττές αυτές ουσίες συσσωρευτούν, τότε μπορούν να προκαλέσουν διαταραχές στα υγρά, στους ηλεκτρολύτες, στην οξεο-βασική ισορροπία και στην ενδοκρινή και μεταβολική λειτουργία του οργανισμού (4). Σημαντική απώλεια της λειτουργίας των νεφρών μπορεί να οδηγήσει σε νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου, η οποία αποτελεί μια χρόνια ασθένεια που απαιτεί συνεχείς ιατρικές και νοσηλευτικές παρεμβάσεις, όπως είναι η επαναλαμβανόμενη αιμοκάθαρση και η συνεχής εκπαίδευση όσον αφορά τις καθημερινές δραστηριότητες, τη συνεχή φαρμακευτική αγωγή, τη διατροφή, και ιδιαίτερα τη λήψη υγρών (5), (6). Συνήθεις αιτίες για την πρόκληση εμφάνισης της νεφρικής ανεπάρκειας τελικού σταδίου είναι η χρόνια σπειραματονεφρίτιδα, η χρόνια πυελονεφρίτιδα, η υπερτασική νεφροσκλήρυνση, η πολυκυστική νεφρική νόσος, λοιμώξεις, φάρμακα, τοξίνες, ο διαβήτης, ο συστηματικός ερυθματώδης λύκος κ.τ.λ. (7).

Η νεφρική ανεπάρκεια χωρίζεται σε στάδια με βάση τον Ρυθμό Σπειραματικής Διήθησης (GFR). Το 1^ο στάδιο χαρακτηρίζεται από νεφρική βλάβη με φυσιολογική ή αυξημένη GFR με τιμές ίσες ή μεγαλύτερες του 90 ml/min/1,73 m². Το 2^ο στάδιο χαρακτηρίζεται από μικρή μείωση του GFR με τιμές 60 – 89 ml/min/1,73 m² ενώ το 3^ο στάδιο χαρακτηρίζεται από μέτρια μείωση του GFR με τιμές 30-59 ml/min/1,73 m². Το 4^ο στάδιο νεφρικής ανεπάρκειας σχετίζεται με τιμές GFR 15 - 29 ml/min/1,73 m². Τέλος, η νεφρική ανεπάρκεια που αφορά το θέμα της συστηματικής ανασκόπησης σχετίζεται με τιμές GFR μικρότερες από 15 ml/min/1,73 m². Συμπτώματα νεφρικής ανεπάρκειας εμφανίζονται συνήθως στο 4^ο και 5^ο στάδιο της νεφρικής ανεπάρκειας (3).

Η πιο διαδεδομένη θεραπευτική παρέμβαση για την αντιμετώπιση της νεφρικής ανεπάρκειας τελικού σταδίου είναι η Αιμοδιάλυση ή Αιμοκάθαρση, όπου χρησιμοποιείται ένα πολύπλοκο

μηχάνημα για κάθε ασθενή, το οποίο μιμείται τη φυσιολογική λειτουργία των νεφρών ενός οργανισμού, για την αποβολή περιττών ουσιών (8). Άλλοι τρόποι θεραπευτικής παρέμβασης της νεφρικής ανεπάρκειας αποτελούν η περιτοναϊκή κάθαρση, σπανιότερα η νυχτερινή αιμοκάθαρση στο σπίτι και, επιπλέον, η μεταμόσχευση νεφρού από ζωντανό ή θανόντα δότη (5), (9), (10).

Επιδημιολογία Χρόνιας Νεφρικής Ανεπάρκειας

Στη σύγχρονη κοινωνία, ο επιπολασμός της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας έχει αυξηθεί ραγδαία εξαιτίας του φαινομένου της γήρανσης του πληθυσμού. Η γήρανση του πληθυσμού έχει αυξήσει την εμφάνιση και τη διάρκεια και άλλων χρόνιων νοσημάτων όπως είναι ο σακχαρώδης διαβήτης, η αρτηριακή υπέρταση και η παχυσαρκία, οι οποίες ασθένειες είναι άμεσα συνδεδεμένες με τη νεφρική ανεπάρκεια (11), (12), (13).

Με βάση διεθνή δεδομένα, ο επιπολασμός της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας είναι 242 ανά ένα εκατομμύριο άτομα παγκοσμίως και οι συνολικές δαπάνες για τις θεραπευτικές παρεμβάσεις της ασθένειας αυτής εκτιμώνται να είναι πάνω από ένα τρισεκατομμύριο χρηματικές μονάδες (14). Λόγω του μεγάλου αυτού κόστους, γίνονται συνεχείς προσπάθειες εκπόνησης προγραμμάτων για περιορισμό του κόστους, ενώ δίνεται μεγάλη σημασία στην πρόληψη και ανίχνευση και πρόληψη της εμφάνισης της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας (15). Για παιδιά ή εφήβους, ο επιπολασμός είναι περίπου εννέα νέα περιστατικά ανά εκατομμύριο παγκοσμίως ανά έτος (16). Επιπλέον, διεθνή δεδομένα δείχνουν ότι 5-10 εκατομμύρια άνθρωποι ετησίως χάνουν τη ζωή τους από χρόνια νεφρική ανεπάρκεια (17). Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας θεωρεί τη χρόνια νεφρική ανεπάρκεια ως ζήτημα δημόσιας υγείας διεθνώς (18).

Στην Ελλάδα, το 2002 εκτιμήθηκε ότι γύρω στους 10.000 ασθενείς έπασχαν από χρόνια νεφρική ανεπάρκεια (5). Νέα δεδομένα του 2017 δείχνουν ότι περίπου το 10% του πληθυσμού της Ελλάδας, πάσχει από κάποιου βαθμού χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας ενώ κατά την επόμενη δεκαετία το ποσοστό αυτό αναμένεται να αυξηθεί στο 17% του πληθυσμού της χώρας, το οποίο οφείλεται στη σταδιακή αύξηση των ανθρώπων που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη στην Ελλάδα (18).

Σύμφωνα με τα νεότερα δεδομένα του ετήσιου μητρώου της εταιρίας ERA - EDTA (European Renal Association – European Dialysis and Transplant Association) στο τέλος του 2015 (31 Δεκεμβρίου) για την Ελλάδα, ο επιπολασμός της θεραπείας υποκατάστασης νεφρικής λειτουργίας ήταν 1235 ανά εκατομμύριο στο γενικό πληθυσμό στην Ελλάδα, ενώ ο καταγεγραμμένος πληθυσμός στο μητρώο του ERA – EDTA που υποβάλλονταν σε θεραπεία υποκατάστασης ήταν περίπου 11.000. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ανθρώπων που υποβάλλονταν σε θεραπεία υποκατάστασης ήταν ανδρικού φύλου ενώ η μέση ηλικία των ανθρώπων αυτών ήταν τα 68 έτη. Όσον αφορά στις θεραπείες που ακολουθούνταν, το 75,1% υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση, το 5,3% υποβάλλονταν σε περιτοναϊκή διάλυση και το 19,6% είχε υποβληθεί σε μεταμόσχευση νεφρού. Τέλος, μετρήθηκαν 11 μεταμοσχεύσεις νεφρού ανά εκατομμύριο γενικού πληθυσμού, από τους οποίους το 67% έλαβε μόσχευμα από θανόντα ενώ το 33% από ζωντανό δότη (19).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής

Η Ποιότητα Ζωής που σχετίζεται με την υγεία (Health-related quality of life – HRQOL) είναι μία πολυδιάστατη έννοια που περιλαμβάνει τις επιμέρους έννοιες της σωματικής υγείας, της κοινωνικής ζωής, της ψυχικής υγείας, τον πόνο, και γενικές αντιλήψεις για την υγεία, ενώ μετριέται με ειδικά ερωτηματολόγια τα οποία χρησιμοποιούνται για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής ατόμων που πάσχουν από κάποια ασθένεια (20), (21). Μια άλλη ερμηνεία που έχει δοθεί στην ποιότητα ζωής είναι «ο βαθμός στον οποίο οι ελπίδες και οι φιλοδοξίες ταιριάζουν με την εμπειρία, ενώ ο ρόλος της ιατρικής περίθαλψης είναι η προσπάθεια μείωσης του χάσματος μεταξύ των ελπίδων των ασθενών και του τι πραγματικά συμβαίνει» (22). Γενικότερα, αποτελεί μία σχετικά νέα έννοια στις επιστήμες υγείας που συνεχώς διαφοροποιείται και προσαρμόζεται σε νέες επιθυμίες, προσδοκίες και ανάγκες και που σχετίζεται με τη συνολική ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας (23).

Η ποιότητα ζωής στη σύγχρονη εποχή θεωρείται από τους επαγγελματίες υγείας ένα πολύ σημαντικό κριτήριο για την αξιολόγηση της θεραπείας και του σχεδίου φροντίδας που θα ακολουθήσει ένας ασθενής (9). Στη μελέτη της ποιότητας ζωής έχει συμβάλλει και η προοδευτική επικράτηση της ολιστικής προσέγγισης στην υγεία και της άποψης ότι ο ασθενής πρέπει να αποτελεί το επίκεντρο της ιατρικής πράξης (patient-centered medicine) (24). Όσο καλύτερη είναι η ποιότητα ζωής ενός ασθενούς τόσο πιο εύκολα προσαρμόζεται στη θεραπεία του (6). Αποτελεί, επίσης, έναν σημαντικό δείκτη για την μέτρηση της σοβαρότητας μιας ασθένειας, την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της θεραπείας που ακολουθεί ο ασθενής και την αποτροπή δυσάρεστων συνεπειών. Ένα από τα πιο ευρέως διαδεδομένα εργαλεία για την αξιολόγηση σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητας ζωής αποτελεί το Short Form 36 Health Survey questionnaire (SF – 36) (5).

Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής μπορεί να διερευνηθεί σε δύο διαστάσεις, την αντικειμενική αντίληψη από μέρους του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και την υποκειμενική αντίληψη των ασθενών, όπου οι ασθενείς αξιολογούν την πραγματική ποιότητα ζωής τους σε σχέση με την ποιότητα ζωής που αναμένουν ή ελπίζουν να έχουν (25). Ωστόσο, κάθε διάσταση χαρακτηρίζεται από πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα. Αν και η οπτική γωνία του

ιατρονοσηλευτικού προσωπικού μπορεί να είναι αντικειμενική και να καταγράφει ακριβή δεδομένα, μπορεί να μην αντιλαμβάνονται πλήρως τις σωματικές και συναισθηματικές αλλαγές που μπορεί να βιώνουν οι ασθενείς (25). Από την άλλη πλευρά, οι ίδιοι οι ασθενείς μπορεί να μην έχουν τις κατάλληλες γνώσεις για να καταγράψουν ακριβώς τα συμπτώματα τα οποία μπορεί να βιώνουν και το επίπεδο λειτουργικότητάς τους με πλήρη αντικειμενικότητα (25).

Η κακή ποιότητα ζωής ενός ανθρώπου έχει αποδειχθεί ότι σχετίζεται με πολλούς παράγοντες, όπως είναι η προχωρημένη ηλικία, το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, η αδυναμία για αυτοφροντίδα και διεκπεραίωση καθημερινών δραστηριοτήτων, η κακή ψυχική υγεία (π.χ. κατάθλιψη) και η εμφάνιση μιας ασθένειας (11), (26). Σημαντικό παράγοντα που επηρεάζει την ποιότητα ζωής των ασθενών αποτελεί η αναπτυσσόμενη θεραπευτική σχέση μεταξύ ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και ασθενή. Η αποτελεσματικότητα της θεραπείας και η ποιότητα της συνολικής φροντίδας υγείας στην αντιμετώπιση της ασθένειας, με αποτέλεσμα τη βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενούς, είναι σημαντικές παράμετροι για την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία (23).

Σύγχρονες μελέτες έχουν δείξει ότι η ποιότητα ζωής και η ψυχική υγεία ενός ατόμου που πάσχει από μία χρόνια ασθένεια σχετίζεται με τις απόψεις και τις πεποιθήσεις που αναπτύσσει το άτομο για την υγεία, την ασθένεια και τη θεραπεία αυτής (health beliefs) (10). Ο κάθε ασθενής όταν έρχεται αντιμέτωπος με μία ασθένεια, δημιουργεί προσωπικές ερμηνείες και αναπαραστάσεις σχετικά με την ασθένεια αυτή έτσι ώστε να αισθανθεί ότι έχει τη δυνατότητα να αντιμετωπίσει τα προβλήματα τα οποία θα προκύψουν κατά τη διάρκεια της θεραπείας (10). Υπάρχουν μελέτες που διερευνούν τις προστατευτικές ενέργειες που υιοθετεί το κάθε άτομο απέναντι σε δυσάρεστα συναισθήματα και προβλήματα που μπορούν να παρουσιαστούν κατά τη διάρκεια μιας θεραπείας, τα οποία είναι ιδιαίτερα για κάθε άτομο (6). Η ποιότητα ζωής αποτελεί έναν σημαντικό δείκτη στην αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των μηχανισμών αντιμετώπισης που υιοθετούν οι ασθενείς (6).

Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής σε ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια

Η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια είναι μία ασθένεια που έχει σοβαρές επιδράσεις στην ποιότητα ζωής των ασθενών, όσον αφορά στην κοινωνική, οικονομική, σωματική και ψυχολογική τους κατάσταση (27). Παρ' όλες τις εξελίξεις στη θεραπεία της νόσου, έχει διαπιστωθεί ότι η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των ασθενών με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια είναι σημαντικά χαμηλότερου βαθμού σε σχέση με αυτήν του γενικού πληθυσμού σε ποσοστό πάνω από το 50% του συνόλου των νεφροπαθών παγκοσμίως (20), (28). Επιπλέον, τα άτομα αυτά βιώνουν έντονα αισθήματα άγχους και κατάθλιψης λόγω των περιορισμών σε πολλές πτυχές της καθημερινής τους ζωής (29), (30).

Για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής σε ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια έχουν αναπτυχθεί αρκετά εργαλεία παγκοσμίως από τα οποία το καθένα μελετά διάφορες διαστάσεις της ποιότητας ζωής του ατόμου. Πέρα από το SF-36, το οποίο προαναφέρθηκε, άλλα ευρέως διαδεδομένα εργαλεία αξιολόγησης της ποιότητας ζωής που όμως εστιάζουν κυρίως σε ασθενείς με χρόνια νεφροπάθεια είναι τα Kidney Transplant Questionnaire, Kidney Disease Questionnaire και Kidney Disease Quality of Life (KDQOL) (5).

Όσον αφορά στους ασθενείς που βρίσκονται στο τελικό στάδιο της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας και που λαμβάνουν κάποιου είδους θεραπεία, διερευνώνται κυρίως οι διαφορές στην ποιότητα ζωής ανάμεσα στους ασθενείς που λαμβάνουν διαφορετικού είδους θεραπεία, συνήθως ανάμεσα σε αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς, περιτοναϊκά καθαιρόμενους ασθενείς και μεταμοσχευμένους ασθενείς (11). Επιπλέον, η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής αποτελεί ένα από τα κυριότερα εργαλεία που χρησιμοποιούνται σε ασθενείς ύστερα από μεταμόσχευση νεφρού (6), (9).

Συνοψίζοντας τα ανωτέρω, οι παράμετροι που διερευνώνται όσον αφορά την σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής είναι οι εξής: σωματική δραστηριότητα και ικανότητα για εργασία, ψυχολογική κατάσταση (ικανοποίηση, ευχαρίστηση, ευημερία, αυτοπεποίθηση, πίεση, άγχος, κατάθλιψη και θλίψη), κοινωνική προσαρμογή (επαγγελματική αποκατάσταση, ψυχαγωγία, αναψυχή, οικογενειακές και κοινωνικές σχέσεις), δημογραφικά χαρακτηριστικά (φύλο, ηλικία, φυλή, οικονομική και κοινωνική κατάσταση, ψυχική κατάσταση, μορφωτικό επίπεδο), παράγοντες που σχετίζονται με τη νόσο (πρώιμη ανίχνευση, τακτική παρακολούθηση,

βιολογικές διαταραχές που σχετίζονται με την ίδια τη νόσο ή την αιτία που προκάλεσε τη νόσο) και, τέλος, παράγοντες που σχετίζονται με το είδος της θεραπείας (αιμοκάθαρση, περιτοναϊκή κάθαρση, μεταμόσχευση) (7).

Διεθνή δεδομένα σχετικά με την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία χρόνια νεφροπαθών ασθενών

Η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των ασθενών με νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου είναι απαραίτητη σε μονάδες χρόνιας αιμοκάθαρσης των Η.Π.Α, διότι θεωρείται σημαντική παράμετρος στη θεραπευτική προσέγγιση των ασθενών (31). Αν και έχουν δημοσιευτεί αρκετά άρθρα σχετικά με την σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής σε νεφροπαθείς, οι ερευνητικές μελέτες που αναλύουν το κάθε σκέλος της ξεχωριστά είναι περιορισμένες ενώ τα αποτελέσματα αυτών είναι αμφιλεγόμενα (27). Προβλήματα τα οποία εμφανίζονται συχνά σε διεθνείς μελέτες όσον αφορά τη διερεύνηση της ποιότητας ζωής χρόνια νεφροπαθών ασθενών αποτελούν τα προβλήματα μεθοδολογίας της έρευνας, ο μικρός αριθμός του μελετώμενου πληθυσμού, η ανεπαρκής προσαρμογή στο αντικείμενο της έρευνας, η ποικιλία των εργαλείων αξιολόγησης που χρησιμοποιούνται, οι διαφορετικοί τρόποι συλλογής των δεδομένων και η ποικιλομορφία στην παρουσίαση των αποτελεσμάτων, πράγμα που προκαλεί σύγχυση μεταξύ των ερευνητών και στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων (20).

Επιπροσθέτως, η αύξηση του επιπολασμού της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας σε παιδιά και εφήβους παγκοσμίως έχει κινητοποιήσει το παιδιατρικό ιατρονοσηλευτικό προσωπικό στην ανάπτυξη εργαλείων αξιολόγησης σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητας ζωής για τους εν λόγω πληθυσμούς (23). Στην Ελλάδα ακόμα οι μελέτες όσον αφορά την ποιότητα ζωής παιδιών και εφήβων με χρόνια νεφροπάθεια είναι πολύ περιορισμένες (16).

Από συστηματικές ανασκοπήσεις που έχουν διεξαχθεί σε διεθνές επίπεδο, έχει παρατηρηθεί χαμηλό επίπεδο ποιότητας ζωής σε χρόνιους νεφροπαθείς, το οποίο σχετίζεται και με τα υψηλά ποσοστά νοσηρότητας και θνητότητας (6), (9), (28), (32). Άλλες μελέτες έχουν δείξει ότι οι περιτοναϊκά καθαιρόμενοι ασθενείς έχουν καλύτερη ποιότητα ζωής σε σχέση με τους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς. Επίσης, οι αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς πάσχουν από κατάθλιψη σε μεγαλύτερο βαθμό απ' ότι οι περιτοναϊκά καθαιρόμενοι, έχουν υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονίας

και έχουν πολλά ψυχοκοινωνικά προβλήματα στην καθημερινή τους ζωή (11). Την ποιότητα ζωής νεφροπαθών ασθενών φαίνεται να επηρεάζουν αρνητικά το γυναικείο φύλο, η άγαμη οικογενειακή κατάσταση και τα περισσότερα χρόνια θεραπείας (33). Επιπλέον, πολλές μελέτες συμφωνούν ότι η μεταμόσχευση νεφρού βελτιώνει σε μεγάλο βαθμό την φυσική κατάσταση και τη γενικότερη ποιότητα ζωής ενός χρόνιου νεφροπαθούς, ωστόσο, τα αποτελέσματα όσον αφορά την ψυχοκοινωνική τους κατάσταση είναι διφορούμενα (9), (34). Τέλος, έχει βρεθεί ότι η αυτό-αξιολόγηση του ασθενούς σχετικά με την ποιότητα ζωής του θεωρείται πιο αξιόπιστη σε σχέση με την κλινική αξιολόγηση από μέρους των επαγγελματιών υγείας (35).

Σε γενικότερα πλαίσια, σχεδόν όλες οι μελέτες που έχουν διεξαχθεί στο εξωτερικό όσον αφορά την ποιότητα ζωής σε ασθενείς με χρόνια νεφροπάθεια συμφωνούν ότι οι μεταμοσχευμένοι ασθενείς σημειώνουν τα καλύτερα επίπεδα ποιότητας ζωής σε σχέση με τους υπόλοιπους ασθενείς με χρόνια νεφροπάθεια (20). Στην περίπτωση της σύγκρισης ποιότητας ζωής των ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση, και των ασθενών που ακολουθούν περιτοναϊκή κάθαρση με τη χρήση διαφορετικών εργαλείων αξιολόγησης της ποιότητας ζωής τα αποτελέσματα των μελετών είναι αμφιλεγόμενα (20).

Όσον αφορά τις πεποιθήσεις για την υγεία (health beliefs) και την εστίαση του ελέγχου υγείας (health locus of control), έχει αποδειχθεί ότι η άποψη του ασθενή με χρόνια νεφροπάθεια στο αν ο ίδιος μπορεί να ελέγχει την ασθένειά του συνδέεται με χαμηλότερα επίπεδα κατάθλιψης και γενικά υψηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής, ενώ παράλληλα, έχει βρεθεί ότι ισχύει και το αντίστροφο, ότι δηλαδή τα αυξημένα επίπεδα ποιότητας ζωής σχετίζονται με αυξημένο έλεγχο της ασθένειας από τον ίδιο τον ασθενή (10). Ωστόσο, μελέτες από τη διεθνή βιβλιογραφία όσον αφορά την εσωτερική/εξωτερική εστίαση του ελέγχου είναι πολύ περιορισμένες (26).

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της παρούσας συστηματικής ανασκόπησης ήταν η αξιολόγηση της σχετιζόμενη με τη υγεία ποιότητα ζωής σε άτομα που πάσχουν από χρόνια νεφρική ανεπάρκεια στην Ελλάδα.

Κύριος στόχος ήταν η σύγκριση και η ομαδοποίηση των αποτελεσμάτων που προέκυψαν από τις μελέτες αυτές, με τη χρήση των ερωτηματολογίων, ώστε να προκύψουν αξιόπιστα συμπεράσματα για την ποιότητα ζωής των χρόνιων νεφροπαθών ασθενών στην Ελλάδα.

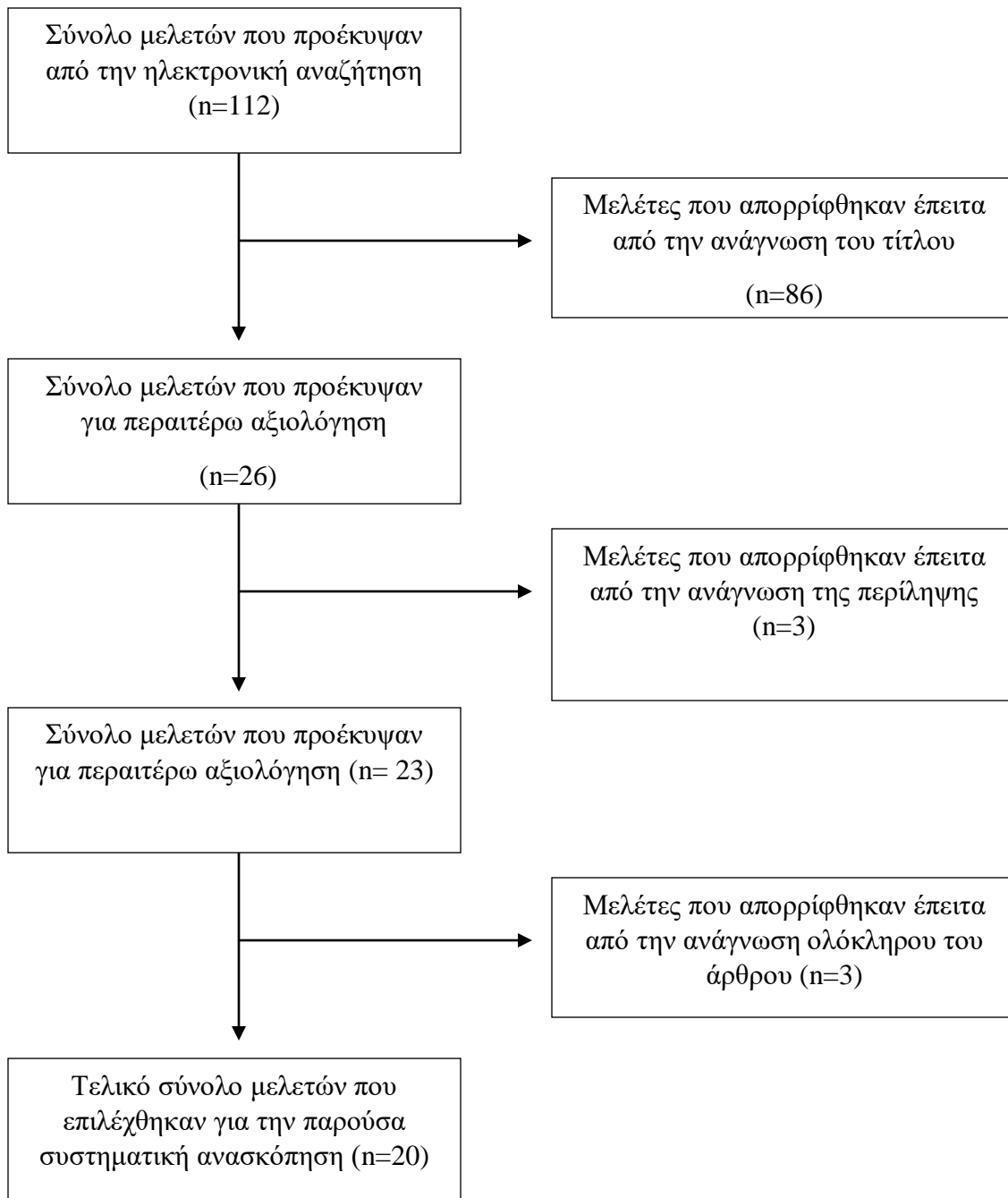
Η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής γίνεται με πολλαπλά ειδικά εργαλεία. Επομένως ένας στόχος ήταν η αναλυτική καταγραφή των χαρακτηριστικών των ερωτηματολογίων που χρησιμοποιήθηκαν σε κάθε μελέτη για να γίνουν πιο κατανοητά τα αποτελέσματα.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Η παρούσα συστηματική ανασκόπηση περιέλαβε ερευνητικές μελέτες που δημοσιεύτηκαν από το 2000 και μετά για Έλληνες ασθενείς. Η βιβλιογραφική αναζήτηση πραγματοποιήθηκε στις βάσεις δεδομένων «PubMed», «Scopus» και «Google Scholar» όπου απομονώθηκαν τα σχετικά άρθρα με τη χρήση των εξής λέξεων-κλειδιά: «Health-related quality of life» (Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής), «quality of life» (ποιότητα ζωής), «kidney» (νεφρός), «renal» (νεφρικό), «hemodialysis» (αιμοκάθαρση), «Greece» (Ελλάδα).

Αρχικά μελετήθηκαν όλα τα αποτελέσματα της βιβλιογραφικής αναζήτησης σε κάθε βάση δεδομένων στην οποία έγινε η αναζήτηση με τις παραπάνω λέξεις-κλειδιά (n=112) και απομονώθηκαν τα άρθρα που ήταν σχετικά με το μελετώμενο θέμα μετά από ανάγνωση των τίτλων (n=26). Στη συνέχεια, από τα άρθρα που απομονώθηκαν έγινε προσεκτική ανάγνωση της περίληψης του κάθε άρθρου ξεχωριστά, ύστερα από την οποία προέκυψαν τα άρθρα που ήταν σχετικά με το θέμα (n=23). Τέλος, έγινε προσεκτική ανάγνωση ολόκληρων των άρθρων με στόχο να απομονωθούν τα τελικά άρθρα τα οποία θα συμπεριληφθούν στην παρούσα συστηματική ανασκόπηση (n=20). Η διαδικασία που ακολουθήθηκε για την απομόνωση των τελικών άρθρων απεικονίζεται αναλυτικά στο παρακάτω διάγραμμα ροής (Σχήμα 1).

Είναι σημαντικό να αναφέρουμε και τα κριτήρια εισαγωγής για την εισαγωγή των άρθρων στην βιβλιογραφική ανασκόπηση. Τα άρθρα που επιλέχθηκαν ήταν γραμμένα στην αγγλική ή στην ελληνική γλώσσα και συμπεριελάμβαναν μελέτες σε πληθυσμούς Ελλήνων χρόνιων νεφροπαθών με τη χρήση ειδικών εργαλείων για την αξιολόγηση της σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής. Άρθρα που είχαν τη μορφή σχολίων, άρθρων συντακτών, μελέτης περιστατικών, άλλες συστηματικές ανασκοπήσεις και δημοσιεύσεις που είχαν ελλιπή δεδομένα δεν συμπεριελήφθησαν στην παρούσα συστηματική ανασκόπηση. Τέλος, τα αποτελέσματα των μελετών που συμπεριελήφθησαν έπρεπε να έχουν ξεκάθαρη σχέση με το ερευνώμενο θέμα έτσι ώστε να προκύψουν σαφή συμπεράσματα. Ουσιαστικά, έγινε εκτενής ποιοτικός έλεγχος του κάθε άρθρου όσον αφορά την ορθότητα της μεθοδολογίας της κάθε μελέτης και της αξιοπιστίας των αποτελεσμάτων που προέκυψαν σε κάθε μία από αυτές. Οι μελέτες που κρίθηκαν αξιόπιστες συμπεριλήφθησαν στην παρούσα συστηματική ανασκόπηση.



Σχήμα 1: Διάγραμμα ροής της βιβλιογραφικής αναζήτησης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Χαρακτηριστικά μελετών

Συνολικά συμπεριλήφθηκαν 20 μελέτες στην παρούσα συστηματική ανασκόπηση. Όλες τους αποτελούν μελέτες οι οποίες πραγματοποιήθηκαν από το 2006 έως το 2017. Οι δύο από αυτές μελέτησε τις αλλαγές στην ποιότητα ζωής σε ασθενείς μετά την εμφάνιση της χρόνιας νεφροπάθειας, ενώ δύο από αυτές μελετούσαν την επίδραση των δημογραφικών παραγόντων στην ποιότητα ζωής των ασθενών με χρόνια νεφροπάθεια. Οι 5 από αυτές τις μελέτες μελετούσαν την ποιότητα ζωής αιμοκαθαιρόμενων ασθενών, ενώ 3 από αυτές διερευνούσαν την ποιότητα ζωής ασθενών μετά από μεταμόσχευση νεφρού. Από τις 20 συνολικά μελέτες, οι 5 αφορούσαν μια σύγκριση στην ποιότητα ζωής μεταξύ αιμοκαθαιρόμενων ασθενών και ασθενών υπό περιτοναϊκή κάθαρση, ενώ 2 μελέτες προσέθεσαν επιπλέον μία ομάδα μεταμοσχευμένων ασθενών για να πραγματοποιήσουν τη σύγκριση. Τέλος, μία μελέτη διερευνούσε την ποιότητα ζωής παιδιατρικών ασθενών που πάσχουν από χρόνια νεφροπάθεια.

Οι μελέτες που περιλαμβάνονται στην συστηματική ανασκόπηση ήταν μελέτες επισκόπησης ασθενών με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, των οποίων η διάρκεια συλλογής του δείγματος της μελέτης διήρκεσε από 2 μήνες έως 27 μήνες. Μία μελέτη διήρκεσε 2 μήνες στην συλλογή του υπό-μελέτη πληθυσμού (36). Δύο μελέτες είχαν διάρκεια 3 μηνών (15), (37). Δύο μελέτες είχαν διάρκεια 4 μηνών (12), (16). Μία μελέτη είχε διάρκεια 9 μηνών (5). Τέσσερις μελέτες από τις είκοσι διήρκεσαν ένα ολόκληρο έτος (23), (24), (26), (31). Δύο μελέτες είχαν διάρκεια 26 μηνών (9), (38). Η μεγαλύτερης διάρκειας μελέτη ήταν 27 μηνών (6). Επτά από τις μελέτες που συμπεριλήφθηκαν στην παρούσα συστηματική ανασκόπηση δεν αναφέρουν χρονική διάρκεια διεκπεραίωσης της μελέτης (7), (10), (11), (20), (25), (33), (39). Όλες οι μελέτες διεξάχθηκαν σε διάφορα νοσοκομεία, κέντρα χρόνιας αιμοκάθαρσης και σε μονάδες μεταμόσχευσης της Ελλάδας. Όλες οι μελέτες, πλην δύο, ήταν μελέτες επισκόπησης. Οι υπόλοιπες δύο μελέτες ήταν follow-up με επανάληψη της συλλογής δεδομένων στον ίδιο πληθυσμό ύστερα από 12 και 24 μήνες με τα ίδια ερωτηματολόγια (20), (23).

Το μέγεθος του δείγματος στις ανασκοπηθείσες μελέτες κυμαινόταν μεταξύ 55 και 874 συμμετεχόντων (16), (20). Ο πληθυσμός των μελετών αποτελούνταν αποκλειστικά από ασθενείς

με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου. Τα κριτήρια ένταξης των ασθενών συνιστούσαν κατά κύριο λόγο τη σταθερή κατάσταση υγείας, την ικανότητα των ασθενών να ανταποκριθούν στις ανάγκες των μελετών - κυρίως όσον αφορά την κατανόηση και την ολοκληρωμένη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων - όπως επίσης και την εθελοντική συμμετοχή των ασθενών στη μελέτη. Ορισμένα από τα κριτήρια αποκλεισμού αποτελούσαν η περιορισμένη γνωσιακή ικανότητα, το χαμηλό γλωσσικό επίπεδο, η αδυναμία κατανόησης από μέρους των ασθενών, η μερική συμπλήρωση των ερωτηματολογίων και η σοβαρή κατάσταση υγείας.

Ο τρόπος συλλογής των δεδομένων σε κάθε μελέτη γινόταν με την εθελοντική συμμετοχή ασθενών με χρόνια νεφροπάθεια σε ειδικά ερωτηματολόγια που αφορούσαν την ποιότητα ζωής. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων γινόταν ύστερα από ενημέρωση για τη μεθοδολογία της μελέτης και έγκριση του ασθενούς. Τα ερωτηματολόγια συμπληρώνονταν κατά κύριο λόγο από τους ασθενείς και σε ελάχιστες περιπτώσεις από τους συγγενείς αυτών με τη βοήθεια του ερευνητή. Τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν στις μελέτες ήταν οι ελληνικές εκδόσεις των ερωτηματολογίων SF-36 (36-item Short-Form Survey), Missoula-VITAS Quality of Life Index-15 (MVQOLI-15), Pain self-efficacy questionnaire, Kidney Disease Quality of Life Short Form instrument (KDQOL-SFTM), World Health Organization Quality of Life instrument (WHOQOL-BREF), General Health Questionnaire (GHQ-28), State-Trait Anxiety Inventory (STAI 1/STAI 2), Center of Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D), Multidimensional Health Locus of Control (MHLC), Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS), KIDSCREEN, Rationality/Emotional Defensiveness (R/ED) scale of the lifestyle Defense Mechanism Inventory (LDMI), Hopkins Symptom CheckList (SCL-90-R) και Quality of life short form (SF-12v2) (Πίνακας 1).

Πίνακας 1: Χαρακτηριστικά των Ερωτηματολογίων που χρησιμοποιήθηκαν στις μελέτες που συμπεριλήφθηκαν στην ανασκόπηση (6), (40-77)

Ερωτηματολόγιο και μελέτες που το χρησιμοποίησαν	Συγγραφέας-είς και/ή ο οργανισμός που το παρέχει	Έτος	Ερωτήσεις/Υποκλίμακες	Δείκτης Εσωτερικής Συνοχής	Υπάρχει μεταφρασμένο/σταθμισμένο στην ελληνική γλώσσα
SF – 36 (36-item Short-Form Survey) (6), (7), (9), (20), (23), (31), (38)	Ware & Sherbourne, Medical Outcome Study, RAND Corporation	1992	-36 Ερωτήσεις -8 υποκλίμακες: 1) Φυσική λειτουργικότητα 2) Κοινωνική λειτουργικότητα 3) Περιορισμοί σε καθημερινούς ρόλους λόγω φυσικών προβλημάτων υγείας (role physical) 4) Περιορισμοί σε καθημερινούς ρόλους λόγω συναισθηματικών προβλημάτων υγείας (role emotional) 5) Σωματικό πόνο 6) Γενική ψυχική υγεία 7) Ζωτικότητα 8) Γενικές αντιλήψεις για την υγεία	Cronbach's alpha > 0,7	NAI
Missoula-VITAS Quality of Life Index-15 (MVQOLI-15) (12), (36), (37)	Byock RI , Merriman M, VITAS Healthcare Corporation, Miami	1998	-25 Ερωτήσεις -5 υποκλίμακες: 1) Συμπτώματα 2) Λειτουργικότητα 3) Διαπροσωπικές σχέσεις 4) Ευεξία 5) Πνευματικότητα	Cronbach's alpha = 0,74	NAI
Pain self-efficacy questionnaire (36)	M.K.Nicholas	1989	-10 Ερωτήσεις που αφορούν τον πόνο που βιώνει το άτομο και τον τρόπο που επηρεάζει λειτουργίες όπως οικιακές δουλειές, κοινωνικές σχέσεις, εργασία και ανοχή στον πόνο χωρίς φαρμακευτική αγωγή	Cronbach's alpha = 0,92	NAI
Kidney Disease Quality of	Hays RD, Kallich J, Mapes D, Coons S, Amin N, Carter WB	1995	-38 Ερωτήσεις -11 υποκλίμακες: 1) Συμπτώματα	Cronbach's alpha >0,7 (με εξαίρεση τις υποκλίμακες	NAI

Life Short Form instrument (KDQOL-SF™) v.1.3 (5)	et al, RAND & University of Arizona		2) Αποτελέσματα νεφροπάθειας 3) «Φορτίο» νεφροπάθειας 4) Γνωστική λειτουργία 5) Ποιότητα κοινωνικών αλληλεπιδράσεων 6) Σεξουαλική λειτουργία 7) Ύπνος 8) Κοινωνική στήριξη 9) Ενθάρρυνση από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό 10) Ικανοποίηση ασθενούς	Γνωστική λειτουργία και Ποιότητα κοινωνικών αλληλεπιδράσεων με Cronbach's alpha 0,68 και 0,61 αντίστοιχα)	
World Health Organization Quality of Life instrument (WHOQOL-BREF) (10), (11), (24), (26), (33), (36)	World Health Organization (WHO)	1998	-26 Ερωτήσεις -4 υποκλίμακες: 1) Σωματική υγεία 2) Ψυχική υγεία 3) Κοινωνικές σχέσεις 4) Περιβάλλον	Cronbach's alpha από 0,66 έως 0,84 ανάμεσα στις υποκλίμακες	NAI
General Health Questionnaire (GHQ-28) (10), (11), (24), (26), (33), (36)	Goldberg D.	1978	-28 Ερωτήσεις -4 υποκλίμακες: 1) Σωματικά συμπτώματα 2) Άγχος/αυπνία 3) Κοινωνική δυσλειτουργία 4) Σοβαρή κατάθλιψη	Cronbach's alpha= 0,9-0,95	NAI
State-Trait Anxiety Inventory (STAI 1/STAI 2) (10), (11), (15), (24), (26), (33)	Spielberger C, Gorsuch RL & Lushene RE	1970 , 1983 (ανα νεωμ ένη έκδο ση)	-40 ερωτήσεις -2 υποκλίμακες: 1) State Anxiety (τωρινή κατάσταση άγχους) 2) Trait Anxiety (χαρακτηριστικά που σχετίζονται με το άγχος)	Cronbach's alpha= 0,86-0,95	NAI

Center of Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) (10), (11), (24), (26), (33)	Radloff LS	1977	-20 ερωτήσεις	Cronbach's alpha >0,8	NAI
Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) (10), (11), (24), (26), (39)	Wallston KA & Wallston BS	1978	-3 Διαστάσεις: Εσωτερική (Internality), Εξωτερική (Externality), Powerful Others Externality (Εξωτερική άλλων δυνάμεων/δυνατών ανθρώπων) -18 ερωτήσεις (6 ερωτήσεις ανά διάσταση)	Cronbach's alpha= 0,67-0,77	Υπάρχει μεταφρασμένη έκδοση αλλά όχι σταθμισμένη
Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) (12)	Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG & Farley GK	1988	-12 ερωτήσεις -3 υποκλίμακες: 1) Οικογένεια 2) Φίλοι 3) Ερωτικός σύντροφος	Cronbach's alpha= 0,85-0,91	Υπάρχει μεταφρασμένη έκδοση αλλά όχι σταθμισμένη
KIDSCREEN N (16)	Δημιουργημένο με τη συνεργασία διάφορων παιδιατρικών ερευνητών με την χρηματοδότηση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής	2004	-52, 27 ή 10 ερωτήσεις - Στην περίπτωση του KIDSCREEN-52 οι υποκλίμακες είναι 10: 1) σωματική ευεξία, 2) ψυχική ευεξία, 3) διαθέσεις και συναισθήματα, 4) αυτό-αντίληψη, 5) αυτονομία, 6) ζωή στο σπίτι και σχέσεις με γονείς, 7) κοινωνική στήριξη και συνομήλικοι, 8) σχολικό περιβάλλον, 9) κοινωνική αποδοχή (εκφοβισμός), 10) οικονομικοί πόροι -Στην περίπτωση του KIDSCREEN-27 οι υποκλίμακες είναι 5: 1) σωματική ευεξία, 2) ψυχική ευεξία, 3) σχέσεις με γονείς και αυτονομία, 4) κοινωνική στήριξη και συνομήλικοι, 5) σχολικό περιβάλλον	-KIDSCREEN-52: Cronbach's alpha= 0,77-0,89 - KIDSCREEN-27: Cronbach's alpha= 0,80-0,84 - KIDSCREEN-10: Cronbach's alpha= 0,70	NAI

			-Στην περίπτωση του KIDSCREEN-10 δεν υπάρχουν υποκλίμακες.		
Rationality/Emotional Defensiveness (R/ED) scale of the lifestyle Defense Mechanism Inventory (LDMI) (6)	Spielberger CD, Reheiser EC	2002	-12 ερωτήσεις	Cronbach's alpha= 0,76	NAI
Hopkins Symptom Checklist (SCL-90-R) (6)	Derogatis LR	1994	-90 ερωτήσεις -9 υποκλίμακες: 1) Σωματοποίηση 2) Ιδέο-ψυχαναγκαστική διαταραχή 3) Διαπροσωπική ευαισθησία 4) Κατάθλιψη 5) Άγχος 6) Εχθρικότητα 7) Άγχος εκ φόβου 8) Παρανοϊκές ιδέες 9) Ψυχωτισμός	Cronbach's alpha= 0,79-0,93	NAI
Quality of life short form (SF-12v2) (15)	Medical Outcome Study, RAND Corporation	2003 - 2004	-12 ερωτήσεις -8 υποκλίμακες: 1) Φυσική λειτουργικότητα 2) Κοινωνική λειτουργικότητα 3) Περιορισμοί σε καθημερινούς ρόλους λόγω φυσικών προβλημάτων υγείας (role physical) 4) Περιορισμοί σε καθημερινούς ρόλους λόγω συναισθηματικών προβλημάτων υγείας (role emotional) 5) Σωματικό πόνο 6) Γενική ψυχική υγεία 7) Ζωτικότητα 8) Γενικές αντιλήψεις για την υγεία	Cronbach's alpha> 0,80	NAI

Ποιότητα ζωής ασθενών με χρόνια νεφροπάθεια (Πίνακας 2)

Την ποιότητα ζωής και το άγχος των ασθενών με χρόνια νεφρική νόσο και τους προσδιοριστές αυτών μελέτησαν οι Papadopoulos et al. (15). Στην μελέτη αυτή συμμετείχαν 130 ασθενείς που έπασχαν από χρόνια νεφρική νόσο 5^{ου} σταδίου και 49 υγιή άτομα ηλικίας άνω των 18 ετών τα οποία δεν έπασχαν από κάποιο χρόνιο νόσημα ως ομάδα ελέγχου. Η επιλογή του δείγματος έγινε με τη μέθοδο της δειγματοληψίας ευκολίας. Έγινε εθελοντική και ανώνυμη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων Quality of life short form 12 (SF-12v2) και State Trait Anxiety Inventory (STAI). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι χρόνια νεφροπαθείς ασθενείς είχαν χειρότερη ποιότητα ζωής σε σχέση με τους υγιείς ανθρώπους στις κλίμακες της σωματικής λειτουργικότητας, του σωματικού ρόλου, του σωματικού πόνου, της γενικής υγείας και της συνοπτικής κλίμακας σωματικής υγείας. Συγκεκριμένα όσον αφορά τους ασθενείς, η μικρότερη ηλικία συσχετίστηκε με καλύτερη ποιότητα ζωής όσον αφορά όλες τις κλίμακες (με εξαίρεση αυτήν της ψυχικής υγείας) και η μειωμένη βαθμολογία άγχους σχετίστηκε με καλύτερη ποιότητα ζωής σε όλες τις κλίμακες. Η μειωμένη νοσηρότητα συσχετίστηκε με καλύτερη σωματική λειτουργικότητα, γενική υγεία, ζωτικότητα, συναισθηματικό ρόλο και σωματική υγεία. Οι άνδρες, οι άγαμοι ασθενείς, οι διαζευγμένοι και οι χήροι βίωναν λιγότερο σωματικό πόνο ενώ ο χαμηλότερος δείκτης μάζας σώματος σχετιζόταν με καλύτερη γενική υγεία. Με βάση το ερωτηματολόγιο STAI το άγχος που βιώνει ένα άτομο διαχωρίζεται στο μόνιμο άγχος που βιώνει σε συνεχή βάση και το άγχος που προκαλείται στιγμιαία από μία στρεσογόνο κατάσταση. Έτσι, παρατηρήθηκε ότι οι ασθενείς με νεφροπάθεια είχαν μεγαλύτερο άγχος και στα δύο είδη άγχους σε σχέση με τον υγιή πληθυσμό. Οι κάτοικοι αγροτικών περιοχών βίωναν μεγαλύτερο μόνιμο άγχος από αυτών των αστικών περιοχών (15).

Οι Kaltsouda et al. (6) μελέτησαν την ποιότητα ζωής 98 χρόνια νεφροπαθών ασθενών (79 ασθενείς που δεν είχαν ενταχθεί ακόμα στην αιμοκάθαρση και 19 αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς) με τη χρήση των εξής ερωτηματολογίων: α) SF – 36 (36-item Short-Form Survey), β) Rationality/Emotional Defensiveness (R/ED) scale of the lifestyle Defense Mechanism Inventory (LDMI), και, γ) την ψυχολογική αστάθεια που επιφέρουν με την μέτρηση των υποκλιμάκων της κατάθλιψης και του άγχους του Hopkins Symptom CheckList (SCL-90-R). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, ασθενείς που ήταν διαγνωσμένοι με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια για πάνω από 3 χρόνια και οι αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς σημείωσαν χαμηλότερους βαθμούς όσον αφορά την

σωματική κατάσταση τους, συμπεριλαμβανομένων της σωματικής λειτουργικότητας, σωματικού πόνου και γενικότερης κατάστασης υγείας. Όσον αφορά την ψυχική κατάσταση, η μόνη αξιοσημείωτη διαφορά αποτελεί η χειρότερη κοινωνική λειτουργικότητα των διαγνωσμένων ασθενών για πάνω από 3 χρόνια σε σχέση με τους υπόλοιπους ασθενείς. Επιπλέον, όσο περισσότερη ήταν η αμυντική στάση των ασθενών, τόσο χειρότερη ψυχολογική κατάσταση και ελάχιστα βελτιωμένη σωματική υγεία είχαν (6).

Πίνακας 2: Κύρια χαρακτηριστικά μελετών που αφορούν την ποιότητα ζωής ασθενών με χρόνια νεφροπάθεια.

Συγγραφείς	Σκοπός	Δείγμα/ Προέλευση Δείγματος	Εργαλεία	Αποτελέσματα
Papadopoulos et al., (15)	Εκτίμηση ποιότητας ζωής και άγχους και διερεύνηση προσδιοριστών αυτών σε χρόνιας νεφροπαθείς	N=179 άτομα (130 χρόνια νεφροπαθείς, 49 υγιή άτομα ως ομάδα ελέγχου) Γενικό Νοσοκομείο στην περιοχή της Μακεδονίας (Το νοσοκομείο δεν προσδιορίζεται)	2 εργαλεία: A) Quality of life short form (SF-12v2) B) State Trait Anxiety Inventory (STAI)	1) Οι χρόνιαι νεφροπαθείς ασθενείς είχαν χειρότερη ποιότητα ζωής από τους υγιείς ανθρώπους (σωματική λειτουργικότητα, σωματικού ρόλου, σωματικού πόνου, γενική υγεία). 2) Η μειωμένη βαθμολογία άγχους σχετίζεται με καλύτερη ποιότητα ζωής (σε όλες τις κλίμακες με εξαίρεση την ψυχική υγεία). 3) Η μειωμένη νοσηρότητα σχετίζεται με καλύτερη σωματική λειτουργικότητα, γενική υγεία, ζωτικότητα, συναισθηματικό ρόλο και σωματική υγεία, σωματική λειτουργικότητα, σωματικό ρόλο και γενική υγεία. 3) Οι νεφροπαθείς ασθενείς είχαν μεγαλύτερο στιγμιαίο άγχος και μεγαλύτερο μόνιμο άγχος από τον υγιή γενικό πληθυσμό. Οι κάτοικοι αγροτικών περιοχών με νεφροπάθεια είχαν μεγαλύτερο μόνιμο άγχος από αυτών των αστικών περιοχών.
Kaltsouda et al. (6)	Διερεύνηση της σχέσης μεταξύ αμυντικής αντιμετώπισης και σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής σε διαφορετικά στάδια της χρόνιας νεφροπάθειας	N=98 ασθενείς με χρόνια νεφροπάθεια (79 ασθενείς που βρίσκονται σε στάδιο προ-αιμοκάθαρσης, 19 αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς) Νεφρολογικό τμήμα Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων	4 εργαλεία: A) 36-item Short Form health survey (SF-36) B) Rationality/Emotional Defensiveness (R/ED) scale of the lifestyle Defense Mechanism Inventory (LDMI) Γ) Hopkins Symptom CheckList (SCL-90-R) Δ) Συλλογή άλλων πληροφοριών όπως δημογραφικά δεδομένα, κ.α.	1) Ασθενείς που έχουν διαγνωστεί με χρόνια νεφροπάθεια για πάνω από 3 χρόνια σημείωσαν χειρότερο βαθμό στους τομείς της σωματική λειτουργικότητας, του σωματικού πόνου, της γενικής κατάστασης υγείας και εμφάνιζαν κοινωνική δυσλειτουργία, όπως και οι αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς (με εξαίρεση την κοινωνική δυσλειτουργία). 2) Ο υψηλός βαθμός αμυντικής στάσης σχετίζονταν με χειρότερη ψυχολογική κατάσταση και μία ελάχιστα βελτιωμένη σωματική υγεία.

Ψυχοκοινωνικοί και δημογραφικοί παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής ασθενών με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια (Πίνακας 3)

Οι Theofilou et al. (26) διερεύνησαν τη σχέση μιας σειράς ψυχοκοινωνικών και δημογραφικών παραγόντων με την ποιότητα ζωής ασθενών με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια. Στη μελέτη συμμετείχαν 144 αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς ή περιτοναϊκά καθαιρόμενοι ασθενείς. Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν τα εξής ερωτηματολόγια: α) World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF), β) Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (General Health Questionnaire, GHQ-28), γ) State Trait Anxiety Inventory (STAI 2), και, δ) Κλίμακα του Κέντρου Επιδημιολογικών Ερευνών για την Κατάθλιψη (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, CES-D). Σύμφωνα με τα ευρήματα της μελέτης, η μεγαλύτερη ηλικία των ασθενών συνδεόταν με χειρότερο βαθμό ποιότητας ζωής όσον αφορά τη σωματική υγεία και τις κοινωνικές σχέσεις. Το υψηλό εκπαιδευτικό επίπεδο επηρέαζε θετικά τον τομέα του περιβάλλοντος των ασθενών και η έγγαμη οικογενειακή κατάσταση επηρέαζε θετικά τους τομείς της ψυχολογικής υγείας και των κοινωνικών σχέσεων. Επίσης, η κατάθλιψη βρέθηκε να επηρεάζει αρνητικά τη συνολική ποιότητα ζωής, τη σωματική και ψυχολογική υγεία, το περιβάλλον και τις κοινωνικές σχέσεις των ασθενών. Το άγχος βρέθηκε να επηρεάζει αρνητικά την ψυχική υγεία και το περιβάλλον, ενώ η ψυχική υγεία στο ερωτηματολόγιο GHQ-28 βρέθηκε να συσχετίζεται αρνητικά με τον τομέα της σωματικής υγείας του WHOQOL-BREF. Τέλος, μελετήθηκε και η θετική επίδραση της εσωτερικής εστίασης ελέγχου στην συνολική ποιότητα ζωής (26).

Σε δεύτερη δημοσίευση από την ίδια μελέτη η Theofilou (33) διερεύνησε την επίδραση των δημογραφικών και ψυχοκοινωνικών παραγόντων και προέκυψε ήταν ότι η ηλικία είχε άμεση σχέση με τη σωματική και κοινωνική υποκλίμακα, το φύλο επηρέαζε την ψυχολογική κλίμακα ενώ το επίπεδο εκπαίδευσης επηρέαζε την κλίμακα του περιβάλλοντος. Η οικογενειακή κατάσταση σχετιζόταν άμεσα με την ψυχολογική και κοινωνική υποκλίμακα. Επιπλέον, η κατάθλιψη βρέθηκε ότι επηρεάζει αρνητικά όλους τους τομείς της ποιότητας ζωής ενώ το άγχος σχετίζεται με τις κλίμακας της ψυχικής υγείας και του περιβάλλοντος. Τέλος, η συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου GHQ-28 επηρέαζε τις κλίμακες της σωματικής υγείας και του περιβάλλοντος του ερωτηματολογίου WHOQOL (33).

Πίνακας 3: Κύρια χαρακτηριστικά μελετών που αφορούν τους ψυχοκοινωνικούς και δημογραφικούς παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής ασθενών με νεφρική ανεπάρκεια.

Συγγραφείς	Σκοπός	Δείγμα/ Προέλευση Δείγματος	Εργαλεία	Αποτελέσματα
Theofilou et al. (26)	Διερεύνηση παραγόντων που επιδρούν στην ποιότητα ζωής ασθενών με νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου	N=144 νεφροπαθείς ασθενείς (84 αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς, 60 ασθενείς σε περιτοναϊκή κάθαρση) Τρία Γενικά Νοσοκομεία της ευρύτερης περιοχής των Αθηνών	5 εργαλεία: Α) World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF) Β) Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (General Health Questionnaire, GHQ-28) Γ) Πολυδιάστατο ερωτηματολόγιο Εστίασης Ελέγχου Υγείας (Multidimensional Health Locus of Control, MHLC) Δ) Ερωτηματολόγιο Άγχους του Spielberger Ε) Κλίμακα του Κέντρου Επιδημιολογικών Ερευνών για την Κατάθλιψη (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, CES-D)	1) Η μεγαλύτερη ηλικία μειώνει την ποιότητα ζωής όσον αφορά τους τομείς της σωματικής υγείας και των κοινωνικών σχέσεων. Το υψηλό εκπαιδευτικό επίπεδο επηρεάζει θετικά τον τομέα του περιβάλλοντος ενώ η έγγαμη οικογενειακή κατάσταση βελτιώνει τους τομείς της ψυχολογικής υγείας και των κοινωνικών σχέσεων. 2) Η αντίληψη της εσωτερικής εστίασης του ελέγχου επηρεάζει θετικά την συνολική ποιότητα ζωής των ασθενών. 3) Η κατάθλιψη επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα ζωής (σωματική υγεία, ψυχολογική υγεία, περιβάλλοντος, κοινωνικών σχέσεων). 4) Το άγχος επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα ζωής όσον αφορά την ψυχολογική υγεία και το περιβάλλον.
Theofilou (33)	Διερεύνηση σχέσης μεταξύ ποιότητας ζωής ασθενών με νεφρική νόσο τελικού σταδίου με κοινωνικο-δημογραφικούς και κλινικούς προσδιοριστές	N=144 νεφροπαθείς ασθενείς (84 αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς, 60 ασθενείς σε περιτοναϊκή κάθαρση) Γενικό Νοσοκομείο στην ευρύτερη περιοχή της Αθήνας	4 εργαλεία: Α) World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF) Β) Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (General Health Questionnaire, GHQ-28) Γ) State Trait Anxiety Inventory (STAI 2) Δ) Κλίμακα του Κέντρου Επιδημιολογικών Ερευνών για την Κατάθλιψη (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, CES-D)	1) Η αυξημένη ηλικία επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα ζωής (σωματική, κοινωνική κλίμακα), το γυναικείο φύλο επιδρά αρνητικά στην ψυχολογική κλίμακα, το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης επιδρά αρνητικά στην κλίμακα του περιβάλλοντος και η έγγαμη οικογενειακή κατάσταση επιδρά θετικότερα στην ψυχολογική/κοινωνική κλίμακα. 2) Η παρουσία κατάθλιψης επηρεάζει αρνητικά όλες τις κλίμακες της ποιότητας ζωής ενώ το άγχος επιδρά αρνητικά κυρίως τον ψυχολογικό και περιβαλλοντικό τομέα.

Ποιότητα ζωής αιμοκαθαιρόμενων ασθενών (Πίνακας 4)

Την μέτρηση του βαθμού ποιότητας ζωής των ασθενών που πραγματοποιούν θεραπεία υποκατάστασης με αιμοκάθαρση πραγματοποίησαν οι Zyga et al. (36). Στην μελέτη συμμετείχαν 230 ασθενείς, από τους οποίους οι 224 πληρούσαν τα κριτήρια που έθεσαν οι συγγραφείς. Πραγματοποιήθηκε συλλογή δημογραφικών στοιχείων από τον μελετώμενο πληθυσμό και ακολούθησε η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής του κάθε ασθενή με τη χρήση των ερωτηματολογίων της ελληνική έκδοσης του Missoula-VITAS Quality of Life Index-15 (MVQOLI-15) και της ελληνικής έκδοσης του Pain self-efficacy questionnaire (PSEQ). Με βάση τις απαντήσεις των ασθενών στα ερωτηματολόγια, βρέθηκε ότι όσο μεγαλύτερη ήταν η προσπάθεια αυτοδιαχείρισης του πόνου κατά την εκτέλεση διαφόρων δραστηριοτήτων (στη διεθνή βιβλιογραφία αναφέρεται ως self-efficacy), τόσο χαμηλότερη ήταν η ποιότητα ζωής στους ασθενείς αυτούς. Βρέθηκε ότι το φύλο δεν επηρεάζει την αυτοδιαχείριση του πόνου αλλά ούτε και την ποιότητα ζωής, αντίθετα με την ηλικία όπου όσο μεγαλύτερη είναι, τόσο χαμηλότερη είναι η αυτοδιαχείριση του πόνου. Από την άλλη πλευρά, βρέθηκε ότι οι ασθενείς μικρότερης ηλικίας (21-40 ετών) είχαν χαμηλότερο βαθμό ποιότητας ζωής σε σχέση με τους ηλικιωμένους ασθενείς (61-80 ετών). Ασθενείς οι οποίοι βίωναν κινητικά προβλήματα, υπέρταση, καρδιοπάθεια, αρθροπάθεια ή αντιμετώπιζαν κνησμό, κράμπες ή πονοκεφάλους κατά τη διάρκεια της αιμοκάθαρσης είχαν χαμηλότερο βαθμό στην αυτοδιαχείριση του πόνου. Αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς που είχαν χάσει το/τη σύζυγό τους, ασθενείς με τέσσερα παιδιά, ασθενείς με εκπαίδευση χαμηλότερης της δευτεροβάθμιας, ασθενείς με σύνταξη ή ασθενείς που εκτελούσαν οικιακές δουλειές σημείωσαν χειρότερη αυτοδιαχείριση του πόνου σε σχέση με τους υπόλοιπους ασθενείς. Όσον αφορά τις υποκλίμακες της ποιότητας ζωής του MVQOLI-15, στην υποκλίμακα των «συμπτωμάτων», ασθενείς που είχαν χάσει το/τη σύζυγό τους σημείωσαν χειρότερη ποιότητα ζωής σε σχέση με τους υπόλοιπους ασθενείς. Στην υποκλίμακα της «λειτουργικότητας», ασθενείς με δύο παιδιά, ασθενείς με δευτεροβάθμια εκπαίδευση και άνεργοι ασθενείς σημείωσαν χαμηλότερο βαθμό ποιότητας ζωής. Στην υποκλίμακα της «ευεξίας», ασθενείς με δευτεροβάθμια εκπαίδευση και με εργασία μερικής απασχόλησης είχαν χαμηλότερη ποιότητα ζωής. Στην υποκλίμακα της «πνευματικότητας», διαζευγμένοι ή άγαμοι ασθενείς, ασθενείς χωρίς ή με ένα παιδί, ασθενείς με δευτεροβάθμια ή υψηλότερου βαθμού εκπαίδευση και ασθενείς με εργασία μερικής απασχόλησης σημείωσαν τα χαμηλότερα επίπεδα

ποιότητας ζωής. Οι ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη είχαν χαμηλότερη ποιότητα ζωής στην υποκλίμακα των «συμπτωμάτων» ενώ ασθενείς με υπέρταση σημείωσαν καλύτερη ποιότητα ζωής στην υποκλίμακα της «λειτουργικότητας». Αν και οι ύπαρξη καρδιοπάθειας επηρέαζε αρνητικά τις υποκλίμακες της «λειτουργικότητας» και της «ευεξίας», οι ασθενείς χωρίς καρδιοπάθεια σημείωσαν χαμηλότερη ποιότητα ζωής όσον αφορά τις δύο αυτές κλίμακες. Ασθενείς που έπασχαν από αρθροπάθειες σημείωσαν καλύτερη ποιότητα ζωής όσον αφορά τις υποκλίμακες της «λειτουργικότητας», της «ευεξίας» και της «πνευματικότητας», αλλά χειρότερη ποιότητα ζωής στην υποκλίμακα των «διαπροσωπικών σχέσεων» σε σχέση με τους υπόλοιπους ασθενείς. Ασθενείς με κινητικά προβλήματα έδειξαν υψηλότερο βαθμό ποιότητας ζωής όσον αφορά τις υποκλίμακες «λειτουργικότητα» και «πνευματικότητα» αλλά χαμηλότερο βαθμό όσον αφορά την κλίμακα των «διαπροσωπικών σχέσεων». Όσον αφορά συμπτώματα κατά τη διάρκεια της αιμοκάθαρσης, ασθενείς που βίωναν κράμπες είχαν χαμηλότερο βαθμό ποιότητας ζωής στην υποκλίμακα των «διαπροσωπικών σχέσεων», ασθενείς που βίωναν πονοκεφάλους είχαν χαμηλότερη ποιότητα ζωής στην υποκλίμακα των «διαπροσωπικών σχέσεων» αλλά υψηλότερο βαθμό στην υποκλίμακα της «πνευματικότητας», και, τέλος, ασθενείς που βίωναν κνησμό σημείωσαν χαμηλότερο βαθμό ποιότητας ζωής όσον αφορά τις υποκλίμακες των «συμπτωμάτων» και των «διαπροσωπικών σχέσεων» (36).

Μια ακόμα μελέτη εξέτασε την ποιότητα ζωής των νεφροπαθών ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση. Συγκεκριμένα, οι Kousoula et al. (37) συμπεριέλαβαν στη μελέτη τους 320 αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς οι οποίοι συμμετείχαν εθελοντικά και πληρούσαν τα κριτήρια που έθεταν οι ερευνητές. Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε ήταν η ελληνική έκδοση του Missoula-VITAS Quality of Life Index-15 (MVQOLI-15). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ο μέσος βαθμός ποιότητας ζωής ήταν 17,43, σε κλίμακα 0-30. Καλύτερη ποιότητα ζωής έδειξαν οι ασθενείς που ήταν άνω των 60 ετών, με καλύτερο επίπεδο εκπαίδευσης, ενώ σημαντικός παράγοντας στην καλύτερη ποιότητα ζωής αποτελεί η πληροφόρηση για την ασθένεια, η οποία βελτιώνει την συμμόρφωση του ασθενούς με την προτεινόμενη θεραπεία και διαίτα. Επιπλέον, ασθενείς που είχαν υγιείς οικογενειακές και κοινωνικές σχέσεις είχαν καλύτερη ποιότητα ζωής από τους υπόλοιπους ασθενείς κατά 3 βαθμούς και, παράλληλα, άμα είχαν βοήθεια στην εκπλήρωση των καθημερινών τους δραστηριοτήτων στο σπίτι είχαν καλύτερο βαθμό ποιότητας ζωής κατά 2 μονάδες. Βρέθηκε επίσης ότι ασθενείς που είχαν παιδιά είχαν καλύτερη ποιότητα ζωής από ασθενείς χωρίς παιδιά. Ασθενείς που δεν έκρυβαν το πρόβλημα τους από το κοινωνικό

σύνολο έδειξαν καλύτερη ποιότητα ζωής. Οι κακές σχέσεις με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και τους υπόλοιπους ασθενείς μειώναν τον βαθμό ποιότητας ζωής κατά 2,5 και 1,5 μονάδες αντίστοιχα. Τέλος, η γενική ποιότητα ζωής μειωνόταν κατά 3 βαθμούς ανά μία ώρα που αυξανόταν η διάρκεια της συνεδρίας αιμοκάθαρσης (37).

Οι Stavrianiou et al. (5) μελέτησαν την ποιότητα ζωής αιμοκαθαιρόμενων ασθενών 146 αιμοκαθαιρόμενων ασθενών από δέκα διαφορετικά κέντρα αιμοκάθαρσης. Η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των ασθενών έγινε με τη χρήση του εργαλείου Kidney Disease Quality of Life Short Form instrument (KDQOL-SF™) στην ελληνική του έκδοση (έκδοση 1.2). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ο χαμηλότερος βαθμός στην ποιότητα ζωής των ασθενών σχετιζόταν με τον εργασιακό τομέα. Συγκεκριμένα, το 23% των ασθενών εργαζόταν, ενώ από τους υπόλοιπους ασθενείς το 61% δήλωσε αδυναμία εργασιακής απασχόλησης εξαιτίας συμπτωμάτων που βίωναν, μειωμένη σωματική εργασιακή ικανότητα, ανικανότητα επίδιωξης πλήρους απασχόλησης και δυσκολία στη διαχείριση οικογενειακών υποχρεώσεων και κοινωνικών σχέσεων. Όσον αφορά τη σεξουαλική ζωή των ασθενών, μεγάλο ποσοστό των ασθενών δήλωσε ότι αντιμετώπιζε μεγάλες δυσκολίες στη σεξουαλική δραστηριότητα και στη σεξουαλική διέγερση (42% και 51% αντίστοιχα). Το 28% των ασθενών βίωνε μέτριο ή έντονο σωματικό πόνο, ενώ πολλοί ασθενείς έβλεπαν την ασθένειά τους ως «επιβάρυνση». Συγκεκριμένα, το 29% των ασθενών θεωρούσε τον εαυτό τους βάρος στις οικογένειές τους, ενώ το 8% αυτών αδυνατούσε να εκτελέσει καθημερινές δραστηριότητες (περπάτημα πάνω από 100μ, μπάνιο ή ντύσιμο) χωρίς κάποια βοήθεια (5).

Οι Alexoroulou et al. (12) συμπεριέλαβαν στη μελέτη τους 258 αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς, ενώ αξιολόγησαν την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών με τα εξής εργαλεία: α) Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) για την αξιολόγηση της ύπαρξης κοινωνικής στήριξης για τους ασθενείς μεταφρασμένο στην ελληνική γλώσσα, και, β) η ελληνική έκδοση του Missoula-VITAS Quality of Life Index-15 (MVQOLI-15). Επιπλέον, έγινε συλλογή των κοινωνικών, δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών των ασθενών. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι ασθενείς σημείωσαν σχετικά καλό βαθμό στην υποκλίμακα των «διαπροσωπικών σχέσεων» διότι ένιωθαν ότι είχαν την υποστήριξη από συντρόφους και οικογένειες, ενώ όχι τόσο από κοινωνικές σχέσεις (βαθμός 15 σε μία κλίμακα από -30 έως 30). Στις υποκλίμακες των «συμπτωμάτων», της «λειτουργικότητας» και της «πνευματικότητας»

(βαθμοί 4, 6 και 5 αντίστοιχα σε κλίμακα -30 έως 30), ενώ το χειρότερο βαθμό σημείωσαν στην υποκλίμακα της «ευεξίας» με βαθμό -6 σε κλίμακα από -30 έως 30. Σε γενικά πλαίσια, οι ασθενείς βαθμολόγησαν την ποιότητα ζωής του με 3 (κλίμακα 1-5) και τη συνολική ποιότητα ζωής τους με 17,2 (κλίμακα 0-30). Με τη χρήση του εργαλείου Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) βρέθηκε ότι όσο βελτιωνόταν η υποστήριξη από οικογένειες και συντρόφους τόσο βελτιωνόταν και ο βαθμός ποιότητας ζωής στις υποκλίμακες των «συμπτωμάτων» και των «διαπροσωπικών σχέσεων». Η παραπάνω στήριξη από φίλους βελτιώνει την ποιότητα ζωής στην υποκλίμακα της «πνευματικότητας». Τέλος, η καλύτερη στήριξη από το κοινωνικό περιβάλλον είχε ως αποτέλεσμα καλύτερη ποιότητα ζωής σε γενικά πλαίσια (12).

Τέλος, οι Kastrouni et al. (7), για την διερεύνηση της ποιότητας ζωής αιμοκαθαιρόμενων ασθενών, συμπεριέλαβαν στον μελετώμενο πληθυσμό του 180 αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς από δύο διαφορετικά κέντρα αιμοκάθαρσης. Έγινε χρήση του ερωτηματολογίου του SF – 36 και έγινε σύγκριση των αποτελεσμάτων με μελέτη που διεκπεραιώθηκε σε αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς στην Αμερική. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τον χαμηλότερο βαθμό ποιότητας ζωής σε σχέση με την εργασιακή κατάσταση και τη σεξουαλική λειτουργία. Οι αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς στη μελέτη της Αμερικής έδειξαν καλύτερα αποτελέσματα σε σχέση με τη σεξουαλική λειτουργία, τη συναισθηματική κατάσταση, την ενέργεια/κούραση και τη σωματική λειτουργικότητα αλλά χειρότερα αποτελέσματα στις υποκλίμακες της κοινωνικής στήριξης, της ενθάρρυνσης από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και την ικανοποίηση των ασθενών. Επιπλέον, ο χαμηλότερος βαθμός ποιότητας ζωής σημειώθηκε στις υποκλίμακες σωματικής λειτουργικότητας, σωματικά κατορθώματα στην καθημερινή ζωή, τη γενική υγεία και της συναισθηματικής κατάστασης, όπως και στην μελέτη σύγκρισης (7).

Πίνακας 4: Κύρια χαρακτηριστικά μελετών που αφορούν την ποιότητα ζωής αιμοκαθαιρόμενων ασθενών.

Συγγραφείς	Σκοπός	Δείγμα/ Προέλευση Δείγματος	Εργαλεία	Αποτελέσματα
Zyga et al. (36)	Αξιολόγηση αυτοδιαχείρισης πόνου και ποιότητας ζωής αιμοκαθαιρόμενων ασθενών	N=230 αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς Τέσσερα νοσοκομεία της ευρύτερης περιοχής της Πελοποννήσου	2 ερωτηματολόγια: A) Ελληνική έκδοση της Missoula-VITAS Quality of Life Index-15 (MVQOLI-15) B) Pain self-efficacy questionnaire	1) Όσο μεγαλύτερη η προσπάθεια αυτοδιαχείρισης του πόνου σε καθημερινές δραστηριότητες τόσο χαμηλότερη η ποιότητα ζωής. 2) Ασθενείς μικρότερης ηλικίας, που έχουν χάσει τον σύζυγό τους, άγαμοι ή διαζευγμένοι, με 0-2 παιδιά, με δευτεροβάθμια ή τριτοβάθμια εκπαίδευση, άνεργοι ή με εργασίες μερικής απασχόλησης, με διαβήτη, με κράμπες, με πόνο και χωρίς υπέρταση ή καρδιοπάθειες βίωναν χειρότερη ποιότητα ζωής.
Kousoula et al. (37)	Αξιολόγηση ποιότητας ζωής αιμοκαθαιρόμενων ασθενών	N=320 αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς Ημερήσια Κέντρα Αιμοκάθαρσης, Τόπος δεν αναφέρεται	Ερωτηματολόγιο Missoula-VITAS Quality of Life Index-15 (MVQOLI-15)	1) Η μέση βαθμολογία Ποιότητας ζωής ήταν 17,43 (με εύρος κλίμακας 0-30). 2) Καλύτερη ποιότητα ζωής: άνω των 60 ετών, με υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης, καλύτερα ενημερωμένοι σε σχέση με την ασθένεια τους, που ακολουθούσαν σωστά την προτεινόμενη θεραπεία και διατροφή, με χαμηλότερη διάρκεια συνεδρίας αιμοκάθαρσης, με καλές σχέσεις με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, με τους άλλους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς, την οικογένεια, σε ασθενείς που είχαν παιδιά, που είχαν βοήθεια στις καθημερινές τους δραστηριότητες και αυτούς που δεν φοβόντουσαν να κρύψουν την ασθένειά τους από την κοινωνία.
Stavrianou et al. (5)	Μέτρηση ποιότητας ζωής αιμοκαθαιρόμενων ασθενών και	N=146 αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς	2 εργαλεία προσέγγισης: A) Ελληνική Έκδοση 1.2 της Kidney Disease Quality of	1) Οι ασθενείς ανέφεραν χαμηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής σε σχέση με τον υπόλοιπο πληθυσμό(σωματική λειτουργικότητα, φυσικό

	αξιολόγηση προθυμίας, κινήτρων, προβληματισμών σχετικά με τη νυχτερινή αιμοκάθαρση στο σπίτι.	10 κέντρα αιμοκάθαρσης από όλη την Ελλάδα, Τόποι δεν αναφέρονται	Life Short Form instrument (KDQOL-SF™) B) Φυλλάδιο ενημέρωσης για τη νυχτερινή αιμοκάθαρση στο σπίτι με σκοπό την αξιολόγηση γνώμων για αυτήν	ρόλο, γενικές αντιλήψεις για την υγεία, ψυχική κατάσταση, ρόλο της ψυχικής κατάστασης, κοινωνική λειτουργικότητα και ζωτικότητα). 2) Οι αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς εστίασαν κυρίως στο θέμα της ανικανότητας στον εργασιακό τομέα, στις οικογενειακές υποχρεώσεις και στην κοινωνική ζωή, στην σεξουαλική δυσλειτουργία και στην ανικανότητα να εκτελούν καθημερινές δραστηριότητες.
Alexopoulou et al. (12)	Αξιολόγηση επίδρασης κοινωνικής στήριξης στην ποιότητα ζωής αιμοκαθαιρόμενων ασθενών	N=258 αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς Κέντρα αιμοκάθαρσης στην Ελλάδα, Τόποι δεν αναφέρονται	2 εργαλεία: A) Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) B) Missoula-VITAS Quality of Life Index (MQOLI-15)	1) Οι αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς θεώρησαν ως «μέτρια» την ποιότητα ζωής τους με βαθμό 17,2 (εύρος 0-30). 2) Οι ασθενείς ανέφεραν μεγάλη υποστήριξη από οικογένειες και χαμηλότερη από φίλους. Η καλή υποστήριξη από το περιβάλλον τους βελτίωνε την ποιότητα ζωής τους. Αξιολόγησαν σε μέτριο βαθμό το ύψος των συμπτωμάτων, την λειτουργικότητα και την υπερβατικότητα τους ενώ βαθμολόγησαν χαμηλά την γενικότερη ευεξία τους.
Kastrouni et al. (7)	Η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής ασθενών με νεφροπάθεια τελικού σταδίου που υπόκεινται σε θεραπεία υποκατάστασης νεφρικής λειτουργίας, εύρεση τρόπων βελτίωσης αυτή, και σύγκριση των αποτελεσμάτων με έρευνα της Αμερικής	N=93 αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς 2 Κέντρα Αιμοκάθαρσης (δεν προσδιορίζονται περισσότερες λεπτομέρειες)	Χρήση ερωτηματολογίου SF-36	1) Χαμηλότερη ποιότητα ζωής στις κλίμακες σεξουαλικής ζωής και επαγγελματικής κατάστασης. 2) Κοινωνική στήριξη, στήριξη από επαγγελματίες υγείας και ικανοποίηση των ασθενών: καλύτερη σε σχέση με της Αμερικής. 3) Χαμηλότερη βαθμολογία η σωματική λειτουργικότητα, τα σωματικά επιτεύγματα στην καθημερινή ζωή, η γενική υγεία και η συναισθηματική κατάσταση. 4) Χειρότερη ποιότητα ζωής των ασθενών στις κλίμακες ενέργειας/κόπωσης, σωματικής λειτουργικότητας και συναισθηματικής κατάστασης.

Σύγκριση ποιότητας ζωής μεταξύ αιμοκαθαιρόμενων ασθενών και περιτοναϊκά καθαιρόμενων ασθενών (Πίνακας 5)

Αρκετές μελέτες που συμπεριλαμβάνονται στη βιβλιογραφική ανασκόπηση, είναι μελέτες που σύγκριναν της ποιότητας ζωής μεταξύ αιμοκαθαιρόμενων ασθενών και ασθενών που υποβάλλονται σε περιτοναϊκή κάθαρση. Στη μελέτη των Ikonomidou et al. (31) συμπεριελήφθησαν 172 ασθενείς από τους οποίους οι 90 ήταν αιμοκαθαιρόμενοι, οι 39 ήταν περιτοναϊκά καθαιρόμενοι και είχαν κάποιας μορφής χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας που δεν χρειαζόταν θεραπεία υποκατάστασης . Με τη χρήση του ερωτηματολογίου SF-36, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ο βαθμός της σωματικής λειτουργικότητας ήταν σημαντικά χαμηλότερη στους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς σε σχέση με τους περιτοναϊκά καθαιρόμενους ασθενείς, ενώ τον καλύτερο βαθμό σημείωσαν οι ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια. Οι περιτοναϊκά καθαιρόμενοι ασθενείς σημείωσαν χαμηλότερη βαθμολογία όσον αφορά την κλίμακα της γενικής υγείας σε σχέση με τους ασθενείς που δεν υποβάλλονται σε κάποιου είδους θεραπεία υποκατάστασης ενώ οι αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς σημείωσαν τη χαμηλότερη βαθμολογία ποιότητας ζωής όσον αφορά τη ζωτικότητα. Οι αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς σημείωσαν επίσης τη χειρότερη βαθμολογία όσον αφορά την κλίμακα του σωματικού πόνου, δηλαδή βίωναν περισσότερο σωματικό πόνο σε σχέση με τις υπόλοιπες ομάδες ασθενών. Η γενική βαθμολογία όσον αφορά τη σωματική κλίμακα ήταν χαμηλότερη στους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς σε σχέση με τους ασθενείς με χρόνια νεφροπάθεια, ενώ βρέθηκε ότι η γενική βαθμολογία όσον αφορά την ψυχική υγεία δεν είχε σημαντική διαφορά μεταξύ των τριών ομάδων (31).

Η Theofilou (10) σύγκρινε την ποιότητα ζωής μεταξύ των δύο ομάδων με τη χρήση των ερωτηματολογίων World Health Organization Quality of Life instrument (WHOQOL-BREF), General Health Questionnaire (GHQ-28), State-Trait Anxiety Inventory (STAI 1/STAI 2), Center of Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) και Multidimensional Health Locus of Control (MHLC). Ο πληθυσμός μελέτης περιλάμβανε 89 ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου, από τους οποίους οι 41 υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση ενώ οι 48 υποβάλλονται σε περιτοναϊκή κάθαρση. Στα πλαίσια της μελέτης αυτής ερευνήθηκε κυρίως η σχέση μεταξύ της εστίασης του ελέγχου των ασθενών και της ποιότητας ζωής τους. Συγκεκριμένα οι αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς εστίαζαν κυρίως στην εσωτερική εστίαση ελέγχου,

ενώ και οι δύο ομάδες ασθενών έδιναν μεγαλύτερη σημασία στη εσωτερική εστίαση του ελέγχου και στην έννοια της τύχης, ενώ ακολουθούσαν οι διαστάσεις των γιατρών και των συντρόφων. Μόνο η βαθμίδα της εσωτερικής εστίασης ελέγχου βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με την θεραπεία υποκατάστασης του ασθενούς. Η εσωτερική εστίαση ελέγχου παρουσίασε θετική συσχέτιση με την ψυχολογική υγεία και την συνολική ποιότητα ζωής, ενώ παρουσίασε αρνητική συσχέτιση με την γενική υγεία των σωματικών συμπτωμάτων. Η παρουσία σημαντικών άλλων προσώπων βρέθηκε να βοηθά στον τομέα της κατάθλιψης. Στους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς η εσωτερική εστίαση ελέγχου, δηλαδή η άποψη ότι οι ίδιοι οι ασθενείς έχουν τον μεγαλύτερο έλεγχο επάνω στην κατάσταση υγείας τους, επηρέασε θετικά την ποιότητα ζωής των ασθενών στους τομείς της σωματικής και ψυχολογικής υγείας και της συνολικής ποιότητας ζωής σχετιζόμενη με την υγεία. Ωστόσο, στους ίδιους ασθενείς, η εσωτερική εστίαση ελέγχου επηρέασε αρνητικά την γενικότερη υγεία και ειδικότερα τις υποκλίμακες των σωματικών συμπτωμάτων, την κοινωνική δυσλειτουργία, της έντονης κατάθλιψης, της συνολικής βαθμολογίας ποιότητας ζωής του ερωτηματολογίου GHQ-28 όπως και με την κατάσταση άγχους. Όσον αφορά τους περιτοναϊκά καθαιρόμενους ασθενείς, η εσωτερική εστίαση ελέγχου είχε θετική συσχέτιση με την συνολική σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής, ωστόσο η υποκλίμακα των σημαντικών προσώπων σχετίστηκε αρνητικά με την ψυχολογική υγεία αλλά σχετίστηκε θετικά με την υποκλίμακα του άγχους/αϋπνίας και την κατάθλιψη. Τέλος, μόνο η ψυχολογική υγεία βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με τη συνολική υγεία και την εσωτερική εστίαση ελέγχου (10).

Στα πλαίσια μιας ακόμη μελέτης της Theofilou (11), διερευνήθηκαν οι διαφορές στην ποιότητα ζωής μεταξύ 84 αιμοκαθαιρόμενων ασθενών και 60 ασθενών υπό περιτοναϊκή κάθαρση. Τα ερωτηματολόγια αξιολόγησης ποιότητας ζωής που χρησιμοποιήθηκαν ήταν τα εξής: α) World Health Organization Quality of Life instrument (WHOQOL-BREF), β) General Health Questionnaire (GHQ-28), γ) State-Trait Anxiety Inventory (STAI 1/STAI 2), γ) Center of Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D), και, ε) Multidimensional Health Locus of Control (MHLC). Οι αξιολογήσεις έδειξαν ότι οι αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς είχαν χαμηλότερη ποιότητα ζωής στις υποκλίμακες του περιβάλλοντος και των κοινωνικών σχέσεων, ενώ είχαν υψηλότερη βαθμολογία όσον αφορά τις υποκλίμακες του άγχους/αϋπνίας και της κατάθλιψης του ερωτηματολογίου GHQ-28 και υψηλότερη συνολική βαθμολογία του GHQ-28. Δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων όσον αφορά την κατάθλιψη και

το άγχος με τη χρήση των CES-D και STAI. Τέλος, όσον αφορά την εστίαση ελέγχου, και οι δύο ομάδες εστίαζαν στην εσωτερική εστίαση ελέγχου και ακολούθως με φθίνουσα σειρά την τύχη, το ιατρικό προσωπικό και τέλος τους συντρόφους. Οι αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς είχαν υψηλότερη βαθμολογία στην εσωτερική εστίαση ελέγχου, ενώ οι περιτοναϊκά καθαιρόμενοι ασθενείς σημείωσαν μεγαλύτερη βαθμολογία στο ιατρικό προσωπικό, άρα έδειξαν και μεγαλύτερη εμπιστοσύνη επάνω σε αυτούς (11).

Οι Ginieri-Coccosis et al. (39) μελέτησαν 144 ασθενείς με χρόνια νεφροπάθεια τελικού σταδίου (77 αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς και 58 περιτοναϊκά καθαιρόμενοι ασθενείς) με τη χρήση των ερωτηματολογίων World Health Organization Quality of Life questionnaire (WHOQOL-BREF), General Health Questionnaire (GHQ-28) και Multidimensional Health Locus of Control (MHLC). Με βάση τα αποτελέσματα, οι αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς με περισσότερα από 4 χρόνια θεραπείας είχαν χαμηλότερη ποιότητα ζωής στις κλίμακες της σωματικής υγείας, των κοινωνικών σχέσεων, περιβάλλοντος και σημείωναν χειρότερη συνολική ψυχική υγεία. Από την άλλη πλευρά, οι αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς με λιγότερα από 4 χρόνια θεραπείας είχαν τα μεγαλύτερα επίπεδα άγχους και αϋπνίας. Γενικότερα, τα περισσότερα χρόνια θεραπείας σε αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς σχετίζονταν με χειρότερη σωματική, ψυχολογική και κοινωνική ευεξία. Δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ περιτοναϊκά καθαιρόμενων ασθενών με περισσότερα ή λιγότερα χρόνια θεραπείας. Όσον αφορά την εστίαση ελέγχου, οι νέο-εντασσόμενοι αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς στηρίζονταν κυρίως στην εσωτερική εστίαση ελέγχου και οι περιτοναϊκά καθαιρόμενοι ασθενείς με περισσότερα από 4 χρόνια θεραπείας στηρίζονταν κυρίως στην κλίμακα της τύχης. Στον τομέα της εστίασης ελέγχου στο ιατρικό προσωπικό, αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς με περισσότερα από 4 χρόνια θεραπείας είχαν τον χαμηλότερο βαθμό, ενώ νέο-εντασσόμενοι περιτοναϊκά καθαιρόμενοι ασθενείς σημείωσαν τον υψηλότερο βαθμό, άρα και την υψηλότερη εμπιστοσύνη προς αυτούς. Ωστόσο, σε γενικά πλαίσια, και οι δύο ομάδες εστίαζαν πρώτα στην εσωτερική εστίαση ελέγχου, ύστερα στην τύχη, στο ιατρικό προσωπικό και τέλος στους συντρόφους. Επιπροσθέτως, οι αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς είχαν χαμηλότερη ποιότητα ζωής στην υποκλίμακα του περιβάλλοντος και τον υψηλότερο βαθμό στις κλίμακες του άγχους/αϋπνίας και σοβαρής κατάθλιψης του ερωτηματολογίου GHQ-28, όπως και στη συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου αυτού (39).

Τελευταία μελέτη που σύγκρινε τις διαφορές μεταξύ αιμοκαθαιρόμενων ασθενών και περιτοναϊκά καθαιρόμενων ασθενών αποτελεί αυτή των Theofilou et al. (24). Στη μελέτη συμμετείχαν 144 ασθενείς που υποβάλλονταν σε θεραπεία υποκατάστασης, από τους οποίους επιλέχθηκαν οι 135, από του οποίους οι 77 υποβάλλονταν σε χρόνια αιμοκάθαρση και οι 58 ασθενείς σε συνεχή περιτοναϊκή κάθαρση. Τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν ήταν τα World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF), Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (General Health Questionnaire, GHQ-28), State Trait Anxiety Inventory (STAI), Κλίμακα του Κέντρου Επιδημιολογικών Ερευνών για την Κατάθλιψη (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, CES-D) και Multidimensional Health Locus of Control (MHLC). Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε δύο ομάδες, από τις οποίες η πρώτη είναι αυτή με πάνω από 4 χρόνια θεραπείας, ενώ η άλλη περιλαμβάνει αυτούς με λιγότερα χρόνια θεραπείας. Οι αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς με πάνω από 4 χρόνια θεραπείας, είχαν χειρότερη ποιότητα ζωής και κατά κύριο λόγο στις κλίμακες σωματική υγεία, κοινωνικές σχέσεις και περιβάλλον και με βάση το ερωτηματολόγιο GHQ-28 εμφάνιζαν τη χειρότερη ψυχική υγεία και τη μεγαλύτερη βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο αυτό. Από την άλλη, οι αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς με κάτω από 4 χρόνια θεραπείας παρουσίαζαν το υψηλότερο ποσοστό άγχους και αϋπνίας. Γενικά ασθενείς με πολλά χρόνια θεραπείας είχαν χειρότερη σωματική, ψυχολογική και κοινωνική υγεία. Οι αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς και οι περιτοναϊκά καθαιρόμενοι ασθενείς έδιναν περισσότερη σημασία στην εσωτερική εστίαση ελέγχου, ωστόσο οι περιτοναϊκά καθαιρόμενοι ασθενείς με πάνω από 4 χρόνια θεραπείας εμφάνιζαν το υψηλότερο ποσοστό στη διάσταση της τύχης. Στη διάσταση του ιατρικού προσωπικού το μεγαλύτερο βαθμό έδειξαν οι νέο-εντασσόμενοι περιτοναϊκά καθαιρόμενοι ασθενείς, ενώ το χαμηλότερο ποσοστό οι ασθενείς με πάνω από 4 χρόνια θεραπείας. Τέλος, όσον αφορά τους κοινωνικο-δημογραφικούς παράγοντες, η μεγαλύτερη ηλικία επηρεάζει του κλίμακες της σωματικής και ψυχολογικής υγείας, ενώ το υψηλό εκπαιδευτικό επίπεδο σχετίστηκε θετικά με την κλίμακα του περιβάλλοντος και αρνητικά με το άγχος/την αϋπνία. Το φύλο σχετίστηκε αρνητικά με τις κλίμακες της ψυχολογικής υγείας και του περιβάλλοντος. Η ηλικία και η οικογενειακή κατάσταση σχετίστηκαν θετικά με την κοινωνική δυσλειτουργία και με την σοβαρή κατάθλιψη αντίστοιχα. Όσον αφορά τη σχέση των κοινωνικο-δημογραφικών παραγόντων με τις πεποιθήσεις για την υγεία, η αντίληψη για την τύχη εξαρτιόταν από το εκπαιδευτικό επίπεδο, ενώ η αντίληψη για τους γιατρούς σχετιζόταν με την ηλικία του ασθενούς (24).

Πίνακας 5: Κύρια χαρακτηριστικά μελετών που αφορούν την σύγκριση ποιότητας ζωής μεταξύ αιμοκαθαιρόμενων ασθενών και περιτοναϊκά καθαιρόμενων ασθενών.

Συγγραφείς	Σκοπός	Δείγμα/ Προέλευση Δείγματος	Εργαλεία	Αποτελέσματα
Ikonomidou et al. (31)	Αξιολόγηση ποιότητας ζωής ασθενών υπό αιμοκάθαρση και υπό περιτοναϊκή κάθαρση	N=172 (39 ασθενείς υπό περιτοναϊκή διάλυση, 90 υπό αιμοκάθαρση, 43 με χρόνια νεφροπάθεια) Α) Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Β) Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Πατρών και Γ) Γενικό Νοσοκομείο Παπαγεωργίου στη Θεσσαλονίκη	Ελληνική έκδοση της 36-item Short-Form Survey (SF-36)	1) Ασθενείς υπό αιμοκάθαρση σημείωσαν χαμηλότερο βαθμό σωματικής λειτουργικότητας από τα άτομα υπό περιτοναϊκή κάθαρση, ενώ το καλύτερο βαθμό παρουσίασαν οι ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια. 2) Ασθενείς υπό περιτοναϊκή κάθαρση σημείωσαν χαμηλότερο βαθμό γενικής υγείας από τους χρόνια νεφροπαθείς. 3) Σε επίπεδο ζωτικότητας, οι ασθενείς υπό αιμοκάθαρση είχαν χαμηλότερο βαθμό σε σχέση με του περιτοναϊκά καθαιρόμενους. 4) Σε επίπεδο πόνου, οι αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς βίωναν χειρότερα επίπεδα σε σχέση με τις υπόλοιπες ομάδες. 5) Σε επίπεδο ψυχικής κατάστασης, οι ασθενείς υπό περιτοναϊκή κάθαρση σημείωσαν καλύτερους βαθμούς σε σχέση με τους αιμοκαθαιρόμενους και τους χρόνια νεφροπαθείς.
Theofilou (10)	Α) Εάν οι απόψεις για την υγεία διαφοροποιούνται σε σχέση με τη θεραπεία που ακολουθούν οι χρόνια νεφροπαθείς, και, Β) Αν αυτές οι απόψεις σχετίζονται με την ποιότητα ζωής τους και	N=89 ασθενείς νεφροπάθεια τελικού σταδίου (41 αιμοκαθαιρόμενοι, 48 υπό θεραπεία περιτοναϊκής διάλυσης) 3 Γενικά	5 εργαλεία προσέγγισης: Α) World Health Organization Quality of Life instrument (WHOQOL-BREF) Β) General Health Questionnaire (GHQ-28) Γ) State-Trait Anxiety Inventory (STAI 1/STAI 2) Δ) Center of Epidemiologic	1) Οι αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς είχαν καλύτερα επίπεδα εσωτερικής εστίασης του ελέγχου της υγείας σε σχέση με περιτοναϊκά καθαιρόμενους ασθενείς. 3) Για του αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς, το επίπεδο εσωτερικής εστίασης ελέγχου υγείας συσχετιζόταν θετικά με την ποιότητα ζωής (κυρίως με την ψυχική υγεία). Η ύπαρξη σημαντικών ανθρώπων σχετιζόταν θετικά με την ύπαρξη κατάθλιψης.

	την ψυχική τους υγεία.	Νοσοκομεία της ευρύτερης περιοχής της Αθήνας.	Studies Depression Scale (CES-D) E) Multidimensional Health Locus of Control (MHLC)	4) Για τους περιτοναϊκά καθαιρόμενους ασθενείς, η γενική ποιότητα ζωής σχετίζεται θετικά με τον εσωτερικό έλεγχο της υγείας και την ψυχολογική υγεία. Η ύπαρξη σημαντικών ανθρώπων σχετίζεται αρνητικά με την ψυχολογική υγεία, ενώ σχετίζεται θετικά με την ανάπτυξη άγχους και κατάθλιψης.
Theofilou (11)	Μελέτη διαφορών στην ποιότητα ζωής και στην ψυχική υγεία μεταξύ αιμοκαθαιρόμενων ασθενών και ασθενών υπό περιτοναϊκή κάθαρση	N=144 (84 αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς, 60 ασθενείς υπό περιτοναϊκή κάθαρση) 3 Γενικά Νοσοκομεία της Αθήνας	5 εργαλεία: A) World Health Organization Quality of Life instrument (WHOQOL-BREF) B) General Health Questionnaire (GHQ-28) Γ) State-Trait Anxiety Inventory (STAI 1/STAI 2) Δ) Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) E) Multidimensional Health Locus of Control (MHLC)	1) Οι αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς ανέφεραν χαμηλότερη ποιότητα ζωής σε σχέση με τους περιτοναϊκά καθαιρόμενους όσον αφορά το περιβάλλον και τις κοινωνικές σχέσεις, σοβαρότερο άγχος, και μεγαλύτερο ποσοστό κατάθλιψης με βάση το εργαλείο GHQ-28. 2) Δεν υπήρχαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων όσον αφορά την κατάθλιψη και το άγχος με τη χρήση των εργαλείων CES-D και STAI 1 & 2 αντίστοιχα. 3) Οι αιμοκαθαιρόμενοι εστίαζαν κυρίως στον εσωτερικό έλεγχο της υγείας, ενώ οι περιτοναϊκά καθαιρόμενοι στον εξωτερικό έλεγχο από τους επαγγελματίες υγείας.
Ginieri-Coccosis et al. (39)	Διερεύνηση: A) Αυτοαναφερόμενης σωματικής, ψυχικής, κοινωνικής και περιβαλλοντικής ευεξίας, B) Παραγόντων ψυχικών όπως το άγχος και η κατάθλιψη, και, Γ) Των πεποιθήσεων για την ασθένεια όσον αφορά τον έλεγχο της υγείας σε αιμοκαθαιρόμενους	N=135 (77 αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς, 58 ασθενείς υπό περιτοναϊκή κάθαρση) 3 Γενικά Νοσοκομεία στην ευρύτερη περιοχή της Αθήνας	3 εργαλεία: A) World Health Organization Quality of Life questionnaire (WHOQOL-BREF) B) General Health Questionnaire (GHQ-28) Γ) Multidimensional Health Locus of Control (MHLC)	1) Οι αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς με περισσότερα από 4 χρόνια θεραπείας παρουσίασαν χαμηλότερη ποιότητα ζωής στις πτυχές της σωματικής υγείας, κοινωνικών σχέσεων και περιβάλλοντος, όπως και χαμηλό βαθμό ψυχικής υγείας. 2) Αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς με λιγότερα από 4 χρόνια θεραπείας παρουσίασαν υψηλά ποσοστά άγχους και αϋπνίας. 3) Οι αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς που είχαν μόλις ενταχθεί σε θεραπεία εστίαζαν περισσότερο στον εσωτερικό έλεγχο της υγείας ενώ οι περιτοναϊκά καθαιρόμενοι εστίαζαν κυρίως στην τύχη. Οι

	ασθενείς και ασθενείς υπό περιτοναϊκή διάλυση. Δ) Διαφορών μεταξύ ασθενών με λιγότερα και περισσότερα χρόνια θεραπείας			αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς με περισσότερα από 4 χρόνια θεραπείας παρουσίαζαν λιγότερη εμπιστοσύνη στους γιατρούς σε αντίθεση με τους περιτοναϊκά καθαιρόμενους.
Theofilou et al. (24)	Διερεύνηση διαφορών ποιότητας ζωής αιμοκαθαιρόμενων ασθενών και ασθενών που υποβάλλονται σε περιτοναϊκή κάθαρση και διαφορές μεταξύ ασθενών με λιγότερα και περισσότερα χρόνια θεραπείας	N=135 ασθενείς (77 αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς, 58 ασθενείς υπό περιτοναϊκή κάθαρση) Τρία Γενικά Νοσοκομεία της ευρύτερης περιοχής των Αθηνών	5 εργαλεία: Α) World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF) Β) Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (General Health Questionnaire, GHQ-28) Γ) Πολυδιάστατο ερωτηματολόγιο Εστίασης Ελέγχου Υγείας (Multidimensional Health Locus of Control, MHLC) Δ) Ερωτηματολόγιο Άγχους του Spielberger (STAI) Ε) Κλίμακα του Κέντρου Επιδημιολογικών Ερευνών για την Κατάθλιψη (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, CES-D)	1) Οι αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς με πάνω από 4 χρόνια θεραπείας σημείωσαν χειρότερη ποιότητα ζωής (σωματικής υγεία, κοινωνικές σχέσεις, περιβάλλον και ψυχική υγεία). 2) Οι αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς με κάτω από 4 χρόνια θεραπείας εμφάνισαν υψηλότερα επίπεδα άγχους και αϋπνίας. 3) Βρέθηκε ότι η διάρκεια της θεραπείας επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα ζωής των νεφροπαθών όσον αφορά τις διαστάσεις του περιβάλλοντος, του άγχους/της αϋπνίας, της σοβαρής κατάθλιψης, και τις διαστάσεις της εσωτερικής εστίασης ελέγχου και των γιατρών όσον αφορά τις πεποιθήσεις για την υγεία. 4) Η αυξημένη ηλικία επηρεάζει αρνητικά την σωματική και ψυχολογική υγεία, αυξάνει την κοινωνική δυσλειτουργία και την κατάθλιψη (αυτό σχετίζεται και με την κακή οικογενειακή κατάσταση) και αυξάνει τις πεποιθήσεις για την υγεία στη διάσταση των γιατρών.

Σύγκριση ποιότητας ζωής μεταξύ αιμοκαθαιρόμενων ασθενών, περιτοναϊκά καθαιρόμενων ασθενών και μεταμοσχευμένων ασθενών (Πίνακας 6)

Δύο μελέτες που συμπεριλήφθηκαν στη βιβλιογραφική ανασκόπηση, πέρα από τη σύγκριση μεταξύ αιμοκαθαιρόμενων ασθενών και περιτοναϊκά καθαιρόμενων ασθενών, συμπεριέλαβαν στη σύγκρισή τους και την ομάδα των μεταμοσχευμένων ασθενών. Η μία από αυτές τις μελέτες διεξήχθη από τους Kontodimopoulos et al. (20), οι οποίοι αξιολόγησαν 874 αιμοκαθαιρόμενους, περιτοναϊκά καθαιρόμενους και μεταμοσχευμένους ασθενείς με τη χρήση του ερωτηματολογίου SF-36. Από αυτούς οι 642 ήταν αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς, οι 65 περιτοναϊκά καθαιρόμενοι ασθενείς ενώ οι 167 ήταν μεταμοσχευμένοι ασθενείς. Η ομάδα των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών και των περιτοναϊκά καθαιρόμενων ασθενών δεν σημείωσαν σημαντικές διαφορές μεταξύ τους και ανέφεραν χειρότερη ποιότητα ζωής σε σχέση με το γενικό πληθυσμό, ωστόσο η ομάδα των μεταμοσχευμένων ασθενών σημείωσε μεγαλύτερες βαθμολογίες σε σχέση με τις υπόλοιπες ομάδες σε όλους τους τομείς (σωματική λειτουργικότητα, σωματικό ρόλο, σωματικό πόνο, γενική υγεία, ζωτικότητα, κοινωνική λειτουργικότητα, συναισθηματικό ρόλο και ψυχική υγεία). Αξιοσημείωτο θεώρησαν οι συγγραφείς το γεγονός ότι οι μεταμοσχευμένοι σημείωσαν χειρότερο βαθμό σε όλους τους τομείς σε σχέση με το γενικό πληθυσμό, με εξαίρεση την κλίμακα του σωματικού πόνου, δηλαδή το ότι βίωναν λιγότερο σωματικό πόνο σε σχέση με τον υπόλοιπο πληθυσμό. Γενικά οι ασθενείς που ακολουθούσαν κάποιου είδους θεραπεία υποκατάστασης είχαν χειρότερη ποιότητα ζωής σε σχέση με τους μεταμοσχευμένους ασθενείς, οι οποίοι σε αρκετές περιπτώσεις ανέφεραν καλύτερη ποιότητα ζωής σε σχέση με το γενικό πληθυσμό, ειδικά στο γυναικείο φύλο και στην κλίμακα του σωματικού πόνου. Τέλος, σημαντική παρατήρηση για τους ερευνητές ήταν ότι οι ηλικιωμένοι μεταμοσχευμένοι ασθενείς ανέφεραν καλύτερη ποιότητα ζωής σε σχέση με τους νεότερους μεταμοσχευμένους ασθενείς και στην περίπτωση των μεταμοσχευμένων ασθενών ηλικίας άνω των 60 και ανδρικού φύλου, σημείωσαν καλύτερη ποιότητα ζωής σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό (20).

Η δεύτερη μελέτη στην οποία αξιολογήθηκε η ποιότητα ζωής μεταξύ των τριών αυτών ομάδων ήταν των Panagoroulou et al. (25). Συγκεκριμένα αξιολόγησαν την ποιότητα ζωής ανάμεσα σε 40 αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς, 36 περιτοναϊκά καθαιρόμενους ασθενείς και 48 μεταμοσχευμένους ασθενείς (124 χρόνιους νεφροπαθείς ασθενείς). Η αξιολόγηση διεκπεραιώθηκε με τη χρήση ενός ερωτηματολογίου κατασκευασμένου από τους ίδιους τους

ερευνητές. Το ερωτηματολόγιο αποτελούνταν από 5 ενότητες: α) μία ενότητα για τα βασικά δημογραφικά στοιχεία των ασθενών, όπως το φύλο, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, το επίπεδο εκπαίδευσης, ο τόπος κατοικίας και η διάρκεια μιας συνεδρίας αιμοκάθαρσης, β) μία ενότητα που διερευνούσε την επαγγελματική κατάσταση των ασθενών, και επιπλέον την επαγγελματική κατάσταση των μεταμοσχευμένων ασθενών πριν και μετά τη μεταμόσχευση, γ) μία ενότητα για την επίδραση της θεραπείας υποκατάστασης σε διάφορες πτυχές της ζωής των ασθενών όπως στην οικογένεια, στις κοινωνικές και σεξουαλικές σχέσεις, σε δημιουργικές δραστηριότητες, στην κοινωνική και οικογενειακή στήριξη, στην συμμόρφωση με ιατρικές συμβουλές και στην σχέση με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, δ) μία ακόμα ενότητα που αφορούσε την αξιολόγηση της ψυχολογικής κατάστασης των ασθενών με τη χρήση της βαθμίδας HAD για την αξιολόγηση του άγχους και της κατάθλιψης, και, ε) μία ενότητα που απευθυνόταν μόνο στους μεταμοσχευμένους ασθενείς από τους οποίους ζητούνταν να αξιολογήσουν την ποιότητα ζωής τους πριν και μετά τη μεταμόσχευση. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, υπήρξε αύξηση στο ποσοστό ανεργίας και συνταξιοδότησης των αιμοκαθαιρόμενων και περιτοναϊκά καθαιρόμενων ασθενών. Αντίθετα, στους μεταμοσχευμένους ασθενείς, αν και υπήρξε αύξηση στο ποσοστό συνταξιοδότησης, το ποσοστό ανεργίας εμφάνιζε μείωση ή μη διαφοροποίηση. Οι αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς έδειχναν λιγότερο λειτουργικοί σε σχέση με τις υπόλοιπες ομάδες. Οι μεταμοσχευμένοι ασθενείς είχαν καλύτερη σεξουαλική ζωή, κοινωνική ζωή και καλύτερη ποιότητα ζωής όσον αφορά τις δημιουργικές δραστηριότητες/χόμπι σε σχέση με τις υπόλοιπες ομάδες, αν και δεν υπήρχε καμία διαφορά στην ποιότητα ζωής όσον αφορά την οικογενειακή στήριξη και τις φιλίες. Η σεξουαλική ζωή μεταξύ αιμοκαθαιρόμενων και περιτοναϊκά καθαιρόμενων ασθενών δεν εμφάνιζε καμία διαφοροποίηση. Η συμμόρφωση με τις ιατρικές οδηγίες και γενικά η σχέση των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό ήταν χειρότερη σε σχέση με τις δύο άλλες κατηγορίες ασθενών όσον αφορά την ίδια κλίμακα. Επιπλέον, οι αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς ανέφεραν περισσότερο άγχος και κατάθλιψη σε σχέση με τις άλλες ομάδες. Τέλος, οι μεταμοσχευμένοι ασθενείς σημείωσαν πιο βελτιωμένη ποιότητα ζωής μετά από τη μεταμόσχευση (25).

Πίνακας 6: Κύρια χαρακτηριστικά μελετών που αφορούν την σύγκριση ποιότητας ζωής μεταξύ αιμοκαθαιρόμενων ασθενών, περιτοναϊκά καθαιρόμενων ασθενών και μεταμοσχευμένων ασθενών.

Συγγραφείς	Σκοπός	Δείγμα/ Προέλευση Δείγματος	Εργαλεία	Αποτελέσματα
Kontodimopoulos et al. (20)	Σύγκριση της σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητας ζωής νεφροπαθών σε σχέση με τη θεραπεία που ακολουθούν (αιμοκάθαρση, περιτοναϊκή κάθαρση, μεταμόσχευση)	N=874 ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου (642 αιμοκαθαιρόμενοι, 65 υπό περιτοναϊκή διάλυση, 167 μεταμοσχευμένοι) 26 Νοσοκομειακές Μονάδες Αιμοκάθαρσης, 7 Κέντρα Περιτοναϊκής Κάθαρσης, 4 Νοσοκομεία που φέρουν Μονάδες Μεταμόσχευσης Μεφρού, Συγκεκριμένοι τόποι δεν αναφέρονται	Ελληνική Έκδοση της SF-36 Health Survey	1) Οι μεταμοσχευμένοι ασθενείς ανέφεραν καλύτερη ποιότητα ζωής σε όλες τις πτυχές αλλά χαμηλότερη από τον γενικό πληθυσμό (με εξαίρεση την κατηγορία του σωματικού πόνου), ενώ οι αιμοκαθαιρόμενοι και οι περιτοναϊκά καθαιρόμενοι σημείωσαν σημαντικά χαμηλότερη ποιότητα ζωής σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό. 2) Ηλικιωμένοι μεταμοσχευμένοι ασθενείς σε γενικό βαθμό σημείωσαν καλύτερη ποιότητα ζωής σε σχέση με νέους μεταμοσχευμένους ασθενείς.
Panagopoulou et al. (25)	Διερεύνηση ψυχοκοινωνικών μεταβλητών που σχετίζονται με υποκειμενικούς και αντικειμενικούς δείκτες ποιότητας ζωής	N=124 νεφροπαθείς ασθενείς (40 αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς, 36 ασθενείς υπό περιτοναϊκή κάθαρση, 48 μεταμοσχευμένοι ασθενείς) Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Πάτρας	Ερωτηματολόγιο που περιλάμβανε 4-5 ενότητες (εργαλείο κατασκευασμένο από την ομάδα των ερευνητών): Α) Βασικά δημογραφικά δεδομένα για τον ασθενή Β) Τύπος εργασιακής απασχόλησης Γ) Επίδραση θεραπείας σε διάφορες πτυχές της ζωής του ασθενούς, βαθμός κοινωνικής και οικογενειακής στήριξης και σχέση με τους επαγγελματίες	1) Υπήρχε αύξηση στο ποσοστό ανεργίας και σύνταξης στους αιμοκαθαιρόμενους και περιτοναϊκά καθαιρόμενους, ενώ στους μεταμοσχευμένους ασθενείς, αν και το ποσοστό σύνταξης αυξήθηκε, το ποσοστό ανεργίας μειώθηκε. 2) Οι αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς ανέφεραν χαμηλότερα ποσοστά λειτουργικότητας σε σχέση με τις άλλες δύο ομάδες. 3) Οι μεταμοσχευμένοι ασθενείς είχαν καλύτερη σεξουαλική ζωή, κοινωνική ζωή και ασχολούνταν με δημιουργικές δραστηριότητες σε μεγαλύτερο βαθμό από τις άλλες δύο ομάδες.

			<p>υγείας</p> <p>Δ) Ψυχολογική κατάσταση με τη χρήση βαθμίδας HAD για τη διερεύνηση του άγχους και της κατάθλιψης.</p> <p>Ε) Ποιότητα ζωής και κατάσταση υγείας πριν και μετά τη μεταμόσχευση (μόνο για μεταμοσχευμένους ασθενείς</p>	<p>4) Οι σχέσεις με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό ήταν καλύτερες στους μεταμοσχευμένους ασθενείς και τους περιτοναϊκά καθαιρόμενους ασθενείς σε σχέση με τους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς.</p> <p>5) Οι αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς ανέφεραν μεγαλύτερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης σε σχέση με τους μεταμοσχευμένους ασθενείς.</p> <p>6) Οι μεταμοσχευμένοι ασθενείς ανέφεραν βελτιωμένη λειτουργικότητα και κατάσταση υγείας μετά τη μεταμόσχευση.</p>
--	--	--	---	---

Ποιότητα ζωής μετά από τη μεταμόσχευση νεφρού (Πίνακας 7)

Λίγα είναι και τα άρθρα που ασχολήθηκαν με την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής ασθενών με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια μετά από την μεταμόσχευση νεφρού. Οι Balaska et al. (9) παρακολούθησαν 85 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε μεταμόσχευση νεφρού, από τους οποίους οι 39 ασθενείς δέχτηκαν μόσχευμα από ζωντανό δότη και οι 46 από θανόντα. Η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής έγινε με τη χρήση του ερωτηματολογίου SF-36 ύστερα από ένα χρόνο από την επέμβαση. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι η μεταμόσχευση βελτίωσε την ποιότητα ζωής των ασθενών στην αντίληψη για τη γενικότερη υγεία τους, τη λειτουργικότητα σωματικού ρόλου (role-physical), τη λειτουργικότητα συναισθηματικού ρόλου (role-emotional) και τη ζωτικότητα. Επιπλέον, αναφέρθηκαν μη στατιστικά σημαντικές αλλαγές οι οποίες ήταν η αναφορά για λιγότερο σωματικό πόνο, καλύτερη σωματική και κοινωνική λειτουργικότητα και καλύτερη ψυχική υγεία. Αναφέρεται επίσης, ότι οι ασθενείς κάτω των 30 ετών σημείωσαν καλύτερη σωματική λειτουργικότητα, γενικότερη υγεία και ζωτικότητα σε σχέση με τους μεταμοσχευμένους ασθενείς άνω των 30 ετών. Τέλος, σημειώθηκε ότι οι μεταμοσχευμένοι ασθενείς που δέχτηκαν όργανο από θανόντα δότη βίωναν χειρότερο σωματικό πόνο και ανέφεραν χειρότερη γενικότερη υγεία και σωματική υγεία σε σχέση με τους μεταμοσχευμένους ασθενείς που δέχτηκαν όργανο από ζωντανό δότη (9).

Οι ίδιοι με τους προηγούμενους ερευνητές (38) μελέτησαν την ποιότητα ζωής των ίδιων μεταμοσχευμένων νεφροπαθών ασθενών με τη χρήση του SF-36 ύστερα από δύο χρόνια από την ολοκλήρωση της επέμβασης. Τα αποτελέσματα βρέθηκαν να είναι τα ίδια με αυτά της μελέτης τους ύστερα από ένα χρόνο από τη μεταμόσχευση, με τους ασθενείς να εμφανίζουν στατιστικά σημαντική βελτίωση στην ποιότητα ζωής τους στις κλίμακες της γενικότερης αντίληψης για την υγεία τους, της λειτουργικότητας σωματικού ρόλου, της λειτουργικότητας συναισθηματικού ρόλου και τη ζωτικότητας, και μη στατιστικά σημαντική βελτίωση όσον αφορά το σωματικό πόνο, τη σωματική και κοινωνική λειτουργικότητα και την ψυχική υγεία. Τα ίδια ευρήματα παρατηρήθηκαν όσον αφορά τους ασθενείς κάτω των 30 ετών και τους ασθενείς που είχαν δεχθεί μόσχευμα από ζωντανό δότη, οι οποίοι παρουσίαζαν καλύτερη ποιότητα ζωής σε ορισμένες υποκλίμακες (38).

Η τελευταία μελέτη όσον αφορά την ποιότητα ζωής νεφροπαθών ασθενών μετά από μεταμόσχευση έγινε από τους Sarris et al. (23). Το μελετώμενο δείγμα περιλάμβανε 212

μεταμοσχευμένους ασθενείς και η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής έγινε με τη χρήση του εργαλείου SF-36. Σύμφωνα με τα ευρήματα των ερευνητών, μετά τη μεταμόσχευση σημειώθηκαν υψηλά επίπεδα όσον αφορά τις υποκλίμακες για την ανάπτυξη νέων αντιλήψεων για την υγεία και τη ζωή, την αυτό-αντιλαμβανόμενη ικανότητα εργασίας και την άσκηση του ρόλου-γιατρού και ρόλου-ασθενούς (στο πλαίσιο της θεραπευτικής σχέσης). Τα χαμηλότερα επίπεδα παρατηρήθηκαν στις κλίμακες της σωματικής υγείας, της ψυχοκοινωνικής υγείας και από την ικανοποίηση των ασθενών από την οργανωτικο-διοικητική υποστήριξη και την παροχή ιατρονοσηλευτικής φροντίδας. Παρατηρήθηκε από τους ερευνητές ότι η ποιότητα ζωής των ασθενών παρουσιάζει μια πτωτική πορεία με την πάροδο των ετών μετά τη μεταμόσχευση. Συγκεκριμένα, η ψυχοκοινωνική υγεία, η ικανοποίηση από τις παρεχόμενες διοικητικές υπηρεσίες και την ιατρονοσηλευτική φροντίδα και η ικανοποίηση των ασθενών από τη θεραπευτική σχέση παρουσιάζει το μεγαλύτερο ποσοστό μείωσης με την πάροδο των ετών. Η σωματική υγεία, η ικανότητα εργασίας και η διαμόρφωση νέων αντιλήψεων για την υγεία και τη ζωή παραμένουν σχετικά σταθερές, όπως και η διαχρονική εξέλιξη της ικανοποίησης από την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας μέχρι την παρέλευση μιας δεκαετίας. Όσον αφορά τους δημογραφικούς παράγοντες, οι άνδρες, οι νεότεροι σε ηλικία και οι ασθενείς που είχαν βιώσει λιγότερα χρόνια αιμοκάθαρσης και νεφροπάθειας θεωρούσαν τους εαυτούς τους περισσότερο ικανούς για εργασία. Το επίπεδο εκπαίδευσης, τα συμπτώματα, η συχνότητα νοσηλείας, η συνολική ικανοποίηση από την ποιότητα ζωής και η διάρκεια της αιμοκάθαρσης πριν την μεταμόσχευση δεν φαίνεται να επιδρά στην αντίληψη για ικανότητα εργασίας. Οι μεγαλύτεροι σε ηλικία ασθενείς, οι ασθενείς με χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης, οι ασθενείς με λιγότερα έτη αιμοκάθαρσης και νεφροπάθειας πριν τη μεταμόσχευση, με μικρότερη συχνότητα νοσηλείας μετά τη μεταμόσχευση και με μικρότερο βαθμό επιρροής των συμπτωμάτων διαμορφώνουν περισσότερο θετικές αντιλήψεις για την υγεία. Επιπλέον, όσο υψηλότερο το επίπεδο εκπαίδευσης των ασθενών, μικρότερη περίοδο νεφροπάθειας και λιγότερα συμπτώματα εμφανίζουν, και όσο υψηλότερη η συχνότητα νοσηλείας, τόσο περισσότεροι ικανοποιημένοι δηλώνουν οι ασθενείς από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας. Όσο μικρότερος ο βαθμός επιρροής των συμπτωμάτων και η διάρκεια της μεταμόσχευσης, τόσο ικανοποιημένοι είναι και οι ασθενείς για το ρόλο-ιατρού στη θεραπευτική σχέση. Όσον αφορά το ρόλο-ασθενούς στη θεραπευτική σχέση, θετικά επιδρούν οι νεότεροι ασθενείς, με μεγαλύτερο επίπεδο εκπαίδευσης, με περισσότερα χρόνια μεταμόσχευσης ή αιμοκάθαρσης αλλά λιγότερα χρόνια νεφροπάθειας και

με λιγότερα επεισόδια εμφάνισης και επιρροής συμπτωμάτων. Γενικά, οι ασθενείς που θεωρούν ότι δέχονται κακής ποιότητας υπηρεσίες υγείας δηλώνουν και τη χαμηλότερη βαθμολογία όσον αφορά την ποιότητα ζωής, ενώ αυτή είναι ιδιαίτερα αισθητή σε ασθενείς με χαμηλή ψυχοκοινωνική κατάσταση μετά τη μεταμόσχευση (23).

Πίνακας 7: Κύρια χαρακτηριστικά μελετών που αφορούν την ποιότητας ζωής μετά από τη μεταμόσχευση νεφρού.

Συγγραφείς	Σκοπός	Δείγμα/ Προέλευση Δείγματος	Εργαλεία	Αποτελέσματα
Balaska et al. (9)	Αξιολόγηση αλλαγών στην σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής σε ενήλικες ασθενείς μετά από επιτυχής μεταμόσχευση νεφρού	N=85 μεταμοσχευμένοι ασθενείς (39 από ζωντανό δότη, 46 από θανούντα δότη) Μονάδα Μεταμοσχεύσεων Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών «Ο Ευαγγελισμός»	Ερωτηματολόγιο SF-36	1) Οι ασθενείς εμφάνισαν καλύτερη ποιότητα ζωής όσον αφορά τη γενική αντίληψη για την υγεία, τη σωματική κατάσταση, τη ζωτικότητα, τη σωματική και κοινωνική λειτουργικότητα και την ψυχική υγεία και παράλληλα βίωναν λιγότερο σωματικό πόνο. 2) Μεταμοσχευμένοι ασθενείς ηλικίας κάτω των 30 ετών παρουσίασαν καλύτερα επίπεδα σωματικής λειτουργικότητας, γενικής υγείας και ζωτικότητας. 3) Μεταμοσχευμένοι ασθενείς που έλαβαν όργανο από θανούντα δότη παρουσίασαν χαμηλότερα επίπεδα γενικής υγείας και σωματικής λειτουργικότητας και βίωναν μεγαλύτερο σωματικό πόνο σε σχέση με τους μεταμοσχευμένους ασθενείς που είχαν λάβει όργανο από ζώντα δότη.
Balaska et al. (38)	Αξιολόγηση αλλαγών στην σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής σε ενήλικες ασθενείς μετά από επιτυχής μεταμόσχευση νεφρού	N=85 ασθενείς που υπεβλήθησαν σε επιτυχή μεταμόσχευση νεφρού Μονάδα Μεταμοσχεύσεων του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών «Ο Ευαγγελισμός»	Χρήση ερωτηματολογίου SF-36	1) Οι μεταμοσχευμένοι ασθενείς ανέφεραν σημαντικά καλύτερη ποιότητα ζωής στις πτυχές της γενικής αντίληψης για την υγεία, λειτουργικότητας φυσικού-ρόλου και συναισθηματικού-ρόλου και ζωτικότητας. Λιγότερα στατιστικά σημαντική βελτίωση στην ποιότητα ζωής αναφέρθηκε στις πτυχές του σωματικού πόνου και της σωματικής, κοινωνικής και ψυχικής υγείας. 2) Μεταμοσχευμένοι ασθενείς ηλικίας κάτω των 30 ετών ανέφεραν μεγαλύτερη βελτίωση στην σωματική λειτουργικότητα, στη γενική κατάσταση υγείας και τη ζωτικότητα.

				3) Οι μεταμοσχευμένοι ασθενείς που είχαν δεχτεί μόσχευμα από θανόντα δότη σημείωσαν χειρότερα επίπεδα σωματικού πόνου, γενικής κατάστασης υγείας και σωματικής λειτουργικότητας.
Sarris et al. (23)	Αξιολόγηση της ποιότητας ζωής ασθενών μετά από επιτυχή μεταμόσχευση νεφρού	N=212 μεταμοσχευμένοι ασθενείς Εξωτερικά Ιατρεία Μονάδας Μεταμοσχεύσεων του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών «Λαϊκό»	2 εργαλεία: Α) Ερωτηματολόγιο Επισκόπηση Υγείας SF-36 Β) Επισκόπηση Υγείας μεταμοσχευμένων ασθενών (εργαλείο κατασκευασμένο από την ομάδα των ερευνητών)	1) Η ικανοποίηση των ασθενών μετά από τη μεταμόσχευση νεφρού είχε φθίνουσα τάση με το πέρασμα των χρόνων. 2) Οι μεγαλύτεροι σε ηλικία, με χαμηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο, με λιγότερα έτη αιμοκάθαρσης πριν τη μεταμόσχευση, οι μεταμοσχευμένοι με λιγότερες ημέρες νοσηλείας και με χαμηλό βαθμό εμφάνισης συμπτωμάτων επηρεάστηκαν θετικά στην αντίληψη για την ζωή και την υγεία. 3) Αυτοί που έλαβαν κακής ποιότητας υπηρεσίες υγείας σημειώνουν την χαμηλότερη βαθμολογία στην αντίληψη για την ποιότητα ζωής μετά τη μεταμόσχευση νεφρού.

Ποιότητα ζωής σε παιδιατρικούς ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια (Πίνακας 8)

Μόνο μία μελέτη βρέθηκε στον ελληνικό χώρο που να ασχολείται με την ποιότητα ζωής παιδιατρικών ασθενών με χρόνια νεφροπάθεια. Αυτή έγινε από τους Dotis et al. (16), οι οποίοι συμπεριέλαβαν 55 παιδιατρικούς ασθενείς ηλικίας 8-18 ετών στη μελέτη τους, από τους οποίους οι 25 ήταν ασθενείς με διαγνωσμένη χρόνια νεφροπάθεια, οι 16 ήταν μεταμοσχευμένοι και οι 14 υποβάλλονταν υπό περιτοναϊκή διάλυση, σε σύγκριση με μία ομάδα ελέγχου υγιών παιδιών. Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε ήταν η ελληνική έκδοση του KIDSCREEN-52. Τα παιδιά που μελετήθηκαν χωρίστηκαν σε δύο ηλικιακές ομάδες, η πρώτη με 26 παιδιά ηλικίας 8-11 και η δεύτερη με 29 παιδιά ηλικίας 12-18 ετών. Επιπλέον, δόθηκε και η ευκαιρία στους γονείς των παιδιών να απαντήσουν στο ερωτηματολόγιο για να γίνει σύγκριση των απαντήσεων τους. Παρατηρήθηκε ότι τα παιδιά με χρόνια νεφροπάθεια ηλικίας 8-11 ετών είχαν καλύτερη βαθμολογία στην υποκλίμακα της κοινωνικής αποδοχής σε σχέση με τα υγιή παιδιά ίδιας ηλικίας, ενώ το αντίθετο ισχύει για την ομάδα των παιδιών με χρόνια νεφροπάθεια ηλικίας 12-18 ετών. Οι ασθενείς ηλικίας 12-18 ετών είχαν την τάση για την ανάδειξη μια πιο θετικής εικόνας σε σχέση με τον αντίστοιχο υγιή πληθυσμό. Στην ηλικιακή ομάδα 8-11 ετών σημειώθηκε ότι οι ασθενείς είχαν χειρότερη σωματική ευεξία από τους υγιείς ασθενείς. Όσον αφορά τη σύγκριση των απαντήσεων των ασθενών με τους γονείς τους, βρέθηκε ότι τα παιδιά που είχαν υποβληθεί σε μεταμόσχευση σημείωσαν καλύτερη αυτοαντίληψη και την αντίληψη για τους οικονομικούς πόρους. Οι παιδιατρικοί ασθενείς υπό περιτοναϊκή κάθαρση είχαν πιο θετική αντίληψη για τις σχέσεις τους με τους γονείς τους, όπως επίσης σχετικά με το σχολικό περιβάλλον σε σύγκριση με την αντίληψη των ίδιων των γονέων για αυτά. Γενικά οι παιδιατρικοί ασθενείς σημείωσαν καλύτερη βαθμολογία στις υποκλίμακες της αυτό-αντίληψης, της αυτονομίας, του σχολικού περιβάλλοντος και των οικονομικών πόρων σε σχέση με τους γονείς. Τέλος, τα παιδιά που είχαν υποβληθεί σε μεταμόσχευση αξιολόγησαν με καλύτερο βαθμό την υποκλίμακα των οικονομικών πόρων σε σχέση με τους παιδιατρικούς ασθενείς με νεφροπάθεια που δεν είχαν υποβληθεί σε κάποια θεραπεία υποκατάστασης, ενώ ασθενείς υπό περιτοναϊκή κάθαρση είχαν καλύτερη εκτίμηση των δικών τους διαθέσεων και συναισθημάτων, τις σχέσεις τους με τους γονείς τους και την ζωή τους στο σπίτι και των οικονομικών πόρων τους σε σχέση με τους παιδιατρικούς ασθενείς χωρίς κάποια θεραπεία υποκατάστασης (16).

Πίνακας 8: Κύρια χαρακτηριστικά μελετών που αφορούν την ποιότητας ζωής σε παιδιατρικούς ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια.

Συγγραφείς	Σκοπός	Δείγμα/ Προέλευση Δείγματος	Εργαλεία	Αποτελέσματα
Dotis et al. (16)	Διερεύνηση ποιότητας ζωής σε παιδιά με χρόνια νεφροπάθεια	N=55 παιδιατρικοί ασθενείς (8-18 ετών) με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια (25 ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, 16 μεταμοσχευμένοι ασθενείς, 14 ασθενείς υπό περιτοναϊκή διάλυση) Συγκεκριμένη προέλευση δεν αναφέρεται	Ελληνική έκδοση του εργαλείου KIDSCREEN	<p>1) Παιδιά ηλικίας 8-11 ετών με νεφροπάθεια σημείωσαν καλύτερο βαθμό όσον αφορά την κοινωνική αποδοχή σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό, ενώ παιδιά ηλικίας 12-18 ετών με νεφροπάθεια σημείωσαν χειρότερο βαθμό ενώ έδειχναν μία τάση για να προβάλλουν μία πιο θετική εικόνα για τον εαυτό τους σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό.</p> <p>2) Παιδιά ηλικίας 8-18 ετών με νεφροπάθεια σημείωσαν χειρότερο βαθμό όσον αφορά τη σωματική κατάσταση της υγείας σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό.</p> <p>3) Σε σχέση με τους γονείς, οι μεταμοσχευμένοι παιδιατρικοί ασθενείς σημείωσαν καλύτερο βαθμό στον τομέα της αυτοαντίληψης, και της αντίληψης των οικονομικών πόρων.</p> <p>4) Όσον αφορά οι παιδιατρικοί ασθενείς με νεφροπάθεια τελικού σταδίου, σημείωσαν καλύτερο βαθμό από τους γονείς τους στους τομείς των σχέσεων μεταξύ τους, του σχολικού περιβάλλοντος, της αυτονομία και των οικονομικών πόρων.</p> <p>5) Στον τομέα των οικονομικών πόρων, οι μεταμοσχευμένοι παιδιατρικοί ασθενείς σημείωσαν σημαντικά καλύτερη αντίληψη σε σχέση με τις υπόλοιπες ομάδες.</p> <p>6) Τα παιδιά υπό περιτοναϊκή κάθαρση είχαν καλύτερη εκτίμηση των προσωπικών τους συναισθημάτων, της σχέσης με τους γονείς, την οικιακή τους ζωή και των οικονομικών πόρων σε σχέση με τους υπόλοιπους νεφροπαθείς παιδιατρικούς ασθενείς.</p>

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στην παρούσα συστηματική ανασκόπηση συμπεριλήφθηκαν 20 μελέτες που μελέτησαν την σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής ασθενών που πάσχουν από χρόνια νεφρική ανεπάρκεια. Οι μελέτες αυτές πραγματοποιήθηκαν από το 2006 και μετά, και εστίασαν σε θέματα όσον αφορά την σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής ασθενών τα οποία βρίσκονται σε διαφορετικά στάδια της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας. Οι ασθενείς αυτοί μπορεί να βρίσκονταν στο στάδιο της διαγνωσμένης χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας χωρίς να έχουν υποβληθεί σε κάποιου είδους θεραπεία, μπορεί να υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση ή σε περιτοναϊκή κάθαρση, ή ακόμα και να είχαν μεταμοσχευθεί. Ακόμα, οι πληθυσμοί που μελετήθηκαν κυμαίνονται από παιδιατρικούς ασθενείς μέχρι και ηλικιωμένους ασθενείς όσον αφορά την ηλικία. Επιπλέον, υπήρχαν πολλές μελέτες που ασχολήθηκαν με τη σύγκριση ποιότητας ζωής ανάμεσα σε διαφορετικούς πληθυσμούς ασθενών, κυρίως όσον αφορά τον τρόπο θεραπείας που ακολουθούσαν, είτε αυτή ήταν η αιμοκάθαρση, είτε η περιτοναϊκή κάθαρση είτε και η μεταμόσχευση.

Όπως προαναφέρθηκε, οι περισσότερες μελέτες ήταν μελέτες επισκόπησης και η διάρκεια συλλογής των στοιχείων του μελετώμενου πληθυσμού των μελετών αυτών κυμαινόταν από 2 μήνες έως και 27 μήνες σε όσες έρευνες αναφερόταν η διάρκεια της μελέτης. Ως διάρκεια στην περίπτωση των παραπάνω μελετών θεωρήθηκε η διάρκεια της μελέτης από την έναρξη έως την συμπλήρωση της μελέτης. Δύο από αυτές τις μελέτες έκαναν follow-up στον ίδιο πληθυσμό ύστερα από 12 και 24 μήνες με τα ίδια ερωτηματολόγια ώστε να συγκρίνουν τα αποτελέσματά τους με την πάροδο του χρόνου (20), (23). Ο υπό μελέτη πληθυσμός κυμαινόταν από 55 έως 874 συμμετέχοντες. .

Στην παρούσα συστηματική ανασκόπηση, δεν συμπεριλήφθηκαν μελέτες οι οποίες θεωρήθηκαν ποιοτικά μη αξιόπιστες με βάση συγκεκριμένα κριτήρια (78). Μελέτες οι οποίες είχαν ελλιπή αρχικά δεδομένα ή δεν αναφέρονταν κάποιο ξεκάθαρο δείγμα θεωρήθηκαν μη κατάλληλες για να συμπεριληφθούν στην ανασκόπηση. Ελέγχθηκε εάν υπήρχε επαρκής περιγραφή του πλαισίου δειγματοληψίας, εάν υπήρχε περιγραφή του τόπου και του χρόνου επιλογής των συμμετεχόντων, εάν υπήρχε επαρκής περιγραφή της ένταξης και των κριτηρίων αποκλεισμού και εάν υπήρχε ξεκάθαρη αντιστοιχία των χαρακτηριστικών του πληθυσμού με το

ερευνητικό ερώτημα. Άλλοι παράγοντες που επηρέασαν την διαλογή των μελετών που συμπεριλήφθηκαν στην ανασκόπηση ήταν το μεγάλο ποσοστό ανταπόκρισης του υπό μελέτη πληθυσμού, η σαφήνεια και η εγκυρότητα της συλλογής των πληροφοριών με τη χρήση έγκυρων και ποιοτικά σταθμισμένων ερωτηματολογίων, ο σαφής καθορισμός των αποτελεσμάτων για την αξιολόγησή τους, όπως και την επάρκεια της αναλυτικής στρατηγικής. Τέλος, ελέγχθηκε η σαφήνεια των αποτελεσμάτων σε κάθε μελέτη (78).

Μελέτες που ασχολήθηκαν με την ποιότητα ζωής ασθενών με χρόνια νεφροπάθεια κατέληξαν στα συμπεράσματα ότι οι νεφροπαθείς έχουν μειωμένη σωματική λειτουργικότητα και γενικότερα σωματική υγεία, μεγαλύτερο σωματικό πόνο, χειρότερη γενική υγεία και μεγαλύτερο μόνιμο και στιγμιαίο άγχος σε σχέση με τον υγιή πληθυσμό. Μελετώντας και συγκρίνοντας τα χαρακτηριστικά μεταξύ των νεφροπαθών, βρέθηκε ότι οι μικρότεροι σε ηλικία ασθενείς είχαν καλύτερη ποιότητα ζωής σε σχέση με τους νεφροπαθείς ασθενείς που έχουν μεγαλύτερη ηλικία. Επιπλέον, οι νεφροπαθείς που είχαν λιγότερο άγχος είχαν και καλύτερη ποιότητα ζωής. Οι ασθενείς με χαμηλότερη νοσηρότητα εμφάνιζαν καλύτερη σωματική υγεία και λειτουργικότητα, γενική υγεία, ζωτικότητα και βρισκότουσαν σε καλύτερη συναισθηματική κατάσταση, ενώ ασθενείς με χαμηλό δείκτη μάζας σώματος (BMI) είχαν καλύτερη γενική υγεία. Όσον αφορά δημογραφικά χαρακτηριστικά, οι ασθενείς ανδρικού φύλου, ασθενείς άγαμοι ασθενείς, διαζευγμένοι ή χήροι ασθενείς βίωναν λιγότερο σωματικό πόνο και ασθενείς που ήταν κάτοικοι αγροτικών περιοχών είχαν μεγαλύτερο μόνιμο άγχος από τους ασθενείς που έμεναν σε αστικές περιοχές. Το μεγαλύτερο μόνιμο άγχος των χρόνιων νεφροπαθών ασθενών που μένουν σε αγροτικές περιοχές θα μπορούσε να οφείλεται στην μειωμένη πρόσβαση (κυρίως λόγω αποστάσεως ή δυσμενούς γεωγραφικής θέσης) που έχουν σε μονάδες υγείας ή την μειωμένη ποιότητα και παροχή ιατρονοσηλευτικών υπηρεσιών που τους παρέχονται σε σχέση με τους ασθενείς που μένουν σε αστικές περιοχές. Τέλος, αποδείχθη ότι ο χρόνος από την ημέρα της διάγνωσης επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό την ποιότητα ζωής, αφού οι ασθενείς που είχαν διαγνωσμένη τη χρόνια νεφροπάθεια για πάνω από τρία χρόνια είχαν χειρότερη σωματική λειτουργικότητα, κοινωνική λειτουργικότητα και κατάσταση υγείας αλλά και μεγαλύτερο σωματικό πόνο σε σχέση με ασθενείς που είχαν διαγνωστεί με χρόνια νεφροπάθεια για κάτω από 3 έτη (6), (15).

Μερικές από τις μελέτες που συμπεριλαμβάνονται στην παρούσα συστηματική ανασκόπηση ασχολήθηκαν μόνο με τους ψυχοκοινωνικούς και δημογραφικούς παράγοντες που επηρέασαν την ποιότητα ζωής των ασθενών με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια. Συγκεκριμένα, η μεγαλύτερη ηλικία σχετιζόταν με χειρότερη ποιότητα ζωής όσον αφορά τη σωματική υγεία και τις κοινωνικές σχέσεις του ασθενούς. Το καλύτερο επίπεδο εκπαίδευσης, η έγγαμη οικογενειακή κατάσταση και το ανδρικό φύλο σχετιζόταν άμεσα με καλύτερη ψυχολογική υγεία και κοινωνικές σχέσεις. Τέλος, το αυξημένο άγχος και η κατάθλιψη επηρέαζαν αρνητικά την ποιότητα ζωής των νεφροπαθών ασθενών (26), (33).

Μελέτες που εμβάθυναν στην ποιότητα ζωής χρόνια νεφροπαθών ασθενών και υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση συμφώνησαν ότι σε κλίμακα από 0-30 του MVQOLI-15, η μέση βαθμολογία ποιότητας ζωής των ασθενών αυτών είναι περίπου 17. Βρέθηκε ότι η αυξημένη ηλικία συνδέεται με καλύτερη ποιότητα ζωής (και συγκεκριμένα σε άτομα άνω των 60 ετών) Η ποιότητα ζωής βρέθηκε ότι βρισκόταν στα χαμηλότερα επίπεδα κυρίως στους τομείς της εργασίας και της σεξουαλικής λειτουργίας. Τα χαμηλά επίπεδα ποιότητας ζωής σε αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς σχετιζόνταν συνήθως με χαμηλά επίπεδα εκπαίδευσης, μειωμένη πληροφόρηση σχετικά με την ασθένεια, με κακές κοινωνικές και οικογενειακές σχέσεις, με την απόκρυψη του προβλήματος υγείας από το οποίο πάσχουν, με κακές σχέσεις με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και τους υπόλοιπους ασθενείς και με την δυσκολία διαχείρισης εργασιακών, οικογενειακών και κοινωνικών υποχρεώσεων. Γενικά η κακή ποιότητα ζωής αιμοκαθαιρόμενων ασθενών σχετίζεται κατά κύριο λόγο με τη σωματική λειτουργικότητα, την έλλειψη σωματικών κατορθωμάτων στην καθημερινή ζωή, τη γενικότερη υγεία και την συναισθηματική κατάσταση. Με βάση τις μελέτες που χρησιμοποίησαν το MVQOLI-15 οι χαμηλότεροι βαθμοί ποιότητας ζωής αφορούσαν την λειτουργικότητα, την πνευματικότητα, τα συμπτώματα και κατά κύριο λόγο την ευεξία. Η απώλεια ενός συντρόφου, η ύπαρξη από 0-2 παιδιά, οι ασθενείς με εκπαίδευση από δευτεροβάθμια και άνω, διαζευγμένοι ασθενείς ή άγαμοι, άνεργοι ή με εργασία μερικής απασχόλησης είχαν χαμηλή ποιότητα ζωής σε διάφορες βαθμίδες σε σχέση με τους υπόλοιπους ασθενείς. Την ποιότητα ζωής επηρέαζε αρνητικά, επίσης, σε διάφορες υποκλίμακες, η συνύπαρξη σακχαρώδη διαβήτη, υπέρτασης, καρδιοπάθειας, αρθροπάθειας και η εμφάνιση κραμπών, πονοκεφάλου και κνησμού κατά τη διάρκεια της αιμοκάθαρσης. Τέλος, η αυξημένη προσπάθεια αυτοδιαχείρισης πόνου σε δραστηριότητες σχετίζεται με χαμηλότερη ποιότητα ζωής στους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς (5), (7), (12), (36), (37).

Ένα μεγάλο ποσοστό των μελετών είχε σκοπό να διερευνήσει τις διαφορές στην ποιότητα ζωής μεταξύ αιμοκαθαιρόμενων και περιτοναϊκά καθαιρόμενων ασθενών. Συγκεκριμένα, οι περιτοναϊκά καθαιρόμενοι ασθενείς είχαν καλύτερη σωματική λειτουργικότητα από τους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς, αλλά χειρότερη σε σχέση με τους χρόνους νεφροπαθείς που δεν είχαν υποβληθεί ακόμα σε θεραπεία. Επιπλέον, οι περιτοναϊκά καθαιρόμενοι ασθενείς είχαν χειρότερη ζωτικότητα σε σχέση με τους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς και χειρότερη γενική υγεία σε σχέση με τους νεφροπαθείς μη υποβληθέντες σε θεραπεία υποκατάστασης. Οι αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς είχαν χειρότερο σωματικό πόνο σε σχέση με τους περιτοναϊκά καθαιρόμενους ασθενείς. Οι αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς παρατηρήθηκε ότι είχαν χειρότερη ποιότητα ζωής στις υποκλίμακες του περιβάλλοντός τους και των κοινωνικών σχέσεων (10), (24), (31), (39).

Φαίνεται να υπάρχουν διαφορετικές απόψεις όσον αφορά τη σύγκριση της ψυχικής υγείας μεταξύ αιμοκαθαιρόμενων και περιτοναϊκά καθαιρόμενων ασθενών. Ορισμένες μελέτες κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι δεν παρουσιάζονται σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων ενώ άλλες μελέτες παρατήρησαν ότι υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές όσον αφορά την ψυχική υγεία μεταξύ αιμοκαθαιρόμενων και περιτοναϊκά καθαιρόμενων ασθενών. Η μία μελέτη της Theofilou (10), των Ginieri-Coccosis et al. (39) και μία ακόμα μελέτη της Theofilou με τους υπόλοιπους ερευνητές της (24) συμπέραναν ότι υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων, με τους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς να βιώνουν μεγαλύτερο άγχος και κατάθλιψη σε σχέση με τους περιτοναϊκά καθαιρόμενους ασθενείς. Αντίθετα, οι Ikononou et al. (31) κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων όσον αφορά το χαρακτηριστικό αυτό. Μία ακόμα μελέτη της Theofilou (11) με τη χρήση του ερωτηματολογίου GHQ-28 έδειξε ότι οι αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς βίωναν μεγαλύτερο άγχος και κατάθλιψη σε σχέση με τους περιτοναϊκά καθαιρόμενους ασθενείς, ενώ με την χρήση των ερωτηματολογίων CES-D και STAI, οι διαφορές μεταξύ τους όσον αφορά το άγχος και την κατάθλιψη δεν ήταν στατιστικά σημαντικές.

Επιπρόσθετα, έγιναν συγκρίσεις με γνώμονα τα χρόνια θεραπείας που έχουν οι ασθενείς που υποβάλλονται σε θεραπεία υποκατάστασης. Συγκεκριμένα, οι αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς με περισσότερα χρόνια θεραπείας είχαν χειρότερη ποιότητα ζωής όσον αφορά την σωματική υγεία, τις κοινωνικές σχέσεις, το περιβάλλον και την ψυχική υγεία, ενώ οι αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς

με κάτω από 4 χρόνια θεραπείας είχαν μεγαλύτερο ποσοστό άγχους και αϋπνίας. Με λίγα λόγια, τα περισσότερα χρόνια θεραπείας σχετίστηκαν με χειρότερη σωματική, ψυχολογική και κοινωνική ευεξία. Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στους περιτοναϊκά καθαιρόμενους ασθενείς με λιγότερα ή περισσότερα χρόνια θεραπείας. Όσον αφορά την εστίαση ελέγχου, οι περισσότερες μελέτες συμφωνούν στο γεγονός ότι αν και οι δύο ομάδες εστιάζουν στην εσωτερική εστίαση ελέγχου, οι αιμοκαθαιρόμενοι εστίαζαν περισσότερο σε αυτήν με καλύτερη σωματική και ψυχολογική υγεία, καλύτερη ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με την υγεία, αλλά χαμηλότερη ποιότητα ζωής όσον αφορά τη γενικότερη υγεία, τα σωματικά συμπτώματα, την κοινωνική δυσλειτουργία και τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης. Για τους περιτοναϊκά καθαιρόμενους η εσωτερική εστίαση ελέγχου βελτιώνει στη συνολική σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής. Πέρα από την εσωτερική εστίαση ελέγχου, βρέθηκε ότι οι νέο-εντασσομένοι περιτοναϊκά καθαιρόμενοι ασθενείς εστίαζαν περισσότερο στο ιατρικό προσωπικό ενώ οι περιτοναϊκά καθαιρόμενοι ασθενείς με άνω των τεσσάρων ετών θεραπείας εστίαζαν και στον τομέα της τύχης (24), (39).

Μερικές από τις μελέτες συμπεριέλαβαν και τους μεταμοσχευμένους ασθενείς στη σύγκριση των ομάδων. Κατέληξαν στα συμπεράσματα ότι οι μεταμοσχευμένοι ασθενείς είχαν καλύτερη ποιότητα ζωής όσον αφορά τη σωματική λειτουργικότητα, τον σωματικό πόνο, τη γενική υγεία, τη ζωτικότητα, την κοινωνική λειτουργικότητα, τα συναισθήματα και την ψυχική υγεία σε σχέση με τους άλλες δύο ομάδες ασθενών. Σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό, οι μεταμοσχευμένοι ασθενείς σημείωσαν χειρότερη ποιότητα ζωής σε όλες τις βαθμίδες, εκτός του σωματικού πόνου, ότι βίωναν δηλαδή λιγότερο σωματικό πόνο σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό. Αυτό το συμπέρασμα θα μπορούσε να ερμηνευθεί με τον εξής τρόπο: οι χρόνιοι νεφροπαθείς ασθενείς πριν από τη μεταμόσχευση βίωναν υψηλά επίπεδα σωματικού πόνου, κι έτσι μετά την πραγματοποίηση της μεταμόσχευσης, οι μεταμοσχευμένοι ασθενείς αισθάνθηκαν ότι υπήρξε μεγάλη βελτίωση στην κλίμακα του σωματικού πόνου σε σημείο να ξεπεράσει τις αξιολογήσεις του σωματικού πόνου από τον γενικό πληθυσμό, οι οποίοι δεν είχαν βιώσει έντονο σωματικό πόνο στη ζωή τους. Επιπλέον, οι μεταμοσχευμένοι ασθενείς είχαν καλύτερη σεξουαλική ζωή, κοινωνική ζωή και ποιότητα ζωής όσον αφορά τις δημιουργικές δραστηριότητες και τα χόμπι. Οι μεταμοσχευμένοι ασθενείς είχαν καλύτερη ποιότητα ζωής μετά τη μεταμόσχευση ενώ την καλύτερη ποιότητα ζωής είχαν οι μεταμοσχευμένοι ασθενείς που ήταν μεγαλύτεροι σε ηλικία. Μεταξύ των τριών ομάδων, οι αιμοκαθαιρόμενοι ήταν οι λιγότερο

λειτουργικοί ασθενείς, παρουσίαζαν τα μεγαλύτερα ποσοστά άγχους και κατάθλιψης και είχαν την χαμηλότερη συμμόρφωση στη θεραπεία τους. Δεν υπήρχε διαφορά μεταξύ των τριών ομάδων όσον αφορά την οικογενειακή στήριξη και τις φιλίες. Τέλος, όσον αφορά τον εργασιακό τομέα, οι αιμοκαθαιρόμενοι και περιτοναϊκά καθαιρόμενοι ασθενείς παρουσίαζαν αύξηση στα ποσοστά ανεργίας και σύνταξης, ενώ οι μεταμοσχευμένοι ασθενείς παρουσίασαν αύξηση στα ποσοστά σύνταξης, αλλά μείωση ή μη διαφοροποίηση στα ποσοστά ανεργίας (20), (25).

Εξετάζοντας την ποιότητα ζωής των χρόνια νεφροπαθών ασθενών μετά από τη μεταμόσχευση, παρατηρήθηκε ότι η μεταμόσχευση βελτίωσε τη γενικότερη υγεία των ασθενών, τη σωματική λειτουργικότητα, τη συναισθηματική λειτουργικότητα και τη ζωτικότητα, ενώ λιγότερο στατιστικά σημαντικές βελτιώσεις παρατηρήθηκαν όσον αφορά την ελάττωση του σωματικού πόνου, την κοινωνική λειτουργικότητα και την ψυχική υγεία. Μεταμοσχευμένοι ασθενείς κάτω των 30 ετών παρουσίασαν καλύτερη σωματική λειτουργικότητα, γενικότερη υγεία και ζωτικότητα, ενώ εκείνοι που έλαβαν μόσχευμα από θανούντα δότη ανέφεραν μεγαλύτερο σωματικό πόνο και χειρότερη γενικότερη υγεία. Οι αντιλήψεις για την υγεία και τη ζωή ήταν βελτιωμένες, όπως επίσης και η αυτοαντίληψη για την ικανότητα εργασία και το πλαίσιο της θεραπευτικής σχέσης μεταξύ ασθενή και γιατρού. Από την άλλη πλευρά, αν και η ποιότητα ζωής των ασθενών μετά τη μεταμόσχευση βελτιωνόταν, παρουσιάζονταν πτωτική πορεία με την πάροδο των ετών, κυρίως όσον αφορά την ψυχοκοινωνική υγεία, την ικανοποίηση από τις παρεχόμενες διοικητικές υπηρεσίες και την ιατρονοσηλευτική φροντίδα και την ικανοποίηση των ασθενών από τη θεραπευτική σχέση. Τα χαμηλότερα επίπεδα στην ποιότητα ζωής των μεταμοσχευμένων ασθενών παρατηρήθηκαν στις κλίμακες της σωματικής υγείας, της ψυχοκοινωνικής υγείας, της ικανοποίησης των ασθενών από την οργανωτικο-διοικητική υποστήριξη και την παροχή ιατρονοσηλευτικής φροντίδας (9), (23), (38).

Τέλος, όσον αφορά τους παιδιατρικούς ασθενείς, μόνο μία μελέτη ερευνήσε την ποιότητα ζωής τους, η οποία κατέληξε στα συμπεράσματα ότι τα παιδιά με χρόνια νεφροπάθεια ηλικίας 8-11 ετών ένιωθαν ότι είχαν καλύτερη κοινωνική αποδοχή αλλά χειρότερη σωματική ευεξία σε σχέση με υγιή παιδιά της ηλικίας τους, ενώ όσον αφορά τους παιδιατρικούς ασθενείς 12-18 ετών, τα ίδια θεώρησαν ότι είχαν χειρότερη κοινωνική αποδοχή αλλά τάση να αναδείξουν μια πιο θετική εικόνα σε σχέση με τους υγιείς συνομήλικούς τους. Γενικά, οι παιδιατρικοί ασθενείς, σε αντίθεση με τις αντιλήψεις των γονέων τους, είχαν πιο βελτιωμένη αυτό-αντίληψη,

αυτονομία, εικόνα για το σχολικό τους περιβάλλον, εικόνα των οικονομικών τους πόρων, όπως επίσης και τις σχέσεις με τους ίδιους τους γονείς τους (16).

Περιορισμοί της συστηματικής ανασκόπησης ήταν οι εξής: α) το γεγονός ότι η χρήση διαφορετικού συνδυασμού ερωτηματολογίων σε κάθε μελέτη δημιουργούσε δυσκολίες στην διεξαγωγή κοινών συμπερασμάτων από διαφορετικές μελέτες με ίδιο αντικείμενο, β) ο μικρός αριθμός μελετών που αξιολόγησαν πληθυσμούς με τα ίδια χαρακτηριστικά, γ) η μεγάλη ποικιλία κλιμάκων που αξιολογούσε κάθε ερωτηματολόγιο με αποτέλεσμα να προκύπτει μεγάλη ποικιλία αποτελεσμάτων σε διαφορετικές μελέτες που αφορούσαν τον ίδιο μελετώμενο πληθυσμό, και, δ) η απουσία άλλων συστηματικών ανασκοπήσεων που αφορούν την σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής σε ασθενείς με χρόνια νεφροπάθεια στην Ελλάδα με αποτέλεσμα να μην υπάρχει δυνατότητα σύγκρισης των συμπερασμάτων.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Με βάση τα προαναφερόμενα, είναι φανερό ότι η ποιότητα ζωής του ασθενούς με νεφροπάθεια διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην συνολική υγεία αυτού. Συγκεκριμένα η ποιότητα ζωής του ασθενούς με χρόνια νεφροπάθεια εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, όπως είναι η σωματική υγεία, η ψυχολογική υγεία και οι ψυχοκοινωνικοί και δημογραφικοί παράγοντες. Είναι σημαντική η εξέταση της επιρροής όλων των παραγόντων αυτών στην έτση ώστε να κατανοηθεί επακριβώς ο βαθμός της σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητας ζωής.

Για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής υπάρχει μεγάλο εύρος σταθμισμένων ερωτηματολογίων από τα οποία το καθένα μετρά διαφορετικές κλίμακες της ζωής ενός ανθρώπου. Η χρήση πολλαπλών και διαφορετικών εργαλείων από τους συγγραφείς των μελετών που επιλέχθηκαν για την παρούσα συστηματική ανασκόπηση, επέτρεψε στην σφαιρική και πολύ-παραγοντική αξιολόγηση των ασθενών και στην κατάληξη διάφορων συμπερασμάτων

Με βάση τις μελέτες που συμπεριελήφθησαν στην παρούσα συστηματική ανασκόπηση, παρατηρήθηκε ότι η συνολική ποιότητα ζωής των νεφροπαθών ασθενών δεν ήταν ικανοποιητική και ήταν χειρότερη σε σχέση με τον υγιή πληθυσμό. Τον χαμηλότερο βαθμό ποιότητας ζωής συμφωνήθηκε από αρκετές μελέτες ότι είχαν οι ασθενείς με χρόνια νεφροπάθεια, οι οποίοι υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση. Οι νεφροπαθείς ασθενείς που υποβάλλονταν σε περιτοναϊκή κάθαρση είχαν πιο βελτιωμένη ποιότητα ζωής σε σχέση με τους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς, ενώ οι μεταμοσχευμένοι ασθενείς σημείωσαν τον καλύτερο βαθμό ποιότητας ζωής και σε ορισμένες περιπτώσεις καλύτερη από αυτόν του γενικού πληθυσμού, παραδείγματος χάριν στην υποκλίμακα του σωματικού πόνου. Επιπλέον, βρέθηκε ότι οι χρόνια νεφροπαθείς ασθενείς, είτε αυτοί είναι διαγνωσμένοι είτε έχουν υποβληθεί σε θεραπεία υποκατάστασης, βιώνουν μεγάλο ποσοστό άγχους και κατάθλιψης στην καθημερινότητά τους. Τέλος, στους παιδιατρικούς ασθενείς δόθηκε μεγάλο βάρος στην κοινωνική αποδοχή και στο σχολικό περιβάλλον, ενώ οι ίδιοι αντιλαμβάνοντουσαν την ποιότητα ζωής τους, μετά τη διάγνωση της χρόνιας νεφροπάθειας, καλύτερη σε σχέση με την αντίληψη των ίδιων των γονιών τους.

Ωστόσο, τα ελλιπή δεδομένα που υπάρχουν για τους χρόνιους νεφροπαθείς στην Ελλάδα και ιδιαίτερα για την ποιότητα ζωής τους, καταστούν δύσκολη τη σωστή συλλογή δεδομένων, την σωστή αξιοποίηση αυτών και την παραγωγή αξιόπιστων συμπερασμάτων τα οποία δεν μπορούν

να γενικευθούν στον γενικό πληθυσμό. Οι δημοσιευμένες μελέτες που αφορούν το θέμα της σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητας ζωής σε χρόνιους νεφροπαθείς στην Ελλάδα είναι ελάχιστες και αυτές μελετούν διαφορετικούς παράγοντες με την χρήση διαφορετικών εργαλείων αξιολόγησης, με αποτέλεσμα να είναι δύσκολη η σύγκριση των αποτελεσμάτων. Επιπλέον περιορισμοί αποτελούν η ανάγκη για μεγαλύτερο μέγεθος μελετώμενου πληθυσμού και η απουσία άλλων συστηματικών ανασκοπήσεων σχετιζόμενων με το υπό μελέτη ερώτημα έτσι ώστε να πραγματοποιηθούν συγκρίσεις των συμπερασμάτων.

Συμπερασματικά, θα πρέπει να διεξαχθούν περισσότερες μελέτες μελλοντικά οι οποίες θα αξιολογούν μεγάλο αριθμό πληθυσμού και μεγάλο εύρος παραγόντων για την παραγωγή αξιόπιστων και ασφαλών αποτελεσμάτων σε σχέση με την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής ασθενών με χρόνια νεφροπάθεια στην Ελλάδα.

ΕΘΝΙΚΟΝ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟΝ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΝ ΑΘΗΝΩΝ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΔΙΑΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ - ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΕΙΔΙΚΕΥΣΗ: ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

**ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΣΕ
ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ: ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ**

ΚΑΛΛΙΟΠΗ Π. ΦΙΛΙΠΠΑ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ Π.Ε.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια αποτελεί μία από τις χρόνιες ασθένειες με την μεγαλύτερη νοσηρότητα και θνητότητα παγκοσμίως. Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής είναι μία σχετικά νέα έννοια και θεωρείται ένα πολύ σημαντικό κριτήριο για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της θεραπείας και του πλάνου φροντίδας του ασθενή.

Σκοπός: Σκοπός της συστηματικής ανασκόπησης ήταν η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των ασθενών με χρόνια νεφροπάθεια στην Ελλάδα.

Μεθοδολογία: Η ανασκόπηση συμπεριέλαβε ερευνητικές μελέτες που δημοσιεύθηκαν την περίοδο 2006-2017 και προέρχονται από τις βάσεις δεδομένων Pubmed, Scopus και Google

Scholar με λέξεις ευρετηρίου “health-related quality of life”, “quality of life”, “kidney”, “renal”, “hemodialysis”, “Greece”.

Αποτελέσματα: Συνολικά συμπεριλήφθηκαν και αξιολογήθηκαν 20 μελέτες επισκόπησης και follow-up. Η πλειοψηφία αυτών κατέδειξε ότι οι ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση βιώνουν τον χειρότερο βαθμό ποιότητας ζωής, ενώ οι περιτοναϊκά καθαιρόμενοι ασθενείς έχουν καλύτερη ποιότητα ζωής σε σχέση με τους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς. Οι μεταμοσχευμένοι ασθενείς παρουσιάζουν βελτιωμένη ποιότητα ζωής σε σχέση με την ποιότητα ζωής πριν από τη μεταμόσχευση. Τέλος, όσον αφορά τους παιδιατρικούς ασθενείς, οι γονείς των ασθενών έχουν χειρότερη αντίληψη για την ποιότητα ζωής που βιώνουν τα παιδιά τους, σε σχέση με την αντίληψη των ίδιων των ασθενών.

Συμπεράσματα: Τα ερωτηματολόγια ποιότητας ζωής αποτελούν σημαντικό εργαλείο για την αξιολόγηση της υγείας των νεφροπαθών ασθενών οι οποίοι, όπως παρατηρήθηκε, βιώνουν χαμηλά επίπεδα ποιότητας ζωής. Είναι σημαντικό να διεξαχθούν περαιτέρω πολυδιάστατες μελέτες για την εξαγωγή περισσότερο ασφαλών και αξιόπιστων συμπερασμάτων με επίκεντρο την ποιότητα ζωής των νεφροπαθών ασθενών στην Ελλάδα.

Λέξεις – κλειδιά: Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής, ποιότητα ζωής, νεφρός, νεφρικό, αιμοκάθαρση, Ελλάδα

NATIONAL AND KAPODISTRIAN UNIVERSITY OF ATHENS
SCHOOL OF HEALTH SCIENCE
FACULTY OF NURSING
INTERUNIVERSITY POSTGRADUATE PROGRAM IN HEALTH CARE
MANAGEMENT AND HEALTH CARE INFORMATICS

DISSERTATION

**HEALTH RELATED QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH KIDNEY
DISEASE IN GREECE: SYSTEMATIC REVIEW**

BY KALLIOPI P. FILIPPA

ABSTRACT

Introduction: Chronic Kidney Disease is one of the chronic diseases with the highest morbidity and mortality worldwide. In recent years, health-related quality of life is a new concept and is considered a very important criterion in assessing a patient's treatment and care plan.

Purpose: The purpose of this systematic review was to evaluate the quality of life of patients with chronic kidney disease in Greece.

Method: This review included research studies published between 2006-2017 from the Pubmed, Scopus and Google Scholar databases with the words “health-related quality of life”, “quality of life”, “kidney”, “renal”, “hemodialysis”, “Greece “.

Results: Overall, 20 research studies were reviewed and evaluated. The majority of these studies demonstrated that hemodialysis patients experience the worst quality of life, while peritoneal patients have a better quality of life than hemodialysis patients. Transplanted patients have an improved quality of life compared with the quality of life prior to transplantation. Finally, with regard to pediatric patients, the patients' parents have a worse perception on the

quality of life that their children experience compared to the perception of the patients themselves.

Conclusion: Questionnaires on quality of life are an important tool for evaluating the health of patients with chronic kidney disease who, as proven, experience poor quality of life. It is important to conduct further multidimensional studies to extract safer and more reliable conclusions focusing on the quality of life of patients with chronic kidney disease in Greece.

Key words: health-related quality of life, quality of life, kidney, renal, hemodialysis, Greece

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Ellis H. Anatomy of the kidney and ureter. *Surgery* 2005;23(3):99-101.
2. Moinuddin Z, Dhanda R. *Anaesthesia and Intensive Care Medicine* 2015;16(6):247-252.
3. Glasscock RJ, Rule AD. Aging and the Kidneys: Anatomy, Physiology and Consequences for Defining Chronic Kidney Disease. *Nephron* 2016;134:25-29.
4. Fradelos E, Tzavells F, Koukia E, Zyga S. The Effect of Spirituality on Quality of Life of Patients with Chronic Kidney Disease and Its Correlation with the Mental Health Status and Cognitive Perception for Their Illness. *Study Protocol. Open Access Library Journal* 2015;2(8):1-7.
5. Stavrianou K, Pallikarakis N. Quality of life of end-stage renal disease patients and study on the implementation of nocturnal home hemodialysis in Greece. *Hemodialysis Int* 2007;11(2):204-209.
6. Kaltsouda A, Skapinakis P, Damigos D, Ikonomidou M, Kalaitzidis R, Mavreas V et al. Defensive coping and health-related quality of life in chronic kidney disease: a cross-sectional study. *BMC Nephrol* 2011;12(28):1-9.
7. Kastrouni M, Sarantopoulou E, Aperis G, Alivanis P. Quality of life of Greek patients with end stage renal disease undergoing haemodialysis. *Journal of Renal Care* 2010;36(3):126-132.
8. Theofilou P, Synodinou C, Panagiotaki H. Undergoing Haemodialysis: A Qualitative Study to investigate the lived Experiences of Patients. *Europe's Journal of Psychology* 2013;9(1):19-32.
9. Balaska A, Moustafellos P, Gourgiotis S, Pistolas D, Hadjiyannakis E, Vougas V. Changes in Health-Related Quality of Life in Greek Adult Patients 1 Year After Successful Renal Transplantation. *Exp Clin Transplant* 2006;4(2):521-524.
10. Theofilou P. Quality of life and mental health in hemodialysis and peritoneal dialysis patients: the role of health beliefs. *Int Urol Nephrol* 2012;44(1):245-253.
11. Theofilou P. Quality of Life in Patients Undergoing Hemodialysis or Peritoneal Dialysis Treatment. *J Clin Med Res* 2011;3(3):132-138.
12. Alexopoulou M, Giannakopoulou N, Komna E, Alikari V, Toulia G, Polikandrioti M. The Effect of Perceived Social Support on Hemodialysis Patients' Quality of Life. *Mater Sociomed* 2016;28(5):338-342.
13. Apostolou T. Quality of life in the elderly patients on dialysis. *Int Urol Nephrol* 2007;39(2):679-683.
14. Lilympaki I, Makri A, Vlantousi K, Koutelekos I, Babatsikou F, Polikandrioti M. Effect of Perceived Social Support on the Levels of Anxiety and Depression of Hemodialysis Patients. *Mater Sociomed* 2016;28(5):361-365.
15. Παπαδόπουλος Ρ, Γαλάνης Π, Παπαγιάννη Α, Χρονίδης Γ, Φρεγγίδου Ε, Μπιλάλη Α και συν. Προσδιοριστές της ποιότητας ζωής και του άγχους ασθενών με χρόνια νεφρική νόσο τελικού σταδίου. *Νοσηλεία και Έρευνα* 2016;8(47):66-76.
16. Dotis J, Pavlaki A, Printza N, Stabouli S, Antoniou S, Gkogka C et al. Quality of life in children with chronic kidney disease. *Pediatr Nephrol* 2016;31(12):2309-2316.

17. Luycx VA, Tonelli M, Stanifer JW. The global burden of kidney disease and the sustainable development goals. *Bull World Health Organ* 2018;96(6):414-422D.
18. Γεωργιάδου Ε, Καυκιά Θ, Μηνασίδου Ε, Καζάκος Κ, Δημητριάδου Α. Μελέτη της επίδρασης του φορτίου συμπτωμάτων στην ποιότητα ζωής ατόμων με Νεφρική Νόσο προ-τελικού και τελικού σταδίου. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης* 2017;10(3):30-42.
19. ERA-EDTA Registry: ERA-EDTA Registry Annual Report 2015[Online]. 2017 Aug [cited 2018 Jul 19]; Available from:
URL: <https://www.era-edta-reg.org/files/annualreports/pdf/AnnRep2015.pdf>
20. Kontodimopoulos N, Pappa E, Niakas D. Gender- and age-related benefit of renal replacement therapy on health-related quality of life. *Scand J Caring Sci* 2009;23(4):721-729.
21. Theofilou P, Aroni A, Tsironi M, Zyga S. Measuring pain self-efficacy and health related quality of life among hemodialysis patients in Greece: a cross-sectional study. *Health Psychol Res* 2013;1(3):e30.
22. Calman KC. Quality of life in cancer patients—an hypothesis. *J Med Ethics* 1984;10(3):124-127.
23. Σαρρή Μ, Γούλα Α, Γκίόκα Β, Σούλης Σ. Ποιότητα ζωής ασθενών και ποιότητα φροντίδας υγείας μετά από νεφρική μεταμόσχευση. *ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ* 2008;25(2):201-208.
24. Θεοφίλου Π, Παναγιωτάκη Ε. Ποιότητα Ζωής σε Ασθενείς με Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια: Διαφορές μεταξύ Ασθενών με Λιγότερα και Περισσότερα Χρόνια Θεραπείας. *ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ* 2010;49(3):295-304.
25. Panagopoulou A, Hardalias A, Berati S, Fountounas C. Psychosocial Issues and Quality of Life in Patients on Renal Replacement Therapy. *Saudi J Kidney Dis Transpl* 2009;20(2):212-218.
26. Θεοφίλου Π, Παναγιωτάκη Ε. Παράγοντες Επίδρασης στην Ποιότητα Ζωής Ατόμων με Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια Τελικού Σταδίου. *ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ* 2010;49(2):174-181.
27. Theofilou P. The role of sociodemographic factors in health – related quality of life of patients with end – stage renal disease. *International Journal of Caring Sciences* 2011;4(1):40-50.
28. Samara AP, Kouidi E, Ouzouni S, Vasileiou S, Sioulis A, Deligiannis A. Relationship between exercise test recovery indices and psychological and quality-of-life status in hemodialysis patients: a pilot study. *J Nephrol* 2013;26(3):495-501.
29. Vasilopoulou C, Bourtsi E, Giaple S, Koutelekos I, Theofilou P, Polikandrioti M. The Impact of Anxiety and Depression on the Quality of Life of Hemodialysis Patients. *Glob J Health Sci*. 2016;8(1):45-55.
30. Theofilou P. Depression and Anxiety in Patients with Chronic Renal Failure: The Effect of Sociodemographic Characteristics. *Int J Nephrol* 2011; 2011:514070. [PMC free article] [PubMed]
31. Ikonomidou M, Skapinakis P, Balafa O, Eleftheroudi M, Damigos D, Siamopoulos KC. The Impact of Socioeconomic Factors on Quality of Life of Patients with Chronic Kidney Disease in Greece. *J Ren Care* 2015;41(4):239-246.

32. Spiegel BMR, Melmed G, Robbins S, Esrailian E. Biomarkers and Health-Related Quality of Life in End-Stage Renal Disease: A Systematic Review. *Clinical Journal of American Society of Nephrology* 2008;3(6):1759-1768.
33. Theofilou P. The Impact of Sociodemographic and Psychological Variables on Quality of Life in Patients With Renal Disease: Findings of a Cross-Sectional Study in Greece. *World J Nephrol Urol* 2012;1(4-5):101-106.
34. Landreneau K, Lee K, Landreneau MD. Quality of life in patients undergoing hemodialysis and renal transplantation—a meta-analytic review. *Nephrol Nurs J* 2010;37(1):37-44.
35. Joshi VD. Quality of life in end stage renal disease patients. *World J Nephrol* 2014;3(4):308-316.
36. Zyga S, Alikari V, Sachlas A, Stathoulis J, Aroni A, Theofilou P et al. Management of Pain and Quality of Life in Patients with Chronic Kidney Disease Undergoing Hemodialysis. *Pain Manag Nurs* 2015;16(5):712-720.
37. Kousoula G, Lagou L, Lena M, Alikari V, Theofilou P, Polikandrioti M. Quality of life in hemodialysis patients. *Mater Sociomed* 2015;27(5):305-309.
38. Balaska A, Pistolas D, Koukoulaki M, Alassas D, Drakopoulos S, Kaklamanos I et al. Changes in Health-Related Quality of Life in Greek Adult Patients Two Years after Successful Renal Transplantation. *BANTAO Journal* 2016;14(1):30-33.
39. Ginieri-Coccosis M, Theofilou P, Synodinou C, Tomaras V, Soldatos C. 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 Nephrol* 2008; 9:14. [PMC free article] [PubMed]
40. Ware JE Jr1, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*. 1992 Jun;30(6):473-83
41. Pappa E, Kontodimopoulos N, Niakas D. Validating and norming of the Greek SF-36 Health Survey. *Qual Life Res* 2005;14(5):1433-1438.
42. Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992;30(6):473-483.
43. Bohannon RW, DePasquale L. Physical Functioning Scale of the Short-Form (SF) 36: internal consistency and validity with older adults. *J Geriatr Phys Ther* 2010;33(1):16-18.
44. Anderson C, Laubscher S, Burns R. Validation of the Short Form 36 (SF-36) health survey questionnaire among stroke patients. *Stroke* 1996;27(10):1812-1816.
45. Theofilou P, Aroni A, Ralli M, Gouzou M, Zyga S. Measuring Health: Related Quality of Life in Hemodialysis Patients. Psychometric Properties of the Missoula-VITAS Quality of Life Index (MVQOLI-15) in Greece. *Health Psychol Res* 2013;1(2):e17.
46. Theofilou P, Kapsalis F, Panagiotaki H. Greek version of MVQOLI – 15: Translation and cultural adaption. *J Caring Sci* 2012;5(3):289-294.
47. VITAS Healthcare Corporation, Byock IR. MISSOULA-VITAS QUALITY OF LIFE INDEX (MVQOLI)[Online]. 1998[cited 2018 Jul 19]; Available from: [URL:http://www.allcare.org/CancerPain-andSymptomManagement/wellbe/wbm3/Missoula%20Vitas%20QOL%20index.pdf](http://www.allcare.org/CancerPain-andSymptomManagement/wellbe/wbm3/Missoula%20Vitas%20QOL%20index.pdf)

48. Nicholas MK. PAIN SELF EFFICACY QUESTIONNAIRE (PSEQ)[Online]. 1989[cited 2018 Jul 22]; Available from:
[URL:https://gpsupport.workcover.wa.gov.au/content/uploads/sites/2/2015/07/pain_self_efficacy_questionnaire.pdf](https://gpsupport.workcover.wa.gov.au/content/uploads/sites/2/2015/07/pain_self_efficacy_questionnaire.pdf)
49. Tonkin L. The pain self-efficacy questionnaire - Commentary. *Australian Journal of Physiotherapy* 2008;54:77-77.
50. Nicholas MK. The pain self-efficacy questionnaire: Taking pain into account. *Eur J Pain* 2007;11(2):153-163.
51. Theofilou P, Aroni A, Tsironi M, Sachlas A, Alikari V, Kolovos P et al. Reliability of the Greek version of “Pain Self- Efficacy Questionnaire” in patients with chronic kidney disease. *Hellenic Journal of Nursing* 2014;53(2):175-184.
52. Hays RD, Kallich JD, Mapes DL, Coons SJ, Amin N, Carter WB et al. *Kidney Disease Quality of Life Short Form (KDQOL-SF™), Version 1.3: A Manual for Use and Scoring*[Online]. 1997[cited 2018 Jul 22]; Available from:
[URL: https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/papers/2006/P7994.pdf](https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/papers/2006/P7994.pdf)
53. Kontodimopoulos N, Niakas D. Determining the Basic Psychometric Properties of the Greek KDQOL-SF™. *Qual Life Res* 2005;14(8):1967-1975.
54. Ginieri-Coccosis M, Triantafillou E, Tomaras V, Soldatos C, Mavreas V, Christodoulou G. Psychometric properties of the WHOQOL-BREF in clinical and health Greek populations: incorporating new culture-relevant items. *Psychiatriki* 2012;23(2):130-142.
55. The WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. *Psychol Med* 1998;28(3):551-558.
56. Vahedi S. World Health Organization Quality-of-Life Scale (WHOQOL-BREF): Analyses of Their Item Response Theory Properties Based on the Graded Responses Model. *Iran J Psychiatry* 2010;5(4):140-153.
57. Sterling M. General Health Questionnaire-28 (GHQ-28). *J Psysiother* 2011;57(4):259.
58. Garyfallos G, Karastergiou A, Adamopoulou A, Moutzoukis C, Alagiozidou E, Mala D et al. Greek version of the General Health Questionnaire: Accuracy of translation and validity. *Acta Psychiatr Scand* 1991;84(4):371-378.
59. Julian RJ. Measures of Anxiety. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2014;63(0 11):1-11.
60. Spielberger CD, Gorsuch R, Lushene RE, Vagg PR, Jacobs GA. *Manual frof the State-Trait Anxiety Inventory (Form Y1 – Y2)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press 1983.
61. Fountoulakis KN, Papadopoulou M, Kleanthous S, Papadopoulou A, Bizeli V, Nimatoudis I. Reliability and psychometric properties of the Greek translation of the State- Trait Anxiety Inventory form Y: Preliminary data. *Ann Gen Psychiatry* 2006;5(2).
62. Carleton RN, Thibodeau MA, Teale MJN, Welch PG, Abrams MP, Robinson T et al. The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale: A Review with a Theoretical and Empirical Examination of Item Content and Factor Structure. *PLoS One* 2013;8(3):e58067.
63. González P, Nuñez A, Merz E, Brintz C, Weitzman O, Navas E. Measurement Properties of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D 10): Findings from HCHS/SOL. *Psychol Assess* 2017;29(4):372-381.

64. Fountoulakis K, Iacovides A, Kleanthous S, Samolis S, Kaprinis SG, Sitzoglou K. Reliability, Validity and Psychometric Properties of the Greek Translation of the Center for Epidemiological Studies-Depression (CES-D) Scale. *BMC Psychiatry* 2001;1:3. [PMC free article] [PubMed]
65. Wallston KA, Wallston BS, DeVellis RF. Development of Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) Scale. *Health education monographs* 1978;6(2):160-170.
66. Kassianos AP, Symeou M, Ioannou M. The health locus of control concept: Factorial structure, psychometric properties and form equivalence of the Multidimensional Health Locus of Control scales. *Health Psychology Open* 2016;3(2).
67. Zimet G, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *J Pers Assess* 1988;52(1):30-41.
68. Zimet G. Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) – Scale Items and Scoring Information. *J Pers Assess* 1988;52:30-41.
69. Theofilou P. Translation and Cultural Adaption of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support for Greece. *Health Psychol Res* 2015;3(1):1061.
70. The KIDSCREEN Group. KIDSCREEN instruments, Health-Related Quality of Life Questionnaire for Children and Young People[Online]. 2004[cited 2018 Jul 23]; Available from:URL:<https://www.kidscreen.org/english/questionnaires/>
71. Ravens-Sieberer U, Herdman M, Devine J, Otto C, Bullinger M, Rose M et al. The European KIDSCREEN approach to measure quality of life and well-being in children: development, current application, and future advances. *Qual Life Res* 2014;23(3):791-803.
72. Knott VE. DEVELOPING STRATEGIES TO IMPROVE THE MANAGEMENT OF CHRONIC ILLNESS, A Focus on Disability and Psychosocial Aspects in an Illness with an Organic Cause (Cancer) and an Illness with a Non-Organic Cause (IBS)[Online]. [cited 2018 Jul 23]; Available from:URL:<https://digital.library.adelaide.edu.au/dspace/bitstream/2440/50134/8/02whole.pdf>
73. Chapman LK, Petrie JM, Vines L. Factor structure analysis of the SCL-90-R in a community-based sample of African American women. *Psychiatry Res* 2012;199(2):140-144.
74. Donias S, Karastergiou A, Manos N. Standardization of the symptom checklist-90-R rating scale in a Greek population. *Psychiatriki* 1991;2(1):42-48.
75. Cheak-Zamora NC, Wyrwich KW, McBride TD. Reliability and validity of the SF-12v2 in the medical expenditure panel survey. *Qual Life Res* 2009;18(6):727-735.
76. Kontodimopoulos N, Pappa E, Niakas D, Tountas Y. Validity of SF-12 summary scores in a Greek general population. *Health Qual Life Outcomes* 2007;5:55.
77. Montazeri A, Vahdaninia M, Mousavi SJ, Asadi-Lari M, Omidvari S, Tavousi M. The 12-item medical outcomes study short form health survey version 2.0 (SF-12v2): a population-based validation study from Tehran, Iran. *Health Qual Life Outcomes* 2011;9:12.

78. Moola S, Munn Z, Sears K, Sfetcu R, Currie M, Lisy K et al. Conducting systematic reviews of association (etiology): The Joanna Briggs Institute's approach. *Int J Evid Based Healthc* 2015;13(3):163-169.