



**ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ
ΤΗΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ ΣΤΗΝ
ΑΥΤΟΑΝΤΙΛΗΨΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ
ΒΡΙΣΚΟΝΤΑΙ ΣΕ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΕΣ
ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ
ΚΑΙ Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ
ΚΑΙ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΕ ΑΥΤΗ**

Παπαναστασίου Άρτεμις, Α.Μ.20150626



MΑΡΤΙΟΣ 2019

Ιατρική Σχολή Εθνικού Καποδιστριακού Πανεπιστημίου
Αθηνών

Τμήμα Μεταπτυχιακών Σπουδών Διασυνδετικής
Ψυχιατρικής : Απαρτιωμένη Φροντίδα Σωματικής και
Ψυχικής Υγείας

Επόπτης: Μιχόπουλος Ιωάννης

Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή

- 1) Δουζένης Αθανάσιος, καθηγητής Ψυχιατρικής ΕΚΠΑ,
διευθυντής Β΄ Ψυχιατρικής Κλινικής, ΠΓΝ Αττικών
- 2) Γουρνέλλης Ρωσέττος, αν. Καθηγητής Ψυχιατρικής ΕΚΠΑ, Β΄
Ψυχιατρική Κλινική, ΠΓΝ Αττικών
- 3) Μιχόπουλος Ιωάννης, αν. Καθηγητής Ψυχιατρικής ΕΚΠΑ, Β΄
Ψυχιατρική Κλινική, ΠΓΝ Αττικών

Ημερομηνία Εξέτασης: 04/04/2019

Η συγγραφέας βεβαιώνει ότι το περιεχόμενο του παρόντος έργου είναι αποτέλεσμα προσωπικής εργασίας και ότι έχει γίνει κατάλληλη αναφορά στην εργασία τρίτων, όπου κάτι τέτοιο ήταν απαραίτητο, σύμφωνα με τους κανόνες ακαδημαϊκής δεοντολογίας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια (ΧΝΑ) και η συνακόλουθη αιμοκάθαρση έχουν συσχετιστεί με αυξημένη επίδραση της Κατάθλιψης και των Αγχωδών Διαταραχών όσον αφορά στην τήρηση του θεραπευτικού σχήματος, στην ποιότητα ζωής και στην πρόγνωση αυτών των ασθενών. Ανάλογα ευρήματα έχουν προκύψει και από τη μελέτη της αυτοεικόνας των ΧΝΝ (Χρονίως Νεφρικά Νοσούντων). Ωστόσο, η συσχέτιση της Κατάθλιψης και του Άγχους με τις διάφορες παραμέτρους της αυτοεικόνας δεν έχει επαρκώς μελετηθεί σε αυτή την ομάδα ασθενών.

Σκοπός και Μέθοδοι: 32 ασθενείς με ΧΝΑ υπό αιμοκάθαρση και 33 υγιή άτομα από το γενικό πληθυσμό, ηλικίας 18-65 ετών, συμπλήρωσαν την κλίμακα HADS για την κατάθλιψη και το άγχος και το ερωτηματολόγιο των Messer&Harter για την αυτοαντίληψη. Επίσης, λήφθηκαν δημογραφικά στοιχεία όλων των συμμετεχόντων. Σκοπός της έρευνας ήταν να προσδιοριστούν τα επίπεδα Άγχους και Κατάθλιψης και η αυτοαντίληψη σε ποικίλους τομείς και να συσχετιστούν μεταξύ τους, με τη νόσο καθώς και με διάφορους δημογραφικούς παράγοντες. Τελικός στόχος, ο σχεδιασμός απαρτιωμένων θεραπευτικών προγραμμάτων προσαρμοσμένων στις ιδιαίτερες ανάγκες των ΧΝΝ.

Αποτελέσματα: Δε βρέθηκε σημαντική διαφορά στα επίπεδα Άγχους και Κατάθλιψης μεταξύ υγιών και ΧΝΝ. Ωστόσο, οι ΧΝΝ υστερούν σημαντικά ως προς την αυτοεικόνα για την αθλητική ικανότητα, ειδικά οι άντρες και οι κάτοικοι επαρχίας σε σχέση με τους υγιείς ομολόγους τους (9,8 vs 8,2, $p=0,043$, Independent Samples Mann-Whitney U-test). Επίσης, μόνο στην ομάδα των ασθενών βρέθηκε σημαντική αρνητική συσχέτιση του Άγχους και της Κατάθλιψης με την αυτοεικόνα για τις κοινωνικές και διαπροσωπικές σχέσεις ($p=0,016$ και $p=0,020$, Spearman's ρ). Τέλος, στους ΧΝΝ η ηλικία συσχετίζεται αρνητικά με την αυτοεικόνα για την ευφυΐα και το χιούμορ ($p=0,032$ και $p=0,022$, Spearman's ρ), το θήλυ φύλο αρνητικά για την αυτοεικόνα ως προς την κοινωνικότητα και την ευφυΐα (Α:13,9 vs Γ: 11, $p=0,026$ και Α:12,7 vs Γ:10,4, $p=0,016$, Independent Samples Mann-Whitney U-test) και η διαβίωση στην επαρχία αρνητικά για την

αυτοεικόνα ως προς την επάρκεια προμηθευτή (12 vs 9,6, $p=0,045$, Independent Samples Mann-Whitney U-test).

Συζήτηση: Η απουσία συσχέτισης μεταξύ ΧΝΑ και Άγχους-Κατάθλιψης οφείλεται ενδεχομένως στην μακροπρόθεσμη προσαρμογή των ασθενών. Η χαμηλή αυτοεικόνα για την αθλητική ικανότητα μπορεί να σηματοδοτεί κίνδυνο για μειωμένη ενασχόληση με την ιδιαίτερα σημαντική σωματική δραστηριότητα. Η αρνητική συσχέτιση της ηλικίας με την αυτοεικόνα για την ευφυΐα είναι πιθανό να αντανακλά υπαρκτές γνωσιακές επιπλοκές σε αυτή την ομάδα ασθενών. Επίσης, οι γυναίκες ΧΝΝ φαίνεται να δυσκολεύονται περισσότερο με την κοινωνικότητα, που όμως αποτελεί μαζί με τις διαπροσωπικές σχέσεις σημαντικό παράγοντα αρνητικής συσχέτισης με το Άγχος και την Κατάθλιψη και για τα δύο φύλα ασθενών.

Συμπέρασμα: Η ήπια αθλητική δραστηριότητα χρειάζεται να ενθαρρύνεται από τους κλινικούς και να αποτελεί μέρος του θεραπευτικού προγράμματος. Επιπλέον, είναι σημαντικό οι ΧΝΝ να υποστηρίζονται στις κοινωνικές τους δραστηριότητες και στις διαπροσωπικές τους σχέσεις, καθώς σε αυτούς τους ασθενείς οι συγκεκριμένοι τομείς συνδέονται με χαμηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης. Τέλος, είναι απαραίτητη η τακτική γνωστική αξιολόγηση για την πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση γνωσιακών διαταραχών στους ΧΝΝ.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ:

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά όλους τους συμμετέχοντες σε αυτή την έρευνα, η οποία παραγματοποιήθηκε χάρη σε αυτούς και για αυτούς, καθώς και το προσωπικό των Μονάδων Αιμοκάθαρσης για την προθυμία και την ευγένειά τους.

Επίσης, τον επόπτη μου κύριο Ιωάννη Μιχόπουλο για την πολύτιμη καθοδήγηση του και τις εύστοχες και χρήσιμες παρατηρήσεις του αλλά και τη γραμματεία του μεταπτυχιακού προγράμματος Διασυνδεδετικής Ψυχιατρικής για την απαραίτητη πρακτική ενορχήστρωση. Τέλος, τους γονείς μου που μου εμφύσησαν την αγάπη για την επιστήμη και όλους τους κοντινούς μου ανθρώπους για τη στήριξή τους σε όλη τη διάρκεια αυτής της εργασίας.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

1. Εισαγωγή	Σελίδα
1.1 Χρόνια Νεφρική Νόσος.....	6
1.2 Συμπτώματα και Σημεία Χρόνιας Νεφρικής Ανεπάρκειας	9
1.3 Αιμοκάθαρση.....	11
1.4 Οξείες και χρόνιες επιπλοκές της αιμοκάθαρσης.....	13
1.5 Ψυχολογική προσαρμογή των ΧΝΝ στη νόσο και στην αιμοκάθαρση:.....	15
-Κατάθλιψη και Νεφρική Ανεπάρκεια.....	18
-Αγχώδεις Διαταραχές και Νεφρική Ανεπάρκεια.....	24
-Αυτοαντίληψη σε νεφροπαθείς τελικού σταδίου.....	28
2. Σκοπός και Ερευνητικές Υποθέσεις.....	31
 3. Μέθοδος	
3.1 Σχεδιασμός Μελέτης.....	33
3.2 Κριτήρια Επιλογής και αποκλεισμού.....	34
3.3 Ερωτηματολόγια.....	34
3.4 Δείγμα&Μέθοδος.....	40
4. Αποτελέσματα.....	42
5. Συζήτηση.....	61
6. Συμπέρασμα.....	84
7. Βιβλιογραφία.....	85

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1 Χρόνια Νεφρική Νόσος

Ως χρόνια νεφρική νόσος ορίζεται η προοδευτική, μη αναστρέψιμη μείωση της νεφρικής λειτουργίας που προκαλείται από συγγενή ή επίκτητη βλάβη του νεφρού. Οφείλεται σε ποικίλα αίτια, με κυριότερα το σακχαρώδη διαβήτη, την αρτηριακή υπέρταση, τις διάφορες νεφροπάθειες και ειδικά τη σπειραματονεφρίτιδα, τη νεφρολιθίαση, την πολυκυστική νόσο των νεφρών, διάφορες μη περιοριζόμενες μολύνσεις του ουροποιητικού συστήματος, κάποιες γενετικές δυσπλασίες των νεφρών αλλά και διάφορες συστηματικές νόσους (ΣΕΛ, αγγειίτιδες κλπ). Επίσης, σχετίζεται με την έκθεση σε ένα πλήθος φαρμακευτικών και χημικών ουσιών. Το αποτέλεσμα είναι η αδυναμία της διατήρησης της ηλεκτρολυτικής ισορροπίας του οργανισμού και η συσσώρευση αζωτούχων ενώσεων, με κυριότερη την ουρία. Κλινικά, ο ασθενής μπορεί να είναι ασυμπτωματικός στα αρχικά στάδια, αλλά καθώς εξελίσσεται η νόσος, εμφανίζονται διαταραχές από το πεπτικό, το νευρικό, το ανοσοποιητικό, το αναπαραγωγικό, το μυοσκελετικό και το

ενδοκρινικό σύστημα, όπως και διάφορες μεταβολικές διαταραχές. Συγκεκριμένα, το πάσχον άτομο μπορεί να παρουσιάσει οιδήματα, δύσπνοια, κόπωση, διαταραχές βάρδισης, τρόμο, σπασμούς, σεξουαλική δυσλειτουργία, αμηνόρροια, λοιμώξεις, κατάγματα, γαστρικό έλκος, υποθρεψία, απίσχναση, υπέρταση, αναιμία, κατάθλιψη, γνωσιακές διαταραχές, ανορεξία, ναυτία, εμέτους και αυξημένο καρδιαγγειακό κίνδυνο. Η χρόνια νεφρική νόσος μπορεί να ξεκινά ήπια, αλλά να εξελιχθεί μέχρι και σε τελικού σταδίου νεφρική ανεπάρκεια, μια διαδικασία που μπορεί να διαρκέσει από 2 έως 10 χρόνια.

Χρόνια νεφρική ανεπάρκεια (ΧΝΑ) θεωρείται εκείνη στην οποία ο δείκτης σπειραματικής διήθησης (GFR) είναι μικρότερος από 60 ml/min για περισσότερους από 3 μήνες, ενώ ως νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου, αυτή στην οποία ο GFR είναι μικρότερος από 10-15 ml/min. Σε αυτό το στάδιο της νόσου ο ασθενής χρειάζεται άμεση υποστήριξη της νεφρικής λειτουργίας, με αιμοκάθαρση ή περιτοναϊκή κάθαρση (Levey et al, 2003). Η θεραπεία εκλογής είναι η μεταμόσχευση νεφρού, ωστόσο λόγω έλλειψης οργάνων, οι ασθενείς μπαίνουν σε λίστα αναμονής.

Όσον αφορά στην επιδημιολογία της νόσου, στις ΗΠΑ αυτή υπολογίζεται στο 13.4% για τη ΧΝΝ όλων των σταδίων (1-5), και στο 0.1% για τη ΧΝΝ τελικού σταδίου, ενώ στην Ευρώπη τα αντίστοιχα ποσοστά για τη ΧΝΝ όλων των σταδίων κυμαίνονται από 3,31% έως 17,3 %, ενώ σταδίων 3-5 από 3.3 %-17.3% (Bruck et al, 2016). Στην Ελλάδα, ο αριθμός των ΧΝΝ τελικού σταδίου είναι 10,082 άτομα (0,1% του πληθυσμού), εκ των οποίων οι περισσότεροι (93,38%) είναι αιμοκαθαιρούμενοι, οι πάσχοντες είναι κυρίως άντρες σε ποσοστό 63,5 %, ο μέσος όρος ηλικίας τα 60 έτη (85,5% > 45 ετών) και η κύρια αιτία νεφρικής νόσου η διαβητική νεφροπάθεια (Naoum et al, 2016, Sombolos et al, 2017).

Σχετικά με τη θνησιμότητα της νόσου, στις ΗΠΑ αποτελεί την 9^η αιτία θανάτου, ενώ το κοινωνικοοικονομικό κόστος, τόσο λόγω της θεραπείας όσο και των δυσκολιών στην εργασία είναι υψηλότατο (Hill et al, 2016). Στον Ελλαδικό χώρο, το 98% των ΧΝΝ τελικού σταδίου λαμβάνει επίδομα, ενώ όσον αφορά στο κόστος των δαπανών για την υγεία, 42,3% των ασθενών αναφέρει ότι η κάλυψη γίνεται εξ'ολοκλήρου από το κράτος, 42,3% μερικώς/

κατά το μεγαλύτερο μέρος από το κράτος και το 15,4% καλύπτει ιδιωτικά τα έξοδα της θεραπείας (Naoum et al, 2016).

Στη συνέχεια θα περιγραφεί η κλινική κατάσταση του ασθενή με ΧΝΝ, η διαδικασία της αιμοκάθαρσης καθώς και οι διάφορες συνδεόμενες με την αιμοκάθαρση επιπλοκές. Τέλος, θα περιγραφούν οι σχετιζόμενες με τη νόσο και την αιμοκάθαρση ψυχολογικές επιπτώσεις και ψυχιατρικές διαταραχές.

1.2 Συμπτώματα και Σημεία Χρόνιας Νεφρικής Ανεπάρκειας

Τα συμπτώματα και τα σημεία της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας επέρχονται ως αποτέλεσμα της ηλεκτρολυτικής και μεταβολικής αποδιοργάνωσης (μεταβολική οξέωση, κατακράτηση νατρίου και ύδατος, ουραιμία, μειωμένη παραγωγή ερυθροποιητίνης) και συμπεριλαμβάνουν τα ακόλουθα:

- Υποθρεψία και απώλεια μυϊκής μάζας
- Μυϊκή αδυναμία
- Περιφερικό οίδημα
- Πνευμονικό οίδημα

- Υπέρταση
- Κόπωση, υπνηλία
- Μειωμένη ικανότητα για άσκηση
- Διαταραχή της γνωσιακής λειτουργίας
- Διαταραχή της ανοσολογικής λειτουργίας
- Καρδιακή ανεπάρκεια
- Αυξημένη θνησιμότητα από καρδιαγγειακά αίτια
- Καρδιακή αρρυθμία, κυρίως λόγω υπερκαλιαιμίας
- Περιφερική νευροπάθεια
- Οστεοπόρωση
- Νεφρολιθίαση
- Κοιλιακός πόνος, ναυτία, έμετοι, διάρροια, ανορεξία
- Σύνδρομο ανήσυχων άκρων και άλλες διαταραχές ύπνου
- Περικαρδίτιδα
- Εγκεφαλοπάθεια
- Δερματολογικές διαταραχές: ξηρότητα, εκχυμώσεις, κνησμός
- Σεξουαλικές διαταραχές, μειωμένη libido, αμηνόρροια
- Διαταραχή της πήξης του αίματος με αιμορραγίες
- Μειωμένη ποιότητα ζωής
- Κατάθλιψη

1.3. Αιμοκάθαρση

Πέρα από τη θεραπεία της υποκείμενης νόσου, της αντιμετώπισης των παραπάνω συμπτωμάτων και των προσαρμογών στη λήψη τροφής και υγρών, η βασική θεραπεία της ΧΝΝ τελικού σταδίου παραμένει η απομάκρυνση των άχρηστων-τοξικών ουσιών με τη διαδικασία είτε της αιμοκάθαρσης είτε της περιτοναϊκής κάθαρσης. Χωρίς αυτές θα επέλθει ταχέως ο θάνατος λόγω μεταβολικών διαταραχών. Η διαδικασία της αιμοκάθαρσης γίνεται σε ειδικά εξοπλισμένες μονάδες του νοσοκομείου ή της κλινικής, περίπου 3 φορές την εβδομάδα ανά ασθενή, με κάθε συνεδρία να διαρκεί 3-4 ώρες. Προκειμένου να συνδεθεί ο ασθενής με το μηχάνημα αιμοκάθαρσης, χρειάζεται να έχει γίνει αγγειακή προσπέλαση είτε με διαυλικό κεντρικό καθετήρα, είτε με συσκευή αρτηριοφλεβώδους επικοινωνίας (fistula), είτε με συνθετικό μόσχευμα όπου ένα τεχνητό αγγείο ενώνει μια αρτηρία και μια φλέβα. Οι συγκεκριμένες μέθοδοι απαιτούν χειρουργική τοποθέτηση, ενώ πολλές φορές χρησιμοποιείται συνδυασμός των παραπάνω τεχνικών

(Daugirdas et al, 2008). Στη συνέχεια ο ασθενής συνδέεται με το μηχάνημα Τεχνητού Νεφρού, το οποίο αντλεί το αίμα του ασθενούς και αποτελείται από τα εξής μέρη:

- A. Το **φίλτρο**, το οποίο είναι η συσκευή διήθησης του αίματος και διαχωρίζει το αίμα από το χρησιμοποιούμενο για την αιμοκάθαρση διάλυμα και χρησιμοποιεί τη διαφορά υδροστατικής πίεσης για τη μεταφορά του αίματος στο χώρο του διαλύματος.
- B. Τη **συσκευή παραγωγής διαλύματος**, η οποία μέσω αντλίας προμηθεύει το μηχάνημα του Τεχνητού Νεφρού με μείγμα καθαρού, αφιονισμένου ύδατος και διαλύματος ηλεκτρολυτών σε κατάλληλη αναλογία.
- Γ. Τον **πίνακα ελέγχου**, μέσω του οποίου γίνεται η ρύθμιση και η εξατομίκευση των συνθηκών της αιμοκάθαρσης, και ο οποίος διαθέτει σύστημα ειδοποίησης σε περίπτωση που κάποια τιμή βρεθεί εκτός των επιτρεπόμενων ή προκαθοριζόμενων ορίων (Daugirdas J, 2008).

1.4 Οξείες και χρόνιες επιπλοκές της αιμοκάθαρσης:

Παρά το γεγονός ότι η αιμοκάθαρση επιμηκύνει σημαντικά το προσδόκιμο επιβίωσης των ΧΝΝ ασθενών, συνοδεύεται συχνά από ένα

πλήθος επιπλοκών που επηρεάζουν σημαντικά την ποιότητα της ζωής του πάσχοντος και έχουν σοβαρό αντίκτυπο ακόμα και στην κατάσταση της υγείας του. Πρόκειται για μια διαδικασία που απαιτεί μεγάλη συνέπεια και αυστηρή τήρηση των θεραπευτικών οδηγιών, διαφορετικά μπορεί να επιφέρει ακόμα και θάνατο, όπως για παράδειγμα από υπερκαλιαιμία αν δεν τηρηθούν με ακρίβεια οι διατροφικές οδηγίες. Οι κυριότερες συνδεόμενες με την αιμοκάθαρση επιπλοκές είναι οι ακόλουθες:

Οξείες επιπλοκές της αιμοκάθαρσης:

-**Υποτασικά επεισόδια**, λόγω της μετακίνησης του αίματος από τη συστηματική κυκλοφορία στο μηχάνημα τεχνητού νεφρού

-**Ηλεκτρολυτικές διαταραχές**, με σημαντικότερη την υπερκαλιαιμία (για τους λόγους που προναφέρθηκαν), αλλά και την υπονατρίαμία, την υποσβεστιαίμία και την υπομαγνησιαίμία, λόγω της πιθανής υπερφόρτωσης με υγρά. Τα σχετιζόμενα σημεία και συμπτώματα είναι η καρδιακή αρρυθμία, η ναυτία, οι έμετοι, οι σπασμοί, η κεφαλαλγία, οι μυϊκές κράμπες και η μυϊκή αδυναμία, η ταχύπνοια λόγω μεταβολικής οξέωσης, η τετανία, η διαταραχή επιπέδου συνείδησης και σε σοβαρότερες περιπτώσεις ακόμα και το κώμα

-**Κεφαλαλγία** λόγω συνδρόμου διαταραχής ωσμωτικής ισορροπίας και ηλεκτρολυτικών διαταραχών

-**Αιμορραγία** από το σημείο αγγειακής προσπέλασης που πολλές φορές είναι δύσκολο να σταματήσει λόγω των σχετιζόμενων με τη νόσο αιματολογικών διαταραχών

-**Πυρετός, ρίγος, λοίμωξη** ως αντίδραση στην τοποθέτηση καθετήρα ή μοςχεύματος

- **Κνησμός** κατά τη διάρκεια της αιμοκάθαρσης ή αμέσως μετά
(National Kidney and Urologic Diseases Information Clearinghouse (NKUDIC), 2013)

Χρόνιες επιπλοκές της αιμοκάθαρσης:

- **Γνωσιακές διαταραχές, μυόκλονος, σπασμοί**, λόγω συσσώρευσης αργιλίου μέσω των απαραίτητων φωσφοροδεσμευτικών σκευασμάτων που λαμβάνουν οι ΧΝΝ
- **Θρόμβωση, πιθανή μόλυνση** του σημείου αγγειακής προσπέλασης και τοπική **ισχαιμία**
- **Αμυλοείδωση** λόγω εναπόθεσης πρωτεϊνών σε αρθρώσεις και τένοντες με συνοδό **ακαμψία, πόνο** και **υγρό** στις **αρθρώσεις**

- **Επιδείνωση της αναιμίας** λόγω των διατροφικών περιορισμών, των συχνών αιμοληψιών και της απομάκρυνσης του σιδήρου και των σχετιζόμενων με την απορρόφηση του σιδήρου βιταμινών κατά τη διαδικασία της αιμοκάθαρσης (Strokes JB, 2011)

1.5 Ψυχολογική προσαρμογή των ΧΝΝ στη νόσο και στην αιμοκάθαρση:

Μία επιπλέον πρόκληση που καλούνται να αντιμετωπίσουν οι ΧΝΝ σε σχέση με πάσχοντες από άλλα χρόνια νοσήματα, είναι η εξάρτηση από το μηχάνημα της αιμοκάθαρσης και η πλήρης προσαρμογή της ζωής τους στη νέα πραγματικότητα. Ενώ μεταξύ των συνεδριών μπορεί να μην εμφανίζει κανένα σημάδι νόσου στον κοινωνικό του κύκλο, ο ίδιος βιώνει απώλειες και σημαντικές αλλαγές σε όλα τα επίπεδα: στην υγεία, στην εργασία, στην ανεξαρτησία, στην ψυχαγωγία, στις κοινωνικές και διαπροσωπικές σχέσεις. Ταυτόχρονα, μπορεί να νιώθει έντονη αβεβαιότητα για την πορεία της νόσου του, για τις επιπλοκές, για την εύρεση και την αποδοχή μοσχεύματος και για τον ενδεχόμενο θάνατό του. Παράλληλα, μπορεί να κατακλύζεται από συναισθήματα ενοχής αν πάρει μόσχευμα από συγγενή, που είναι και η συνηθέστερη

εκδοχή, αν κληροδοτήσει τη νεφρική νόσο στα παιδιά τους, ή αν λόγω της νόσου αδυνατεί να προσφέρει στα εξαρτώμενα από το ίδιο μέλη της οικογένειας τη στήριξη που συνήθιζε (Χριστοδούλου και συν, 2005).

Οι Reichsman&Levy (1977) έχουν περιγράψει μια συγκεκριμένη εναλλαγή σταδίων προσαρμογής που απαντά στους αιμοκαθαιρούμενους ασθενείς και χωρίζεται σε τρία χρονικά διαστήματα:

- (α) την περίοδο της ομαλότητας, ή αλλιώς "μήνα του μέλιτος",
- (β) την περίοδο της απογοήτευσης και της αποθάρρυνσης και
- (γ) την περίοδο της μακροπρόθεσμης προσαρμογής.

Περίοδος του μήνα του μέλιτος:

Κατά τη συγκεκριμένη περίοδο, ο ασθενής βιώνει σημαντική σωματική και συναισθηματική βελτίωση, προσπαθεί να απολαύσει τη ζωή του και αισθάνεται ελπίδα και εμπιστοσύνη στη θεραπευτική ομάδα και στη διαδικασία της αιμοκάθαρσης. Συνήθως υπάρχει αποδοχή της αναγκαιότητας της θεραπείας και της εξάρτησης από το μηχάνημα, ειδικά σε όσους πάσχουν από βαρύτερη μορφή της νόσου, ή η έναρξη είναι οξεία, οπότε η αιμοκάθαρση συνδέεται με ταχεία ανακούφιση από τα συμπτώματα. Αντίθετα, σε αυτούς με βραδύτερη πορεία νόσου υπάρχει μεγαλύτερη δυσκολία αποδοχής της ανάγκης

αιμοκάθαρσης λόγω φόβου της απώλειας της αυτονομίας τους. Η συγκεκριμένη περίοδος άρχεται σε 1-3 εβδομάδες από την αιμοκάθαρση και διαρκεί από 6 εβδομάδες έως 6 μήνες.

Περίοδος της απογοήτευσης και της αποθάρρυνσης:

Μπορεί να έχει σταδιακή ή οξεία έναρξη. Υποχωρούν τα αισθήματα της ικανοποίησης, της εμπιστοσύνης και της ελπίδας και εμφανίζονται εξάντληση, κόπωση, θλίψη και απαισιοδοξία. Πολλές φορές συνυπάρχει ντροπή και ενοχές για τη νόσο και τις επιπλοκές της. Παράλληλα μπορεί να εμφανίζονται συναισθήματα ενόχλησης και θυμού, ειδικά προς τη θεραπευτική ομάδα και το προσωπικό της μονάδας αιμοκάθαρσης. Αυτό το στάδιο διαρκεί περίπου 3-12 μήνες και συχνότατα συνδέεται με κάποιο ψυχοπιεστικό γεγονός της προσωπικής ή επαγγελματικής ζωής του ασθενούς ή με επιπλοκές της αιμοκάθαρσης.

Περίοδος της μακροπρόθεσμης προσαρμογής:

Σε αυτή την περίοδο, ο ασθενής αρχίζει να αποδέχεται πιο συνειδητά τους περιορισμούς του, καθώς και τα μειονεκτήματα και τις επιπλοκές της αιμοκάθαρσης. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι η μετάβαση σε αυτή την περίοδο είναι σταδιακή και ο ασθενής εμφανίζει

διακυμάνσεις τόσο στη σωματική όσο και στη συναισθηματική του κατάσταση. Μπορεί να βιώνει παρατεταμένα διαστήματα ικανοποίησης, που εναλλάσσονται με κατάθλιψη, ενώ η άρνηση ως μηχανισμός άμυνας μπορεί να προστατεύει μέχρι κάποιο βαθμό από την κατάθλιψη επιτρέποντας τη βαθμιαία προσαρμογή στη νόσο. Σε αυτό το στάδιο, ο ασθενής ζητά να ενημερωθεί καλύτερα για τη διαδικασία της αιμοκάθαρσης από το προσωπικό της μονάδας, ενώ η στήριξη που εξασφαλίζουν, οδηγεί στην ύφεση του θυμού και της επιθετικότητας (Θεοφίλου, 2010).

Εάν μετά το πέρας αυτού του χρονικού διαστήματος (>6-12 μηνών) η προσαρμογή του ασθενούς στη νέα κατάσταση αποτύχει, τότε μπορεί να γίνει λόγος για κλινικό σύνδρομο διαταραχής της προσαρμογής, με αγχώδη ή και καταθλιπτικά στοιχεία, εφόσον φυσικά δε σχετίζονται με νέο ψυχοπιεστικό παράγοντα. Οι διαταραχές προσαρμογής σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να θεωρούνται αυτονόητες και να υποτιμάται η κλινική τους σημασία, αφού μπορεί τελικά να εξελιχθούν σε πλήρη καταθλιπτικά ή αγχώδη σύνδρομα (Χριστοδούλου και συν, 2012).

Κατάθλιψη και Νεφρική Ανεπάρκεια

Η κατάθλιψη είναι μία διαταραχή της διάθεσης του ατόμου και συμπεριλαμβάνει ένα φάσμα συναισθηματικών, γνωσιακών, σωματικών και συμπεριφοριακών συμπτωμάτων. Το αποτέλεσμα είναι μια σαφής και εκσεσημασμένη διαφοροποίηση στη λειτουργικότητα σε όλους τους τομείς: επαγγελματικό, κοινωνικό, οικογενειακό, διαπροσωπικό. Δεν πρόκειται δηλαδή για μια απλή έκπτωση του συναισθήματος, και δε συνδέεται απαραίτητα με κάποιο συγκεκριμένο δυσμενές γεγονός. Αντίθετα, διεισδύει σε όλες τις εκφάνσεις της ζωής του ατόμου, μπορεί να επηρεάσει τους φυσιολογικούς βιορυθμούς και τις ορμονικές λειτουργίες, ενώ αν συνυπάρχει και κάποιο στρεσογόνο γεγονός αυτό βιώνεται διογκωμένο και δυνητικά καταστροφικό. Επίσης, συνοδεύεται από συναισθήματα ενοχής, αναξιότητας, χαμηλής αυτοεκτίμησης, απελπισίας, ακόμα και με αυτοκτονικό ιδεασμό. Επομένως, η διαφορά της κατάθλιψης από το απλό αίσθημα θλίψης είναι τόσο ποιοτική όσο και ποσοτική (Fabrazzo et al, 2006, Χονδρογιάννης και συν, 2012).

Σύμφωνα με το DMS-5, υπάρχουν εννέα χαρακτηριστικά συμπτώματα του καταθλιπτικού επεισοδίου και για τη διάγνωση απαιτείται η παρουσία 5 ή και περισσότερων συμπτωμάτων, με διάρκεια τουλάχιστον δυο εβδομάδων από τα οποία τουλάχιστον ένα

είναι είτε η καταθλιπτική διάθεση είτε η ανηδονία. Τα συμπτώματα αυτά είναι τα εξής:

- 1) καταθλιπτική διάθεση
- 2) ανηδονία
- 3) διαταραχή της όρεξης
- 4) διαταραχή ύπνου
- 5) ψυχοκινητική διαταραχή (επιβράδυνση ή διέγερση)
- 6) κόπωση και απώλεια ενεργητικότητας
- 7) αισθήματα αναξιοτητας και ενοχής
- 8) δυσκολίες στη συγκέντρωση
- 9) σκέψεις για θάνατο ή αυτοκτονία.

Επιπλέον, τα συμπτώματα αυτά πρέπει να προκαλούν σημαντική κλινική δυσφορία ή/και έκπτωση λειτουργικότητας και να μην οφείλονται στις άμεσες επιδράσεις μιας ουσίας ή μιας σωματικής νόσου (DSM-5).

Πέρα από την τυπική κλινική κατάθλιψη όπως περιγράφεται πιο πάνω, παρουσιάζονται και τα λεγόμενα καταθλιπτικά ισοδύναμα, τα οποία αποτελούν άτυπες μορφές κατάθλιψης και μπορεί να εκδηλώνονται με κόπωση, πόνο, ανησυχία, γαστρεντερικά

συμπτώματα, κεφαλαλγία και άλλα συμπτώματα, τα οποία δε δικαιολογούνται από την ύπαρξη κάποιας σωματικής ασθένειας, ακόμα και αν αυτή υφίσταται. Η κατάθλιψη λοιπόν είναι μία ετερογενής νόσος που εκδηλώνεται με διάφορες μορφές (Χριστοδούλου και συν, 2012).

Έχει υποστηριχθεί ότι οι χρονίως πάσχοντες ασθενείς εμφανίζουν κατάθλιψη οποιασδήποτε μορφής σε μεγαλύτερη συχνότητα από το γενικό πληθυσμό. Αυτό μπορεί να οφείλεται τόσο στο ψυχολογικό βάρος που επιφέρει η νόσος, όσο και στις άμεσες επιδράσεις της νόσου ή της θεραπείας αυτής. Συχνότερα, συνδέεται με την πολλαπλή σκλήρυνση (54%), τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια (34%), τον καρκίνο (32%), διάφορα αυτοάνοσα νοσήματα (15%), ενώ προκειμένου για τους ΧΝΝ το ποσοστό κυμαίνεται περίπου στο 5-13% (Χριστοδούλου και συν, 2012). Θα πρέπει να σημειωθεί ότι η διάγνωση της κλινικής κατάθλιψης στους ασθενείς που πάσχουν από κάποιο σωματικό νόσημα είναι δυσχερέστερη, γιατί υπάρχει μεγάλη αλληλοεπικάλυψη μεταξύ των συμπτωμάτων της οργανικής νόσου και των σωματικών εκδηλώσεων της κατάθλιψης. Για παράδειγμα, δεν είναι πάντα σαφές αν η κόπωση, η απώλεια ενεργητικότητας, η ανησυχία, η μείωση του σεξουαλικού ενδιαφέροντος και οι διαταραχές της όρεξης και του ύπνου οφείλονται στο σωματικό νόσημα, σε

ενδεχόμενη κατάθλιψη ή σε συνδυασμό των παραπάνω. Συγκεκριμένα για τον πληθυσμό των ΧΝΝ, υπάρχει ομοιότητα μεταξύ των καταθλιπτικών συμπτωμάτων και εκείνων της ουραιμίας και των συνοδών νοσημάτων (Smith et al, 1985). Για το λόγο αυτό έχουν αναπτυχθεί ειδικές ψυχομετρικές κλίμακες που δε δίνουν έμφαση στις σωματικές αιτιάσεις της κατάθλιψης, όπως η HADS (Hospital Anxiety Depression Scale) και το CDI (Cognitive Depression Index), το οποίο είναι μία υποομάδα του BDI (Beck Depression Inventory) που αποκλείει τις σωματικές συνιστώσες. Η έρευνα των Rerkert et al (2013), έδειξε μεγαλύτερη συμφωνία μεταξύ της κλίμακας HADS και των κριτηρίων του DSM, που αποτελεί το «χρυσό κανόνα» για τη διάγνωση της κατάθλιψης, σε σχέση με την κλίμακα BDI.

Έτσι, στους ΧΝΝ ασθενείς, έχουν βρεθεί ποσοστά κατάθλιψης από 5-60 %, ανάλογα με τον τύπο του διαγνωστικού εργαλείου που χρησιμοποιήθηκε, το διαγνωστικό όριο που τέθηκε, την ταυτόχρονη ύπαρξη άλλων νοσημάτων, τη χρονική στιγμή που πραγματοποιήθηκε η εκτίμηση σε σχέση με την έναρξη της αιμοκάθαρσης καθώς και τα χαρακτηριστικά του δείγματος του υπό μελέτη πληθυσμού (Χονδρογιάννης Π και συν, 2012, Χριστοδούλου και συν, 2012).

Σε μελέτες που χρησιμοποίησαν την πλήρη έκδοση της κλίμακας BDI (δηλαδή αυτή που συμπεριλαμβάνει και σωματικά συμπτώματα), έχει βρεθεί επιπολασμός της κατάθλιψης στους ΧΝΝ 20-70 % (Watnick et al, 2005, Hedayati SS et al 2006, Cukor et al, 2007, Kimmel et al, 2007, Junior et al, 2014 και Trbojević-Stanković et al, 2014). Σε έρευνες όπου η εκτίμηση έγινε με αυστηρότερα κριτήρια, αναδείχτηκαν ποσοστά κατάθλιψης 5-13%, παρόμοια με αυτά που παρατηρούνται σε άλλες χρόνιες παθήσεις (Χριστοδούλου και συν, 2012).

Όσον αφορά στους προδιαθεσικούς παράγοντες, η νεαρή ηλικία, η λευκή φυλή, οι συννοσηρότητες, οι γνωσιακές διαταραχές, η σοβαρότητα της νόσου, η έκπτωση της εργασιακής και σωματικής λειτουργικότητας και οι σεξουαλικές διαταραχές φαίνονται να σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο για εκδήλωση κατάθλιψης, ενώ η κοινωνική στήριξη αλλά και η χρήση β-αναστολέων, δρα προστατευτικά (Symister et al, 2003, Χονδρογιάννη και συν, 2012, Stasiak et al, 2014).

Σε κάθε περίπτωση, η κατάθλιψη είναι η πιο κοινή ψυχιατρική διαταραχή ανάμεσα στους ΧΝΝ και η συννοσηρότητα έχει συνδεθεί με την απόφαση για διακοπή της αιμοκάθαρσης, με αυξημένο αριθμό εισαγωγών στο νοσοκομείο, με ανεπαρκή τήρηση των θεραπευτικών οδηγιών καθώς και με δυσλειτουργία του ανοσοποιητικού

συστήματος, κακή θρέψη και αυξημένη θνησιμότητα (Hinrichen 1989 et al, Joyce PL et al, 1992, Lucinio J et al, 1999, Miller GE et al, 1999, Drayer et al, 2006, Cohen et al, 2007, Kimmel PL et al, 1998, 2000, 2001, 2008, Χονδρογιάννη και συν, 2012). Τέλος, έχει υποστηριχθεί ότι τα αιμοκαθαιρούμενα άτομα προβαίνουν σε αυτοκτονία συχνότερα από το γενικό πληθυσμό (Kimmel PL et al, 2001, Kurella et al, 2005).

Αγχώδεις Διαταραχές και Νεφρική Ανεπάρκεια

Οι αγχώδεις διαταραχές περιλαμβάνουν καταστάσεις που χαρακτηρίζονται από έντονο συναίσθημα φόβου και άγχους και συνοδεύονται από ανάλογες συμπεριφορές που τα άτομα χρησιμοποιούν ως απάντηση στην ανησυχία που βιώνουν. Το άγχος είναι η δυσάρεστη συναισθηματική κατάσταση που περιλαμβάνει αισθήματα φόβου ή και τρόμου ως απάντηση σε κάποιο κίνδυνο που μπορεί σε μεγάλο βαθμό να μην είναι υπαρκτός, ενώ ο φόβος μπορεί να εκφράζεται και με σωματικές αντιδράσεις όπως ταχυπαλμία, εφίδρωση, επιτάχυνση της αναπνοής τρόμος μυών, αιμωδίες κ.ά. Οι αγχώδεις διαταραχές είναι οι συχνότερες ψυχιατρικές διαταραχές στο

γενικό πληθυσμό (10-30%) και απαντούν συχνότερα σε γυναίκες και νεαρούς ενήλικες (Remes O et al, 2016). Στο ταξινομικό σύστημα DSM-5, στην κατηγορία των αγχωδών διαταραχών κατατάσσονται οι εξής κλινικές οντότητες: γενικευμένη αγχώδης διαταραχή, διαταραχή πανικού, αγοραφοβία, κοινωνική φοβία, ειδική φοβία, εκλεκτική αλαλία, διαταραχή αποχωρισμού, επαγόμενη από ουσίες αγχώδης διαταραχή και αγχώδης διαταραχή οφειλόμενη σε γενική σωματική κατάσταση (American Psychiatric Association, 2013).

Σε μια συστηματική ανασκόπηση το 2016, ο επιπολασμός των αγχωδών διαταραχών σε ασθενείς με χρόνια νοσήματα βρέθηκε αυξημένος σε σχέση με το γενικό πληθυσμό (έως 70%) και ειδικά σε ασθενείς τελικού σταδίου οποιασδήποτε αιτιολογίας, ανεξαρτήτως φύλου και ηλικίας (Remes O et al, 2016). Όσον αφορά σε νεφροπαθείς τελικού σταδίου, η επικράτηση των αγχωδών συμπτωμάτων βρέθηκε περίπου 25-38 % (Murtagh et al. 2007, Janssen et al. 2008). Σε μια συγχρονική μελέτη στη Σαουδική Αραβία, όπου χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο HADS σε 286 αιμοκαθαιρούμενους ασθενείς, το ποσοστό των ατόμων με αγχώδη διαταραχή ήταν 21%, ενώ λιγότερο από το 11% είχε ανάλογη διάγνωση πριν την έναρξη της αιμοκάθαρσης

και το ποσοστό στο γενικό πληθυσμό υπολογίζεται στο 15% (Turkistani et al, 2014). Παρομοίως, οι Griva K και συνεργάτες ανέδειξαν ποσοστό νόσησης από αγχώδη διαταραχή περίπου 32% σε αιμοκαθαιρούμενους ασθενείς της κοινότητας. Σχετικά με τον επιπολασμό των διαφορετικών κατηγοριών αγχωδών διαταραχών σε αιμοκαθαιρούμενους ασθενείς, δεν υπάρχουν πολλά στοιχεία, αφού το άγχος έχει διερευνηθεί περισσότερο είτε ως καταθλιπτικό σύμπτωμα είτε μεμονωμένα, παρά στα πλαίσια συγκεκριμένης αγχώδους διαταραχής. Ωστόσο, οι Wang et al (2012) αναφέρουν ποσοστό 26.5% για τις ειδικές φοβίες και 26.6% για τη διαταραχή πανικού. Εδώ είναι σημαντικό να τονιστεί ότι χρειάζεται να γίνει σαφής διάγνωση ενδεχόμενης αγχώδους διαταραχής, καθώς κάθε κατηγορία απαιτεί πιο εξειδικευμένη αντιμετώπιση, αλλά και ως σύνολο χρήζουν διαφορετικής θεραπευτικής αντιμετώπισης από την κατάθλιψη.

Σε αυξημένο κίνδυνο για νόσηση από αγχώδη διαταραχή ανάμεσα σε νεφροπαθείς τελικού σταδίου ασθενείς φαίνεται να βρίσκονται οι γυναίκες, οι πάσχοντες από σακχαρώδη διαβήτη, οι διαζευγμένοι/σε χηρεία, όσοι έχουν λιγότερα χρόνια εκπαίδευσης και οι ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας ανεξάρτητα από τα έτη αιμοκάθαρσης (Theofilou, 2011, Stasiak et al, 2014, , Turkistani et al, 2014).

Παρατηρήθηκε δηλαδή αντίστροφη επίδραση της ηλικίας στους

αιμοκαθαιρούμενους, αντίθετα από το γενικό πληθυσμό, όπου ο επιπολασμός των αγχωδών διαταραχών μειώνεται με την ηλικία. Παρ'όλ'αυτά, η συσχέτιση με το φύλο δεν επιβεβαιώνεται από όλους τους ερευνητές (Stasiak et al, 2014). Επιπρόσθετα, διάφοροι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες όπως η αβεβαιότητα για το μέλλον, η ανησυχία για την εξέλιξη και την πρόγνωση της υγείας τους, οι περιορισμοί στη σωματική δραστηριότητα, η συχνή έλλειψη απασχόλησης έξω από το σπίτι με πιθανές συνεπακόλουθες οικονομικές δυσκολίες, η αίσθηση αδυναμίας ικανοποιητικής παροχής φροντίδας προς τα προστατευόμενα μέλη της οικογένειας αλλά και η έλλειψη αντισταθμιστικών παραγόντων όπως η δυσκολία στη συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες και άλλες ευχάριστες ασχολίες συμβάλλουν καθοριστικά στην εμφάνιση αλλά και στη διαίωνιση του άγχους στη ζωή αυτών των ασθενών. Στα παραπάνω, τα οποία απαντούν ως στρεσογόνοι παράγοντες στις περισσότερες κατηγορίες χρονίως πασχόντων, θα πρέπει να προσθέσει κανείς και το άγχος για την εύρεση πιθανού μοσχεύματος καθώς και για την έκβαση της επέμβασης, το οποίο είναι επιπρόσθετο στη συγκεκριμένη ομάδα ασθενών (Silva AN et al, 2014).

Η σημασία της επίδρασης του άγχους σε χρονίως νεφρικά πάσχοντες έχειδειχθεί σε αρκετές έρευνες, αφού επιδεινώνει δραματικά την ποιότητα ζωής, δυσχεραίνει την κοινωνική αλληλεπίδραση και παρεμποδίζει τη συναισθηματική ευεξία (Munoz et al, 2006, Cukor et al, 2008, 2013, Garcia-Liana H et al, 2014). Επιπρόσθετα, σε αυτή την ομάδα ασθενών, το άγχος έχει συσχετιστεί με ενδεχόμενη ανεπαρκή τήρηση της θεραπείας, χειρότερη θρέψη, αποδυνάμωση του ανοσοποιητικού συστήματος, και τελικά, επιβάρυνση της πρόγνωσης (Stasiak et al, 2014). Παράλληλα, έχει υποστηριχθεί ότι οι ασθενείς που πάσχουν από χρόνια νοσήματα και ταυτόχρονα από αγχώδη ή καταθλιπτική διαταραχή, εμφανίζουν σε μεγαλύτερο βαθμό σωματικά συμπτώματα σε σχέση με αυτούς που πάσχουν μόνο από το αντίστοιχο χρόνιο νόσημα (Katon et al, 2007).

Αυτοαντίληψη σε νεφροπαθείς τελικού σταδίου

Η έννοια της αντίληψης του εαυτού, δηλαδή του συνόλου των πεποιθήσεων του ατόμου για τα προσωπικά του χαρακτηριστικά, τις αξίες, τις ικανότητες, τις αδυναμίες και τις προσδοκίες του αποτελεί μεγάλης σημασίας ζήτημα για τους πάσχοντες από χρόνια νοσήματα ασθενείς (Koushan et al, 2005). Το άτομο καλείται να εντάξει μια εντελώς νέα πραγματικότητα στη ζωή του, να αντιμετωπίσει πολλές

νέες προκλήσεις, να θέσει νέες προτεραιότητες και ενδεχομένως να εγκαταλείψει πολλά από αυτά που σύμφωνα με το ίδιο προσδιόριζαν την ταυτότητά του ως την εκδήλωση της νόσου. Η θετική αυτοαντίληψη στους χρονίως πάσχοντες έχει συνδεθεί με καλύτερη προσαρμογή στη νόσο, μεγαλύτερο προσδόκιμο επιβίωσης και πιο λειτουργικές σχέσεις, ωστόσο η αβεβαιότητα που προκύπτει από την ταυτότητα του ασθενούς επηρεάζει με αρνητικό τρόπο την αυτοεκτίμηση του (Tahmasebi S et al, 2005).

Όσον αφορά στη ΧΝΝ και στην αιμοκάθαρση, φαίνεται να επηρεάζονται πολλές πλευρές της σωματικής και ψυχικής κατάστασης του πάσχοντος επιφέροντας μεγάλες αλλαγές στην καθημερινότητα, στον τρόπο ζωής και φυσικά στο πώς αντιλαμβάνεται τον εαυτό του. Συγκεκριμένα, μπορεί να βιώσει αίσθημα ανικανότητας και ανημπόριας, εξάρτηση από τρίτους, σωματικές επιπλοκές, σεξουαλικές δυσκολίες, διαιτητικούς περιορισμούς και περιορισμούς στη λήψη υγρών, δυσκολίες στην εργασία, οικονομικά προβλήματα, αλλαγή των οικογενειακών ρόλων, επαναπροσδιορισμό των στόχων, ακόμα και φόβο θανάτου (Brown et al, 1999, Thomas et al, 2002, Rahimi et al, 2005 και Juergensen et al, 2006).

Για τη μελέτη της εικόνας εαυτού τους ΧΝΝ έχουν χρησιμοποιηθεί διάφορες μέθοδοι και ερωτηματολόγια, φωτίζοντας διάφορες πλευρές και με ποικίλα αποτελέσματα. Σε έρευνα των Shahgholian et al, 2012, βρέθηκε σημαντική διαφορά στην αυτοαντίληψη των αιμοκαθαριζόμενων σε σχέση με τους υγιείς ως προς τη σωματική, ψυχολογική και κοινωνική διάσταση εαυτού, ενώ δε βρέθηκε διαφορά ως προς την πνευματική διάσταση. Φαίνεται ότι η αντίληψη του εαυτού ως ασθενή, έχει συνδεθεί με αυξημένη επίδραση της νόσου, χαμηλότερη ψυχοκοινωνική ευεξία και ισχυρότερο αίσθημα δυστυχίας, ειδικά σε μεγαλύτερης ηλικίας ασθενείς (Devins et al, 1997). Σε άλλη μελέτη, οι θετικές αντιλήψεις για τη νόσο και τη θεραπεία, έχουν συσχετιστεί με υψηλότερη αυτοεκτίμηση και αίσθηση αυτονομίας, αλλά όχι με αυξημένη εργασιακή συμμετοχή (Jansen DL et al, 2010). Παράλληλα, σε έρευνες που επικεντρώνονται σε διάφορες παραμέτρους της αυτοεικόνας, έχει βρεθεί δτέλος, οι Bargiel-Matusiewicz K et al (2010), ανέδειξαν υπολειπόμενη σε σχέση με τους υγιείς αυτοεκτίμηση στους τομείς της σωματικής ικανότητας και της επίτευξης στόχων, ενώ η αυτοεκτίμηση ως προς την κοινωνικότητα και τη συναισθηματικότητα ήταν στα ίδια επίπεδα με αυτή των υγιών. Ωστόσο, οι ΧΝΝ άνω των 50 , εμφάνισαν χαμηλότερα επίπεδα

αυτοπεποίθησης ως προς την κοινωνικότητα, το χιούμορ, τη μνήμη αλλά και του αισθήματος αποδοχής από τους άλλους, σε σχέση με τους νεότερους ασθενείς. Φαίνεται λοιπόν ότι η ΧΝΝ επηρεάζει την αυτοεικόνα με πολλαπλούς τρόπους και η επίδραση αυτή εξαρτάται από πολλούς παράγοντες.

ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ:

Σκοπός της συγκεκριμένης μελέτης είναι να διερευνηθεί και να προσδιορισθεί εάν υπάρχει διαφοροποίηση μεταξύ αιμοκαθαιρούμενων και υγιών ατόμων:

- α) στην αυτοαντίληψη, έτσι όπως αυτή προσδιορίζεται από το ερωτηματολόγιο των Messer&Harter, συνολικά και σε επιμέρους τομείς
- β) στην παρουσία άγχους και κατάθλιψης όπως αυτά διαγιγνώσκονται από την κλίμακα HADS
- γ) στη συσχέτιση του άγχους, της κατάθλιψης και της αυτοεικόνας με διάφορους δημογραφικούς παράγοντες

Επίσης, να μελετηθεί η συσχέτιση των επιπέδων άγχους και κατάθλιψης με την αυτοεικόνα, συνολικά και ανά τομέα, σε υγιείς και αιμοκαθαιρούμενους ασθενείς.

Ο τελικός στόχος είναι η ανάδειξη εκείνων των παραμέτρων που είναι περισσότερο ευάλωτοι σε αυτή την ομάδα ασθενών, και κατά συνέπεια χρήζουν κλινικής σημασίας και αντιμετώπισης, με σκοπό την ουσιαστική βελτίωση της ποιότητας ζωής του πάσχοντος. Συγκεκριμένα, γνωρίζοντας ποιες είναι αυτές οι παράμετροι, δίνεται η δυνατότητα έγκαιρης παρέμβασης επικεντρωμένης σε συγκεκριμένες ανάγκες του πληθυσμού αυτού, τροποποίησης όσων παραγόντων κινδύνου επιδέχονται αλλαγής και μακροπρόθεσμου σχεδιασμού ειδικά προσαρμοσμένων ψυχολογικών, κοινωνικών και αθλητικών προγραμμάτων.

Με βάση τη βιβλιογραφία, η συνολική ποιότητα ζωής στους αιμοκαθαιρούμενους είναι πιο επιβαρυνμένη, η αυτοεικόνα τους επηρεάζεται από τη νόσο, ενώ δεν είναι απόλυτα ξεκάθαρο εάν εμφανίζουν υψηλότερη ψυχική νοσηρότητα από τον γενικό πληθυσμό ως προς το άγχος και την κατάθλιψη. Συνεπώς αναμένουμε πως:

- α) οι νεφρολογικοί ασθενείς θα έχουν συγκρίσιμα, ή ελαφρώς αυξημένα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης σε σχέση με τον υγιή πληθυσμό
- β) οι νεφρολογικοί ασθενείς θα έχουν συνολικά χειρότερη αυτοαντίληψη συγκριτικά με το μη πάσχοντα πληθυσμό, ανεξάρτητα από την παρουσία κατάθλιψης, ειδικά ως προς τη σωματική ελκυστικότητα, την εργασιακή ικανότητα και την αθλητική ικανότητα.
- γ) η αυτοαντίληψη θα σχετίζεται αρνητικά με την εμφάνιση αγχωδών και καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε όλους τους πληθυσμούς, αλλά περισσότερο στους νεφροπαθείς.

δ) θα υπάρχει ύφεση των αγχωδών και καταθλιπτικών συμπτωμάτων με τη χρονιότητα της νοσου, λόγω μακροπρόθεσμης προσαρμογής

ε) οι ασθενείς που εμφανίζουν καταθλιπτική συμπτωματολογία τόσο στο υγιές όσο και στο μη υγιές δείγμα θα έχουν χαμηλή αυτοαντίληψη σε όλους τους τομείς.

ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Πρόκειται για μία περιγραφική μελέτη παρατήρησης ασθενών-μαρτύρων. Σε αυτή συμμετείχαν 32 άτομα που υποβάλλονται σε εξωνεφρική κάθαρση, και 33 υγιή άτομα από το γενικό πληθυσμό. Τα κριτήρια επιλογής των συμμετεχόντων ήταν τα εξής

Κριτήρια επιλογής:- Ηλικία 18 ετών και άνω έως 65 ετών

-Ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο υπό αιμοκάθαρση> 6 μήνες, έτσι ώστε να αποκλειστεί η «περίοδος ομαλότητας» που πιθανώς θα επηρέαζε τα αποτελέσματά μας

-- Έγγραφη πληροφορημένη συγκατάθεση

Κριτήρια αποκλεισμού

· Ο ασθενής να μην συμμετέχει σε άλλη παρεμβατική μελέτη

- Οι συμμετέχοντες να μην έχουν άλλη, ανεξάρτητη από τη νεφρική νόσο, σοβαρή συννοσηρότητα όπως πάθηση ΚΝΣ, Ca ή άλλου είδους σοβαρή αναπηρία
- Ο ασθενής να σημειώνει σκορ στο MMSE < 24

Ερωτηματολόγια

Στους συμμετέχοντες δόθηκαν τα εξής ερωτηματολόγια:

1. Ερωτηματολόγιο δημογραφικών στοιχείων:

(Τα πεδία με * συμπληρώνονται μόνο από τους νεφροπαθείς ασθενείς)

- Ηλικία:

- Φύλο:

- Προβλήματα υγείας:

- Λήψη φαρμάκων (Αντιυπερτασικά, αντιδιαβητικά, αντικαταθλιπτικά κ.ά.):

- Έτη εκπαίδευσης:

- Εργασιακή κατάσταση:

- Οικογενειακή κατάσταση:
- Συγκάτοικοι (αριθμός, σχέση):
- Τόπος διαμονής:
- Παιδιά:
- Αίτιο Νεφρικής Ανεπάρκειας*:
- Μήνες αιμοκάθαρσης* (εώς σήμερα/εώς ημερομηνία μεταμόσχευσης):

2. Hospital anxiety and depression scale (HADS):

Η Κλίμακα Άγχους και Κατάθλιψης στο Γενικό Νοσοκομείο (HADS) αποτελεί μια ευρέως διαδεδομένη κλίμακα μέτρησης του άγχους και της κατάθλιψης που αναπτύχθηκε από τους Zigmond και Snaith το 1983. Αποτελείται από 14 ερωτήσεις που συμπληρώνονται από τον εξεταζόμενο, 7 από τα οποία έχουν σχεδιαστεί για να μετρούν το άγχος και 7 τη κατάθλιψη. Αποτελεί ιδανικό εργαλείο για την εκτίμηση της κατάθλιψης σε μη υγιή πληθυσμό καθώς δεν συμπεριλαμβάνει

ερωτήσεις για τα σωματικά συμπτώματα που συχνά συναντώνται στους ασθενείς, αποτελούν εκδηλώσεις της πρωτοπαθούς νόσου, και συγχέουν την ορθή κλινική εκτίμηση της κατάθλιψης (Μιχόπουλος Ι. και συν., 2007). Ως οριακό σημείο διαχωρισμού (cut-off score) για τη διάγνωση της κατάθλιψης ορίζεται το αποτέλεσμα μεγαλύτερο ή ίσο του 11. Το ίδιο ισχύει και για τη διάγνωση αγχώδους διαταραχής.

Επίσης, η εγκυρότητα της συγκεκριμένη κλίμακας έχει πιστοποιηθεί και για τον πληθυσμό των χρονίως νεφρικά πασχόντων (Loosman WL et al, 2010).

3. Ερωτηματολόγιο Αυτό-αντίληψης για Ενήλικες των Messer & Harter:

Η αυτο-αντίληψη όπως ορίζεται από τη S. Harter, είναι μια σύνθετη κατασκευή, με γνωσιακή και κοινωνική συνιστώσα. Περιλαμβάνει τόσο το σύνολο των απόψεων του ατόμου για τις επιδόσεις του σε συγκεκριμένους τομείς, όσο και την αίσθηση της συνολικής του αυταξίας, δεδομένου ότι η τελευταία είναι μια πολυδιάστατη έννοια που υπερβαίνει το άθροισμα των επιμέρους. Σύμφωνα με τη Harter, αυτή δε σχετίζεται απαραίτητα γραμμικά με το πώς το άτομο εκτιμά τις

ικανότητες του σε διάφορες καταστάσεις. Επίσης, σημαντικό ρόλο στην αυτο-εικόνα κάθε προσώπου παίζει όχι μόνο το πώς αυτό αξιολογεί υποκειμενικά τον εαυτό του σε κάθε τομέα, αλλά και το πόσο σημαντικός είναι καθένας από αυτούς για τον αυτό-προσδιορισμό του (Manning, 1999).

Το ερωτηματολόγιο κατασκευάστηκε το 1986 στο πλαίσιο της θεωρίας αυτής για την έννοια του εαυτού και αποτυπώνει: α) τον τρόπο με τον οποίο με τον οποίο οι ενήλικοι βλέπουν το εαυτό τους σε 11 τομείς της ζωής τους και β) τη σφαιρική αυτοαξία, τον τρόπο δηλαδή που οι ενήλικες αξιολογούν τον εαυτό τους γενικότερα. Αποτελείται από 50 λήμματα που αξιολογούν τους τομείς: 1) κοινωνικές σχέσεις, 2) εργασιακή ικανότητα, 3) φροντίδα των άλλων, 4) αθλητική ικανότητα, 5) σωματική εμφάνιση, 6) επάρκεια σε ρόλους παροχής και στήριξης των άλλων, 7) ζητήματα ηθικής, 8) οικιακή διαχείριση, 9) στενές διαπροσωπικές σχέσεις, 9) ευφυΐα, 10) αίσθηση του χιούμορ 11) σφαιρική αυτοαξία. Κάθε τομέας μετράται με 4 ερωτήσεις, εκτός από τη σφαιρική αυτοαξία που απαντάται σε 6 ερωτήσεις. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο καλύπτει ένα ευρύτερο φάσμα αξιολόγησης ικανοτήτων (όπως για παράδειγμα εργασιακή ικανότητα) σε σχέση με ανάλογα ψυχομετρικά τεστ και επιπλέον συμπεριλαμβάνει τομείς

ιδιαίτερα σημαντικούς στην αυτοαξιολόγηση των γυναικών (επάρκεια σε ρόλους παροχής και στήριξης των άλλων, οικιακή διαχείριση, στενές διαπροσωπικές σχέσεις) Η προσαρμογή στη ελληνική γλώσσα έχει πραγματοποιηθεί από την Χ. Ρούσση-Βέργου και την κα Μ Ζαφειροπούλου (Σταλίκας Α. και συν. 2012). Σύμφωνα με τις συγγραφείς, το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο έχει διαγνωστική αξία και βοηθά το άτομο να εντοπίσει προβληματικές διαστάσεις της ζωής του. Επιπλέον, μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως τρόπος αξιολόγησης της προόδου κατά τη διάρκεια της θεραπείας (Harter, 2012).

Σημειώνεται ότι προκειμένου να σταθμιστεί σε ειδικούς πληθυσμούς, το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο χορηγήθηκε από τις ίδιες τις δημιουργούς σε παιδιά πάσχοντα από βαρύ άσθμα. Η ερευνητική υπόθεση ήταν πως θα σημείωναν χαμηλότερο σκορ στους τομείς της αθλητικής ικανότητας (λόγω των περιορισμών από τη νόσο), της σωματικής εμφάνισης (λόγω των παρενεργειών της θεραπείας με στεροειδή) και των κοινωνικών σχέσεων (λόγω της απομάκρυνσης από τον κοινωνικό περίγυρο κατά τη διάρκεια νοσηλείας). Ωστόσο, κάτι τέτοιο δεν επιβεβαιώθηκε και δε βρέθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ των ασθματικών και των υγιών παιδιών από το δείγμα ελέγχου. Παρόμοια ευρήματα, δηλαδή έλλειψη απόκλισης στην αυτο-

αντίληψη μεταξύ ασθενών και υγιών μαρτύρων νεαρής ηλικίας, αναφέρονται και από άλλους συγγραφείς (Harter, 2012).

Από ερευνητικής απόψεως, το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο έχει επίσης χρησιμοποιηθεί μεταφρασμένο στα πορτογαλικά σε 80 ενήλικες ασθενείς με επιληψία, σε ασθενείς με διατροφική διαταραχή και σε άλλες νόσους (Taveira MC et al, 1990, Anna M. Bardone-Cone, 2010). Επίσης, έχει χορηγηθεί σε προσαρμοσμένη έκδοση σε δείγμα αιμοκαθαριούμενων παιδιών και εφήβων 6-16 ετών, χωρίς να βρεθεί διαφορά στην αυτοεκτίμηση μεταξύ των πασχόντων και των μαρτύρων (Bawden et al, 2004).

4. MMSE (Mini Mental State Examination)

Η δοκιμασία Mini Mental State Examination των Folstein, Folstein, Mchugh (1975) αποτελεί μια ευρέως χρησιμοποιούμενη κλίμακα για την σύντομη εκτίμηση της γνωστικής κατάστασης και έχει σταθμιστεί στον ελληνικό πληθυσμό από τους Fountoulakis et al, 2000. Μας παρέχει την δυνατότητα ανίχνευσης της γνωστικής εξασθένησης και της άνοιας σε πληθυσμό ενηλίκων, έχοντας το πλεονέκτημα της σύντομης χορήγησης (5-15 λεπτά). Ως οριακό σημείο διαχωρισμού (cut-off score) για τη

διάγνωση της άνοιας, ορίζεται η επίδοση 24/30 όπου η κλίμακα εμφανίζει ευαισθησία 90,80% και εξειδίκευση 90,62%, με τιμή θετικής πρόβλεψης (Positive Predictive Value) 92,94%.

Δείγμα και Μέθοδος:

Στην έρευνα συμμετείχαν 32 ασθενείς υπό αιμοκάθαρση και 33 υγιή άτομα από το γενικό πληθυσμό. Από την ομάδα των 32 αιμοκαθαιρούμενων ασθενών, 15 άτομα υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση στο ΠΓΝ Αττικών, 8 άτομα στο ΠΓΝ Λαϊκό και 7 άτομα σε Ιδιωτική Μονάδα Αιμοκάθαρσης. Να σημειωθεί ότι το κόστος της Ιδιωτικής Μονάδας καλύπτεται εξ'ολοκλήρου από τον ασφαλιστικό φορέα του ασθενούς, έτσι ώστε να μην υπάρχει μεροληψία στην επιλογή του δείγματος ως προς το κοινωνικοοικονομικό τους επίπεδο. Σε όλους τους συμμετέχοντες χορηγήθηκαν τα αυτοσυμπληρούμενα ερωτηματολόγια των δημογραφικών παραγόντων, της HADS και της αυτοαντίληψης κατά Messer&Harter, ενώ η κλίμακα MMSE συμπληρώθηκε με εξεταστή.

Η επεξεργασία των αποτελεσμάτων μας πραγματοποιήθηκε με το λογισμικό SpSS για Windows 2010. Καθώς οι δύο ομάδες των συμμετεχόντων δεν ακολουθούν κανονική κατανομή ως προς τις

Σχόλιο [ΨΜ11]: Από δω και πέρα Αποτελέσματα

παραμέτρους ηλικία, φύλο, έτη εκπαίδευσης, εργασιακή κατάσταση και μήνες αιμοκάθαρσης, χρησιμοποιήθηκαν οι μη παραμετρικές δοκιμασίες Independent Samples Mann-Whitney U-test για τις συγκρίσεις μεταξύ των ομάδων ως προς τις ονομαστικές μεταβλητές και η Spearman's rho για τις συσχετίσεις ως προς τις αριθμητικές μεταβλητές. Επίσης, χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία chi-square test για τη σύγκριση των ποσοστών κλινικής κατάθλιψης ή/και αγχώδους διαταραχής στις δύο ομάδες συμμετεχόντων .

Αποτελέσματα:

Από την ομάδα των αιμοκαθαιρούμενων (n=32), 22 ασθενείς είναι άντρες, 18 είναι γυναίκες, ενώ ο μέσος όρος ηλικίας τους είναι τα 52,3 ($\pm 13,7$) έτη. Ως προς την οικογενειακή τους κατάσταση, 25 από τους ασθενείς είναι έγγαμοι, 6 άγαμοι και 1 σε χηρεία. Ο αριθμός των παιδιών ανά ασθενή είναι 1,6 ($\pm 1,3$) παιδιά και ο μέσος αριθμός συγκατοίκων 1,8 ($\pm 1,2$). 17 από τους ασθενείς διαμένουν μόνιμα στην Αθήνα (53%), ενώ 15 (47%) ήταν κάτοικοι της περιφέρειας . Σχετικά με

το μορφωτικό τους επίπεδο, τα περισσότερα άτομα ($n=17$, 51%) έχουν 12 έτη εκπαίδευση, έχουν ολοκληρώσει δηλαδή τη φοίτησή τους στο Λύκειο. Ο μέσος όρος των ετών εκπαίδευσης είναι τα 11, 6 έτη ($\pm 4,1$). Όσον αφορά στην εργασιακή τους κατάσταση, οι περισσότεροι ($n=27$, 85%) αιμοκαθαιρούμενοι του δείγματος δεν εργάζονταν. Ο μέσος όρος χρόνου αιμοκάθαρσης ήταν 66,5 μήνες. Από την ομάδα ελέγχου ($n=33$), 23 συμμετέχοντες είναι άντρες (70%), 10 είναι γυναίκες (30%), ενώ ο μέσος όρος ηλικίας ήταν 49,2 ($\pm 11,4$). 22 εξ'αυτών (66%) του δείγματος ήταν έγγαμοι, 9 ήταν άγαμοι και 2 διαζευγμένοι/σε χηρεία. Ο μέσος αριθμός παιδιών ήταν 1,7 ($\pm 1,1$) και ο μέσος αριθμός συγκατοίκων 2,1 ($\pm 1,3$). 54% ($n=18$) των συμμετεχόντων ήταν κάτοικοι Αθηνών, ενώ οι υπόλοιποι ($n=15$), κάτοικοι επαρχίας. Τέλος, ο μέσος αριθμός ετών εκπαίδευσης ήταν τα 14,6 (3,22) ενώ οι εργαζόμενοι του δείγματος αποτελούσαν το 54% ($n=18$). Αναλυτικά τα χαρακτηριστικά του δείγματος φαίνονται στον Πίνακα 1:

Δημογραφικά Χαρακτηριστικά	Ομάδα Ελέγχου (CTRL)	Αιμοκαθαιρούμενοι	P ⁴³
Άτομα	33	32	0,922
Ηλικία, Μέση τιμή (SD)	49,2 (11,4)	52,3 (13,7)	0,329
Φύλο Α:Γ	23:10 Α= 70%	22:10 Α= 68%	0,935
Οικογενειακή Κατάσταση Έγγαμοι:Άγαμοι	22:11 Ε=66%	25:7 Ε= 78%	0,310
Αριθμός Παιδιών, ΝΑΙ:ΟΧΙ Μέση Τιμή (SD)	25:8 ΝΑΙ=75% 1,7 (1,1)	23:10 ΝΑΙ=71% 1,6 (1,3)	0,810
Αριθμός Συγκατοίκων, Μέση Τιμή (SD)	2,1 (1,3)	1,8 (1,2)	0, 331
Τόπος μόνιμης κατοικίας Αθήνα: Επαρχία	18:15 Α= 54%	17:15 Α=53%	0,910
Έτη εκπαίδευσης Μέση τιμή (SD)	14,6 (3,22)	11,6 (4,1)	0,002
Εργασιακή Κατάσταση	18: 15	5: 27	0,001

Εργαζόμενοι : Μη εργαζόμενοι	E=54%	E= 15%	
Μήνες αιμοκάθαρσης Μέση τιμή (SD)	N/A	66,5 (74,2)	N/A

Πίνακας 1. Περιγραφική ανάλυση των δημογραφικών χαρακτηριστικών των υγιών και των αιμοκαθαιρούμενων ασθενών, με μέσο όρο και τυπική απόκλιση (SD) . N/A= non applicable για τους υγιείς μάρτυρες

Κατά τη στατιστική ανάλυση των ερωτηματολογίων προέκυψαν τα παρακάτω αποτελέσματα:

1) Σύγκριση I) των επιπέδων άγχους και κατάθλιψης και II) των επιμέρους παραμέτρων της αυτοεικόνας μεταξύ αιμοκαθαιρούμενων και υγιών ατόμων:

I. Επίπεδα άγχους και κατάθλιψης: **Δε διαπιστώθηκαν** στατιστικά σημαντικές **διαφορές** μεταξύ των δύο γκρουπ όσον αφορά στα επίπεδα **άγχους και κατάθλιψης**, με βάση τις απόλυτες τιμές στη HADS-A και στη HADS-D (HADS-A Υγιείς: 6,6 ($\pm 4,7$) vs Αιμοκαθαιρούμενοι: 5,6 ($\pm 4,5$), HADS-Depression, Υγιείς: 6 ($\pm 4,3$) vs Αιμοκαθαιρούμενοι: 6,5 ($\pm 4,9$),

[Πίνακας 2](#) , Mann-Whitney U-test). Ομοίως, δεν αναδείχτηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των υγιών και των ασθενών στα ποσοστά πιθανής κλινικής αγχώδους διαταραχής ή κατάθλιψης με βάση την καθορισμένη διαγνωστική βαθμολογία μεγαλύτερη ή ίση του 11 στη HADS-A και στη HADS-D αντίστοιχα (chi-square test). Συγκεκριμένα, HADS-A $\geq$ 11 εμφάνισε το 16% των αιμοκαθαιρούμενων και το 27% των υγιών ατόμων, ενώ HADS-D $\geq$ 11 παρουσίασαν το 22 % των αιμοκαθαιρούμενων και το 15% των υγιών, χωρίς αυτές οι διαφορές να είναι στατιστικά σημαντικές ([Πίνακας 2](#)).

II. Παράμετροι αυτοεικόνας: **Δε διαπιστώθηκαν** στατιστικά σημαντικές **διαφορές** μεταξύ των δύο γκρουπ στις διάφορες παραμέτρους της **αυτοεικόνας**, σύμφωνα με το ερωτηματολόγιο Messer & Harter. (Independent Samples Mann-Whitney U-test). Η μόνη εξαίρεση αφορά στην αυτοαποτίμηση ως προς την **αθλητική ικανότητα**, η οποία βρέθηκε να είναι χαμηλότερη στους αιμοκαθαιρούμενους (9,8 υγιείς vs 8,2 αιμοκαθαιρούμενοι, $p=0,043$, Independent Samples Mann-Whitney U-test, [Πίνακας 2](#)).

	Ομάδα Ελέγχου (CTRL)	Αιμοκαθαιρούμενοι	Στατιστική Σημαντικότητα
<i>HADS-Anxiety</i>	6,6 (4,7)	5,6 (4,5)	n/s
<i>HADS-A</i> ≥ 11	27% (n=9)	16% (n=5)	n/s
<i>HADS-Depression</i>	6 (4,3)	6,5 (4,9)	n/s
<i>HADS-D</i> ≥ 11	15% (n=5)	22% (n=7)	n/s
<i>Κοινωνικές Σχέσεις</i>	12,8 (2,7)	13 (2,8)	n/s
<i>Εργασιακή ικανότητα</i>	12,7 (2,2)	12,1 (7,9)	n/s
<i>Φροντίδα των άλλων</i>	13,2 (2,3)	12, 7 (1,9)	n/s
<i>Αθλητική Ικανότητα</i>	9,8 (2,9)	8,2 (2,8)	p=0,043
<i>Σωματική Εμφάνιση</i>	11, 5 (3)	11, 4 (3,4)	n/s
<i>Επάρκεια ως προμηθευτής</i>	12,2 (2,8)	10,8 (3,1)	n/s
<i>Ηθική</i>	13,2 (2,3)	14 (1,8)	n/s
<i>Οικιακή διαχείριση</i>	11,8 (3,2)	10,6 (3,4)	n/s
<i>Διαπροσωπικές σχέσεις</i>	12, 1 (2,7)	11,7 (3)	n/s
<i>Ευφύια</i>	12 (2,9)	12 (2,5)	n/s

<i>Αίσθηση του χιούμορ</i>	12,8 (2,5)	11,9 (3,4)	n/s
<i>Σφαιρική Αυταξία</i>	17,3 (4,8)	17,9 (4,6)	n/s

Πίνακας 2. Σύγκριση μεταξύ της ομάδας ελέγχου και της ομάδας των αιμοκαθαιρούμενων ως προς τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης (HADS-A και HADS-D) και ως προς τις διάφορες παραμέτρους της αυτοεικόνας (chi-square test, Independent Samples Mann-Whitney U-test). Όπου n/s, μη στατιστικά σημαντική συσχέτιση.

2) Συσχέτιση μεταξύ διαφόρων παραμέτρων της αυτοεικόνας και επιπέδων κατάθλιψης και άγχους σε αιμοκαθαιρούμενους και υγιείς:

Από τον έλεγχο πιθανών συσχετίσεων μεταξύ των εξής μεταβλητών: επίπεδα κατάθλιψης (HADS-D), άγχους (HADS-A), και των επιμέρους παραμέτρων της αυτοαντίληψης αναδείχθηκαν τα εξής:

- I. Στην ομάδα των υγιών ατόμων: σημαντική **αρνητική συσχέτιση** μεταξύ των επιπέδων **άγχους** και των παραμέτρων **φροντίδας των άλλων (p=0,016), επάρκειας ως προμηθευτή (p=0,040), σωματικής ελκυστικότητας (p=0,010, χιούμορ (p= 0,040) και**

συνολικής αυταξίας ($p=0,012$) (Spearman's rho, [Πίνακας 3](#)).

Επίσης, σημαντική **αρνητική συσχέτιση** μεταξύ των επιπέδων **κατάθλιψης** και των παραμέτρων **φροντίδα των άλλων** ($p=0,028$), **οικιακή διαχείριση** ($p=0,023$), **σωματικής ελκυστικότητας** ($p=0,028$), **χιούμορ** ($p=0,001$), **επάρκεια προμηθευτή** ($p=0,016$) και **συνολική αυταξία** ($p=0,002$), (Spearman's rho, [Πίνακας 4](#)).

- II. Στην ομάδα των αιμοκαθαιρούμενων: στατιστικά σημαντική **αντίστροφη συσχέτιση** του **άγχους** με τις παραμέτρους **κοινωνικές σχέσεις** ($p=0,016$), **σωματική ελκυστικότητα** ($p=0,005$), **επάρκεια προμηθευτή** ($p=0,002$), **ευφύια** ($p=0,006$) και **συνολική αυταξία** ($p=0,039$) (Spearman's rho, [Πίνακας 3](#)).

Παράλληλα, προέκυψε στατιστικά σημαντική **αρνητική συσχέτιση** των επιπέδων **κατάθλιψης** με την αυτοεικόνα για την **επάρκεια ως προμηθευτή** ($p=0,018$), τη **σωματική ελκυστικότητα** ($p=0,020$), των

διαπροσωπικών σχέσεων ($p=0,020$) και της **συνολικής αυταξίας** ($p=0,006$), (Spearman's rho, [Πίνακας 4](#)) .

III. Τέλος, και στις δύο ομάδες τα επίπεδα **άγχους και κατάθλιψης** εμφανίζουν σημαντική **θετική συσχέτιση** μεταξύ τους. ((Spearman's rho, [Πίνακας 3, 4](#))

IV. Σύγκριση μεταξύ των δύο ομάδων:

HADS-A	Υγιείς	Αιμοκαθαιρούμενοι
Κοινωνικές Σχέσεις	n/s	p=0,016
Εργασιακή ικανότητα	n/s	n/s
Φροντίδα άλλων	p=0,016	n/s
Αθλητική Ικανότητα	n/s	n/s
Σωματική Εμφάνιση	p=0,010	p=0,005
Επάρκεια προμηθευτή	p=0,040	p=0,002
Ηθική	n/s	n/s
Οικιακή διαχείριση	n/s	n/s
Διαπροσωπικές σχέσεις	n/s	n/s
Ευφύια	n/s	p=0,006
Αίσθηση χιούμορ	p= 0,040	n/s
Σφαιρική Αυταξία	p=0,012	p=0,039

Πίνακας 3. Συσχέτιση των διαφόρων παραμέτρων της αυτοεικόνας με τα επίπεδα άγχους στους ασθενείς και στους υγιείς μάρτυρες. Εννοείται παντού αρνητική συσχέτιση. Όπου n/s, μη στατιστικά σημαντική συσχέτιση (Spearman's rho) .

HADS-D	Υγιείς	Αιμοκαθαιρούμενοι
Κοινωνικές Σχέσεις	n/s	n/s
Εργασιακή	n/s	n/s

ικανότητα		
Φροντίδα άλλων	p=0,029	n/s
Αθλητική Ικανότητα	n/s	n/s
Σωματική Εμφάνιση	p=0,028	p=0,020
Επάρκεια προμηθευτή	p=0,016	p=0,018
Ηθική	n/s	n/s
Οικιακή διαχείριση	p=0,023	n/s
Διαπροσωπικές σχέσεις	n/s	p=0,020
Ευφύια	n/s	n/s
Αίσθηση χιούμορ	p=0,001	n/s
Σφαιρική Αυταξία	p=0,002	p=0,006

Πίνακας 4. Συσχέτιση των διαφόρων παραμέτρων της αυτοεικόνας με τα επίπεδα κατάθλιψης στους ασθενείς και στους υγιείς μάρτυρες. Εννοείται παντού αρνητική συσχέτιση. Όπου n/s, μη στατιστικά σημαντική συσχέτιση (Spearman's rho).

3) Συσχέτιση των επιμέρους παραμέτρων της αυτοεικόνας με τη συνολική αυταξία:

Από τον έλεγχο πιθανών συσχετίσεων μεταξύ των επιμέρους παραμέτρων της αυτοαντίληψης και της συνολικής αυταξίας αναδείχτηκαν τα εξής:

I. Στην ομάδα των υγιών ατόμων:

Η παράμετρος συνολική αυταξία **συσχετίστηκε σημαντικά με όλες τις μεταβλητές** της αυτοαντίληψης, εκτός από την **αθλητική ικανότητα** ([Πίνακας 5](#), Spearman's rho).

II. Στην ομάδα των αιμοκαθαιρούμενων:

Φαίνεται ότι η συνολική αυταξία στους αιμοκαθαιρούμενους **δε συσχετίζεται σημαντικά με τις παραμέτρους φροντίδα των άλλων, αθλητική ικανότητα, οικιακή διαχείριση και αίσθηση του χιούμορ** ([Πίνακας 5](#), Spearman's rho).

	Υγιείς	Αιμοκαθαιρούμενοι
Κοινωνικές Σχέσεις	p=0,005	p= 0,001
Εργασιακή ικανότητα	p=0,000	p=0,001
Φροντίδα άλλων	p=0,003	n/s
Αθλητική Ικανότητα	n/s	n/s
Σωματική Εμφάνιση	p=0,000	p=0,000
Επάρκεια προμηθευτή	p=0,000	p=0,000
Ηθική	p=0,027	p=0,008
Οικιακή διαχείριση	p=0,038	n/s
Διαπροσωπικές σχέσεις	p=0,011	p=0,002
Ευφύια	p=0,000	p=0,018
Αίσθηση χιούμορ	p=0,004	n/s

Πίνακας 5. Συσχέτιση των επιμέρους παραμέτρων της αυτοεικόνας με τη σφαιρική αυταξία στους ασθενείς και στους υγιείς μάρτυρες. Όπου n/s, μη στατιστικά σημαντική συσχέτιση (Spearman's rho)

5. Συσχέτιση αυτοεικόνας και επιπέδων κατάθλιψης και άγχους με την ηλικία

Δε βρέθηκε συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας, των επιπέδων άγχους και κατάθλιψης και των διαφόρων παραμέτρων της αυτοεικόνας στο δείγμα των υγιών συμμετέχοντων (Spearman's rho).

Ομοίως, στο δείγμα των αιμοκαθαιρούμενων, δε βρέθηκε συσχέτιση με την ηλικία και τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης. Ωστόσο, στο ίδιο δείγμα (αιμοκαθαιρούμενοι), αναδείχτηκε αρνητική συσχέτιση της ηλικίας με την αυτοεικόνα για το χιούμορ και την ευφυΐα ($p=0,022$ και $p=0,032$ αντίστοιχα, Spearman's rho, [Πίνακας 6](#)).

6. Σύγκριση αυτοεικόνας και επιπέδων κατάθλιψης και άγχους ανάλογα με το φύλο:

Στο δείγμα των υγιών ατόμων, βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στα επίπεδα του άγχους μεταξύ αντρών και γυναικών, με τις γυναίκες να παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα άγχους (HADS-A Γ: 9,3 vs Α:5,4, $p=0,022$, Επίσης, βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς την αυτοεικόνα για την αθλητική ικανότητα (Α:10,6 vs Γ:7,9, $p=0,016$), με τους άντρες να υπερέχουν ([Πίνακας 6](#)).

Στο δείγμα των αιμοκαθαιρούμενων ασθενών βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στους τομείς της κοινωνικότητας (Α:13,9 VS Γ: 11 vs, $p=0,026$, Independent Samples Mann-Whitney) και της ευφυΐας (Α:12,7 vs Γ:10,4, $p=0,016$, Independent Samples Mann-Whitney) με τους άντρες να έχουν καλύτερη αυτοεικόνα και για τους δύο προαναφερθέντες τομείς, ενώ δε διαπιστώθηκε διαφορά ως προς τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης ([Πίνακας 6](#)).

	ΥΓΙΕΙΣ		P-value	ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΥΜΕΝΟΙ		P- value
	ΑΝΤΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ		ΑΝΤΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	
HADS-A	5,4 (±4,6)	9,3 (±3,7)	0,022	5,0 (±4,4)	6,7 (±4,7)	n/s
HADS-D	6,3 (±4,8)	5,3 (±3,1)	n/s	6,2 (±4,9)	6,9 (±5)	n/s
Αθλητική Ικανότητα	10,6 (±2,9)	7,9 (±1,9)	0,016	8,5 (±3,0)	7,6 (±2,2)	n/s

Στη σύγκριση ανά φύλο, αναδείχτηκε **χειρότερη αυτοεικόνα** για την **αθλητική ικανότητα** στους **αιμοκαθαιρούμενους άντρες** (8,5 vs 10,2, $p=0,021$, Independent Samples Mann-Whitney) σε σχέση με τους **υγιείς**, ενώ **δε διαπιστώθηκαν διαφορές στα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης**. Στις **γυναίκες**, **δε διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά σε καμία από τις εξεταζόμενες παραμέτρους** μεταξύ **υγιών και αιμοκαθαιρούμενων**.

Σχόλιο [ΨΜΙ2]: Το κρατάμε κανονικά

Κοινωνικότητα	12, 6(±2,8)	13,0(±2,4)	n/s	13,9 (±2,1)	11,0 (±3,3)	0,026
Ευφυΐα	12, 7(±2,2)	10,4(±2,5)	n/s	12,7(±2,2)	10,4 (±2,5)	0,016

Πίνακας 6 . Σύγκριση υγιών και αιμοκαθαιρούμενων ως προς το φύλο. Όπου n/s= μη στατιστικά σημαντική συσχέτιση. Δεν αναφέρονται οι παράμετροι αυτοεικόνας όπου οι διαφορές δεν ήταν στατιστικά σημαντικές (Individual Mann-Whitney U test).

7. Συσχέτιση αυτοεικόνας και επιπέδων κατάθλιψης και άγχους με τα έτη εκπαίδευσης:

Αναδείχτηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των **ετών εκπαίδευσης** και της **αυτοαντίληψης για το χιούμορ** στην ομάδα των **αιμοκαθαιρούμενων** ($p= 0,030$, Spearman's rho, [Πίνακας 7](#)). Στην ομάδα των **υγιών**, οι αντίστοιχες συσχετίσεις **δεν** ήταν **στατιστικά σημαντικές** ($p=0,635$, Spearman's rho).

8. Σύγκριση αυτοεικόνας και επιπέδων κατάθλιψης και άγχους ανάλογα με τον τόπο διαμονής (Αθήνα/επαρχία):

Στο δείγμα των **υγιών** ατόμων, αναδείχτηκαν οι εξής σημαντικές συσχετίσεις:

1. **Χαμηλότερα επίπεδα άγχους** στους κατοίκους της επαρχίας (7,94 vs 5,00, $p=0,036$, Independent Samples Mann-Whitney).

2. **Καλύτερη αυτοεικόνα** ως προς τις **αθλητικές επιδόσεις** στους κατοίκους της επαρχίας (8,6 vs 11,2, $p=0,007$, Independent Samples Mann-Whitney)

3. **Καλύτερη αυτοεικόνα** ως προς τη **φροντίδα των άλλων** στους κατοίκους της επαρχίας (12,2 vs 14,5, $p=0,003$, Independent Samples Mann-Whitney).

Στο δείγμα των αιμοκαθαριούμενων, βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση του τόπου διαμονής με την αυτοεικόνα ως προς την επάρκεια σε ρόλο προμηθευτή, με τους κατοίκους των Αθηνών να σημειώνουν μεγαλύτερο σκορ (12 vs 9,6, $p=0,045$, Independent Samples Mann-Whitney U-test). ([Πίνακας 7](#))

9. Συσχέτιση αυτοεικόνας και επιπέδων κατάθλιψης και άγχους με μήνες αιμοκάθαρσης στους αιμοκαθαριούμενους:

Αναδείχτηκε **θετική συσχέτιση** μεταξύ της διάρκειας αιμοκάθαρσης σε μήνες με την **αυτοεικόνα** ως προς την **επαγγελματική επάρκεια**

($p=0,013$, Spearman's ρ , [Πίνακας 7](#)). Δε βρέθηκε συσχέτιση των επιπέδων άγχους και κατάθλιψης με τους μήνες παραμονής στην αιμοκάθαρση.

10. Σύγκριση αυτοεικόνας και επιπέδων κατάθλιψης και άγχους ανάλογα με την εργασιακή κατάσταση

Στην ομάδα των **υγιών** ατόμων, προέκυψε **στατιστικά σημαντική συσχέτιση** της αυτοεικόνας για την αθλητική ικανότητα **με την εργασιακή κατάσταση**. Συγκεκριμένα, οι **άνεργοι** παρουσίασαν **καλύτερη** αυτοεικόνα για την **αθλητική** τους **ικανότητα** σε σχέση με τους εργαζόμενους (Άνεργοι 11,2 vs Εργαζόμενοι 8,5, $p=0,020$, Independent Samples Mann-Whitney U-test).

Στην ομάδα των **αιμοκαθαιρούμενων**, δε βρέθηκε **καμία στατιστικά σημαντική συσχέτιση** για καμία από τις εξεταζόμενες παραμέτρους (Independent Samples Mann-Whitney U-test, [Πίνακας 7](#)).

10. Σύγκριση αυτοεικόνας και επιπέδων κατάθλιψης και άγχους με βάση την οικογενειακή κατάσταση:

Στο δείγμα των **υγιών**, βρέθηκε σημαντική συσχέτιση των επιπέδων κατάθλιψης με την οικογενειακή κατάσταση. Συγκεκριμένα, **αυξημένα**

Σχόλιο [ap3]: (Αυξημένη κατάθλιψη στους υγιείς έγγαμους). Παράδοξο, αντίθετο με τη βιβλιογραφία εύρημα, το οποίο δυσκολεύομαι να ερμηνεύσω (ενδεχομένως αυξημένα οικογενειακά βάρη σε περίοδο κρίσης, ενώ οι αιμοκαθαιρούμενοι είναι κάπως πιο σταθεροί, λόγω επιδομάτων και ρόλου ασθενούς?το άγχος τότε γιατί δεν είναι αυξημένο?). Επιπλέον, δεν προσφέρει κάτι κλινικά, ούτε για τους αιμοκαθαιρούμενους. Μήπως να το παρέλειπα εντελώς?

επίπεδα καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στους έγγαμους σε σχέση με τους άγαμους ($p=0,17$, Independent Samples Mann-Whitney U-test)

Στο δείγμα των **αιμοκαθαιρούμενων**, δε βρέθηκε σημαντική συσχέτιση των επιπέδων άγχους και κατάθλιψης με την οικογενειακή κατάσταση. Αναδείχτηκε **θετική συσχέτιση της σωματικής ελκυστικότητας και της συνολικής αυταξίας**, η οποία ήταν καλύτερη στους έγγαμους ($p=0,04$ και $p=0,014$ αντίστοιχα, Independent Samples Mann-Whitney U-test, [Πίνακας 7](#))

	Υγιείς	Αιμοκαθαιρούμενοι
Ηλικία	n/s	(-) συσχέτιση με αυτοεικόνα για χιούμορ και ευφύια ($p=0,022$, $p=0,032$)
Φύλο Α : Γ	HADS-A Γ>Α (Γ: 9,3 vs Α:5,4) ($p=0,022$) Αθλητική Ικανότητα Α>Γ (Α:10,6 vs Γ:7,9) ($p=0,016$)	Κοινωνικότητα Α>Γ (Α:13,9 vs Γ: 11) ($p=0,026$) Ευφύια Α>Γ (Α:12,7 vs Γ:10,4) ($p=0,016$) Αθλητική Ικανότητα Αιμοκαθαιρούμενων Ανδρών<Υγιών Ανδρών (8,5 vs 10,2, $p=0,021$)
Οικογενειακή Κατάσταση Έγγαμοι : Άγαμοι	HADS-D Έγγαμοι>Άγαμοι $p=0,017$	Σωματική ελκυστικότητα και συνολική αυταξία Έγγαμοι>Άγαμοι

		(p=0,04, p=0,014)
Τόπος μόνιμης κατοικίας Αθήνα: Επαρχία	HADS-A Αθήνα> Επαρχία (7,94 vs 5,00, p=0,036) Αθλητική Ικανότητα Αθήνα<Επαρχία (8,6 vs 11,2, p=0,007) Φροντίδα των άλλων Αθήνα< Επαρχία (12,2 vs 14,5, p=0,003)	Επάρκεια ως προμηθευτής Αθήνα>Επαρχία (12 vs 9,6, p=0,045)
Έτη εκπαίδευσης	n/s	(+) συσχέτιση με χιούμορ (p= 0,030)
Εργασιακή Κατάσταση Εργαζόμενοι : Μη εργαζόμενοι	Αθλητική Ικανότητα Μη εργαζόμενοι υγιείς>Εργαζόμενοι υγιείς (11,2 vs Εργαζόμενοι 8,5, p=0,020)	n/s
Μήνες αιμοκάθαρσης		(+) συσχέτιση με εργασιακή ικανότητα (p=0,013)
HADS-Anxiety	(-) συσχέτιση HADS-A και φροντίδας των άλλων (p=0,016), επάρκειας προμηθευτή (p=0,040), σωματικής ελκυστικότητας (p=0,010, χιούμορ (p= 0,040) και συνολικής	(-) συσχέτιση HADS-A και κοινωνικές σχέσεις (p=0,016), σωματική ελκυστικότητα (p=0,005), επάρκεια προμηθευτή (p=0,002), ευφύια (p=0,006), συνολική αυταξία (p=0,039)

	αυταξίας (p=0,012)	
HADS-Depression	(-) συσχέτιση HADS-D και φροντίδα των άλλων (p=0,029), οικιακή διαχείριση (p=0,023), σωματικής ελκυστικότητας (p=0,028), χιούμορ (p=0,001), επάρκεια προμηθευτή (p=0,016) και συνολική αυταξία (p=0,002)	(-) συσχέτιση HADS-D με σωματική ελκυστικότητα (p=0,020) , επάρκεια προμηθευτή (p=0,018), διαπροσωπικών σχέσεων (p=0,020), συνολικής αυταξίας (p=0,006)
Αυτοαντίληψη-Αθλητική Ικανότητα	9,8 Υγιείς>Αιμοκαθαιρούμενοι (p=0,043)	8,2 Υγιείς>Αιμοκαθαιρούμενοι (p=0,043)

Πίνακας_7. Συνολική παρουσίαση όλων των στατιστικά σημαντικών αποτελεσμάτων μεταξύ των δύο ομάδων υγιείς vs αιμοκαθαιρούμενοι. Όπου n/s= μη στατιστικά σημαντική συσχέτιση (Spearman's rho, Independent Samples Mann-Whitney U-test).

Συζήτηση:

Στην παρούσα έρευνα συγκρίναμε 32 ασθενείς με Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια υπό θεραπεία αιμοκάθαρσης με 33 άτομα από το γενικό πληθυσμό, ως προς τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης, όπως αυτά προσδιορίζονται από την κλίμακα HADS και ως προς τις επιμέρους παραμέτρους της αυτοεικόνας, όπως προσδιορίζονται από το ερωτηματολόγιο Messer&Harter. Επίσης, διερευνήσαμε τα παραπάνω δεδομένα για τυχόν συσχετίσεις μεταξύ τους καθώς και με διάφορους δημογραφικούς παράγοντες. Συνολικά, τα ευρήματα της έρευνάς μας συνοψίζονται ως εξής: 1) Δε βρέθηκαν σημαντικές διαφορές στα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης μεταξύ υγιών και αιμοκαθαιρούμενων. 2) Ως προς την αυτοεικόνα, οι ΧΝΝ διαφέρουν σημαντικά μόνο ως προς την αθλητική ικανότητα, ειδικά οι άντρες και οι κάτοικοι επαρχίας 3) Τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης συσχετίζονται αρνητικά με την αυτοεικόνα για τις κοινωνικές και διαπροσωπικές σχέσεις μόνο στους ΧΝΝ, ενώ δε συσχετίζονται με την αυτοαντίληψη για το χιούμορ και τη φροντίδα των άλλων όπως στους υγιείς. 4) Η ηλικία συσχετίζεται αρνητικά με την αυτοεικόνα ως προς το χιούμορ και την ευφύια, σε

αντίθεση με τα έτη εκπαίδευσης, που συσχετίζονται θετικά με την παράμετρο για το χιούμορ 5) η προστατευτική επίδραση του άρρενος φύλου και της διαμονής σε επαρχία έναντι στο άγχος στους υγιείς εκκλίνει στους ΧΝΝ, όπως και η καλύτερη αυτοεικόνα των συγκεκριμένων υποομάδων ως προς την αθλητική ικανότητα. 6) Τέλος, οι αιμοκαθαιρούμενοι κάτοικοι της επαρχίας αυτοαξιολογούνται χαμηλότερα ως προμηθευτές σε σχέση με τους κατοίκους των Αθηνών, και οι γυναίκες ΧΝΝ χαμηλότερα από τους άντρες ΧΝΝ ως προς την κοινωνικότητα και την ευφύια. Στη συνέχεια θα συζητηθούν αναλυτικά τα παραπάνω αποτελέσματα.

Ι. Επίπεδα άγχους και κατάθλιψης σε υγιείς και αιμοκαθαιρούμενους:

Από την ανάλυση του δείγματός μας **δεν προέκυψαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των υγιών και των αιμοκαθαιρούμενων ατόμων ως προς τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης** (HADS-Anxiety Υγιείς: 6,6 ($\pm 4,7$) vs Αιμοκαθαιρούμενοι: 5,6 ($\pm 4,5$), HADS-Depression, Υγιείς: 6 ($\pm 4,3$) vs Αιμοκαθαιρούμενοι: 6,5 ($\pm 4,9$), [Πίνακας 2](#)). Ομοίως, δεν αναδείχτηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των υγιών και των ασθενών στα ποσοστά πιθανής κλινικής κατάθλιψης ή αγχώδους διαταραχής, με βάση την καθορισμένη διαγνωστική βαθμολογία

μεγαλύτερη ή ίση του 11 στη HADS-D και στη HADS-A αντίστοιχα (chi-square test). (**HADS-A** $\geq$ 11 **16%** των **XNN** και το 27% των υγιών, **HADS-D** $\geq$ 11 **22%** των ΧΝΠ, και το 15% των υγιών, [Πίνακας 2](#)). Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, ο επιπολασμός της κατάθλιψης στους ΧΝΝ κυμαίνεται από 12-40% ανάλογα με τα χρησιμοποιούμενα κριτήρια, τα διαγνωστικά εργαλεία και τη μέθοδο εκτίμησης (Christensen AJ, 2002 και Kimmel PL, 2007). Σε μελέτες με αυστηρότερα κριτήρια που λαμβάνουν υπόψιν την αλληλοεπικάλυψη των σωματικών συμπτωμάτων της κατάθλιψης και της νόσου, τα αντίστοιχα ποσοστά βρέθηκαν μεταξύ 5-13%, ενώ σε πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση ΧΝΝ ασθενών με βάση την κλινική συνέντευξη, το ποσοστό της κατάθλιψης βρέθηκε στο 22,8% (Rodin G et al, 1986, Craven et al, 1988, Palmer et al, 2013). Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα HADS, η οποία δε συμπεριλαμβάνει ερωτήσεις για σωματικά συμπτώματα που θα μπορούσαν να λειτουργήσουν ως συγχυτικός παράγοντας, και επιπλέον έχει πιστοποιηθεί και για τον πληθυσμό των ΧΝΝ (Loosman WL et al, 2010). Σε ανάλογη, μεγαλύτερη έρευνα 128 ΧΝΝ στη Βραζιλία, όπου έχει επίσης χρησιμοποιηθεί η συγκεκριμένη κλίμακα, βρέθηκαν ποσοστά HADS-D 9.3% και HADS-A 11.7%, δηλαδή όμοια με αυτά του γενικού πληθυσμού (Stasiak et al, 2014) . Τέλος, τα

αντίστοιχα ποσοστά σε έρευνα σε αιμοκαθαιρούμενους στη Σαουδική Αραβία ήταν 21% για τη HADS-A και 23 % για τη HADS-D, ενώ μόνο το 11% είχε κάποια σχετική διάγνωση πριν την έναρξη της αιμοκάθαρσης (Turkistani et al, 2014).

Στη δική μας έρευνα, θεωρούμε ότι τα αποτελέσματά μας ενδεχομένως σχετίζονται σε κάποιο βαθμό με τη στενή συνεργασία της Μονάδας Τεχνητού Νεφρού με την ομάδα της Διασυνδεδετικής Ψυχιατρικής, τουλάχιστον όσον αφορά στους αιμοκαθαιρούμενους του Αττικού Νοσοκομείου, που αποτελούν το 50% του δείγματός μας. Αυτό σημαίνει ότι αιμοκαθαιρούμενοι που εμφανίζουν πρώιμα συμπτώματα άγχους ή/και κατάθλιψης εκτιμώνται άμεσα από ομάδα ειδικών και έχουν γρήγορη πρόσβαση στην κατάλληλη αντιμετώπιση. Παράλληλα, θα πρέπει να ληφθεί υπόψιν το γεγονός ότι μόνο το 18% (n=6) των ασθενών μας βρίσκονταν σε αιμοκάθαρση από 6 (σύμφωνα με τα κριτήρια αποκλεισμού) έως 18 μήνες, διάστημα που σύμφωνα με τη σχετική βιβλιογραφία αντιστοιχεί στην περίοδο της της απογοήτευσης και της αποθάρρυνσης. Το 92% του δείγματος μας αντιστοιχεί χρονικά στην περίοδο της μακροπρόθεσμης προσαρμογής, επομένως είναι πιθανό οι περισσότεροι ασθενείς να έχουν προσαρμοστεί στη νέα κατάσταση και η οξεία συμπτωματολογία άγχους και κατάθλιψης να

Σχόλιο [ap4]: Αν δεν παينέψεις το σπίτι σου θα πέσει να σε πλακώσει, όλοι το ξέρουν αυτό. Self-serving bias θα λέγατε?

Σχόλιο [ΨΜΙ5]: Θεικο!

έχει υφεθεί και σταθεροποιηθεί. Σε αρκετές έρευνες έχουν δειχθεί υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης κατά την έναρξη της θεραπείας υποκατάστασης (Kimmel PL, 2000, Kurella et al, 2005 και Cukor et al, 2006). Σε κάθε περίπτωση, η συννοσηρότητα των αγχωδών διαταραχών και της κατάθλιψης με τη ΧΝΝ έχει βαρύνουσα σημασία, αφού έχει συνδεθεί με πλημμελή τήρηση των θεραπευτικών οδηγιών, απόφαση για διακοπή της αιμοκάθαρσης καθώς και αυξημένη θνησιμότητα (Hinrichen 1989 et al, Drayer et al, 2006, Kimmel PL et al, 2000,2008) .

II. Παράμετροι αυτοεικόνας:

Δε διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων στις διάφορες παραμέτρους της αυτοεικόνας, με **εξαίρεση την αθλητική ικανότητα** (9,8 υγιείς vs 8,2 αιμοκαθαιρούμενοι, $p=0,043$, Independent Samples Mann-Whitney U-test, [Πίνακας 2](#)), εύρημα το οποίο ήταν σύμφωνο με την ερευνητική μας υπόθεση για τους φυσικούς περιορισμούς της νόσου και της αιμοκάθαρσης. Το αποτέλεσμα αυτό έχει μεγάλη κλινική σημασία, καθώς η χαμηλή αυτοαποτίμηση της αθλητικής ικανότητας μπορεί να γίνει τροχοπέδη για την ενασχόληση με κάθε μορφής άσκηση. Ειδικά στο συγκεκριμένο πληθυσμό, η ήπια σωματική δραστηριότητα έχει πολλαπλά οφέλη και

συνεισφέρει στον έλεγχο πολλών από τις συνδεόμενες με ΧΝΝ παθήσεις (ΣΔ, ΑΥ, αθηροσκλήρυνση), αποφεύγοντας ταυτόχρονα τη λήψη επιπλέον φαρμακευτικής αγωγής. Επιπλέον, συμβάλλει στη μείωση του άγχους και της κατάθλιψης των αιμοκαθαιρούμενων ασθενών (Kouidi et al, 2010). Σε έρευνα των Jhamb et al (2016) για τη σωματική άσκηση στους ΧΝΝ, φαίνεται ότι οι κύριοι λόγοι αποφυγής της είναι η σχετιζόμενη με την αιμοκάθαρση κόπωση, προβληματισμοί σε σχέση με την ασφάλεια και το είδος της άσκησης, οι συννοσηρότητες και η έλλειψη κινητοποίησης, ενώ ο πιο σημαντικός παράγοντας ενισχυτικός παράγοντας η ενθάρρυνση από τους οικείους και από τους επαγγελματίες υγείας.

Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι καθώς οι περισσότεροι (85%, έναντι 46% των υγιών) αιμοκαθαιρούμενοι του δείγματος δεν εργάζονταν, τους δόθηκε για πρακτικούς λόγους η οδηγία να συμπληρώσουν τις σχετικές ερωτήσεις για την περίοδο που εργάζονταν, επομένως η εγκυρότητα της παραμέτρου για την εργασιακή ικανότητα είναι αμφισβητήσιμη. Ένα μη αναμενόμενο εύρημα ήταν η απουσία διαφοράς για τη σωματική ελκυστικότητα, η οποία υποθέσαμε ότι θα ήταν χειρότερη στους αιμοκαθαιρούμενους λόγω των σωματικών μεταβολών που οφείλονται στη νόσο και στη λαμβανόμενη

Σχόλιο [ap6]: Το λέω και παρακάτω, στη συσχέτιση με τους μήνες αιμοκάθαρσης. Να το κόψω από κάπου?

φαρμακευτική αγωγή, σύμφωνα με τους Butler J et al (2007). Ωστόσο, σε μελέτη των Bargiel-Matusiewicz K et al, 2010, όπου εξετάστηκε η αυτο-αξιολόγηση 102 αιμοκαθαιρούμενων ασθενών και 102 υγιών με το ερωτηματολόγιο αυτοεκτίμησης των Heszen-Niejodek, προέκυψαν ευρήματα σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, σε όσες παραμέτρους ήταν κοινές και στα δύο ερωτηματολόγια. Δηλαδή, στατιστικά σημαντική διαφορά στην αυτοαξιολόγηση της φυσικής κατάστασης (υπολείπονταν οι αιμοκαθαιρούμενοι) και μη στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ υγιών και αιμοκαθαιρούμενων στους τομείς της σωματικής ελκυστικότητας, του χιούμορ, της κοινωνικότητας και της ευφυΐας.

Παρά την απουσία άλλων σημαντικών αποκλίσεων στην αυτοεικόνα μεταξύ των ομάδων στην έρευνά μας, παρουσιάζει ενδιαφέρον το γεγονός ότι εμφανίζονται διαφορές στις επιμέρους παραμέτρους που συσχετίζονται με την αγχώδη και καταθλιπτική συμπτωματολογία στους υγιείς σε σχέση με τους αιμοκαθαιρούμενους. Συγκεκριμένα, μόνο οι **XNN** εμφανίζουν **αρνητική συσχέτιση** του **άγχους** με την αυτοεικόνα για τις **κοινωνικές σχέσεις** και την **ευφυΐα**, ενώ εκκλίπει η αρνητική συσχέτιση με τη φροντίδα των άλλων και την αίσθηση του χιούμορ, όπως στους υγιείς. Κοινή και για τις 2 ομάδες είναι η αρνητική

συσχέτιση του άγχους με την αυτοεικόνα για τη σωματική εμφάνιση, την επάρκεια προμηθευτή και τη σφαιρική αυταξία ([Πίνακας 3](#)).

Όσον αφορά στη συσχέτιση με την **κατάθλιψη**, μόνο στους **XNN** είναι σημαντική η αρνητική συσχέτιση με την αυτοεικόνα για τις **διαπροσωπικές σχέσεις**, ενώ δε βρέθηκε αρνητική συσχέτιση με την αυτοεικόνα για τη φροντίδα των άλλων, την οικιακή διαχείριση και την αίσθηση του χιούμορ, όπως στους υγιείς. Εδώ, κοινή και για τις δύο ομάδες βρέθηκε η αρνητική συσχέτιση της κατάθλιψης με τις παραμέτρους αυτοεικόνας για τη σωματική εμφάνιση, την επάρκεια προμηθευτή και τη σφαιρική αυταξία ([Πίνακας 4](#)).

Σε συμφωνία με τα παραπάνω, βρίσκεται και η συσχέτιση των επιμέρους μεταβλητών με τη συνολική αυταξία. Στους **XNN**, η **συνολική αυταξία** συσχετίζεται σε στατιστικά σημαντικότερο βαθμό με την αυτοεικόνα για τις **κοινωνικές** και τις **διαπροσωπικές σχέσεις** απ'ότι στους υγιείς ($p=0,001$ vs $0,005$ και $p=0,002$ vs $p=0,011$ αντίστοιχα), ενώ δε βρέθηκε συσχέτιση για τις μεταβλητές φροντίδα των άλλων, οικιακή διαχείριση και αίσθηση του χιούμορ όπως στην ομάδα ελέγχου ([Πίνακας 5](#)).

Τα ως άνω ευρήματα είναι σύμφωνα με την ερευνητική μας υπόθεση ότι οι κοινωνικές και διαπροσωπικές σχέσεις έχουν

μεγαλύτερη βαρύτητα για τους ΧΝΝ σε σχέση με τους υγιείς. Είναι σημαντικό να τονίσουμε ότι δε γνωρίζουμε πώς ακριβώς συσχετίζονται το άγχος και η κατάθλιψη με την αυτοαξιολόγηση για τις κοινωνικές και διαπροσωπικές σχέσεις, αν δηλαδή οι ασθενείς χωρίς τέτοιου είδους συμπτωματολογία έχουν μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση ως προς αυτούς τους τομείς, ή εάν η καλύτερη αυτοεικόνα δρα προστατευτικά απέναντι στο άγχος και στην κατάθλιψη. Το πιθανότερο είναι ότι οι συγκεκριμένοι παράγοντες επιδρούν αμφίδρομα και αλληλοτροφοδοτούμενα. Έχει υποστηριχθεί ότι στους ΧΝΝ η επαρκής κοινωνική στήριξη σχετίζεται με υψηλότερη αυτοεκτίμηση, η οποία με τη σειρά της οδηγεί σε περισσότερη αισιοδοξία και μειωμένα επίπεδα κατάθλιψης (Symister P, 2002).

Σε κάθε περίπτωση, οι συγκεκριμένοι τομείς είναι αφ' ενός αυξημένης δυσκολίας και αφ' ετέρου αυξημένης σημαντικότητας για τους αιμοκαθαιρούμενους ασθενείς. Για αυτούς, οι κοινωνικές σχέσεις και συναναστροφές εκτός σπιτιού συχνά δεν είναι αυτονόητες και ενταγμένες στην καθημερινότητα, μέσω π.χ. ενός εργασιακού περιβάλλοντος, ενώ ενδεχόμενως τίθενται και στους περιορισμούς που επιβάλλει η συχνή αιμοκάθαρση, όπως η αναγκαστική αποχή από κάποια κοινωνικά γεγονότα. Μάλιστα, έχει υποστηριχθεί ότι οι ΧΝΝ

εμφανίζουν αυξανόμενες κοινωνικές δυσκολίες με τα χρόνια στην αιμοκάθαρση (Ginieri-Coccossis M, 2008). Έτσι, χρειάζεται να βασίζονται περισσότερο στις προσωπικές τους κοινωνικές δεξιότητες για να αισθάνονται ενταγμένοι στο κοινωνικό σύνολο και για να αναπτύξουν σχετικά δίκτυα, τα οποία επιτελούν και μια λειτουργία ψυχολογικής και πρακτικής στήριξης.

Επιπλέον, οι διαπροσωπικές σχέσεις τίθενται υπό δοκιμασία, καθώς η ΧΝΝ αναπόφευκτα εμπλέκει όλη την οικογένεια και τους οικείους του πάσχοντος. Πολλές φορές χρειάζεται να γίνει επαναπρογραμματισμός στις αρμοδιότητες, στις προτεραιότητες και στις δραστηριότητες της οικογένειας, με κεντρικό άξονα τη νόσο. Παράλληλα, απαιτείται από τον ασθενή να παραχωρήσει τουλάχιστον ένα μέρος από την ανεξαρτησία του και να βασίζεται στο περιβάλλον του για την κάλυψη πολλών από τις ανάγκες του. Συχνά, εγκαταλείπει το ρόλο του φροντιστή και υιοθετεί αυτόν του ασθενή, γεγονός που αναδείχτηκε και στην παρούσα έρευνα: στους αιμοκαθαιρούμενους ο τομέας παροχής φροντίδας δεν αξιολογήθηκε ως σημαντικός για την αυτοεικόνα, ούτε συσχετίστηκε με τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης.

Εξίσου σημαντική θεωρούμε και την απουσία συσχετίσεων της αυτοεικόνας για το χιούμορ με τα επίπεδα άγχους, κατάθλιψης και

σφαιρικής αυταξίας στην ομάδα των ΧΝΝ, σε αντίθεση με τους υγιείς ([Πίνακας 3, 4, 5](#)). Σε διάφορες μελέτες αιμοκαθαιρούμενων ασθενών η αίσθηση του χιούμορ έχει συσχετιστεί με καλύτερη προσαρμογή στη νόσο, καλύτερη ποιότητα ζωής, αλλά και με αυξημένα ποσοστά επιβίωσης (Kristoffersen et al, 2002, BSvebak et al, 2006). Εξ'άλλου, το «χιούμορ της αυτοβελτίωσης», δηλαδή η ικανότητα να διατηρεί κανείς χιουμοριστική προσέγγιση ακόμα και σε αντίξοες καταστάσεις, είναι ένα από τα τέσσερα βασικά είδη χιούμορ και χρησιμοποιείται στην ψυχοθεραπεία χρόνιων παθήσεων, συμπεριλαμβανομένης της ΧΝΝ (Martin et al, 2003, Bennet et al, 2014). Επομένως, φαίνεται να έχει ακόμα και κλινική σημασία η ικανότητα να επιστρατεύεται η συγκεκριμένη δεξιότητα κατά τη διαβίωση με μία χρόνια νόσο. Φυσικά, δεν είναι δύσκολο να αντιληφθεί κανείς ότι ένας άνθρωπος ο οποίος αντιμετωπίζει μία τέτοια κοπιώδη καθημερινότητα παράλληλα με την παθητική ρουτίνα της διάλυσης, δεν μπορεί να βρεθεί εύκολα σε μια συναισθηματική κατάσταση που θα του επιτρέψει να εκτιμήσει την αστεία πλευρά της πραγματικότητας και ενδεχομένως να νιώσει διασκεδαστικός και ο ίδιος.

Προστατευτικό ρόλο απέναντι σε αυτό φαίνεται να παίζει η εκπαίδευση, συσχέτιση που εντοπίστηκε αποκλειστικά στην ομάδα των

XNN. Δηλαδή, όσα περισσότερα ήταν τα **έτη** της **εκπαίδευσης**, τόσο καλύτερη αυτοεικόνα είχαν οι ασθενείς για το **χιούμορ** τους ([Πίνακας 7](#)). Το χιούμορ είναι εν πολλοίς μια εγκεφαλική διεργασία, μια ανατροπή του αναμενόμενου, μια γνωσιακή αναπλαισίωση που απαιτεί ενός βαθμού νοητική ευελιξία και δημιουργικότητα. Πιθανώς, άνθρωποι που έχουν λάβει εκπαίδευση για περισσότερα χρόνια να έχουν καλλιεργήσει περισσότερο τις συγκεκριμένες δεξιότητες και να χρησιμοποιούν το χιούμορ ως «εφεδρεία» στην αντιμετώπιση μιας χρόνιας νόσου, αλλά και στη διατήρηση της αυτοπεποίθησης τους.

III. Δημογραφικοί παράγοντες: -Ηλικία.

Αντιστρόφως, η **ηλικία** φαίνεται να δρα ως επιβαρυντικός παράγοντας ως προς την αυτοεικόνα για το **χιούμορ** αλλά και για την **ευφυΐα** ($p=0,022$ και $p=0,032$ αντίστοιχα, Spearman's rho) στην ομάδα των XNN ([Πίνακας 7](#)). Σε μελέτη των Bargiel-Matusiewicz K et al, (2010) οι μεγαλύτεροι σε ηλικία (>50) αιμοκαθαιρούμενοι ασθενείς, φάνηκε επίσης να έχουν χειρότερη αυτοεικόνα για το χιούμορ τους, όπως και για την κοινωνικότητα τους.

Οι διαφορές αυτές ενδέχεται να οφείλονται και σε μια αντικειμενική αυτο-εκτίμηση της γνωσιακής κατάστασης των ασθενών, καθώς έχει δείχθει ότι οι αιμοκαθαιρούμενοι παρουσιάζουν χαμηλότερες

επιδόσεις σε κλίμακες γνωστικών λειτουργιών, σε συνάρτηση με το χρόνο αιμοκάθαρσης, ο οποίος επιδρά παράλληλα με την ηλικία. (Kurella et al, 2005, Hailpern et al, 2007, Khatri et al, 2009, Chen YC et al, 2017). Η γνωστική δυσλειτουργία στους ΧΝΝ σχετίζεται αφ' ενός με την υποκείμενη νόσο (όπως ΣΔ, ΑΥ, αθηροσκληρυνση), αφ' ετέρου με τη βαρύτητα της νεφρικής νόσου, αλλά και με την απαραίτητη για την αιμοκάθαρση μακρόχρονη λήψη φωσφοροδεσμευτικών δισκίων που περιέχουν αργίλιο (Rob BM et al, 2001). Ο επιπολασμός των συχνότερων τύπων της άνοιας, δηλαδή αγγειακού ή εκφυλιστικού τύπου, βρίσκεται αυξημένος στους ΧΝΝ προϊούσης της ηλικίας και μάλιστα συνδέεται με δυσμενή πρόγνωση (Kurella et al, 2006). Περαιτέρω, οι πάσχοντες ασθενείς ίσως αντιμετωπίζουν μεγαλύτερη δυσκολία να προσαρμοστούν σε μια εποχή ταχέων τεχνολογικών εξελίξεων, σε σχέση με τους υγιείς συνομιλήκους τους.

Ως προς τα επίπεδα **άγχους και κατάθλιψης, δε βρέθηκε συσχέτιση με την ηλικία** σε καμία από τις δύο ομάδες συμμετεχόντων (Spearman's rho). Σύμφωνα με το DSM-5, ο επιπολασμός της κατάθλιψης είναι τριπλάσιος στην ηλικία 18-29 ετών σε σχέση με τους άνω των 60, ενώ βιβλιογραφικά περιγράφεται δεύτερο κύμα αύξησης της κατάθλιψης στον ψυχογηριατρικό πληθυσμό >80 ετών και

ελάχιστος επιπολασμός στην ηλικία των 45 ετών (DSM-V, Mirowsky J, 1992). Ο μέσος όρος ηλικίας των υγιών ήταν 49,2, με το 69% του δείγματος μας μεταξύ 45 και 65 ετών και μόνο το 9% των ατόμων (3 συμμετέχοντες) κάτω των 29. Ομοίως, στο δείγμα των αιμοκαθαιρούμενων, ο μέσος όρος ηλικίας ήταν τα 52,2 έτη, με το 75% μεταξύ 45 και 65 ετών και επίσης μόνο το 9% (3 ασθενείς) κάτω των 29. Δηλαδή, η πλειοψηφία του δείγματος μας ήταν κοντά στην ηλικία των 45 ετών, όπου παρουσιάζεται ο ελάχιστος επιπολασμός της κατάθλιψης. Επομένως, είναι αρκετά πιθανό γι' αυτό να μην εντοπίστηκε συσχέτιση μεταξύ ηλικίας και επιπέδων κατάθλιψης. Επίσης, παρότι η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή φτάνει στην ακμή της στη μέση ηλικία, οι νεαροί ενήλικες παρουσιάζουν εντονότερα συμπτώματα από τους μεγαλύτερους (DSM 5). Καθώς η HADS είναι και μια ποσοτική κλίμακα, είναι πιθανό η συγκεκριμένη συσχέτιση να «χάθηκε», και πάλι λόγω μικρού δείγματος ατόμων νεότερης ηλικίας. Σε έρευνα των Stasiek et al, 2014, βρέθηκε αρνητική συσχέτιση της ηλικίας των ΧΝΝ ασθενών με το άγχος, ενώ οι Bayat et al σε μελέτη ανάλογο θέμα (2011) δε βρήκαν συσχέτιση της ηλικίας των ΧΝΝ ασθενών με την κατάθλιψη. Αντίθετα, σε άλλες έρευνες έχει βρεθεί θετική συσχέτιση της κατάθλιψης με την ηλικία (Bossola M et al, 2010, Theofilou et al,

2011). Οι διαφορές αυτές μπορούν να αποδοθούν, τουλάχιστον εν μέρει, στη χρήση διαφορετικών ερωτηματολογίων, πολλά από τα οποία συμπεριλαμβάνουν και σωματικά συμπτώματα.

IV.Δημογραφικοί παράγοντες: - Φύλο

Στο δείγμα των **υγιών** ατόμων, βρέθηκε στατιστικά σημαντική **διαφορά** στα επίπεδα του **άγχους** μεταξύ αντρών και γυναικών, με τις γυναίκες να παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα άγχους (HADS-A Γ: 9,3 vs A:5,4, $p=0,022$, Individual Mann-Whitney U test), σε αντίθεση με την ομάδα των **XNN**, όπου **δε διαπιστώθηκε διαφορά ανάμεσα στα δύο φύλα** (HADS-A Γ: 6,7 vs A:5,0, $p=0,287$, Individual Mann-Whitney U test) ([Πίνακας 6](#)). Όσον αφορά στην κατάθλιψη, δεν προέκυψαν διαφορές ανάμεσα στα φύλα για καμία από τις δύο ομάδες. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι καθώς οι απόλυτες τιμές για τα επίπεδα άγχους βρέθηκαν υψηλότερες στην ομάδα των υγιών και για τα δύο φύλα, το οποίο θα αποτελούσε παράδοξο εύρημα, διενεργήθηκε στατιστική σύγκριση ανά κατάσταση υγείας (υγιείς-XNN) και ανά φύλο και βρέθηκε ότι οι διαφορές αυτές δεν ήταν στατιστικά σημαντικές, ενώ πιθανώς οφείλονται σε μεγαλύτερη τυπική απόκλιση στο δείγμα των αιμοκαθαιρούμενων.

Σύμφωνα με το DSM-5, ο επιπολασμός της ΓΑΔ τείνει να είναι σχεδόν ίδιος και στα δύο φύλα (Γυναίκες 55-60%) σε ενδονοσοκομειακούς ασθενείς (clinical settings), σε σχέση με το γενικό πληθυσμό όπου η αναλογία είναι 2:1. Τα ευρήματα της έρευνας μας συμφωνούν με τις παραπάνω μετρήσεις. Φαίνεται δηλαδή ότι στον πάσχοντα από ΧΝΝ πληθυσμό η προστατευτική επίδραση του άρρενος φύλου έναντι στις αγχώδεις διαταραχές εκκλίπει. Σε ανάλογες μελέτες (Bayat et al, 2011, Stasiak et al, 2014), όπου χρησιμοποιήθηκε επίσης η κλίμακα HADS σε μεγαλύτερο δείγμα ΧΝΝ, δε βρέθηκε διαφορά στα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης μεταξύ των δύο φύλων. Ωστόσο, μία έρευνα 84 ΧΝΝ στον ελληνικό χώρο (Theofilou et al, 2011) ανέδειξε υψηλότερα επίπεδα ιδισυγκρασιακού άγχους στις γυναίκες ΧΝΝ σε σχέση με τους άντρες.

Το **φύλο** φαίνεται επίσης να σχετίζεται με διαφορετικό τρόπο με την αυτοεικόνα, τόσο στους υγιείς όσο και στους ΧΝΝ. Συγκεκριμένα, ενώ οι υγιείς άντρες αυτοαποτιμούνταν θετικότερα από τις υγιείς γυναίκες σε σχέση με την **αθλητική τους ικανότητα** (A:10,6 vs Γ:7,9, $p=0,016$, Individual Mann-Whitney U test), στην ομάδα των ασθενών δε σημειώθηκε διαφορά. Αντιστρόφως, στην ομάδα των αιμοκαθαιρούμενων, οι γυναίκες σημείωσαν χειρότερη αυτοεικόνα στους τομείς της **κοινωνικότητας** (A:13,9 vs Γ: 11,0 $p=0,026$, Individual

Mann-Whitney U test) και της **ευφυΐας** (A:12,7 vs Γ:10,4, $p=0,016$, Individual Mann-Whitney U test).

Συμπερασματικά, θα μπορούσε να θεωρήσει κανείς ότι οι πιο ευάλωτες στη νόσο παράμετροι της αυτοεικόνας είναι η αθλητική ικανότητα για τους άντρες και η κοινωνικότητα και η ευφυΐα για τις γυναίκες. Τα παραπάνω αποτελέσματα γίνονται καλύτερα κατανοητά στο πλαίσιο των κοινωνικών ρόλων των φύλων. Είναι πιθανό οι υγιείς άντρες να έχουν καλύτερη αυτοεικόνα για την αθλητική τους ικανότητα γιατί όντως αφιερώνουν περισσότερο χρόνο στον αθλητισμό, σε σχέση με τις γυναίκες που συνήθως επιφορτίζονται με την οικιακή εργασία και τη φροντίδα των παιδιών, πέρα από τις επαγγελματικές τους υποχρεώσεις. Στους ΧΝΝ αυτή η διαφορά εξαλείφεται λόγω των σωματικών επιδράσεων της ίδιας της νόσου και της αιμοκάθαρσης. Παράλληλα, οι γυναίκες συχνότερα αναλαμβάνουν τη διατήρηση των κοινωνικών δεσμών και την εκπλήρωση κοινωνικών υποχρεώσεων εκτός οικογένειας, λειτουργίες που ενδεχομένως η νόσος δυσχεραίνει να επιτελεστούν. Στην έρευνα των Theofilou et al, 2011, βρέθηκε επίσης οι γυναίκες αιμοκαθαιρούμενες να αντιμετωπίζουν μεγαλύτερες δυσκολίες με την κοινωνική λειτουργικότητα.

V) Δημογραφικοί παράγοντες-Τόπος διαμονής

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την ανάλυση των αποτελεσμάτων ως προς τον τόπο διαμονής. Ενώ οι **υγιείς** κάτοικοι της **επαρχίας** εμφάνισαν **χαμηλότερα επίπεδα άγχους** (7,94 vs 5,00, $p=0,036$, Individual Mann-Whitney U test), καλύτερη αυτοεικόνα ως προς τις **αθλητικές επιδόσεις** (8,6 vs 11,2, $p=0,007$, Individual Mann-Whitney U test) και ως προς τη **φροντίδα των άλλων** (12,2 vs 14,5, $p=0,003$, Individual Mann-Whitney U test), οι διαφορές αυτές δεν παρουσιάστηκαν στους αιμοκαθαιρούμενους κατοίκους της επαρχίας. Αντίστροφα, οι **ασθενείς κάτοικοι Αθηνών**, εκδήλωσαν **καλύτερη αυτοεικόνα** ως προς την επάρκεια σε ρόλο **προμηθευτή** από τους αιμοκαθαιρούμενους που διαμένουν στην επαρχία (12 vs 9,6, $p=0,045$, Individual Mann-Whitney U test) ([Πίνακας 7](#)). Αρκετοί ερευνητές έχουν υποστηρίξει ότι υπάρχει υψηλότερος επιπολασμός ψυχιατρικών διαταραχών, και ειδικότερα αγχώδων διαταραχών στους κατοίκους των αστικών κέντρων. Συγκεκριμένα, οι αγχώδεις διαταραχές έχουν συσχετιστεί με γρηγορότερους ρυθμούς ζωής, περισσότερο ανταγωνιστικό περιβάλλον και μικρότερο υποστηρικτικό κοινωνικό δίκτυο για τους κατοίκους των πόλεων (Dohrenwend B, 1975, Prudo R, 1981, Neff JA, 1983, Walters et al, 2004). Το παραπάνω εύρημα επιβεβαιώνεται και στο δικό μας

δείγμα υγιών ατόμων. Ωστόσο, αυτή η διαφορά δε διατηρείται στο δείγμα των αιμοκαθαιρούμενων. Ενδεχομένως, αυτό να σχετίζεται με τη δυσκολότερη πρόσβαση σε τριτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας για τα νεφροπαθή άτομα, τα οποία αντιμετωπίζουν συχνά επιπλοκές λόγω της νόσου τους. Αξίζει να σημειωθεί ότι σε μια έρευνα το 2016 στον Ελλαδικό χώρο, βρέθηκε ότι το 15% των ασθενών χρειάστηκε να αλλάξουν τόπο μόνιμης κατοικίας λόγω της νόσου τους (Naoum et al, 2016). Μια άλλη πιθανή ερμηνεία είναι ότι στους χρονίως πάσχοντες η ίδια η νόσος λειτουργεί ως μια σταθερή εσωτερική πηγή άγχους, σχετικά αμετάβλητη από τους εξωτερικούς παράγοντες όπως οι γρηγορότεροι ρυθμοί ζωής.

Μία δεύτερη, αξιοπρόσεκτη διαφορά είναι η καλύτερη αυτοεικόνα των υγιών κατοίκων της περιφέρειας ως προς την αθλητική ικανότητα. Περισσότεροι κάτοικοι της επαρχίας έχουν ως κύρια ή δεύτερη απασχόληση κάποια χειρωνακτική εργασία, οπότε είναι αναμενόμενο να αυτοαξιολογούνται ως περισσότερο σωματικά ικανοί. Και πάλι, η υπεροχή αυτή δε διατηρείται στους αιμοκαθαιρούμενους κατοίκους της επαρχίας, πιθανώς λόγω των φυσικών περιορισμών της νόσου.

Αντιστρόφως, καθώς οι κάτοικοι των πόλεων ασχολούνται κυρίως με μη χειρωνακτικές εργασίες, η αυτοεικόνα τους ως προς την επάρκεια σε

ρόλο προμηθευτή δεν επηρεάζεται τόσο από τη ΧΝΝ. Επομένως, οι αιμοκαθαιρούμενοι των αστικών κέντρων εμφανίζουν υψηλότερη επίδοση στο συγκεκριμένο τομέα από τους κατοίκους της περιφέρειας.

Τέλος, οι υγιείς κάτοικοι της επαρχίας αξιολογούν καλύτερα τον εαυτό τους ως προς τη φροντίδα των άλλων σε σχέση με τους αιμοκαθαιρούμενους. Μία πιθανή εξήγηση για αυτό είναι ο περισσότερος μη-δεσμευμένος στην εργασία εκτός σπιτιού διάθεσιμος χρόνος, ο οποίος στην περίπτωση νεφρικής νόσου μειώνεται σημαντικά λόγω της αιμοκάθαρσης αυτής καθεαυτής, αλλά και του χρόνου μετακίνησης σε ανάλογες δομές.

V.Δημογραφικοί παράγοντες-Μήνες αιμοκάθαρσης

Ένα απροσδόκητο εύρημα ήταν ότι **δε βρέθηκε συσχέτιση των επιπέδων άγχους και κατάθλιψης με τους μήνες παραμονής στην αιμοκάθαρση**, ενώ η ερευνητική μας υπόθεση ήταν ότι θα υπάρχει ύφεση των αγχωδών και καταθλιπτικών συμπτωμάτων με την πάροδο του χρόνου στη θεραπεία. Ενδεχομένως, αυτό να οφείλεται στο ότι μόνο το 18% (n=6) από τους αιμοκαθαιρούμενους ασθενείς μας βρίσκονταν σε αιμοκάθαρση έως 18 μήνες, διάστημα που σύμφωνα με τη σχετική βιβλιογραφία αντιστοιχεί στην περίοδο της ομαλότητας αρχικά (6 μήνες) και της απογοήτευσης και της αποθάρρυνσης στη

συνέχεια (εώς 12 μήνες). Κατόπιν, ακολουθεί η περίοδος της μακροπρόθεσμης προσαρμογής, στην οποία χρονικά αντιστοιχεί το 92% (n=26) του δείγματος μας. Επομένως, είναι πιθανό η συγκεκριμένη συμπτωματολογία να παραμένει σχετικά σταθερή μετά την αρχική περίοδο προσαρμογής. Οι Stasiek et al (2014) επίσης δε βρήκαν συσχέτιση της HADS με το χρόνο αιμοκάθαρσης. Σε έρευνα των Cukor et al (2008), όπου μελετήθηκε η κλινική πορεία των αγχωδών και καταθλιπτικών διαταραχών ΧΝΝ στην αρχή της αιμοκάθαρσης και μετά από 16 μήνες, οι ΧΝΝ ακολούθησαν τρεις διακριτές κλινικές πορείες: Μία μεγαλύτερη ομάδα που δεν εμφάνισε τέτοια διαταραχή ούτε στην αρχή ούτε μετά από 16 μήνες (68% για κατάθλιψη, 51% για άγχος), μία ομάδα με διαλείπουσα πορεία (21% για κατάθλιψη, 34% για άγχος) και μία τρίτη ομάδα με εμμένουσα από την αρχή έως το τέλος συμπτωματολογία (11% για κατάθλιψη , 15% για άγχος). Ωστόσο δεν υπήρχαν στοιχεία για 18 μήνες αργότερα και άνω, περίοδος που βιβλιογραφικά περιγράφεται ως η περίοδος μακροπρόθεσμης προσαρμογής. Σε μελέτη που εξέταζε δύο ομάδες αιμοκαθαιρούμενων, μία με λιγότερα από τέσσερα χρόνια αιμοκάθαρσης και μία με περισσότερα, βρέθηκαν υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης στη δεύτερη,

υπενθυμίζοντας την ανάγκη για συνεχή επαγρύπνηση των κλινικών (Ginieri-Coccossis et al, 2008).

Ένα δεύτερο «παράδοξο» εύρημα, ήταν η θετική συσχέτιση των μηνών αιμοκάθαρσης με την εργασιακή ικανότητα ($p=0,013$, Spearman's rho, [Πίνακας 7](#)). Οι περισσότεροι (85% του δείγματος, έναντι 46% των υγιών) αιμοκαθαιρούμενοι του δείγματος δεν εργάζονταν, και τους δόθηκε για πρακτικούς λόγους η οδηγία να συμπληρώσουν τις σχετικές ερωτήσεις αναφορικά με την περίοδο που εργάζονταν. Ενδεχομένως, η θετική συσχέτιση να αντανακλά μια τάση 'εξιδανίκευσης' του εργασιακού παρελθόντος και ιδιαίτερα της περιόδου όπου παρά τις δυσκολίες της αιμοκάθαρσης εξακολουθούσαν να εργάζονται. Το συγκεκριμένο αποτέλεσμα, παρότι χρησιμοποιήθηκαν μη παραμετρικές δοκιμασίες, έχει πολύ περιορισμένη στατιστική σημαντικότητα καθώς το δείγμα των εργαζόμενων αιμοκαθαιρούμενων ήταν πολύ μικρό ($n=5$).

VI. Δημογραφικοί παράγοντες- Εργασιακή Κατάσταση:

Ενώ στην ομάδα των **υγιών** ατόμων, οι **άνεργοι** παρουσίασαν **καλύτερη** αυτοεικόνα για την **αθλητική** τους **ικανότητα** σε σχέση με

τους εργαζόμενους (Άνεργοι 11,2 vs Εργαζόμενοι 8,5, $p=0,020$, , Independent Samples Mann-Whitney U-test), στην ομάδα των **αιμοκαθαιρούμενων**, δε διαπιστώθηκε κάποια τέτοια διαφορά. Τα συγκεκριμένα ευρήματα ενδεχομένως μπορεί να ερμηνευθούν με βάση τον περισσότερο μη δεσμευμένο στην εργασία χρόνο που μπορούν να αφιερώσουν οι υγιείς άνεργοι στον αθλητισμό. Στην περίπτωση των άνεργων αιμοκαθαιρούμενων, η αθλητική ενασχόληση ούτως ή άλλως είναι δυσχερέστερη λόγω των φυσικών περιορισμών της νόσου. Ωστόσο, λόγω του μικρού αριθμού των εργαζόμενων αιμοκαθαιρούμενων ($n=5$), τα αποτελέσματα αυτά έχουν περιορισμένη στατιστική εγκυρότητα παρά τη χρήση μη παραμετρικών δοκιμασιών.

Πλεονεκτήματα και Περιορισμοί της μελέτης:

Είναι η πρώτη φορά που χρησιμοποιείται το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο αυτοαντίληψης (The Self-Perception Profile For Adults, Bonnie Messer and Susan Harter), το οποίο καλύπτει ένα ευρύτερο φάσμα τομέων σε σύγκριση με ανάλογα ερωτηματολόγια, σε πληθυσμό ενήλικων ΧΝΝ. Δεδομένου ότι η φύση και η θεραπεία της συγκεκριμένης νόσου είναι τέτοια, που επιφέρει ένα πλήθος σωματικών και ψυχολογικών μεταβολών αλλά και αλλαγών στον τρόπο

ζωής, θεωρούμε ότι ήταν σημαντικό αφ'ενός να περιγραφούν αναλυτικά όλες οι παράμετροι της αυτοεικόνας, αφ'ετέρου να συσχετιστούν με δημογραφικούς και κλινικούς δείκτες. Πιστεύουμε ότι η παρούσα έρευνα είναι πρωτότυπη ως προς τη διερεύνηση της σύνδεσης των επιμέρους παραμέτρων, αλλά και της συνολικής αυτοεικόνας, με το άγχος και την κατάθλιψη στο συγκεκριμένο πληθυσμό. Επιπλέον, είναι από τις λίγες σχετικές μελέτες που λαμβάνει υπόψιν τον τόπο μόνιμης διαμονής ως σημαντικό δημογραφικό παράγοντα και τον εξετάζει σε συνάρτηση με τους κλινικούς δείκτες.

Στους περιορισμούς της μελέτης μας ανήκει το γεγονός ότι οι δύο ομάδες συμμετεχόντων ήταν ανομοιογενείς ως προς την εργασιακή κατάσταση και τα έτη εκπαίδευσης, καθώς και ο σχετικά μικρός αριθμός των γυναικών. Παρά τις προσπάθειες που έγιναν για να διατηρηθεί αναλογία ως προς τα βασικά δημογραφικά στοιχεία (Ηλικία, Οικογενειακή Κατάσταση, Αριθμός Παιδιών, Τόπος Διαμονής), οι αιμοκαθαιρούμενοι είναι στην πλειοψηφία τους άρρενες καθώς η ΧΝΑ σχετίζεται συχνά με νόσους που είναι συχνότερες στον αντρικό πληθυσμό (ΑΥ, ΣΔ, αθηροσκλήρυνση, ΚΑ). Επίσης, η μη κανονική κατανομή του δείγματος των αιμοκαθαιρούμενων ως προς το χρόνο αιμοκάθαρσης, ενδεχομένως απέκρυψε κάποιες πιθανές συσχετίσεις.

Τέλος, λόγω μικρού δείγματος ασθενών που προγραμματίζονταν για μεταμόσχευση σε σύντομο χρονικό διάστημα, δεν έγινε συσχέτιση των επιπέδων άγχους με τη συγκεκριμένη παράμετρο.

Συμπέρασμα:

Οι ΧΝΝ αξιολογούν χαμηλότερα την αθλητική τους ικανότητα από τους υγιείς. Επομένως, η ήπια αθλητική δραστηριότητα χρειάζεται να ενθαρρύνεται από τους κλινικούς και να αποτελεί μέρος του θεραπευτικού προγράμματος. Επιπλέον, είναι σημαντικό οι ΧΝΝ να υποστηρίζονται στις κοινωνικές τους δραστηριότητες και στις διαπροσωπικές τους σχέσεις, καθώς σε αυτούς τους ασθενείς οι συγκεκριμένοι τομείς συνδέονται με χαμηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης. Τέλος, είναι απαραίτητη η τακτική γνωστική αξιολόγηση για την πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση γνωσιακών διαταραχών σε αυτή την ομάδα, ειδικά για τους πιο ηλικιωμένους ασθενείς.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ:

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Anderson BJ, Miller JP, Auslander WF & Santiago JV (1981). Family characteristics of diabetic adolescents: Relationship to metabolic control. *Diabetes care*, 4, 586–94
- Armentrout DP (1979). The impact of chronic pain on the self-concept, *J Clin Psychol*, Jul; 35(3), 517-21.
- Bardone-Cone AM, Schaefer LM, Maldonado CR, Fitzsimmons EE, Harney MB, Lawson MA, D, ... Roma Smith (2010), Aspects of Self-Concept and Eating Disorder Recovery: What Does the Sense of Self Look Like When an Individual Recovers from an Eating Disorder? *Journal of Social and Clinical Psychology*, Vol. 29, No. 7, 821-846
- Bargiel-Matusiewicz K, Sobota A & Wilczynska A (2010) Self-evaluation in dialysis patients. *Eur J Med Res*. Nov 4; 15 Suppl 2,7-9
- Bawden HN, Acott P, Carter J Lirenman D, MacDonald G...& M McDonnell(2004) Neuropsychological functioning in end-stage renal disease *Archives of Disease in Childhood* 89, 644-647
- Bayat N, Alishiri GH, Salimzadeh A, Izadi M, Saleh DK, Lankarani MM & Assari S (2011). Symptoms of anxiety and depression: A comparison among patients with different chronic conditions. *J Res Med Sci* 16, 1441-7
- Bennett PN, Parsons T, Ben-Moshe R, Weinberg M, Neal M, Gilbert K...& Hutchinson A (2014): Laughter and humor therapy in dialysis. *Semin Dial*. Sep-Oct; 27(5), 488-93

Butler J. Renal disease. In: Lloyd, G., & Guthrie, E. (Eds.) (2007). *Handbook of Liaison Psychiatry*. Cambridge: Cambridge University Press. doi: 10.1017/CBO9780511543975

Bossola M, Ciciarelli C, Di Stasio E, Conte GL, Vulpio C & Luciani G. Correlates of symptoms of depression and anxiety in chronic hemodialysis patients (2010). *Gen Hosp Psychiatry* 32,125-31. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2009.10.009>

Brown EA, Parfrey PS (1999). Complications of long-term dialysis. *Oxford: Oxford University Press*; pp. 220–1.

Brück K, Stel VS, Gambaro G, Hallan S, Henry Völzke H, Ärnlöv J,...& Guessous I (2016). CKD Prevalence Varies across the European General Population, *J Am Soc Nephrol*. 27(7), 2135–2147

Burkhart PV & Rayens MK (2005). Self-concept and health locus of control: Factors related to children's adherence to recommended asthma regimen. *Pediatr Nurs*. 31,404–9.

Chen YC, Weng SC, Liu J, Chuang HL, Hsu CC, Tarng DC (2017). Severe Decline of Estimated Glomerular Filtration Rate Associates with Progressive Cognitive Deterioration in the Elderly: A Community-Based Cohort Study. *Sci Rep*. Feb 17,7,42690

Christensen AJ& Ehlers SL (2002). Psychological factors in end-stage renal disease: an emerging context for behavioral medicine research. *J Consult Clin Psychol* 70 (3),712-24.

Cohen SD & Kimmel PL (2007). Nutritional status, psychosocial issues and survival in hemodialysis patients *Contrib Nephrol*, 155, 1-17.

Consequences of frequent hemodialysis: Comparison to conventional hemodialysis and transplantation (2011). *Transactions of the American Clinical and Climatological Association*. 122, 124.

Craven JL, Rodin GM & Littlefield C (1988). The Beck Depression Inventory as a screening device for major depression in renal dialysis patients. *Int J Psychiatry Med* 18(4), 365-74

Cukor D, Peterson RA, Cohen SD & Kimmel PL (2006). Depression in the end-stage renal disease hemodialysis patients. *Nat Clin Pract Nephrol* 2, 678-687.

Cukor D, Coplan J, Brown C, Friedman S, Cromwell-Smith A, Peterson RA & Kimmel PL (2007). Depression and anxiety in urban hemodialysis patients. *Clin J Am Soc Nephrol* 2, 484-490

Cukor D, Coplan J, Brown C, Friedman S, Newville H, Safier M & Kimmel PL (2008). Anxiety disorders in adults treated by hemodialysis: a single-center study. *Am J Kidney Dis*. Jul, 52(1), 128-36

Cukor D, Coplan J, Brown C, Peterson RA & Kimmel PL (2008). Course of Depression and Anxiety Diagnosis in Patients Treated with Hemodialysis: A 16-month Follow-up. *CJASN November*, 3 (6), 1752-1758

Cukor D, Ver Halen N & Fruchter Y (2013). Anxiety and quality of life in ESRD. *Sem Dial*, 26, 265–268

Daugirdas JT (2008). Prescribing and monitoring hemodialysis in a 3-4 x/week setting. *Hemodial Int*. Apr, 12(2), 215-20. doi: 10.1111/j.1542-4758.2008.00255.x.

Daugirdas J. T., Black P.G.& Ing T.S (2008). In "*Εγχειρίδιο Αιμοκάθαρσης 4η Έκδοση*, Αθήνα.

Devins GM, Beanlands H, Mandin H & Paul LC (1997). Psychosocial impact of illness intrusiveness moderated by self-concept and age in end-stage renal disease, *Health Psychol*. Nov;16 (6), 529-38.

De Wit M, Delemarre-van de Waal HA, Bokma JA, Haasnoot K, Houdijk MC, Gemke RJ & Snoek FJ (2007). Self-report and parent-report of physical and psychosocial well-being in Dutch adolescents with type 1 diabetes in relation to glycemic control. *Health Qual Life Outcomes*, Feb 16, 5:10

Dohrenwend B (1975). Socio-cultural and social psychological factors in the genesis of mental disorders. *J Health Soc Behav* 16, 365–392

Drayer RA, Piraino B, Reynolds CF III, Houck PR, Mazumdar S, Bernardini J & Rollman BL (2006). Characteristics of depression in hemodialysis patients: symptoms, quality of life and mortality risk. *Gen Hosp Psychiatry*, 28, 306-312.

Fabrazzo M, De Santo MR (2006). Depression in chronic kidney disease. *Semin Nephrol*, 26, 56-60.

Fountoulakis K, Tsolaki M, Chantzi H & Kazis A (2000). Mini Mental State Examination (MMSE): a validation study in Greece. *Am J Alzheimer's Disease Other Dement*, 15, 342–345

García-Llana H, Remor E, Del Peso G & Selgas R (2014). The role of depression, anxiety, stress and adherence to treatment in dialysis patients' health-related quality of life: a systematic review of the literature. *Nefrologia*, 34(5), 637-5

Ginieri-Coccossis M, Theofilou P, Synodinou C, Tomaras V & Soldatos C (2008). Quality of life, mental health and health beliefs in haemodialysis and peritoneal dialysis patients: investigating differences in early and later years of current treatment. *BMC Nephrol*, 9:14. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2369-9-14>

Gowers SG, Jones JC, Kiana S, North CD & Price DA (1995). Family functioning: A correlate of diabetic control? *J Child Psychol Psychiatry*, 36, 993–1001.

Griva K, Kang AW, Yu ZL, Mooppil NK, Foo M, Chan CM & Newman SP (2014). Quality of life and emotional distress between patients on peritoneal dialysis versus community-based hemodialysis. *Qual Life Res* 23, 57–66

Hailpern S, Melamed ML, Cohen HW & Hostetter TH (2007). Moderate Chronic Kidney Disease and Cognitive Function in Adults 20 to 59 Years of Age: Third National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III). *J Am Soc Nephrol*, Jul, 18(7), 2205-13

Harter, S (2012) Self-Perception Profile for Adolescents: Manual and Questionnaires Self-Perception Profile For Adolescents: Manual And Questionnaires, <https://portfolio.du.edu/SusanHarter/page/44210>.

Hedayati SS, Bosworth HB, Kuchibhatla M Kimmel PL & Szczech LA (2006). The predictive value of self-report scales compared with physician diagnosis of depression in hemodialysis patients. *Kidney Int* 69, 1662-1668

Hill NR, Fatoba ST, Oke JL, Hirst JA, O'Callaghan CA, Lasserson DS & Hobbs DF (2016). Global Prevalence of Chronic Kidney Disease - A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS One Jul 6, 11 (7)*, e015876, doi: 10.1371/journal.pone.0158765

Hinrichsen GA, Lieberman JA, Pollack S & Steinberg H (1989). Depression in hemodialysis patients, *Psychosomatics, Summer, 30 (3)*, 284-9.

Ho, J (2008) Self-concept, attitude toward illness and family functioning in adolescents with type 1 diabetes, *Paediatr Child Health, Sep 13(7)*, 600–604

Jacobson AM, Hauser ST, Lavori P, Willett JB, Cole CF, Wolfsdorf JL, Dumont RH & Wertlieb D (1994). Family environment and glycemic control: A four-year prospective study of children and adolescents with insulin-dependent diabetes mellitus. *Psychosom Med, 56*, 401–9. [PubMed]

Jansen DL, Rijken M, Heijmans M & Boeschoten EW (2010). Perceived autonomy and self-esteem in Dutch dialysis patients: the importance of illness and treatment perceptions. *Psychol Health, Jul 25(6)*, 733-49.

Janssen, D. J., M. A. Spruit, E. F. Wouters & J. M. Schols (2008). Daily symptom burden in end-stage chronic organ failure: a systematic review. *Palliat. Med, 22*, 938–948.

Joyce P, Hawkes C & Mulder R (1992). Elevated levels of acute phase plasma proteins in major depression. *Biol Psychiatry, 32*, 1035-1041.

Juergensen E, Wuerth D, Finkelstein SH, Juergensen PH, Bekui A & Finkelstein FO (2006). Hemodialysis and peritoneal dialysis: patients' assessment of their satisfaction with therapy and the impact of the therapy on their lives. *Clin J Am Soc Nephrol, 1(6)*, 1191–6.

Jhamb M, McNulty ML, Ingalsbe G, Childers JW, Schell J, Conroy MB ...& Dew MA (2016). Knowledge, barriers and facilitators of exercise in dialysis patients: a qualitative study of patients, staff and nephrologists *BMC Nephrol, Nov 24, 17(1)*, 192. doi: 10.1186/s12882-016-0399-z

Kalender, A. C. Ozdemir & E. Dervisoglu B (2007). Quality of life in chronic kidney disease: effects of treatment modality, depression, malnutrition and Inflammation. *Int J ClinPract*, 6(4), 569–576.

Katon W, Lin EH & Kroenke K (2007). The association of depression and anxiety with medical symptom burden in patients with chronic medical illness. *Gen Hosp Psychiatry*, Mar-Apr, 29(2), 147-55

Kazemi M, Nikbakht Nasrabadi A, Hasanpour M, Hassankhani H & Mills J (2011). Experience of Iranian persons receiving hemodialysis: A descriptive, exploratory study. *Nursing & Health Sciences*, 13(1), 88–93

Khatri M, Nickolas T, Moon Y, Paik MC, Rundek T, Elkind M...&Wright CB (2009). CKD Associates with Cognitive Decline. *J Am Soc Nephrol Nov*, 20(11), 2427-32

Kimmel PL, Weihs KL, Peterson RA (1993). Survival in hemodialysis patients: The role of depression. *JAmSocNephrol*, 4, 12-27.

Kimmel PL, Phillips TM, Simmens SJ, Peterson RA, Weihs KL, Alleyne S...& Veis JH (1998). Immunologic function and survival in hemodialysis patients. *Kidney Int*, 54, 236-244.

Kimmel PL, Peterson RA, Weihs KL, Simmens SJ, Alleyne S, Cruz I & Veis JH. Multiple measurements of depression predict mortality in a longitudinal study of chronic hemodialysis outpatients (2000). *Kidney Int. May*, 57(5), 2093-8.

Kimmel PL. Psychological factors in adult end-stage renal disease patients treated with hemodialysis (2000). Correlates and outcomes. *Am J Kidney Dis*, 35, S132-S140.

Kimmel PL (2001). Psychosocial factors in dialysis patients. *Kidney Int*, 59, 1599-1613.

Kimmel PL, Peterson RA, Weihs KL, Simmens SJ, Alleyne S, Cruz I, Veis JH. Multiple measurements of depression predict mortality in a longitudinal study of chronic hemodialysis outpatients (2000). *Kidney Int. May*; 57(5):2093-8.

Kimmel PL, Cukor D, Cohen S, Peterson RA (2007). Depression in End-Stage Renal Disease Patients: A Critical Review. ., Pages 328-334

Kimmel PL, Cohen SD, Peterson RA (2008). Depression in patients with chronic renal disease: where are we going? *J Ren Nutr. Jan*; 18(1):99-103.

Kouidi E, Karagiannis V, Grekas D, Iakovides A, Kaprinis G, Tourkantonis A, Deligiannis A. Depression, heart rate variability, and exercise training in dialysis patients (2010). *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil Apr*;17(2):160-7. doi: 10.1097/HJR.0b013e32833188c4.

Koushan M, Vaghei S (2005). *Psychiatric Nursing, Mental Health*. Tehran: Andishe Rafi Publications;. p. 54.

Kristoffersen B, Svebak S, Aasarød K. Quality of life, gender, complaints and humor among dialysis patients,(2002). *Tidsskr Nor Laegeforen. Mar* 20;122(8):782-4.

Kurella M, Kimmel PL, Young BS, et al. Suicide in the United States end-stage renal disease program (2005). *J Am Soc Nephrol*; 16: 774-781

Kurella M, Chertow GM, Fried LF, Cummings SR, Harris T, Simonsick E, Satterfiels S, Ayonayon H, Yaffe K (2005). Chronic kidney disease and cognitive impairment in the elderly: The health, aging, and body composition study. *J Am Soc Nephrol.*; 16:2127–33. doi: 10.1681/ASN.2005010005.

Kurella M, Mapes DL, Port FK, Chertow GM (2006). Correlates and outcomes of dementia among dialysis patients: the Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study. *Nephrol Dial Transplant. Sep*;21(9):2543-8. Epub 2006 Jun 4.

Lee A, Hamiwka LD, Sherman EM, Wirrell EC (2008). Self-concept in adolescents with epilepsy: Biological and social correlates. *Pediatr Neurol.*;38:335–9.

Leonard BJ, Jang YP, Savik K, Plumbo MA. Adolescents with type 1 diabetes (2005): Family functioning and metabolic control. *J Fam Nurs.*;11:102–21.

Levenson JL, Glocheski S. Psychological factors affecting end-stage renal disease (1991). A review. *Psychosomatics*; 32:382-9.

Levey AS, Coresh J, Balk E, Kausz AT, Levin A, Steffes MW, et al (2003). National Kidney Foundation practice guidelines for chronic kidney

disease: evaluation, classification, and stratification. *Ann Intern Med.* Jul 15. 139(2):137-47

Lucinio J, Wong ML (1999). The role of inflammatory markers in the biology of major depression. *Mol Psychiatry*; 4: 317-327

Loosman WL, Siegert CE, Korzec A, Honig A. Validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale and the Beck Depression Inventory for use in end-stage renal disease patients (2010). *Br J Clin Psychol*;49:507-16. DOI: <http://dx.doi.org/10.1348/014466509X477827>)

Manning M, (2015). A review of Susan Harter book *The Construction of the Self: A Developmental Perspective*, 1999, New York; Guilford. <http://ematusov.soe.udel.edu/final.paper.pub/BookRev/20000006.htm>

Martin , R. A., Puhlik-Doris, P. , Larsen , G. , Gray , J. , & Weir , K. (2003) Individual differences in uses of humor and their relation to psychological well-being: development of the Humor Styles Questionnaire . *Journal of Research in Personality*, 37 (1):48 – 75

Miller GE, Cohen S, Herbert TB. Pathways linking major depression and immunity in ambulatory female patients (1999).: 850-860

Mirowsky J, Ross CE (1992). Age and depression *J Health Soc Behav.* Sep;33(3):187-205

Muñoz SR, Oto RA, Barrio AR, Fernández M (2006). Evolución de la calidad de vida en pacientes en hemodiálisis: estudio prospectivo a un año. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol*;9:55-8

Murtagh, F. E., J. Addington-Hall, and I. J. Higginson (2007). The prevalence of symptoms in end-stage renal disease: a systematic review. *Adv. Chronic Kidney Dis.* 14:82–99.

National Kidney and Urologic Diseases Information Clearinghouse (NKUDIC, 2013). Kidney Disease Statistics for the United States. US Department of Health and Human Services. Available at <http://kidney.niddk.nih.gov/kudiseases/pubs/kustats/#7>. Accessed: April 9, 2013.

Naoum, P, Kitsonis, D, Topkaroglou, Ioannis, Skroumpelos, A., Athanasakis, K., Melexopoulou, C., ... Kyriopoulos, J. (2016). ESRD

Patients in Greece during the Financial Crisis. *The International Journal of Artificial Organs*, 39(5): 258–259. doi:10.5301/ijao.5000495

Neff JA (1983). Urbanicity and depression reconsidered: the evidence regarding symptomatology. *J Nerv Ment Dis.*;171:546–552

Palmer S, Mariacristina Vecchio, Jonathan C. Craig, Marcello Tonelli, David W. Johnson, Antonio Nicolucci, Fabio Pellegrini, Valeria Saglimbene, Giancarlo Logroscino, Steven Fishbane, Giovanni F.M. Strippol (2013). Prevalence of depression in chronic kidney disease: systematic review and meta-analysis of observational studies. *July, Volume 84, Issue 1*: Pages 179–191.

Partridge KA, Robertson N. Body-image disturbance in adult dialysis patients (2011). *Disabil Rehabil.*;33(6):504–10

Prudo R, Brown GW (1981). Psychiatric disorder in a rural and an urban population: 1. aetiology of depression. *Psychol Med.*; 11:581–599.

Rahimi A, Ahmadi F, Ghaliif M (2005). The effect of continuous care model on self-esteem of hemodialysis patients. *Journal Of Zanjan University Of Medical Sciences And Health Services.*;13(53):16–21

Reichsman F., Levy N.B. (1977) Problems in Adaptation to Maintenance Hemodialysis. In: Moos R.H. (eds) *Coping with Physical Illness*. Springer, Boston, MA

Remes O, Brayne C, van der Linde R, Lafortune L (2016). A systematic review of reviews on the prevalence of anxiety disorders in adult populations. *Brain and Behavior.*; 6(7):e00497

Reckert A1, Hinrichs J, Pavenstädt H, Frye B, Heuft G (2013). Prevalence and correlates of anxiety and depression in patients with end-stage renal disease (ESRD)]. *Z Psychosom Med Psychother.*; 59(2):170-88.

Rezai R, Hejazi SH, Shahnazarian J, Mahmoudi M, Seidiandi SJ (2009). Comparing the body-image in patients undergoing hemodialysis with kidney transplant. *Payesh.*;8 (3):279–87.

Richardson C., Belenko D., Mucsi e., Edwards N., Wong D., Novak M., Muscil.Li.(2017). Psychosocial distress in chronic kidney disease: Benefits of kidney transplantation. *J Psycho Res*, 97, 165.

Rob PM, Niederstadt C, Reusche E. Dementia in patients undergoing long-term dialysis: aetiology, differential diagnoses, epidemiology and management (2001). *CNS Drugs*;15 (9):691-9

Rodin G, Voshart K (1986). Depression in the medically ill: an overview. *Am J Psychiatry*. Jun; 143(6):696-705..

Shahgholian N, Tajdari S, Mahmoud N (2012). Reviewing and comparing self-concept in patients undergoing hemodialysis and peritoneal dialysis, *Iran J Nurs Midwifery Res*. Feb; 17(2 Suppl1): S85–S90.

Silva AN, Moratelli L, Costa AB, Carminatti M, Bastos MG, Colugnati FA, Grincenkov FR, Sanders-Pinheiro H, 2014. Waiting for a kidney transplant: association with anxiety and stress, *Transplant Proc*. Jul-Aug; 46(6):1695-7

Silva Junior GB, Daher EF, Buosi AP, Lima RS, Lima MM, Silva EC & Araújo SM (2014). Depression among patients with end-stage renal disease in hemodialysis. *Psychology, Health & Medicine*, 19:5, 547-551

DOI: 10.1080/13548506.2013.845303

Sombolos K, Tsakiris D, Boletis J, Vlahakos D, Siamopoulos KC, Vargemezis V, et al. (2014) Multicenter Epidemiological Study to Assess the Population of CKD Patients in Greece: Results from the PRESTAR Study. *PLoS ONE* 9(11): e112767.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0112767>

Smith, M. D., Hong, B. A. & Robson, A. M. (1985).Diagnosis of depression in patients with end - stage renal disease. *Am J Med*, 79, 160-166.

Stasiak C, Bazan K, Kuss R, Schuinski A, Barongi G (2014). Prevalence of anxiety and depression and its comorbidities in patients with chronic kidney disease on hemodialysis and peritoneal dialysis. *J. Bras. Nefrol*. [online]., vol.36, n.3, pp.325-331

Strokes JB, Consequences of Frequent Hemodialysis: Comparison to Conventional Hemodialysis and Transplantation (2011). *Trans Am Clin Climatol Assoc*.; 122: 124–136

Symister P, Friend R (2003). The influence of social support and problematic support on optimism and depression in chronic illness: a

prospective study evaluating self-esteem as a mediator. *Health Psychol. Mar;22(2):123-9.*

Svebak S, Kristoffersen B, Aasarød K (2006). Sense of humor and survival among a county cohort of patients with end-stage renal failure: a two-year prospective study, *Int J Psychiatry Med.;36(3):269-81.*

Tahmasebi S, Ghafrani pour F, Ravaghi K, Moghaddasi J, Sadegh Moghaddam L, Kazem Nejad A (2005). Reviewing the efficacy of group discussion on mental image of thalassemic 11 to 18-year-old adolescents. *Journal of Shahrekord University of Medical Sciences. 7 (4):50–7.*

Taveira MC et al, 1990. Self-concept dimensions in persons with epilepsy: implications for psychosocial development, *Boll Lega It Epil 70/71*, 297-299

Theofilou P (2011). Depression and anxiety in patients with chronic renal failure: the effect of sociodemographic characteristics. *Int J Nephrol:514070*. PMID: 21716702

Thomas N (2002). Renal nursing. 2nd ed. Philadelphia: *Elsevier Health Sciences*; p. 191

Trbojevic-Stankovic, J., Stojimirovic, B., Bukumiric, Z., Hadzibulic, E., Andric, B., Djordjevic, V., Jovanovic, D. (2014). Depression and quality of sleep in maintenance hemodialysis patients. *Srpski Arhiv Za Celokupno Lekarstvo, 142(7-8)*, 437–443. doi:10.2298/sarh1408437t

Turkistani I, Abdulelah Nuqali, Mohammed Badawi, Omar Taibah, Omar Alserihy, Muaid Morad & Emad Kalantan (2014). The prevalence of anxiety and depression among end-stage renal disease patients on hemodialysis in Saudi Arabia, *Renal Failure, 36:10*, 1510-1515, DOI: 10.3109/0886022X.2014.949761

Vazquez-Barquero JL, Munoz PE, Jauregui V (1982). The influence of the process of urbanisation on the prevalence of neurosis: a community survey. *Acta Psychiatrica Scandinavica.;65*: 161–170

Walters K, Breeze E, Wilkinson P et al (2004). Local Area Deprivation and Urban–Rural Differences in Anxiety and Depression Among People Older Than 75 Years in Britain, *Am J Public Health. October; 94(10)*: 1768–1774

Wang L-J, Chen C-K (2012). The psychological impact of hemodialysis on patients with chronic renal failure. In: Polenakovic M, ed. Renal Failure—The Facts. Shanghai: *InTech OpenAccess*;:217–236

Watnick S, Wang PL, Demadura T, et al (2005): Validation of 2 depression screening tools in dialysis patients. *Am J Kidney Dis* 46:919-924

Wilkins S (2001) Aging, chronic illness and self-concept: a study of women with osteoporosis. *J Women Aging. ;13 (1)*:73-92

Ι. Μιχόπουλος, Χ. Καλκαβούρα, Π. Μιχαλοπούλου, Κ. Φινέτη, Γ. Καλέμη, ΜΛ. Ψαρρά, Ρ. Γουρνέλλης, Χ. Χριστοδούλου, Α. Δουζένης, Π. Πατάπης, Κ. Πρωτόπαππας, Ε. Λύκουρας (2007). Η κλίμακα άγχους και κατάθλιψης στο Γενικό Νοσοκομείο (HADS): Στάθμιση σε ελληνικό πληθυσμό, *Ψυχιατρική*, 18:217–224.

Ποταμιάνος Γ, Αναγνωστόπουλος Φ. (2010). Εισαγωγή στην ψυχολογία της υγείας.(5η έκδ). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα

Σταλίκας Α., Τριλιβα Σ., Ρουσση Π, (2012). Τα ψυχομετρικά εργαλεία στην Ελλάδα, σελ.699

Χονδρογιάννης Π, Σκαπινάκης Π (2012). Κατάθλιψη και Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια, *Ελληνική Νεφρολογική Εταιρεία*, 24 (7): 127-134

Χριστοδούλου Χ, Αλεξανδρόπουλος Κ (2012) : Ψυχολογικά προβλήματα και ψυχικές διαταραχές των νεφρολογικών ασθενών,. *Διασυνδετική Ψυχιατρική, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα*: σελ 396-397